

Psychische Gesundheit – Stress

**Wissenschaftliche Grundlagen
für eine nationale Strategie
zur Stressprävention und Förderung
psychischer Gesundheit in der
Schweiz.**



.....

Impressum

Autor Dr. phil. Ralph M. Steinmann, NDS Gesundheitsförderung (2004–2006),
Gesundheitsförderung Schweiz

Begleitgruppe

Leitung: Doris Summermatter Kaufmann, EUMAHP, Gesundheitsförderung Schweiz
Mitglieder: Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann, ISPM Bern
lic. phil. Marie-Louise Ernst, Psychologin FSP,
Atelier für Organisationsberatung und Fortbildung
Prof. Dr. phil. Alexander Grob, Universität Basel
Dr. iur. Michael Kohlbacher, MPH, Gesundheitsförderung Schweiz
Prof. Dr. phil. Urs Peter Lattmann, Pädagogische Hochschule Aargau FHNW
Prof. Dr. phil. Pasqualina Perrig-Chiello, Universität Bern
Dr. Regula Rička, MPH, Bundesamt für Gesundheit
Dr. phil. Brigitte Ruckstuhl, MPH, Gesundheitsförderung Schweiz
Prof. Dr. phil. Ivars Udris, ETH Zürich

Durchsicht aus frankophoner Perspektive:
Prof. Dr. phil. Fred Paccaud,
Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Herausgeber	Gesundheitsförderung Schweiz Dufourstrasse 30 Postfach 311 CH-3000 Bern 6 Tel. +41 (0)31 350 04 04 Fax +41 (0)31 368 17 00 office.bern@promotionsante.ch www.gesundheitsfoerderung.ch	Promotion Santé Suisse Avenue de la Gare 52 Case postale 670 CH-1001 Lausanne Tél. +41 (0)21 345 15 15 Fax +41 (0)21 345 15 45 office@promotionsante.ch www.promotionsante.ch
--------------------	--	--

Das Gleichgewicht, das wir geistige Gesundheit nennen,
ist eben ein Zustand der Gesamtperson,
die nicht einfach ein Bündel von Leistungen ist,
und betrifft das gesamte Weltverhältnis.

Hans-Georg Gadamer¹

Danksagung

Zahlreich sind die Menschen, welche zum Gelingen des vorliegenden Berichts beigetragen haben. An erster Stelle sei den Mitgliedern der wissenschaftlichen Begleitgruppe für ihre ausserordentlich engagierte und kreative Mitarbeit herzlich gedankt, die den üblichen Rahmen bei weitem sprengte.

Intern danke ich der Geschäftsleitung für das Vertrauen und möchte zuvorderst die fachliche und menschliche Unterstützung der Mitglieder der internen Kerngruppe verdanken: Dr. phil. Brigitte Ruckstuhl, Vertreterin der Geschäftsleitung; Marie-Louise Ernst, externe Expertin; sowie Doris Summermatter, Leiterin der Begleitgruppe. In der einen oder anderen Form haben jedoch praktisch alle Mitarbeitenden von Gesundheitsförderung Schweiz, Bern und Lausanne, zum Gelingen beigetragen. Dazu gehören nicht nur die konstruktiven Rückmeldungen von Dr. med. Bertino Somaini, Direktor, und der Mitglieder des internen Fachteams, sondern ebenso die Unterstützung des Sekretariats und der Informatik- und Layout-SupporterInnen.

Schliesslich möchte ich die zahllosen AutorInnen und ForscherInnen und deren Institutionen nicht unerwähnt lassen, deren wegweisende Studien und Ergebnisse das Salz dieses Berichtes und die Grundlage für Erfolg versprechende Interventionen im angesprochenen Bereich sind.

Ein besonderer Dank geht nicht zuletzt an meine Familie, welche in der Zeit der Berichterstellung viele Entbehrungen hinnehmen musste und dafür ausserordentliches Verständnis zeigte.

¹Gadamer [1993]

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	8
Kurzfassung (Management Summary)	9
1. Ausgangslage	19
1.1 Ziele und Rahmenbedingungen	19
1.2 Strategische Grundlagen	20
1.2.1 Gesundheitsförderung Schweiz	20
1.2.2 Nationale strategische Grundlagen	21
1.2.3 Internationale strategische Grundlagen	23
1.3 Konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention	24
1.3.1 Ein Modell zur biopsychosozialen Gesundheit	24
1.3.2 Die salutogenetische Perspektive	25
1.3.3 Ottawa-Charta	26
1.3.4 Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen	27
1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	29
2. Psychische Gesundheit	31
2.1 Verortung und Begriffsklärung	31
2.2 Allgemeine Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit: Internationale und nationale Grundlagen	33
2.2.1 Internationale Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit	33
2.2.1.1 WHO	33
2.2.1.2 WHO Region Europa	35
2.2.1.3 Europäische Union	36
2.2.1.4 Weitere internationale Zahlen und Fakten	36
2.2.2 Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit in der Schweiz	37
2.2.2.1 Allgemeine psychische Befindlichkeit	37
2.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	39
3. Stress	41
3.1 Verortung und Begriffsklärung	41
3.2 Grundmodell in Anlehnung an Lazarus et al.	42
3.2.1 Stressoren	42
3.2.2 Stressentwicklungsprozess	44
3.2.2.1 Die physiologische Ebene	44
3.2.2.2 Die psychosomatische und psychosoziale Ebene	44
3.2.2.3 Die psychologische Ebene und Coping	44
3.2.2.4 Personenmerkmale von Stressresistenz	46
3.2.3 Stressfolgen	47

3.2.4 Stress und Geschlecht	48
3.2.5 Ein Modell des Belastungs-Überforderungs-Prozesses	49
3.3 Bevölkerungsgruppenspezifische Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit und Stress	50
3.3.1 Settings und Bevölkerungsgruppen	50
3.3.2 Gewalt als Querschnittsthema	52
3.3.3 Setting Gemeinde/Gemeinwesen	53
3.3.4 Setting Soziale Institution	55
3.3.5 Setting Betrieb	55
3.3.5.1 Internationale Zahlen und Fakten	55
3.3.5.2 Zahlen und Fakten zur Situation in der Schweiz	57
3.3.5.3 Spezielle Bevölkerungsgruppen im Setting Betrieb	59
3.3.6 Setting Schule	60
3.3.7 Setting Familie	62
3.3.8 <i>Life Balance</i> oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben	65
3.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	66
4. Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit und Stress	69
4.1 Konzepte für Interventionen	69
4.1.1 Globale Konzepte	69
4.1.1.1 Lebensqualität	69
4.1.1.2 Wohlbefinden	71
4.1.1.3 Soziales Kapital	72
4.1.1.4 Kulturelles Kapital	73
4.1.1.5 Weitere soziokulturelle Konzepte	73
4.1.2 Setting- und zielgruppenspezifische Konzepte	73
4.1.2.1 Setting Betrieb	73
4.1.2.2 Setting Schule	76
4.1.2.3 Setting Familie	77
4.1.2.4 Settingübergreifende Konzepte: ein <i>Life Balance</i> -Modell	78
4.2 Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit	79
4.2.1 Globalziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress	79
4.2.2 Begriffsklärung Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren	80
4.2.3 Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit	82
4.2.4 Setting- und zielgruppenspezifische Determinanten psychischer Gesundheit	83
4.3 Risikofaktoren und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für psychische Gesundheit und Stress	84
4.3.1 Allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit	84
4.3.2 Spezifische Schutzfaktoren und Ressourcen in Bezug auf Stress	86
4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	88
5. Strategien und Interventionen	89
5.1 Europäische und nationale Strategien	89

5.1.1 Europäische Umsetzungsstrategien	89
5.1.1.1 <i>Implementing Mental Health Promotion Action IMHPA</i>	89
5.1.1.2 <i>Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries EMIP</i>	90
5.1.1.3 Europäische Allianz gegen Depression EAAD	91
5.1.1.4 Europäische Strategien im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung	91
5.1.2 Umsetzungsstrategien zweier Staaten	93
5.1.2.1 Australien: <i>The Victorian Health Promotion Foundation VicHealth</i>	93
5.1.2.2 Schottland	93
5.2 Interventionen	94
5.2.1 Vorbemerkungen	94
5.2.2 Setting Gemeinde/Gemeinwesen	95
5.2.2.1 Interventionen auf der Makroebene: Stärkung von gemeinschaftlichen Netzwerken	95
5.2.2.2 Interventionen auf der Mikroebene: einzelne Zielgruppen	96
5.2.3 Setting Soziale Institution	97
5.2.4 Setting Betrieb	97
5.2.4.1 Überblick	97
5.2.4.2 Exkurs: Ab- und Anwesenheitsmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement	98
5.2.4.3 Systemebene im betrieblichen Setting	99
5.2.4.4 Personenbezogene Ebene im betrieblichen Setting	100
5.2.4.5 Interventionen für besondere Zielgruppen im Setting Betrieb	101
5.2.5 Setting Schule	102
5.2.5.1 Überblick	102
5.2.5.2 Systemebene im schulischen Setting	102
5.2.5.3 Personenbezogene Ebene im schulischen Setting	103
5.2.5.4 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme	104
5.2.6 Setting Familie	104
5.2.6.1 Eltern-Kind- bzw. Mutter-Kind-Beziehung	104
5.2.6.2 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme	105
5.2.7 Themenspezifische Interventionen	105
5.3 Schnittstellen zum Kernthema «Gesundes Körpergewicht»	106
5.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	107
6. Handlungsbedarf und Empfehlungen für Interventionen in der Schweiz	109
6.1 Allgemeiner Handlungsbedarf	109
6.2 Handlungsbedarf bezüglich Settings und Bevölkerungsgruppen	110
6.2.1 Bevölkerungsgruppen	110
6.2.2 Settings	113
6.3 Empfehlungen für Interventionen	115
6.4 Weitere Empfehlungen	117

Anhänge

Anhang I: Referenzrahmen für die Förderung psychischer Gesundheit 2005–2007 (<i>VicHealth</i>)	119
Anhang II: Interventionen und Interventionsprogramme mit Modellcharakter	120
Anhang III: Öffentliche und private Akteure und aktive Projekte im Bereich Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit auf nationaler und überregionaler Ebene	139
Anhang IV: Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz	145
Anhang V: Quellen und Literaturverzeichnis	146

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen**Abbildungen**

1 <i>Modified Mental Health Intervention Spectrum</i>	28
2 Dimensionen der Gesundheit	31
3 <i>Global Burden of Disease</i> in entwickelten Ländern (1990)	34
4 Krankheitslast der 25 Staaten der Europäischen Union im Jahr 2002	35
5 Das kognitiv-transaktionale Stressmodell von Lazarus et al.	45
6 Ein Modell des Belastungs-Überforderungs-Prozesses	49
7 Lebensqualität und «gesundheitsbezogene Lebensqualität» im Spannungsfeld zwischen objektiven und subjektiven Dimensionen	70
8 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Human-/Sozialkapital	74
9 Das <i>Job Demand-Control</i> -Modell von Karasek	75
10 Das Anforderungssystem Schule	76
11 Handlungsfelder und Prinzipien der «guten gesunden Schule»	77
12 Der Prozess des Wippens als Metapher für die <i>Work-Life-Balance</i>	78
13 <i>EUHPID Health Development Model</i>	81
14 Das strategische Dreieck des ENWHP	92

Tabellen

1 Gruppen von Stressoren mit Beispielen	43
2 Überblicksraster Settings und spezifische Bevölkerungsgruppen	51
3 Stresskosten gemäss Typologie der <i>seco</i> -Studie	58
4 Globalziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress	80
5 Individuelle und umweltbezogene Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit	82
6 Gegenüberstellende Übersicht wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für psychische Gesundheit	85
7 Personenbezogene und system- bzw. bedingungsbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung	98
8 Übersicht über die zielgruppen- und settingspezifischen Empfehlungen	115
9 Beispiele für Interventionsansätze zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in ausgewählten Settings und Zielgruppen	116

Vorwort

LANGFRISTIGE STRATEGIE VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ

Gesundheitsförderung Schweiz engagiert sich als nationale Organisation auf der Basis des Artikels 19 KVG (Krankenversicherungsgesetz) für Massnahmen in der Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Notwendigkeit und das Potenzial von Gesundheitsförderung und Prävention im Gesundheitswesen werden von Entscheidungsträgern in Politik, Wirtschaft und Medizin anerkannt. Die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen liegen aus bevölkerungsbezogener Sicht in den wachsenden psychischen Belastungen und den Folgen des vom Wohlstand geprägten Lebensstils, der immer weniger körperliche Aktivität erfordert und zu Fehlernährung führt.

Seit 1998 ist die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz aktiv. Aufbauend auf ihren Erfahrungen und Kompetenzen wird sich Gesundheitsförderung Schweiz künftig auf drei Kernthemen fokussieren: «Gesundheitsförderung und Prävention stärken», «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress».

Der vorliegende Bericht beinhaltet die wesentlichen wissenschaftlichen Grundlagen für die Strategieentwicklung zum Thema «Psychische Gesundheit – Stress».

Dieser Bericht erweitert den fachlich-wissenschaftlichen Fundus und stellt die notwendige Basis zur Verfügung, um gemeinsam Fortschritte in der Gesundheit der Bevölkerung zu erzielen.

Oktober 2005
Gemeinsam Chancen schaffen –
Gesundheitsförderung Schweiz

Kurzfassung (*Management Summary*)

Beeinflusst durch die fortschreitende Individualisierung und Globalisierung nimmt die Komplexität der Lebenssituation in allen Lebensbereichen zu und stellt die Menschen, verbunden mit fortgesetzter sozialer Desintegration, vor wachsende psychische und psychosoziale Herausforderungen. Insbesondere sind die schulische und berufliche Ausbildung sowie die Arbeitswelt immer stärkerem Leistungs- und Konkurrenzdruck ausgesetzt. Davon sind vor allem Kinder und Jugendliche sowie jüngere Erwachsene, Alleinerziehende und ältere Mitarbeitende betroffen. Diese Entwicklung widerspiegelt sich in zunehmenden privaten und beruflichen Orientierungsproblemen bei Jugendlichen sowie in der Zunahme von stressverursachten Arbeitsausfällen und von Invalidität aus psychischen Gründen. Die beschriebene Entwicklung findet aber auch in einer gesteigerten Delinquenz, Aggressivität und Gewaltbereitschaft von Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen ihren Niederschlag. Die grosse Mehrheit der Schweizer Bevölkerung fühlt sich zwar psychisch (und physisch) gesund, hat jedoch ebenfalls steigende Anforderungen aller Art zu bewältigen.

Gesunde und kranke Menschen aller Lebensalter und Lebenswelten verbindet in entwickelten Ländern dasselbe Phänomen «Stress»: wachsende physische, psychische und psychosoziale Belastungen, die immer häufiger zu Überbeanspruchung und Überforderung führen. Dies bedeutet mangelndes Wohlbefinden, das zu psychischen Störungen und Krankheiten führen kann.

Der Zeitpunkt für die Umsetzung eines Programms zum Thema *Psychische Gesundheit – Stress* erscheint günstig. Diese Themen sind sowohl national als auch international seit einigen Jahren von grosser, anhaltender Aktualität und verfügen auch für die Schweiz über ein grosses Potenzial. Auf politischer Ebene ist das Bewusstsein gereift, dass Stress und seine Folgen gravierende Auswirkungen auf die Volksgesundheit haben und damit in zunehmendem Mass ein soziales, politisches und volkswirtschaftliches Problem geworden sind. Dieser breite Konsens bezüglich Handlungsbedarf im Bereich Stress und psychische Gesundheit bietet einen idealen Rahmen für die Umsetzung.

FRAGESTELLUNG

Was ist unter psychischer Gesundheit und Stress zu verstehen? Was verursacht und wie wirkt Stress? Wie verbreitet sind psychische Störungen und Stress und wie gross ist ihre ökonomische Krankheitslast? Wie kann Stress am wirksamsten vorgebeugt und bewältigt und psychische Gesundheit gefördert werden? Wo liegt der grösste Handlungsbedarf in der Schweiz und wo setzen zweckmässige und wirksame Massnahmen am besten an?

Der Bericht, der dieser Kurzfassung zugrunde liegt, soll diese Fragen beantworten. Aus der Perspektive nationaler und internationaler Gesundheitspolitik und bevölkerungsbezogener Strategien (Public Health) liegen die zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitswesen unter anderem in den angesprochenen wachsenden psychosozialen Belastungen. Gesundheitsförderung Schweiz möchte deshalb zukünftig und längerfristig auf das *Kernthema* «*Psychische Gesundheit – Stress*» fokussieren und hier einen begrenzten, aber anhaltend wirksamen Beitrag leisten. Gleichzeitig sind zu den anderen zwei Schwerpunkten «*Gesundes Körpergewicht*» und dem überdachenden Kernthema «*Gesundheitsförderung und Prävention stärken*» wissenschaftliche Berichte verfasst worden.

ZIELE UND THEMEN

Der Schlussbericht stellt einen **wissenschaftlichen Referenzrahmen** für die Strategieerarbeitung und Planung von Interventionen zur Stressprävention und Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Schweiz dar. Der aktuelle empirische Wissensstand über psychische Gesundheit (und Krankheit) sowie

Stress wird zusammengefasst, die wichtigsten internationalen und nationalen Ansätze für erfolgreiche oder Erfolg versprechende Interventionen werden dargestellt und Empfehlungen für möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen in der Schweiz abgegeben. Zwecks Fokussierung werden psychische Krankheiten im Bericht nur gestreift und die Befunde zu Stress und psychischer Gesundheit in den Vordergrund gestellt.

STRATEGISCHE UND KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN

Psychische Gesundheit nimmt heute auf der Gesundheitsagenda staatlicher, zwischenstaatlicher und privater Organisationen einen wichtigen Platz ein. Aktuelle Beispiele auf nationaler Ebene sind der betreffende Schwerpunkt der Nationalen Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen, dessen Referenzrahmen unter anderem die Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit empfiehlt, sowie die Gesundheitsziele für die Schweiz. Deren Ziel 6, *Verbesserung der psychischen Gesundheit*, definiert folgende Ziele:

«Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein. In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

1. Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
2. Die Suizidraten sollten um mindestens ein Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten» (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen 2002).

Auf internationaler Stufe stehen die einschlägigen Strategien der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der WHO Region Europa (*Erklärung und Aktionsplan von Helsinki 2005*), der Europäischen Union und mehrerer Länder und Netzwerke im Vordergrund.

Konzepte und Grundlagen der Gesundheitsförderung (und Prävention) werden analysiert: das ganzheitliche biopsychosoziale Modell (Engel), der ressourcenorientierte Ansatz der Salutogenese (Antonovsky) sowie die Ottawa-Charta der gleichnamigen WHO-Konferenz mit ihrem zentralen Ansatz der Lebenswelten (Settings). Neben der Förderung psychischer Gesundheit werden die Stressprävention und Prävention psychischer Störungen als gleichwertige, sich in der Praxis ergänzende Ansätze verfolgt.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT – DEFINITION

In Übereinstimmung mit dem biopsychosozialen Modell der Gesundheit stellt psychische Gesundheit neben den körperlichen und sozialen Aspekten der Gesundheit **eine der drei Hauptdimensionen der Gesundheit** dar, die eng miteinander verknüpft sind. Psychische Gesundheit ist nicht nur durch biologische und psychologische Faktoren bedingt, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben persönlicher Disposition und individuellem Verhalten massgeblich von sozialen, sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird. Je nach kulturellem, sozialem und wissenschaftlichem Hintergrund sowie in Bezug auf die verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten kann psychische Gesundheit unterschiedlich erlebt und

definiert werden; immer ist sie aber ein Ergebnis der Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umfeld/ Umwelt. An der erwähnten Konferenz in Helsinki ist psychische Gesundheit **global** definiert worden als

«ein allgemeines öffentliches Gut, ein wesentlicher Teil der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bürger in Europa und ein grundlegendes Menschenrecht; sie ist eine Voraussetzung für ein lebensfähiges, sozial verantwortliches und produktives Europa, sie verstärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Sozialkapital und verbessert die Sicherheit des Lebensumfelds» (WHO European Ministerial Conference 2005b).

Entsprechend kann psychische Gesundheit auf der **individuellen Ebene** als ein dynamisches Gleichgewicht des psychischen Wohlbefindens beschrieben werden,

«in dem der Einzelne seine intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv und fruchtbar arbeiten kann, und imstande ist, seiner Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten» (WHO 2003).

URSACHEN, VERBREITUNG UND KRANKHEITSLAST PSYCHISCHER STÖRUNGEN UND KRANKHEITEN

Neben den individuellen biopsychosozialen Einflussfaktoren (z.B. Selbstbestimmung, Werte) sind es vor allem **strukturelle, sozioökonomische Rahmenbedingungen** wie soziale Herkunft und Bildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitsstatus sowie institutionelle Aspekte (Zugang zum Versorgungssystem), die psychische Gesundheit fördern oder einschränken. Anhaltende Perioden von Angst und Unsicherheit sowie soziale Isolation und mangelnde soziale Unterstützung vergrössern das Risiko schlechter psychischer Gesundheit. Je mehr psychosoziale Risiken akkumulieren und mit niedrigem sozioökonomischem Status verbunden sind, umso häufiger manifestieren sich gesundheitliche Probleme. Dabei besteht ein enger Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen bzw. Organerkrankungen und gesundheits-schädlichen Risikoverhaltensweisen (z.B. bezüglich Tabak, Alkohol, Ernährung, Bewegung).

Psychische Störungen und Krankheiten haben global ein relevantes Ausmass angenommen. Sie gehören weltweit, insbesondere jedoch in entwickelten Ländern, zu den verbreitetsten Krankheiten und werden ohne wirksame Massnahmen weiterhin zunehmen. Im Vordergrund stehen Depressionen, Störungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, Demenzerkrankungen sowie Gewalt; Erscheinungen, die in der **Europäischen Union** einen Viertel aller Krankheiten und vorzeitigen Todesfälle ausmachen. Die betreffende Krankheitslast ist in allen EU-Ländern zu einem volkswirtschaftlichen Faktor von mehreren Prozenten des Bruttoinlandproduktes (BIP) geworden.

Die grosse Mehrheit der **Bevölkerung in der Schweiz** schätzt zwar ihr psychisches Wohlbefinden als hoch ein, psychische Störungen sowie Suizid treten jedoch im internationalen Vergleich deutlich über dem Durchschnitt auf. Rund die Hälfte leidet während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung, vor allem an affektiven und Angst-Störungen. Bestimmte Bevölkerungsgruppen, insbesondere 15- bis 24-jährige Menschen, 45- bis 54-jährige Frauen sowie Männer über 50, leiden mit steigender Tendenz an mangelnder psychischer Ausgeglichenheit und tiefer Kontrolle über das eigene Leben oder konsumieren regelmässig Schlaf- und Beruhigungsmittel. Der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung hat sich im Erwerbsalter deutlich verschlechtert. Seit 1986 hat sich die Anzahl Invaliden-RentnerInnen verdoppelt und die infolge psychischer Beeinträchtigung ausgesprochenen Renten haben sich fast vervierfacht.

STRESS – DEFINITION, URSACHEN, WIRKUNG UND FOLGEN

Stress ist ein ebenso vielschichtiger Begriff wie psychische Gesundheit. Je nach Fachrichtung (Biologie, Medizin, Soziologie, Psychologie) beschreibt Stress die Faktoren oder Quellen des Stresses (Stressoren), die inneren Reaktionen des Körpers (Stress), die Verhaltensreaktion der Person (Stressentwicklungsprozess) und/oder die Stressfolgen. Stress ist dann gegeben, wenn zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht. Das Ungleichgewicht ist zumeist Resultat einer Überforderung, kann aber auch Ergebnis einer Unterforderung sein. Das mangelnde Gleichgewicht wird subjektiv als emotional negative Beanspruchung wahrgenommen und für das eigene Wohlbefinden als bedrohlich erlebt.

Auch objektiv wird Stress eine grundsätzlich negative Bedeutung zugeschrieben als potentiell gesundheitsschädigende Belastung. Analog werden **Stressoren** im Sinn von potentiell krankmachenden Anforderungen oder Belastungen als Stressfaktoren oder Ursachen von Stress verstanden. Stressoren sind stressrelevante Risikofaktoren. Sie unterteilen sich in Gruppen wie Alltagsbelastungen (z.B. Zeit- und Termindruck, Lärm, Monotonie), körperliche Stressoren (z.B. Gewalterfahrung, Verletzung, Schmerz), Leistungsstressoren (z.B. organisatorische und technische Neuerungen), sozioökonomische Stressoren (z.B. niedriges Einkommen) und die zunehmend wichtigen und verbreiteten psychosozialen Stressoren (z.B. mangelnde Selbstachtung, Mangel an Kontrolle über Arbeits- und Privatleben, Angstzustände, Mobbing, Isolation, zwischenmenschliche Konflikte und Krisen). Dazu gehören aber auch kritische Lebensereignisse (z.B. Verlust von engen Bezugspersonen, wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz; Trennung), chronische Spannungen und Belastungen (z.B. dauerhafte «kleine» Alltagsprobleme und Arbeitsüberlastung, mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben) sowie wichtige biografische Übergänge im Lebenslauf (z.B. Pubertät, Adoleszenz, vom Paar zur Familie, Berufs(wieder)einstiege und -ausstiege).

Die hormonell ausgelösten physiologischen und psychologischen Stressreaktionen im **Stressentwicklungsprozess** sind gut erforscht. Anders als bei den physiologischen Stressreaktionen, die das Nerven-, Hormon- und Immunsystem betreffen und unabhängig von den Stressoren gleichförmig ablaufen, zeigen sich bei den psychologischen Reaktionen auch **geschlechtsspezifische Unterschiede**. Frauen (und Mädchen) leiden häufiger unter psychischen Beschwerden und nehmen mehr Stress wahr als Männer (und Jungen). Sie werden stärker bzw. negativer von Ereignissen im zwischenmenschlichen Umfeld beeinflusst, während Männer Stress verstärkt im Beruf erleben. Ausserdem neigen Frauen bei der **Stressbewältigung** eher dazu, überkontrolliert mit Passivität und Depressionen zu reagieren, Männer hingegen eher unterkontrolliert mit aggressivem, «hyperaktivem» Verhalten.

Belastungen führen nicht automatisch zu Krankheit. Stehen den Stressoren adäquate innere und äussere Ressourcen und Schutzfaktoren gegenüber, die Stressbewältigung ermöglichen und Gleichgewicht herstellen, so ergibt sich eine erwünschte Herausforderung. Herausforderungen sind eine Voraussetzung für Entwicklung, Lebens- und Sinnerfüllung sowie für Wohlbefinden und psychische Gesundheit.

Auf der individuellen Ebene sind für die Stressbewältigung die **Coping**-Möglichkeiten und -Fähigkeiten sowie Lebenskompetenzen (life skills), insbesondere psychosoziale Kompetenzen, zentral. Am gesundheitsförderlichsten ist flexibles, der Situation angepasstes Bewältigungsverhalten, das heisst die Fähigkeit, eine Übereinstimmung von Situationsdiagnose und ihr entsprechenden Verhaltensweisen herzustellen. Personen, die gut mit Stress umgehen können, interpretieren das Leben und ihre Umwelt grundsätzlich positiv, nehmen Fehler und Rückschläge als etwas Normales hin und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit. Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr und erzeugen emotionale Stabilität (Selbstwirksamkeit). Damit Coping-Kompetenzen greifen können, sind strukturelle Faktoren wie ein günstiges soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld wichtig.

Unter Stress wird der Mensch durch die Ausschüttung von Hormonen auf Kampf oder Flucht eingestellt. Wird die bereitgestellte Energie nicht verbraucht und die Erregung nicht oder ungenügend abgebaut, sind **Stressfolgen** unvermeidbar. Mögliche und verbreitete Folgen von Stress bzw. von mangelnder Stress-

bewältigung sind zum Beispiel Herz- und Kreislaufkrankheiten, Verdauungsprobleme, Übergewicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Dauerstress in Verbindung mit Mehrfachbelastungen stellt eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar.

Die Stressreaktionen und Folgen der Belastungssituation am Arbeitsplatz sind gut erforscht und gelten auch für andere Tätigkeitsfelder. Viele Studien weisen auf Zusammenhänge hin zwischen arbeitsbedingten Stressoren und psychischem Befinden (von geringer Arbeitszufriedenheit bis zu Burnout und psychiatrischer Erkrankung), zwischen Arbeitssituation und Rauchen, Unfallrisiko und Leistung bzw. Fehlzeiten, Aggressivität und Kündigungsabsichten, ausserdem zwischen Arbeitssituation und körperlichen Beschwerden (z.B. Herz-Kreislauf-Krankheiten, Beeinträchtigung von Bluthochdruck und Immunsystem) und Belastungen des Privatlebens (und umgekehrt).

VERBREITUNG VON STRESS

Empirische Daten zu Bevölkerungsgruppen aller Lebenswelten (Settings) ergeben, dass Stress in entwickelten Ländern **einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische (und physische) Gesundheit** ist und sowohl die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen einschliesslich Depressionen als auch die Mortalität einschliesslich Suizidrate erhöht. Hierzu gehören auch Gewalt- und Bullying/Mobbing-Opfer im öffentlichen Raum, in Betrieb, Schule und Familie.

Besonders gefährdet sind benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Dazu gehören beispielsweise verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche und vereinsamte, ältere und betagte Menschen; Behinderte in sozialen Institutionen; Lehrlinge sowie junge und ältere Erwerbstätige; bestimmte Gruppen von Lehrpersonen und SchülerInnen; schliesslich Alleinerziehende, Erwerbslose und pflegende Angehörige. Verstärkend wirken sich chronische oder wiederkehrende Belastungen sowie Mehrfachbelastungen einschliesslich kritischer Lebensereignisse und lebenszyklischer Übergänge aus. Frauen sind in der Regel stärker von Mehrfachbelastungen betroffen und bei fast allen Bevölkerungsgruppen stärker gefährdet, belastet oder benachteiligt als Männer.

KRANKHEITSLAST VON STRESS AM BEISPIEL ARBEITSPLATZ

Am besten sind die positiven und negativen Auswirkungen am Arbeitsplatz erforscht. Dauerstress oder traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz sowie mangelnde Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben können psychische Erkrankungen wie Angstzustände und Depressionen auslösen oder zu Burnout, einem Zustand der emotionalen Erschöpfung, der Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit, führen. Verlust von Kontrolle bzw. mangelnder Entscheidungs- und Handlungsspielraum sind als entscheidende Bedingungen für chronischen Stress am Arbeitsplatz identifiziert worden.

Von arbeitsbedingtem Stress ist in der **Europäischen Union** fast ein Drittel der Arbeitskräfte betroffen. In den 15 der EU vor 2004 angehörenden Mitgliedstaaten verursachen Stress am Arbeitsplatz und die damit verbundenen psychischen Gesundheitsprobleme jährlich Kosten zwischen 3% und 4% des Bruttoinlandsprodukts.

In der **Schweiz** generieren auf der volkswirtschaftlichen Ebene die arbeitsbedingten Stressfolgen einen Schaden in Milliardenhöhe mit steigender Tendenz (2000: 4,2 Mrd. Fr.). Gemäss *seco*-Studie fühlen sich in der Schweiz vier von fünf Erwerbstätigen gestresst, gut ein Viertel oft oder sehr oft gestresst. 7% der Befragten einer anderen *seco*-Studie gelten als Mobbing-Opfer, das heisst als Personen, die bei der Arbeit gezielt, systematisch und über längere Zeit von einem oder mehreren Betriebsangehörigen schikaniert werden. Die Kosten eines Mobbing-Falles werden auf ein Jahreslöhrgeschätz.

Die Folgen von Erwerbslosigkeit – und vergleichbar jene von anhaltender Arbeitsplatzunsicherheit – sind noch ausgeprägter: Bei eintretender Erwerbslosigkeit ist die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome und der Diagnose einer klinischen Depression doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen. Die Angst, der-einst ohne Job dazustehen, rangiert bei den 12- bis 18-Jährigen inzwischen vor allen anderen Ängsten. Mit gut 4% bei den 15- bis 19-Jährigen und gut 7% in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen hat sich die Jugenderwerbslosigkeit in der Schweiz in den letzten beiden Jahren verdreifacht.

ALLGEMEINER HANDLUNGSBEDARF

Die Darlegung der Fakten ergibt einen klaren Handlungsbedarf. Das Thema psychische Gesundheit mit Fokussierung auf Stress ist von grosser Relevanz für Public Health. Psychische Störungen und Krankheiten, Stress und Stressfolgen beeinträchtigen nicht nur die individuelle psychische Befindlichkeit, sondern haben auch Auswirkungen auf die volkswirtschaftliche Entwicklung und den Zusammenhalt der Gesellschaft (soziale Integration).

Stressbewältigung und Stressresistenz werden während allen Lebensphasen und in allen Settings für Wiederherstellung und Erhalt der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit immer wichtigere Grundkompetenzen.

EMPFEHLUNGEN BEZÜGLICH ZIELGRUPPEN UND SETTINGS

Auf der Grundlage der vorliegenden Fakten und spezifischen Listen zu Auswahlkriterien ergeben sich bezüglich Zielgruppen und Settings nachfolgende Empfehlungen. Sie sollen einer ersten Orientierung und Auswahl dienen, die im Einzelnen vertieft zu begründen und zu präzisieren sind.

Empfehlung 1:

Folgende Bevölkerungsgruppen werden als Hauptzielgruppen für Interventionen in der Schweiz empfohlen: Kinder, Jugendliche, Erwerbstätige, ältere Menschen.

Empfehlung 2:

Um die Zielgruppen in ihren relevanten Umfeldern möglichst gut zu erreichen, wird empfohlen in Settings zu intervenieren. Als wichtigste Settings werden empfohlen: Familie, Schule, Gemeinde/ Gemeinwesen, Betrieb.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die obigen Empfehlungen; diese werden im Bericht im Einzelnen begründet. Interventionen, die in Bezug auf die empfohlenen Zielgruppen in den betreffenden Settings umgesetzt werden, versprechen die grösste Zweckmässigkeit und Wirkung. Interventionen in Settings berücksichtigen die Komplexität der Ursachen (z.B. Verhalten und Verhältnisse, Involvierung mehrerer Settings und Sektoren) und ermöglichen, unterschiedliche Zielgruppen anzusprechen, die miteinander in Verbindung stehen (z.B. SchülerInnen, Lehrpersonen, Eltern). Die z.T. zahlreichen, einzu-beziehenden Akteure und thematisch verwandten, aktiven Projekte werden im Bericht in einem Anhang aufgeführt.

Übersicht über die zielgruppen- und settingspezifischen Empfehlungen

Kinder (0–10)	Jugendliche (11–20)	Erwerbstätige (21–65)	Ältere Menschen (65+)
Familie + Schule (Gemeinde/ Gemeinwesen)	Schule + Gemeinde/ Gemeinwesen (Familie und Betrieb)	Betrieb (Familie)	Gemeinde/ Gemeinwesen (soziale Institution)

**EMPFEHLUNGEN FÜR INTERVENTIONEN IN DER SCHWEIZ –
ODER: WAS IST ZU TUN?**

Empfehlung 3:

Für jede Intervention sind stets personenbezogene und strukturelle, systembezogene Ansätze, das heisst sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnisebene zu berücksichtigen. Interventionen sollen immer Auf- und Ausbau der Ressourcen und/oder den Abbau von Risikofaktoren zum Ziel haben.

Möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen sollten auch auf Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen abzielen, die helfen, Belastungen abzubauen und Ressourcen aufzubauen. Dazu gehören settingbezogene Interventionen, welche die ausgewählten Zielgruppen unterstützen, Über- als auch Unterforderung zu vermeiden und den Alltag als positive, zu bewältigende Herausforderung zu erleben. Im Mittelpunkt personenbezogener Interventionen sollte die gezielte Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen stehen, die auf die Psyche positiv einwirken (Schutzfaktoren), sowie die Prävention länger andauernder oder wiederkehrender Belastungen, die krank machenden Stress verursachen (Risikofaktoren).

Nachfolgend werden **Beispiele für erfolgreiche oder Erfolg versprechende Interventionsansätze** aufgelistet, die im Rahmen der Interventionsplanung zu priorisieren und zu präzisieren sind:

Setting Schule: Kinder

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten und Lebenskompetenzen inklusive Beziehungsfähigkeit, Standfestigkeitstrainings und Konfliktmanagement • Empowerment und Stärkung der Resilienz, der Selbstwirksamkeit und des Kohärenzgefühls 	<ul style="list-style-type: none"> • gesundheitsfördernde Schule im Leitbild und Schulalltag, vernetzt mit dem Bildungsauftrag • schulpädagogische Reformen: Förderung des sozialen und emotionalen Lernens • Förderung der Stressbewältigungskompetenzen von Lehrpersonen und Eltern • Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern und der frühen Eltern-Kind-Beziehung

Setting Schule und Gemeinde/Gemeinwesen: Jugendliche

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten und Lebenskompetenzen inkl. Beziehungsfähigkeit, Standfestigkeitstrainings und Konfliktmanagement • Empowerment und Ausbau der Selbstwirksamkeit und des Kohärenzgefühls 	<ul style="list-style-type: none"> • s. o. Systemebene des Settings Schule • Stärkung der Partizipation in allen betroffenen Settings • Stärkung der sozialen Integration (Öffnung von Verbänden für benachteiligte Jugendliche)

Setting Betrieb: Erwerbstätige

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten, der persönlichen, psychosozialen und fachlichen Kompetenzen und der körperlichen Fitness (Stress-Management- bzw. -Resistenz-Trainings, Entspannungs- und Fitnessmethoden) • Förderung des lebenslangen Lernens 	<ul style="list-style-type: none"> • betriebliche Gesundheitsförderung als ganzheitliche Strategie • Organisationsentwicklung mit Fokus auf Arbeitsgestaltung (Erhöhung von Partizipation, Handlungsspielraum und Selbstregulation) • Massnahmen des Personalmanagements (Führungsverhalten, Anerkennung, Arbeitszeitgestaltung, Erwerbs- und Privatleben)

Setting Gemeinde/Gemeinwesen: ältere Menschen

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Beziehungsfähigkeit • Empowerment einschliesslich Hilfe zur Selbsthilfe, Stärkung der Coping-Fähigkeiten und der Kontrollüberzeugungen, Partizipationsmöglichkeiten • Förderung der lebenslangen körperlichen und kognitiven Aktivität 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der sozialen Netze einschliesslich gemeinschaftlicher Netzwerke • intergenerationelle Projekte, sozio-kulturelle Animation • präventive, geriatrische Assessments verbunden mit Hausbesuchen

Die obigen Empfehlungen decken die fachlichen Aspekte der Machbarkeit aus Public Health-Sicht ab. Die unternehmensstrategische, -politische und finanzpolitische Perspektive und Machbarkeit sind in einem weiteren Schritt zu beleuchten.

VERFÜGBARES FACH- UND ERFAHRUNGSWISSEN

Für Strategie, Planung und Umsetzung ist ein einschlägiges, breites Fach- und Erfahrungswissen vorhanden. Es sind eine Reihe praxiserprobter Konzepte (z.B. Lebensqualität, Wohlbefinden, soziales und kulturelles Kapital, Resilienz) verfügbar, die sich zur Wissenschaftsbasierung für Interventionen anbieten. Die Globalziele im Bereich psychische Gesundheit und Stress sind abgesteckt (siehe unten) und die diesbezüglichen Determinanten sowie Risiko- und Schutzfaktoren bekannt. **Zu allen Lebensphasen und Settings, insbesondere aber zu Betrieb, Schule und Familie, liegen Interventionsstudien vor, die belegen, dass Ansätze zur Stressprävention und Förderung der psychischen Gesundheit wirksam sind und**

zu einer ganzen Reihe positiver gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Resultate führen. Ein Anhang zum Schlussbericht enthält eine Auswahl von rund 50 evaluierten Programmen sowie zahlreiche Verweise auf weitere Interventionsquellen.

Gleichzeitig ist auf **Lücken** hinzuweisen, welche die Epidemiologie sowie die Interventionsebene bezüglich heterogener Qualität, Wirkung und Evidenz betreffen. Ausserdem überwiegen Interventionen auf der Verhaltensebene zahlenmässig jene auf der strukturellen Ebene bei weitem. Wirksame Bewältigungsformen im Umgang mit Jugendarbeitslosigkeit, Invalidisierung oder der Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind kaum bekannt. Diese Lücken bedeuten, dass bei der Umsetzung in bestimmten Handlungsfeldern auch neue Wege zu beschreiten sind. Schliesslich ist anzuerkennen, dass die Themen psychische Gesundheit und Stress in der Schweiz, insbesondere bezüglich Umsetzung und Evaluation, noch relativ jung und im Aufbau begriffen sind.

ERGEBNISSE – ODER: AN WELCHEN GLOBALZIELEN KÖNNEN SICH STRATEGIEN ORIENTIEREN?

Die nachfolgende Auflistung übergeordneter **Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress** soll für Strategieentwicklung und Interventionsplanung als erster Orientierungsrahmen dienen.

Prävention	Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Last psychischer Krankheiten für Gesellschaft, Familien und Individuen • Rückgang der Suizidraten • Rückgang der Invalidität, der IV-RentnerInnen und SozialhilfeempfängerInnen • Reduktion der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen • Reduktion von physischer und psychischer Gewalt inkl. Mobbing/Bullying • Reduktion von chronischer Über- und Unterforderung bzw. von chronischer Über-, Unter- und Mehrfachbelastung inkl. Burnout • Reduktion der sozialen Desintegration bzw. Vereinsamung und Isolation • Reduktion der Erwerbslosigkeit • Reduktion der Krankheits- und Sozialkosten 	<ul style="list-style-type: none"> • verbesserte Lebensqualität inkl. Lebenskompetenz • verbessertes Wohlbefinden inkl. psychische Ausgeglichenheit und physische Gesundheit • verbesserte Resilienz und Stressresistenz • sensibilisierte Bevölkerung bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit • verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen • Stärkung des sozialen Kapitals, des sozialen Friedens und Zusammenhalts inkl. Förderung der sozialen Integration und Solidarität • verbesserte soziale Sicherheit • gesteigerte Lebens- und Schaffensfreude • gesteigerte Produktivität/BIP

**WAS BRINGT DIE ZUKUNFT?
WAS IST ZU ERWARTEN, WENN NICHTS UNTERNOMMEN WIRD?**

Der voraussichtlich anhaltende soziale Wandel und der wachsende wirtschaftliche Druck führen dazu, dass chronische Belastungen sowie Mehrfachbelastungen noch zunehmen werden. Damit werden auch die Bewältigung kritischer Lebensereignisse und biografische Übergänge erschwert. Die Relevanz von Stress als einem der wichtigsten Risikofaktoren für psychische (und physische) Gesundheit gewinnt an Bedeutung. Die Last psychischer (und physischer) Krankheiten wird ohne gezielte und wirksame Massnahmen weiter steigen und ein noch gewichtigerer sozialer und volkswirtschaftlicher Faktor werden.

1. Ausgangslage

Im einleitenden Kapitel werden zunächst die grundlegenden Ziele und Rahmenbedingungen erörtert. Darauf werden wichtige strategische Grundlagen skizziert und konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention dargestellt. Wie die nachfolgenden wird auch dieses Kapitel mit einer Zusammenfassung und Schlussfolgerungen abgeschlossen.

1.1 ZIELE UND RAHMENBEDINGUNGEN

Der vorliegende Bericht will Gesundheitsförderung Schweiz und anderen Instanzen ein *State of the Art*-Dokument verfügbar machen, das die theoretischen und praktischen Grundlagen bereitstellt für die Strategieerarbeitung und Planung von Interventionen zur anhaltenden Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Schweiz. Um mit den beschränkten Ressourcen der Stiftung eine möglichst grosse Wirkung zu erzielen, ist es notwendig, dass sich die Institution auch im Bereich der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen thematisch einschränkt. Unter Berücksichtigung der bisherigen Kompetenzen und Erfahrungen hat der Stiftungsrat entschieden, auf Stress zu fokussieren. Das Dokument dient deshalb im Rahmen der langfristigen Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz als Grundlage für Strategien und Interventionsplanung zur Förderung psychischer Gesundheit im Allgemeinen und zur Stressprävention im Besonderen. Das Grundlagendokument verfolgt

3 Hauptziele:

1. Das aktuelle Grundlagenwissen der Gesundheitswissenschaften allgemein im Bereich psychischer Gesundheit sowie das Fachwissen spezifisch zu Stress sind zusammengefasst.
2. Die wichtigsten internationalen und nationalen Ansätze für erfolgreiche oder Erfolg versprechende Interventionen im fokussierten Themenbereich sind aufgearbeitet.
3. Das Dokument enthält Empfehlungen für möglichst zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Interventionen in der Schweiz.

Weitere Ziele des Berichts sind Hinweise auf einen Mix von Interventionen zum Thema Stress und auf Schnittstellen und Interventionssynergien zum parallelen Kernthema von Gesundheitsförderung Schweiz «Gesundes Körpergewicht». Ausserdem enthält der Bericht eine grobe Systemanalyse bzw. Hinweise auf einschlägige nationale und überregionale Projekte, Projektpartner und Zuständigkeiten in der Schweiz (Mapping).

Das Dokument soll für die kommenden Jahre im genannten Bereich als Referenzrahmen dienen, erhebt jedoch keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Angesichts der thematischen Breite und Vielfalt können die zahlreichen Aspekte nur anhand von wenigen, prioritär erscheinenden Beispielen dargestellt werden, die je nach gewählter Strategie und Intervention zu ergänzen und zu vertiefen sind. Hierfür dienen die zahlreichen Fussnoten mit weiterführenden Verweisen sowie die im Verlauf der Berichterstellung erarbeitete Dokumentation. Die nationale und internationale Forschung und Evidenz wird so weit aufgearbeitet, dass die dargestellten Konzepte, Strategien und Interventionen wissenschaftlich abgestützt sind. Wo dies mangels belegter Interventionen nicht möglich ist, werden auch Ansätze aufgezeigt, die mittels geeigneter Evaluation Evidenz schaffen können.

Der Bericht berücksichtigt folgende **Rahmenbedingungen:**

- Das sich in Entwicklung befindliche *Best Practice*-Rahmenkonzept von Gesundheitsförderung Schweiz einschliesslich Evidenz-Konzept wird, soweit vorhanden, berücksichtigt.²
- Die Aspekte ökonomische Evaluation und Chancengleichheit werden separat aufgearbeitet. Es werden jedoch Interventionen und Strategien favorisiert, welche die gesundheitliche Chancengleichheit sowie den Zugang zum Gesundheitssystem spezifischer Gruppen fördern und die Gender-Thematik berücksichtigen.³

² Gesundheitsförderung Schweiz (2005).

³ S. Gesundheitsförderung Schweiz (2004).

- In Übereinstimmung mit dem Public Health-Ansatz wollen die vorgeschlagenen Strategien und Interventionen die psychische Gesundheit einer möglichst grossen Population von Personen mit Mehrfachbelastungen verbessern.
- Ausgehend von einer Problemanalyse werden sowohl die Ansätze der Gesundheitsförderung wie der Prävention verfolgt, wobei das Schwergewicht auf dem salutogenetischen Ansatz liegt. Dieser stellt – anders als die vorherrschenden pathogenetisch orientierten Krankheitsmodelle – Erhalt, Stärkung und, nach Möglichkeit, Ausbau der persönlichen Ressourcen in den Mittelpunkt (siehe Kpt. 1.3.2).
- Es werden sowohl Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen als auch individuelle Verhaltensänderungen angestrebt. Einer der vom Stiftungsrat schon festgelegten Schwerpunkte ist die betriebliche Gesundheitsförderung, da Gesundheitsförderung Schweiz diesbezüglich bereits über wesentliche Erfahrungen und Kompetenzen verfügt und es keinen nationalen Akteur gibt, der sich umfassend der Weiterentwicklung annimmt; weitere Schwerpunkte sind zu definieren wie z.B. Schule und Gemeinde/Gemeinwesen.
- Bezüglich **Menschenbild und Ethik** gilt folgender Rahmen:
Das vorliegende Dokument geht von einem humanistischen Menschenbild aus, in dem ein sinnerfülltes Leben für den Erhalt der psychischen Gesundheit zentral ist. Dies widerspiegelt sich in einer humanitären Kultur und Gesellschaft, in der menschliches Leben in allen Stadien, Formen und Lebenswelten integriert, gefördert und wertgeschätzt wird – entgegen dem Effizienzprinzip einer funktionalen Gesellschaft, welche die Menschen nach dem Kriterium *survival of the fittest* selektioniert und nur «pflegeleichte» Menschen im Arbeitsprozess duldet. Zu diesem umfassenden Humanitätsverständnis gehört, dass sich Gesellschaft und Politik nachhaltig dafür einsetzen, dass die existentiellen Grundbedürfnisse aller Menschen nach Nähe, Zuwendung und Pflege, Nahrung, Kleidung und Obdach, und nach Bildung und Erwerbstätigkeit unabhängig von Geschlecht, sozialer Herkunft und sexueller Orientierung sowie unabhängig von ihrem politischen und religiösen Bekenntnis gestillt werden. Für die psychische Gesundheit ist die Erkenntnis zentral, dass die Befriedigung der physischen Bedürfnisse zwar grundlegend ist, dass jedoch auch die Psyche mit Nähe und Zuwendung von anderen Menschen genährt werden will, wenn sie nicht verkümmern, krank und ein Fall für das Krankheitswesen und die Invalidenversicherung werden soll.⁴

1.2 STRATEGISCHE GRUNDLAGEN

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten strategischen Grundlagen auf institutioneller, nationaler und internationaler Ebene dargestellt, die für den Bereich der psychischen Gesundheit (und Krankheit) vorwiegend aus politischer Sicht relevant sind. Umsetzungsorientierte Strategien werden später im Zusammenhang mit den Interventionen in Kapitel 5.1 dargestellt.

1.2.1 Gesundheitsförderung Schweiz

Allgemeine strategische Grundlagen

Der Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz ist im Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG) verankert:

Art. 19 KVG Förderung der Verhütung von Krankheiten

1. Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.
2. Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

⁴ In Anlehnung an Baumann-Hölzle (2005).

In der **Stiftungsurkunde**⁵ wird im Zweck-Artikel 2 in Ergänzung zu Art. 19 KVG präzisierend festgehalten:

- Die Stiftung fördert und koordiniert die Umsetzung entsprechender Projekte von nationaler und regionaler Bedeutung. Im Rahmen ihrer Möglichkeiten leistet sie finanzielle Beiträge, technische Hilfe und Beratung.

Auch das **Leitbild** der Stiftung enthält wichtige Aussagen, die als allgemeine strategische Grundlagen für Erarbeitung, Verständnis und Verwendung des vorliegenden Berichts relevant sind, z.B.⁶:

- «Ziel von Gesundheitsförderung ist es, persönliche und soziale Ressourcen für Gesundheit zu stärken (salutogenetischer Ansatz). Es geht darum, gesellschaftliche Verhältnisse (Lebenswelten) zu schaffen, welche die Individuen und Gruppen befähigen, die eigene Lebensweise so zu gestalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu erhöhter Lebensqualität führt.»
- «Sie (die gesamtschweizerische Institution) eruiert kontinuierlich den Interventionsbedarf für die Schweiz und setzt darauf basierende prioritäre Bereiche für nationale Programme fest, die sie konzipiert und leitet.»
- «Berücksichtigung wissenschaftlicher Erkenntnisse: Die Ziele, Strategien und Massnahmen von Gesundheitsförderung Schweiz stützen sich auf wissenschaftliche Grundlagen und erhärtete Erkenntnisse.{...}»

Spezifische strategische Grundlage

In Übereinstimmung mit dem obigen Leitbild⁷ bzw. zwecks erhöhter Wirksamkeit der Interventionen und klarerer Positionierung von Gesundheitsförderung Schweiz hat der Stiftungsrat Ende 2004 entschieden, neben «Gesundheitsförderung und Prävention stärken»⁸ und «gesundem Körpergewicht»⁹ als drittes Kernthema der neuen, langfristigen Strategie «Psychische Gesundheit – Stress» zu bearbeiten. Parallel und vernetzt werden die strategischen Querschnittsthemen «ökonomische Evaluation»¹⁰ und «Chancengleichheit»¹¹ bearbeitet. Die Wahl des strategischen Kernthemas »Psychische Gesundheit – Stress« ist im Rahmen des mehrjährigen nationalen Prozesses und des Entwurfs einer nationalen Strategie zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz zu sehen.¹²

1.2.2 Nationale strategische Grundlagen

Im Jahr 2000 haben Bund und Kantone entschieden, dass im Rahmen der **Nationalen Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen** die psychische Gesundheit ein Schwerpunkt sein soll. Seither ist die Thematik in Arbeitstagungen und Studien aufgearbeitet worden.¹³ Im April 2005 wurden die Arbeiten im Rahmen der Strategieentwicklung (Entwurf und Konsultationsbericht zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz¹⁴) als Referenzrahmen für Aktivitäten von Bund und Kantonen zur Kenntnis genommen. Er hat Gültigkeit für andere interessierte Partner.

⁵ Letzte Revision vom 17. Januar 2002.

⁶ Grundaussagen 1.3.1 bzw. KVG Art. 19, 1.4 Punkt 2, und 2.2 Punkt 1.

⁷ S.o. Grundaussage 1.4, Punkt 2.

⁸ van der Linde (2005).

⁹ Schopper (2005).

¹⁰ Schug unter Mitarbeit von Eisenring (2005).

¹¹ Lamprecht et al. (2005).

¹² Nationale Gesundheitspolitik (2004a).

¹³ Die für diesen Bericht relevanten Dokumente werden an betreffender Stelle zitiert.

¹⁴ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004b, 22ff.).

Im Dokument werden für einen Zeitraum von 10 Jahren die nachstehenden Ziele definiert:

- Zunahme der psychischen Vitalität in der Wohnbevölkerung der Schweiz
- verbessertes Bewusstsein über positive Aspekte psychischer Gesundheit
- Erleichterung des Zugangs zu angemessener Behandlung
- Verbesserung der Kooperation von Betroffenen und Angehörigen
- Abnahme der Chronizität von psychischen Störungen und Abnahme des Bedarfs an IV-Berentungen
- Abnahme der Suizidalität
- grössere Zufriedenheit bei den PatientInnen und weniger Burnout bei den Fachleuten¹⁵
- erhöhte Attraktivität der Arbeit mit psychisch Kranken.

In der politisch breit abgestützten Konsultation dieses Grundlagendokuments der Nationalen Gesundheitspolitik rangiert die **Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit** unter den nachfolgenden 10 Empfehlungen des Aktionsplans zur Erreichung der Strategieziele insgesamt an zweiter Stelle.¹⁶

1. Früherkennung von psychischen Krankheiten
2. Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit
3. Bewusstseinsbildung der Bevölkerung für die psychische Gesundheit und für psychische Krankheiten
4. Förderung der Selbsthilfe und Freiwilligenhilfe, Unterstützung der Angehörigen und Partizipation von Betroffenen auf allen Ebenen im Gesundheitswesen
5. Qualitätsentwicklung in der Angebotskette zur Heilung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Krankheiten
6. Nachwuchsförderung von SpezialistInnen von Medizin, Pflege, Psychologie und Sozialarbeit, Ausbau von Forschung und Entwicklung
7. multisektorielle Koordination
8. Wahrnehmung des Problems: Monitoring und Synthese vorhandener Daten
9. Anpassung der Gesetzgebung
10. Nationale und internationale Koordination

Die Kantone sowie die Hilfswerke und VertreterInnen der Freiwilligenarbeit setzten die Förderung der psychischen Gesundheit in Familie, Schule und Arbeit sogar an erste Stelle.

Den Bezug zur internationalen Ebene markiert die schweizerische Adaptation der «Agenda 21» der Weltgesundheitsorganisation (WHO, Region Europa), in der diese für das 21. Jahrhundert einen Referenzrahmen und konkrete Handlungsschwerpunkte definiert hat. In den breit abgestützten **Gesundheitszielen für die Schweiz** wird das Kernthema direkt mit dem Ziel 6, *Verbesserung der psychischen Gesundheit*, vernetzt und werden folgende Ziele definiert:

«Bis zum Jahr 2020 sollte sich die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern, und für Personen mit psychischen Problemen sollten bessere umfassende Dienste verfügbar und zugänglich sein. In diesem Zusammenhang sollten insbesondere folgende Teilziele erreicht werden:

1. **Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern, und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.**¹⁷
2. Die Suizidraten sollten um mindestens einen Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.»¹⁸

¹⁵ Zu ergänzen: und nicht professionellen, privaten Pflegepersonen und Angehörigen.

¹⁶ Nationale Gesundheitspolitik (2004b, 21ff.).

¹⁷ Hervorhebung durch den Autor. Da psychische Probleme nicht allein auf der individuellen Handlungsebene verursacht und gelöst werden können, sollte hier die gezielte Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen ebenso als Ziel formuliert werden.

¹⁸ Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (2002).

1.2.3 Internationale strategische Grundlagen

WHO

Mit dem *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope* erhob die WHO psychische Gesundheit zu einem international relevanten, strategischen Thema. Noch mit dem Fokus auf psychiatrische Störungen und Krankheiten definierte sie darin 10 strategische Handlungsfelder:

- primäre Gesundheitsversorgung sichern
- Verfügbarkeit von psychotropen Arzneimitteln sicherstellen
- Psychiatrische Dienste auf Gemeinde/Gemeinwesenebene anbieten
- Bewusstsein in der Öffentlichkeit fördern
- Gemeinde/Gemeinwesen, Familien und Versicherte einbeziehen
- nationale Strategien, Programme und Gesetzgebungen schaffen
- professionellen Nachwuchs fördern
- Vernetzung mit anderen Sektoren
- Berichterstattung über die psychische Gesundheit von Bevölkerungsgruppen
- Förderung der Forschung.

Mit dem Weltgesundheitsbericht 2001 übernahm die WHO Leadership, vertiefte und konkretisierte ihre Strategie¹⁹ und initiierte zahlreiche einschlägige Studien zum Thema.²⁰ In einer jüngeren Publikation macht die WHO die Grundaussage, dass «die Förderung der psychischen Gesundheit zur allgemeinen Gesundheit beiträgt und einen wesentlichen Bestandteil der Gesundheitsförderung bilden sollte».²¹

WHO Region Europa

Im Anschluss an den Weltgesundheitsbericht 2001 verstärkte auch die WHO Region Europa ihre Anstrengungen zum Thema. Diese gipfelten in der Verabschiedung einer programmatischen europäischen Erklärung²² und eines langfristigen europäischen Aktionsplans²³ zur psychischen Gesundheit an der **Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit in Helsinki im Januar 2005**. Im Bereich psychische Gesundheit wurden für die kommenden 10 Jahre folgende Prioritäten gesetzt:²⁴

- I Das Bewusstsein von der Bedeutung des psychischen Wohlbefindens zu fördern;
- II gemeinsam gegen Stigma, Diskriminierung und Ungleichheit anzugehen, Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und ihre Angehörigen zu stärken und zu unterstützen, damit sie sich an diesem Prozess aktiv beteiligen können;
- III umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen;
- IV dem Bedürfnis nach kompetenten und in all diesen Bereichen leistungsfähigen Mitarbeitenden zu entsprechen;
- V die Erfahrung und das Wissen der Betroffenen und Betreuenden als wichtige Grundlage für die Planung und Entwicklung von psychosozialen Diensten einzubeziehen.²⁵

Die Ergebnisse dieser ersten Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit sollen in den gesundheitspolitischen Dialog zwischen Bund und Kantonen einfließen,²⁶ womit sich der Kreis zur nationalen Ebene schliesst.

¹⁹ WHO (2000c).

²⁰ WHO (2001a), s. Literaturverzeichnis.

²¹ Herrman et al. (2004, 59).

²² WHO European Ministerial Conference (2005a).

²³ WHO European Ministerial Conference (2005b). Für die Periode 2005–2010 wurden Etappenziele definiert.

²⁴ Ebd.

²⁵ WHO European Ministerial Conference (2005a, 3).

²⁶ Bundesamt für Gesundheit (2005).

Europäische Union

An der Helsinki-Konferenz war auch die **Europäische Kommission** als Kooperationspartner beteiligt, welche die strategische Ausrichtung unterstützt.

Policies und Strategien einzelner Länder und Netzwerke

Mit *Policies*,²⁷ Strategien und Umsetzung zu psychischer Gesundheit (und Krankheit) beschäftigen sich neben den internationalen Organisationen viele Länder und eine grosse Anzahl von internationalen und nationalen Netzwerken. Diese sind i.d.R. stärker umsetzungsorientiert und werden an einigen Beispielen in Kapitel 5.1 dargestellt.

1.3 KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

In diesem Kapitel werden Konzepte und Grundlagen der Gesundheitsförderung dargestellt, die für die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen von besonderer Relevanz sind. Konzepte, welche spezifisch für Interventionen im Bereich psychischer Gesundheit und Stress bedeutsam sind, werden in Kpt. 4.1 aufgeführt. Die nachfolgend dargestellten Konzepte und Grundlagen stehen für den Paradigmawechsel von der pathogenetischen Orientierung zur salutogenetischen Perspektive, der in drei, teilweise überlappenden Entwicklungsprozessen beschrieben werden kann:²⁸

- Die erste Entwicklung bezieht sich auf die Ausweitung des biomedizinischen zum biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit (Engel).
- Die zweite Entwicklung steht für die Wende von der pathogenetischen zur salutogenetischen Perspektive (Antonovsky und Ottawa-Charta).
- Die dritte Entwicklung markiert die Abkehr von der rein individuumszentrierten Sichtweise hin zu einer stärker systemischen, die Umweltfaktoren mit einbeziehenden Orientierung (sozialepidemiologische Studien der 80er Jahre und Ottawa-Charta).

Schliesslich werden anhand eines strategischen Orientierungsmodells für Interventionen im Bereich psychischer Gesundheit, die Grundansätze der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen verortet und definiert.

1.3.1 Ein Modell zur biopsychosozialen Gesundheit

Ausgehend vom oben vertretenen ganzheitlichen Menschenbild (Kpt. 1.1), stützt sich dieses Dokument auf das integrative, interdisziplinäre Modell von George L. Engel ab.²⁹ In seinem biopsychosozialen Modell hat Engel das analytisch-reduktionistische biomedizinische Krankheitsmodell abgelöst und durch die sozialen, psychologischen, verhaltensmässigen und kulturspezifischen Dimensionen von Krankheit (und Gesundheit) ergänzt. Demzufolge lassen sich Entstehung, Verlauf und Heilung von Krankheit bzw. Entstehung, Erhalt und Ausbau von Gesundheit nicht ausschliesslich biochemisch erklären, sondern nur unter Einbezug des Sozialverhaltens, der Lebensumstände und der subjektiven Befindlichkeit verstehen und beeinflussen.

²⁷ Programme der Politik inkl. Strategien und Massnahmen; vgl. Linder & Vatter [2002].

²⁸ In Anlehnung an Wettstein (2004).

²⁹ Engel (1979). Anders unterscheidet die WHO zwischen einer negativen, pathogenetisch orientierten und einer positiven, salutogenetisch orientierten Dimension der psychischen Gesundheit (WHO 2001a).

Die Vorteile des Modells liegen in seiner universellen, Public Health-kompatiblen Anwendbarkeit: Es ist nicht nur für Forschung und Lehre geeignet, sondern ebenso als «Handlungsmodell für die reale Welt der Gesundheitsversorgung»³⁰ und zwar für Gesellschaften und Populationen aller Kulturstufen. Seine Überlegungen stützt Engel u.a. auf die ethnomedizinische Perspektive ab, das heisst auf die Tatsache, dass in allen Gesellschaften aller Kulturstufen die Hauptkriterien zur Identifikation von Krankheit immer verhaltensmässiger, psychologischer und sozialer Art sind.³¹

1.3.2 Die salutogenetische Perspektive³²

Die Salutogenese gehört zu den einflussreichsten Ansätzen in der Gesundheitssoziologie, -psychologie und den Gesundheitswissenschaften. In Umkehrung der einseitig pathogenetischen Sichtweise und in Ergänzung zur biomedizinischen Krankheitsorientierung stellt ihr Begründer Aaron Antonovsky die direkte Frage nach den Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit ins Zentrum.³³ Antonovsky positioniert Gesundheit als eine eigenständige Kategorie in einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Ausgehend von der Stressforschung und -bewältigung untersuchte Antonovsky, dass und wie Menschen trotz einer Vielzahl von krankheitserregenden Risikokonstellationen, psychosozial irritierenden Belastungen und angesichts kritischer Lebensereignisse gesund bleiben. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der Balance bzw. der dynamischen Wechselwirkung zwischen belastenden und entlastenden bzw. schützenden Faktoren im Menschen und seiner Umwelt.

Erstes Kernstück der Salutogenese sind die **generalisierten Widerstandsressourcen** (generalized resistance resources), die das Potenzial von Menschen umschreiben, mit biologischen, psychischen und sozial-ökologischen Belastungen konstruktiv, das heisst ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, zurechtzukommen:

- körperliche/konstitutionelle Ressourcen: ausreichende Immunpotenziale des Körpers,
- personale und psychische Ressourcen; z.B. Gesundheitswissen, aktive Vermeidung von Stressfaktoren durch präventives Gesundheitsverhalten, Kontrolle über das persönliche Handeln,
- interpersonale Ressourcen: z.B. soziale Unterstützung in sozialen Netzwerken, soziale Integration,
- soziokulturelle Ressourcen: Eingebundenheit in stabile Kulturen, Orientierung an lebensleitenden Überzeugungen sowie
- materielle Ressourcen zur Sicherung von Schutz, Ernährung, Wohnung etc.

Sind ausreichend Ressourcen vorhanden, können Menschen ein **Kohärenzgefühl** (sense of coherence), das zweite Kernstück des Modells, ausprägen und aufrechterhalten. Das Kohärenzgefühl kann als positives, aktives Selbstbild der Handlungs- und Bewältigungsfähigkeit verstanden werden und ist verbunden mit der Gewissheit, sich selbst und die eigenen Lebensumstände steuern und gestalten zu können.³⁴ Es setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- Gefühl von Verstehbarkeit der Welt (sense of comprehensibility),
- Gefühl von Handhabbarkeit der verfügbaren Ressourcen bzw. Bewältigbarkeit von Schwierigkeiten (sense of manageability) sowie
- Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit des Lebens (sense of meaningfulness).

Antonovsky postulierte: Je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, Stressfaktoren erfolgreich zu bewältigen.

³⁰ Ebd., 84.

³¹ Ebd., 68.

³² In Anlehnung an P. Franzkowiak in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 198ff.). S. ebd. das von Faltermaier erweiterte Modell der Salutogenese.

³³ S. Antonovsky (1979) und Antonovsky (1997).

³⁴ Nach Antonovsky (1997, 16) ist das Kohärenzgefühl eine globale Orientierung, «[...] die das Mass ausdrückt, in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass die eigene interne und externe Umwelt vorhersehbar ist und dass es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, dass sich die Dinge so entwickeln, wie vernünftigerweise erwartet werden kann».

Die salutogenetische Perspektive ist derzeit eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitskonzepte, auch wenn es weder ausreichend operationalisiert noch genügend empirisch überprüft worden ist.³⁵ Die nachgewiesene Korrelation von Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit sowie seine Fokussierung auf die Stressbewältigungsressourcen erweisen jedoch diesen Ansatz für unsere Zwecke als besonders relevant. Hinzu kommt seine Nähe zu anderen Konzepten der Gesundheitsförderung wie Empowerment, Resilienz, gesundheitliche Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeitserwartung.

1.3.3 Ottawa-Charta³⁶

Die Ottawa-Charta wurde in den 1980er Jahren entwickelt und 1986 an der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa (Kanada) verabschiedet. Sie baut auf dem Grundsatzprogramm der WHO «Gesundheit für alle» auf. Diese Charta stellt die erste und bisher wichtigste Etappe in der Entwicklung einer programmatischen, internationalen Strategie der Gesundheitsförderung dar. Handlungsleitend ist das Ziel von Gesundheitsförderung als «Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen (...)».³⁷ Die Ottawa-Charta war eine Antwort auf die wachsende Kritik an der medizinisch orientierten Prävention und an der klassischen Gesundheitserziehung, die sich vorwiegend am individuellen Risikoverhalten orientierten. Dieser Ausrichtung stellt die Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als **grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit** entgegen.

Die Charta fasste 1986 die wichtigsten Aktionsstrategien und Handlungsbereiche der Gesundheitsförderung zusammen, die bis heute ihre Gültigkeit behalten haben.³⁸

Die drei grundlegenden **Handlungsstrategien** sind:

- Interessen vertreten (advocacy): positive Beeinflussung der gesundheitlichen Risiko- und Schutzfaktoren durch anwaltschaftliches Eintreten.
- Befähigen und ermöglichen (enable): alle Menschen über Empowerment und Kompetenzförderung zur Verwirklichung ihres grösstmöglichen Gesundheitspotenzials zu ermächtigen.
- Vermitteln und vernetzen (mediate): aktive und dauerhafte Kooperation mit allen Akteuren – Individuen, Gruppen, Gemeinschaften ebenso wie staatliche und nicht staatliche Institutionen – inner- und ausserhalb des Gesundheitswesens.

Als fünf vorrangige **Handlungsfelder** nennt die Charta:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (build healthy public policy): Gesundheit ist auf allen Ebenen und Politikbereichen auf die politische Tagesordnung zu setzen.
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen (create supportive environments): Schaffung von sicheren, anregenden und befriedigenden Arbeits- und Lebensbedingungen und Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie Erhaltung der natürlichen Ressourcen.
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (strengthen community action): Unterstützung von Nachbarschaften, Gemeinschaftsaktivitäten von Bürgern, Selbsthilfeaktivitäten und Gemeinde-/Gemeinwesen zwecks vermehrter Selbstbestimmung, Autonomie und Kontrolle über ihre Gesundheitsbelange (vgl. Empowerment und Partizipation).

³⁵ Zum Forschungsstand und Stellenwert von Antonovskys Modell s. z.B. Bengel et al. (1998) und Wydler et al. (2000).

³⁶ In Anlehnung an L. Kaba-Schönstein in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 73ff.) und Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (o.J.).

³⁷ Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung (o.J.).

³⁸ S.a. die komplementäre *Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world* (August 2005), welche auf der Ottawa-Charta aufbaut: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp.

- Persönliche Kompetenzen entwickeln (develop personal skills): Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Kompetenzen durch Information und gesundheitsbezogene Bildung sowie Befähigung zu lebenslangem Lernen und zur Lebensbewältigung (vgl. Empowerment).
- Gesundheitsdienste neu orientieren (reorient health services): Entwicklung eines Versorgungssystems, das über die medizinisch-kurativen Leistungen hinaus auf die stärkere Förderung der Gesundheit ausgerichtet ist und sich an den Bedürfnissen des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit orientiert.

Die Ottawa-Charta markiert gleichsam den Durchbruch der Gesundheitsförderung auf internationaler und politischer Ebene und ist bis heute das wichtigste offizielle Grunddokument der Gesundheitsförderung geblieben. Die fünf Handlungsfelder dieses Mehrebenenansatzes mit Politik, Gemeinwesen, Institutionen, Gruppen und Individuen sind an der 4. Konferenz von Jakarta 1997 als wirksame «Strategien» bestätigt worden. So hat sich das Handlungsfeld der gesundheitsförderlichen Lebenswelten, das sich auf den systemischen **Setting-Ansatz** bezieht, als wichtige Strategie der Gesundheitsförderung durchgesetzt und bewährt. Die Umsetzung der fünf Handlungsfelder erfordert die Beteiligung der Bevölkerung und die Kooperation einer Vielzahl von Akteuren, Sektoren und Berufsgruppen auf allen Ebenen, insbesondere intersektorale Kooperation.

1.3.4 Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen

An dieser Stelle sollen die beiden Grundansätze der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen einschliesslich psychischer Belastungen und Stress-Symptome anhand eines irischen Modells verortet und definiert sowie ihre Schnittstelle beschrieben werden.³⁹ Obschon es sich hierbei um ein Interventionsmodell handelt, wird es an dieser Stelle eingeführt, da es einerseits erlaubt, die salutogenetischen von den pathogenetischen Aktionsfeldern abzugrenzen, und andererseits den Zusammenhang zwischen der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen mit Grundkonzepten der Gesundheitsförderung und Prävention aufzuzeigen.

Das nachfolgend abgebildete Modell *Modified Mental Health Intervention Spectrum* ist von Margaret M. Barry, National University of Ireland, in Erweiterung des Präventionsmodells von Mrazek & Haggerty⁴⁰ entwickelt worden.

³⁹ Dieselbe konzeptionelle Unterscheidung wird in den jüngsten Fachpublikationen der WHO gemacht: Herrman et al. (2004) und Hosman et al. (2004, 16).

⁴⁰ Mrazek & Haggerty (1994) in: Barry (2001, 26).

Abbildung 1*Modified Mental Health Intervention Spectrum⁴¹*

Das Modell zeigt das gesamte Interventionsspektrum im Bereich psychische Gesundheit auf und fokussiert mit der strategischen Zielsetzung, Wohlbefinden und Lebensqualität zu fördern, zugleich auf globale Ziele der Gesundheitsförderung. Im abgebildeten Modell baut die **Förderung psychischer Gesundheit** auf den Konzepten des Empowerment und der gesundheitsförderlichen Lebenswelten (s.o. Ottawa-Charta) auf und integriert die interventionsorientierten Konzepte der Resilienz und der Kompetenzen bzw. Ressourcen, welche in Kapitel 4 dargestellt werden.

Hosman und Jané-Llopis definieren die Förderung psychischer Gesundheit in Verbindung mit der Prävention psychischer Störungen folgendermassen:

«Aktivitäten zur Förderung psychischer Gesundheit (mental health promotion) implizieren die Schaffung von individuellen, sozialen und Umwelt-Bedingungen, die eine optimale psychologische und psychophysische Entwicklung ermöglichen. Solche Anstösse schliessen die Individuen im Prozess des Erlangens psychischer Gesundheit, der Verbesserung der Lebensqualität und der Verminderung der Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Ländern und Gruppen mit ein. Es handelt sich um einen Prozess der Befähigung, durchgeführt von, mit und für die Menschen».⁴²

⁴¹ Barry (2001).

⁴² Hosman & Jané-Llopis (1999).

Die Ziele der **Prävention psychischer Störungen** definieren Mrazek & Haggerty mit:

«der Reduktion der Inzidenz, der Prävalenz, dem Wiederauftreten psychischer Störungen, der Zeit, in der Symptome oder das Risiko einer psychischen Krankheit vorhanden sind, mit der Verhinderung oder dem Hinauszögern von Rückfällen, und ebenso mit der Reduktion der Auswirkungen der Krankheit auf die betroffene Person, deren Familie und die Gesellschaft».⁴³

Neben dem vorrangigen Fokus auf der Förderung psychischer Gesundheit beschäftigt sich das vorliegende Dokument in Abgrenzung zu sekundärer (Reduktion der Prävalenz) und tertiärer Prävention (Reduktion der Behinderung, verbesserte Rehabilitation, Prävention von Rückfällen) mit der **Primärprävention psychischer Störungen**.

Schnittstelle zwischen der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen⁴⁴

Gesundheitsförderung und Prävention unterscheiden sich in Bezug auf den konzeptionellen Ansatz und die angezielten Ergebnisse. Die Förderung psychischer Gesundheit zielt darauf ab, Wohlbefinden, Kompetenz und Resilienz⁴⁵ zu steigern und unterstützende Lebensbedingungen und Lebenswelten zu schaffen.

Die Prävention psychischer Störungen hat die Reduktion von Risiken und Symptomen und schliesslich von psychischen Störungen zum Ziel. Sie nutzt Strategien der Förderung psychischer Gesundheit als eines der Mittel zur Erreichung dieser Ziele. Die Förderung psychischer Gesundheit kann als sekundäre Wirkung auch die Abnahme der Inzidenz psychischer Störungen zur Folge haben. Da sich beide Ansätze mit der Verbesserung der psychischen Gesundheit und der Beeinflussung derer Vorgeschichte befassen, sollten sie als konzeptionell verschiedene, aber einander ergänzende Ansätze verstanden werden.⁴⁶

Über Wiederaufbau, Stärkung und Ausbau der individuellen Ressourcen unterstützt die Gesundheitsförderung aber auch das ganze, in der oberen Hälfte des abgebildeten Modells integrierte therapeutische Versorgungssystem mit den Feldern «Behandlung», «Langzeitpflege» und «Rehabilitation».

1.4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassung

Ziele und Rahmenbedingungen

- Gemäss Entscheid des Stiftungsrates fokussiert das Dokument auf die Förderung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen und die Stressprävention im Besonderen.
- In diesem Bereich dient das *State-of-the-Art*-Dokument als wissenschaftlicher Referenzrahmen für Strategien und Interventionsplanung. Die einzelnen Aspekte des breitgefächerten Themenbereiches werden beispielhaft dargestellt und sind bei der Konkretisierung von Strategien und Interventionen zu erweitern und zu vertiefen.
- Das *Best Practice*-Rahmenkonzept der Stiftung (ganzheitliches Menschenbild und Ethik, Berücksichtigung des nationalen und internationalen Kontextes inkl. Gesetzgebung, Qualitätssicherung, Evidenz- bzw. Wissenschaftsbasierung), die Ansätze der Salutogenese, von Public Health und der Beeinflussung von Verhalten-Verhältnisse sowie der Chancengleichheit sind konzept- und handlungsleitend.

⁴³ Mrazek & Haggerty (1994).

⁴⁴ In Anlehnung an Hosman et al. (2004, 17f.).

⁴⁵ Die Konzepte des Wohlbefindens und der Resilienz werden in Kpt. 4.1.1.2 bzw. 4.1.2.3 beschrieben.

⁴⁶ Vgl. Hosman & Jané-Llopis (1999): «Die Prävention psychischer Störungen (prevention of mental disorders) kann als eines der Ziele und der Resultate einer breiteren Strategie der Förderung psychischer Gesundheit betrachtet werden».

Strategische Grundlagen

- Psychische Gesundheit nimmt heute auf internationaler und nationaler Ebene auf der strategischen Gesundheitsagenda staatlicher, zwischenstaatlicher und privater Organisationen einen vorrangigen Platz ein.

Konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung und Prävention

- Das biopsychosoziale Modell, der salutogenetische Ansatz sowie die Ottawa-Charta einschliesslich Setting-Ansatz werden als konzeptionelle Grundlagen der Gesundheitsförderung dargestellt.
- Gesundheitsförderung und Prävention sind konzeptionell verschiedene, aber in der Praxis sich ergänzende Ansätze. Über Auf- und Ausbau der Ressourcen ist die Gesundheitsförderung auch mit Therapie, Langzeitpflege und Rehabilitation vernetzt.

Schlussfolgerungen

- Die strategische Fokussierung von Gesundheitsförderung Schweiz auf die Förderung der psychischen Gesundheit reiht sich nahtlos und mit hoher Priorität in den Referenzrahmen der Nationalen Gesundheitspolitik von Bund und Kantonen und internationale Strategien ein.
- Die konzeptionellen Grundlagen sind mit dem Leitbild von Gesundheitsförderung Schweiz und Grundkonzepten der Gesundheitsförderung in hohem Mass kompatibel.

2. Psychische Gesundheit

Ausgehend von der Verortung der psychischen Gesundheit in die übrigen Dimensionen von Gesundheit wird in diesem Kapitel zunächst der Begriff im internationalen Sprachgebrauch definiert. Darauf werden allgemeine epidemiologische Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit auf internationaler und nationaler Ebene aufgearbeitet und Schlussfolgerungen gezogen.

2.1 VERORTUNG UND BEGRIFFSKLÄRUNG

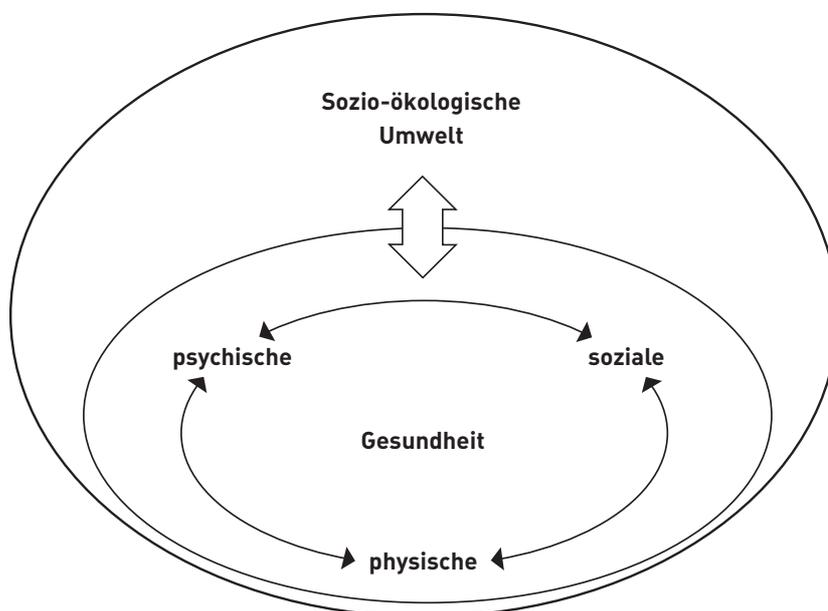
Die zentrale Bedeutung der psychischen Gesundheit geht bereits aus der grundlegenden Definition der WHO in ihrer Verfassung von 1947 hervor:

«Gesundheit ist ein Zustand vollständigen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloss die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit.»

Diese Definition stimmt mit dem oben (Kpt. 1.3.1) dargestellten biopsychosozialen Modell der Gesundheit überein. Die Verortung der psychischen Gesundheit sowie die Überlappung mit den anderen Hauptdimensionen der Gesundheit zeigt die nachfolgende Darstellung:

Abbildung 2

Dimensionen der Gesundheit⁴⁷



Illés und Abel erweitern diese Grunddimensionen in ihrer Beschreibung von Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Gesundheit «als ein komplexes, dynamisches Interaktionsgefüge biologischer, psychologischer, sozialer, soziokultureller, ökologischer und spiritueller Faktoren».⁴⁸

⁴⁷ In Anlehnung an: Bauer et al. (2003).

⁴⁸ Illés & Abel (2002, 49).

Aus der erwähnten Definition hat die WHO für die psychische Gesundheit drei zentrale Punkte abgeleitet:

- Psychische Gesundheit ist ein integraler Teil der Gesundheit,
- sie ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, und
- sie ist eng verknüpft mit der physischen und sozialen Dimension der Gesundheit sowie der Verhaltensdimension, Dimensionen der Gesundheit, die sich gegenseitig bedingen.⁴⁹

Für Menschen verschiedener Kulturen und Settings und in unterschiedlichen sozioökonomischen und politischen Verhältnissen lebend, können «psychische Gesundheit» und ihr verwandte Begriffe ganz unterschiedliche Bedeutung und Inhalte haben.⁵⁰ Dementsprechend haben auch Fachleute «psychische Gesundheit» je nach ihrem kulturellen, sozialen und wissenschaftlichen Hintergrund sowohl allgemein als auch in Bezug auf die verschiedenen Lebensphasen unterschiedlich definiert.⁵¹ Die nachfolgende **Begriffsklärung** stützt sich im Wesentlichen auf solche Publikationen und Definitionen der WHO, welche die Public Health-Perspektive von WissenschaftlerInnen und PraktikerInnen, insbesondere aus entwickelten Ländern, widerspiegeln.

Mit dem Strategiebericht «Psychische Gesundheit» der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz⁵² und in Übereinstimmung mit dem interaktiven und interdependenten Charakter psychischer Gesundheit übernehmen wir die Grunddefinition des *Mental Health Report* der WHO, in welchem psychische Gesundheit als dynamisches Prozessgeschehen beschrieben wird:

«Psychische Gesundheit⁵³ ist das Resultat komplexer dynamischer Interaktionen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Psychische Gesundheit ist somit nicht ein Zustand, der sich als Folge von persönlicher Disposition und individuellem Verhalten manifestiert, sondern ein sehr vielschichtiger Prozess, der neben individuellen Aspekten massgeblich von sozio-ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird.»⁵⁴

Im Sinne einer programmatischen, politischen Absichtserklärung werden hier aus der Public Health-Perspektive die sozialen und volkswirtschaftlichen Aspekte der psychischen Gesundheit als öffentliches Gut gegenüber den individuellen, psychologischen Kompetenz- und Verhaltensaspekten vorangestellt. Die WHO Region Europa definiert psychische Gesundheit umfassend als

«[...] ein allgemeines öffentliches Gut, ein wesentlicher Teil der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bürger in Europa und ein grundlegendes Menschenrecht;⁵⁵ sie ist eine Voraussetzung für ein lebensfähiges, sozial verantwortliches und produktives Europa, sie verstärkt den gesellschaftlichen Zusammenhalt und das Sozialkapital und verbessert die Sicherheit des Lebensumfelds.»⁵⁶

⁴⁹ Herrman et al. (2004, 10ff.), WHO (2001a).

⁵⁰ Herrman et al. (2004, 20).

⁵¹ Bezüglich Alter siehe: www.geroweb.ch.

⁵² Nationale Gesundheitspolitik (2004a).

⁵³ Der im Englischen verwendete Begriff «mental health» wird von der WHO im Deutschen mit «psychischer Gesundheit» bzw. mit «santé psychique» im Französischen und «salute psichica» im Italienischen wiedergegeben. Der Begriff «mentale Gesundheit» ist ungeeignet, da er sich auf die Konzentrationsfähigkeit bezieht, eine Leistungs- und Erfolgsorientierung anklingen lässt und damit einen begrenzten Ausschnitt der Psyche bezeichnet. Es ist nicht die Aufgabe dieses Berichts, die Begriffe «Psyche» und «psychisch» umfassend zu definieren. Der Hinweis muss genügen, dass «psychisch» viele weitere, für die Gesundheit relevante Aspekte umfasst wie zum Beispiel affektive und Beziehungs-Fähigkeit, Motivation, Kreativität, Selbstkonzept, Identität und Bewusstsein. Es bleibt anzufügen, dass auch der Begriff «seelische Gesundheit (oder Krankheit)» ungeeignet ist, da er häufig in theologischen, spirituellen oder esoterischen Zusammenhängen verwendet wird. S. Illés & Abel (2002, 38f.).

⁵⁴ WHO (2001a).

⁵⁵ S. WHO (2002).

⁵⁶ WHO European Ministerial Conference (2005b, 1).

Aus Sicht des Individuums ist psychische Gesundheit nicht als ein «statischer Zustand»⁵⁷ zu definieren, sondern zutreffender

als ein dynamisches Gleichgewicht «des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen⁵⁸ und produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, seiner Gemeinschaft einen Beitrag zu leisten».⁵⁹

Implizit setzt diese Definition voraus, dass Menschen für die Herstellung und Erhaltung psychischen Wohlbefindens über die notwendigen Handlungsvoraussetzungen und Handlungskompetenzen verfügen. Der Begriff «**psychisches Wohlbefinden**»⁶⁰ eignet sich dort, wo der Aspekt des positiven subjektiven Erlebens betont wird.⁶¹ In diesem Dokument wird der Begriff «psychische Gesundheit» – in Abgrenzung zu den pathogenetischen Begriffen «psychische Störungen» und «psychische Krankheiten» – positiv, das heisst salutogenetisch, verwendet.

2.2 ALLGEMEINE ZAHLEN UND FAKTEN ZU PSYCHISCHER GESUNDHEIT: INTERNATIONALE UND NATIONALE GRUNDLAGEN

An dieser Stelle werden die wichtigsten allgemeinen Evidenzen zur Inzidenz und Prävalenz sowie weitere Bedingungsfaktoren psychischer Erkrankungen auf internationaler und nationaler Ebene aufgeführt. Zahlen und Fakten zu einzelnen Bevölkerungsgruppen werden in Kapitel 3.3 dargestellt. Psychische Störungen und Krankheiten werden nur bei der nachfolgenden Problemanalyse miteinbezogen. Die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit werden lediglich gestreift.⁶²

2.2.1 Internationale Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit

2.2.1.1. WHO

Grundlegend sind die *Global Burden of Disease*-Studien der WHO, in denen Mortalität und Behinderungen infolge von Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren für das Jahr 1990 geschätzt und für das Jahr 2020 projiziert worden sind. In diesem Rahmen wurde aufgezeigt, dass die Auswirkungen der psychischen Krankheiten sowohl in der Vergangenheit und Gegenwart als auch für die Zukunft stark unterschätzt worden sind. Bezüglich psychischen und Verhaltensstörungen hat die WHO folgende Feststellungen gemacht:⁶³

- Mehr als 25% aller Menschen sind mindestens einmal in ihrem Leben von psychischen und Verhaltensstörungen betroffen.
- Zu jeder Zeit leiden rund 10% der Erwachsenen und 20% der Kinder und Jugendlichen daran.
- Etwa 20% aller Erkrankten, die von der Erstversorgung erfasst werden, leiden an einer oder mehreren psychischen Störungen.

⁵⁷ Vgl. die ursprüngliche, zu Beginn des Kapitels 2.1 zitierte Definition der WHO.

⁵⁸ Original: to cope with the normal stresses of life.

⁵⁹ WHO (2003, 7).

⁶⁰ WHO: mental well-being. In Kapitel 4.1.1 wird das Konzept des Wohlbefindens näher erörtert.

⁶¹ Illés & Abel (2002, 36).

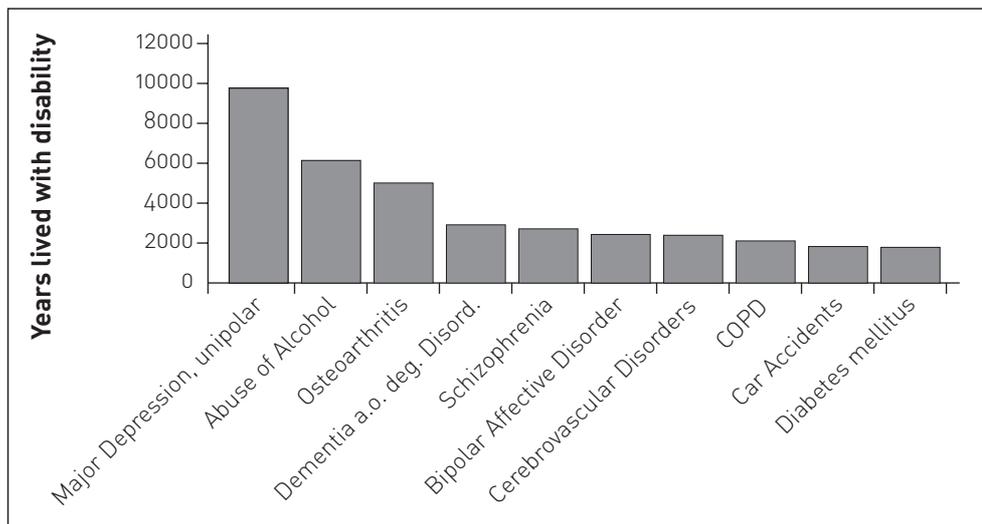
⁶² Zur psychiatrischen Epidemiologie s. insbesondere Ajdacic-Gross & Graf (2003) sowie allgemeiner Meyer & Hell (2004) und die darin aufgeführte Literatur.

⁶³ WHO (2001c) und Murray & Lopez (1996).

- Voraussichtlich hat jede vierte Familie mindestens ein Mitglied mit psychischen Störungen. Diese Familien sind nicht nur für die physische und emotionale Unterstützung besorgt, sondern haben auch die negativen Auswirkungen der Stigmatisierung und Diskriminierung zu tragen.
- Psychische Störungen sind im Jahr 2000 zwar nur für rund 1% aller Todesfälle verantwortlich, jedoch für 12% aller Krankheiten. 1990 wurden die psychischen und neurologischen Störungen für 10% aller *DALYs*, einem WHO-Mass, das Mortalität, Morbidität und Invalidität verbindet,⁶⁴ verantwortlich gemacht. Für das Jahr 2020 wird diese Belastung mit 15% prognostiziert.⁶⁵
- Wie aus Abbildung 3 ersichtlich, waren **1990 in den entwickelten Ländern 5 der 10 bedeutendsten lebensverkürzenden Krankheiten und Unfälle psychischer Natur**, bei den 15- bis 44-Jährigen sogar 8 von 10.⁶⁶ Neben depressiven Störungen (unipolare Depression⁶⁷) fallen darunter Störungen im Zusammenhang mit psychoaktiven Substanzen (v.a. Alkoholabhängigkeit), Schizophrenie, selbst zugefügte Verletzungen, bipolare und Zwangsstörungen sowie Gewalt.

Abbildung 3

Global Burden of Disease in entwickelten Ländern (1990)⁶⁸



WHO Study «Global Burden of Disease», Murray & Lopez 2001 ©

- Psychische Erkrankungen verursachen auch weitreichende und langfristige soziale und wirtschaftliche Kosten. Die volkswirtschaftliche Belastung psychischer Gesundheitsdefizite belaufen sich weltweit schätzungsweise auf 3% bis 4% des Bruttoinlandproduktes (BIP), wovon die Gesundheitskosten durchschnittlich 2% ausmachen.⁶⁹ Damit hängt die Tatsache zusammen, dass die aktuell verfügbaren Ressourcen zur Behandlung psychischer Störungen und Krankheiten in Anbetracht von deren Prävalenz weltweit ungenügend sind.⁷⁰

⁶⁴ DALYs (disability-adjusted life-year) verbinden das quantitative Mass der potenziell verlorenen Lebensjahre (YLL: years of lost life) mit dem qualitativen Mass der Lebensjahre mit Beeinträchtigungen (YLD: years of life lived with disability).

⁶⁵ VicHealth (2000).

⁶⁶ Murray & Lopez (1996, Tab. 5.4).

⁶⁷ Im Unterschied zu bipolaren affektiven Störungen, welche auch manische Episoden beinhalten, kennzeichnet die unipolare Depression «nur» depressive Episoden unterschiedlicher Dauer (<http://www.kompetenznetz-depression.de/>). Zur Klassifikation von Depressionen s. Möller et al. (2003, 1155ff.).

⁶⁸ Murray & Lopez (1996, Tab. 4.13).

⁶⁹ WHO (2003).

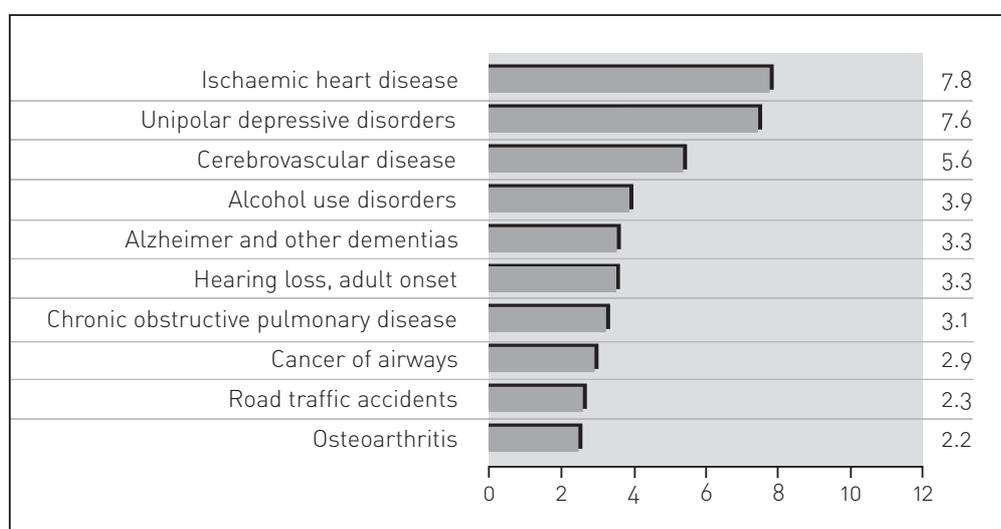
⁷⁰ S. WHO & World Federation of Neurology (2004).

2.2.1.2 WHO Region Europa

Ein Mangel an psychischer Gesundheit ist auch für die öffentliche Gesundheit, die Lebensqualität und die Wirtschaft in Europa eine grosse Gefahr.⁷¹ Im Jahr 2002 verursachten neuropsychiatrische Störungen ein Viertel aller Krankheiten und vorzeitigen Todesfälle, wobei unipolare Depression, wie Abbildung 4 aufzeigt, an zweiter Stelle der lebensverkürzenden Krankheiten und Unfälle steht. Daneben sind auch Störungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch und Demenzerkrankungen sowie Gehörverlust und Gewalt Erwachsener (adult onset) prominent.

Abbildung 4

Krankheitslast der 25 Staaten der Europäischen Union im Jahr 2002⁷²



Proportion (%) of burden of disease in the European Union in Disability Adjusted Life Years (DALYs), a measure of ill-health and premature death, by cause.

Die bereits oben (Kpt. 1.2.3) erwähnte Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki 2005, verfasste ihre Erklärung und den Aktionsplan auf dem Hintergrund folgender Fakten:⁷³

- In der Region Europa machen neuropsychiatrische Störungen bereits heute 19,5% der Krankheitslast aus und jedes Jahr erleiden etwa 30 Millionen Menschen eine schwere Depression.
- Sogar 40% der Lebensjahre mit Beeinträchtigungen werden auf neuropsychiatrisch bedingte Störungen zurückgeführt.⁷⁴
- Neun der zehn Länder mit der weltweit höchsten Suizidrate liegen in der EU-Region.
- Die jährlich zur Verfügung stehenden Mittel betragen durchschnittlich jedoch nur 5,8% der gesamten Gesundheitsausgaben der Mitgliedstaaten der europäischen WHO-Region.
- Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Problemen sind in ganz Europa weit verbreitet.

⁷¹ Jané-Llopis & Anderson (2005, 4).

⁷² Jané-Llopis & Anderson (2005, 4), wo die entsprechenden Daten aus der Erhebung des «World Health Reports» der WHO 2004 abgeleitet worden sind.

⁷³ Gemäss Bericht der Schweizer Delegation: Bundesamt für Gesundheit (2005); vgl. Jané-Llopis & Anderson (2005, 4).

⁷⁴ Ajdacic-Gross & Graf (2003).

2.2.1.3 Europäische Union

Im Vorfeld der Konferenz von Helsinki hatte die EU-Kommission umfangreiche Berichte zum Stand der psychischen Gesundheit in allen EU-Ländern und Norwegen⁷⁵ sowie zu den gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen publiziert. Der Bericht, in dem die oben aufgeführten Fakten erweitert und vertieft wurden, hält zu Depressionen u.a. fest:

- Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten von Depressionen betragen mindestens 1% des BIP in allen EU-Ländern.
- 60–80% der Gesamtkosten von Depressionen entfallen auf den Verlust an Arbeitsproduktivität.
- Depressionen sind eine der Hauptursachen für Erwerbsunfähigkeit und Vorruhestand.⁷⁶

2.2.1.4 Weitere internationale Zahlen und Fakten

Interheart-Studie

Die *Interheart*-Studie, eine der bislang grössten Untersuchungen zu den weltweiten Ursachen des Herzinfarkts, kommt zum Ergebnis, dass gleich nach dem Rauchen und den Fettstoffwechselstörungen bzw. Übergewicht emotionale Belastungen zu den wichtigsten Ursachen gehören.⁷⁷ Dabei spielen Depression und psychischer Stress, wie ständige Belastungen oder anhaltende Frustrationen, aber auch ein schwaches soziales Netz, eine zentrale Rolle.⁷⁸

World Mental Health Day

Der *World Mental Health Day*, der von der *World Federation for Mental Health* seit 1992 jeweils am 10. Oktober durchgeführt wird, fokussierte 2004 auf den engen Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen und stellte u.a. fest:

- Psychischer Stress, Angstzustände und Depressionen führen zu einem 70% höheren Risiko an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu leiden.
- 25% aller Krebskranken leiden an Depressionen, hiervon erfahren jedoch lediglich 2% angemessene Hilfe.⁷⁹

Intergenerationelle Transmission von Krankheit (und Gesundheit)

Es gibt überzeugende Evidenz, dass die Übertragung psychischer Störungen von Generation zu Generation, besonders von Depressionen und Angstzuständen, nicht nur auf genetischen und biologischen Risikofaktoren beruht, sondern auch auf deren Interaktion mit psychologischen und sozialen Risikofaktoren von Schwangerschaft und früher Kindheit an.⁸⁰ Z.B. haben Kinder von depressiven Eltern ein um 50% höheres Risiko vor ihrem 20. Lebensjahr depressive Störungen zu entwickeln.⁸¹

⁷⁵ European Commission (2004).

⁷⁶ Europäische Kommission (2004, 22).

⁷⁷ Lindner (2005) gemäss *Lancet*, Bd. 364, 937, 953.

⁷⁸ Lindner (2005) gemäss *Psychosomatische Medizin*, Bd. 65, 201.

⁷⁹ German Network for Mental Health GNMH (2004). S. auch www.wfmh.com und die Themen der früheren und des kommenden Welttages:

1996 Women and Mental Health

1997 Children and Mental Health

1998 Mental Health and Human Rights

1999 Mental Health and Ageing

2000-2001 Mental Health and Work

2002 The Effects of Trauma and Violence on Children & Adolescents

2003 Emotional and Behavioural Disorders of Children & Adolescents

2005 Mental and Physical Health Across the Life Span

⁸⁰ Doesum et al. (in press).

⁸¹ Beardslee W. et al. (1988). Vgl. Perrig-Chiello & Höpfinger (2003) und Perrig-Chiello et al. (2001).

2.2.2 Zahlen und Fakten zu psychischer Gesundheit in der Schweiz

Die Datenlage in der Schweiz hat sich in den letzten Jahren dank der Gründung und den Publikationen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums verbessert. Der Zustand der psychischen Gesundheit in der Schweiz lässt sich aus mehreren allgemeinen und teilweise auch spezifischen empirischen Erhebungen zu einzelnen Bevölkerungsgruppen ableiten und beschreiben. Solche Daten werden in Kapitel 3.3 zusammen mit den stressrelevanten Zahlen und Fakten dargestellt.

2.2.2.1 Allgemeine psychische Befindlichkeit⁸²

Überblick

Gemäss Gesundheitsbefragung 2002 fühlen sich 86% der Bevölkerung in der Schweiz (84% der Frauen und 88% der Männer) gesundheitlich gut oder sehr gut. Sogar 95% der Bevölkerung schätzen ihr psychisches Wohlbefinden als hoch ein. Die psychische Gesundheit und Lebensqualität wird jedoch durch den beschleunigten sozialen Wandel zunehmend beeinträchtigt, was sich seit Jahren in einer kontinuierlichen und erheblichen Zunahme der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlungen widerspiegelt.

Die psychiatrischen Hospitalisierungsraten liegen in den Regionen Zürich und Genfersee 2,5fach höher als in den Regionen Mittelland und Nordwestschweiz.

Frauen schätzen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter ein und zeigen eine höhere psychische Unzufriedenheit als Männer. Männer suchen bei psychischen Problemen seltener professionelle Hilfe als Frauen.

Häufigkeiten von psychischen Störungen

Gemäss Gesundheitsbefragung 2002 sind über 6% der 35- bis 64-Jährigen in den letzten 12 Monaten vor der Befragung wegen einem Nervenzusammenbruch oder einer Depression in ärztlicher Behandlung gewesen oder stehen noch in Behandlung.

In Übereinstimmung mit der internationalen Entwicklung und aufgrund der Entwicklung in den vergangenen 10 Jahren ist auch in der Schweiz mit einem weiteren Anstieg psychischer Störungen und Krankheiten zu rechnen: 1992 waren es durchschnittlich 3,9%, 1997 4,7%⁸³ und 2002 5%. Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums sind psychische Störungen in der Schweiz im internationalen Vergleich deutlich überdurchschnittlich:

Rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung leidet während ihres Lebens mindestens einmal an einer psychischen Störung. Besonders häufig sind affektive und Angst-Störungen.⁸⁴

Gemäss derselben Quelle erkranken 15–25% der Bevölkerung im Laufe des Lebens an zwei oder mehreren Störungen. Ein Krankheitsbeginn im jüngeren Alter geht mit höherer Komorbidität einher.

⁸² Im erwähnten Entwurf zu einer nationalen Strategie zur psychischen Strategie werden die bis Ende 2003 vorliegenden Daten zur psychischen Gesundheit sowie zu Häufigkeiten, Ausmass und Folgen von psychischen Störungen in der Schweiz aufgearbeitet: S. Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, 37–46). Weitere in diesem Abschnitt verwendete Quellen sind u.a. die Resultate der alle fünf Jahre durchgeführten nationalen Gesundheitsbefragung: Bundesamt für Statistik (2004b) und Bundesamt für Statistik (2003), Rüesch & Manzoni (2003), Gognalons-Nicolet M. et al. (2001) sowie Wyss (2005b).

⁸³ Office fédéral de la statistique (2001, 9).

⁸⁴ Ajdacic-Gross & Graf (2003).

Mortalität

Auch in der Schweiz ist die Sterblichkeit bei psychischer Krankheit relativ gering. Psychische Krankheit ist aber ein hauptsächlicher Faktor, der mit Suizid assoziiert ist, der in der Schweiz auffallend häufig vorkommt.⁸⁵ Die Schweiz liegt im internationalen Vergleich auf dem neunten Rang.⁸⁶ Die **Suizidrate** lag im Jahr 2000 bei 19 auf 100 000 Einwohner, wobei Männer wesentlich häufiger Suizid begehen als Frauen. Dies entspricht vier Todesfällen pro Tag auf Grund von Suizid. Ein Vergleich mit anderen Todesfällen zeigt, dass Suizide häufiger sind als alle durch Verkehrsunfälle, Aids und Drogen bedingten Todesfälle. Die Zahl der Suizidversuche, bei denen die Frauen in der Mehrzahl sind, wird gemäss Schätzungen mit 8000 bis 15 000 pro Jahr veranschlagt.⁸⁷

Risikogruppen

Spezifische Indikatoren zeigen, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen an psychischen Defiziten leiden:

- Junge **Menschen zwischen 15 und 24 Jahren** berichten besonders häufig über psychische Beschwerden und müssen als Gruppe mit erhöhtem Risiko bezeichnet werden.
 - Ihr psychisches Wohlbefinden empfinden 8,6% der 15- bis 24-jährigen Frauen in der Romandie als gering (vgl. unten die HBSC- und SMASH-Studien).
 - Die psychische Ausgeglichenheit wächst im Lebensverlauf kontinuierlich und hat sich gegenüber den Befragungen von 1992 und 1997 verbessert. 28,5% der 15- bis 24-jährigen und 25,4% der 25- bis 34-jährigen Frauen und Männer schätzen jedoch ihre psychische Ausgeglichenheit immer noch als gering ein.
 - Auch die Überzeugung, das Leben meistern zu können (Kontrollüberzeugungen), verstärkt sich im Lebensverlauf und führt zu besserem psychischem Wohlbefinden. Auffällig ist, dass nur 30,6% der 15- bis 24-Jährigen, 35,9% der 25- bis 34-Jährigen und 36,7% der 45- bis 54-Jährigen das Gefühl haben, Kontrolle über das eigene Leben zu haben. Über ein tiefes Kontrollniveau verfügen 27,2% der 15- bis 24-jährigen Frauen; in der italienischen Schweiz sind es sogar 33,3%.
 - Bei 15- bis 24-Jährigen sind Suizide die zweithäufigste Todesursache.
- Eine Risikogruppe sind auch **Männer über 50**: Eine überdurchschnittliche Zahl dieses Alters ist aufgrund psychischer Probleme eingeschränkt bzw. nicht mehr arbeitsfähig und bezieht zum Teil eine IV-Rente.
- Gemäss Gesundheitsbefragung 2002 gelten 8,6% der **45- bis 54-jährigen Frauen** als besonders gefährdet von psychischen Störungen und Krankheiten. Neben dem Konsum psychoaktiver Substanzen ist der Medikamentenkonsum ein wichtiger Indikator für psychische Gesundheit: Der Anteil derer, die täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel zu sich nehmen, ist unter den Frauen doppelt so hoch wie unter den Männern. Fast 7% der Frauen nehmen täglich Schlaf- oder Beruhigungsmittel.

Krankheitsfolgen

Die **Statistik der Invalidenversicherung (IV)** widerspiegelt die allgemeine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung im Erwerbsalter deutlich:

In den vergangenen achtzehn Jahren haben sich die IV-RentnerInnen insgesamt verdoppelt, die Anzahl Renten, die aufgrund psychischer Leiden gesprochen wurde, vervielfachte sich jedoch im gleichen Zeitraum um den Faktor 3,6 und stieg auf 86 429 RentnerInnen im Jahr 2004.⁸⁸ Damit wurde in diesem Jahr jede dritte IV-Rente bei den Männern und sogar 39% bei den Frauen aufgrund psychischer Störungen gesprochen.⁸⁹

⁸⁵ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, 42).

⁸⁶ Bundesamt für Sozialversicherung (2002); gemäss einem anderen internationalen Vergleich von 1999 liegt die Schweiz unter 24 Ländern auf dem 7. Rang: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, 43).

⁸⁷ Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, 43).

⁸⁸ IV-Statistik bzgl. Entwicklung der psychischen Krankheiten von 1986–2004: Gemäss Mail des BSV vom 27.4.2005. S.a. den Ländervergleich von Priens & Heijdel (2004) mit Einschluss von Belgien, Deutschland, Holland, Schweden, Kanada und der Schweiz. Bezüglich Rentenbezügerbestand infolge psychischer Beeinträchtigungen liegt die Schweiz im Mittelfeld, bezüglich Neuberentungen infolge psychischer Beeinträchtigungen steht sie jedoch an der Spitze.

⁸⁹ Bundesamt für Sozialversicherung (2004).

Diese Entwicklung wiederum widerspiegelt die verschärften Arbeitsmarktbedingungen und ungenügenden sozialpolitischen Rahmenbedingungen in der Schweiz, die in den 1990er-Jahren zu vergrösserten Einkommensunterschieden und dem Phänomen der «neuen Armut» bzw. der *working poor*-Haushalte führte.⁹⁰ Diese Erscheinung ist wiederum mit einer Zunahme von psychischen Problemen verbunden.

2.3 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassung

Verortung und Begriffsklärung der psychischen Gesundheit

- In Übereinstimmung mit dem biopsychosozialen Modell der Gesundheit stellt psychische Gesundheit neben der körperlichen und sozialen Gesundheit eine der drei Hauptdimensionen der Gesundheit dar, die alle eng miteinander verknüpft sind.
- Psychische Gesundheit ist nicht nur durch biologische und psychologische Faktoren bedingt, sondern ein vielschichtiger Prozess, der neben persönlicher Disposition und individuellem Verhalten massgeblich von sozialen, sozioökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren beeinflusst wird.

Zahlen und Fakten

- Psychische Störungen und Krankheiten gehören weltweit, insbesondere jedoch in entwickelten Ländern, zu den verbreitetsten Krankheiten und werden ohne wirksame Massnahmen weiterhin zunehmen. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen.
- In der Europäischen Union verursachen neuropsychiatrische Störungen wie Depressionen, Störungen im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch, Demenzerkrankungen sowie Gewalt Erwachsener ein Viertel aller Krankheiten und vorzeitigen Todesfälle. Die betreffende Krankheitslast ist in allen EU-Ländern zu einem volkswirtschaftlichen Faktor von mehreren Prozenten des Bruttoinlandproduktes geworden.
- Die für Versorgung und Gesundheitsförderung zur Verfügung stehenden Mittel und medizinischen Kenntnisse reichen nicht aus, um den Trend der steigenden Krankheitslast zu stoppen und umzukehren.
- Die grosse Mehrheit der SchweizerInnen schätzt zwar ihr psychisches Wohlbefinden als hoch ein,
 - bestimmte Bevölkerungsgruppen leiden jedoch an psychischen Defiziten mit steigender Tendenz, und
 - psychische Störungen sowie Suizid treten im internationalen Vergleich in der Schweiz deutlich über dem Durchschnitt auf.
 - Der psychische Gesundheitszustand der Bevölkerung im Erwerbsalter hat sich deutlich verschlechtert: Seit 1986 hat sich die Anzahl IV-RentnerInnen verdoppelt und die aufgrund psychischer Leiden ausgesprochenen Renten haben sich fast vervierfacht.

⁹⁰ Streuli & Bauer (2001) definieren *working poor* als Schnittmenge zwischen Erwerbstätigen und Armen, d.h. als Personen, die mindestens einer Wochenstunde bezahlter Arbeit nachgehen und in einem Haushalt unter der Armutsgrenze leben. Für das Jahr 1999 errechnete sich eine *working poor*-Quote von 7,5%, d.h. 190 000 Vollzeit- und 60 000 Teilzeit-*working poor*. Besonders hoch ist die Quote bei Frauen und Personen ausländischer Nationalität. Von den Haushaltstypen sind Alleinerziehende und kinderreiche Paare stark überdurchschnittlich *working poor*-gefährdet (ebd.). S.a. Bühler (2004, 7).

Schlussfolgerungen

- Die Public Health-Relevanz psychischer Störungen und Krankheiten ist international und national erkannt worden. Neben den individuellen biopsychosozialen Einflussfaktoren (z.B. Selbstbestimmung, Werte) sind es vor allem strukturelle, sozioökonomische Rahmenbedingungen wie soziale Herkunft und Bildung, Erwerbstätigkeit und Arbeitsstatus sowie institutionelle Aspekte (Zugang zum Versorgungssystem), die psychische Gesundheit fördern oder einschränken.
- Auch die wachsende volkswirtschaftliche Bedeutung der betreffenden Krankheitslast ist in den entwickelten Ländern erkannt worden.
- Public Health kann nicht allein ein Anliegen des Gesundheitswesens sein, sondern muss zwecks ausreichender und dauerhafter Wirkung multisektorielle Ansätze fördern.

3. Stress

Im ersten Teil dieses Kapitels wird das Phänomen Stress in der Wissenschaft verortet, als Begriff definiert und seine Wirkung auf der Grundlage des Stressmodells von Lazarus et al. bezüglich Stressoren, Stressentwicklungsprozess und Stressfolgen beschrieben. Ausserdem werden geschlechtsspezifische Unterschiede und ein Modell des Belastungs-Überforderungs-Prozesses dargestellt. Im zweiten Teil werden die setting- und bevölkerungsspezifischen internationalen und v.a. nationalen Grundlagen zu psychischer Gesundheit und Stress dargestellt.⁹¹ Abschliessend finden sich wiederum eine Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.

3.1 VERORTUNG UND BEGRIFFSKLÄRUNG

Der Begriff «Stress» wird ebenso häufig wie uneinheitlich verwendet und auch konzeptionell bestehen erhebliche Unterschiede. Dies hängt damit zusammen, dass Stress ein Phänomen ist, das die komplexen Zusammenhänge und das vielfältige Wechselspiel zwischen Körper, Psyche und Umwelt in exemplarischer Weise offenbart.⁹² Je nach Fachrichtung (Biologie, Medizin, Soziologie, Psychologie) beschreibt Stress die Faktoren oder Quellen des Stresses (Stressoren), die Gesamtheit der inneren Reaktionen des Körpers (Stress), die Verhaltensreaktion der Person in Bezug auf die Belastung (Stressentwicklungsprozess) oder die Stressfolgen.

Der Begriff leitet sich vom englischen *stress*, «Druck, Anspannung», ab, gekürzt aus *distress*, «Sorge, Kummer».⁹³ Als Fachbegriff wurde Stress ursprünglich in der Mechanik in der physikalisch-technischen Bedeutung von Anspannung und Verzerrung verwendet.⁹⁴ Später fand der Begriff durch Selye und dessen Definition von Stress «als eine unspezifische Reaktion des Organismus auf jede Anforderung» vor allem in der Medizin breite Verwendung.⁹⁵ In den Sozialwissenschaften, die den Public Health-Anliegen nahe stehen, wird Stress definiert als

«eine emotional negative, als unangenehm erlebte Beanspruchung, resultierend aus einem Missverhältnis von Anforderungen bzw. Angeboten der Situation und den eigenen Handlungsmöglichkeiten bzw. Bedürfnissen, das als bedrohlich für das eigene Wohlbefinden erlebt wird.»⁹⁶

⁹¹ Konzise Übersichten über die wichtigsten Aspekte von Stress finden sich z.B. bei Schwenkmezger & Schmidt (1994, s. Sachregister) und Kaluza (2003). Einen guten Überblick in französischer Sprache ist vom Kanton Genf herausgegeben worden: Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT (o. J.). Einen Überblick über die jüngere deutschsprachige Stressforschung in Bezug auf Organisationen findet sich bei Zapf & Semmer (2004), über die frankophone Stressforschung bei Neboit & Vézina (2002) und über die angelsächsische Stressforschung bei Jones & Bright (2001).

⁹² Vgl. Lattmann & Rüedi (2003, 85).

⁹³ Duden (1997, 721).

⁹⁴ Brüderl et al. (1988, 28).

⁹⁵ Selye (1957).

⁹⁶ Semmer (1997). Vgl. Bamberg et al. (2003, 42): «Die Entstehung von Stress ist nicht allein auf situative oder personale Bedingungen zurückzuführen. Ausgangspunkt ist vielmehr das Verhältnis von Anforderungen und Möglichkeiten der Situation und (somatischen, kognitiven, emotionalen, motivationalen) Handlungsvoraussetzungen der Person. Bedingungen der Situation und der Person beeinflussen sich wechselseitig. Stressoren und Ressourcen beeinflussen Bewertungs- und Bewältigungsprozesse, diese haben Wirkungen auf die Gesundheit, es ergeben sich Rückwirkungen auf Belastungen und Ressourcen und damit auch Rückwirkungen auf die stressauslösende Situation und auf die individuellen Handlungsvoraussetzungen der Person. Belastungen und Ressourcen, Bewertungs- und Bewältigungsprozesse, Gesundheit sind im ständigen Fluss».

Stress ist also gegeben, wenn zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht.⁹⁷ Dieses Ungleichgewicht ist i.d.R. das Resultat einer **Überforderung**⁹⁸ bzw. einer **Überbeanspruchung**, kann aber auch das Ergebnis von **Unterforderung** (z.B. Monotonie, Langleweiligkeit) sein. Als Ausdruck der vorherrschenden Befindlichkeit und Belastung der Gesellschaft wird deshalb Stress heutzutage vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich, als negative, potentiell krankmachende Erscheinung wahrgenommen und definiert. Belastungen führen jedoch nicht automatisch zu Krankheit. Stehen den Anforderungen und Belastungen adäquate innere und äussere Ressourcen zur Verfügung, die eine Stressbewältigung und damit die Stärkung, Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung des Gleichgewichts ermöglichen, so ist von einer (positiven, zu bewältigenden) **Herausforderung**⁹⁹ zu sprechen. Herausforderungen sind die Grundlage für Entwicklung und damit eine Notwendigkeit des Lebens.¹⁰⁰ Anforderungen und die daraus resultierende Beanspruchung sind nicht *a priori* schlecht, sondern eine Grundvoraussetzung für Leben, Motivation, Tätigkeit, Leistung und letztlich Lebens- und Sinnerfüllung und damit psychischem Wohlbefinden schlechthin.¹⁰¹

Für die systemische Perspektive ist ferner relevant, dass Stress bzw. Über- oder Unterforderung bzw. -belastung kein ausschliesslich individualistischer Begriff ist, sondern auch ganze Systeme und Settings, z.B. im privaten und beruflichen Umfeld, betreffen kann.

3.2 GRUNDMODELL IN ANLEHNUNG AN LAZARUS ET AL.

Um die Wirkung von Stress zu beschreiben, wird nachfolgend zwischen den auslösenden Stressoren, dem Stressentwicklungsprozess sowie den Stressfolgen unterschieden, wobei auf die Stressbewältigung oder Coping ein Schwergewicht gelegt wird. Anschliessend werden die wichtigsten geschlechtsspezifischen Unterschiede sowie ein Orientierungsmodell dargestellt.

3.2.1 Stressoren

Der Stressentwicklungsprozess wird durch vielfältige Belastungsfaktoren, die Stressoren, ausgelöst. In Übereinstimmung zur subjektiven Wahrnehmung von Stress als grundsätzlich unerwünschter Erscheinung und der Bedeutung von Stress als potentiell gesundheitsschädigender Belastung in der Literatur werden «Stressoren» im Sinn von potentiell krankmachenden Anforderungen oder Belastungen als Stressfaktoren oder Ursachen von Stress verstanden. Die Stressoren lassen sich in Gruppen unterteilen, wobei die Aufzählung in Tabelle 1 exemplarischen Charakter hat:¹⁰²

⁹⁷ Vgl. Schmitzer [2003] sowie Jerusalem (1990, 4), zit. in Lattmann & Rüedi (2003, 86): Stress tritt dann ein, «wenn ein Ungleichgewicht zwischen den wahrgenommenen Anforderungen und den subjektiven Fähigkeiten entsteht, so dass die erfolgreiche Bewältigung der Situation aus der Sicht der handelnden Person gefährdet ist. (...) Stress ist demnach ein Ergebnis komplexer, subjektiver Einschätzungsprozesse bezüglich der eigenen Ziele, Handlungsalternativen und Situationsbedingungen. Das Stresserleben ist dabei umso intensiver, je höher die Anforderungen im Verhältnis zur eigenen Leistungsfähigkeit eingeschätzt werden und je bedeutsamer die persönlichen Folgen erscheinen.»

⁹⁸ Vgl. die synonym verwendeten Begriffe «Überforderung» Padlina et al. (1999) und «Belastung» Bamberg et al. (2003).

⁹⁹ Vgl. Englisch *challenge*.

¹⁰⁰ Vgl. Bamberg et al. (2003, 13): «Ein Leben ohne Stress könnte die Gefahr bergen, dass Erfahrungsfelder reduziert werden, Anreize fehlen und Lernmöglichkeiten verkümmern.»

¹⁰¹ Vgl. die neutrale Begriffsbestimmung von psychischer Belastung bzw. Beanspruchung von Greif et al. (1991, 4) zit. in Bamberg et al. (2003, 37): Psychische Belastung wird verstanden als «die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken.» Psychische Beanspruchung ist «die individuelle, zeitlich unmittelbare und nicht langfristige Auswirkung der psychischen Belastung im Menschen, in Abhängigkeit von seinen individuellen Voraussetzungen und seinem Zustand».

¹⁰² In Anlehnung an und Erweiterung der Tabelle in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 19).

Tabelle 1

Gruppen von Stressoren mit Beispielen

Alltagsbelastungen und physikalisch-sensorische Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Hetze • Zeit- und Termindruck¹⁰³ • Lärm • Monotonie • Reizentzug
Körperliche Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Gewalterfahrung • Verletzung • Schmerz • Hunger • Behinderung
Leistungsstressoren	<ul style="list-style-type: none"> • Über- und Unterforderung • laufende Neuerungen inkl. Technologisierung und Virtualisierung
Psychosoziale Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • niedrige Selbstachtung • Mangel an Kontrolle über Arbeits- und Privatleben • Unsicherheit • Angstzustände • Mobbing/Bullying • Isolation • sexuelle Belästigung • zwischenmenschliche Konflikte, insbesondere Auseinandersetzungen und grosse Enttäuschungen oder Kränkungen durch enge Bezugspersonen¹⁰⁴ • familiäre und persönliche Krisen
Sozioökonomische (indirekte) Stressoren	<ul style="list-style-type: none"> • tiefes Bildungsniveau • niedriges Einkommen • Armut
Belastende und kritische Lebensereignisse	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von engen Bezugspersonen • Trennung und Scheidung • Verlust von wichtigen Rollen und dem Arbeitsplatz • plötzliche Einschränkungen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit
Chronische Spannungen und Belastungen	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerhafte «kleine» Alltagsprobleme (daily hassles oder Mikrostressoren) • Rollenkonflikte in Beruf und Familie • dauerhafte Arbeitsüberlastungen • mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben¹⁰⁵ • langandauernde Krankheiten • Pflege von chronisch kranken Angehörigen
Biografische Übergänge im Lebenslauf mit Krisen-Potenzial	<ul style="list-style-type: none"> • Pubertät, Adoleszenz und junges Erwachsenenalter • Klimakterium, hormonelle Veränderungen beim Mann • Berufs(wieder)einstiege oder -ausstiege • Übergang in die Erwerbslosigkeit oder ins Rentnerdasein

¹⁰³ Zu den Auswirkungen von Termin- und Zeitdruck auf die psychische Gesundheit s. z.B. Roxburgh (2004).

¹⁰⁴ S. Meyer (2000, 156f.).

¹⁰⁵ Diesbezüglich sind neben der Anzahl im Haushalt lebender minderjähriger Kinder Arbeitsparameter wie der Beschäftigungsgrad, die Wochenarbeitszeit und die Länge bzw. Dauer des Arbeitsweges als Stress- bzw. Risikofaktoren mangelnder *Life Balance* (s. Kpt. 3:3.8) identifiziert worden: Hämmig & Bauer (2004, 119).

Wichtige Variablen des Stressgeschehens sind Intensität und Dauer sowie Kumulation der Stressoren bzw. Mehrfachbelastungen. Im Zusammenhang mit belastenden und kritischen Lebensereignissen sowie bei Mehrfachbelastungen ist zwischen **akutem Stress** und **Dauerstress** zu unterscheiden.¹⁰⁶

3.2.2 Stressentwicklungsprozess

Im Stressentwicklungsprozess sind die physiologische, die psychosomatische und psychosoziale sowie die psychologische Ebene zu unterscheiden, das heisst die körperlichen und psychosomatischen Stressreaktionen sowie die psychische Stressverarbeitung und Stressbewältigung bzw. Coping.

3.2.2.1 Die physiologische Ebene

Auf der körperlichen Ebene ist der Stressentwicklungsprozess als Anpassungsprozess des Organismus auf äussere und innere Anforderungen definiert. Die im Stressentwicklungsprozess ausgelösten neuroendokrinen Regulationsvorgänge sind gut erforscht und betreffen das Nerven-, Hormon- und Immunsystem. Anders als die psychologischen Reaktionen laufen die physiologischen Stressreaktionen unabhängig von den Stressoren und geschlechtsspezifischen Unterschieden immer nach demselben, komplexen Muster ab.¹⁰⁷ Über den Hypothalamus wird das Nebennierenmark zur Ausschüttung v.a. von Adrenalin und Noradrenalin veranlasst. Dadurch steigen u.a. Herzschlagfrequenz und Blutdruck, Gehirn und quergestreifte Muskulatur werden besser mit Sauerstoff versorgt und es wird mehr Blutzucker freigesetzt. Ein zweiter Strang führt vom Hypothalamus über das adrenocorticotrope Hormon des Hypophysenvorderlappens zur Ausschüttung von Kortikoiden in der Nebennierenrinde. Dadurch werden zwar die Handlungsbereitschaft erhöht und Reserven mobilisiert, hingegen Aufbauprozesse, die Sexualfunktion oder die Abwehr gegen Entzündungsprozesse gehemmt.¹⁰⁸

3.2.2.2 Die psychosomatische und psychosoziale Ebene

Der Mensch reagiert als «ganzheitliches» System auf Belastungssituationen. So sind neben den oben erwähnten körperlichen Stressvorgängen Reaktionen auf verschiedenen Ebenen festgestellt worden:¹⁰⁹

- muskuläre Ebene: z.B. Zittern, Erstarren der Mimik, Ballen der Fäuste, Verspannungen,
- vegetative Ebene: z.B. Schweissausbrüche, Herzklopfen, Erröten,
- kognitiv-emotionale Ebene: z.B. Konzentrationsmangel, Angst, Ärger, Depressivität, und
- Verhaltensebene: z.B. hastiges und verbissenes Arbeiten, Reizbarkeit, konfliktreicher Umgang mit anderen Menschen, Griff zu Sucht- und Betäubungsmitteln, Schlaflosigkeit.

3.2.2.3 Die psychologische Ebene und Coping

Auf dieser, für die Stressbewältigung entscheidenden Ebene setzt das kognitiv-transaktionale Stresskonzept von Lazarus et al. an.¹¹⁰ Es geht von einem Prozess der Wechselwirkung und aktiven Auseinandersetzung zwischen Person und Situation bzw. Umwelt aus. Wie Abbildung 5 aufzeigt, ist dabei die zweistufige Bewertung und Interpretation der Stresssituation entscheidend, primär bezüglich Schädigung und Bedrohung wichtiger Ziele sowie sekundär in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten der Stressbewältigung (Coping).

¹⁰⁶ Semmer (1997).

¹⁰⁷ Vester (1997, 46).

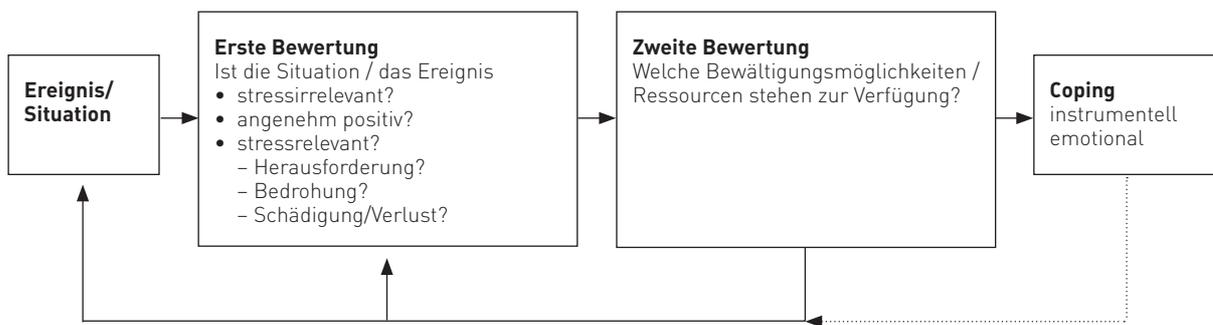
¹⁰⁸ Semmer (1997); vgl. Lattmann & Rüedi (2003).

¹⁰⁹ In Anlehnung an Lattmann & Rüedi (2003, 82f.).

¹¹⁰ Lazarus & Folkman (1984).

Abbildung 5

Das kognitiv-transaktionale Stressmodell von Lazarus et al.¹¹¹



Udris veranschaulicht den Coping-Prozess wie folgt:

«Ich nehme eine bestimmte Situation wahr, schätze sie bezüglich meiner Emotionen, meiner Vorstellungen, meiner Bewältigungsmöglichkeiten und meiner Ziele ein, suche eine bestimmte Verhaltensweise aus, frage nach den innerpsychischen und externen Ressourcen, prüfe, ob ich diese Situation bewältigen kann, und handle. Durch die Handlung wird die Situation wieder verändert.»¹¹²

Coping

Da Menschen ihren Belastungen nicht einfach passiv ausgeliefert sind, sondern aktiv mit ihnen umgehen können, kommt dem Coping ein grosser Stellenwert zu. Coping¹¹³ ist der erfolgsunabhängige Versuch, die Stresssituation vermittels verschiedener **Strategien** zu mildern, abzuändern, zu vermeiden oder zu beenden.

Klassifikationen von Coping

Die bekannteste Unterscheidung bezieht sich auf problembezogenes versus emotionsbezogenes Coping. **Problembezogenes oder instrumentelles Coping** zielt auf die Veränderung oder Neuinterpretation der Situation oder der Problemursachen ab, z.B. durch den Erwerb neuer Kompetenzen. **Emotionsbezogenes**, auch palliativ genanntes **Coping** bezieht sich auf den Umgang mit den durch die Situation ausgelösten Emotionen, z.B. durch Entspannung, Ablenkung, Bewegung, über Emotionen reden, Ärger gegenüber anderen abreagieren.

Andere Unterscheidungen beziehen sich auf Ablenkung versus Zuwendung, auf kognitive und behaviorale Vorgehensweisen sowie auf aktionale und intrapsychische oder aktive und passive Bewältigungsformen.¹¹⁴ Eine nationale Querschnittsstudie, welche die Coping-Strategien von 40- bis 45-Jährigen (Midlife-Transition, d.h. lebenszyklischer Übergang) mit jenen von 50- bis 55-Jährigen zum Umgang mit kritischen Lebensübergängen vergleicht, kommt zu folgenden Resultaten.¹¹⁵ Die beiden Altersgruppen wählen ähnliche und ähnlich häufige Strategien, um ein einschneidendes Erlebnis zu verarbeiten: Selbstreflexion (38%) und das Einholen sozialer Unterstützung (34%) wurden von mehr als einem Drittel angeführt, defensive Manöver (2%), Suche nach Ersatzbefriedigung (2%) oder das Trost-Finden in Religion und Schicksal (3%) werden hingegen nur selten eingesetzt. Signifikant unterscheiden sich Männer und Frauen nur im Gebrauch einer Strategie: Männer schätzen sich öfters positiv neu ein als Frauen.

¹¹¹ Nach einem vereinfachten Modell von U. P. Lattmann.

¹¹² Udris (1992a).

¹¹³ Dieser Abschnitt bezieht sich hauptsächlich auf Zapf & Semmer (2004, Kpt. 5.3).

¹¹⁴ S. Kaluza (2003, 350f.) und Grob & Jaschinski (2003, 129). Beispiele für aktive Coping-Fähigkeiten werden in Kpt. 4.3.2 aufgelistet.

¹¹⁵ Perrig-Chiello et al. (2001, 97).

Coping hängt stark von der jeweiligen Situation ab. Problemorientiertes Coping wird deshalb eher in beeinflussbaren Situationen eingesetzt, emotionsorientiertes Coping eher in nicht kontrollierbaren Situationen. Andererseits sind bevorzugte Coping-Stile erkennbar, die mit Persönlichkeitsmerkmalen zusammenhängen. Positive Emotionalität/Extraversion z.B. weist Bezüge zur Suche von sozialer Unterstützung auf. In der eben angeführten nationalen Querschnittsstudie wendeten sowohl die befragten Frauen als auch Männer im mittleren Lebensalter die **Coping-Stile** «Handlungen» (61%) und «Kognitionen» (55%) mit Abstand am häufigsten an gegenüber emotionaler Bewältigung (29%), Hilfe durch gewählte Weltanschauung (11%) und emotionalem Überwältigtwerden (9%).¹¹⁶

Das Stressempfinden sowie die Coping-Strategien und -Stile hängen gleichzeitig von den verfügbaren Entlastungsfaktoren bzw. **Ressourcen** ab.¹¹⁷ Dabei wird unterschieden zwischen:

- situationsbezogenen (äusseren) Ressourcen, zu denen der Handlungsspielraum gehört, das heisst die Möglichkeit, die Situation nach eigenen Vorstellungen zu beeinflussen (von Arbeitstempo bis Kündigungsdrohung gegenüber unfairem Führungsverhalten), und sozialer bzw. emotionaler Unterstützung durch Personen des Arbeitsumfelds, und
- personenbezogenen (inneren) Ressourcen: guter Gesundheitszustand; Optimismus, Selbstvertrauen; berufliche und soziale Qualifikationen, gestärkt oder ausgebaut über Aus-, Fort- und Weiterbildung.¹¹⁸

Wirksamkeit von Coping

Problembezogenes Coping ist in kontrollierbaren Situationen besonders wirksam. Dauerhafte Vermeidungsstrategien hingegen verstärken den Zusammenhang zwischen Stressoren und Befinden. Kurzfristige Vermeidung, z.B. zwecks gedanklicher Lösung von Arbeitsproblemen in der Freizeit, kann nützlich sein.

Emotionsbezogenes Coping zeigt in der Forschung ungünstige Folgen, wobei allerdings häufig eher Stress-Symptome als Bewältigungsversuche gemessen wurden. Coping durch *emotional approach* (Ausdruck und Verarbeitung von Emotionen), das heisst durch **Emotionsregulation** und konstruktive Kommunikation über Emotionen, scheint zumindest für Frauen nützlich zu sein. Diese Strategie scheint auch bei wenig kontrollierbaren Situationen und sehr starkem Affekt sinnvoll zu sein.

Besonders günstige Coping-Effekte werden erzielt, wenn die Bewältigungskompetenzen auf mehreren Ebenen ineinander greifen:¹¹⁹

- körperlich-physische Bewältigung,
- kognitiv-intellektuelle Bewältigung (Lernfähigkeit, umweltangepasstes Verhalten, Verhaltensorientierung),
- psychisch-emotionale Bewältigung (Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und Gefühle zu erkennen, auszudrücken und angemessen in soziales Verhalten zu übersetzen),
- soziale Bewältigung (Beziehungen herstellen, aufrechterhalten, fortentwickeln etc.).

Kosten von Coping

Stressbewältigung – auch erfolgreiche – hat Kosten. Die mit Coping verbundene Anstrengung kann Selbstregulationsprozesse beeinträchtigen. Nicht erreichte Ziele bzw. dauerhafte Zielreduktion können die eigene Identität schwächen und zu «resignativer Arbeitszufriedenheit» führen und mit Ressentiments verbunden sein (resentful adaptation).

3.2.2.4 Personenmerkmale von Stressresistenz

Neben der Situation und dem weiteren Umfeld spielen Personenmerkmale im Stressprozess eine bedeutende Rolle. Semmer fasst die Merkmale von Personen, die gut mit Stress umgehen können, folgendermassen zusammen:

- Sie interpretieren ihre Umwelt grundsätzlich positiv und gehen im Zweifel davon aus, dass Dinge gut ausgehen (Optimismus), und dass andere Menschen ihnen positiv gesinnt sind (Vertrauen, Feindseligkeit).

¹¹⁶ Perrig-Chiello et al. (2001, 98).

¹¹⁷ Semmer & Udris (2004).

¹¹⁸ Vgl. Udris & Frese (1999, 433ff.), wo analog zwischen be- und entlastenden Arbeitsbedingungen und zwischen inneren und äusseren Ressourcen unterschieden wird.

¹¹⁹ Hurrelmann (2003, 53) nach Jessor (1977).

- Sie nehmen Fehler und Rückschläge als etwas normales hin und nicht als ein Anzeichen eigener Unfähigkeit oder als Ausdruck der prinzipiellen Schlechtigkeit der Welt.
- Sie nehmen die Welt als beeinflussbar wahr (internale Kontrolle) und sehen sich selber auch als fähig, diese Einflussmöglichkeiten wahrzunehmen (Selbstwirksamkeit).
- Sie zeigen emotionale Stabilität.
- In Bezug auf Coping sind Personen, die dazu neigen, Probleme und Stresssituationen aktiv anzugehen, weniger beeinträchtigt. Allerdings geht es nicht immer darum, aktiv zu sein. Wichtig ist auch, nicht beeinflussbare Situationen bzw. Situationsaspekte zu erkennen und auf solche Situationen eher mit intrapsychischen, emotionalen Bewältigungsstrategien zu reagieren.
- Am gesundheitsförderlichsten ist deshalb flexibles, der Situation angepasstes Bewältigungsverhalten. Damit wird die Fähigkeit entscheidend, eine Übereinstimmung von Situationsdiagnose und ihr entsprechenden Verhaltensweisen herzustellen.

3.2.3 Stressfolgen¹²⁰

In den erwähnten Belastungssituationen wird der gesamte Organismus auf die beiden Optionen Kampf oder Flucht eingestellt. Dieses Reaktionsmuster stand in einer frühen Phase der Menschheitsentwicklung im Dienste des Selbsterhaltungstriebes, hat jedoch bei der Bewältigung vieler Belastungssituationen des modernen Menschen seinen Anpassungswert weitgehend verloren. Die bereitgestellte Energie wird nicht verbraucht und die Erregung nicht oder nicht genügend abgebaut. Das heisst, dass bei Versagen der Stressbewältigung, bei ungenügenden Möglichkeiten und Fähigkeiten von Coping in der modernen Gesellschaft Stressfolgen unvermeidbar sind.

Mögliche und verbreitete Folgen von Stress sind u.a. erhöhte Krankheitsanfälligkeit, Herz- und Kreislauferkrankungen, Verdauungsprobleme, Übergewicht, Muskel- und Rückenschmerzen, aber auch Schlafstörungen und Störungen der Sexualfunktion sowie Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. **Dauerstress in Verbindung mit Mehrfachbelastungen** stellt eine ernst zu nehmende Gefahr für die psychische und physische Gesundheit dar. Zahlreiche Studien haben belegt, dass anhaltende Angstzustände, Unsicherheit, niedrige Selbstachtung, soziale Isolation sowie mangelnde Kontrolle über das Berufs- und Privatleben grosse Auswirkungen auf die Gesundheit haben.¹²¹ Derartige psychosoziale Risiken akkumulieren häufig im Lebensverlauf und vergrössern die Möglichkeit schlechter psychischer Gesundheit und frühzeitigen Todes. Lang andauernde Perioden der Angst und Unsicherheit sowie Mangel an unterstützenden Freundschaften wirken sich in allen Lebensbereichen aus. Je niedriger der sozioökonomische Status umso häufiger treten diese Probleme auf. Lang anhaltende oder wiederkehrende psychische und soziale Belastungen manifestieren sich oft in Organerkrankungen und gesundheitsschädlichen Risikoverhaltensweisen (z.B. Zigarettenrauchen, Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungs- und Essverhalten, mangelnde Bewegung).¹²²

Die Belastungsniveaus sind jedoch weder objektiv noch subjektiv während den verschiedenen Lebensphasen gleichbleibend. Eine amerikanische Meta-Analyse zwischen **Lebensalter und generalisiertem Stress** ergibt eine u-förmige Kurve: Die jüngeren Erwachsenen sind der grössten Belastung durch Stress ausgesetzt, die bis über die Lebensmitte relativ stark abnimmt, um dann etwa ab Alter 60 wieder auf eine mittlere Belastung anzusteigen.¹²³ Die Abnahme der Stressbelastung ergibt sich aus der erhöhten finanziellen Zufriedenheit und den geringeren weltanschaulichen Zweifeln, während die abnehmende Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte diesen Trend bricht. Der Wiederanstieg der allgemeinen Belastung im Alter ist u.a. mit geringer Bildung und dem Status der Pensionierung verbunden.

¹²⁰ In Anlehnung an Semmer (1997).

¹²¹ S. den Abschnitt bezüglich Stress in: Wilkinson & Marmot (2003, 12f.), auf den hier Bezug genommen wird, sowie z.B. Marmot & Stansfeld (2002) und das Zitat von Wilkinson & Marmot unten in Kapitel 3.3.1.

¹²² Kaluza (2003, 343f.).

¹²³ S. Schieman et al. (2001, Tab. 4). Das Datenmaterial stammt aus dem General Social Survey von 1998. Die Auswertung der General Social Survey-Daten aus dem Jahr 1996 zu Depression zeigt eine ähnliche Kurve (ebd., Tab. 3). Vgl. Kuhlmeiy (2003) zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsbiographien und zu den verschiedenen Lebensaltern Perrig-Chiello & Höpflinger (2003).

Die Stressfolgen bzw. **Indikatoren für Beanspruchungsfolgen** und Stressreaktionen am Arbeitsplatz sind gut erforscht¹²⁴ und gelten auch für Folgen der Überbeanspruchung in anderen Tätigkeitsfeldern wie in der Freiwilligenarbeit oder im privaten Pflegebereich:

1. Viele Studien weisen auf einen Zusammenhang zwischen psychischem Befinden und Stressoren hin. Die Ausprägungen reichen von milden Formen (z. B. geringe Zufriedenheit mit der Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit) bis zum «Burnout-Syndrom» (s. u.) und psychiatrischer Morbidität.
2. In körperlicher Hinsicht handelt es sich allgemein um Mortalität und Morbidität (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Magengeschwüre), aber auch um Risikofaktoren wie Bluthochdruck und Beeinträchtigungen des Immunsystems. Bei Herz-Kreislaufkrankheiten ist z.B. Stress am Arbeitsplatz als Risikofaktor gut belegt.
3. Bezüglich individuellen und sozialen Verhaltensweisen sind Zusammenhänge zwischen Tätigkeitssituation einerseits und Rauchen, erhöhtem Unfallrisiko und Leistung andererseits, und – im Setting Betrieb – auch zu Absentismus, Diebstahlhäufigkeit, Aggressivität und Kündigungsabsichten aufgezeigt worden.
4. Die oben beschriebenen Stressreaktionen wirken häufig in einem entsprechend längeren oder kürzeren Prozess des Abreagierens bzw. des *Unwinding* auch nach der Stresssituation nach und führen oft zu einer «Übertragung» in andere Situationen.¹²⁵
5. Nicht zu vernachlässigen sind schliesslich auch die Folgen der Stressbewältigung bzw. des Coping. Permanente Überbelastung kann die Leistungsfähigkeit untergraben und zu Problemen führen. Veränderungen der Handlungsstruktur unter Stress, zumeist im Sinne der Handlungsvereinfachung, z.B. Vernachlässigung von Sicherheitsvorkehrungen, sind nicht nur im betrieblichen Umfeld kostenrelevant.

Langfristige Stresswirkungen ergeben sich bei vier Bedingungen, wobei die dritte Bedingung speziell für das Setting Betrieb gilt:

1. Die Stresssituation ist chronisch,
2. eine Anpassung ist schwierig, da ständige Anstrengung und Aufmerksamkeit gefordert sind;
3. den Anforderungen nicht zu genügen hat schwerwiegende Konsequenzen,
4. die Probleme übertragen sich in andere Lebensbereiche, so dass sich die Effekte kumulieren.¹²⁶

Burnout-Syndrom

Eine besondere Folge von chronischem oder Dauerstress ist das bereits erwähnte «Burnout-Syndrom», ein Zustand der emotionalen Erschöpfung, der Depersonalisierung und reduzierter Leistungsfähigkeit. Dieses Krankheitsbild ist zwar im betrieblichen, insbesondere pflegerischen¹²⁷ und pädagogischen Umfeld¹²⁸ besser bekannt und erforscht. Das Phänomen ist jedoch nicht nur in vielen Berufsbranchen, sondern auch in anderen Settings bei Zielgruppen mit Mehrfachbelastungen verbreitet.¹²⁹

3.2.4 Stress und Geschlecht

Es ist bekannt, dass Frauen (und Mädchen) häufiger unter psychischen Beschwerden leiden und mehr Stress wahrnehmen bzw. erleben als Männer (und Jungen). Dieser Umstand wird mit den grösseren Verantwortlichkeitsgefühlen von Frauen gegenüber ihren Kindern, Ehemann und Freunden erklärt sowie mit dem Umstand, dass Frauen stärker bzw. negativer von Ereignissen im zwischenmenschlichen Umfeld beeinflusst werden.¹³⁰ Männer erleben dagegen Stress verstärkt im Beruf.¹³¹ Frauen mit höheren Hauhalteinkommen zeigen ein besseres Wohlbefinden als Frauen mit wenig verfügbarem Einkommen, wäh-

¹²⁴ Udris & Frese (1999, 432).

¹²⁵ Vgl. z.B. «Der lange Arm der Erwerbstätigkeit» in: Semmer & Udris (2004, 185ff.).

¹²⁶ Kasl (1992).

¹²⁷ S. z.B. Killmer (1999), Domnowski (1999) und Aries & I. Zuppiger Ritter (1999).

¹²⁸ Z.B. Hedderich (1997).

¹²⁹ S. Burisch (1994). Für Studien zu Raumpflegerinnen und Tierärzten s. Nolting et al. (o.J. a) bzw. Nolting et al. (o.J. b).

¹³⁰ Solomon & Rothblum (1986, 203).

¹³¹ S. Rüesch & Manzoni (2003, 24f.).

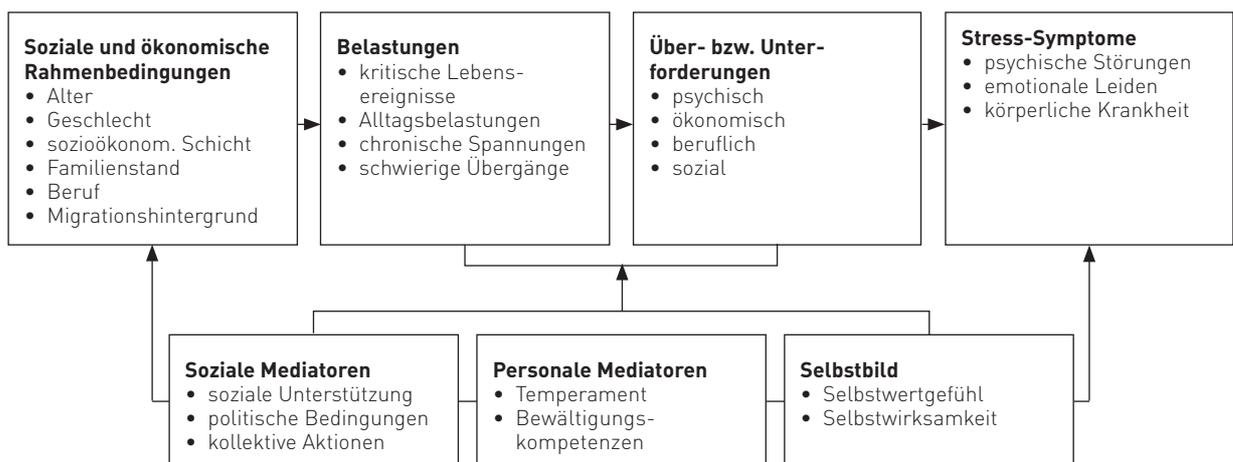
rend bei den Männern ein Zusammenhang mit höherer Bildung besteht.¹³² Ausserdem leiden zwar Frauen grundsätzlich unter denselben Stressoren wie Männer, zeigen jedoch andere psychologischen Stressreaktionen und auch andere Stressfolgen. Aufgrund der unterschiedlichen Sozialisation neigen Frauen eher dazu, überkontrolliert mit Passivität und Depressionen zu reagieren, Männer hingegen eher unterkontrolliert mit aggressivem, «hyperaktivem» Verhalten.¹³³ Dementsprechend setzen Frauen zur Stressbewältigung stärker palliative Coping-Strategien wie Vermeidung und selektive Nichtbeachtung ein.¹³⁴ Bezüglich körperlichen Stress-Symptomen neigen Frauen verstärkt zu unspezifischen Körperbeschwerden wie Kopfschmerzen, Erkältungen, Halsschmerzen und Rückenbeschwerden. Die Männer hingegen führen nach wie vor die Statistiken der durch Stress mitbedingten Erkrankungen wie Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Wirbelsäulenschäden und Lungenkarzinomen an.¹³⁵ Bezüglich Stress und Stressverarbeitung gelten Mädchen und junge Frauen (12–20 Jahre) als Risikogruppe.¹³⁶ Sie zeichnen sich neben einem erhöhten Stresserleben und erhöhten Beanspruchungssymptomen ausserdem durch ein ungünstiges Muster in der Stressverarbeitung aus: Sie suchen zwar nach sozialer Unterstützung, setzen aber weniger problemlösende Strategien, sondern die Strategien «Ablenkung» und «Bagatellisierung» ein. Ausserdem benutzen sie mehr stressvermehrnde Strategien wie passive Vermeidung, gedankliche Weiterbeschäftigung, Resignation und Aggression.

3.2.5 Ein Modell des Belastungs-Überforderungs-Prozesses

Das nachfolgend abgebildete Modell von Leonard I. Pearlin eignet sich als setting-übergreifender Orientierungsrahmen, da es verschiedene Stresskonzepte integriert, die mehrheitlich bereits angesprochen worden sind.¹³⁷ Es berücksichtigt nicht nur medizinische und psychologische Ansätze, sondern auch soziale und ökonomische Aspekte und Rahmenbedingungen, von welchen es ausgeht. Über Belastungsfaktoren oder Stressoren und Über- oder Unterforderungen können sich Stress-Symptome manifestieren. Ob sie auftreten, entscheiden soziale Mediatoren wie sozialpolitische Aktivitäten oder kollektive Aktionen und personale Mediatoren wie Temperament, Coping-Fähigkeiten sowie Aspekte des Selbstbilds.

Abbildung 6

Ein Modell des Belastungs-Überforderungs-Prozesses¹³⁸



¹³² Lamprecht et al. (2005, Kpt. 5.2).

¹³³ Harss & Maier (1992, 21ff.).

¹³⁴ Solomon & Rothblum (1986, 203).

¹³⁵ Harss & Maier (1992, 24ff.). S. zu diesem Abschnitt auch www.genderhealth.ch sowie Maschewsky-Schneider (2004), Hibbard & Pope (1987), Meisenhelder (1986) und Frankenhaeuser (1991).

¹³⁶ Hampel & Petermann (2001, 144).

¹³⁷ Belastungs-Beanspruchungs-Konzepte für das Setting Betrieb finden sich z.B. in: Luczak & Volpert (1997, Kpt. 4.1.5).

¹³⁸ In Anlehnung an bzw. Ergänzung von Pearlin's Modell in: Hurrelmann (2003, 54).

3.3 BEVÖLKERUNGSGRUPPENSPEZIFISCHE ZAHLEN UND FAKTEN ZU PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND STRESS

Zwecks verbesserter Übersicht werden in diesem Kapitel die spezifischen Zahlen und Fakten zu Stress mit jenen zu psychischer Gesundheit unter den einzelnen Settings und ausgewählten Bevölkerungsgruppen zusammengefasst. Allgemeine und stressspezifische Daten werden so weit als möglich getrennt dargestellt. Aus der dargestellten Datenlage sollen sich Handlungsbedarf und Legitimation für Interventionen in einzelnen Settings, Zielgruppen und Themenfeldern ableiten lassen. Einleitend wird die Bedeutung von Settings und Bevölkerungsgruppen für den Public Health-Ansatz erörtert und ein Überblicksraster vorgestellt sowie das Querschnittsthema Gewalt umrissen. Abschliessend werden die gesundheitlichen Auswirkungen mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben dargestellt.

3.3.1 Settings und Bevölkerungsgruppen

Wie die im Kapitel 2.2 dargestellten allgemeinen Fakten nahe legen, sind psychische – und zum Teil auch stressrelevante – Krankheiten ein universales Phänomen, von dem Menschen aller Länder und Gesellschaften, jeden Alters, Frauen und Männer, arme und reiche Leute auf dem Land wie in städtischen Verhältnissen betroffen sein können. Viele internationale und nationale Studien belegen jedoch, dass spezifische **Bevölkerungsgruppen** wie Kinder und Jugendliche,¹³⁹ alleinstehende und alte Menschen, Erwerbslose und Menschen mit geringem sozioökonomischem Status sowie MigrantInnen¹⁴⁰ in Bezug auf ihre psychische Gesundheit besonders gefährdet, das heisst **vulnerabel** sind.¹⁴¹ Dazu gehören auch Menschen mit Mehrfachbelastungen, wobei bei fast allen Zielgruppen Frauen¹⁴² stärker gefährdet, belastet oder benachteiligt sind als Männer (s.a. Kpt. 3.3.8).¹⁴³

Mehrfachbelastend und damit risikoverstärkend wirken bei allen Zielgruppen lebenszyklische Übergänge bzw. Transitionen¹⁴⁴ und kritische Lebensereignisse¹⁴⁵, wobei jüngere Menschen häufiger über kritische Ereignisse berichten als ältere.¹⁴⁶

Weitere wichtige Variablen für die psychische Gesundheit einer Gesellschaft im Allgemeinen und von einzelnen Bevölkerungsgruppen im Besonderen sind die vorherrschenden sozialen und kulturellen Werte sowie die Beschleunigung des Wertewandels und die damit verbundenen permanenten Veränderungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen.¹⁴⁷

Beeinflusst durch Individualisierung¹⁴⁸ und Globalisierung wird die Lebenssituation in praktisch allen Ländern und in allen Lebensbereichen zunehmend komplexer und stellt die Menschen vor wachsende

¹³⁹ WHO (2005b, 7ff.).

¹⁴⁰ WHO (1996).

¹⁴¹ S. z.B. European Commission (2004, 64f.).

¹⁴² Z.B. WHO (2000a) und WHO (2005a): Bezüglich Determinanten für die schlechte psychische Gesundheit von Frauen wird der Fokus von individuellen und Lebensstil-Risikofaktoren weg auf das Erkennen allgemeiner, ökonomischer, gesetzlicher und die Umwelt betreffenden Faktoren verlagert.

¹⁴³ S. Suter et al. (2004).

¹⁴⁴ Transitionen sind beispielsweise die Übergänge von der Familie zur Schule, von der Schule in die Lehre, von der Lehre in die Erwerbstätigkeit, vom Paar zur Familie, von der Erwerbstätigkeit in die Erwerbslosigkeit oder in die Pension. Siehe Perrig-Chiello (2004), Perrig-Chiello & Stähelin (2004b) und Schwenkmezger & Schmidt (1994, Kpt. 3.8).

¹⁴⁵ Z.B. Verlust einer nahestehenden Person, Änderung des Zivilstandes – insbesondere Trennung und Scheidung –, physische und psychische Gewalt einschliesslich politische Konflikte und kriegerische Auseinandersetzungen, Krankheit oder Unfall, Wechsel des Arbeitgebers, Berufswechsel. Zur Epidemiologie s. Meyer (2000, 156f.).

¹⁴⁶ Rüesch & Manzoni (2003, 26).

¹⁴⁷ S. z.B. Suter et al. (2004, 65f.).

¹⁴⁸ Lamprecht et al. (2005, Kpt. 2.3) definiert Individualisierung als «Herauslösen des Einzelnen aus traditionellen Sozialbeziehungen». S. Grob (1999, 251) zur Selbstzentrierung als neue Entwicklungsetappe der Moderne, in der eine Gesellschaft dann als gerecht erscheint, wenn sie Individualisierung ermöglicht, dem Kern der kollektiven Wertorientierung. Eine Fragebogenstudie zu Lebenszielen und Wohlbefinden in den USA und in der Schweiz ergab, dass die Wichtigkeit individuumsnaher Lebensziele von Personen aller Alterskohorten beider nationaler Kontexte als grösser eingeschätzt wird als die Wichtigkeit gesellschaftlicher Ziele (ebd., 252).

psychische Herausforderungen.¹⁴⁹ Insbesondere werden die schulische und berufliche Ausbildung sowie die Arbeitswelt noch stärkerem Leistungs- und Konkurrenzdruck ausgesetzt werden. Dabei sind Kinder und Jugendliche sowie jüngere Erwachsene und ältere Mitarbeitende stärker betroffen. Dies widerspiegelt sich, wie bereits aufgezeigt worden ist (Kpt. 2.2.2.1), einerseits im Zunehmen von Invalidität aus psychischen Gründen, an stressverursachten Arbeitsausfällen und privaten und beruflichen Orientierungsproblemen bei Jugendlichen, andererseits aber auch in einer gesteigerten Delinquenz, Aggressivität und Gewaltbereitschaft von Kindern, Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen.¹⁵⁰

Damit sind wichtige **Settings** wie Betrieb, Schule und Familie angesprochen, die psychische Störungen und Krankheiten sowohl verhindern als auch (mit)verursachen oder verstärken können. Eine europäische Studie hat Zusammenhänge zwischen psychosozialen Faktoren und der psychischen Gesundheit nachgewiesen:

«Lange Perioden von Angst und Unsicherheit sowie Mangel an unterstützendem sozialem Umfeld vergrössern die Chancen schlechter psychischer Gesundheit und frühzeitigen Todes. Dazu gehört auch das Gefühl, keine Kontrolle über die Arbeits- und Familiensituation zu haben».¹⁵¹

Der Hauptfokus darf deshalb und auch aus anderen Gründen nicht primär auf isolierten Bevölkerungsgruppen oder einzelnen Menschen und ihrem individuellen Gesundheits- und Risikoverhalten liegen, sondern muss auf deren strukturellem Umfeld und sozialen System, das heisst auf spezifische Settings gelegt werden. Diese bilden den sozioökonomischen, psychosozialen und organisationalen Rahmen, in welchem bestimmte Bevölkerungsgruppen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Zwecks verbesserter Orientierung werden sie mit den entsprechenden Gruppen in Tabelle 2 in einem **Überblicksraster von Settings und Bevölkerungsgruppen** aufgeführt. Die Aufzählung dieser spezifischen Gruppen ist nicht abschliessend,¹⁵² einzelne Gruppen, wie z.B. Jugendliche, können mit anderen überlappen. Die Zugehörigkeit zu gleichzeitig mehreren Gruppen verstärkt die Gefährdung.¹⁵³

Tabelle 2

Überblicksraster Settings und spezifische Bevölkerungsgruppen

Settings	Bevölkerungsgruppen
Gemeinde/Gemeinwesen ¹⁵⁴ a) strukturiert: z.B. Vereine, Verbände b) unstrukturiert: z.B. offene Jugendarbeit	<ul style="list-style-type: none"> • verhaltensauffällige Jugendliche im öffentlichen Raum • Frauen mit spezifischen Mehrfachbelastungen • getrennt lebende oder alleinstehende Männer • vereinsamte, ältere Menschen • sozial randständige und sozial isolierte Menschen • MigrantInnen (Konflikt- und Kriegsversehrte und -traumatisierte) • Haftentlassene • Menschen in akuten Krisen • SozialhilfeempfängerInnen

¹⁴⁹ Cox et al. (2000); Hosman et al. (2004).

¹⁵⁰ Lösel & Bliesener (2003).

¹⁵¹ Wilkinson & Marmot (2003, 12).

¹⁵² S. WHO European Ministerial Conference (2005b) und Perrig-Chiello (2004).

¹⁵³ S. die Übersicht zu Situationen mit kumulierten Risiken in: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004c, 3f.) bzw. zu Risikogruppen in: Illés & Abel (2002, Kpt. 8).

¹⁵⁴ In Übereinstimmung mit der Definition der WHO wird hier unter dem Setting Gemeinde/Gemeinwesen nicht nur die geografisch und politisch definierte «Gemeinde» verstanden, sondern umfassender eine Gemeinschaft oder *community*, das heisst «eine spezifische Gruppe von Menschen – oft in einer definierten geografischen Zone lebend –, die gemeinsame Werte und Normen und eine gemeinsame Kultur teilen und die entsprechend bestimmter Beziehungen, die über die Zeit hinweg in der Gemeinschaft entstanden sind, in einer Sozialstruktur verankert sind. Sie zeigen ein gewisses Mass an Bewusstsein für ihre Gruppenidentität und sie teilen gemeinsame Bedürfnisse sowie eine Verpflichtung, diese zu befriedigen.» (WHO 1998, S. 9).

Soziale Institution	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche in Heimen und Erziehungsanstalten • betagte Menschen in Heimen • Gewaltopfer • Behinderte
Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrlinge • Erwerbstätige: jüngere und ältere Erwerbstätige, <i>working poor</i> und generell von Armut Betroffene • Mitarbeitende in der Primärversorgung • Jugend- und Langzeiterwerbslose • GefängnisinsassInnen
Schule¹⁵⁵	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrpersonen • SchülerInnen • Eltern
Familie¹⁵⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Paare • Alleinerziehende • Junge, kinderreiche Familien (>3) • Kinder im Vorschulalter • Kinder von psychisch kranken oder substanzabhängigen Eltern • Jugendliche und junge Erwachsene (16–24 Jahre) • pflegende Angehörige psychisch und physisch kranker Menschen • Opfer häuslicher Gewalt

Die Forschungsliteratur zu Stress ist für bestimmte Settings und Zielgruppen, insbesondere für Stress am Arbeitsplatz, kaum überschaubar. Um eine unvoreingenommene Auswahl zu ermöglichen, werden in diesem Kapitel gleichwohl alle 5 Haupt-Settings dargestellt. Aufgrund der grossen Zahl vulnerabler Bevölkerungsgruppen muss jedoch diesbezüglich eine **Auswahl** getroffen werden. In Übereinstimmung mit einer der grundlegenden Rahmenbedingungen dieses Berichts bietet sich die **Chancengleichheit** an. Sozialer Status (Bildung, Einkommen, berufliche Position), Migrations-Hintergrund bzw. -Erfahrung, Alter sowie Geschlecht sind die zentralen soziodemographischen Variablen gesundheitlicher Chancengleichheit.¹⁵⁷ In Übereinstimmung mit der Konzentration auf länger andauernde oder wiederkehrende Belastungen fokussiert dieses Kapitel ferner auf Reviews und Erhebungen zu Bevölkerungsgruppen, die chronischem Stress und/oder Mehrfachbelastungen, einschliesslich lebenszyklischen Übergängen oder Transitionen, besonders ausgesetzt sind. Aus Platzgründen können einige Gruppen nur kurz aufgeführt werden.

Das vorliegende Kapitel geht vom oben dargestellten Überblicksraster aus und verwendet dieselbe Struktur. Als Querschnittsthema wird das stressrelevante Phänomen der Gewalt einfürend vorangestellt.

3.3.2 Gewalt als Querschnittsthema

Sämtliche Formen der Gewalt zeigen zunehmende Verbreitung, sind in hohem Mass stressverursachend und betreffen alle Settings und Lebensphasen.

Als Hauptformen der Gewalt werden zwischenmenschliche Gewalt, Gewalt gegen die eigene Person, einschliesslich Suizid, sowie kollektive Gewalt, das heisst gewaltsame Konflikte zwischen Staaten oder Gruppierungen, unterschieden.¹⁵⁸ Unter **zwischenmenschliche Gewalt** fallen jugendliche Gewalt, Gewalt

¹⁵⁵ Die Schule als Gesamtinstitution mit Schulleitung und Betriebsrechnung ist eine Form des Settings Betrieb. Aufgrund ihrer spezifischen Merkmale wird die Schule jedoch in Wissenschaft und Praxis als eigenständiges Setting behandelt.

¹⁵⁶ Unter dem Setting Familie wird hier selbstverständlich nicht nur die klassische Familie verstanden, sondern alle Formen des Zusammenlebens zwischen Eltern(teilen) und Kindern unabhängig des zivilen Status und der biologischen Verwandtschaft. Vgl. z.B. die «Patchwork»-Familie.

¹⁵⁷ Siehe Mielck (2000).

¹⁵⁸ S. Krug E.G. et al. (2002, 17–32).

gegen Ehe- und Lebens-Partner (insbesondere gegenüber Frauen), Kindsmisshandlung und Vernachlässigung durch Eltern und andere Fürsorgepersonen, Misshandlung alter Menschen sowie sexuelle Gewalt. Mit diesen **körperlichen** Formen überlappen häufig **psychische** Formen der Gewalt wie Beschimpfungen und Beleidigungen sowie Einschüchterung, Drohung mit körperlicher Gewalt, Nötigung und Verbote. Eine weitere Form zwischenmenschlicher Gewalt ist **ökonomische** Gewalt.

Besondere Formen der Gewalt, auf welche nachfolgend Bezug genommen wird, sind sexuelle Belästigung und Mobbing im Setting Betrieb, Bullying im Setting Schule sowie häusliche Gewalt im Setting Familie (s. Kpt. 3.3.7).

Gemäss der Kriminal- und Betäubungsmittelstatistik 2004 des Bundes sind zum vierten Mal in Folge mehr Gewaltdelikte verübt worden.¹⁵⁹ Der Tatbestand der Nötigung nahm um 30%, die Zahl der Raubfälle um 9% und jene der Vergewaltigungen – seit April 2004 ein Offizialdelikt – um knapp 5% zu. Allgemein sind jüngere Personen in der Schweiz am häufigsten von zwischenmenschlicher Gewalt irgendeiner Art betroffen. Rund 17% der 15- bis 34-jährigen Männer und 13% der Frauen gleichen Alters geben an, dass sie in den letzten 12 Monaten Opfer von verbaler oder physischer Gewalt oder Opfer eines Diebstahls geworden sind.¹⁶⁰ Die Zahl von Verurteilungen von Jugendlichen ist in der Schweiz zwischen dem Jahr 2000 und 2004 um fast 23% auf über 14 000 gestiegen. Sexuelle Übergriffe, Raubtatbestände sowie Tötlichkeiten zeigen Steigerungsraten zwischen 48% und 64%.¹⁶¹ Delinquente Jugendliche leben fast ausnahmslos in Familien, die von gravierenden psychosozialen Störungen betroffen sind.¹⁶²

Weitere wichtige Querschnittsthemen für psychische Gesundheit sind Chancengleichheit und soziale Integration,¹⁶³ auf die in diesem Bericht ebenfalls immer wieder Bezug genommen wird.

3.3.3 Setting Gemeinde/Gemeinwesen

Vereinsamte, ältere und betagte Menschen

Aufgrund der signifikant längeren Lebenserwartung zwang sich eine Differenzierung zwischen jungen Alten (auch 3. Lebensalter genannt, von ca. 65 bis 80 Jahren) und Betagten (bzw. 4. Lebensalter, ab ca. 80 Jahren) auf. Insbesondere das Betagtenalter wird gesundheitspolitisch als eine besondere Herausforderung angesehen. Bis im Jahr 2010 (2020) werden in der Schweiz über 1,3 Mio. (1,5 Mio.) über 65-Jährige leben, wovon 370 000 (419 000) dem Betagtenalter angehören werden.¹⁶⁴ Die zweite wichtige Erkenntnis betrifft die zunehmende Vereinsamung dieser Bevölkerungsgruppen, begründet durch die wachsende soziale Desintegration, die auch die familiäre Solidarität und Nachbarschaft (Singularisierung) betrifft. Je älter die Menschen sind, desto kleiner ist die Zahl enger Freunde und desto weniger interagieren sie mit ihnen.¹⁶⁵ Die Frauen sind in Alters- und Pflegeheimen im Verhältnis von 4:1 gegenüber den Männern in der Überzahl und von Verwitwung, Einsamkeit und sozialer Isolation zahlenmässig besonders betroffen.¹⁶⁶ Anders als die Männer, die sich stärker über den Beruf definieren,¹⁶⁷ können jedoch die Frauen aufgrund ihrer Sozialisation und Biografie ihre Identität bis ins hohe Alter beibehalten. Gleichwohl gibt es Hinweise für ein schlechteres psychisches Wohlbefinden der älteren Frauen. Sie haben schlechtere Werte bei der funktionellen Autonomie und signifikant höhere Depressionsraten (2:1) im Vergleich zu den Männern.¹⁶⁸

¹⁵⁹ Neue Zürcher Zeitung Nr. 157, 8.7.2005, 14.

¹⁶⁰ Rüesch & Manzoni (2003).

¹⁶¹ Gemäss Tagung der Schweizerischen Vereinigung für Jugendstrafrechtspflege vom 14.9.2005: www.julex.ch.

¹⁶² Perrig-Chiello (2004, 140).

¹⁶³ S. Lamprecht et al. (2005) bzw. Perrig-Chiello (2004) und Meyer (2000).

¹⁶⁴ Dieser Abschnitt nimmt Bezug auf Zahlenmaterial, welches von P. Perrig-Chiello zur Verfügung gestellt worden ist. Aufgrund der Volkszählung 2000 beziffert eine kürzlich veröffentlichte Studie zu den über 65-Jährigen deren Anteil an der Gesamtbevölkerung heute mit über 15% und prognostiziert ihn für das Jahr 2035 auf 25%: Wanner P. et al. (2004). Betagte Menschen, die in Heimen leben, gehören dem Setting soziale Institution an, werden jedoch aus Gründen der Übersicht ebenfalls an dieser Stelle dargestellt. S.a. Summermatter (2004).

¹⁶⁵ Höpflinger & Hugentobler (2005).

¹⁶⁶ S. a. Victor et al. (2000).

¹⁶⁷ S. Höpflinger (2002).

¹⁶⁸ Höpflinger & Hugentobler (2005). Vgl. Wyss (2005b, 37) und Perrig-Chiello & Sturzenegger (2003a).

Die Jahresprävalenz psychischer Erkrankungen bei dieser Gruppe beträgt insgesamt 25%, wobei depressive Störungen am häufigsten sind. Gemäss Höpflinger liegt bei Diabetes mellitus und Herzinsuffizienz die Komorbidität mit Depression bei 40–50%, bei Alzheimer-PatientInnen bei rund 20%.¹⁶⁹ Ab etwa dem 80. Altersjahr steigen u.a. die Demenzzraten massiv an, die funktionelle Autonomie nimmt massiv ab und die Multimorbidität nimmt stark zu. Ausserdem steigen die Suizidraten, insbesondere bei über 80-jährigen Männern, stark an. Gemäss einer englischen Studie leiden 15% von Alters- und PflegeheimbewohnerInnen an Psychosen, mehr als 20% an Depressionen, 14–20% an ernsten Verhaltensstörungen und zwischen 60% und 70% an Demenz.¹⁷⁰ In der Schweiz leben heute gegen 90 000 Demenzkranke, wobei rund 40% in Institutionen leben. Die Folgen von Demenzerkrankungen sind hohe Pflegebedürftigkeit und -kosten, Einbusse an Lebensqualität für PatientIn und Umfeld¹⁷¹ sowie Heim- oder Spital-Einweisung. Die Gesamtkosten für Demenzkrankheiten werden auf jährlich 3 Milliarden Fr. geschätzt.¹⁷²

MigrantInnen

Migrationshintergrund ist eine der wichtigsten Variablen für gesundheitliche Benachteiligung. Der Anteil der ausländischen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung hat in den vergangenen fünfzig Jahren kontinuierlich zugenommen und betrug im Jahr 2000 20,5% (1990: 18,1%).¹⁷³ Zwischen den verschiedenen MigrantInnengruppen bestehen jedoch in Abhängigkeit zu ihrer sozialen und kulturellen Herkunft sowie in Bezug zur individuellen Station im Migrationszyklus (neu Eingewanderte; EinwandererInnen, die seit mehr als fünf Jahren in der Schweiz leben; zweite bzw. dritte Ausländergeneration) grosse sozioökonomische und damit gesundheitliche Unterschiede.

Forschungsergebnisse bestätigen die Erfahrung in der Praxis, dass ein Teil der Migrationsbevölkerung, insbesondere die Frauen, grossen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt ist.¹⁷⁴ MigrantInnen gehören allgemein mehrheitlich niedrigen sozialen Schichten oder benachteiligten Berufsgruppen an. Die geschlechtsabhängige Segregation des Arbeitsmarktes weist jedoch Migrantinnen häufig den untersten Platz in der Hierarchie bezüglich Einkommen, Qualifikation und beruflicher Stellung zu und verwehrt ihnen gesellschaftliche Anerkennung. Verstärkend wirken soziokulturelle Benachteiligungen durch ihren spezifischen, z.B. islamischen Migrationshintergrund. Zusammen mit den oft vorhandenen und länger andauernden Mehrfachbelastungen wie Unsicherheit bzgl. Aufenthaltsstatus, Erwerbslosigkeit, traumatisierende Folgen des Migrationsprozesses, Sprach- und damit Zugangsbarrieren zu Gesundheitsdiensten ergibt sich eine ausgeprägte Vulnerabilität dieser Bevölkerungsgruppe.¹⁷⁵ Daraus resultiert für die Verbesserung ihrer psychischen Gesundheit ein Handlungsbedarf bezüglich struktureller Integration (berufliche Stellung und Ausbildung), kultureller Integration und/oder Anpassung (Lebensweise, Wertesystem, Rechtsordnung, Sprache) und rechtlicher Integration.¹⁷⁶

SozialhilfeempfängerInnen

Diese Bevölkerungsgruppe ist besonders gefährdet, da SozialhilfeempfängerInnen neben der Erwerbslosigkeit oder *working poor*-Situation zusätzlich unter Stigmatisierung und damit sozialem Ausschluss leiden. In der Schweiz sind davon bei ungebrochenem Anstieg zur Zeit rund 300 000 Personen betroffen, die sich etwa zur Hälfte mit den 535 000 *working poor*-Personen überschneiden.¹⁷⁷ Dazu gehören Alleinstehende, psychisch Kranke, kinderreiche Familien sowie vor allem Alleinerziehende – meistens Frauen –, deren Anteil in den letzten 10 Jahren von 15% auf 30% gestiegen ist. Von den SozialhilfeempfängerInnen gelten lediglich 30% als vermittelt- und reintegrierbar. Städte weisen eine überdurchschnittliche Dichte

¹⁶⁹ Höpflinger & Hugentobler (2003).

¹⁷⁰ Melding & Draper (2001).

¹⁷¹ S. Kpt. 3.3.7: Hidden patients.

¹⁷² Volz et al. 2000 (Angaben 1998) gemäss Mitteilung von Perrig-Chiello.

¹⁷³ Wanner (2004).

¹⁷⁴ Wanner (2004).

¹⁷⁵ Bundesamt für Gesundheit (2002, Kurzfassung: 6f.).

¹⁷⁶ Wanner (2004, 8). Unter Federführung des Bundesamtes für Gesundheit (2002) wird zurzeit die Strategie «Migration und Gesundheit 2002–2007» umgesetzt. S. a. Weiss (2003) und den Beitrag von R. Fibbi und P. Wanner in: Suter et al. (2004, 101–126).

¹⁷⁷ Es wird Bezug genommen auf Angaben, die anlässlich der Sendung Arena des Deutschschweizer Fernsehens vom 20.5.2005, «Fürsorgealarm: Die Zahlen explodieren», seitens der Experten gemacht und teilweise aufgezeichnet worden sind: www.sfd.ch/system/frames/highlights/arena/index.php.

auf. In Basel und Zürich liegt der Anteil bei 7% bzw. 6%, bei Kindern und Jugendlichen ist die Sozialhilfequote rund doppelt so hoch und unter jungen Erwachsenen liegt sie bei 11% bzw. 9%.¹⁷⁸ Für dieses unterste soziale Netz werden in der Schweiz jährlich 2,5 Mrd. Franken aufgewendet.

3.3.4 Setting Soziale Institution

Betagte Menschen in Heimen

Siehe oben Kapitel 3.3.3: vereinsamte, ältere und betagte Menschen.

Behinderte

Gemäss Behindertengleichstellungsgesetz sind Menschen mit einer Behinderung «Personen, denen ein dauerhafter körperlicher, geistiger oder psychischer Umstand erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen».¹⁷⁹ Die Anzahl behinderter Menschen in der Schweiz wird auf 700 000 (Bundesrat) bis 900 000 (Schweizer Haushalt-Panel SHP) oder 12,5% geschätzt. Trotz dieser Zahl ist wenig über diese Personengruppe bekannt. Sie ist in den unteren Einkommensschichten überproportional vertreten und zum Bezug einer IV-Rente berechtigt. Die IV-Statistik umfasst jedoch nur 420 000 LeistungsbezügerInnen. Die Anzahl an Behinderten steigt mit zunehmendem Alter an. Frauen sind sozial und ökonomisch besonders benachteiligt: weibliche Behinderte sind deutlich häufiger alleinstehend, überdurchschnittlich stark im untersten Einkommenssegment vertreten und zeigen eine geringere Erwerbsquote. Zunehmendes Alter und Behinderungsgrad vergrössern die Einkommensunterschiede zur restlichen Bevölkerung zusätzlich. Ein politischer Wandel von fremd- zu selbstbestimmter Assistenz, insbesondere in Heimen, ist angezeigt.

3.3.5 Setting Betrieb

3.3.5.1 Internationale Zahlen und Fakten

Am besten sind die positiven und negativen Zusammenhänge zwischen Arbeitsleben und psychischer Gesundheit und Krankheit erforscht und belegt.¹⁸⁰

- Erwerbstätigkeit kann krank machen, insbesondere wenn die Arbeitsbedingungen, wie z.B. Arbeitsgestaltung, Arbeitsbelastung, Partizipationsgrad, Organisationsstruktur und Führungskultur, unzutraglich sind.¹⁸¹
- Gemäss einer amerikanischen Studie sind die Folgen von Erwerbslosigkeit – und vergleichbar jene von anhaltender Arbeitsplatzunsicherheit – noch ausgeprägter: Bei eintretender Erwerbslosigkeit ist die Wahrscheinlichkeit depressiver Symptome und der Diagnose einer klinischen Depression doppelt so hoch wie bei Erwerbstätigen.¹⁸²
- Am häufigsten äussert sich der negative Einfluss, den die Erwerbstätigkeit auf die psychische Gesundheit haben kann, als Stress. Langzeitstress oder traumatische Ereignisse am Arbeitsplatz wiederum können psychische Erkrankungen wie Angstzustände und Depressionen auslösen.
- Von arbeitsbedingtem Stress ist in der EU fast ein Drittel der Arbeitskräfte betroffen.¹⁸³ Bezüglich Gesundheitsproblemen beklagten sich gemäss einer EU-Erhebung im Jahr 2000 33% der Mitarbeiten-

¹⁷⁸ Gemäss Zahlen der Städteinitiative Sozialpolitik, veröffentlicht in: Neue Zürcher Zeitung Nr. 152, 2./3.7.2005, 14.

¹⁷⁹ Widmer (2004, 175), worauf dieser Abschnitt basiert.

¹⁸⁰ S. Merllié & Paoli (2002) und Cox & Rial-González (2002). Für die EU-Landschaft s. verschiedene Studien der 1975 von der EU gegründeten «Europäischen Stiftung für die Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen» (Dublin): www.eurofound.eu/int/ (z.B. aus dem Jahr 2000: Ten Years of Working Conditions in the European Union (Third European Survey on Working Conditions)), für Deutschland: Gesundheit Berlin e.V. (2004).

¹⁸¹ WHO (2000b, 6ff.) und European Agency for Safety and Health at Work OSHA (2002b, 9).

¹⁸² Dooley D. et al. (1994).

¹⁸³ WHO Europa (2004, 2).

den über Rückenschmerzen sowie 28% über stressbedingte Gesundheitsprobleme.¹⁸⁴ Für das Jahr 2000 resultiert dieser Befund in einer durchschnittlich 4tägigen Arbeitsabsenz bzw. jährlich insgesamt 600 Millionen verlorenen Arbeitstagen in den damaligen EU-Ländern.¹⁸⁵

- In den 15 der EU vor 2004 angehörenden Mitgliedstaaten verursachen Stress am Arbeitsplatz und die damit verbundenen psychischen Gesundheitsprobleme jährlich Kosten zwischen 3% und 4% des BIP.¹⁸⁶

Speziell mit dem Thema **Stress im Setting Betrieb** setzt sich schon seit vielen Jahren die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz OSHA auseinander, und mit ihr viele andere einschlägige nationale und internationale Organisationen und Netzwerke.¹⁸⁷ Zu diesem Zweck hat OSHA u.a. eine eigene Website zu arbeitsbedingtem Stress eingerichtet, auf der eine Fülle von wissenschaftlichen und interventionsorientierten Informationen zur Verfügung gestellt wird.¹⁸⁸

Beispiele für **Stressoren und Mehrfachbelastungen** in Betrieben sind:¹⁸⁹

- Einförmige Tätigkeiten in Verbindung mit Zeitdruck, z. B. an Montagearbeitsplätzen.
- Qualitative Überforderung einer Person im Zusammenhang mit Mehrdeutigkeit und Unvereinbarkeit von Arbeitsaufträgen.
- Die Zeitregimes «lange Arbeitszeit», «Nachtarbeit gegen den physiologischen Tagesrhythmus» und «soziale Desynchronisation» durch Wechselschichtarbeit usw. in Kombination mit spezifischen Aufgabenleistungen.
- Arbeitszeit auf Abruf, die grösstenteils von Frauen geleistet wird, verbunden mit geringer Planbarkeit des eigenen Tagesablaufs und mangelnder Kontrolle über die eigene Zeitgestaltung.
- Arbeitsunterbrechungen bei gleichzeitigem Zeit- und Termindruck.
- Noch nicht empirisch nachgewiesen, doch plausibel ist der Zusammenhang von «Emotionsarbeit», die im zunehmenden Dienstleistungsbereich permanente Freundlichkeit erzwingt, und anderen Stressoren wie quantitative Überforderung, Zeitdruck und sozialen Stressoren.

Der Verlust von Kontrolle ist eine entscheidende Bedingung für **chronischen oder Dauerstress** am Arbeitsplatz. Kontrolle scheint sich jedoch nur dann als «Puffer» gegen hohe Anforderungen zu erweisen, wenn man über entsprechende personale Ressourcen (Selbstwirksamkeit oder aktives Coping) verfügt.¹⁹⁰

¹⁸⁴ www.eurofound.ie: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2001).

¹⁸⁵ Cox et al. (2000, 10).

¹⁸⁶ Levi (2002).

¹⁸⁷ WHO Europa (2004, 2); vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (OSHA). S. a. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, European Network on Workplace Health Promotion (ENWHP: <http://www.enwhp.org/search/index.php>), International Labour Organisation (ILO) und der BKK Bundesverband (<http://www.bkk.de/bkk/powerslave.id,6,nodeid,.html>), der in Deutschland, dem führenden europäischen Land bezüglich betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF), den Lead hat.

¹⁸⁸ www.osha.eu.int/ew2002/

¹⁸⁹ Gemäss Udris & Frese (1999, 434ff.). Als evidenzbasierte Belastungsfaktoren und gesundheitliche Folgen am Arbeitsplatz listen dieselben auf [ebd.]:

- Stressoren in der Arbeitsaufgabe:
 - Quantitative Unter- und Überforderung
 - Qualitative Unter- und Überforderung
- Physikalische Stressoren, auch im Büro-, Dienstleistungs- und Verwaltungsbereich
- Stressoren in der zeitlichen Dimension wie Schicht- und Nachtarbeitstätigkeit
- Stressoren in der sozialen Situation: a) Rollenkonflikte: Gegensätzliche Erwartungen und Anforderungen an eine Person, b) Rollenambiguität: Unklare Erwartungen bzw. Aufgabendefinition oder unklare Anweisungen von Vorgesetzten, c) Mobbing
- Organisatorisch bedingte Stressoren wie Unterbrechungen durch Störungen des Arbeitsablaufs
- Stressoren in der Berufskarriere: «Realitätsschock» bei Eintritt ins Berufsleben oder bei Umstellungsprozessen durch die Einführung neuer Technologien oder innerbetriebliche Restrukturierungen
- Antizipation von bzw. Angst vor Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit ist einer der stärksten negativen Einflüsse auf die psychische Gesundheit.

¹⁹⁰ S. Semmer (1997) und Semmer & Mohr (2001).

Eine kürzlich publizierte grosse Kohortenstudie aus Belgien zeigt, dass die Erfahrung von **kumulativem und akutem Arbeitsstress** verbunden mit grosser Anstrengung und geringer Belohnung (Gratifikationskrise) zu erhöhtem Risiko folgender fünf Indikatoren psychischer Gesundheit führt: Depression, Angstzustände, körperlichen Beschwerden (somatisation), chronischen Ermüdungserscheinungen sowie psychotropem Drogenkonsum.¹⁹¹

Wie bereits erwähnt, kann Dauerstress u.a. zu Burnout führen. Im Setting Betrieb kann Burnout ein Zeichen für eine bedrohliche Fehlfunktion innerhalb eines Unternehmens sein, die u.U. mehr über den Arbeitsplatz als über die Arbeitskräfte und deren Wahrnehmung der gesundheitlichen Selbstverantwortung aussagt.¹⁹²

3.3.5.2 Zahlen und Fakten zur Situation in der Schweiz

Die Resultate der Nationalen Gesundheitsbefragung 2002 bestätigen die internationalen Studien, dass ein schlechtes psychologisches und soziales Arbeitsumfeld der Gesundheit der Erwerbstätigen zusetzt.¹⁹³

- Dabei berichten Männer über mehr Belastungen am Arbeitsplatz als Frauen. 47% der männlichen und 41% der weiblichen Erwerbstätigen geben an, am Arbeitsplatz einer starken nervlichen Belastung ausgesetzt zu sein. Dabei empfinden 37% der Erwerbstätigen mit dem tiefsten sozioprofessionellen Status und 61% der Erwerbstätigen mit dem höchsten Status eine starke nervliche Belastung.
- 38% der Frauen und 21% der Männer, die unter sehr grosser nervlicher Belastung am Arbeitsplatz leiden, sind von starken körperlichen und psychosomatischen Beschwerden geplagt.
- Der Anteil der Personen mit geringem psychischem Wohlbefinden nimmt vom geringsten bis zum höchsten Belastungsniveau von 16% auf 29% zu.
- Auch die Arbeitsplatzunsicherheit beeinträchtigt das psychische Wohlbefinden: 2002 befürchteten 11% der Erwerbstätigen, ihre Stelle zu verlieren, wobei es unter jenen mit lediglich obligatorischer Schulausbildung 20% sind. Angstverstärkend wirkt unter 81% der 55- bis 65-Jährigen gegenüber 39% der 15- bis 24-Jährigen die Befürchtung, bei Arbeitsplatzverlust nur unter grossen Schwierigkeiten wieder eine Stelle zu finden. 37% der Männer und Frauen, die grosse Angst haben, ihre Stelle zu verlieren, leiden an ernstesten körperlichen Störungen, wie Schlaflosigkeit, Kopf- oder Rückenschmerzen, gegenüber 17% der Personen ohne diese Angst.
- Knapp ein Drittel (30%) der Personen mit Angst vor Arbeitsplatzverlust verfügen über ein geringes psychisches Wohlbefinden gegenüber 20% der Personen ohne diese Angst.

Das epidemiologische Ausmass und die entsprechend grosse volkswirtschaftliche Bedeutung von **arbeitsbedingtem Stress** in der Schweiz ist in der *seco*-Studie offen gelegt worden:¹⁹⁴

- 82,6% der Befragten fühlen sich gestresst, wobei 70% angeben, ihren Stress zu beherrschen und bei guter Gesundheit zu sein.
- 26,6% der Befragten fühlen sich oft oder sehr oft gestresst. Eine besonders gefährdete Gruppe von 12,2% kann den Stress ausserdem nicht bewältigen, empfindet ihre Gesundheit als schlecht und sieht sich gezwungen, Medikamente einzunehmen, medizinische Hilfe zu beanspruchen und ihre beruflichen und privaten Tätigkeiten einzuschränken.
- Obwohl der Stress v. a. den Arbeitsbedingungen angelastet wird, spielen die Arbeit selber und das Arbeitsumfeld oft eine wichtige Rolle bei der Stressbewältigung.
- In Übereinstimmung mit EU-Studien haben sich die arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden gewandelt und allgemein zugenommen, insbesondere muskulo-skelettale Beschwerden,¹⁹⁵ Nervosität und Reizbarkeit.

¹⁹¹ Godin et al. (2005).

¹⁹² S. Maslach & Leiter (2001) und Kernen (1997).

¹⁹³ Bundesamt für Statistik (2004a). Zur Datenlage s. Schnetzler (2005).

¹⁹⁴ Perriard & Ramaciotti (2003a) und Perriard & Ramaciotti (2003b).

¹⁹⁵ D.h. Rücken- und Gelenksbeschwerden.

Bezüglich Mobbing¹⁹⁶ ergab eine andere repräsentative Studie des *seco* folgende Resultate:

- 7% der befragten Erwerbstätigen fühlen sich als Mobbing-Opfer oder können nach wissenschaftlichen Kriterien als solches eingestuft werden.
- Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen Mobbing und Gesundheitszustand.
- Bei Ausländern ist eine etwa doppelt so hohe Häufigkeit von Mobbing und psychosozialen Spannungen zu verzeichnen.
- Auch Personen, deren Antworten sich auf ihre vorangehende Stelle beziehen, weisen eine stark erhöhte Häufigkeit von Mobbing und psychosozialen Spannungen auf.
- Von Fachleuten werden die Kosten eines Mobbing-Falles auf ein Jahressalär geschätzt.

Die **volkswirtschaftliche Bedeutung** von Stress in der Schweiz wird in der Tabelle 3 aufgezeigt.¹⁹⁷

Tabelle 3

Stresskosten gemäss Typologie der *seco*-Studie

3-Gruppen-Typologie der <i>seco</i>-Studie	Anteil der Erwerbstätigen	Stresskosten pro Person und Jahr	Anteil an Stress-Gesamtkosten
Nicht gestresste Erwerbstätige	18%	Fr. 640.–	5%
Erwerbstätige, die bei guter Gesundheit einem gewissen Stress ausgesetzt sind, diesem aber gut standhalten	70%	Fr. 2340.–	72%
Erwerbstätige, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, den Stress als stark empfinden und ihn nicht bewältigen können	12%	Fr. 4300.–	23%

Zur Abschätzung der gesamten finanziellen Kosten von Stress bei der Gesamtheit der Berufstätigen in der Schweiz wurden die oben dargestellten individuellen Kosten der insgesamt beanspruchten medizinischen Leistungen, der Selbstmedikation sowie die Folgekosten verursacht durch Fehlzeiten und Produktionsausfall hochgerechnet:

Die finanziellen Kosten von Stress betragen für die erwerbstätige Bevölkerung in der Schweiz **jährlich ca. 4,2 Milliarden Franken oder ca. 1,2% des BIP**. Davon entfallen auf

- medizinische Kosten: 1,4 Milliarden Franken,
- Selbstmedikation gegen Stress: 348 Mio. Franken und auf
- Kosten im Zusammenhang mit Fehlzeiten und Produktionsausfall: 2,4 Milliarden Franken.

Werden den direkt dem Stress angelasteten Kosten noch diejenigen für Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinzugezählt, so belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen auf jährlich 7,8 Milliarden Franken oder ca. 2,3% des BIP. Damit liegt die Schweiz etwa im Mittel der EU-Staaten, deren grob geschätzte Gesamtkosten für arbeitsbedingte Gesundheitsbeschwerden zwischen 1,4% (Österreich) und 3,8% (Finnland) schwanken (Deutschland: 2,4%).¹⁹⁸

¹⁹⁶ S. Direktion für Arbeit *seco* (2002, 72ff.). Gemäss *seco* definiert sich Mobbing als «ein Phänomen, bei dem einzelne Personen bei der Arbeit gezielt, systematisch und über längere Zeit von einem oder mehreren Betriebsangehörigen schikaniert werden» (ebd.). Einen Überblick über den Stand der Forschung zum Thema Mobbing bietet: Zapf (1999).

¹⁹⁷ In Anlehnung an Perriard & Ramaciotti (2003a, 98ff.).

¹⁹⁸ Vgl. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz OSHA (1998) und Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2003).

3.3.5.3 Spezielle Bevölkerungsgruppen im Setting Betrieb

Lehrlinge

Zwei Drittel der Jugendlichen in der Schweiz wählen die duale Berufsbildung als Berufseinstieg. Die notorische Lehrstellen-Knappheit – 2004 fehlten rund 10 000 – betrifft vor allem begehrte Berufe, so dass viele Jugendliche nicht ihren Traumberuf wählen können. Immer mehr junge Leute scheitern beim Einstieg in ein existenzsicherndes Berufsleben.¹⁹⁹ Benachteiligt beim Berufseinstieg sind heute insbesondere männliche, schulschwache Realschüler aus Einwandererländern.²⁰⁰ Aus demografischen Gründen wird erwartet, dass die Schülerzahlen der Sekundarstufe I bis 2014 um mindestens 13% zurückgehen und für eine Entspannung am Lehrstellenmarkt sorgen werden.²⁰¹

Erwerbstätige

Zu den Risikogruppen für psychische Störungen gehören stressbelastete, das heisst unter- oder überforderte sowie überbelastete Beschäftigte und zwar v.a. jüngere und ältere Arbeitnehmende.²⁰² Eine weitere vulnerable Gruppe bilden jene Erwerbstätigen, die vor der Pensionierung stehen.²⁰³

Gemäss nationalen, von OSHA gesammelten Erhebungen sind u.a. folgende **Branchen** bezüglich Stress am Arbeitsplatz am gefährdetsten: Gesundheits-, Bildungs- und Transportwesen, Verwaltung und Landwirtschaft. Dieser Quelle entsprechend sind Lehrpersonen sowie Fachleute im Gesundheitswesen, aber auch der *Life science*, den grössten Stressrisiken ausgesetzt.²⁰⁴ Bezüglich **Hierarchie und Berufsgruppen** leiden einer europäischen Untersuchung zu Folge Kader am stärksten unter Stress, Beschäftigte in elementaren Berufen sowie in der Landwirtschaft hingegen am wenigsten. Unterdurchschnittliche Stressbelastung empfinden Handwerksleute, Büro- und Service-Angestellte, während sie bei Technikern und Managern über dem Durchschnitt liegt.²⁰⁵

Das Belastungsniveau hängt jedoch nicht nur von einer spezifischen Branche und Berufsgruppe ab, sondern ebenso von den spezifischen **Arbeitsbedingungen**, das heisst von Leistungs- und Zeitdruck, den Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten und der Vielseitigkeit sowie den individuellen Coping-Fähigkeiten. Studien belegen, dass Arbeitnehmende, die wie bei Laufband- und Akkordarbeit wenig qualifizierte, repetitiv-monotone, doch intensive, körperlich ermüdende Tätigkeiten mit sehr kleinem Handlungsspielraum verrichten, ebenso unter grosser, teilweise grösserer Belastung stehen als beispielsweise selbständige Akademiker.²⁰⁶

Von Erwerbslosigkeit gefährdete Menschen, Erwerbslose, Ausgesteuerte und Angehörige dieser Bevölkerungsgruppen

Wie bereits aufgezeigt worden ist, sind die Stressfolgen, die mit Erwerbslosigkeit verbunden sind, erheblich grösser als die durch Erwerbstätigkeit verursachten.²⁰⁷ In einer Anzahl Länderstudien konnte nachgewiesen werden, dass unabhängig von anderen Faktoren erwerbslose Menschen *und* ihre Familienangehörigen als Folge der psychischen und wirtschaftlichen Konsequenzen ein substantiell grösseres Risiko tragen, frühzeitig zu sterben.²⁰⁸ Unbefriedigende oder unsichere Arbeitsplätze können ebenso schädlich sein wie Erwerbslosigkeit. Andauernde Arbeitsplatzunsicherheit wirkt als chronischer Stres-

¹⁹⁹ Perrig-Chiello (2004, 130).

²⁰⁰ Stamm (2005).

²⁰¹ Die Daten nehmen Bezug auf den Artikel «Fangnetze für Jugendliche ohne Arbeit. Überbrückungshilfen und Beratungen in allen Kantonen» in: Neue Zürcher Zeitung Nr. 125, 1.6.2005, 13 sowie www.bbt.admin.ch/berufsbi/profil/d/index.htm. S.a. NFP 43 Bildung und Beschäftigung (www.snf.ch).

²⁰² S. die Übersichten von Ulich (2005) und Weiss & Ilmarinen (2005).

²⁰³ S. Gognalons-Nicolet & Blochet (2004).

²⁰⁴ European Agency for Safety and Health at Work OSHA (2002b, 9).

²⁰⁵ European Commission (2004, 64f.).

²⁰⁶ Ein typisches Beispiel hierfür ist die Tätigkeit von Raumpflegerinnen, deren psychischer Gesundheitszustand um gut 9% schlechter als der Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung der Bundesrepublik ist. Gemäss Nolting et al. (o.J. a) ist der psychische Gesundheitszustand von Tierärzten in Deutschland um knapp 4% schlechter. Diese Berufsgruppe weist auch sonst wesentlich günstigere Werte bezüglich psychischer Gesundheit auf als z.B. Raumpflegerinnen; s. Nolting et al. (o.J. b). S. a. Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT (o. J., 4).

²⁰⁷ Semmer (1997).

²⁰⁸ Wilkinson & Marmot (2003, 20f.).

sor, dessen Auswirkungen mit der Expositionsdauer wachsen, indem krankheitsbedingte Absenzen und die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zunehmen.²⁰⁹ Die Angst, dereinst ohne Job dazustehen, rangiert bei den 12- bis 18-Jährigen inzwischen vor allen anderen Ängsten.²¹⁰

Jugenderwerbslose

Erwerbslose Jugendliche gehören zu den vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen. In einer bereits an sich schwierigen Lebensphase erleben sie, dass ihre Fähigkeiten und Qualifikationen nicht ausreichen.²¹¹ Die schwierige finanzielle Situation schränkt sie in ihren Entfaltungsmöglichkeiten in einer dynamischen Lebensphase ein und erzwingt den Rückzug in die angestammte Familie. Forschungen zeigen, dass schon kurze Erfahrungen mit Erwerbslosigkeit bei den Jugendlichen Spuren der Verunsicherung, des Zweifels, der Resignation, der sozialen Isolation oder der gesundheitlichen Beeinträchtigung hinterlassen.²¹² Mit gut 7% bei den 20- bis 24-Jährigen und gut 4% in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen ist die Jugenderwerbslosigkeit in der Schweiz im internationalen Durchschnitt eher gering, hat sich jedoch in den letzten beiden Jahren verdreifacht.²¹³

3.3.6 Setting Schule²¹⁴

Das System Schule ist zahlreichen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die mit den unterschiedlichen Anforderungen zusammenhängen.²¹⁵ Im Setting Schule fokussiert sich die Stressproblematik hauptsächlich auf die Themen Leistung und soziale Beziehungen auf Seiten der SchülerInnen sowie Burnout auf Seiten der Lehrpersonen.²¹⁶

Lehrpersonen

Neben dem familiären und freizeitlichen Umfeld ist für Kinder und Jugendliche das schulische Umfeld am wichtigsten für ihre gesunde Entwicklung. Im Setting Schule wiederum kommt den Lehrpersonen ein grosser Einfluss bzw. Einflussmöglichkeiten auf die SchülerInnen zu. Aspekte psychosozialer Gesundheit übertragen sich dabei ebenso wie psychosoziale Belastungen. Neben den Eltern haben es die Lehrpersonen in der Hand, den SchülerInnen auch bezüglich Umgang mit Stress ein Vorbild zu sein. Die Anforderungen sind jedoch auch im Lehrberuf massiv gestiegen. Der Balanceakt zwischen stetig zunehmenden Herausforderungen und Belastungen einerseits und den verfügbaren personalen und institutionellen Ressourcen andererseits führt bei einem erheblichen Prozentsatz der Lehrpersonen in der Schweiz zu Symptomen von Arbeitsüberforderung:²¹⁷

- Ein Drittel der Lehrkräfte hat das Gefühl, nur selten richtig abschalten zu können,
- ein Viertel hält den Zeitdruck, unter dem gearbeitet werden muss, für zu gross,
- knapp ein Fünftel ist der Ansicht, dass man in diesem Beruf ständig überfordert werde.

Diese subjektive Befindlichkeit wird durch empirische Daten erhärtet:

- Die zeitlichen Rahmenbedingungen für Lehrkräfte in der Schweiz sind im internationalen Vergleich sehr ungünstig,
- Bildungsreformen führen oft zu Mehrbelastungen,
- Arbeitsüberforderung geht mit somatischen Beschwerden sowie mit Anspannung und Depressivität einher, die sich auf das Umfeld übertragen.

²⁰⁹ Ferrie J. et al. (1999).

²¹⁰ Stamm (2005).

²¹¹ Grob & Jaschinski (2003, 131).

²¹² Stamm (2005).

²¹³ Ebd.

²¹⁴ S.a. Hurrelmann (1994), wo der spezifische Aspekt des Schulstresses im Zusammenhang mit Familienleben und Freizeit herausgearbeitet worden ist.

²¹⁵ S. Kpt. 4.1.2.2.

²¹⁶ S. Lattmann & Rüedi (2003, 45–72).

²¹⁷ Märki et al. (2005, 22) gemäss Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA (2004).

Eine Korrelativstudie bei Lehrpersonen der Kantone Freiburg und Luzern zeigt u.a., dass ein Viertel der untersuchten Lehrpersonen leichte Burnout-Anzeichen und ein weiteres Viertel mittlere bis starke Burnout-Erscheinungen aufweist²¹⁸. Rund 45% klagten über fortwährende Spannungen und Nervosität sowie über Überlastungsgefühle.²¹⁹ Eine wichtige Rolle spielt die Lehrer-Schüler-Beziehung, die von den Lehrpersonen deutlich positiver als von den SchülerInnen wahrgenommen wird.²²⁰

SchülerInnen

Zunächst ist hier vom Kind der Übergang von der Familie zur Schule zu leisten, der oft begleitet ist von Gefühlen der Angst und der Unsicherheit bezüglich Akzeptanz und Wohlbefinden in diesem neuen Umfeld. Danach haben die SchülerInnen die schulischen, sozialen und entwicklungspsychologischen Herausforderungen zu bewältigen, die in der Pubertät ihren Höhepunkt erreichen.

Auf der Basis einer in der Schweiz im Jahr 1998 durchgeführten repräsentativen Umfrage wurden für die Pubertätsphase zwei Risikogruppen identifiziert und anhand von fünf bzw. sechs Faktoren beschrieben: Sozialer Konsum (Tabak und Alkohol, soziale Aktivitäten), sportliche Aktivität, Gewalt (Täter- und Opfersein), Konsumhaltung (Medien, Computerspiele, ungesunde Ernährung) und (medikamentöse Linderung von) Beschwerden bzw. Normabweichung (Konsum illegaler Drogen, Sexualität, Tragen von Waffen in der Schule).²²¹

Unter den 12- bis 13-Jährigen zeigt sich bei 17% ein auffälliges Profil. Diese Gruppe konsumiert Alkohol und Tabak, ist häufig mit den Gleichaltrigen zusammen und in Gewaltsituationen verstrickt.

Unter den 14- bis 15-Jährigen zeigen knapp 14% ein auffälliges Profil bezüglich «sozialem Konsum» und Normabweichung. Diese Gruppe konsumiert alle Arten von psychoaktiven Substanzen, trifft sich häufig mit den Freunden, verfügt über Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und sexueller Ausbeutung und ist mit der Schule unzufrieden und nimmt dorthin auch Waffen mit.

Die aussagekräftige Studie zeigt, dass bei beiden Altersgruppen der «soziale Konsum» ein Problemfeld beinhaltet. Sie unterscheiden sich darin, dass bei den Jüngeren der Problembereich der Gewalt hinzukommt, während bei den Älteren Normabweichungen in der Sexualität und teilweise auch in der Bereitschaft zur Gewalt festzustellen sind.

Mobbing/Bullying-Opfer

Die Schule ist vom sozialen Wandel besonders stark betroffen. Sie hat immer mehr Erziehungsaufgaben der Familie übernommen und ist überlastet. Hinzu kommt, dass die strukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen sich verschärft haben. Unter diesen Faktoren leidet das soziale Klima in der Schule erheblich. Dabei gilt es, mehrere Erscheinungsformen von Mobbing in der Schule zu unterscheiden (wobei im Bildungsbereich meist von Bullying gesprochen wird):

- Erscheinungsformen innerhalb einer Klasse von Lernenden,
- seitens von Lehrpersonen,
- seitens der SchülerInnen und Eltern gegenüber der Lehrperson,
- Mobbing unter Lehrpersonen.

Auch wenn gesicherte Zahlen zum Mobbing-Verhalten in den Schulen fehlen,²²² gehen Schätzungen davon aus, dass mindestens jede 10. Person in Schulen, an Universitäten und im übrigen Unterricht gemobbt wird.²²³

²¹⁸ Kramis-Aebischer (1995, 260, 408), wo die Unterteilung der Burnout-Skala von Pines et al. (1987) übernommen wird, die noch besser zu begründen und abzusichern ist.

²¹⁹ Kramis-Aebischer (1995, 408). Ebd. (407) wird auf internationale Studien verwiesen, die von 10-30% ausgebrannten Lehrpersonen berichten. Gemäss einer deutschen Studie liegt das Erkrankungsrisiko für Neurosen bei Lehrern 6-mal so hoch wie bei der übrigen Bevölkerung.

²²⁰ Grob (1997, 180ff.).

²²¹ Schmid et al. (2001, 398ff.). Vgl. Hascher (2004) zum Wohlbefinden sowie Lösel & Bliesener (2003) zu Aggression und Delinquenz von SchülerInnen.

²²² Vgl. oben: Setting Betrieb.

²²³ S. Lauper (2001) sowie www.verlagneueslernen.ch.

3.3.7 Setting Familie

Folgende Indikatoren widerspiegeln auch in der Schweiz den fortschreitenden Prozess der Auflösung des bürgerlichen Ehe- und Familienmodells in Verbindung mit der anhaltenden geschlechtlichen Ungleichstellung, dem sozialen Wandel und den gestiegenen Belastungen in Berufs- und Familienleben (s.a. Kpt. 3.3.8): Sinkende Heiratsziffern, stetige Erhöhung des Heiratsalters, stetig abnehmende Geburtenziffer, vermehrte aussereheliche Geburten und erhöhte Scheidungsziffer (2004: 44%). Parallel stieg in den letzten Jahrzehnten die Anzahl der Eineltern- und Einpersonenhaushalte stetig an. Aufgrund der strukturellen Defizite (z.B. genügend und bezahlbare Kinder-Tagesbetreuung,²²⁴ grosszügige Kinderzulagen, flexible Arbeitszeitmodelle zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, bezahlter Elternurlaub) bleibt eine Familiengründung eine mit finanziellen Einschränkungen verbundene Privatangelegenheit, die nach wie vor hauptsächlich die Frauen, aber auch die gesamte Volkswirtschaft belastet.²²⁵

Kinder im Vorschulalter

Die Gesundheit der Kleinkinder und der Kinder im Vorschulalter hängt von der Erziehung und damit von den gesundheitlichen Kompetenzen, Lebenssituationen und Handlungsspielräumen der Erziehungsverantwortlichen ab. Da Kinder über geringe Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten verfügen, sind ihre gesundheitlichen Anliegen gesetzlich zu regeln.²²⁶ Zur Gewalt gegen Kinder siehe unten den Abschnitt «Opfer häuslicher Gewalt».

Jugendliche und junge Erwachsene

Die Adoleszenz ist aufgrund der Kumulation von grossen Herausforderungen und Belastungen eine besonders **stressexponierte Lebensphase**. Die Jugendlichen haben den Übergang vom Kindes- zum Erwachsenenalter, verbunden mit der intensiven biologischen, affektiven und kognitiven Entwicklung zu bewältigen. Weiter haben sie grosse psychosoziale Herausforderungen mit der Ablösung vom Elternhaus und der (Neu-)Orientierung in Freizeit und Berufsleben mit den einschneidenden Lebensübergängen von der Schule in die Lehre bzw. von der Lehre in die Erwerbstätigkeit zu meistern.²²⁷ Hinzu kommt, dass die moderne Familie generell stressanfällig geworden ist. Eine steigende Zahl von Kindern und Jugendlichen erfährt im Laufe ihrer Entwicklung schmerzhaft Veränderungen der Familienverhältnisse wie Scheidung oder neue Partnerschaft eines Elternteils. Im Jahr 2000 lebten knapp 13% (1980: knapp 10%) der Kinder bei einem Elternteil, knapp 3% (1980: knapp 1%) leben mit unverheirateten Eltern zusammen.²²⁸ Ausserdem wächst eine steigende Anzahl von Kindern ohne Väter und ohne Geschwister auf, was eine soziale Reife erschwert und dazu führt, dass Konflikte in verstärktem Masse in Schulen und auf der Strasse ausgetragen werden.²²⁹

Die gesamtschweizerischen HBSC- und SMASH-Studien²³⁰ von 2002 ergaben zwar in Übereinstimmung mit der Nationalen Gesundheitsbefragung 2002, dass sich die Mehrheit der Jugendlichen gesund fühlt, dass jedoch eine bedeutende Minderheit psychosoziale Schwierigkeiten hat:

- 10–20% der Jugendlichen leiden unter einer Kumulation mehrerer Probleme, wie z.B. Depressivität und übermässigem Suchtmittelkonsum.
- Aufgrund der Antworten auf eine Fragenserie müssen jede zehnte weibliche und jeder zwanzigste männliche Befragte als depressiv eingestuft werden.

²²⁴ Eine Studie des Nationalfonds über die Nachfrage nach Krippenplätzen kommt zum Schluss, dass in der Schweiz rund 50000 Betreuungsplätze für rund 120000 Kinder fehlen und das heutige Angebot an Tagesfamilien und Kinderkrippen die Nachfrage nur zu 40% deckt; publiziert in: Neue Zürcher Zeitung Nr. 148, 28.6.2005, 13. Für die Stadt Zürich ist bezüglich volkswirtschaftlichem Nutzen von Kindertagesstätten ein «Return on Investment» von 3–4:1 ermittelt worden: Sozialdepartement der Stadt Zürich (2001).

²²⁵ S. Perrig-Chiello (2004, 142ff.). Zur Familie als ökonomische Falle für Frauen und die Volkswirtschaft generell siehe: Bauer (2000).

²²⁶ S. Zermatten (2004).

²²⁷ S. den aktuellen, auf die Schweiz bezogenen Bericht von Leemann & Keck (2005).

²²⁸ S. www.volkszaehlung.ch.

²²⁹ Perrig-Chiello (2004).

²³⁰ *Health Behaviour in School Aged Children* (HBSC) bzw. *Swiss multicenter adolescent survey on health* (SMASH) wurden bei Jugendlichen zwischen 11 und 16 bzw. zwischen 16 und 20 Jahren durchgeführt: siehe Tschumper & Diserens (o.J.).

- Der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem steht Jugendlichen grundsätzlich offen, doch für nichtsomatische Beschwerden und Themen finden sie dort wenig Unterstützung. Dies widerspiegelt sich in der Statistik der Suizidversuche:
- 40% der 16- bis 20-Jährigen, die von Suizidversuchen betroffen sind, gaben an, mehr als einen Suizidversuch gemacht zu haben. Nur eine Minderheit der Betroffenen konnte jedoch über ihren Suizidversuch mit jemandem sprechen. Mädchen sind stärker von Suizidversuchen und Jungen stärker vom Vollzug betroffen.
- Suizid steht bei den Jugendlichen unter den Todesursachen an zweiter Stelle.
- Fast die Hälfte der weiblichen Befragten (48%) gegenüber 25% der männlichen Jugendlichen zwischen 16 und 20 Jahren wünscht sich Unterstützung, um Stress und Nervosität abzubauen.
- 10% fürchten sich, von ihren Eltern geschlagen zu werden, 12% berichten, von ihren Eltern geschlagen zu werden, bei 3% regelmässig.

Gemäss der schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2002 weisen junge Erwachsene verglichen mit Personen mittleren und höheren Alters das tiefste psychische Wohlbefinden auf. Die Aufgabe, für einen Platz in einer fortschreitend komplexeren Welt und Gesellschaft sowohl Identität entwickeln als auch eine hohe soziale Integration erreichen zu müssen, wird als schwierig erlebt und führt nicht selten zu Orientierungskrisen. Ob aus dem normhinterfragenden Verhalten junger Menschen ein normbrechendes oder gar delinquentes Verhalten resultiert, hängt wesentlich von deren persönlichen und sozialen Ressourcen ab.²³¹

Paare

Verschiedene Studien kommen zwar zum Schluss, dass Verheiratete eine höhere Lebenserwartung haben als Singles, geschiedene oder verwitwete Personen, und verheiratet zu sein, insbesondere bei den Männern, einen stärkeren Einfluss auf den Gesundheitszustand hat als die ökonomische Lage.²³² Paare erleben jedoch nicht weniger Stress und partnerschaftliche Beziehungen haben ein zunehmendes Stresspotenzial. Untersuchungen zeigen, dass Stress die Partnerschaft im Verlauf der Zeit verschlechtert und das Scheidungsrisiko erhöht. Dabei sind es die täglichen Belastungen in Form von unscheinbaren, täglichen Widrigkeiten, die Partnerschaften am meisten bedrohen.²³³

Kinderreiche Familien

Die Familiengründung, das heisst der Übergang vom Paar zur Familie, ist für die Paarbeziehung einschneidender Art und markiert in der Regel den Beginn oder die Intensivierung von bereits existierenden Mehrfachbelastungen. Diese werden bei den zahlenmässig allerdings rückläufigen kinderreichen Familien noch intensiviert.

Alleinerziehende

Wie die verminderten Wohlbefindensmasse zeigen, erweist sich Alleinerziehen als problembeladene Lebensform. Erziehung und finanzielle Sicherheit können nicht partnerschaftlich getragen werden und das geforderte Rolleninvestment erlaubt nicht genügend Zeit für sich selber und partnerschaftliche Beziehungen.²³⁴

In dieser mehrfachbelasteten Lebensform finden sich rund 80% Frauen, die zu den Gruppen gehören, die am stärksten von Armut betroffen sind. Die Erwerbslosigkeit unter diesen Alleinerziehenden betrug im Jahr 2004 gut 20% und knapp 12% fallen unter die Armutsquote für *working poor*-Haushalte mit Kindern. Ein Nachweis für den Zusammenhang zwischen Mehrfachbelastung und Armut einerseits und Dauerstress andererseits liegt noch nicht vor, dürfte aber unschwer zu erbringen sein. Er wird durch die eingangs bereits erwähnten, fehlenden oder ungenügenden strukturellen Rahmenbedingungen für Familien sowie dem Lohnunterschied von durchschnittlich 22% gegenüber Männern noch verschärft.²³⁵

²³¹ Perrig-Chiello (2004, 138ff.).

²³² Lamprecht et al. (2005, Kpt. 5.3).

²³³ Bodenmann (2001). S. a. Luban-Plozza (2003).

²³⁴ Hausherr et al. (2002).

²³⁵ Bühler (2004, 47f.) mit 7 politischen Empfehlungen für die Schweiz.

Opfer häuslicher Gewalt²³⁶

Der Begriff Häusliche Gewalt (domestic violence) umfasst alle Formen der Gewaltausübung zwischen verschiedenen Mitgliedern einer Lebensgemeinschaft. Zur Gewalt von Kindern gegenüber den Eltern und Gewalt zwischen Geschwistern ist wenig bekannt.

Gewalt in Ehe und Partnerschaft

Neueste Forschungen zeigen, dass die gesellschaftlichen Folgen von Gewalt im sozialen Nahraum nach wie vor unterschätzt werden und ein gravierenderes Problem für die soziale Ordnung und Sicherheit darstellen als etwa die organisierte Kriminalität.

Gewalt gegen Frauen: Eine repräsentative Teilstudie des Nationalen Forschungsprogramms «Frauen in Recht und Gesellschaft» aus dem Jahr 1993 zeigt auf, dass insgesamt ein Fünftel der Frauen im Verlauf ihres gesamten Lebens körperliche und/oder sexuelle Gewalt durch den Partner erlebt haben sowie 4 von 10 Frauen psychische Gewalt.²³⁷ Dies entspricht 87 000 Opfern körperlicher und/oder sexueller Gewalt und rund 375 000 Opfern psychischer Gewalt. Zwei Drittel der betroffenen Frauen haben mit einer Person über die Gewalterfahrung gesprochen, doch nur 12% haben professionelle Hilfe in Anspruch genommen.

Die in der Schweiz jährlich durch Gewalt gegenüber Frauen (und Mädchen) verursachten volkswirtschaftlichen Kosten werden auf 400 Mio. Franken geschätzt.²³⁸ Diese finanziellen Ressourcen fliessen hauptsächlich in die Bewältigung erfolgter Gewalt (Polizei, ärztliche Versorgung, Gerichte, Sozialhilfe); nur knapp 4% wird in Massnahmen zur Prävention potenzieller Gewalt wie Frauenhäuser, Nottelphone und Gewaltforschung investiert.²³⁹

Gewalt gegen Männer: Eine ältere Studie, die auch Gewalt gegen Männer durch ihre Partnerinnen erfasst hat, sagt, dass bei 5–10% der Gewaltfälle ein Mann das Opfer ist.²⁴⁰

Gewalt gegen Kinder

Gemäss einer gesamtdeutschen Studie haben dreiviertel der Menschen in unserer Gesellschaft in ihrer Kindheit körperliche Züchtigung durch die Eltern erfahren, wobei knapp 10% von ihren Eltern körperlich misshandelt wurden. Innerfamiliäre sexuelle Gewalterfahrungen in der Kindheit erlebten gegen 3% der Mädchen und knapp 1% der Jungen.²⁴¹

Aufgrund der hohen Dunkelziffer zahlenmässig schwer erfassbar ist die körperliche und psychische Misshandlung von Säuglingen und Kleinkindern wie beispielsweise das «Schütteltrauma».²⁴² Vernachlässigungen scheinen verbreitet zu sein. Die Ursachen werden in soziokulturellen, ökonomischen, familiären und individuellen Faktoren gesucht. Gemäss der Stiftung Kinder und Gewalt hängen Kindsmisshandlungen sehr oft mit Überforderung und Stress der Erziehenden zusammen, aber auch mit Macht und nicht Anerkennung des Kindes als eigenständigem Subjekt.²⁴³ Belegt sind die Zusammenhänge von Kindsmisshandlung und schulischem und beruflichem Versagen, Drogenabhängigkeit und Suizid, aber auch Delinquenz bei Jugendlichen.²⁴⁴ Diese gravierenden Folgen der Gewaltanwendung widerspiegeln die beschränkten bzw. fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen.

²³⁶ Dieser Abschnitt stützt sich u.a. auf die Faktenblätter der Fachstelle gegen Gewalt des Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann zur häuslichen Gewalt ab, insbesondere auf: Wyss (2004).

²³⁷ S. Egger (2004) und die darin verarbeitete Literatur.

²³⁸ Godenzi & Yodanis (1998).

²³⁹ Die soeben erschienene Studie von Killias et al. (2005) zu einer repräsentativen Erhebung aus dem Jahr 2003 ergibt, dass knapp 40% der Frauen mindestens einmal im Laufe des Lebens physische, sexuelle oder angedrohte Gewalt erfahren haben, wobei «nur» 2,4% der Gewalttäter zugleich die Lebenspartner der betroffenen Frauen sind (s. Neue Zürcher Zeitung Nr. 70, 24.3.2005, 15).

²⁴⁰ Godenzi (1993). Neuere, umstrittene Studien behaupten, dass gleich viele Männer wie Frauen von häuslicher Gewalt betroffen seien, s. Gloor & Meier (2003).

²⁴¹ Wetzels (1997). S.a die bevorstehenden Resultate der Teilstudie des NFP 52 «Childhood, Youth and Intergenerational Relationships in a Changing Society» zum Thema «Children and Domestic Violence. A Study of Their Understandings, Coping Strategies and Needs» der Universität Zürich (C. Seith, I. Böckmann; Dauer: Juli 2003–Sept. 2005).

²⁴² S. hierzu die Webseite der Stiftung Kinder und Gewalt: www.kinderundgewalt.ch.

²⁴³ S. www.kinderundgewalt.ch.

²⁴⁴ Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung (1992, Kurzfassung).

Gewalt gegen alte Menschen

Die bisherigen Zahlen über die Verbreitung von Gewalt gegen alte Menschen in der Familie schwanken zwischen 1,5% und 4%.²⁴⁵ Aufgrund ihrer speziellen Abhängigkeit und Verletzlichkeit ist es schwierig, Aussagen von gewaltbetroffenen alten Menschen zu erhalten.

Hidden patients

Eine andere Form der Mehrfachbelastung ist unter dem Phänomen der *hidden patients* bekannt und steht im Zusammenhang mit den familiären Pflegeleistungen, die zu 80% von Frauen geleistet werden.²⁴⁶ Hauptpflegepersonen leiden häufig unter dem Phänomen des **Betreuungsstress**, das heisst unter dem ständigen Angebundensein, unter Einschränkungen des persönlichen Engagements in anderen Lebensbereichen, unter eigenen gesundheitlichen Belastungen verbunden mit erhöhtem Medikamentenkonsum, unter der Beeinträchtigung des übrigen Familienlebens sowie unter der unausweichlichen Konfrontation mit dem Alter und finanziellen Belastungen. Familiäre Pflegeleistungen stellen häufig eine heikle Balance zwischen Solidarität, Ambivalenz und Konflikt dar²⁴⁷ und sind mit grossen physischen und psychischen Belastungen verbunden.

Hierfür ist die häusliche Pflege der stark zunehmenden Demenzkranken ein belegtes Beispiel. Gemäss jüngsten Publikationen der Schweizerischen Alzheimervereinigung leben rund 55 000 oder 60% der Demenzkranken zu Hause, von welchen wiederum 38 000 oder 70% mit einer/m Angehörigen zusammenleben.²⁴⁸ Die sowohl psychisch als auch physisch ausserordentlich anspruchsvolle 24h-Intensivpflege, häufig während vieler Jahre, sowie das fortgeschrittene Alter vieler pflegender EhepartnerInnen führen dazu, dass inzwischen rund zwei Drittel der pflegenden Angehörigen selber an gesundheitlichen Problemen leiden, die mit fortschreitendem Alter zunehmen.²⁴⁹ Hinzu kommen oft finanzielle Probleme, da nur 30% der zu Hause lebenden Kranken eine vom Arzt verschriebene, das heisst von den Krankenkassen rückerstattete Hilfe, erhalten.

3.3.8 Life Balance oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben

Definition: Für das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann bedeutet Vereinbarkeit von Beruf und Familie umfassend, «dass Männer und Frauen aktive Familienverantwortung und Engagement im Erwerbsleben verbinden können, ohne dass sie dabei bezüglich Lohn, Laufbahnchancen, Weiterbildungsmöglichkeiten und Aufgabenzuteilung benachteiligt werden».²⁵⁰ Die damit verbundenen Fragen finden ihren Niederschlag im populären, aber unglücklich gewählten Begriff der *Work-Life-Balance*. Der Begriff suggeriert, dass das Erwerbsleben nicht auch Teil des Lebens ist. Erwerbstätigkeit stellt jedoch neben der Vielfalt von Familien-, Partnerschafts-, Wohn- und Lebensformen sowie neben der an Bedeutung zunehmenden Freizeit nur ein Lebensbereich dar. Deshalb ist allgemein adäquater von *Life Balance* zu sprechen, worin alle relevanten Lebensaspekte, einschliesslich Gender, berücksichtigt werden können. Auch *Work-Family-Balance*²⁵¹ ist kein geeigneter Begriff, da er die ausserberuflichen häuslich-familialen Tätigkeiten sowie die Freiwilligenarbeit den entlohnten beruflichen Tätigkeiten nicht explizit als wertmässig gleichstellt.²⁵²

²⁴⁵ Godenzi (1993).

²⁴⁶ Kuhlmei (2003, 26).

²⁴⁷ Inhalt eines Referats von P. Perrig-Chiello anlässlich des Gerontologie-Tages an der Universität Zürich vom 1.10.2003.

²⁴⁸ Schweizerische Alzheimervereinigung (2004, 10, 14f.). S.a. Diener (2002).

²⁴⁹ Gemäss Kuhlmei (2003, 26) sind Dreiviertel aller pflegenden Frauen an mindestens einer Krankheit erkrankt. Vgl. die Meta-Analyse von Pinquart & Sörensen (2004) und den Review von Gottlieb & Wolfe (2002).

²⁵⁰ Böckmann (o.J., 18).

²⁵¹ Frone (2003).

²⁵² S. Häni (2004).

Epidemiologie: Fragen der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, von Erwerbs- und Privatleben werden für viele Menschen immer wichtiger und zu einer täglichen Herausforderung, zu einem ständigen Balanceakt. Eine Studie zeigt, dass mangelnde *Life Balance* auch in der Schweizer Erwerbspopulation verbreitet und eine Folge zeitlicher (Über-)Beanspruchung durch das Erwerbs- und/oder das Privatleben ist.²⁵³ Fast zwei Drittel der Erwerbstätigen weisen ein gewisses Ungleichgewicht zwischen Erwerbs- und Privatleben auf.²⁵⁴ Das relative Übergewicht der Arbeit geht einher mit einem signifikant schlechteren Wohlbefinden, mit häufiger auftretenden (psycho-)somatischen Beschwerden, mit häufiger auftretenden negativen Emotionen und Depressionen und auch mit verringerter körperlicher Aktivität und allgemein geringerer Zufriedenheit.

Besonders gefährdet sind jüngere, gut ausgebildete und weibliche Erwerbstätige ebenso wie solche mit einem höheren Teilzeit- oder einem Vollzeitpensum, hohen Wochenarbeitszeiten und langen Arbeitswegen sowie mit einem oder mehreren minderjährigen Kindern. Vom «*Gesundheitsrisiko Erwerbsarbeit plus Kinderbetreuung*» betroffen sind in erster Linie die Frauen, deren Erwerbsquote 1991–2002 um 8,4% gestiegen ist (jene der Männer ist im gleichen Zeitraum um 2,6% gesunken). Die Tendenz, sich wegen Geburt aus dem Erwerbsleben zurückzuziehen, geht zurück und die (Teilzeit-)Erwerbstätigkeit von Frauen neben der Kinderbetreuung nimmt zu: Fast $\frac{2}{3}$ aller Mütter sind erwerbstätig, wovon fast $\frac{3}{4}$ Teilzeit arbeiten. Demgegenüber arbeiten nach wie vor nur wenige Männer Teilzeit.²⁵⁵

3.4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassung

Verortung und Definition von Stress

- Die uneinheitliche Verwendung des Begriffes Stress und die konzeptionellen Unterschiede widerspiegeln das komplexe, Körper, Psyche und Umfeld/Umwelt tangierende Stressgeschehen.
- Stress ist gegeben, wenn zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene ein Ungleichgewicht entsteht. Dieses ist i.d.R. Resultat einer Überforderung, kann aber auch Ergebnis einer Unterforderung sein. Stehen den Anforderungen adäquate innere und äussere Ressourcen zur Verfügung, die Stressbewältigung und Gleichgewicht ermöglichen, so ergibt sich eine erwünschte Herausforderung, die Voraussetzung für Entwicklung, Lebens- und Sinnerfüllung sowie für Wohlbefinden und psychische Gesundheit ist.

Stressgeschehen

- Die stressverursachenden Stressoren, der komplexe Stressentwicklungsprozess (Modell Lazarus et al.) sowie die Stressfolgen sind inzwischen gut bekannt, wobei bezüglich Stressreaktionen und Stressfolgen wichtige geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen. Für die Stressbewältigung zentral sind die instrumentellen und emotionsbezogenen Coping-Möglichkeiten und Fähigkeiten, deren Wirksamkeit und Kosten.

Zahlen und Fakten

- Die Forschungsliteratur zu Stress ist kaum überschaubar, lässt aber keinen Zweifel, dass Stress in den entwickelten Ländern ein relevantes Ausmass angenommen hat.
- Empirische Daten zu Bevölkerungsgruppen aller Settings ergeben, dass Stress in entwickelten Ländern einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische (und physische) Gesundheit ist und sowohl Häufig-

²⁵³ Hämmig & Bauer (2004). S.a. die Studie zur Situation im Kanton Zürich von Hämmig & Bauer (2004a).

²⁵⁴ Gemessen an drei Kriterien bzw. Indikatoren: Grössere Schwierigkeiten mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. Privatleben, relative Unzufriedenheit mit dem Ausmass an Freizeit und implizitem Wunsch nach Arbeitszeitverkürzung.

²⁵⁵ Staatssekretariat für Wirtschaft seco & Bundesamt für Sozialversicherung BSV (2004).

keit von psychischen Erkrankungen einschliesslich Depressionen als auch die Mortalität einschliesslich Suizidrate erhöht.²⁵⁶ Hämmig & Bauer (2004). S.a. die Studie zur Situation im Kanton Zürich von Hämmig & Bauer (2004a). Wie empirische Daten belegen, gehören hierzu auch Gewalt- und Bullying/Mobbing-Opfer im öffentlichen Raum, in Betrieb, Schule und Familie.

- Besonders stressgefährdet sind benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Dazu gehören z.B. vereinsamte, ältere und betagte Menschen, MigrantInnen und SozialhilfeempfängerInnen; Behinderte in sozialen Institutionen; Lehrlinge, junge und ältere Erwerbstätige, von Erwerbslosigkeit gefährdete Menschen und Erwerbslose; bestimmte Gruppen von Lehrpersonen und SchülerInnen; schliesslich immer mehr Paare, Alleinerziehende, Jugendliche sowie pflegende Angehörige (hidden patients) und Angehörige von Erwerbslosen und von Erwerbslosigkeit gefährdeten Menschen. Verstärkend wirken sich chronische oder wiederkehrende Belastungen sowie Mehrfachbelastungen einschliesslich kritischer Lebensereignisse und lebenszyklischer Übergänge aus. Frauen sind i.d.R. stärker von Mehrfachbelastungen betroffen als Männer.
- Zum Setting Betrieb liegen viele internationale Studien vor. Auf der volkswirtschaftlichen Ebene generieren die arbeitsbedingten Stressfolgen auch für die Schweiz einen Schaden in Milliardenhöhe mit steigender Tendenz (2000: 4,2 Mrd. Fr.). Gemäss *seco*-Studie fühlen sich vier von fünf Erwerbstätigen gestresst, gut ein Viertel oft oder sehr oft gestresst, wobei mehr als 10% den Stress nicht bewältigen können, ihre Gesundheit als schlecht empfinden und medizinische Hilfe in Anspruch nehmen müssen. Das Übergewicht der Arbeit ist hauptsächlich dafür verantwortlich, dass gegen zwei Drittel der Erwerbstätigen eine mangelnde *Life Balance* bzw. ein Ungleichgewicht zwischen Erwerbs- und Privatleben und damit eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit aufweisen.

Schlussfolgerungen

- Die psychosozialen Belastungen zahlreicher Bevölkerungsgruppen nehmen zu. Gleichzeitig stossen insbesondere Angehörige benachteiligter Gruppen immer häufiger an die Grenzen ihrer physischen und psychischen Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit.
- Die verschärften ökonomischen Rahmenbedingungen und die beschleunigten gesellschaftlichen Veränderungen wie sozialer Wandel, Wertewandel und Mobilität haben immer mehr und intensivere Über- und Mehrfachbelastungen zur Folge, die immer häufiger langandauernd sind und zu chronischen Belastungen führen. Stress und Stressfolgen sind lediglich die Spitze des Eisberges.
- Stress- und Belastungsverarbeitung und Stressresistenz sind während allen Lebensphasen und in allen Settings für Wiederherstellung und Erhalt der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit Grundkompetenzen geworden.²⁵⁷ Im Zusammenhang mit dem sozialen Wandel und wirtschaftlichen Restrukturierungen einerseits und den lebenszyklischen Übergängen andererseits, beinhalten Stressbewältigung und Stressresistenz die Kompetenz, Lebensübergänge und Lebenskrisen zu bewältigen. Coping-Kompetenzen können nur in einem günstigen sozialen, ökonomischen und ökologischen Umfeld greifen.
- Stress ist von grosser Relevanz für Public Health: Stress und Stressfolgen beeinträchtigen nicht nur die individuelle psychische Befindlichkeit, sondern gefährden eine gesunde volkswirtschaftliche Entwicklung und den Zusammenhalt der Gesellschaft (soziale Integration).

²⁵⁶ Bezüglich Stress bestehen Zusammenhänge zwischen gesundheitsschädlichen Arbeitsbedingungen und Stress sowie zwischen Stress und Depression. S. WHO Europa (2004, 2), WHO (2000b, 6) und Schieman et al. (2001).

²⁵⁷ Zum Lehrerberuf s. z.B. Kramis-Aebischer (1995, 403).

4. Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit und Stress

In diesem Kapitel wird das Fachwissen, das für Interventionen im Bereich psychische Gesundheit und Stress relevant ist, zusammengetragen. Auf der Grundlage der wichtigsten, für Interventionen operationalisierbaren Konzepte werden Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit sowie ihre Einflussfaktoren, die Risiko- und Schutzfaktoren, dargestellt. Eine Zusammenfassung und Schlussfolgerungen schliessen das Kapitel ab.

4.1 KONZEPTE FÜR INTERVENTIONEN

In Kapitel 1.3. wurden Grundkonzepte der Gesundheitsförderung aufgeführt und die beiden Grundansätze der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen definiert, die auch für diesen Abschnitt grundlegend sind. Nachfolgend werden zentrale Konzepte dargestellt, die sich spezifisch für die Wissenschaftsbasierung und Umsetzung von Interventionen im Bereich psychische Gesundheit und Stress eignen. Zunächst werden allgemeine Konzepte aufgeführt, danach Konzepte, die in ausgewählten Settings häufige Verwendung finden, und abschliessend ein Beispiel für ein setting-übergreifendes Konzept.

4.1.1 Globale Konzepte

Die ausgewählten Konzepte werden nach abnehmender Globalität und Komplexität aufgeführt.

4.1.1.1 Lebensqualität

Definition

Der Begriff «Lebensqualität» wird nicht einheitlich verwendet. Von einer engen Bestimmung als «subjektives Wohlbefinden von kranken Menschen» bis hin zu umfassenden Konzepten, die Lebensqualität als «Summe von objektiven Lebensbedingungen und subjektiver Zufriedenheit in der Gesellschaft» verstehen, finden sich sehr unterschiedliche Begriffsverwendungen. Der unten beschriebene Ansatz von Gesundheitsförderung Schweiz lehnt sich an die letztgenannte Definition an und integriert die nachfolgende kanadische Definition.²⁵⁸

Gemäss einem Konzept des *Centre of Health Promotion* der Universität von Toronto wird die Lebensqualität des Einzelnen durch drei Dimensionen beeinflusst:

- Unser Sein (Being), das heisst in Bezug auf die körperlichen, psychischen und spirituellen Aspekte des Menschseins,
- unsere Zugehörigkeit (Belonging) bezüglich sozialem Umfeld und natürlicher Umwelt,
- unser Werden (Becoming) im Sinne der persönlichen Entwicklung in Erwerbs- und Privatleben, in Freiwilligenarbeit, Familie und Freizeit.²⁵⁹

Der Lebensqualitätsansatz von Gesundheitsförderung Schweiz

Unter den verschiedenen Ansätzen wird hier der Lebensqualitätsansatz von Gesundheitsförderung Schweiz ausgewählt, der auf internationalen und nationalen Konzepten basiert.²⁶⁰ Das Konzept wird von der Vision «gute Lebensqualität in der Schweiz für alle» getragen. Wie in Abbildung 7 dargestellt, umfasst nach diesem komplexen, ganzheitlichen Ansatz Lebensqualität nicht nur den psychosozialen Bereich, das

²⁵⁸ Somaini & Stamm (2002).

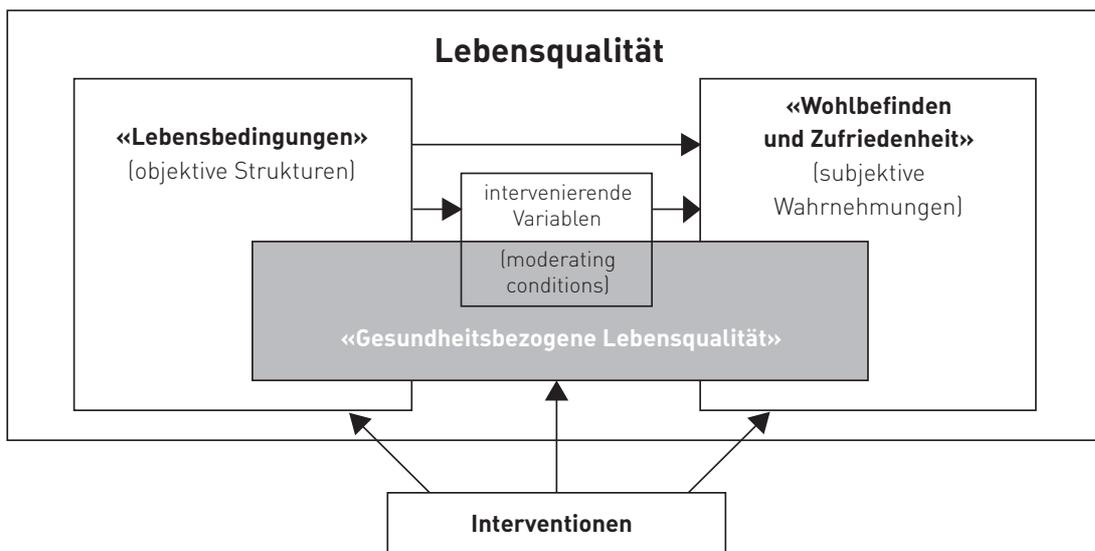
²⁵⁹ Gesundheitsförderung Schweiz (2002, 9).

²⁶⁰ Z.B. Diener & Rahtz (2000) und Federation of Canadian Municipalities FCM (2001). Die Darstellung stützt sich auf konzeptionelle Arbeiten von Gesundheitsförderung Schweiz bzw. auf ein Pilotprojekt, das von der Stiftung und dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium in Auftrag gegeben worden ist: Gesundheitsförderung Schweiz (2002) bzw. Stamm & Lamprecht (2003).

subjektiv empfundene Wohlbefinden,²⁶¹ sondern ebenso und prioritär die objektive Komponente, das heisst sämtliche strukturellen Lebensbedingungen wie die Umweltressourcen und die sozialen, politischen, rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen, welche die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität massgebend bestimmen.

Abbildung 7

Lebensqualität und «gesundheitsbezogene Lebensqualität» im Spannungsfeld zwischen objektiven und subjektiven Dimensionen²⁶²



Die Abbildung verdeutlicht, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität, auf die sich Interventionen der Gesundheitsförderung beziehen, ein Teil des übergeordneten, umfassenderen Konzepts der Lebensqualität ist.

Die Vorteile dieses Konzepts liegen u.a. im handlungsorientierten Brückenschlag der Gesundheitsförderung zu anderen Gesellschaftsbereichen und Disziplinen. Auf dieser Grundlage können systemische Handlungsansätze im Bereich Lebensqualität von der individuellen und familiären Ebene über Organisationen, Gemeinden²⁶³ und Städte und bis zur kantonalen und (inter-)nationalen Ebene entworfen werden.

Zur Messung der Lebensqualität sind in einem ersten Schritt 10 zentrale Lebensbereiche mit rund 40 Indikatoren identifiziert worden:²⁶⁴

- | | |
|---|--|
| 1. Bildung und Beschäftigung | 6. Kultur und Freizeit |
| 2. Einkommen und Lebensstandard | 7. Sicherheit und Belastungen |
| 3. Lebensformen und soziale Integration | 8. Politik und (staatliche) Interventionen |
| 4. Wohnen | 9. Umwelt |
| 5. Gesundheit | 10. demografischer Aufbau der Gesellschaft |

²⁶¹ Unter manchen Fachleuten besteht der Konsens, dass Lebensqualität das Mass für die Fähigkeit jedes einzelnen Menschen ist, sein Potenzial im Rahmen seiner persönlichen Bedingungen und der allgemeinen Lebens- und Umweltbedingungen selbstbestimmt auszuschöpfen: Gesundheitsförderung Schweiz (2002, 2f.). Die Aufgabe der Gesundheitsförderung besteht in der Förderung der Lebensqualität dieser Bedingungen und im Empowerment aller Menschen, diese so zu gestalten, dass sie der Entfaltung der persönlichen Potenziale dienen.

²⁶² Stamm & Lamprecht (2003).

²⁶³ Seit dem Jahr 2002 führt Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit Gemeinden das Projekt «Lebensqualität in Gemeinden»; s. <http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/activities/program/town/default.asp>.

²⁶⁴ Stamm & Lamprecht (2003).

4.1.1.2 Wohlbefinden

Definition

Definitionen und Konzepte des Wohlbefindens fokussieren stärker auf das Individuum und dessen gefühlsmässiger Wahrnehmung des Lebens und betonen die Ressourcen. Es besteht Einigkeit in der Forschungsliteratur, dass Wohlbefinden ein multidimensionales Konstrukt ist und dass zwischen aktuellem (Wohlbefinden als momentane Stimmung) und habituellem Wohlbefinden (Wohlbefinden als überdauernde Eigenschaft) zu unterscheiden ist.²⁶⁵ Mit Wohlbefinden wird meistens psychisches, vielfach subjektiv genanntes Wohlbefinden verstanden.²⁶⁶

Ein Review, der die Evidenz psychischer Faktoren des Wohlbefindens in 6 Hauptlebensbereichen während der letzten dreissig Jahre verarbeitet, kommt zu folgendem Schluss:

«(...) der glücklichen Person ist ein positives Temperament beschert, sie neigt dazu alle Dinge von der guten Seite zu betrachten und grübelt nicht übermässig über schlechte Ereignisse nach, sie lebt in einer wirtschaftlich entwickelten Gesellschaft, hat Vertrauenspersonen in ihrem sozialen Umfeld und besitzt adäquate Ressourcen, um die relevanten, selbst gesetzten Ziele zu erreichen.»²⁶⁷

Wie bereits erwähnt (Kpt. 2.1) bedeutet Gesundheit nicht einfach fehlende Krankheit, sondern ist auf der Ebene des Individuums ein dynamisches Gleichgewicht des Wohlbefindens. Wie im Zusammenhang mit dem Stress-Modell dargelegt, ist dieses Gleichgewicht gegeben, wenn die Ressourcen eines Menschen für die Bewältigung der Anforderungen ausreichen und zwischen Anforderungen und Ressourcen ein Gleichgewicht besteht. Eine Über- oder Unterforderung hingegen resultiert in einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Coping-Kompetenzen. Das Ungleichgewicht zeigt sich auf der personalen Ebene in einem reduzierten Wohlbefinden bzw. in Sorgen, Ängsten und Depressivität. Wohlbefinden kann damit auch definiert werden

als dynamisches, immer wieder herzustellendes Gleichgewicht zwischen inneren und äusseren Anforderungen und Belastungen einerseits und inneren und äusseren Ressourcen andererseits auf persönlicher und sozialer Ebene.

Ein Konzept des psychischen Wohlbefindens²⁶⁸

Carol Ryff hat ein Konzept entwickelt, das von einer Unterscheidung zwischen eudämischem²⁶⁹ Wohlbefinden (Engagement für sinnvolle Zwecke und Verwirklichung der eigenen Fähigkeiten) und hedonistischem Wohlbefinden (positiven Gefühlen wie Glück und Zufriedenheit) ausgeht. Wie die 6 identifizierten psychologischen Dimensionen aufzeigen, ist das eudämische Wohlbefinden im Unterschied zum ich-bezogenen, hedonistischen Wohlbefinden relevant für die soziale Umwelt und damit von Interesse für Public Health:

- Autonomie bzw. Unabhängigkeit
- Umweltbeherrschung
- persönliches Wachstum
- positive soziale Beziehungen
- Lebenssinn
- Selbstbejahung

Empirische Daten aus Längsschnittstudien belegen einen Zusammenhang zwischen eudämischem, nicht hedonistischem Wohlbefinden und Gesundheit einschliesslich einer Reihe verschiedener biologischer Merkmale (Biomarkers). Als Messinstrument für die Selbsteinschätzung aller 6 Dimensionen dienen

²⁶⁵ Perrig-Chiello (1996).

²⁶⁶ Für weitere subjektive Gesundheitstheorien s. Faltermaier et al. (1998).

²⁶⁷ Diener et al. (1999).

²⁶⁸ Ryff & Singer (1998), Ryff & Keyes (1995).

²⁶⁹ Fremdwörter-Duden 2001: Eudämonismus: «philosophische Lehre, die im Glück des Einzelnen oder der Gemeinschaft die Sinnerfüllung menschlichen Daseins sieht.»

Skalen, die in viele Sprachen übersetzt sind. Das multidimensionale Konzept wird in verschiedenen Disziplinen verwendet und ist während vielen Jahren psychometrisch verfeinert und validiert worden.²⁷⁰

4.1.1.3 Soziales Kapital

Definition

Sozialkapital ist eine Beziehungsenergie und Ressource für Individuen und soziale Gruppen zur Erreichung spezifischer Ziele. Das heisst, dass nahe Vertrauensverhältnisse oder die Integration in sozial unterstützende Netzwerke, die zwar gesundheitsförderlich sind, noch kein ausreichender Ausdruck für Sozialkapital sind.

Konzept

Das Konzept des Sozialkapitals wird sehr unterschiedlich definiert und operationalisiert. Als wichtigste Merkmale gelten:²⁷¹

- «Sozialkapital stellt eine immaterielle, relationale und kollektive Ressource dar. Es ist ausserhalb der Individuen angesiedelt, das heisst es existiert in spezifischen Beziehungsstrukturen zwischen den Individuen respektive in einem interaktionalen Zwischenraum. Einzelpersonen können soziales Kapital nicht besitzen, sondern es lediglich nutzen und zu seiner Mehrung beitragen. Auch die Nutzung selbst kann nicht durch eine einzelne Person erfolgen, sondern stellt immer einen gemeinschaftlichen, interaktionalen Akt dar.
- Die wichtigsten Komponenten sozialkapitalreicher Gemeinschaften sind hohe Vertrauensdichte und Normen der Gegenseitigkeit, Verbindlichkeit, Kooperation und Solidarität. Die hohe Vertrauensdichte und die genannten Normen sind sowohl eine Voraussetzung zur Erzeugung, Mehrung und Nutzung von Sozialkapital als auch Ausdruck und Folge von Sozialkapital.
- Investitionsmittel zur Erzeugung und Nutzung von Sozialkapital schliesslich sind interaktionale Austauschakte von Individuen oder sozialen Gruppen. Interaktionale Austauschakte sind zudem auch ertragreiche Folge von Sozialkapital. Beispiele sind gegenseitige Hilfestellungen, Begünstigungen oder Weitergabe von Informationen. Je intensiver soziales Kapital genutzt wird, desto grösser wird es. Bei mangelnder Nutzung löst sich Sozialkapital auf.»

Die These, dass Sozialkapital auf die Gesundheit positiv einwirkt, findet zunehmende Anhängerschaft und empirische Unterstützung, insbesondere in Bezug auf die Prävention psychischer Krankheiten (Depressionen, Angstzustände, Suizidalität).

Gesicherte empirische Belege für den gesundheitsförderlichen Nutzen von Sozialkapital für die psychische Gesundheit sind für die Zukunft zu erwarten. Allein der Aspekt der sozialen Zugehörigkeit, die mittels der Nutzung und Mehrung von Sozialkapital gestärkt wird, lässt auf positive Effekte auf die psychische Gesundheit schliessen, ebenso das Erfahren von und vor allem die Gegenseitigkeit sozialer Unterstützung, die Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl stärken. Bei schwerwiegenden Lebensereignissen erweist sich soziale Vernetzung als besonders unterstützend.²⁷²

Es besteht auch ein enger Zusammenhang zwischen Sozialkapital und dem Abbau sozialer Ungleichheiten. Die Verbindung von demokratischen und solidarischen Gemeinschaftsstrukturen einerseits und Selbstbestimmung und Eigenverantwortung andererseits erhöht die Chancen für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, die eigenen Lebensbedingungen zu verbessern.²⁷³

Aus den Zusammenhängen zwischen Sozialkapital und Gesundheit sowie Sozialkapital und sozialer Ungleichheit ergibt sich eine wichtige Relevanz des Sozialkapitalansatzes für die Gesundheitsförderung: Zum einen als Erklärungsmodell von sozialen Determinanten der Gesundheit, zum anderen als gesundheitsförderlicher Interventionsansatz allgemein und zur Intervention im Bereich psychische Gesundheit und Stress im Besonderen.²⁷⁴

²⁷⁰ Z.B. Ryff et al. (2004). Zur Vereinbarkeit von Wohlbefinden und Lernen bzw. Leisten von SchülerInnen siehe Hascher (2004).

²⁷¹ Illés & Abel (2002a, 5).

²⁷² Illés & Abel (2002a, 9).

²⁷³ Illés & Abel (2002a, 12).

²⁷⁴ Illés & Abel (2002a, 12ff.). Zur Messung von Aspekten des Sozialkapitals s. Lochner et al. (1999).

4.1.1.4 Kulturelles Kapital²⁷⁵

Mit dem Sozialkapital hängt der Ansatz des **Kultur- oder Bildungskapitals** eng zusammen, das hier nur gestreift werden kann. Soziale Schichtzugehörigkeit und familialer Hintergrund sind zentrale Voraussetzungen für den Erwerb von Kulturkapital. Kulturkapital besteht einerseits aus den Kompetenzen und Fähigkeiten, die durch Bildungstitel ihren formalen Abschluss finden, andererseits aus der mit einem Bildungstitel verbundenen sozialen Autorität. Damit hängt der Begriff der **Health Literacy** zusammen, die auf einem sozial-kulturellen Hintergrund als wissensbasierte, «über Kultur, Bildung und Erziehung vermittelte Kompetenz für eine gesundheitsförderliche Lebensführung» definiert werden kann.²⁷⁶

Ebenso besteht ein gut belegter, enger Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit. Je mehr Kulturkapital Individuen und soziale Gruppen besitzen, desto aktiver, selbstverantwortlicher und wirksamer können sie auf ihre Gesundheit Einfluss nehmen. Die Förderung von Kulturkapital in benachteiligten Bevölkerungsgruppen wie *working poor*- oder MigrantInnen-Familien vermindert ungleiche Gesundheitschancen auch in Bezug auf Aspekte psychischer Gesundheit.

4.1.1.5 Weitere soziokulturelle Konzepte

Weitere für die gesundheitliche Chancengleichheit relevante Konzepte sind z.B.:

- Konzept gesundheitsrelevanter Lebensstile²⁷⁷
- Lebenslagenkonzept²⁷⁸
- Konzept der sozialen Unterstützung²⁷⁹
- Konzept der somatischen Kultur.

4.1.2 Setting- und zielgruppenspezifische Konzepte

An dieser Stelle werden beispielhaft je ein globales Konzept für die Settings Betrieb, Schule und Familie angeführt. Im Abschnitt Betrieb werden ausserdem zwei wichtige Konzepte der Stressbewältigung in Organisationen dargestellt.

4.1.2.1 Setting Betrieb

Das Modell des Sozial- und Humankapitals in Betrieben

Die nachfolgende Grafik von Badura stellt die drei Hauptfaktoren und ihre Interdependenz für ein effektives betriebliches Gesundheitsmanagement dar. Das Konzept wendet den oben beschriebenen Sozialkapitalansatz auf das Setting Betrieb an und beinhaltet wichtige Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit.

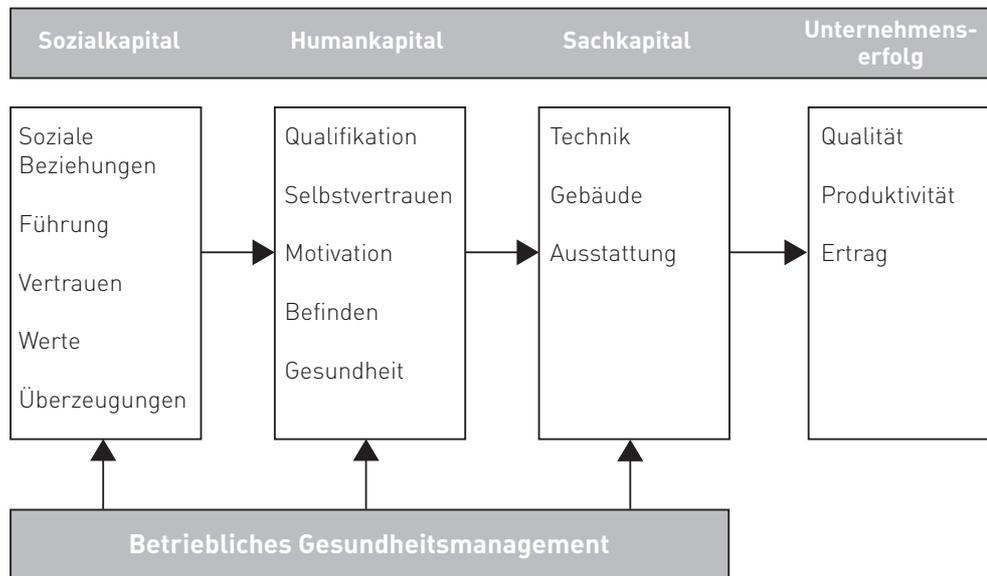
²⁷⁵ Der Abschnitt nimmt Bezug auf Illés & Abel (2002b).

²⁷⁶ T. Abel & E. Bruhin in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 128ff.). S. das Rahmenkonzept von Gesundheitsförderung Schweiz, in welchem Ansatzpunkte für eine gesamtheitliche Konzeptionalisierung von «Health Literacy» generell und speziell für die Bereiche Gewicht, Bewegung und Ernährung, diskutiert werden: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/de/about/news/news_detail.asp?id=197.

²⁷⁷ Illés & Abel (2002c).

²⁷⁸ S. von Kardoff in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 142ff.).

²⁷⁹ S. z.B. Schwarzer (2002).

Abbildung 8Betriebliches Gesundheitsmanagement und Human-/Sozialkapital²⁸⁰

Neben dem Sozialkapital kommen dem **Humankapital** und Sachkapital für gesundheitsbezogene Interventionen in Betrieben eine zentrale Bedeutung zu. Anders als das Kultur- bzw. Bildungskapital ist das Humankapital ein volkswirtschaftlicher Begriff, der die potentielle Arbeitskraft von Individuen und Bevölkerungsgruppen bezeichnet, die für wirtschaftliche Produktionsprozesse nutzbar gemacht werden kann.²⁸¹

Konzepte der Stressbewältigung in Organisationen

In ihrer Darstellung der Stresstheorien führen Zapf und Semmer die Theorien von Selye und Lazarus (s. Kpt. 3.1 und 3.2), das *Person-Environment-Fit*-Modell sowie Stressor-Ressourcen-Konzepte auf.²⁸² Da der Ressourcenansatz im Anschluss an Lazarus in den letztgenannten Konzepten einen zentralen Stellenwert einnimmt, wird nachfolgend auf zwei einflussreiche Modelle dieses Typs fokussiert. Sie teilen den konzeptionellen Konsens in der arbeitspsychologischen Stressforschung, dass Stressoren immer im Zusammenhang mit Ressourcen zu sehen sind²⁸³ und es immer «um den *Abbau von Stressfaktoren* und den *Aufbau von Ressourcen*» geht.²⁸⁴

Das Job Demand-Control-(Support-)Modell²⁸⁵

Wegweisend für das Zusammenwirken von Stressoren und Ressourcen ist das Anforderungs-Kontroll-Modell von Karasek. Das Modell geht davon aus, dass Arbeitsplätze durch die Kombination von Arbeitsanforderungen (demands) und Kontrolle bzw. Handlungs- und Entscheidungsspielraum beschrieben werden können, woraus sich vier Kombinationen ergeben (s. Abb. 9). Die Dimension von links unten nach rechts oben beschreibt die Zunahme von Stressreaktionen: Bei geringen Stressoren und gleichzeitig grossem Handlungsspielraum hat man wenig Stress. Umgekehrt führt die Kombination aus niedrigem Handlungsspielraum und hohen Arbeitsanforderungen zu chronischem Stress. Die zweite Dimension (von links oben nach rechts unten) beschreibt das Aktivitätsniveau. Sind sowohl Handlungsspielraum als auch Stressoren hoch, handelt es sich um eine aktive, herausfordernde Arbeitstätigkeit, die keinen Stress hervorruft.

²⁸⁰ Badura & Hehlmann (2003, Abb. 3).

²⁸¹ Illés & Abel (2002b, 2).

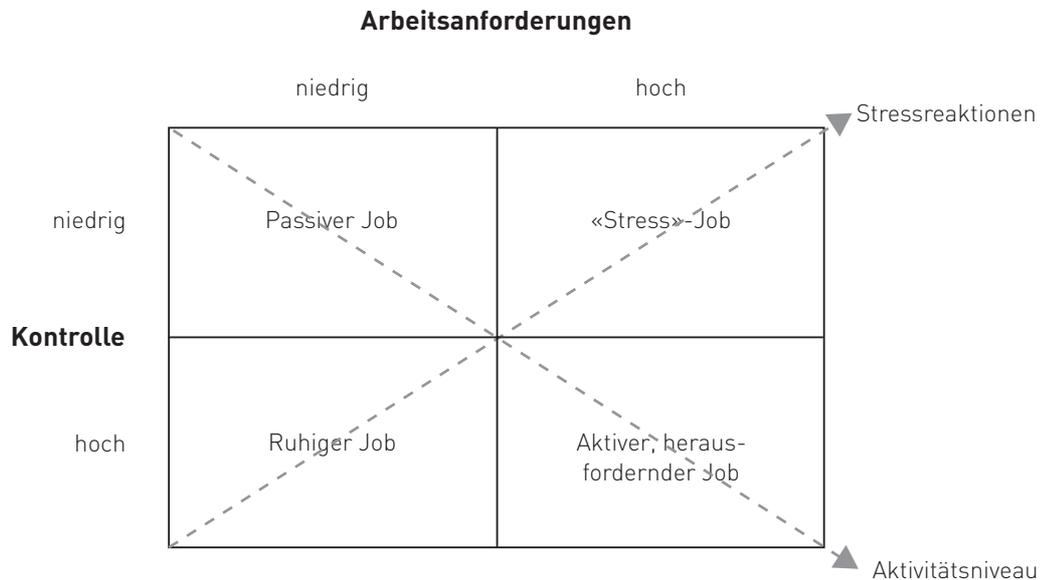
²⁸² Zapf & Semmer (2004, Kpt. 2.3).

²⁸³ Semmer (1997) und Bamberg et al. (2003).

²⁸⁴ Mohr & Udris (1997); Semmer & Udris (2004, 183).

²⁸⁵ In Anlehnung an Zapf & Semmer (2004, 1022f.).

Abbildung 9
Das Job Demand-Control-Modell von Karasek²⁸⁶



Karaseks Modell und damit die herausragende Bedeutung des Handlungsspielraumes bzw. des Verlustes von Kontrolle für chronischen Stress sind empirisch umfangreich abgestützt.

Die zweidimensionale Konzeption ist in Anlehnung an House²⁸⁷ um die Dimension des sozialen Rückhalts zum Job Demand-Control-Support-Modell erweitert worden. Fehlt zusätzlich der soziale Rückhalt am Arbeitsplatz, so ist eine weitere Verstärkung der Stressreaktion zu erwarten. Jüngere Studien deuten andererseits darauf hin, dass sich Kontrolle nur dann als «Puffer» gegen hohe Anforderungen erweist, wenn man über entsprechende personale Ressourcen wie z.B. Selbstwirksamkeit verfügt.²⁸⁸

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist²⁸⁹ (Effort-Reward-Imbalance) geht über die unmittelbare Arbeitstätigkeit hinaus. Es besagt, dass ein Ungleichgewicht zwischen der beruflichen Verausgabung und der als Gegenwert erhaltenen sozialen Belohnung (Gratifikation) zu Stressreaktionen führen kann. Gratifikationen beinhalten Bezahlung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle (Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung). Als potenziell stressauslösend und krankheitsrelevant wird die Kombination einer starken, lang anhaltenden Verausgabung mit im Vergleich dazu bescheidenen Belohnungen angesehen.

Die empirische Evidenz ist inzwischen auch zum Gratifikationskrisen-Modell umfangreich.²⁹⁰ In Pflegeberufen scheinen Elemente mangelnder Wertschätzung eine besondere Rolle zu spielen. Wenn die Wertschätzung dem persönlichen Einsatz nicht gerecht wird, kann dies als Gratifikationskrise erlebt werden und beispielsweise zu Bluthochdruck und kardiovaskulären Erkrankungen bis hin zum Tod führen.²⁹¹ Diese Evidenzen weisen im Zusammenhang mit den immer häufiger auftretenden Gratifikationskrisen auf die Wichtigkeit des Führungsverhaltens für die Gesundheit der Beschäftigten hin.

²⁸⁶ Nach Zapf & Semmer (2004, 1023); s.a. Karasek (1979) und Karasek & Theorell (1990).

²⁸⁷ House (1981).

²⁸⁸ Semmer & Udris (2004, 182).

²⁸⁹ Siegrist (1996).

²⁹⁰ S. Siegrist (im Druck), Zapf & Semmer (2004, 1066) und Godin et al. (2005).

²⁹¹ Siehe nachfolgende Fussnote.

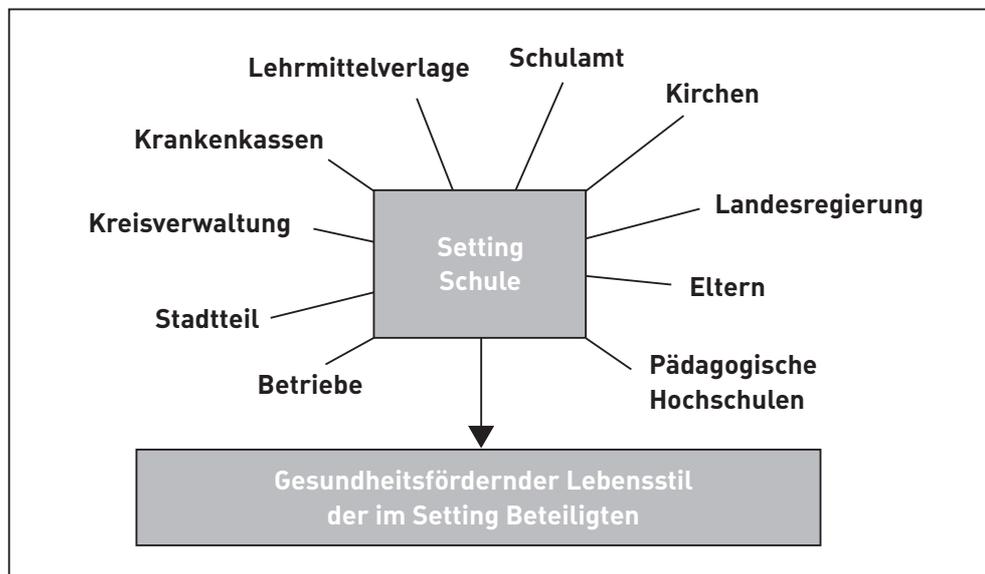
Sowohl das Anforderungs-Kontroll-Modell als auch das Gratifikationskrisen-Modell reduzieren die Komplexität der psychosozialen Arbeitswelt auf wichtige Aspekte physischer und psychischer Gesundheit und erleichtern dadurch die Entwicklung und Umsetzung von betrieblichen Interventionen.²⁹²

4.1.2.2 Setting Schule

Das System Schule ist zahlreichen potentiellen Belastungsfaktoren ausgesetzt, da die Schule in ein Netz von unterschiedlichsten und zum Teil sich widersprechenden Anforderungen eingebunden ist. Schneider hat dieses Anforderungssystem unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung in Deutschland mit nachfolgender Grafik skizziert:²⁹³

Abbildung 10

Das Anforderungssystem Schule



Grundlage dieser Sichtweise ist die Erkenntnis, dass sich alles menschliche Leben in sozialen Kontexten abspielt und viele dieser Kontexte sowohl gesundheitsförderliche als auch gesundheitshemmende Faktoren aufweisen. In diesem Sinne ist die herkömmliche Gesundheitserziehung, die sich vorwiegend auf den Unterricht bezieht, weiterentwickelt worden zur «Gesundheitsfördernden Schule», die als gesundheitsfördernder Lern-, Arbeits- und Lebensort verstanden wird.²⁹⁴ Das Ziel der schulischen Gesundheitsförderung im Allgemeinen und der Stressprävention und personal-sozialen Ressourcenstärkung im Besonderen ist, einen spezifischen Beitrag zur Entwicklung der Selbst-, Sozial- und Umweltkompetenz und damit zur Entwicklung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils zu leisten.

²⁹¹ Quellen bei Ulich & Wülser (2004, 87ff.). Rugulies (2005) beobachtete 314 männliche Metallarbeiter kontinuierlich. Nach sechseinhalb Jahren «war bei 21 Arbeitern ein Herzinfarkt aufgetreten. Im Vergleich zu ihren gesundgebliebenen Kollegen wiesen diese Probanden sowohl eine höhere Verausgabung (v.a. starker Zeitdruck und hohe Distanzierungsunfähigkeit) als auch weniger Belohnungserfahrungen (v.a. weniger Aufstiegsmöglichkeiten, grössere Arbeitsplatz-Unsicherheit) auf. Die Kombination von hoher Verausgabung und niedriger Belohnung lag bei 38% der Infarktoper, aber nur bei 7,4% der anderen Arbeiter vor. In einer weitergehenden Analyse wurden auch Probanden mit subklinischen Anzeichen einer fortgeschrittenen koronaren Herzkrankheit miteingeschlossen. Probanden mit einer Gratifikationskrise wiesen hierbei ein mehr als sechsfach höheres koronares Risiko auf als Studienteilnehmer, bei denen keine Anzeichen hoher Verausgabung oder niedriger Belohnung vorlagen.»

²⁹² Vézina et al. (2003).

²⁹³ Schneider (2003).

²⁹⁴ S. Aregger & Lattmann (2003).

Das nachfolgend dargestellte Konzept der «guten gesunden Schule» geht davon aus, dass schulische Gesundheitsförderung im Kontext der Schule langfristig nur dann erfolgreich sein kann, wenn sie sich mit dem Kerngeschäft der Schule verbindet und Schulen in ihren eigentlichen Anliegen transparent und offensiv unterstützt. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass schulische Gesundheitsförderung von den Lehrkräften nicht als zusätzliche Aufgabe, sondern als Hilfe bei der Bewältigung der schulischen Bildungs- und Erziehungsarbeit empfunden wird. So kann es auch gelingen, eine grössere Anzahl von gesundheitsfördernden Schulen zu erreichen, als nur solche, die an einzelnen Gesundheitsthemen interessiert sind.

Abbildung 11

Handlungsfelder (innen: 1a–4a) und Prinzipien (ausssen: 1b–4b, 5) der «guten gesunden Schule»²⁹⁵

Salutogenese (5)				
Partizipation/ Empowerment/ Advokatorisches Eintreten (4b)	Bildungs- und Erziehungsauftrag (1a)	Gute gesunde Schule	Lernen und Lehren (2a)	Innere / Äussere Vernetzung (3b)
	Führung und Management (3a)		Schulklima und Schulkultur (4a)	
	Ganzheitliches Konzept von Gesundheit und ihrer beeinflussenden Faktoren (2b)			
Nachhaltige Entwicklungsinitiativen für Schulentwicklung (1b)				

4.1.2.3 Setting Familie

Das Resilienz-Konzept

Definition

In Anlehnung an die Physik versteht man unter dem Begriff Resilienz «die Fähigkeit eines belasteten Organismus, seine ursprüngliche Form nach physischer Beeinträchtigung von aussen einwirkenden Kräften wieder zu erlangen. (...) In der Psychologie wird unter Resilienz die Fähigkeit eines Menschen verstanden, sich von Schicksalsschlägen zu erholen und an veränderte Bedingungen anpassen zu können.»²⁹⁶

Konzept²⁹⁷

Die heutigen Resilienz-Modelle nehmen zwei Typen von Schutzfaktoren an, welche die Wahrscheinlichkeit von Dysfunktion und psychischer Krankheit beim Eintreten stressreicher Lebensereignisse reduzieren:

- persönliche Faktoren wie körperliche Konstitution, die Gesundheit oder das Temperament einer Person sowie Faktoren, die in der Auseinandersetzung mit der physischen und sozialen Umwelt entstanden sind wie Selbstwert, Bewältigungsstrategien oder Selbstwirksamkeitserwartungen, und
- Umweltressourcen: das Familieneinkommen, das Vorhandensein von sozialer Unterstützung oder die psychosoziale Versorgung auf Gemeinde/Gemeinwesenebene.

²⁹⁵ Paulus (2004).

²⁹⁶ Grob (1997, 150).

²⁹⁷ Die Resilienzforschung geht zurück auf Emmy E. Werner und Ruth S. Smith (1982: «Vulnerable but invincible») und ihre berühmte Befragung einer multikulturellen Gruppe von 688 Kindern bzw. Jugendlichen des Geburtsjahrganges 1955 in Kauai, einer Insel Hawaiis, während 20 Jahren. Ausgangspunkt des Resilienz-Konzepts war ihre Beobachtung, «dass einige Kinder trotz des Aufwachsens in extremer Armut und der Tatsache, dass ihre Eltern psychisch krank waren, eine relativ unbeschwerte Kindheit und Jugend durchlebten und sich im Erwachsenenleben gut zurechtfinden»: Grob (1997, 150). Werner und Smith (1982) nahmen an, dass eine oder mehrere stressauslösende Bedingungen (sozio-ökonomischer Status der Familie, psychisches Befinden der Eltern) ausreichende Faktoren zur Festlegung des Risikos von Kindern und Jugendlichen waren.

Das Resilienz-Konzept wird hauptsächlich in der Kinder- und Jugendforschung sowie bei Paaren angewendet. Als resilient gelten Jugendliche,

die «über ein geprägt positives Befinden trotz der Existenz widerwärtiger Umstände physischer, psychischer oder sozialer Art verfügen. Resiliente Jugendliche zeichnen sich durch Kompetenzen aus, die – einmal erworben – als protektive Faktoren angesichts der Widerwärtigkeiten wirken. Resiliente Jugendliche verfügen möglicherweise über bessere Möglichkeiten, ihre Gedanken und Gefühle zu regulieren, und kommen besser als andere Jugendliche mit den Anforderungen zurecht, denen sie während Entwicklungsübergängen gegenüberstehen».²⁹⁸

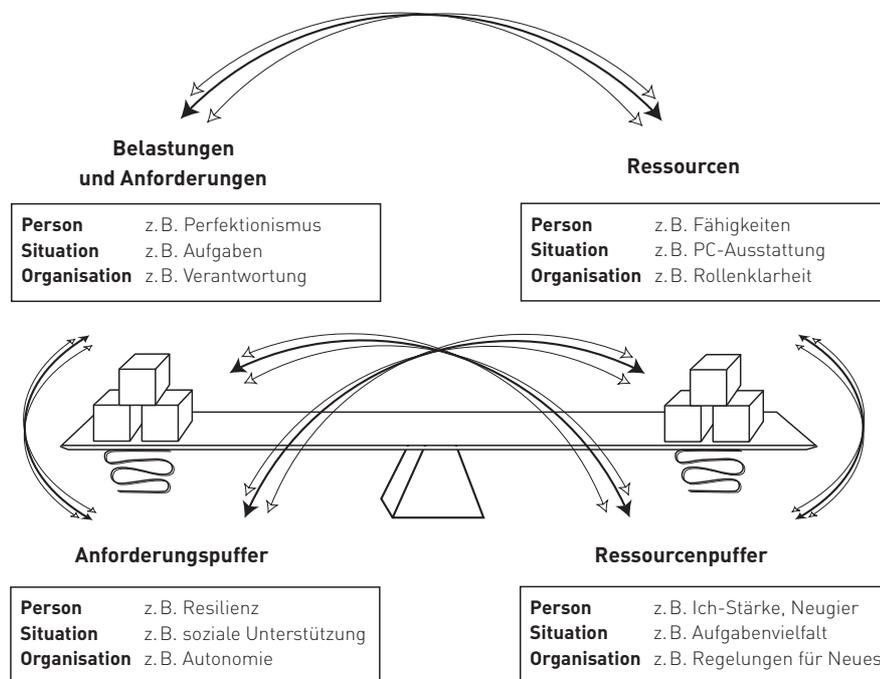
Die Resultate einer Längsschnittuntersuchung von 3500 Kindern und Jugendlichen in Norwegen und der Deutsch- und Westschweiz lassen vermuten, dass resiliente Jugendliche ein breiteres Repertoire an Bewältigungsstrategien (problem-, emotions- und ablenkungsorientierte) einsetzen können, das ihnen ein vergleichsweise differenzierteres Handeln in Belastungssituationen ermöglicht.²⁹⁹ Ausserdem nehmen sich diese Jugendlichen – in der erwähnten Untersuchung waren es nur 6% – kontrollkompetenter wahr als nicht resiliente Jugendliche.

4.1.2.4 Settingübergreifende Konzepte: ein *Life Balance-Modell*³⁰⁰

Die Forschungsliteratur bietet zu diesem wichtigen Themenbereich noch wenig Substantielles an. Einer der wenigen wissenschaftlichen Ansätze stammt von Kastner, dessen Modell *Work-Life-Balance* nachfolgend dargestellt wird.³⁰¹

Abbildung 12

Der Prozess des Wippens als Metapher für die *Work-Life-Balance*³⁰²



²⁹⁸ Grob (1997, 151).

²⁹⁹ Grob (1999, 250).

³⁰⁰ Zum Begriff s. Kapitel 3.3.8.

³⁰¹ Kastner & Müller (2003); ebenso in: Kastner (2004, 1–66) mit zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen zu verschiedenen Aspekten der *Work-Life-Balance*.

³⁰² Kastner & Müller (2003, 27).

Das komplexe, praxisorientierte Modell beinhaltet 5 Balance-Prozesse, welche wichtige Stress-Phänomene und Stressbewältigungsstrategien verdeutlichen:

1. Im Prozess des Wippens gilt es, Belastungen und Anforderungen mit den verfügbaren Ressourcen in etwa in der Waage zu halten. Die Amplituden der Ausschläge auf beiden Seiten müssen durch hinreichende Regenerationsphasen ausgeglichen werden, um eine Dauerbelastung zu vermeiden.
2. Die Anforderungen auf der linken Seite dürfen nicht so stark und häufig durchschlagen, dass die Wippe unten hängen bleibt und zu permanenter Überforderung und bekannten Stressphänomenen führt, sondern dies durch ein Abpuffern verhindert wird.
3. Dasselbe gilt für die rechte Seite. Die Ressourcen dürfen nicht derart überwiegen, dass die Wippe unten hängen bleibt und zu Unterforderung und Erscheinungen wie Sinnleere und Fehlverhalten führt, wenn auch hier nicht mit der Aktivierung entsprechender Ressourcenpuffer Gegensteuer gegeben wird.
4. Die Investitionen in Anforderungspuffer und Ressourcen müssen ausbalanciert werden (s. querliegende Pfeilverbindung von unten links nach rechts oben). Der Unterschied zwischen Ressourcen und Puffern besteht darin, dass erstere gewünschte Energien und Aktivitäten verstärken, während Puffer die Auswirkungen negativer Energien lindern.
5. Umgekehrt müssen Ressourcenpuffer mit aufzusuchenden Anforderungen ausbalanciert werden. Über- oder Unterschätzung führt zu inadäquaten Herausforderungen.

Zwecks Erhalt, Optimierung oder Wiederherstellung der genannten Balancen können Interventionen an vier Orten ansetzen: a) Belastungen und Anforderungen, b) Ressourcen, c) Anforderungspuffern,³⁰³ d) Ressourcenpuffern. Dabei sind jeweils die dynamischen Wechselwirkungen zwischen Person, Situation und Organisation zu berücksichtigen.

4.2 DETERMINANTEN PSYCHISCHER GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

In Übereinstimmung mit dem Ergebnismodell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention³⁰⁴ werden in diesem Kapitel mögliche Globalziele im Bereich psychische Gesundheit und Stress vorangestellt und darauf die Ebene der Determinanten dargestellt sowie schliesslich jene der Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten, das heisst die Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen. Auch in diesem Kapitel kann es nicht um eine ausführliche und möglichst vollständige Darstellung gehen, sondern um die Vermittlung der Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren und Gesundheitsdeterminanten sowie zwischen Determinanten und Endergebnissen.

4.2.1 Globalziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress

An dieser Stelle werden auf einer globalen Ebene übergeordnete Ziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress aufgeführt. Die Auflistung in Tabelle 4 soll den verantwortlichen Gremien für Strategieentwicklung und Interventionsplanung als globaler Orientierungsrahmen ohne Angabe quantitativer Ziele oder spezifischer Settings dienen. Zwecks Übersichtlichkeit werden die Globalziele präventiver und gesundheitsfördernder Massnahmen einander gegenübergestellt, obschon sich die beiden Ansätze ergänzen. Die präventiven Globalziele leiten sich von den epidemiologischen Daten in den Kapiteln 2 und 3 her, die Globalziele der Gesundheitsförderung hauptsächlich von den Hauptkonzepten der Gesundheitsförderung in Kapitel 4.1.³⁰⁵

³⁰³ Uneinsichtig bleibt, warum die abpuffernden Faktoren nicht auf beiden Seiten der Balance als Ressourcen definiert werden.

³⁰⁴ Das Ergebnismodell ist Bestandteil des *Best Practice*-Rahmenkonzeptes von Gesundheitsförderung Schweiz: s. Anhang IV.

³⁰⁵ Vgl. die mittel- und langfristigen Ergebnisse der Förderung psychischer Gesundheit der *Victorian Health Promotion Foundation* in Anhang I.

Tabelle 4

Globalziele der Gesundheitsförderung und Prävention im Bereich psychische Gesundheit und Stress

Prävention	Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion der Last psychischer Krankheiten und Störungen für Gesellschaft, Familien und Individuen • Rückgang der Suizidraten • Rückgang der Invalidität, der IV-RentnerInnen und SozialhilfeempfängerInnen • Reduktion der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen • Reduktion von physischer und psychischer Gewalt inkl. Mobbing/Bullying • Reduktion von chronischer Über- und Unterforderung bzw. von chronischer Über-, Unter- und Mehrfachbelastung inkl. Burnout • Reduktion der sozialen Desintegration bzw. Vereinsamung und Isolation • Reduktion der Erwerbslosigkeit • Reduktion der Krankheits- und Sozialkosten 	<ul style="list-style-type: none"> • verbesserte Lebensqualität inkl. Lebenskompetenz • verbessertes Wohlbefinden inkl. psychische Ausgeglichenheit und physische Gesundheit • verbesserte Resilienz und Stressresistenz • sensibilisierte Bevölkerung bezüglich psychischer Gesundheit und Krankheit • verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen • Stärkung des sozialen Kapitals, des sozialen Friedens und Zusammenhalts inkl. Förderung der sozialen Integration und Solidarität • verbesserte soziale Sicherheit • gesteigerte Lebens- und Schaffensfreude • gesteigerte Produktivität/BIP

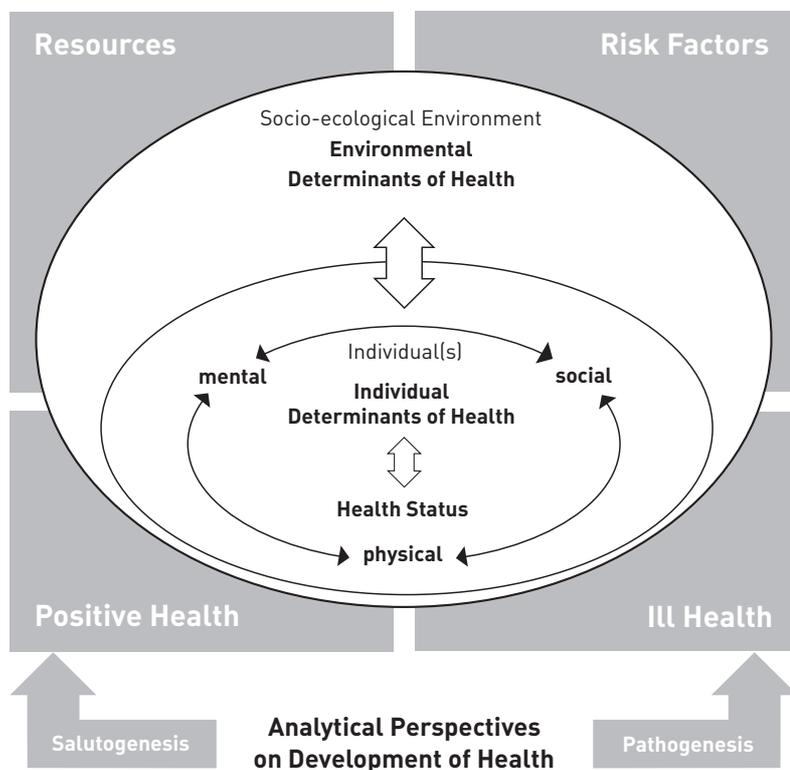
4.2.2. Begriffsklärung Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren

Die Definition von Determinanten von Gesundheit (und Krankheit) sowie die Kenntnis der positiven und negativen Einflussfaktoren sind zentral für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention. Determinanten sind Faktoren, die einen nachweisbaren Einfluss auf Gesundheit und Krankheit haben. Wirkungsvolle Interventionen basieren auf der Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren. Sie zielen auf die Minimierung von Risikofaktoren (Ansatz der Prävention) und/oder die Verstärkung von Schutzfaktoren oder Ressourcen (Ansatz der Gesundheitsförderung) ab, um die Bedingungen für Gesundheit (und Krankheit) positiv zu beeinflussen und einen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Menschen und Gruppen, und insbesondere die politisch konstituierte Gesellschaft und Institutionen, sind den Risikofaktoren des Lebens nicht hilflos ausgesetzt, sondern verfügen grundsätzlich auch über persönliche bzw. kollektive und institutionelle Ressourcen, um jenen zu begegnen. Auch der einzelne Mensch kann Stresssituationen unter Rückgriff auf die ihm zur Verfügung stehenden inneren und äusseren Ressourcen beeinflussen und graduell bewältigen.³⁰⁶

In der Forschung und Praxis wird oft nicht strikt zwischen Determinanten und Ergebnissen einerseits und zwischen Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren andererseits unterschieden. In diesem Bericht werden die Determinanten als neutrale Bedingungen oder Ausgangsvoraussetzungen für Gesundheit und Krankheit definiert, die durch die Risiko- und Schutzfaktoren positiv oder negativ beeinflusst bzw. modifiziert werden.

³⁰⁶ Zu Coping s. Kpt. 3.2.2.3. Vgl. Semmer & Udris (2004, 180), die feststellen: «Arbeitsbedingungen wie auch Personen verfügen nicht zuletzt über salutogenes, also gesundheitsförderliches Potenzial». Das heisst, dass mit Semmer (1997) und Bamberg et al. (2003) Risikofaktoren bzw. Stressoren immer im Zusammenhang mit Ressourcen zu sehen sind. In der arbeitspsychologischen Stressforschung ist der konzeptionelle Konsens zu verzeichnen, dass es immer «um den Abbau von Stressfaktoren und den Aufbau von Ressourcen» geht: Mohr & Udris (1997) und Mohr & Udris (1997); Semmer & Udris (2004, 183).

Abbildung 13

EUHPID Health Development Model³⁰⁷

Derselbe Faktor kann je nach Ausprägung und individuellen Voraussetzungen Risiko- oder Schutzfaktor sein bzw. werden und umgekehrt. Im Setting Betrieb, beispielsweise, ist die optimale Passung zwischen Anforderungen und verfügbaren inneren und äusseren Ressourcen für das individuelle Gleichgewicht entscheidend. Erwerbstätigkeit ist grundsätzlich eine wichtige Ressource für Wohlbefinden und Lebensqualität, kann aber in Verbindung mit bestimmten Arbeitsbedingungen zu anhaltender Überbelastung und damit zu einem ernstzunehmenden Risikofaktor für die psychische, soziale und physische Gesundheit werden. Es besteht ein enger Zusammenhang und eine Interaktion zwischen persönlichen Determinanten der Gesundheit und persönlicher Befindlichkeit einerseits (Pfeil im kleinen Kreis in Abb. 13) und zwischen Gesundheitsdeterminanten der Umwelt und persönlicher Befindlichkeit andererseits (Pfeil zwischen grossem und kleinem Kreis). In unserem vereinfachten Beispiel wirken die Arbeitsbedingungen entweder als Risiko- oder Schutzfaktoren moderierend auf die Determinante Erwerbstätigkeit. Sie führen entweder zu einem Aufbau von Stress oder bewirken Wohlbefinden. I.d.R. sind eine ganze Anzahl weiterer Risikofaktoren und Ressourcen im Spiel.

Ein alternatives Beispiel betrifft die Freiheitsgrade: Handlungsspielraum bzw. Wahl- und Gestaltungsfreiheit ist grundsätzlich eine wichtige Ressource. Die zunehmende Individualisierung des Lebenslaufes sowie die Pluralisierung der Lebensformen und Werthaltungen in der modernen Gesellschaft bietet grosse Freiheiten. Dieser Schutzfaktor kann jedoch bei Jugendlichen im Zusammenhang mit den Problemen der Berufswahl, dem Mangel verbindlicher Orientierungsrahmen und realer Berufschancen rasch zu Überforderung führen und ein Risikofaktor werden.

³⁰⁷ European Community Health Promotion Indicator Development EUHPID: Bauer et al. (2003).

4.2.3 Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten allgemeinen Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit aufgeführt und wird auf die Varianz von Determinanten bei unterschiedlichen Populationen und Settings hingewiesen. Determinanten, die wie Alter, Geschlecht, konstitutionelle und genetische Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention nicht beeinflussbar sind, werden hier nicht aufgeführt, spielen aber bei der Bestimmung von Zielgruppen und der Erarbeitung von Interventionen eine wichtige Rolle.

Es gibt verschiedene Klassifizierungen von Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit.³⁰⁸ Besonders gut erforscht und belegt sind die sozialen und sozioökonomischen Determinanten.³⁰⁹

Die nachfolgende Klassifizierung geht vom EUHPID-Modell, abgebildet im vorangehenden Abschnitt (Abb. 13), aus.³¹⁰ Darin werden die drei Hauptdimensionen psychischer Gesundheit wieder aufgenommen und in den Zusammenhang mit Determinanten sowie Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen gestellt. Das Modell geht von den beiden Hauptkategorien individuelle Gesundheitsdeterminanten mit physischer, psychischer und sozialer Unterdimension und Gesundheitsdeterminanten der Umwelt mit ökologischer, ökonomischer und sozialer Unterdimension aus. Psychische Gesundheit (und Krankheit) widerspiegelt das (Un-)Gleichgewicht zwischen Individuum und Umwelt.

Bei der Auswahl der wichtigsten Determinanten psychischer Gesundheit in Tabelle 5 wird Bezug genommen auf zwei STAKES-Modelle von Finnland, die vom europäischen Netzwerk EMIP übernommen worden sind³¹¹ sowie auf die breit abgestützten sozialen Determinanten von Wilkinson und Marmot.³¹²

Tabelle 5

Individuelle und umweltbezogene Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit

Individuelle Determinanten

Psychische und psychosoziale	<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft und Geburt • frühe Kindheit • Lebensereignisse • Emotionen, Kognitionen, Handlungen • Identität, Selbstkonzept, Selbstwertgefühl • Autonomie • Anpassungsfähigkeiten • Bildung und Wissen • subjektive Bedeutsamkeit des Lebens
Physische	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Konstitution und Belastbarkeit

³⁰⁸ Z.B. Hurrelmann in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 26ff.); Victorian Health Promotion Foundation (2005) bzw. Anhang I; EuroHealthNet et al. (2005, 27) oder Illés & Abel (2002, 50).

³⁰⁹ S. Wilkinson & Marmot (2003) und Marmot (1999).

³¹⁰ S. Bauer et al. (2003).

³¹¹ S. a. die Darstellung der Umsetzungsstrategie von EMIP in Kpt. 5.1.1 bzw. EuroHealthNet et al. (2005, 7 und 27); V. Lehtinens funktionales Modell und E. Lahtinens Struktur-Modell psychischer Gesundheit, deren Determinanten hier geringfügig erweitert bzw. präzisiert worden sind.

³¹² Wilkinson & Marmot (2003) und Marmot (1999).

Umwelt-Determinanten

Sozio-strukturelle	<ul style="list-style-type: none"> • gesellschaftsbezogene Policies • organisationsbezogene Policies • Zugang zu Bildung • Qualität von und Zugang zu gesundheitlichen Diensten
Soziokulturelle	<ul style="list-style-type: none"> • vorherrschendes gesellschaftliches Wertesystem (Chancengleichheit, Menschenrechte) • gesellschaftlicher Stellenwert psychischer Gesundheit • Regeln der sozialen Interaktionen • soziale Kriterien psychischer Gesundheit und Krankheiten • Abweichungstoleranz
Ökonomische	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu finanziellen Ressourcen
Ökologische	<ul style="list-style-type: none"> • Zugang zu Wohnen • physische Umweltbedingungen

Wilkinson und Marmot führen auch Erwerbslosigkeit und Stress als gut belegte soziale Determinanten auf.³¹³ In Kapitel 3 ist Stress auf der individuellen Ebene bezüglich Entwicklungsprozess, Stressoren und Stressfolgen dargestellt worden. Stress als Determinante bezieht sich auf die umweltbezogene, sozio-strukturelle Dimension von Stress.

Die Kumulation von bestimmten Determinanten verstärken ihren Einfluss auf die Gesundheit. So ist gut belegt, dass sich das Risiko ernsthafter Krankheiten und frühzeitigen Ablebens für Angehörige von Bevölkerungsgruppen, die in gleichzeitig sozial und wirtschaftlich schlechten Verhältnissen leben, gegenüber Angehörigen, die am oberen Ende der Stufenleiter stehen, verdoppelt.³¹⁴

4.2.4 Setting- und zielgruppenspezifische Determinanten psychischer Gesundheit

Bei Interventionen ist zu beachten, dass je nach Anwendungsbereich unterschiedliche Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, für welche unterschiedliche Determinanten im Vordergrund stehen. Je nach Setting und Lebensphase, Sektoren (z.B. Wirtschaft, Bildung, Politik oder Gesundheitsversorgung) oder geografischer Reichweite und Zielgruppen (Geschlecht, Migrationshintergrund) sind verschiedene Determinanten wichtiger als andere. Es würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen, auf Settings oder Sektoren und deren spezifische Determinanten einzugehen.³¹⁵ Der Verweis auf eine Auflistung von empirisch abgestützten wichtigen **Determinanten des subjektiven Wohlbefindens im Jugendalter**³¹⁶ muss hier beispielhaft genügen. Sobald im Rahmen der Strategie und Interventionsplanung Setting und Zielgruppen definiert sind, müssen die je spezifischen Determinanten bestimmt werden.

³¹³ Wilkinson & Marmot (2003, 12f. und 20f.). Dies ist eines der zahlreichen Beispiele für die inkonsistente Verwendung und Vermischung von neutral zu definierenden Determinanten einerseits und Schutz- und Risikofaktoren andererseits.

³¹⁴ S. The social gradient in: Wilkinson & Marmot (2003, 10) sowie Lamprecht et al. (2005, Kpt. 4 Soziale Ungleichheit und Gesundheit).

³¹⁵ Bei Illés & Abel (2002, Kpt. 7.3) finden sich spezifische Determinanten für die Lebensfelder Erwerbstätigkeit, Familie, Schule und Freizeit.

³¹⁶ Siehe nachfolgende Fussnote.

4.3 RISIKOFAKTOREN UND SCHUTZFAKTOREN BZW. RESSOURCEN FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND STRESS

Das Zusammenwirken von Risiko- und Schutzfaktoren mit Determinanten ist in Kapitel 4.2.2 beschrieben worden. Aufgrund des dargestellten Sachverhaltes, dass sich Risikofaktoren zu Schutzfaktoren verändern können und umgekehrt, werden diese beiden Einflussfaktorengruppen gemeinsam dargestellt. Auch bezüglich Risiko- und Schutzfaktoren gilt, dass sie je nach Setting und Lebensphase, Sektoren, geografischer Reichweite und Zielgruppen unterschiedlich sein können und im Rahmen der Interventionsplanung spezifisch zu definieren sind.³¹⁷

4.3.1 Allgemeine Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit

Die nachfolgende Tabelle beschränkt sich auf eine beispielhafte Auflistung allgemein anerkannter Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit in entwickelten Ländern.³¹⁸

³¹⁶ Nach Grob & Jaschinski (2003, 131ff.) und Grob (1999, 247ff.):

Sozioökonomische Rahmenbedingungen: Ein ausreichendes Einkommen, die Möglichkeit, den eigenen Lebenslauf individuell zu gestalten, die Sicherung der Menschenrechte und die Zufriedenheit mit dem Beruf fördern das Wohlbefinden. Wichtiger als das objektive Einkommen ist die Zufriedenheit mit der eigenen finanziellen Situation.

Kritische, belastende Lebensereignisse: Eine Anhäufung von mehr als drei negativen Lebensereignissen in einem Zeitraum von zwei Jahren können die Jugendlichen nicht mehr angemessen bewältigen. Ihr Wohlbefinden wird durch die Häufung von Stressoren nachhaltig beeinträchtigt.

Persönlichkeitsmerkmale: Glückliche Menschen zeichnen sich aus durch ein positives Selbstwertgefühl, Extraversion und Optimismus und vertreten internale Kontrollüberzeugungen bzw. -erwartungen. Menschen mit externalen Kontrollüberzeugungen nehmen ihr Leben als fremdgesteuert wahr.

Kontrollerwartungen: In der Berner Längsschnittstudie von Grob (1999, 248f.) berichteten Jugendliche mit hoher allg. Kontroll-erwartung über eine positivere Lebenseinstellung, ausgeprägteren Selbstwert, grössere Lebensfreude und geringere depressive Stimmung als Jugendliche mit bereichsübergreifend tiefer Kontrollmeinung. Letztere berichteten jedoch nicht über mehr Probleme oder körperliche Beschwerden als die Ersteren. Die Daten weisen darauf hin, dass eine zu hohe Einschätzung der Kontroll-erwartung zu einem früheren Zeitpunkt zu tieferen Zufriedenheitswerten zu einem späteren Zeitpunkt führt. Die Untersuchung legt funktionale und dysfunktionale Ausprägungsgrade an Überschätzung der eigenen Kontrolle nahe. Dysfunktional werden Kontrollerwartungen möglicherweise dann, wenn sie durch die Alltagserfahrung nicht mehr rechtfertigbar sind. – Eine Studie zum Wohlbefinden von Jugendlichen aus den USA und 7 zentral- und osteuropäischen sowie 6 westeuropäischen Kontexten (inkl. Schweiz) zeigt stabile Zusammenhänge zwischen Kontrolle und Wohlbefinden.

Stressbewältigungsstrategien: Bezüglich funktionalen Stressbewältigungsstrategien kommen Grob & Jaschinski (2003) zum Schluss, dass bei Jugendlichen, die bei negativen Gefühlen Ablenkung suchen (aktives Coping), diese Gefühle akzeptieren und versuchen, ihre Stimmungslage durch angenehme Erinnerungen zu verbessern (internales Coping), das Wohlbefinden hoch ist. Gegenteilige Wirkung zeigen die Unterdrückung oder Vermeidung negativer Gefühle oder die Bewältigung mit Hilfe von Aggressionen.

Sozio-kultureller und sozio-politischer Kontext: In derselben Querschnittsstudie aus dem Jahr 1992 wiesen insbesondere die älteren Jugendlichen der ehemaligen sozialistischen Staaten eine weniger positive Lebenseinstellung auf als die westeuropäischen Jugendlichen.

Soziale Beziehungen: Ebenfalls nachgewiesen ist ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Beziehungen und Wohlbefinden als Quelle des Wohlbefindens. Jugendliche, die über ein funktionierendes soziales Netz und befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen verfügen und persönliche Probleme mit Freunden besprechen können, sind mit ihrem Leben zufriedener und weniger problembelastet als isolierte Jugendliche.

³¹⁷ Zapf & Semmer (2004, Kpt. 3, 4 und 5) stellen die strukturellen und personalen Risikofaktoren und Ressourcen in Organisationen detailliert dar.

³¹⁸ Die Auflistung stützt sich auf folgende Quellen: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 189f. u. 195f.), Illés & Abel (2002, 51ff.), Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004c) und Hosman et al. (2004, 20ff.).

Tabelle 6

Gegenüberstellende Übersicht wichtiger Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen für psychische Gesundheit

Risikofaktoren	Schutzfaktoren bzw. Ressourcen
Individuelle Ebene ³¹⁹	
<ul style="list-style-type: none"> • Pessimismus («generalisierte negative Zukunftserwartungen») • mangelnde psychosoziale Kompetenzen wie tiefes Selbstwertgefühl und -vertrauen, negatives Selbstbild, mangelnde Selbstakzeptanz/Selbstachtung • mangelnde Kontakt- und Entscheidungsfähigkeiten • Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit • mangelnde Widerstandsfähigkeit mit den Komponenten mangelnde Willenskraft, Über- oder Unterforderung und Kontrollverlust über sich und die Umwelt • Gefühle der «Sinnleere» • eine negative soziale Orientierung • mangelnde Handlungs- und Lebenskompetenzen, chronische Stressbelastung und Mehrfachbelastungen • Mangel bezüglich Grundbedürfnisse • lebenszyklische Übergänge/Transitionen³²⁰ 	<ul style="list-style-type: none"> • Zuversicht («generalisierte positive Zukunftserwartungen»)³²¹ • ein stabiles Selbst: positives Selbstbild und Selbstwertgefühl, Selbstakzeptanz/Selbstachtung, Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit • generalisierte bzw. gesundheitliche Kontrollüberzeugungen • die Überzeugung, die eigene Lebenslage sowie Lebenskonflikte meistern zu können • Widerstandsfähigkeit (hardiness) mit den Komponenten Engagement, Herausforderung und Kontrolle über sich und die Umwelt • die Fähigkeit zu «Sinnerleben», «Sinnfindung» und Selbstverstehen • eine positive soziale Orientierung • Handlungskompetenzen zur aktiven Problembewältigung und allgemeine Kompetenzen zur Lebensbewältigung und Selbstbehauptung • Befriedigung der Grundbedürfnisse
Ebene der Umwelt	
<ul style="list-style-type: none"> • soziale Desintegration: Sozialer Ausschluss, kulturelle Konflikte, Diskriminierung und Stigmatisierung von Bevölkerungsgruppe inkl. Intoleranz und Misstrauen • Trennungen und Verluste im engsten Kreis • rascher Wertewandel und Mangel eines verbindlichen Orientierungsrahmens in Familie, Schule, Beruf, Freizeit und Gesellschaft • psychisch belastendes Umfeld • Erfahrung von Gewalt oder Misshandlungen, Vernachlässigung in der Kindheit • Chancengleichheit bzgl. Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Unterstützung, Integration und Einbettung in starke soziale Netze, sozialer Frieden und Solidarität inkl. Toleranz und Vertrauen in Gesellschaft, Firma, Partnerschaft, Familie • stabiles Gefüge der engsten Beziehungen • Vorhandensein von Bezugs- bzw. Identifikationspersonen und positiven Rollenmodellen in Familie, Schule, Beruf, Freizeit, Gesellschaft • psychisch gesundes Umfeld • positive Beziehungen und Erfahrungen, insbesondere in Kindheit und Jugend • Chancengleichheit bzgl. Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischer Schicht, Alter und Migrationshintergrund

³¹⁹ Vgl. die 5 *skill clusters* oder Kompetenzgruppen des SEL-Konzeptes (Self Awareness, Social Awareness, Self-Management, Responsible Decision Making, Relationship Skills), das von CASEL, einer Arbeitsgemeinschaft an der Universität von Illinois, entwickelt wurde, das u.a. die Wissenschaft des sozialen und emotionalen Lernens (SEL) fördert (s. Anhang II: S2.1).

³²⁰ S. z.B. Perrig-Chiello (2004, 129ff.).

³²¹ Einige der hier aufgeführten Ressourcen überlappen mit Antonovsky's Kohärenzgefühl und dessen drei Komponenten: Verstehbarkeit der Welt, Handhabbarkeit von Lebenssituationen, Erkenntnis der Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens (s. Kpt. 1.3.2).

-
- fehlende Erwerbstätigkeit
 - autoritäre, totalitäre Erziehung, Bildung, Arbeitswelt, Gesellschaft und Politik mit eingeschränktem Handlungsspielraum
 - einseitig leistungsbezogene und materialistische Lebensorientierung
 - einseitige Technologisierung und Virtualisierung der Arbeitswelt und Freizeit
 - mangelnde soziale und politische Sicherheit, Sozialabbau
 - schlechte Umwelt- und Wohnverhältnisse
 - ausreichende Arbeits- und Tätigkeitsfelder
 - Wahl-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in allen Lebensphasen und -feldern
 - ganzheitliche Lebensorientierung
 - qualitativ hoch stehendes, ganzheitliches Bildungs- und Gesundheitssystem
 - stabile demokratische Staatskultur, Volkswirtschaft und Sozialwerke
 - intakte natürliche Umwelt
-

So wie die Kumulation von Risikofaktoren in einer Bevölkerungsgruppe diese als besonders vulnerabel und grundsätzlich für Präventionsinterventionen relevant herausstellt, sollten Massnahmen der Gesundheitsförderung auf die Stärkung von mehreren einschlägigen Schutzfaktoren ausgerichtet werden. Dasselbe gilt für Interventionen im Bereich Stress und den nachfolgenden Abschnitt.

4.3.2 Spezifische Schutzfaktoren und Ressourcen in Bezug auf Stress

Die Risikofaktoren für Stress sind im Rahmen der Darstellung der Stressoren bereits aufgeführt worden (Kpt. 3.2.1). Zu den oben aufgelisteten können als spezifische Schutzfaktoren gegen Stress folgende, sich teilweise überlappende Ressourcen ergänzend bzw. präzisierend angeführt werden:³²²

Individuelle Ebene

Hierher gehören in erster Linie das aktive **Coping**, das heisst die Fähigkeit zur aktiven Bewältigung von kritischen Lebensereignissen und Lebensübergängen und von alltäglichen und chronischen Stressbelastungen sowie die Fähigkeit zum alltäglichen Umgang mit Konflikten, Krankheit, Behinderung und altersbedingter Hilfsbedürftigkeit.³²³ Weitere aktive Coping-Fähigkeiten sind beispielsweise:

- Stress- und Angstbewältigungskompetenzen wie Priorisierung, Abgrenzungsfähigkeit, realistische Einschätzung und Aktivierung der potentiellen inneren und äusseren Ressourcen inkl. Feststellen der Stressursachen, bewusste Stressverarbeitung, Humor, Entspannungsfähigkeiten, proaktive Vermeidung von Stressoren durch antizipierendes, präventives Verhalten,
- allgemeine Widerstandsfähigkeiten wie psychische und physische Resilienz und Standfestigkeit gegen sozialen Druck, das heisst innere Autonomie und die Fähigkeit, äussere Autoritäten, Gruppen und Normen kritisch zu hinterfragen,
- Entscheidungs-, Kontakt- und Konfliktfähigkeiten,
- Affektregulation (Fähigkeit, Gefühle wahrzunehmen und mit ihnen umzugehen),
- Problemlösefähigkeit einschliesslich Fähigkeit zu eigenständigen kreativen Visionen sowie zur Zielsetzung und Zielerreichung,
- Anpassungsfähigkeit bzw. situative Flexibilität bzw. Fähigkeit zur Veränderung von Lebensbedingungen,
- angemessene internale und externale Kontrollüberzeugungen,
- Liebesfähigkeit, Sexualität und die Fähigkeit, emotional bedeutsame Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten inkl. Pflege sozialer Kontakte,
- ausgewogene Ernährung, regelmässige Bewegung, ausreichende Entspannung.

³²² In Anlehnung an Illés & Abel (2002, 50), Hosman et al. (2004, 23), Lattmann & Rüedi (2003, 277) und die Handlungskonzepte in Kpt. 4.1.

³²³ Vgl. die Definition von Coping in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 135). Zu Klassifikation und Wirksamkeit von Coping siehe Kapitel 3.2.2.3.

Ergänzend dazu tragen allgemeine **Lebenskompetenzen** (life skills) zu einer günstigen Stressbewältigung bei.³²⁴ Beispiele dafür sind:

- Geben- und Annehmenkönnen von Hilfe,
- Fähigkeit zur rechtzeitigen und gezielten Inanspruchnahme professioneller Hilfe,
- Fähigkeit zu Aufbau, Aufrechterhaltung und Nutzung von sozialen Kontakten und zur Organisation professioneller und informeller sozialer Unterstützung,
- Fähigkeit und Mut zum Ausdruck eigener Befindlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse,
- Fähigkeit zur Abwägung individueller Gesundheitsrisiken und zur Umgestaltung der eigenen Lebensweise.

Strukturelle Ebene

Wie schon mehrfach betont, braucht es ein günstiges soziales und ökonomisches Umfeld, damit die erwähnten individuellen Coping-Fähigkeiten entwickelt werden und zum Tragen kommen können. Trotz Überschneidungen und Wiederholungen von bereits erwähnten Schutzfaktoren betreffend allgemeine psychische Gesundheit seien hier noch einmal einige genannt:

- Sichere und günstige Bedingungen während Kindheit und Adoleszenz,
- soziale und ökonomische Sicherheit,
- Chancengleichheit bezüglich Bildung, Erwerbstätigkeit, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Alter und Migrationshintergrund,
- Netzwerke, die soziale Unterstützung und Integration ermöglichen,³²⁵
- Integration statt Ausgrenzung auf den verschiedensten Ebenen (kulturell, arbeitsmarktlich, schulisch, familiär etc.),
- Partizipations- und Einflussmöglichkeiten in Politik, Wirtschaft und im privaten Bereich für alle Altersgruppen,
- gesunde Arbeitsbedingungen einschliesslich Gratifikationen wie Belohnung, Wertschätzung und Chancen,³²⁶
- Handlungsspielräume in allen Lebensbereichen,
- Empowerment-Strategien und ressourcenfördernde Strukturen in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Wirtschaft und in der öffentlichen Verwaltung,
- gesunde und sichere Umwelt.

Auch hier gilt, dass nach Festlegung von Setting und Zielgruppen die jeweils spezifischen Risiko- und Schutzfaktoren zu identifizieren sind.³²⁷

³²⁴ Zu den Lebenskompetenzen gehören insbesondere psychosoziale Kompetenzen, das heisst Fähigkeiten, die einen angemessenen Umgang sowohl mit den Mitmenschen als auch mit Problemen und Stresssituationen im alltäglichen Leben ermöglichen: Definition der WHO in: Lattmann & Rüedi (2003, 277).

³²⁵ S. Perrig-Chiello (2004).

³²⁶ S. Zapf & Semmer (2004).

³²⁷ Bei Kolip (2000) findet sich eine nach Veränderbarkeit und Evidenz bewertete Liste von Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen, bei Udris et al. (1992b) sowie Polenz & Becker (1997, 10ff.) die Darstellung von Ressourcen im Setting Betrieb.

4.4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassung

Konzepte für Interventionen

- Die globalen Konzepte der Lebensqualität (Ansatz von Gesundheitsförderung Schweiz), des Wohlbefindens (Carol Ryff) sowie des sozialen und kulturellen Kapitals werden dargestellt.
- Als setting- und zielgruppenspezifische Konzepte werden das Modell des Sozial- und Humankapitals in Betrieben, die organisationalen Stressbewältigungskonzepte von Karasek und Siegrist, die Resilienz und als settingübergreifendes Konzept ein *Life Balance*-Modell aufgeführt.

Determinanten psychischer Gesundheit und Krankheit

- Determinanten werden als neutrale Bedingungen für Gesundheit und Krankheit definiert, die durch Risiko- und Schutzfaktoren positiv oder negativ beeinflusst bzw. moderiert werden.
- Ausgehend vom EUHPID-Modell werden individuelle und Umwelt-Determinanten unterschieden. Die ersteren sind v.a. psychischer und psychosozialer Art, die letzteren betreffen soziale und interaktive, sozio-strukturelle und soziokulturelle bis hin zu ökonomischen und ökologischen Determinanten.

Risiko- und Schutzfaktoren bzw. Ressourcen

- Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Gesundheit in entwickelten Ländern werden in einer Übersicht auf der individuellen und umweltbezogenen Ebene aufgeführt. Je nach Setting und Lebensphase, Sektoren, geografischer Reichweite und Zielgruppen (z.B. sozioökonomische Schicht) sind verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren (und Determinanten) wichtiger als andere. Das Risiko von Morbidität und Mortalität für Angehörige von Bevölkerungsgruppen, die gleichzeitig in sozial und wirtschaftlich schlechten Verhältnissen leben, verdoppelt sich gegenüber Angehörigen, die am oberen Ende der Stufenleiter stehen. Erwerbslosigkeit und Stress sind ebenso gut belegte, settingübergreifende Risikofaktoren für psychische Gesundheit.
- Die stressrelevanten Risikofaktoren sind identisch mit den in Kapitel 3.2.1 dargestellten Stressoren. Als stressspezifische Schutzfaktoren und Ressourcen werden auf der individuellen Ebene die zentralen Coping-Fähigkeiten und Lebenskompetenzen (life skills), insbesondere psychosoziale Kompetenzen aufgeführt. Ebenso wichtig sind strukturelle Faktoren wie ein günstiges soziales, ökonomisches und ökologisches Umfeld, das heisst soziale Unterstützung, Integration und Partizipationsmöglichkeiten sowie soziale, ökonomische und ökologische Sicherheit.

Schlussfolgerungen

- Es ist eine Reihe praxiserprobter Konzepte verfügbar, die als Wissenschaftsbasierung für Interventionen geeignet sind. Interventionen, die z.B. die Resilienz von Kindern und Jugendlichen stärken, sind geeignet, deren Stressresistenz zu stärken.³²⁸
- Die Globalziele im Bereich psychische Gesundheit und Stress sind abgesteckt und die diesbezüglichen Determinanten und Risiko- und entsprechenden Schutzfaktoren bekannt.
- Im Rahmen der Interventionsplanung sind je nach ausgewähltem Setting, Zielgruppe und Lebensphase, angesprochenen Sektoren und geografischer Reichweite sowohl Konzept als auch Haupt-Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren kontextgerecht zu identifizieren.
- Die Kumulation von Risikofaktoren in einer Bevölkerungsgruppe stellt diese als besonders vulnerabel und für Interventionen relevant heraus. Massnahmen können jedoch ebenso an den entsprechenden Schutzfaktoren ansetzen.
- Grundsätzlich sind Interventionen, die auf mehreren Ebenen ansetzen, erfolgreicher.

³²⁸ S. Grob (1997, 1998).

5. Strategien und Interventionen

In Kapitel 3 ist der Handlungsbedarf für Stress-Interventionen bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings aufgezeigt worden. Im vorangehenden Kapitel 4 ist das für Interventionen relevante Fachwissen zusammengefasst worden. In diesem Hauptkapitel geht es nun darum, aufzuzeigen, welche Strategien und Interventionsprogramme bzw. Einzel-Interventionen bei welchen Zielgruppen und Settings auf welche Weise erfolgreich umgesetzt worden sind. Zunächst werden aktuelle und zukunftsweisende Policies³²⁹ und Strategien auf EU-Ebene und zweier Länder dargestellt, bevor Interventionsprogramme und Einzel-Interventionen für die verschiedenen Settings und Zielgruppen sowie spezifische Themen behandelt werden.³³⁰ Das Kapitel schliesst mit Hinweisen auf Schnittstellen zum Kernthema «gesundes Körpergewicht» sowie einer Zusammenfassung und Schlussfolgerungen.

5.1 EUROPÄISCHE UND NATIONALE STRATEGIEN

In diesem Kapitel werden nach Relevanz und Aktualität ausgewählte Umsetzungsstrategien auf europäischer Ebene sowie zwei erfolgreiche bzw. Erfolg versprechende nationale bzw. überregionale Gesamtstrategien zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen dargestellt. Die dargestellten Strategien werden jeweils durch den Autor in Bezug auf ihre Relevanz für die Schweiz bzw. bezüglich ihres Policy- und Strategiepotenzials eingeschätzt.

5.1.1 Europäische Umsetzungsstrategien

Im Kapitel 1.2.3 sind die politischen Grundstrategien der WHO sowie der WHO Region Europa im Bereich psychische Gesundheit kurz dargestellt worden. An dieser Stelle wird in Bezug auf die Umsetzung auf sechs aktuelle, Erfolg versprechende Policy- und Strategie-Entwicklungen fokussiert. Zwei betreffen die psychische Gesundheit allgemein und werden von einem Netzwerk³³¹ bzw. einer Projektorganisation getragen. Die anderen vier Umsetzungsstrategien beziehen sich auf ein Thema bzw. ein Setting und stützen sich auf eine Allianz bzw. eine europäische Strategie im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ab.

5.1.1.1 *Implementing Mental Health Promotion Action IMHPA*

IMHPA ist ein europäisches Netzwerk mit Sitz in den Niederlanden, das in staatlichen und privaten Organisationen Europas breit abgestützt ist. Seit April 2005 arbeitet IMHPA daran, eine europäische Plattform für die Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen zu werden, an welcher 29 europäische Länder sowie mehrere Netzwerke und Nicht-Regierungsorganisationen beteiligt sind. Das Netzwerk hat in kurzer Zeit eine Internet-gestützte Datenbank für evidenzbasierte Programme und Policies, Länder-Profile, Schulungs-Handbücher und Policy-Dokumente erarbeitet. Im Auftrag vom IMHPA haben Jané-Llopis und Anderson kürzlich auf der Grundlage zahlreicher Vorarbeiten und dem Aktionsplan der EU-Konferenz von Helsinki 2005,³³² eine konzise Policy für die Förderung der psychischen

³²⁹ Programme der Politik inkl. Strategien und Massnahmen; vgl. Linder & Vatter (2002).

³³⁰ Intervention bedeutet «Dazwischentreten» zwischen eine Person, Gruppe oder Population einerseits und einem Problem oder Bedürfnis bzw. Bedarf andererseits. S. die Definition in: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz (2005, 91f.). Im Zusammenhang des vorliegenden Berichts wird Intervention als professionelles, geplantes methodisches Vorgehen im Hinblick auf ein Ziel der Gesundheitsförderung oder Prävention definiert. Interventionen in diesen Handlungsfeldern sind gezielte Versuche, die Entwicklung von Menschen, Gruppen und Organisationen in Richtung mehr selbstbestimmter Lebensgestaltung, gesellschaftlicher Partizipation und verbesserter Gesundheit und Lebensqualität zu ermöglichen.

³³¹ Im Bereich psychische Gesundheit allein gibt es zahlreiche nationale und internationale Netzwerke. www.telehealth.net/calendar/alpha.html bietet Informationen zu fast 5000 einschlägigen Organisationen, z.B. www.eurohealthnet.org mit dem Projekt «Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in the EU Member States and Applicant Countries (IMEP)», www.gnmh.de German Network for Mental Health oder www.imhpa.net Implementing Mental Health Promotion Action Network, das unten beispielhaft dargestellt wird; speziell mit den volkswirtschaftlichen Aspekten beschäftigt sich www.mentalhealth-econ.org European Mental Health Economics Network.

³³² WHO European Ministerial Conference (2005b). S. die in Kapitel 1.2.3 aufgeführten Prioritäten.

Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen in Europa vorgelegt.³³³ Die in Kapitel 1.2.3 angeführte WHO-Strategie weiterentwickelnd wird darin empfohlen, dass jedes Land eine eigene Umsetzungsplanung entwickelt, die sich an den nachstehenden **10 Handlungsfeldern** und 5 Grundprinzipien orientiert, die alle evidenzbasiert sind.³³⁴

- 1 Unterstützung von Eltern während der Schwangerschaft und Unterstützung der frühen Lebensjahre
- 2 Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule
- 3 Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz
- 4 Förderung der psychischen Gesundheit im Alter
- 5 Unterstützung von Risikogruppen für psychische Störungen
- 6 Prävention von Depression und Suizid
- 7 Prävention von Gewalt und schädlichem Konsum psychoaktiver Substanzen
- 8 Einbezug der primären und sekundären Gesundheitsversorgung
- 9 Reduktion von Benachteiligung und Prävention von Stigmatisierung
- 10 Verbindung mit anderen Sektoren

Die **5 Grundprinzipien** sind:

- I. Verbreiterung der Wissensgrundlagen in Bezug auf psychische Gesundheit
- II. Unterstützung einer wirksamen Umsetzung
- III. Aufbau von Ressourcen und Weiterbildung der Fachleute
- IV. Einbindung verschiedener Partner
- V. Evaluation der Wirkung von Strategie und Programm

Einschätzung des Autors der Relevanz von IMHPA für die Schweiz

*Die Policy von IMHPA ist sowohl inhaltlich als auch politisch breit abgestützt und mit den wichtigsten aktuellen und globalen Policies und Strategien im Bereich psychische Gesundheit kompatibel. Das nicht staatliche Netzwerk ist umsetzungsorientiert und bietet dafür hilfreiche Instrumente an. Eine Beteiligung der Schweiz ist für eine allfällige Umsetzung prüfenswert, da es sich um ein Netzwerk mit Zugang zu hoher Expertise und Vernetzung zu wichtigen internationalen Netzwerken handelt, in welchen schweizerische Institutionen bereits Mitglied sind.*³³⁵

5.1.1.2 Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries EMIP

EMIP ist eine von der EU mitfinanzierte Projektorganisation, die von den sieben wichtigsten, international tätigen europäischen Partnern im Bereich psychische Gesundheit mitgetragen wird, u.a. vom *Federal Institute for Occupational Safety and Health FIOSH*, *EuroHealthnet*, *European Public Health Alliance EPHA*, *STAKES*, *WHO-Euro Network for Suicide Research and Prevention* sowie *IMHPA* (s.o.). Das Ziel von EMIP ist die Schaffung einer Umsetzungsstrategie für die Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Störungen auf europäischer, nationaler, regionaler und lokaler Ebene. Zu diesem Zweck sind inzwischen Richtlinien entwickelt worden.³³⁶

Das Projekt baut auf den Erkenntnissen einer europäischen, evidenzbasierten Grundlagenstudie auf, die eine europäische Umsetzungsstrategie für die Bewältigung von Angstzuständen, Depressionen und stressverursachten Störungen in drei Lebensphasen erarbeitete:³³⁷ Kindheit und Adoleszenz,³³⁸ Erwerbstätigkeit sowie Alter. Dazu gehören *Best Practice*-Modelle und ein Policy Report mit evidenzbasierten

³³³ Jané-Llopis & Anderson (2005).

³³⁴ Gemäss Mail-Kommunikation von Jané-Llopis. Die Umsetzung der einzelnen Handlungsfelder und Grundprinzipien wird anhand von zahlreichen Teilstrategien illustriert. Im Herbst 2005 soll die Begleitpublikation mit sämtlichen Modell-Programmen und Programm-Ergebnissen publiziert werden.

³³⁵ Zur Bedeutung von gezielten Beteiligungen an gut organisierten Netzwerken s. Broesskamp-Stone (2004).

³³⁶ EuroHealthNet et al. (2005) bzw. www.mentalhealth.epha.org/; vgl. European Commission (1999).

³³⁷ Kuhn K. et al. (2004) mit 3 Teil-Berichten, die Beispiele von *Good* bzw. *Best Practices* enthalten: *Children, Adolescents and Young People up to 24 years in educational and other relevant settings, Sector: Working adults* (FIOSH), und *Sector: Older People* (EuroHealthNet et al.). EMIP EuroHealthNet et al. (2005) bzw. Lehtinen (2004) bauen auf Kuhn K. et al. (2004) auf.

³³⁸ Aus der Sicht des vorliegenden Berichts gehören Kinder und Jugendliche nicht derselben Lebensphase an so wie sie zwei verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen darstellen, die je für sich zu analysieren und anzugehen sind.

Empfehlungen für die Umsetzung von Programmen in diesen drei Lebensphasen. Umgesetzt werden soll das EMIP-Projekt im strategischen Rahmen von drei Handlungsfeldern des Aktionsplans für psychische Gesundheit von Helsinki, welche die Gesundheitsförderung und Prävention betreffen sowie im Rahmen der oben dargestellten Policy von IMHPA, die auf folgende Hauptaspekte reduziert worden sind: spezifisches Tätigkeitsgebiet; Ziele und Ergebnisse; Zeitachsen; Hauptträger; Interessensvertreter; Akteure; Hindernisse; Hürden und Herausforderungen.

In einem ersten Schritt werden in diesem Jahr in dreizehn europäischen Ländern nationale Workshops durchgeführt als Grundlage für einen nationalen Aktionsplan. In einem zweiten Schritt wird 2006 eine Konferenz Gelegenheit zum Benchmarking geben. Die Schweiz ist derzeit noch nicht beteiligt.

Einschätzung des Autors der Relevanz von EMIP für die Schweiz

Die Zielsetzungen von IMHPA und EMIP ergänzen sich. EMIP scheint stärker politisch und für teilnehmende Staaten verbindlicher ausgerichtet zu sein als IMHPA. Bei einer Beteiligung wäre der erste Ansprechpartner in der Schweiz der Bund. Auch ohne formelle Mitgliedschaft wäre die Beteiligung aus fachlicher Sicht möglicherweise sinnvoll.

5.1.1.3 Europäische Allianz gegen Depression EAAD³³⁹

Auch EAAD ist ein von der EU mitfinanziertes Projekt, dem sich bis heute achtzehn europäische Regionen angeschlossen haben. Von der Längs- und Querschnittstudie werden harte Evidenzen zur Wirksamkeit der vier Ebenen des Interventionsprogramms erwartet: Zusammenarbeit mit Hausärzten, Öffentlichkeitsarbeit, Schulungen der Multiplikatoren (Pfarrer, Sozialarbeiter, Medien etc.) sowie Spezialangebote für stark gefährdete Risikogruppen und Selbsthilfe-Aktivitäten. Das Programm basiert auf den positiven Erfahrungen mit der vergleichbaren Interventionsstudie zum *Nürnberger Bündnis gegen Depression*, das weiter unten aufgeführt wird (Kpt. 5.2.7).

5.1.1.4 Europäische Strategien im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU

Die Europäische Union hat sich betreffend betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) 1997 mit der Luxemburger Deklaration für das 21. Jahrhundert eine grundlegende Ausrichtung gegeben.³⁴⁰ Ihre nachfolgenden Leitlinien beruhen auf der Annahme, dass gesunde, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter sowohl in sozialer als auch ökonomischer Hinsicht Voraussetzung für den zukünftigen Erfolg der Europäischen Union sind:

- Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
- BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
- Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
- BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Massnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (Ganzheitlichkeit).

European Network for Workplace Health Promotion ENWHP Strategy 2002–08³⁴¹

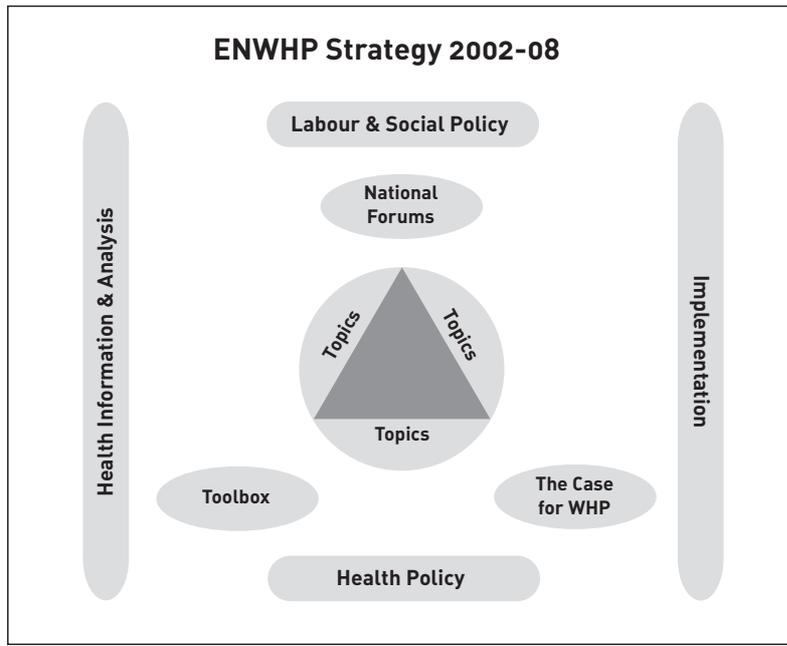
Zwecks Förderung der Umsetzung der Luxemburger Deklaration (s.o.) wurde das Europäische Netzwerk ENWHP gegründet, das u.a. nachahmenswerte Praxisbeispiele zur BGF identifizieren und verbreiten soll. Zentral in der ENWHP-Strategie 2002–08 ist das nachfolgend abgebildete strategische Dreieck mit der Bildung nationaler Foren und der Verfügbarkeit einer umfassenden Toolbox³⁴² und eines politischen Argumentariums.

³³⁹ S. die Webseite der European Alliance Against Depression: www.eaad.net sowie Europäische Kommission (2004).

³⁴⁰ Europäische Kommission (1997).

³⁴¹ In Anlehnung an Kohlbacher (2005).

³⁴² European Network for Workplace Health Promotion (2004).

Abbildung 14Das strategische Dreieck des ENWHP³⁴³

Die Strategie steht im Kontext zweier übergeordneter europäischer Policies, der *Lissabon Agenda* der EU sowie der Entwicklung eines «Europas der Gesundheit» im Rahmen einer europäischen Gesundheitspolitik. Die Aktivitäten des ENWHP sollen einen Beitrag zu den Zielen «Reduktion von Ungleichheit», «Entwicklung eines europäischen Gesundheitssysteminformationssystems» und «Verbesserung wichtiger Gesundheitsdeterminanten mit Auswirkung auf alle relevanten Settings im Arbeits- und Freizeitleben» dieser europäischen Gesundheitspolitik leisten. Die Schweiz ist aktives Mitglied des ENWHP-Netzwerkes.

Neue Gemeinschaftsstrategie der EU für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002–2006³⁴⁴

In der Europäischen Union besteht der Konsens, dass Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu den komplexesten und wichtigsten Bereichen sowohl ihrer Gesundheits- als auch ihrer Sozialpolitik gehören. In den drei Merkmalen verknüpft die neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002–2006 die Public Health-Perspektive mit den sozialen und psychischen Aspekten von BGF:

- In Anlehnung an die *International Labour Organisation ILO* geht die Strategie vom «globalen Konzept des Wohlbefindens bei der Arbeit» aus. Dabei will sie die Veränderungen in der Arbeitswelt und das Auftreten neuer, insbesondere psychosozialer Risiken berücksichtigen und auf eine Verbesserung der *Qualität der Arbeit* abzielen. Hierfür stellt eine gesunde und sichere Arbeitsumgebung eine unverzichtbare Voraussetzung dar.
- Die Strategie beruht ferner auf der *Konsolidierung einer Kultur der Prävention* von Risiken, auf der *Kombination verschiedener politischer Instrumente* (Rechtsvorschriften, sozialer Dialog, innovative Vorgehensweisen und Ermittlung von *Best Practices*, soziale Verantwortung der Unternehmen, wirtschaftliche Anreize) sowie auf dem *Aufbau von Partnerschaften* zwischen allen Akteuren im Bereich Gesundheit und Sicherheit.
- Die Strategie will schliesslich zeigen, dass eine ehrgeizige Sozialpolitik ein *Wettbewerbsfaktor* ist und dass im Gegensatz dazu «Nichtpolitik» Kosten verursacht, die Wirtschaft und Gesellschaft schwer belasten.³⁴⁵

³⁴³ BKK Bundesverband (2004).

³⁴⁴ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002).

³⁴⁵ Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002, 3).

Einschätzung des Autors der Relevanz der drei europäischen Strategien im Bereich BGF für die Schweiz

Die dargestellten BGF-Strategien ergänzen einander bzw. bauen aufeinander auf. Die Luxemburger Deklaration stellt eine zukunftsorientierte Grundlage dar, die – anders als die meisten Ansätze der USA – nicht nur die personenbezogene Ebene, sondern auch die System-Ebene einbezieht. Ausserdem verfolgt sie einen ganzheitlichen, ressourcenorientierten Ansatz und verankert die Netzwerkarbeit. Die Gemeinschaftsstrategie der EU kann auf der politischen Ebene wichtige Impulse geben. Von ihrer Teilnahme am ENWHP-Netzwerk über das *seco* profitiert die Schweiz auf der Umsetzungsebene (z.B. Schaffung eines nationalen Forums für BGF, Toolbox) bereits heute. Die Zusammenarbeit kann u.U. noch intensiviert werden.

5.1.2 Umsetzungsstrategien zweier Staaten

Dieser Abschnitt soll im Sinne des Wissensmanagement Aufschluss darüber geben, ob Gesundheitsförderung Schweiz von nationalen Policy- und Strategie-Ansätzen im Bereich psychische Gesundheit profitieren kann. Zu diesem Zweck wurden zwei bezüglich geografischer Grösse, Strategie und methodischem Ansatz unterschiedliche Beispiele ausgewählt: Schottland sowie der australische Bundesstaat Victoria.³⁴⁶

5.1.2.1 Australien: *The Victorian Health Promotion Foundation VicHealth*³⁴⁷

Die australische Regierung hat bereits 1997 für psychische Gesundheit eine nationale Strategie definiert. *VicHealth* war weltweit eine der ersten Organisationen, die einen umfassenden, langfristigen evidenzbasierten Referenzrahmen für die Förderung der psychischen Gesundheit (1999–2002) erarbeitete und umsetzte. Derselbe Referenzrahmen ist im Aktionsplan 2005–2007 – *Promoting Mental Health and Well-being* – weiterentwickelt worden und wird im Anhang I wiedergegeben. Er geht von drei Hauptfaktoren psychischer Gesundheit aus: Soziale Integration, Freiheit von Gewalt und Diskriminierung sowie Zugang zu ökonomischen Ressourcen wie Arbeit, Bildung und Einkommen. Nicht nur Kompetenzerweiterung von vulnerablen Gruppen, sondern v.a. die Unterstützung von Gemeinden und Organisationen, die gesundheitsförderliche Umwelten schaffen, stehen auf dem Programm. Die handlungsrelevanten Settings werden durch die Freizeit und die Verbindung mit den verschiedenen Sektoren ergänzt. Der mittel- und langfristige Nutzen von Programmen wird auf individueller, organisatorischer und die Settings und Gesellschaft betreffender Ebene definiert und gemessen. *VicHealth* evaluiert und publiziert laufend die Ergebnisse und Erkenntnisse ihrer durchgeführten Interventionsprogramme.³⁴⁸

Einschätzung des Autors des Policy- und Strategiepotenzials

Die Stärken dieses Strategie-Modells liegen in seinem systematischen Aufbau und seiner stringenten Argumentation, seiner betonten Evidenzbasierung und permanenten Weiterentwicklung sowie in der internationalen Vernetzung. *VicHealth* ist eine Schwesterorganisation von Gesundheitsförderung Schweiz. Die bestehenden engen Arbeitsbeziehungen könnten für den angesprochenen Themenbereich effizient genutzt werden.

5.1.2.2 Schottland

Schottland verfügt für die Periode 2003–2006 über einen Aktionsplan – *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being* –, der auf den Resultaten einer nationalen, zukünftig alle zwei Jahren wiederholten Erhebung zu den Haltungen der Bevölkerung gegenüber psychischer Gesundheit und Krankheit sowie zahlreichen Gesprächen mit nationalen und lokalen Partnern basiert.³⁴⁹ Das Programm definiert vier Hauptziele:

- Bewusstsein erwecken sowie psychische Gesundheit und Wohlbefinden fördern
- Stigma und Diskriminierung eliminieren

³⁴⁶ Auch Neuseeland soll über eine innovative, ethnische Minderheiten (Maori) berücksichtigende Umsetzungsstrategie im Bereich psychischer Gesundheit verfügen.

³⁴⁷ Victorian Health Promotion Foundation (2005) bzw. www.vichealth.vic.gov.au.

³⁴⁸ S. www.vichealth.vic.gov.au u.a. bezüglich Programme für MigrantInnen, ländliche Gemeinschaften und junge Menschen.

³⁴⁹ Für die Resultate der ersten Erhebung im Jahr 2002 s. <http://www.scotland.gov.uk/library5/health/wwdy-00.asp>. Die zweite Erhebung stammt aus dem Jahr 2004 und wurde am 7.1.2005 publiziert: www.scotland.gov.uk/library5/health/pamhs-00.asp.

- Suizid vorbeugen
- Heilungsprozesse fördern und unterstützen.

Für jedes Ziel werden die nationalen Hauptträger, lokalen Hauptakteure und Hauptaktionen definiert. Gemeinsam mit und durch Partner sollen diese Ziele gleichzeitig in allen Lebensphasen und prioritären Settings erreicht werden, das heisst in der frühen Kindheit, bei Kindern und Jugendlichen, im Betrieb und Arbeitsleben, im Alter und in Gemeinschaften. Ausserdem sollen die Fähigkeiten der öffentlichen Dienste bezüglich Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention psychischer Krankheiten verbessert werden. Für jedes Handlungsfeld werden zwecks Fokussierung 3–5 konkrete Interventionsstrategien definiert.

Das Gesamtprogramm wird zusammengehalten und die regionalen und lokalen Programme gefördert durch ein Paket von nationalen Dienstleistungen bezüglich Evidenzbasierung, Forschung, Evaluation, Indikatoren, Information und Erfahrungsaustausch.

Das nationale Programm ist ein wichtiger Teil der integrativen Politik von Schottlands Exekutive bezüglich verbesserter Gesundheit und Chancengleichheit für Menschen mit psychischen Problemen.

Einschätzung des Autors des Policy- und Strategiepotenzials

Der vorliegende Plan erlaubt keine Rückschlüsse bezüglich Evidenzbasierung. Teile seiner Umsetzung werden zur Zeit evaluiert. Die Stärken des Modells liegen in seiner stabilen politischen Einbettung (Kombination der bottom-up- und top-down-Strategie), konsequenten Bedürfnis- und Praxisorientierung und damit in seiner massgeschneiderten Umsetzung und voraussichtlich hohen Akzeptanz.

5.2 INTERVENTIONEN

Dieses Kapitel soll die Frage beantworten, ob es Interventionen bzw. Interventionsprogramme³⁵⁰ gibt, deren Wirksamkeit belegt ist und die für eine allfällige längerfristige Umsetzung in der Schweiz geeignet und relevant sind. Das Kapitel fokussiert deshalb auf erfolgreiche oder Erfolg versprechende nationale und internationale Interventionen, die bestimmte Risiko- und Schutzfaktoren im Stressentwicklungsprozess bzw. einzelne Stressoren positiv beeinflussen. Dazu gehören nicht nur abgeschlossene Interventionsprogramme und Projekte, sondern auch Ansätze, die bei geeigneter Evaluation Evidenz schaffen können.

5.2.1 Vorbemerkungen

In Übereinstimmung mit unserem konzeptionellen Grundansatz (s. Kpt. 1.3) werden nur Interventionen zu psychischer Gesundheit und Stress berücksichtigt, die entweder die Gesundheitsförderung oder Prävention (insbesondere die Primärprävention) bestimmter, für die psychische Gesundheit oder stressrelevante Verhältnisse und Verhalten zum Ziel haben. Psychotherapeutische und psychiatrische Interventionsprogramme werden nicht berücksichtigt.³⁵¹ Desgleichen bleiben Programme, deren Hauptfokus auf der Suchtprävention liegt und die durch das Bundesamt für Gesundheit abgedeckt werden, ausgeblendet.³⁵² Interventionen, die spezifisch für die Verbesserung der psychischen Gesundheit in Entwicklungs- und Schwellenländern durchgeführt wurden und für die in hochentwickelten Ländern, wie der Schweiz, *a priori* kein Handlungsbedarf besteht (z.B. Grund-Ernährung und -Bildung; Behausung; Verschuldung gegenüber Kreditgebern verbunden mit dem Verlust von Selbstbestimmung und Eigenständigkeit), wurden ebenfalls nicht einbezogen. Andererseits wurde der Fokus insbesondere in jenen Settings auf weitere,

³⁵⁰ Interventionsprogramme bezeichnen nicht einzelne Massnahmen oder Projekte, sondern sind grössere, längerfristig angelegte Programme, die mehrere Einzel-Interventionen bzw. Einzel-Projekte integrieren.

³⁵¹ Einen internationalen Überblick gibt Hosman et al. (2004, 47ff.).

³⁵² Ein aktueller, internationaler Überblick findet sich ebda., 45ff.

stressverwandte Aspekte der psychischen Gesundheit ausgeweitet, wo evaluierte Programme zu Stress fehlen wie in den Settings Gemeinde/Gemeinwesen und soziale Institution.

In Übereinstimmung mit dem weiter gefassten **Evidenzbegriff** von Gesundheitsförderung Schweiz werden nicht nur Interventionsstudien berücksichtigt, für die eine positive Wirksamkeit nach RCT-Standard³⁵³ nachgewiesen werden konnte, sondern auch gut evaluierte oder Erfolg versprechende Interventionen und der angemessene Einsatz von Erkenntnisquellen und Methoden, die in der Public Health-Wissenschaft und -Praxis erprobt sind.³⁵⁴

Gemessen am breiten Themenspektrum zeigt sich die **Quellenlage** evidenzbasierter Studien teilweise dürftig und unausgewogen. Einem Dutzend Reviews und etwa zwei Dutzend Meta-Analysen zu Aspekten psychischer Gesundheit im Allgemeinen und zu Stress im Besonderen steht eine sehr grosse Anzahl von Fallstudien gegenüber. Auffällig ist die Konzentration von Reviews und Meta-Analysen auf die Settings Betrieb und Schule sowie Familie, indessen es v.a. zum Setting soziale Institution und randständigen Gruppen noch wenige Studienevaluationen gibt. Der grösste Teil der Studien entstammt dem angelsächsischen Bereich, v.a. aus den USA.

Unter dem Dach der WHO sind im Jahr 2004 Zusammenfassungen von zwei umfassenden Reviews zu evidenzbasierten Interventionen im Bereich psychischer Gesundheit³⁵⁵ und psychischer Störungen³⁵⁶ veröffentlicht worden, die demnächst in Vollversion zugänglich sein sollen.³⁵⁷ Diese Quellen werden ergänzt durch Reviews zu bestimmten Themenbereichen und Meta-Analysen sowie grössere evaluierte Fallstudien, die häufig in anderen geographischen Gebieten oder Ländern multipliziert worden sind. Sammlungen von Fallstudien konnten nicht berücksichtigt werden.³⁵⁸ Quellen, die sich hauptsächlich mit ökonomischen Evaluationen befassen, sind mit einer Ausnahme (Kpt. 5.2.4.6) nicht berücksichtigt worden.³⁵⁹

Die **Heterogenität** der Studien bezüglich thematischer Studiendichte, Fragestellungen, Rahmenbedingungen, Design und Grösse entspricht der thematischen Bandbreite und widerspiegelt sich auch in ihrer ebenso heterogenen Darstellung bezüglich Umfang und Detaillierungsgrad. Für die nachfolgende Darstellung gilt der Beispiel- und Modellcharakter des vorliegenden Dokumentes in besonderem Mass. Zwecks verbesserter Übersicht werden nachfolgend nur die wesentlichsten Ergebnisse der berücksichtigten Interventionen und Interventionsprogramme zusammengefasst. Für Kurzbeschreibungen und Quellenangaben wird auf **Anhang II** verwiesen. Aktuelle nationale und überregionale Programme und Projekte im Themenbereich sind in Anhang III aufgeführt. Die Verweise auf Anhang II verwenden die dort angegebene Referenzierung: Die Interventionen werden pro Setting und Interventionsthema durchnummeriert.³⁶⁰ Am Schluss werden themenspezifische Interventionen zusammengefasst.

5.2.2 Setting Gemeinde/Gemeinwesen

5.2.2.1 Interventionen auf der Makroebene: Stärkung von gemeinschaftlichen Netzwerken

Viele Interventionen auf der Ebene von lokalen Gemeinschaften fokussieren auf die Entwicklung von Prozessen des Empowerment und den Aufbau von Netzwerken. Diese zeigen beispielsweise hinsichtlich **Prävention von jugendlicher Gewalt und Aggression** (G1) grosse Wirkung. Es kann daraus geschlossen werden, dass ähnlich wirksame Interventionen in den betroffenen Settings und Zielgruppen zu einer spürbaren Entlastung der Stressoren Gewalterfahrung und Angst einerseits und zu einer Stärkung des sozialen Zusammenhalts und der Kontrollüberzeugungen und Selbstwirksamkeit andererseits führen.

³⁵³ Randomized Controlled Trials.

³⁵⁴ S. Gesundheitsförderung Schweiz (2005).

³⁵⁵ Herrman et al. (2004). Zur Evidenz s. Jané-Llopis (2005a).

³⁵⁶ Hosman et al. (2004).

³⁵⁷ Herrman et al. (2005) und Hosman et al. (2006).

³⁵⁸ Z.B. Saxena & Garrison (2004), Hodgson & Abbasi (1996). S. a. die Sammlung von *Best Practice*-Modellen bei Kuhn K. et al. (2004).

³⁵⁹ S. den im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz erstellten Bericht über die ökonomischen Aspekte von psychischer Gesundheit und Stress des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie WIG: Schug L. unter Mitarbeit von C. Eisenring (2005).

³⁶⁰ [G2.1], beispielsweise, bezeichnet die 1. Modell-Intervention für den 2. Interventionsthemenkreis innerhalb des Settings Gemeinde/Gemeinwesen.

5.2.2.2 Interventionen auf der Mikroebene: einzelne Zielgruppen

Jugendliche und junge Erwachsene

Die Freizeit hat im Jugendbereich für die Entwicklung von psychosozialen Kompetenzen, aber auch zur Förderung der Bewegung, eine grosse Bedeutung. Insbesondere verhaltensauffällige Jugendliche sprechen in der Schule nur schwer auf Anliegen der Gesundheit an. Auch Jugendliche, die nach dem obligatorischen Schulabschluss bzw. nach der Berufslehre keine Anschlusslösung finden (Lehrstelle, weiterführende Schule, Arbeitsstelle), können im Freizeitbereich angegangen werden.

Was Interventionen im Freizeitbereich vom Setting Schule unterscheidet, ist die Freiwilligkeit der teilnehmenden Jugendlichen sowie der oft höhere Partizipationsgrad. Beides erhöht den Erfolg solcher Interventionen. Dabei gilt es zu unterscheiden zwischen

- strukturiertem Freizeitbereich (Sport- und Turnvereine, Jugendverbände, kirchliche Organisationen etc.) und
- nicht strukturiertem Freizeitbereich (offene Jugendarbeit, Jugendtreffs).

Gerade für sozial benachteiligte Jugendliche liegt hier ein Interventionspotenzial zur Verbesserung der psychischen Gesundheit und zum verbesserten Umgang mit Stress.³⁶¹

An der Schnittstelle zwischen psychischer Gesundheit und gesundem Körpergewicht gibt es Erfolg versprechende Interventionen wie «Midnight Basketball»³⁶² oder «Bunt kickt gut».³⁶³ Diese Ansätze haben den Wirkungsnachweis zwar noch zu erbringen und sind z.T. noch zu professionalisieren. Sie haben aber das Potenzial auch sozial benachteiligte, oft verhaltensauffällige Jugendliche sowie Jugendliche mit Migrationshintergrund zu erreichen, die sich sonst nur schwer in verbindliche Vereinsstrukturen einbinden lassen. Damit wird eine soziale Durchmischung gefördert. Die Zielsetzung beider Interventionen liegt auf der psychosozialen Ebene.

Selbstständigkeit im Alter versus Pflegebedürftigkeit

Selbstständigkeit ist im Alter ein wichtiger Schutzfaktor für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. Es gibt Evidenz dafür, dass frühzeitige präventive geriatrische Assessments in Verbindung mit Hausbesuchen durch Fachpersonen die Selbstständigkeit älterer Personen länger aufrechterhalten und ihre Pflegebedürftigkeit verhindern oder verzögern können (G2). Ein systematischer Review von achtzehn Studien nach RCT-Standard zeigt, dass Hausbesuchsprogramme wirksam sind, vorausgesetzt dass sie auf einem multidimensionalen geriatrischen Assessment basieren, mehrfach Folge-Besuche einschliessen und SeniorInnen mit geringem Mortalitätsrisiko einbeziehen. Positive Auswirkungen auf die Mortalität werden eher bei jüngeren als älteren Alterspopulationen nachgewiesen.³⁶⁴

Die Hypothese ist naheliegend, dass Assessments zu einem frühen Zeitpunkt, z.B. mit 60 (oder bereits mit 50) Jahren, noch grössere Langzeit-Wirkung auf den Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung bzw. Hinauszögerung einer Heimeinweisung haben.

Eine andere Studie (G3) zeigt, dass die lebenslange körperliche und kognitive Aktivität für den Erhalt der Selbstständigkeit bis ins höhere Lebensalter von hoher Bedeutung ist und dem Verlust der Selbstständigkeit durch spezifische Interventionsprogramme begegnet werden kann. Eine Kombination aus Gedächtnis- und Bewegungstraining wirkt dem Hirnalterungsprozess nachweislich entgegen, verbessert die Gedächtnisleistungen, fördert die Selbstständigkeit, und verbessert und verzögert leichte dementielle Symptome. Als weniger günstig erwiesen sich die kurz- und mittelfristigen Effekte eines Kompetenztrainings. Verhaltensänderungen im höheren Lebensalter sind sehr schwierig zu erzielen und müssten wahrscheinlich stärker auf konkretes Tun als auf Überzeugung und Wissensvermittlung abzielen.³⁶⁵

³⁶¹ Zur Bedeutung von Freizeit und Freiraum hat die Eidg. Kommission für Kinder- und Jugendfragen (EKKJ) soeben einen Bericht mit Empfehlungen herausgegeben, der insbesondere die Verhältnis-Ebene betrifft: Eidgenössische Kommission für Kinder und Jugendfragen (2005). ...und dann ist der Tag vorbei! Freie Zeit, Freiraum und Bewegung für Kinder und Jugendliche. Bern.

³⁶² www.me-network.ch, ein Angebot für «herumhängende, auffällige» Jugendliche mit Integration und Prävention als Zielsetzung.

³⁶³ www.infoklick.ch, ein niederschwelliges Fussballprojekt zur Förderung der sozialen Integration und psychischen Gesundheit.

³⁶⁴ Stuck et al. (2002).

³⁶⁵ Oswald et al. (2001: 12. Auflage).

5.2.3 Setting Soziale Institution

Für dieses Setting oder einzelne Zielgruppen konnten nur wenige evidenzbasierten Interventionen gefunden werden. Ein gutes Beispiel ist wiederum die oben dargestellte Studie zur Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter (G3), die auch im institutionalisierten Rahmen erprobt worden ist.

Ein anderes erfolgreiches, teilweise auch fremdevaluiertes Beispiel ist das vom Bundesamt für Gesundheit während zwölf Jahren in **Jugendheimen** geführte nationale Drogenpräventionsprogramm *Fil rouge* (SI1). Unter Beizug externer Beratungspersonen gelang es nicht nur die Heimleitenden, sondern auch die Jugendlichen für das Thema anhaltend zu mobilisieren. In der zweiten Phase hatten die frei wählbaren, aber verbindlichen Projekte mit Bezügen zu Gewalt, Bewegung und Sexualität zahlreiche positive Auswirkungen auf das Befinden der BewohnerInnen und Mitarbeitenden, die den Veränderungen auf Heimstrukturebene zugeschrieben werden konnten. Die Evaluation der Verankerung von Gesundheitsförderung/Prävention und Früherkennung in der dritten Phase zeigt, dass neben der Einbindung der Öffentlichkeit, der Behörden und Träger, auch die Fachstellen und Fachverbände die Heime als Zielpublikum ins Pflichtenheft nehmen müssen. Negative Begleiterscheinungen des Projektes betrafen vor allem die zeitliche Zusatzbelastung.

Erfolgsfaktoren waren die finanzielle Unterstützung durch den Bund, die Zusammenarbeit mit einer externen Fachperson, die Durchführung eines eigenen Heimprojektes, die Einbindung der Heimleitung sowie die Teilnahme an regionalen Treffen zum Erfahrungsaustausch.

5.2.4 Setting Betrieb

5.2.4.1 Überblick³⁶⁶

Interventionen im Setting Betrieb beziehen sich im Sinne des ganzheitlichen Setting-Ansatzes der Ottawa-Charta sowohl auf die Systemebene («Verhältnisebene»), das heisst auf die Veränderung der Arbeitssituation bzw. der Arbeitsbedingungen, als auch auf die personenbezogene Ebene («Verhaltensebene»), das heisst auf die Veränderung von einzelnen Mitarbeitenden, aber auch von Gruppen oder ganzen Abteilungen in einem Betrieb. Zur personenbezogenen Ebene gehören nicht nur Interventionen, die auf Verhaltensänderungen abzielen, sondern auch Interventionen zur Beeinflussung von Wissen, Einstellungen und Werthaltungen. Zur Systemebene gehören technische und aufgabenbezogene Interventionen wie Arbeitsbereicherung (job enrichment), ergonomische Verbesserungen oder Lärmreduktion; ferner Interventionen, die auf eine verbesserte Rollendefinition, Konfliktmanagement und soziale Beziehungen abzielen sowie Interventionen, die arbeits- und personenorientierte Interventionen verbinden. Ziele von gesundheitsbezogenen Interventionen in Betrieben können deshalb direkt die Gesundheit von Mitarbeitenden betreffen, ihre Motivation, oder im Sinne von Folgeeffekten das soziale Klima oder den ökonomischen Nutzen verbessern.

Wie die Forschungsliteratur zeigt, werden die dominierenden personenbezogenen Interventionen bisher relativ selten mit der Systemebene verknüpft. In den USA und Grossbritannien sind v.a. Programme verbreitet, die auf gesundheitsrelevante Verhaltensweisen fokussieren, während sich die Stossrichtung auf Probleme, die ursprünglich mit den Arbeitsbedingungen in Verbindung gebracht werden, häufiger in Mittel- und Nordeuropa findet. Die grosse Mehrheit der Programme in Betrieben gelten jedoch auch in Europa nach wie vor der personenbezogenen Prävention.³⁶⁷ Andererseits ist in den USA die «Evaluationskultur» weiter entwickelt als in Europa, wo systematische Evaluationen betrieblicher Massnahmen die Ausnahme bleiben.³⁶⁸

Die Lebenswelt Betrieb ist jenes Setting, in dem am meisten Forschungsstudien zu Stress durchgeführt worden sind. Hauptquelle ist der aktuelle und umfassende Review von Semmer&Zapf.³⁶⁹ Stress-

³⁶⁶ Dieser Absatz nimmt Bezug auf Semmer & Zapf (2004a, 775ff.). S. a. Ulich & Wülser (2004) und Rudow (2004).

³⁶⁷ S. Schwager & Udris (1998) und Schwager & Udris (1988).

³⁶⁸ Z.B. bei Kerkau (1997, 324f.) und speziell für den Themenbereich Stress bei Bamberg & Busch (1996).

³⁶⁹ Semmer&Zapf (2004a, 792-810), s.a. Semmer (2003a).

Interventionen in Betrieben beziehen sich auf der Systemebene auf die positive Beeinflussung von Stressoren im Arbeitsumfeld und auf der personenbezogenen Ebene auf die Förderung der Stressbewältigungskompetenz. Die beiden Ebenen werden je für sich dargestellt, beeinflussen sich jedoch wechselseitig und sind letztlich nicht trennbar. Die nachfolgende Tabelle enthält eine Gegenüberstellung möglicher Massnahmen und Wirkungen.

Tabelle 7

Personenbezogene und system- bzw. bedingungsbezogene Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung³⁷⁰

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Personbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen → individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen → strukturorientiert
Beispiele für Massnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	individuelles Verhalten	organisationales, soziales und individuelles Verhalten
personbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit; geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristig

5.2.4.2 Exkurs: Ab- und Anwesenheitsmanagement und betriebliches Gesundheitsmanagement

Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fokussieren ebenso wie Massnahmen eines betrieblichen Absenzenmanagements aus betriebswirtschaftlicher Perspektive auf die Reduktion der Fehlzeiten- und Arbeitsunfähigkeitsquote.³⁷¹ Im Gegensatz zur Abwesenheit und den Krankheitssymptomen gilt die Anwesenheit, die mit Gesundheit gleichgesetzt wird, im Betrieb als Normalzustand und kaum diskussionswürdig. Dies ist nicht nur aus salutogener Sicht, sondern auch ökonomisch falsch, da der entgangene Nutzen durch Motivationsverluste, innere Kündigung, Mobbing und Burnout von Anwesenden sehr hoch, wenn nicht höher eingeschätzt wird als die vermeidbaren Kosten von Abwesenden.³⁷² So wie neben «physisch» Abwesenden auch «psychisch» Abwesende (z.B. «innere Kündigung») in ein Absenzenmanagement einzubeziehen wären, sollten aus salutogener Sicht neben den von physischer oder psychischer Krankheit, Leistungsabnahme oder Demotivation bedrohten Anwesenden und den «Kranken, die zur Arbeit gehen» auch den «psychisch anwesenden Gesunden» oder «wieder Genesenen» Aufmerksamkeit geschenkt werden. Leider ist in einigen Unternehmen zu beobachten, dass der Begriff Abwesenheitsquote unreflektiert durch Anwesenheits- oder Gesundheitsquote ersetzt wird, ohne dass sich der Umgang mit Krankheit und Gesundheit wesentlich verändert hätte.³⁷³

³⁷⁰ Ulich (2001) und Ulich (2005).

³⁷¹ Dieser Abschnitt nimmt hauptsächlich Bezug auf Ulich & Wülser (2004, Kpt.135–147).

³⁷² Badura & Hehlmann (2003).

³⁷³ S. a. Brandenburg et al. (1998).

Ein Erfolg versprechendes betriebliches Gesundheitsmanagement basiert auf der Kombination eines möglichst differenzierten Datenmanagements mittels quantitativer und qualitativer Verfahren. Die obigen Tatsachen zeigen, dass die Analyse von Fehlzeiten und deren Zusammenfassung in **«betrieblichen Gesundheitsberichten»** (wie z.B. Arbeitsunfähigkeitsanalysen der deutschen oder österreichischen Krankenkassen für Unternehmen ab 50 Mitarbeitenden) nur grobe Hinweise auf die Dimension betrieblicher Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen geben kann. Damit die Situation der «psychisch» Abwesenden bzw. die Belastungssituation «Gesunder» mit erfasst und Interventionen zugrunde gelegt werden kann, bedürfen die analysierten Krankheitsdaten einer Kombination mit differenzierten innerbetrieblichen Daten zu Gesundheitsbelastungen und -ressourcen. Diese können mit Hilfe vertiefter quantitativer und qualitativer Verfahren (Fragebögen, Interviews, Beobachtungsverfahren) bzw. den Instrumenten **Rückkehrgespräche** und **Gesundheitszirkel** gewonnen werden. Eine deutsche Studie kommt allerdings zum Schluss, dass bezüglich Wirksamkeit von Krankenrückkehrgesprächen Zweifel angebracht sind und durch eine systematische Gesundheitspolitik, gepaart mit einer gesundheitsorientierten Führung und guten Führungsbedingungen, auf jene verzichtet werden kann.³⁷⁴ Eine andere Studie definiert die Fehlzeitenquote als ein Produkt aus Krankheit, Befindlichkeit, individueller Einstellung zur Arbeit und sozialem Umfeld, das entscheidend durch Führungs- und Organisationsstrukturen im Betrieb geprägt wird. Die Untersuchung identifiziert eine Unternehmenskultur, die auf der Förderung von Motivation, Befindlichkeit und Gesundheit basiert, als erfolgreiches Mittel für niedrige Fehlzeitenquoten und gleichzeitig verbesserte Produktivität.³⁷⁵ Die Gesundheitszirkel werden im nachfolgenden Abschnitt 5.2.4.3 dargestellt.

Eine eigene, aktuelle Form von Abwesenheitsmanagement sind **Interventionen zur Prävention und Eindämmung der Zunahme von Invalidität infolge psychischer Beeinträchtigungen**. Systematische und evaluierte Ansätze fehlen noch weitgehend. Eine vom Bundesamt für Sozialversicherung in Auftrag gegebene länderübergreifende Vergleichsstudie enthält jedoch Empfehlungen für bereits entwickelte oder geplante nicht medizinische Interventionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten von Invalidisierungsprozessen – von der Prävention bis zur beruflichen Wiedereingliederung.³⁷⁶ Die prüfungswerten Massnahmen zielen auf unselbstständige Erwerbstätige mit einem Risiko für psychische Beschwerden ab und die krankheits- bzw. invaliditätsbedingte Absenzen aufweisen. Sie lassen sich in drei Kategorien unterteilen:

- Früherkennung (z.B. Identifizierung von Arbeitnehmenden mit psychischen Problemen),
- arbeitsbezogene Interventionen auf individueller und struktureller Ebene (z.B. ein Pilotprojekt bezüglich Arbeitsstellenerhaltung und psychischer Gesundheit; Initiativen zur Bewusstseinsförderung von psychosozialen Risiken, Präventionsstrategien zum Umgang mit Ängsten, Depressionen und stressbezogenen Krankheiten), und
- sozialversicherungsrelevante Massnahmen (z.B. Bestrebungen, Stress als Berufskrankheit anzuerkennen).

5.2.4.3 Systemebene im betrieblichen Setting

Gesundheitszirkel (B1) bezeichnen in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) eine Interventions- und Analyseverfahren und sind Teil eines BGF-Verständnisses, das BGF als Organisationsentwicklung bzw. im Sinne des ganzheitlichen Setting-Ansatzes der Ottawa-Charta versteht. Gesundheitszirkel sind zugleich die «europäische» Variante breit angelegter BGF-Programme, in denen auf der System- und personenbezogenen Ebene u.a. auch Aspekte der Stressbewältigung immer wieder thematisiert werden. In Gesamtevaluationen werden sie von den Teilnehmenden meistens positiv beurteilt und führen aus ihrer Sicht überwiegend zu mässig bis stark positiven Veränderungen im Hinblick auf Belastungsabbau und Ressourcenaufbau. Im Vordergrund stehen Verbesserungen der sozialen Unterstützung, der Arbeitsmittel, der Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz, gefolgt von Verbesserungen der Umgebungsbedingungen und Tätigkeitsbelastungen. In Betrieben mit systematischen Programmen konnten u.a. die muskuloskelettalen Schmerzen reduziert werden.

³⁷⁴ Pfaff et al. (2002). Für eine Gegenüberstellung der Rückkehrgespräche, in welchen der disziplinarische Charakter dominiert, und den Gesundheitszirkeln, welche auf der Partizipation basieren, s. Ulich & Wülser (2004, 157f.).

³⁷⁵ Kentner (1999).

³⁷⁶ Heijdel & Prins (2005). S.a. den schon etwas älteren Gesamtbericht einer umfassenden vergleichenden Studie zur Verhinderung von Absentismus in der EU: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1997).

Verschiedene Studien zeigen Verbesserungen der Absentismusraten, deren Reduktion sich zwischen 2% und 10% bewegt.³⁷⁷ Diese und andere ermutigenden Hinweise lassen keinen Zweifel, dass Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Gesundheitszirkel – auch bezüglich der Reduktion psychosozialer Belastungen und des Aufbaus psychosozialer Ressourcen – ein Verbesserungspotenzial beinhalten. Aufgrund der mangelhaften Qualität der meisten Evaluationsstudien sind jedoch wissenschaftlich abgesicherte eindeutige Schlussfolgerungen derzeit kaum möglich.³⁷⁸

Stresspräventionsinterventionen durch Umgestaltung der Arbeitsbedingungen zeigen einen positiven Trend.³⁷⁹ Als entscheidende Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und damit als Schutzfaktoren gegen Stress hat die Organisationsentwicklung Ganzheitlichkeit der Tätigkeiten, Anforderungsvielfalt, Möglichkeiten der sozialen Interaktion, Handlungs- und Entscheidungsspielraum, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit sowie Sinnhaftigkeit identifiziert.³⁸⁰ Die Ergebnisse diesbezüglicher Interventionen (B2–B4) sind jedoch teilweise heterogen und die Forschungsdesigns oft qualitativ ungenügend. Häufig findet sich eine grosse Bandbreite von Effekten, wobei es schwierig ist, vorauszusagen, wo diese auftreten.

- Die konsistentesten positiven Effekte können in Bezug auf Absentismus und v.a. auf die Arbeitszufriedenheit als einem der Hauptindikatoren für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz festgestellt werden. Andere positive Wirkungen betreffen gesteigerte intrinsische Motivation und Leistung. Auch soziotechnische Interventionen, die motivationale Ziele verfolgen, können bezüglich Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistung sowie Fehlzeiten Erfolge vorweisen.
- Es können nicht unbedingt uniforme und nicht nur positive Wirkungen erwartet werden. Verbesserungen in einem Bereich haben nicht selten Kosten in einem anderen zur Folge.³⁸¹ Wichtig ist eine Abwägung der wahrscheinlichen positiven und negativen Effekte. Allgemeine Arbeitszufriedenheit ist hierfür wiederum ein besonders adäquater Indikator, da er diese Gesamtabwägung beinhaltet.
- Nicht selten werden positive Veränderungen durch negative Veränderungen wie Zunahme der quantitativen Arbeitsbelastung bzw. Zeitdruck, Konflikte in neuerdings autonomeren Gruppen oder mangelnde Qualifizierung zunichte gemacht oder eingeschränkt.
- Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen sind eine weitere wichtige Variable.

Für Interventionen dieser Art haben sich folgende **Erfolgsfaktoren** ergeben:

- Gute Implementation
- Vergrößerung von Autonomie (z.B. bei Arbeitsgruppen)
- Vergrößerung der Anforderungsvielfalt
- Empowerment-Strategie.

Erwiesene Erfolgsfaktoren für die in zahlreichen Fällen notwendige Organisationsentwicklung sind:³⁸²

- Eine zielgerichtete und systematische Analyse der Ausgangslage sowie
- ein konsequentes und glaubwürdiges Verhalten auf oberster Führungsebene.

5.2.4.4 Personenbezogene Ebene im betrieblichen Setting

Für **Stresspräventionsinterventionen** (B5–B6) durch Stressbewältigung und Stressvermeidung bzw. -veränderung sind folgende Wirkungen belegt:³⁸³

³⁷⁷ Ducki A. et al. (1998) und Sochert (1998).

³⁷⁸ Nach Semmer & Zapf (2004a, 790f.), vgl. Ulich & Wülser (2004, 155f.).

³⁷⁹ Nach Semmer & Zapf (2004a, 800ff.).

³⁸⁰ Ulich (2001, 194).

³⁸¹ Die Verbesserung der Arbeitsorganisation in einem Krankenhaus, beispielsweise, ermöglichte den Pflegekräften zwar mehr Zeit für den Umgang mit den Patienten. Dies erhöhte jedoch die Stressoren aus der Interaktion mit den Patienten und führte dadurch zu einer Zunahme von Burnout: Semmer & Zapf (2004a, 803).

³⁸² Ulich (2005, 13).

³⁸³ Nach Semmer & Zapf (2004a, 806ff.).

- Reviews und Meta-Analysen belegen gut, dass Stress-Management-Trainings (SMT) einschliesslich Stress-Resistenz-Trainings (stress inoculation trainings), Entspannungs- und Meditationsmethoden³⁸⁴ sowie soziale Kompetenz- und Fitness-Trainings bezüglich gesundheitlicher Effekte wirksam sind.³⁸⁵
- Eine Meta-Analyse von 48 SMT weist kognitiv-behaviorale Ansätze als am wirksamsten aus und zwar mit den stärksten Wirkungen im Hinblick auf Variablen wie Selbstwert, Kontrollüberzeugungen und Bewältigungsstrategien, ferner bezüglich Beschwerde-Symptome wie Stress, Burnout und psychosomatischen Beschwerden.³⁸⁶
- Eine Kombination kognitiv-behavioraler Ansätze mit Entspannungsverfahren ist viel versprechend.
- Zu Langzeiteffekten liegen wenige, doch ermutigende Ergebnisse vor.

Personenbezogene Programme beziehen zunehmend auch den Aufbau personaler Ressourcen zur Veränderung von Arbeitsbedingungen ein. In Bezug auf Verfahren, die auf die Veränderung von Stressfaktoren abzielen, gibt es erst wenige Studien.

Bezüglich Wirksamkeit von Stresspräventionsprogrammen im Setting Betrieb kann mit Kreis & Bödeker folgender Schluss gezogen werden: Die Effektstärke bei psychischen/somatischen Symptomen ist auf der individuellen Ebene am höchsten. Auf der Ebene der Organisation sind die Effekte bedeutend geringer ebenso bei der Schnittstelle «Individuum–Organisation».³⁸⁷

5.2.4.5 Interventionen für besondere Zielgruppen im Setting Betrieb

Beratungsangebote und **Bewerbungstrainings** sowie Wiederbeschäftigungsprogramme für Gruppen von mehrfach benachteiligten Erwerbslosen können wirksame Strategien zur Bewältigung der Erwerbslosigkeit und zur Reduktion ihrer negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sein. Ein eindrückliches Beispiel hierfür ist das kostenwirksame *JOBBS Programme* (B7.2). Ein innovatives, Erfolg versprechendes Modell, das gleichzeitig die Problematik von überbelasteten und/oder berufliche Selbstständigkeit anstrebenden Erwerbstätigen einerseits und von Langzeiterwerbslosen andererseits lösen will, wird seit anfangs 2005 in Schweden getestet (B7.3). Das Programm bietet Erwerbstätigen auf freiwilliger Basis an, bei Ausbezahlung einer minimalen Rente während höchstens einem Jahr unter der Voraussetzung eine Auszeit (sabbatical) zu nehmen, dass ihre Funktion während dieses befristeten Ausstiegs von einer qualifizierten langzeiterwerbslosen Person übernommen wird. Die Reichweite des Programms ist damit auf Arbeitsfunktionen beschränkter Komplexität begrenzt, soll sich aber kostenneutral gestalten.

Zur sozial und wirtschaftlich zentralen Thematik der **Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. von Beruf und Freizeit** gibt es erst einzelne Ansätze;³⁸⁸ Reviews oder Meta-Analysen scheint es noch nicht zu geben. Ein Erfolg versprechender Ansatz stammt vom Eidgenössischen Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (B9.1a+b). Er besteht aus zwei zusammengehörenden, multimedialen Kampagnen, die mehrfach selbstevaluiert worden sind. Unterstützt durch eine Studie zur Verteilung der Arbeit zwischen den Geschlechtern,³⁸⁹ Materialien abgebende Beratungsstellen und die Printmedien gelang es *Fairplay-at-home* (2002) in der breiten Öffentlichkeit und bei vielen zukünftigen Eltern die diesbezügliche Diskussion anzuregen. Über verschiedene Kommunikationskanäle sensibilisierte *Fairplay-at-work* (2003) Personalverantwortliche für die Notwendigkeit einer familienfreundlichen Personalpolitik und unterstützte Väter in ihren Anliegen gegenüber dem Arbeitgeber. Die Inhalte der Kampagnen wurden, insbesondere in der Deutschschweiz, von den Medien weiterführend bearbeitet und sowohl in der nationalen Politik als auch in der Wirtschaft aufgegriffen.

³⁸⁴ So hat sich die sog. Achtsamkeit-basierte Meditation in über 20 qualitativen Studien mit insgesamt 1600 Patienten als deutlich wirksam erwiesen bei der Bekämpfung von Stress, Depressionen und Angststörungen, aber auch von chronischem Schmerz und bestimmten somatischen Leiden: Grossman et al. (2004).

³⁸⁵ Z.B. Michie (2003), Murphy (1996), Van der Klink et al. (2001).

³⁸⁶ Van der Klink et al. (2001).

³⁸⁷ Kreis & Bödeker (2003, 25).

³⁸⁸ Für den deutschsprachigen Raum s. Kastner (2004) und Kernen H. unter Mitarbeit von G. Meier (2005).

³⁸⁹ Bauer & Strub (2002).

Kostenwirksamkeit von Interventionen im Setting Betrieb³⁹⁰

Der ökonomische Nutzen von Interventionen im betrieblichen Setting ist zentral für deren Akzeptanz und Förderung durch die Unternehmen. In vielen Studien wird die Wirksamkeit von Interventionen in Betrieben ausgewiesen und zwar sowohl in Bezug auf Behandlungskosten wie auch den Absentismus. Der *Return on Investment* liegt gemäss einem umfassenden Review zwischen 2,3:1 und 10:1.³⁹¹ Trotz ihrem grossen Kostensenkungs-Potenzial gibt es allerdings nur wenige ökonomische Evaluationen von Stresspräventionsprogrammen.

5.2.5 Setting Schule

5.2.5.1 Überblick

In diesem Abschnitt werden nicht nur Interventionen berücksichtigt, die das Setting Schule betreffen, sondern auch solche, deren Zielsetzungen sich hauptsächlich auf andere Settings, beispielsweise die Familie oder die Freizeit, beziehen, jedoch aus Gründen der Erreichbarkeit der Zielgruppen in der Schule durchgeführt werden.

Ähnlich wie in der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es für das Setting Schule wesentlich mehr Interventionen auf der personenbezogenen Ebene als auf der System-Ebene. Wirkungsnachweise für Interventionen auf der strukturellen Ebene sind dementsprechend selten.

Ein Review weist umfassende Evidenz dafür nach, dass Interventionsprogramme auf der Grund-, Mittel- und Oberstufe die psychische Gesundheit positiv beeinflussen und Risikofaktoren und emotionale und verhaltensbezogene Probleme durch sozial-emotionales Lernen und sozial-ökologische Interventionen reduzieren.³⁹² Einige integrative Interventionen zielen auf die Schule als Institution (Betrieb) ab, andere betreffen nur einen Teil, z.B. eine Stufe oder Klasse, oder beziehen sich auf eine identifizierte Risikogruppe von SchülerInnen.

5.2.5.2 Systemebene im schulischen Setting

Es besteht Evidenz, dass **sozial-ökologische Interventionsprogramme**, die verschiedene strukturelle Variablen am Wohnort oder in der Schule zwecks Verbesserung des emotionalen Verhaltens von Schülern und zur Prävention von negativen Ergebnissen beeinflussen, am erfolgreichsten sind, wenn sie das Umfeld der Schule restrukturieren und das Klima der Klasse oder der ganzen Schule beeinflussen.³⁹³

Ein eindrückliches Beispiel ist hierfür *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning CASEL* (S2.1). CASEL ist eine Arbeitsgemeinschaft an der Universität von Illinois, die u.a. die Wissenschaft des sozialen und emotionalen Lernens (SEL) fördert. Die im SEL-Konzept geförderten Kompetenzen umfassen *5 skill clusters: self-awareness, social awareness, self-management, responsible decision making, relationship skills*.

Der Erfolg der SEL-Programme liegt u.a. in ihrem systemischen Ansatz, in dem SchülerInnen, Eltern, Gemeinde-Mitglieder und Lehrpersonen gemeinsam am Planungs-, Umsetzungs- und Evaluationsprozess partizipieren. Belegte Erfolgsfaktoren sind die Berücksichtigung struktureller Aspekte im jeweiligen Setting, flexible, dem jeweiligen Kontext angepasste Programme (keine Standard-Pakete), angemessenes Ressourcenmanagement und die Berücksichtigung der Merkmale der erwachsenen Personen, welche die geplanten Reformen umsetzen.³⁹⁴

Auch das «Schweizerische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen (SNGS)» verfolgt einen systemischen Ansatz in Richtung Schulentwicklung und Schulklima und fördert entsprechende Prozesse an Schulen.³⁹⁵

³⁹⁰ Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG (2004, 48ff.).

³⁹¹ Aldana (2001); s.a. Kerkau (1997, 235f.).

³⁹² Domitrovich C. et al. (2005).

³⁹³ Hosman et al. (2004, 30f.).

³⁹⁴ Elias M.J. et al. (2003).

³⁹⁵ Das SNGS ist eines der Kompetenzzentren vom Schweizerischen «Netzwerk Bildung+Gesundheit»; als Teil des European Network of Health Promoting Schools ENHPS orientierte es sich am Konzeptansatz des Europäischen Referenzmodells der WHO, suchte aber bald zusätzlich Anknüpfungspunkte bei der Schulqualitätsdiskussion.

Ein anderes Beispiel ist das «Netzwerk Gesundheitsteams Stadtberner Schulen» (S3.1), dessen Evaluation sowohl bei Lehrpersonen als auch bei SchülerInnen gute Wirkung bezüglich psychosozialer Befindlichkeit und Lebenskompetenzen zeigt.

5.2.5.3 Personenbezogene Ebene im schulischen Setting

SchülerInnen

Die meisten verhaltensbezogenen Interventionen betreffen Programme zum Aufbau von allgemeinen Lebenskompetenzen sowie zur Reduktion bestimmter Risikofaktoren wie Substanzenmissbrauch. «Verbesserung der psychischen Gesundheit» und «Stressbewältigung» stehen nur in wenigen nicht therapeutischen, wissenschaftlichen Programmen im Vordergrund; dies, obschon es als erwiesen gilt, «dass eine günstige Stressverarbeitung im Kindes- und Jugendalter als ein wesentlicher Schutzfaktor bei psychischen Belastungen angesehen werden kann».³⁹⁶ In diesem Bereich haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten insbesondere zwei psychosoziale Ansätze schulischer Gesundheitsförderung als bedeutsam und wirksam erwiesen:³⁹⁷ Lebenskompetenztrainings und Standfestigkeitstrainings. Die unterschiedliche Kombination von Elementen dieser beiden Ansätze hat zu vielen Mischprogrammen geführt.

Aufgrund des aktuellen Erkenntnisstandes kann zusammenfassend gesagt werden, dass Programme und Projekte auf der Grundlage von **Lebenskompetenztrainings** Erfolg versprechend sind (s. z.B. S4.4: *The Promoting Alternative Thinking Strategies PATHS*). Gesicherte allgemeine Ergebnisse betreffen nicht nur verbesserte schulische Leistungen, sondern auch gesteigerte Problemlösefähigkeiten und soziale Kompetenzen ebenso wie die Verminderung der Internalisierung und Externalisierung von Problemen wie depressive Symptome, Ängste, Bullying, Substanzenmissbrauch und aggressives und delinquentes Verhalten.³⁹⁸

Beziehen sich Interventionen zur Problemlösekompetenz besonders auf Aspekte schlechter psychischer Gesundheit und den Substanzenmissbrauch, haben sie gleichzeitig präventive Wirkung auf diese Gesundheitsaspekte. Weitgehend ungeklärt ist jedoch die Frage, welche Programmkomponenten schulischer Gesundheitsförderung im Einzelnen tatsächlich wirksam sind.³⁹⁹

Ein weiteres wirksames Beispiel für Lebenskompetenztrainings, die den Umgang mit sozialem Einfluss betreffen, ist *Fit und stark fürs Leben*, einem Lehrmittel zur Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht (S4.5). Die Pilotstudie innerhalb des Projekts *Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA* (S9) zeigte Hinweise auf die Wirksamkeit dieses Ansatzes.⁴⁰⁰ Die Vor- und Nachuntersuchung von emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten ergab bei den SchülerInnen nach dem Programm weniger Aggression und Delinquenz, weniger Lernschwierigkeiten und sozialen Rückzug, weniger Angst und Zwanghaftigkeit, dafür eine deutliche Zunahme psychosozialer Kompetenzen.

Lehrpersonen

Gegen die psychische und physische Überlastung und die Burnout-Erscheinungen von Lehrpersonen gibt es wirksame Massnahmen. Die bereits erwähnte Korrelativstudie bei Lehrpersonen in den Kantonen Luzern und Freiburg (Kpt. 3.3.6) ergibt, dass Lehrpersonen mit guten **Stressverarbeitungsstrategien** und günstiger **Belastungsbewältigung** hoch signifikant weniger psychische Beschwerden, weniger subjektiv empfundene Belastungen und eine sehr signifikant bessere psychische Gesundheit, ein besseres Selbstkonzept sowie höhere Berufs- und Lebenszufriedenheit haben.⁴⁰¹ Als wirksame Interventionen erwiesen sich Wochenkurse, 1-jährige JunglehrerInnen-Beratungskurse und ein 2-Jahres-Kurs von Kollegiumsberatungen (S7.1). Die Fähigkeit, Stress und Belastungen günstiger zu bewältigen, nahm bei allen drei Interventionsformen hoch signifikant zu, Burnout-Erscheinungen nahmen sehr signifikant ab und die Berufs- und Lebenszufriedenheit signifikant zu. Positive Langzeiteffekte sind wahrscheinlich.

³⁹⁶ Hampel & Petermann (2001).

³⁹⁷ Jerusalem & Weber (2003, 464f.).

³⁹⁸ Domitrovich C. et al. (2005).

³⁹⁹ Jerusalem & Weber (2003, 472).

⁴⁰⁰ S. Lattmann & Rüedi (2003) und Schmid & Lattmann (2003).

⁴⁰¹ Kramis-Aebischer (1995, 408).

5.2.5.4 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme

Setting- und zielgruppenübergreifende Interventionsprogramme gründen auf der Erkenntnis, dass Kinder und Jugendliche in ihren personalen und sozialen Ressourcen am erfolgreichsten gestärkt werden, wenn sie von Lehrpersonen und Eltern *gemeinsam* unterstützt werden. Programme, die Kombinationen von erprobten Interventionen anbieten – wie z.B. Persönlichkeitstrainings für SchülerInnen, Erziehungstrainings für Eltern und Stressmanagementprogramme für Lehrpersonen – können deshalb als viel versprechend eingeschätzt werden. Zu erwarten sind Verbesserung der Lebensqualität in beiden Settings ebenso wie ein erhöhtes Wohlbefinden bei den Teilnehmenden (s. z.B. ESSKI: S8).

Unter der Zielgruppe SchülerInnen wurde das vielversprechende Modell *Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA* (S9) bereits erwähnt, ein modulares Programm, das nicht nur die personalen und sozial-kommunikativen Kompetenzen und Ressourcen von SchülerInnen und Lehrpersonen fördert, sondern auch systembezogene Ziele enthält.⁴⁰²

5.2.6 Setting Familie

Unter Familie werden hier alle familiären Lebensformen verstanden, in denen mindestens ein Elternteil und ein leibliches oder adoptiertes Kind zusammen wohnen, schwangere Frauen miteingeschlossen. Interventionen bei Paaren ohne Kinder und Kinderwunsch werden nicht berücksichtigt.

5.2.6.1 Eltern-Kind- bzw. Mutter-Kind-Beziehung

Es besteht umfassende Evidenz, dass **Frühinterventionsprogramme** in diesem Setting eine wirksame Präventionsstrategie sind. Die erfolgreichsten Programme beziehen sich auf gefährdete Kindergruppen von Familien mit geringem Einkommen und Bildung.⁴⁰³ Sie betreffen Hausbesuche während Schwangerschaft und früher Kindheit, Interventionen zu vermindertem Tabakkonsum während der Schwangerschaft, Elterntrainings und Vorschulprogramme.

Interventionen Zuhause vor der Geburt und in der frühen Kindheit bezüglich mütterlichem Tabakkonsum, sozialer Unterstützung, erzieherischen Fähigkeiten und der frühen Eltern-Kind-Beziehung zeigen positive gesundheitliche, soziale und ökonomische Wirkungen. Sie umfassen die Verbesserung der psychischen Gesundheit sowohl bei Müttern als auch bei Neugeborenen, die verringerte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten sowie die langfristige Reduktion von Problemverhalten der Kinder nach 15 Jahren⁴⁰⁴ (F1.1).

Auch die Wirksamkeit von **Elterntrainingsprogrammen**, die in verschiedenen Formen verbreitet sind, ist i.d.R. gut belegt. Ein mehrfach erfolgreich erprobtes Beispiel ist das multimediale und mehrstufige *Triple P Positive Parenting Programme* (F2.2), das bei teilnehmenden Eltern eine signifikante Reduktion bezüglich gewalttätigem Verhalten (disruptive behaviour) sowie eine gesteigerte Zuversicht und Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz bewirken kann.⁴⁰⁵

Ebenso erwähnenswert ist *STEP, Systematic Training for Effective Parenting*, ein zum *Triple P* analoges Erziehungsprogramm. *STEP* ist das führende und am häufigsten evaluierte Elterntraining in den USA. In mehr als 60 wissenschaftlichen Studien wurde der positive Einfluss der *STEP*-Elternkurse auf den Erziehungsstil von Eltern aller Gesellschaftsschichten erwiesen. Zurzeit wird das Programm in Deutschland in einem gross angelegten Versuch gefördert und evaluiert.⁴⁰⁶

Interventionen bei **Kindern und Jugendlichen von psychisch kranken oder substanzabhängigen Eltern(teilen)**, einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe, sind erst in den letzten 15 Jahren entwickelt

⁴⁰² Schmid & Lattmann (2003) und Lattmann & Rüedi (2003).

⁴⁰³ Brown & Sturgeon (2005).

⁴⁰⁴ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt die Analyse von 5 derartigen Programmen von Durlak & Wells (1997, 129).

⁴⁰⁵ Sanders et al. (2000).

⁴⁰⁶ Durch K. Hurrelmann, Uni Bielefeld.

worden (s. z.B. F3.1). Sie beziehen sich auf das Krankheitswissen der gesamten Familie, die psychosoziale Resilienz der Kinder, die Familienbeziehungen, die Stigmatisierung und die Unterstützung durch soziale Netze und werden zu verschiedenen Zeitpunkten der Ontogenese⁴⁰⁷ durchgeführt. Die wenigen kontrollierten Studien zeigen ein verbessertes Coping bei folgenden Interventionen:⁴⁰⁸

- Hausbesuchs-Programme während dem ersten Lebensjahr, die auf die Verbesserung der frühen Eltern-Kind-Beziehung hinwirken.
- Screenings in der Schule und Früh-Interventionsprogramme bei Kindern mit Angstsymptomen und ängstlichen Eltern.
- Kognitive Programme mit Gruppen von Jugendlichen mit depressiven Eltern.

Die Interventionen zum Umgang mit **Familienbrüchen bei Scheidung und Tod** unterscheiden sich durch zwei Formen: Kinder- und eltern-orientierte Programme.⁴⁰⁹

Kinderorientierte Programme können mittelfristig eine Reduktion depressiver Symptome und von Verhaltensproblemen bewirken. Für Kinder, die einen oder beide Elternteile verloren haben, sind viele Interventionen entwickelt, nur wenige jedoch in gut kontrollierten Studien getestet worden.

Elternorientierte Programme können Qualität und Struktur der Mutter-Kind-Beziehung verbessern und die Internalisierungs- und Externalisierungsprobleme der Kinder vermindern (s. F4.2).

5.2.6.2 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme

Es gibt Interventionsstudien, die belegen, dass ein ganzheitlicher, gleichzeitig mehrere Settings und Ebenen verbindender Ansatz wirksamer ist als Massnahmen, die sich nur auf ein Setting bzw. eine Ebene beziehen⁴¹⁰ (s. F6 und F7).

5.2.7 Themenspezifische Interventionen

An dieser Stelle werden Interventionsprogramme zusammengefasst, deren thematische Ausrichtung für mehrere Settings und Zielgruppen relevant ist bzw. keinem einzelnen Setting zugeordnet werden kann.

Hierzu gehören die Präventionsinterventionen bezüglich *Post-Traumatic Stress Disorder PTSD*⁴¹¹ (T1), dessen Symptome sich auch in befriedeten Ländern im Zusammenhang mit der persönlichen Involvierung oder Exposition bei Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen, körperlicher und psychischer Gewalt, körperlichen Bedrohungen, Angriffen und Diebstahl sowie terroristischen Aktionen einstellen. Die Erstbehandlung ist zwar i.d.R. klinisch und manchmal ist eine psychologische Begleitung und Medikation angezeigt. Bei der Prävention und der Bewältigung der selten vollständig verschwindenden *PTSD*-Symptome haben sich jedoch ergänzend ressourcenorientierte Strategien wie der Einsatz von Relaxationstechniken, Wissensvermittlung, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Verarbeitung in positiven, körperlichen und kreativen Freizeitaktivitäten, Aktivierung und Ausbau des sozialen Netzes sowie Engagement in der Freiwilligenarbeit bewährt.⁴¹² In Abhängigkeit zum Schädigungsgrad und der individuellen Ressourcenlage ist von einer Primär- oder Sekundärprävention auszugehen.

Psychophysiologische Relaxationstechniken sind sehr verbreitete Interventionen und ihre positiven Wirkungen auf physiologische und psychologische Stressfaktoren sind v.a. im betrieblichen Setting erforscht und belegt.⁴¹³ Zu wirksamen Techniken gehören progressive Muskelentspannung, bestimmte Meditationstechniken, Autogenes Training sowie v.a. Kombinationen aus Muskelentspannung und kognitiv-behaviouralem Training (s. T2).

⁴⁰⁷ Die Entwicklung des Individuums von der Eizelle zum geschlechtsreifen Zustand (Fremdwörter-Duden).

⁴⁰⁸ Beardslee et al. (2005).

⁴⁰⁹ Sandler et al. (2005).

⁴¹⁰ Hosman et al. (2004, 31).

⁴¹¹ Shalev (2001).

⁴¹² Ruzek (o.J.), Young et al. (o.J.).

⁴¹³ S. a. oben Kapitel 5.2.4.4: Stresspräventionsinterventionen im Setting Betrieb.

Meta-Analysen von **Präventionsprogrammen zu Depression** belegen, dass Interventionsprogramme mit grösserer Wirkung u.a. aus mehreren Komponenten bestanden, Kompetenztechniken einschlossen und über mehr als acht Sitzungen von 60–90 Minuten Dauer liefen. Ältere Personen profitierten von der sozialen Unterstützung, während Verhaltensmethoden für diese Zielgruppe abträglich waren. Ein gut evaluiertes, erfolgreiches Beispiel ist das *Nürnberger Bündnis gegen Depression* (T3.1), das inzwischen auch in der Schweiz multipliziert wird.

5.3 SCHNITTSTELLEN ZUM KERNTHEMA «GESUNDES KÖRPERGEWICHT»

Die vorliegenden Berichte zu den Kernthemen «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» enthalten zahlreiche Hinweise und Belege für die enge Verknüpfung von physischer und psychischer Gesundheit. Der Bericht zum Kernthema «Gesundes Körpergewicht» zeigt auf, dass neben den körperlichen Konsequenzen auch die psychischen Auswirkungen von Übergewicht sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen sehr belastend sind und die schulische und berufliche Situation beeinträchtigen können.⁴¹⁴ Umgekehrt liegen aus der Sicht des vorliegenden Berichts die Schnittstellen insbesondere bei den physiologischen Faktoren und Auswirkungen, aber auch psychophysiologischen Bewältigungsmöglichkeiten von Stress. Psychisches Wohlbefinden, soziale Unterstützung und Netze sind Schutzfaktoren für die physische Gesundheit. Umgekehrt wirkt sich die Förderung körperlicher Gesundheit positiv auf das Wohlbefinden, z.B. von älteren Menschen, aus.⁴¹⁵

Daraus leitet sich die Notwendigkeit ab, dass bei allen Interventionsplanungen im Bereich «Gesundes Körpergewicht» und «Psychische Gesundheit – Stress» die jeweiligen Implikationen für die andere Dimension sorgfältig zu überdenken sind und das Synergiepotenzial auszuschöpfen ist. Am *World Mental Health Day 2004* wurde auf programmatischer Ebene u.a. gefordert, dass Massnahmen zur Förderung gesunder Lebensformen immer auch den Blick auf die Vermeidung psychischer Erkrankungen richten und umgekehrt Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit in Zukunft mehr das körperliche Wohlbefinden im Auge behalten sollten.⁴¹⁶

Der Zusammenhang zwischen schlechter psychischer Gesundheit und körperlicher Gesundheit ist gut belegt⁴¹⁷ und wird hier an zwei Beispielen skizziert.

Essstörungen zeigen eine hohe Komorbidität mit Depression, Angstzuständen und Substanzenmissbrauch. Neben den bekannten Verhaltensaspekten und familiären und sozialen Einflüssen zeigen sich diesbezüglich in der Forschung u.a. Beziehungsprobleme, Bullying, niedriges Selbstwertgefühl sowie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von emotionalem Stress und Konflikten immer mehr als allgemeine *psychische* Risikofaktoren.⁴¹⁸

An der mehrmals angeführten Studie von Kindern und Jugendlichen in Norwegen und in der Deutsch- und Westschweiz kann der Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und depressiver Verstimmtheit einerseits und Sporttreiben andererseits für diese Bevölkerungsgruppen aufgezeigt werden.⁴¹⁹ Das Wohlbefinden ist bei jenen Kindern und Jugendlichen, die gar keinen Sport treiben, tiefer als bei den aktiven SportlerInnen; und bei der depressiven Stimmung zeigen die sportlich aktiven Kinder und Jugendlichen tiefere Werte als diejenigen, die sich nicht sportlich betätigen.

⁴¹⁴ Schopper (2005).

⁴¹⁵ Sturgeon (2005).

⁴¹⁶ Der «World Mental Health Day» im Jahr 2004 fokussierte auf den engen Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Erkrankungen und Gesundheit. Menschen mit chronischen Erkrankungen erleben häufig zusätzlich emotionale und psychische Störungen, und ebenso häufig finden sich undiagnostizierte körperliche Erkrankungen bei Menschen mit psychischen Störungen; neben den in Kpt. 2.2 erwähnten z.B.: Menschen, die an Diabetes erkranken, haben ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko, an Angststörungen und Depression zu erkranken. S. German Network for Mental Health GNMH (2004).

⁴¹⁷ S. z.B. Victorian Health Promotion Foundation (2005, 8f.).

⁴¹⁸ Hosman et al. (2004, 43f.).

⁴¹⁹ Grob (1997, 76f.).

5.4 ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zusammenfassung

Europäische Strategien und Strategien zweier Länder

- Als Beispiele für zukunftsweisende umsetzungsorientierte Policies und Strategien werden das europäische Netzwerk *Implementing Mental Health Promotion Action IMHPA*, die Projektorganisation *Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries EMIP*, die Europäische Allianz gegen Depression EAAD sowie drei europäische Umsetzungsstrategien im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung aufgeführt. Auf Länderebene werden sie ergänzt durch die Darstellung der innovativen, doch unterschiedlichen Umsetzungsstrategien Schottlands und des australischen Bundesstaates Victoria.

Interventionen

- **Setting Gemeinde/Gemeinwesen:** Interventionen auf der Ebene von lokalen Gemeinschaften fokussieren auf die Entwicklung von Prozessen des Empowerment und den Aufbau von Netzwerken zur Selbsthilfe. Auf der Mikroebene gibt es wirksame Interventionsprogramme zur Verlängerung der Selbstständigkeit älterer Personen und zur Verhinderung bzw. Verzögerung ihrer Pflegebedürftigkeit.
- **Setting soziale Institution:** Die letzterwähnten Programme sind auch im institutionalisierten Rahmen erprobt worden. Für dieses Setting gibt es wenige evaluierte Interventionen wie z.B. das nationale Drogenpräventionsprogramm *Fil rouge*.
- **Setting Betrieb:** Für dieses Setting liegen insbesondere für die personenbezogene Ebene sowie spezifisch zu Stress am meisten Forschungsstudien vor. Einleitend werden die Ansätze des Ab- und Anwesenheitsmanagements dem betrieblichen Gesundheitsmanagement gegenübergestellt.

Systemebene: Gesundheitszirkel sowie Stresspräventionsinterventionen durch Umgestaltung der Arbeitsbedingungen belegen, dass betriebliche Gesundheitsförderung auch bezüglich der Reduktion psychosozialer Belastungen und des Aufbaus psychosozialer Ressourcen ein Verbesserungspotenzial hat. Aufgrund der mangelhaften Qualität der meisten Evaluationsstudien und der heterogenen Wirkungen sind jedoch eindeutige wissenschaftliche Schlussfolgerungen noch nicht möglich. Die konsistentesten positiven Effekte werden in Bezug auf Absentismus und die Arbeitszufriedenheit festgestellt. Erfolgsfaktoren sind gute Implementation, Vergrößerung von Autonomie und der Anforderungsvielfalt sowie Empowerment-Strategien.

Personenbezogene Ebene: Die Effektstärke von Stresspräventionsprogrammen durch Stressbewältigung und Stressvermeidung bzw. -veränderung sind bei psychischen (und somatischen) Symptomen auf dieser Ebene am höchsten. Stress-Management-Trainings (SMT) einschliesslich Stress-Resistenz-Trainings, Entspannungs- und Meditationsmethoden sowie soziale Kompetenz- und Fitness-Trainings sind bezüglich gesundheitlicher Effekte nachweislich wirksam. Wiederbeschäftigungsprogramme für Erwerbslose sowie Interventionen bezüglich Vereinbarkeit von Beruf und Familie sind erfolgreich bzw. Erfolg versprechend.
- **Setting Schule:** Interventionen betreffen die Schule als Institution, nur einen Teil, eine Stufe oder Klasse, oder beziehen sich auf eine Risikogruppe von SchülerInnen.

Systemebene: Integrative, sozial-ökologische Interventionsprogramme sind am erfolgreichsten, wenn sie einen systemischen Ansatz verfolgen, flexibel bzw. kontextgerecht sind, das Schulumfeld reorganisieren und das Klima der Klasse oder der ganzen Schule beeinflussen.

Personenbezogene Ebene – SchülerInnen: Im Vordergrund der vorliegenden Studien stehen Interventionen zum Aufbau allgemeiner Lebenskompetenzen sowie zur Reduktion von Substanzenmissbrauch. Für die stressrelevanten Lebenskompetenz- und Standfestigkeitstrainings liegen eine ganze Reihe gesicherter Ergebnisse vor wie gesteigerte Problemlösefähigkeiten und soziale Kompetenzen, Verminderung der Internalisierung und Externalisierung von Problemen sowie verbesserte schulische Leistungen.

Personenbezogene Ebene – Lehrpersonen: Auch gegen die psychische und physische (Über-)Belastung sowie Burnout-Erscheinungen von Lehrpersonen sind wirksame Interventionen bekannt. Kombinationen von erprobten Programmen für SchülerInnen, Eltern und Lehrpersonen sind als viel versprechend einzuschätzen.

- **Setting Familie:** Zahlreiche Studien belegen, dass Frühinterventionsprogramme in diesem Setting eine wirksame Präventionsstrategie sind. Die erfolgreichsten Programme beziehen sich auf gefährdete Kindergruppen von Familien mit geringem Einkommen und Bildung und betreffen Hausbesuche während Schwangerschaft und früher Kindheit sowie Elterntrainings und Vorschulprogramme. Studien belegen, dass ein ganzheitlicher, gleichzeitig mehrere Settings und Ebenen verbindender Ansatz wirksamer ist als Massnahmen, die nur auf ein Setting oder eine Ebene fokussieren.
- **Themenspezifische Interventionen:** Aufgeführt werden Präventionsinterventionen bezüglich *Post-Traumatic Stress Disorder PTSD*, psychophysiologische Relaxationstechniken sowie Präventionsprogramme zu Depression. *PTSD*-Interventionen haben sich bewährt, die Wirksamkeit für eine ganze Reihe bestimmter Relaxationstechniken ist belegt und erfolgreiche Beispiele für Präventionsprogramme zu Depression sind bekannt.

Schnittstellen zum Kernthema «Gesundes Körpergewicht»

- Die enge Verknüpfung von physischer und psychischer Gesundheit sowie die physiologischen Faktoren, Auswirkungen und Bewältigungsmöglichkeiten von Stress sind im vorliegenden Bericht aufgezeigt worden. Der gut belegte Zusammenhang zwischen schlechter psychischer Gesundheit und körperlicher Gesundheit wird anhand von Essstörungen und Sporttätigkeit skizziert.

Schlussfolgerungen

- **Strategieentwicklung:** Eine aktive Beteiligung der Schweiz an aktuellen europäischen Umsetzungsstrategien staatlicher und nicht staatlicher Organisationen (IMHPA, EMIP) ist zu empfehlen. Je nach Auswahl der Settings ist u.U. die Mitgliedschaft am *European Network for Workplace Health Promotion ENWHP* zu intensivieren. Die Strategieentwicklung sollte die Erfahrungen innovativer, evaluierter oder Erfolg versprechender Umsetzungsstrategien anderer Länder (z.B. VICHEALTH) berücksichtigen.
- **Interventionen:** Zu allen Lebensphasen und Settings, insbesondere aber zu Betrieb, Schule und Familie sowie zu deren personenbezogenen Ebene, liegen Interventionsstudien vor. Deren Qualität, Wirkung und Evidenz sind oft heterogen. Für einige Programme in verschiedenen Settings besteht jedoch gute Evidenz, dass Ansätze zur Stressprävention und Förderung der psychischen Gesundheit wirksam sind und zu einer ganzen Reihe positiver gesundheitlicher, sozialer und wirtschaftlicher Resultate führen. Für weitere Schlussfolgerungen und Empfehlungen wird auf Kapitel 6 verwiesen.

6. Handlungsbedarf und Empfehlungen für Interventionen in der Schweiz

Auf der Basis der dargelegten Zahlen und Fakten werden in diesem Schlusskapitel sieben Empfehlungen für prioritäre, möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen im Bereich psychische Gesundheit und Stress in der Schweiz formuliert. Für den Aspekt der Wirtschaftlichkeit bzw. für Massnahmen zur Verminderung sozialer Ungleichheit wird auf die parallelen Grundlagendokumente verwiesen.⁴²⁰ Die Empfehlungen decken die fachlichen Aspekte der Machbarkeit aus Public Health-Sicht ab. Die unternehmensstrategische, -politische und finanzpolitische Perspektive und Machbarkeit sind in einem weiteren Schritt auszuleuchten. Einleitend wird bezüglich allgemeinem Handlungsbedarf ein Fazit gezogen.

6.1 ALLGEMEINER HANDLUNGSBEDARF

Fazit 1: Psychische Störungen und Krankheiten sind ebenso wie Stress von grosser Relevanz für Public Health. Der allgemeine Handlungsbedarf für das Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress» ist erwiesen.

Die epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Daten belegen einen grossen, anhaltenden und mit grosser Wahrscheinlichkeit noch zunehmenden Handlungsbedarf. Die Last psychischer Krankheiten, insbesondere von Depressionen, wird ohne gezielte und wirksame Massnahmen auch in der Schweiz zunehmen und ein noch gewichtigerer sozialer und wirtschaftlicher Faktor werden. Die hohe Suizidrate und die alarmierende Zunahme der IV-RentnerInnen aufgrund psychischer Leiden sind nur die Spitze des Eisbergs.

Angesichts der in allen Lebenswelten und ebenso in allen Lebensphasen und Lebensalter tendenziell weiter ansteigenden psychosozialen Belastungen ist davon auszugehen, dass auch die Relevanz von Stress als einer der wichtigsten Risikofaktoren für psychische (und physische) Gesundheit noch zunehmen wird. Der anhaltende soziale Wandel und wachsende wirtschaftliche Druck wird chronische Belastungen sowie Mehrfachbelastungen noch intensivieren und die Bewältigung kritischer Lebensereignisse und lebenszyklischer Übergänge erschweren.

Psychische Störungen sowie Stress und Stressfolgen beeinträchtigen nicht nur die individuelle psychische Befindlichkeit, sondern auch die volkswirtschaftliche Entwicklung und den Zusammenhalt der Gesellschaft (soziale Integration). Immer mehr Angehörige vulnerabler Bevölkerungsgruppen stossen häufiger und schneller an die Grenzen ihrer psychischen und physischen Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit und sind zum Teil ausserstande für die dabei entstehenden sozialen und ökonomischen Kosten aufzukommen. Diese Entwicklung wird für die gesamte Gesellschaft soziale und wirtschaftliche Auswirkungen haben.

Fazit 2: Die in einzelnen Feldern ungenügende Datenlage stellt den Handlungsbedarf nicht in Frage.

In epidemiologischer Hinsicht betrifft dies beispielsweise die öfters fehlende Perspektive geschlechtsspezifischer Unterschiede. Auf der Interventionsebene ist die heterogene Datenlage bezüglich Qualität, Wirkung und Evidenz auffällig. Allgemein ist festzustellen, dass Interventionen auf der Verhaltensebene jene auf der strukturellen Ebene anzahlmässig bei weitem überwiegen. Spezifische Stresspräventionsprogramme konnten nur für die Settings Betrieb und Schule gefunden werden. Über wirksame Bewältigungsformen im Umgang mit Jugendarbeitslosigkeit,⁴²¹ Invalidisierung oder der Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist wenig bekannt und Interventionen in sozialen Institutionen sind selten.

Diese Lücken bedeuten, dass bei der Umsetzung in bestimmten Handlungsfeldern auch neue Wege beschritten werden müssen. Schliesslich ist anzuerkennen, dass psychische Gesundheit und Stress in der Schweiz insbesondere bezüglich Umsetzung und Evaluation noch relativ jung und im Aufbau begriffen sind. Dementsprechend sind die nachfolgenden Empfehlungen im Licht neuer theoretischer und vor allem praktischer Erkenntnisse laufend zu überprüfen, zu erweitern und zu vertiefen.

⁴²⁰ Schug L. unter Mitarbeit von C. Eisenring (2005) bzw. Lamprecht et al. (2005).

⁴²¹ Stamm (2005).

6.2 HANDLUNGSBEDARF BEZÜGLICH SETTINGS UND BEVÖLKERUNGSGRUPPEN

In einem ersten Schritt sind im Überblicksraster (Tab. 2, Kpt. 3.3.1) gut dreissig potenziell gesundheits- oder stressgefährdete Bevölkerungsgruppen aufgeführt worden. Aus dieser Liste sind in einem zweiten Schritt unter dem Aspekt Chancengleichheit gegen zwanzig Gruppen ausgewählt und innerhalb ihres betreffenden Settings aus epidemiologischer und sozialwissenschaftlicher Sicht dargestellt worden (Kpt. 3.3.2–3.3.8). Die anschliessenden zielgruppen- und settingspezifischen Empfehlungen haben eine weitere Fokussierung zum Ziel. Sie werden am Schluss des Kapitels in Tabelle 8 zusammengefasst.

6.2.1 Bevölkerungsgruppen

Für die konkrete Bestimmung der Zielgruppen wurde die nachfolgende Kriterienliste erarbeitet. Sie dient der Selektion von Zielgruppen, die möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen ermöglichen.

Kriterienliste für die Auswahl von Zielgruppen⁴²²

- 1 Die Zielgruppen sind von hoher **Public Health-Relevanz**, das heisst umfassen ganze, möglichst grosse und bezüglich Wissen, Verhalten und Einstellungen möglichst genau definier- und beschreibbare Bevölkerungsgruppen.
- 2 Sie sind mit **Public Health-Methoden** gut erreichbar.
- 3 Sie sind bezüglich psychischer Gesundheit und psychosozialen Belastungen besonders gefährdet, benachteiligt bzw. vulnerabel. Das heisst, dass sie mindestens von einer, wenn nicht von mehreren der soziodemografischen Variablen der **gesundheitlichen Chancengleichheit** betroffen sind (tiefer sozioökonomischer Status: Bildung, Beruf, Einkommen; Migrationshintergrund; Alter; Geschlecht).
- 4 Ausserdem sind sie entweder von
 - 4.1 länger andauernden **Doppel- und Mehrfachbelastungen**,
 - 4.2 schwierigen **lebenszyklischen Übergängen** bzw. **Transitionen** oder
 - 4.3 **kritischen Lebenssituationen** betroffen.
- 5 Der **Interventions- bzw. Handlungsbedarf** primär bezüglich psychischer Gesundheit oder Stress ist für sie gut belegt bzw. belegbar.

⁴²² Diese Liste, wie auch die weiter unten aufgeführte Kriterienliste für die Selektion von Settings, muss möglicherweise noch ergänzt und präzisiert werden. Bereits in dieser Form erlaubt sie aber eine genügend scharfe Selektion, um nicht nur die Zweckmässigkeit und Wirksamkeit des Public Health-Ansatzes sicherzustellen, sondern auch den Mitteleinsatz zu optimieren. Zielgruppen wie Paare oder Frauen als Opfer häuslicher Gewalt scheiden nicht aus, weil für sie ungenügender Handlungsbedarf oder in jedem Fall eine ausreichende Versorgungssituation bestünde, sondern weil sie entweder für den Public Health-Ansatz schwer zugänglich sind (Paare) oder weil auf kantonaler oder kommunaler Ebene, z.B. über die Sozialdienste, gewachsene Zuständigkeiten und breit verfügbare Angebote bestehen. Ebenso scheiden einige besonders benachteiligte, doch zahlenmässig relativ kleine Gruppen wie Haftentlassene oder abnehmende Gruppen wie kinderreiche Familien aufgrund des Public Health-Kriteriums aus.

Im Rahmen der Strategieentwicklung und Interventionsplanung sind bei der engeren Auswahl und Definition einzelner Zielgruppen u.a. folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Welche Variablen der gesundheitlichen Chancengleichheit spielen eine besondere Rolle? Gender-Aspekten ist bei allen Zielgruppen besondere Beachtung zu schenken.
- Wie stark soll der zu erwartende ökonomische Nutzen gewichtet werden bzw. wie soll mit dem Verhältnis von Ethik und Monetik bzw. Nutzen umgegangen werden? Aus reiner Kosten-Nutzen-Perspektive wären jüngere Zielgruppen, bei denen grössere Belastungen längerfristig zu erwarten sind, zu bevorzugen. Aus der Sicht dieses Berichtes wäre allerdings die damit verbundene Diskriminierung älterer Zielgruppen ethisch und politisch nicht vertretbar. Vgl. hierzu Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG (2004, V), Godfrey (2001), Hale (2000) und www.mentalhealth-econ.org.
- Dazu gehört die Frage nach dem kurz-, mittel- oder langfristig eintretenden Nutzen von Interventionen bei einzelnen Zielgruppen. Wie definiert sich die nachhaltige Wirkung bei älteren Zielgruppen und wie stark wird sie als Auswahlkriterium gewichtet?

Empfehlung 1:

Folgende Bevölkerungsgruppen werden als Hauptzielgruppen für Interventionen in der Schweiz empfohlen: Kinder, Jugendliche, Erwerbstätige, ältere Menschen.

Allgemeine Begründung

Die Empfehlung basiert einerseits auf der oben dargestellten Kriterienliste und leitet sich andererseits von der in Kapitel 3 dargestellten epidemiologischen und sozialwissenschaftlichen Datenlage ab. Sie stimmt im Wesentlichen mit den Empfehlungen einer mehrjährigen umfassenden und einflussreichen europäischen Studie überein.⁴²³ Die Empfehlung soll einer ersten Orientierung und Auswahl dienen, die im Einzelnen sowie im spezifischen Setting (s.u.) vertieft zu begründen und zu präzisieren ist. Bei der Zielgruppenanalyse sind Überschneidungen mit anderen Zielgruppen desselben Settings und Zielgruppen von weiteren involvierten Settings zu identifizieren und zu berücksichtigen.

Begründung und Fokussierung – Kinder (0–10 Jahre)

Kinder sind wachsenden sozialen und schulischen Anforderungen ausgesetzt. Gleichzeitig haben sie wichtige Transitionen wie den Übergang von der Familie zum Kindergarten bzw. zur Schule zu meistern. Hierzu verfügen sie jedoch aufgrund ihres Entwicklungsstandes über fehlende bzw. beschränkte Möglichkeiten, innere und äussere Ressourcen zu erkennen und bewusst zu nutzen und Widerwärtigkeiten im Leben erfolgreich zu meistern. Dazu gehören die gehäuften Wechselfälle des Erwerbs- und Privatlebens ihrer Eltern.

Besonders vulnerabel sind Kleinkinder, leistungsschwache und verhaltensauffällige Schulkinder, Klein- und Schulkinder mit Migrationshintergrund und aus anderen sozial und kulturell benachteiligten Milieus. Besondere Brennpunkte sind Vernachlässigung, Verhaltensauffälligkeiten und Stress-Symptome einschliesslich beeinträchtigt Wohlbefinden sowie Gewalt einschliesslich Bullying, sei es als Täter und/oder Opfer.

Interventionen bei dieser Zielgruppe sind am plausibelsten, da sie die zukünftige Entwicklung am frühesten beeinflussen können. Sie sind zwar intensiv, um wirksam zu sein, und zeigen i.d.R. keine unmittelbare Wirkung; ihre Ergebnisse sind jedoch umso grösser und anhaltender, indem sie sich auf die gesamte Lebenszeit und darüber hinaus auf die nachfolgende(n) Generation(en) erstrecken können. Für Frühinterventionsprogramme bei Kleinkindern sind gute Wirkungen nachgewiesen.

Begründung und Fokussierung – Jugendliche (11–20 Jahre)

Die Belastungen dieser Zielgruppe sind mit einer Häufung von Transitionen verbunden, die i.d.R. als schwierig erlebt werden. Jugendliche haben die lange Entwicklung vom Kindes- zum Erwachsenenalter zu bewältigen, welche sich in die immer früher einsetzende Phase der Pubertät (ca. 11.–16. Altersjahr) und die Adoleszenz (ca. 17.–20. Altersjahr) unterteilt. Parallel haben sie die Übergänge von der Schule in die Lehre bzw. Sekundarstufe II und von der Lehre in die Erwerbstätigkeit bzw. von der Sekundarstufe II in die Tertiärstufe zu meistern. Diese Transitionen sind gekennzeichnet durch grosse psychosoziale Herausforderungen, die mit der Ablösung vom Elternhaus und der (Neu-)Orientierung in Freizeit und Berufsleben verbunden sind.

Wiederum besonders vulnerabel sind leistungsschwache und verhaltensauffällige Jugendliche, Jugendliche mit Migrationshintergrund und aus anderen sozial und kulturell benachteiligten Milieus.

Besondere Brennpunkte sind beeinträchtigt Wohlbefinden bzw. Stressbewältigung, die Lehrstellen- und Stellensuche sowie die hohe Suizid- und Suizidversuchsrate. Bei Jugendlichen ab 12 Jahren sind der Substanzkonsum unter Gleichaltrigen sowie Gewalt einschliesslich Bullying und bei 14- bis 15-Jährigen Normabweichungen in der Sexualität weitere aktuelle Themen.

Auch bei dieser Zielgruppe sind Interventionen eine Investition in die Zukunft und versprechen einen Langzeiteffekt.

⁴²³ Kuhn K. et al. (2004).

Begründung und Fokussierung – Erwerbstätige (21–65)

Die Arbeitswelt, und mit ihr die gesamte Gesellschaft, wird immer komplexer und anforderungsreicher. Es gibt kein Erwerbsalter und kaum Arbeitstätigkeiten, die den stärker werdenden Arbeitsbelastungen nicht unterliegen. Dazu gehören nicht nur die bekannten, direkt mit der Arbeit verbundenen Belastungen, sondern auch Stressoren wie Restrukturierungen, anhaltende Arbeitsplatzunsicherheit oder Arbeitszeit auf Abruf. Ausserdem wirkt das Wohlbefinden an der Arbeit über den Arbeitsplatz hinaus auf das Privatleben.

Auch das Erwerbsleben ist von zum Teil als schwierig erlebten Transitionen betroffen wie jener von der Lehre/Ausbildung in die Erwerbstätigkeit, immer häufiger von der Erwerbstätigkeit in die Erwerbslosigkeit und/oder in die Pension. Mit Mehrfachbelastungen verbundene Partnerschaften, Familiengründungen und -auflösungen sowie anforderungsreiche Funktions- oder Stellenwechsel können die Belastungen noch verstärken.

In dieser Zielgruppe können Lehrlinge (s.o. Jugendliche), jüngere und ältere Erwerbstätige (50+), allein-erziehende Mütter sowie von Erwerbslosigkeit gefährdete Menschen, Jugend- und Langzeit-Erwerbslose und deren Angehörige als besonders vulnerabel bezeichnet werden. Darunter sind wiederum jene aus sozial und kulturell benachteiligten Milieus mit geringer Schulbildung besonders benachteiligt.

Hauptbrennpunkte sind wiederum Stressbewältigung, Anpassungsfähigkeit, Gewalt am Arbeitsplatz, Angst vor Arbeitsplatzverlust bzw. Erhalt und Ausbau der Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit (statt unrealistischer Arbeitsplatzsicherheit) und Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben. Je nach Erwerbsalter und Zielgruppe stehen andere Themen wie berufliche Neuorientierung oder Frühpensionierung im Vordergrund.

Interventionen in dieser Zielgruppe – insbesondere auf der strukturellen Ebene – sind zwar nicht einfach, da die Gesundheit am Arbeitsplatz aus unternehmerischer Sicht eher eine untergeordnete Rolle spielt. Das Bewusstsein für ihren Stellenwert steigt jedoch und die Investition ist auch für den Betrieb lohnenswert. Interventionen bei dieser Zielgruppe tragen mittel- und längerfristig zu einem gesunden Erwerbs- und Privatleben und damit zu einer sozial und wirtschaftlich tragfähigen Gesellschaft bei. Punkte Arbeitsfähigkeit, Morbidität und Invalidität können hier frühzeitig die richtigen Weichen gestellt werden, die im Alter zu längerer Selbstständigkeit und damit verbesserter Lebensqualität und geringeren Krankheitskosten führen.

Begründung und Fokussierung – ältere Menschen (65+)

Aus bekannten demographischen Gründen leiden immer mehr ältere Menschen unter sozialer Desintegration. Die zunehmende Isolierung und Vereinsamung dieser Bevölkerungsgruppe besonders in Agglomerationen ist das Resultat des fortschreitenden Mangels an sozialer Zeit, familiärer Solidarität und aktiver Nachbarschaft und beeinträchtigt deren Lebensqualität wesentlich. Die Verarbeitung der Vergangenheit sowie die Auseinandersetzung mit Lebenssinn, der ungewissen Zukunft und der fortschreitenden eingeschränkten Mobilität in der Gegenwart sind Belastungen, die zur Bewältigung soziale Nähe und Ansprache bedürfen.

Besonders vulnerable Gruppen sind vereinsamte Hochbetagte – häufig verwitwete Frauen (80+), an Demenz erkrankte Menschen, die alleine und/oder aus Kostengründen zu Hause leben sowie ältere pflegende Angehörige (hidden patients), wiederum zumeist Frauen, die unter dem Betreuungsstress häufig selber krank geworden sind. Um dieser Entwicklung wirksam vorzubeugen, wäre es sinnvoll, möglichst früh, das heisst bei den aktiven SeniorInnen, anzusetzen.

Besondere Brennpunkte sind hier die soziale Kohäsion und Reintegration sowie der Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie, aber auch die Angst, Opfer von Gewaltanwendungen zu werden.

Interventionen bei dieser überdurchschnittlich gesundheitsbewussten Zielgruppe erzielen mit relativ wenig Aufwand schnell messbare Resultate. Sie können das Zugehörigkeitsgefühl verbessern, die Selbstständigkeit verlängern und die Pflegebedürftigkeit hinausschieben und damit die Lebensqualität verbessern und Kosten senken.

6.2.2 Settings

Für die konkrete Auswahl und Definition der Settings dient die nachfolgende Kriterienliste, die mit jener für Zielgruppen überlappt. Sie soll die Selektion von Settings erleichtern, die als Ziel von Massnahmen wiederum möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen ermöglichen.

Kriterienliste für die Auswahl von Settings

- 1 Das bzw. die ausgewählten Settings entsprechen der anerkannten **Definition** und den **Kriterien** für Settings: Ein Setting ist «ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention definiert wird, und in dem die für die konkreten Massnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden.»⁴²⁴
- 2 Das Setting ist mit **Public Health-Methoden** gut erreichbar (z.B. Familien über systemischen Zugang und die Schnittstelle zum Setting Schule).
- 3 Der **Interventions- bzw. Handlungsbedarf** primär bezüglich psychischer Gesundheit oder Stress ist für sie gut belegt bzw. belegbar.
- 4 Das Setting (und die betreffenden Zielgruppen) verfügen über ausreichende **Ressourcen**, um eine anhaltende, spürbare Wirkung zu erzielen.

Empfehlung 2:

Um die Zielgruppen in ihren relevanten Umfeldern möglichst gut zu erreichen, wird empfohlen in Settings zu intervenieren. Als wichtigste Settings werden empfohlen: Familie, Schule, Gemeinde/Gemeinwesen, Betrieb.

Allgemeine Begründung

Es ist belegt, dass Interventionen, die gleichzeitig mehrere Settings (und Sektoren) verbinden, Systeme besser bearbeiten können und sich deshalb als wirksamer herausgestellt haben. Interventionen in Settings berücksichtigen die Komplexität der Ursachen (z.B. Verhalten und Verhältnisse, Involvierung mehrerer Settings und Sektoren) und ermöglichen, unterschiedliche Zielgruppen anzusprechen, die miteinander in Verbindung stehen (z.B. SchülerInnen, Lehrpersonen, Eltern). Die Empfehlung basiert – wie bei jener bezüglich Zielgruppen – einerseits auf der oben definierten Kriterienliste und andererseits auf der Datenlage. Diese stellt sich vor allem in Bezug auf die Settings Schule und Betrieb komfortabel dar und ist eine wichtige Voraussetzung für zweckmässige, wirksame und wirtschaftliche Interventionen. Die Wahl ergibt sich ausserdem aus der Übereinstimmung mit den wichtigsten Settings der empfohlenen Zielgruppen.

Begründung und Fokussierung – Kinder: Familie und Schule

Für Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter ist das Setting Familie am wichtigsten und prägendsten. Dazu gehören auch die relevanten gemeindegestützten Angebote wie Familien- und Mütterberatung sowie ausserfamiliäre Kinderbetreuung. Die Familie wird ohne Veränderung der strukturellen Rahmenbedingungen noch stärker belastet werden als bisher. Die Familie betreffende Interventionen werden aus Gründen der besseren Erreichbarkeit in Bezug auf jüngere Kinder mit Erfolg im Rahmen der Schule durchgeführt.

Die Schule ist das bedeutendste Setting für schulpflichtige Kinder und hat immer mehr Anforderungen zu erfüllen. Im Schulalter wird die Sozialisation wesentlich durch die Schule mitgeprägt. Aus systemischer Sicht überschneidet sich die Schule jedoch stark mit dem Setting Familie und beide wiederum mit dem Setting Gemeinde/Gemeinwesen. Erfolgreiche Interventionen bei Schulkindern integrieren deshalb nicht nur ihre Lehrpersonen, sondern auch ihre Eltern oder Erziehungsberechtigten und VertreterInnen des strukturierten oder unstrukturierten Gemeinde-Settings.

⁴²⁴ Grossmann & Scala in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (2003, 206).

Begründung und Fokussierung – Jugendliche: Schule und Gemeinde/Gemeinwesen

Während der Schulzeit und Berufsbildung bewegen sich die Jugendlichen schwergewichtig im Setting Schule bzw. in schulähnlichen Settings. Diese haben immer bessere Ausbildungsleistungen zu erbringen und stehen unter permanentem Reformdruck.

Mit zunehmender Identitätsfindung und Ablösung vom Elternhaus nimmt der zum Setting Gemeinde/Gemeinwesen gehörende Freizeitbereich jedoch einen immer grösseren Stellenwert ein. Die Bedeutung der offenen und der Verbandsjugendarbeit ist nicht zu unterschätzen. Die offene Jugendarbeit ist gleichsam das Auffangbecken und Ventil für die vielschichtigen Überforderungen von Jugendlichen und deren Folgen. Die Familie bleibt für Jugendliche ein wichtiger Bezugspunkt, während der (Lehr-)Betrieb bei zwei Dritteln der Jugendlichen als weitere wichtige Schnittstelle hinzu kommt.

Begründung und Fokussierung – Erwerbstätige: Betrieb

Am eindeutigsten ist die Zuordnung des Settings Betrieb zu allen erwerbstätigen (und erwerbslosen) Zielgruppen. Im Sinne und Interesse der *Life Balance* sind jedoch die Familie bzw. familienähnliche Lebensformen ein weiteres wichtiges Setting.

Für Interventionen werden kleine und mittelgrosse Betriebe (KMU) empfohlen, da sie nicht wie Grossbetriebe und nicht über die minimalen Vorschriften der Arbeitssicherheit hinaus über die notwendigen Ressourcen für Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention verfügen. Ausserdem sind sie aufgrund ihrer Grösse besonderem wirtschaftlichen Druck ausgesetzt. Aufgrund ihrer überschaubaren, oft familiären Strukturen bieten sie jedoch für Interventionen im angesprochenen Bereich gute Voraussetzungen.

Begründung und Fokussierung – ältere Menschen: Gemeinde/Gemeinwesen

Die aktiven bzw. jungen Alten bewegen sich hauptsächlich in den strukturierten Formen des Settings Gemeinde/Gemeinwesen wie Vereine, wo sie am besten erreichbar sind. Für Hochbetagte hingegen rücken soziale Institutionen wie Alters- und Pflegeheime in den Mittelpunkt ihrer Lebenswelt.

Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Empfehlungen, die bezüglich Zielgruppen und Settings gemacht worden sind. **Interventionen, die bei diesen Brennpunkten ansetzen und Bezug auf die ausgewählten Zielgruppen in den betreffenden Settings umgesetzt werden, versprechen die grösste Wirkung.** Für die z.T. zahlreichen, einzubeziehenden Akteure und thematisch verwandte aktive Projekte wird auf Anhang III verwiesen.

Tabelle 8

Übersicht über die zielgruppen- und settingspezifischen Empfehlungen

Haupt-Zielgruppen	Brennpunkte ⁴²⁵	Wichtigste Settings
Kinder (0–10)	<ul style="list-style-type: none"> • Vernachlässigung • Verhaltensauffälligkeiten • Stress-Symptome bzw. beeinträchtigtes Wohlbefinden • Gewalt (Täter und Opfer) 	Familie und Schule (Gemeinde/Gemeinwesen)
Jugendliche (11–16 bzw. 17–20)	<ul style="list-style-type: none"> • Pubertät und Adoleszenz • Stressbewältigung • Lehrstellen- und Stellensuche • sozialer Substanzenkonsum • Suizid und Suizidversuche • Gewalt (Täter und Opfer) 	Schule und Gemeinde/ Gemeinwesen (Familie und Betrieb)
Erwerbstätige (21–65)	<ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigung • Anpassungsfähigkeit • Angst vor Arbeitsplatzverlust • Gewalt am Arbeitsplatz • Arbeits- und Vermittlungsfähigkeit • Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben • berufliche Neuorientierung • Frühpensionierung 	Betrieb (Familie)
Ältere Menschen (65+)	<ul style="list-style-type: none"> • Isolation und Vereinsamung • Erhalt der Selbstständigkeit und Autonomie • Angst vor Gewaltanwendung 	Gemeinde/Gemeinwesen (Soziale Institution)

6.3 EMPFEHLUNGEN FÜR INTERVENTIONEN

Empfehlung 3:

Für jede Intervention sind stets personenbezogene und strukturelle, systembezogene Ansätze, das heisst sowohl die Verhaltens- als auch die Verhältnissebene zu berücksichtigen. Interventionen sollen immer Auf- und Ausbau der Ressourcen und/oder den Abbau von Risikofaktoren zum Ziel haben.

Begründung

Personenbezogene Ansätze wie die Stärkung individueller Kompetenzen können dann gut zum Tragen kommen, wenn sie von Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen, z.B. von partizipativen Strukturen, begleitet und gestützt werden. Möglichst zweckmässige und wirksame Interventionen sollten deshalb auch auf Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen abzielen, die dauerhaft helfen, Stress abzubauen und Ressourcen aufzubauen. Dazu gehören settingbezogene Veränderungen struktureller Rahmenbedingungen, welche die ausgewählten Zielgruppen unterstützen, Über- als auch Unterforderung zu vermeiden und den Alltag als positive, zu bewältigende Herausforderung zu erleben. Im Mittelpunkt von personenbezogenen Interventionen sollten die gezielte Förderung gesundheitsrelevanter Kompetenzen stehen, die auf die Psyche positiv einwirken (Schutzfaktoren), sowie die Prävention länger andauernder oder wiederkehrender Belastungen, die krank machenden Stress verursachen (Risikofaktoren).

⁴²⁵ Darunter werden Themen verstanden, die für die jeweilige Zielgruppe im Mittelpunkt und – hier – in besonderem Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Stress stehen oder in denen sich die angesprochenen Bereiche manifestieren.

In der nachfolgenden Tabelle werden Beispiele für erfolgreiche oder Erfolg versprechende Interventionsansätze zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in den ausgewählten Settings bei den empfohlenen Zielgruppen aufgelistet. Die Beispiele basieren hauptsächlich auf den in Kapitel 5 und Anhang II dargestellten Interventionen und nehmen teilweise Bezug auf in Kapitel 4 dargestellte Konzepte. Sie sind im Rahmen der Interventionsplanung zu priorisieren und zu präzisieren.

Tabelle 9

Beispiele für Interventionsansätze zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in ausgewählten Settings und Zielgruppen

Setting Schule: Kinder

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten und Lebenskompetenzen inklusive Beziehungsfähigkeit, Standfestigkeitstrainings und Konfliktmanagement • Empowerment und Stärkung der Resilienz, der Selbstwirksamkeit und des Kohärenzgefühls 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsfördernde Schule im Leitbild und Schulalltag, vernetzt mit dem Bildungsauftrag («gute gesunde Schule») • schulpädagogische Reformen: Förderung des sozialen und emotionalen Lernens (SEL) • Organisationsentwicklung mit Focus auf Verbesserung des Schul- und Klassenklimas und Stärkung der Partizipation • Förderung der <i>Health Literacy</i> bei Lehrpersonen und Eltern • Förderung der Stressbewältigungskompetenzen der Lehrpersonen • Förderung der Erziehungskompetenz der Eltern und der frühen Eltern-Kind-Beziehung (Elterntrainings)

Setting Schule und Gemeinde/Gemeinwesen: Jugendliche

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten und Lebenskompetenzen inklusive Beziehungsfähigkeit, Standfestigkeitstrainings und Konfliktmanagement • Empowerment und Ausbau der Selbstwirksamkeit und des Kohärenzgefühls 	<ul style="list-style-type: none"> • S. o. Systemebene des Settings Schule • Stärkung der Partizipation in allen betroffenen Settings • Stärkung der sozialen Integration (z.B. Öffnung von Verbänden für benachteiligte Jugendliche)

Setting Betrieb: Erwerbstätige

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Coping-Fähigkeiten, der persönlichen, psychosozialen und fachlichen Kompetenzen und der körperlichen Fitness (Stress-Management- bzw. -Resistenz-Trainings, Entspannungs- und Fitnessmethoden) • Förderung des lebenslangen Lernens 	<ul style="list-style-type: none"> • Betriebliche Gesundheitsförderung als ganzheitliche Strategie • Organisationsentwicklung mit Focus auf Arbeitsgestaltung (Erhöhung der Partizipation, des Handlungsspielraums und der Selbstregulation) • Massnahmen des Personalmanagements (Verbesserung des Führungsverhaltens, Anerkennung, Arbeitszeitgestaltung, Vereinbarkeit von Erwerbs- und Privatleben) • Verbesserung der arbeitsergonomischen Verhältnisse

Setting Gemeinde/Gemeinwesen: ältere Menschen

Personenbezogene Ebene	Systemebene
<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der Beziehungsfähigkeit • Empowerment einschliesslich Hilfe zur Selbsthilfe, Stärkung der Coping-Fähigkeiten und der Kontrollüberzeugungen, Partizipationsmöglichkeiten (institutionelle und gesellschaftliche Kompetenzen) • Förderung der lebenslangen körperlichen und kognitiven Aktivität (Kombination von Bewegungs- und Gedächtnistraining) 	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung der sozialen Netze einschliesslich gemeinschaftlicher Netzwerke • intergenerationelle Projekte, sozio-kulturelle Animation • Präventive, geriatrische Assessments verbunden mit Hausbesuchen • Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch Ausbau der familiären Kompetenz, ambulante Pflege, Spitex, Hütedienste

6.4 WEITERE EMPFEHLUNGEN

Empfehlung 4:

In Übereinstimmung mit dem *upstream management*-Grundsatz der Gesundheitsförderung und Prävention⁴²⁶ wird empfohlen, Interventionen mit rechtzeitiger Kompetenzbildung und Hilfe der Früherkennung zum frühest möglichen Zeitpunkt anzusetzen und nicht primär dort, wo die Probleme bereits akut sind und der Handlungsbedarf vordergründig am grössten erscheint. Diese Empfehlung gilt für alle Themenbereiche aller Zielgruppen in allen Settings.

Empfehlung 5:

Es wird empfohlen, im Rahmen der Interventionsplanung Konzept, Haupt-Determinanten und Risiko- und Schutzfaktoren in Bezug auf die ausgewählte(n) Zielgruppe(n) und Lebensphase(n) sowie bezüglich angesprochener Settings und Sektoren konzeptgerecht auszuwählen.

Empfehlung 6:

Es wird empfohlen, eine Beteiligung an internationalen Netzwerken zu psychischer Gesundheit zu prüfen, beispielsweise bezüglich Teilnahme am europäischen Netzwerk *Implementing Mental Health Promotion Action IMHPA*.

Empfehlung 7:

Es wird eine langfristige nationale Kampagne empfohlen, die das Interventionsprogramm kommunikativ begleitet und die Bevölkerung für die Thematik sensibilisiert. Inhalte könnten gelungene personen- und systembezogene Interventionen sein, die in starke, positiv wirkende Botschaften verpackt werden.⁴²⁷

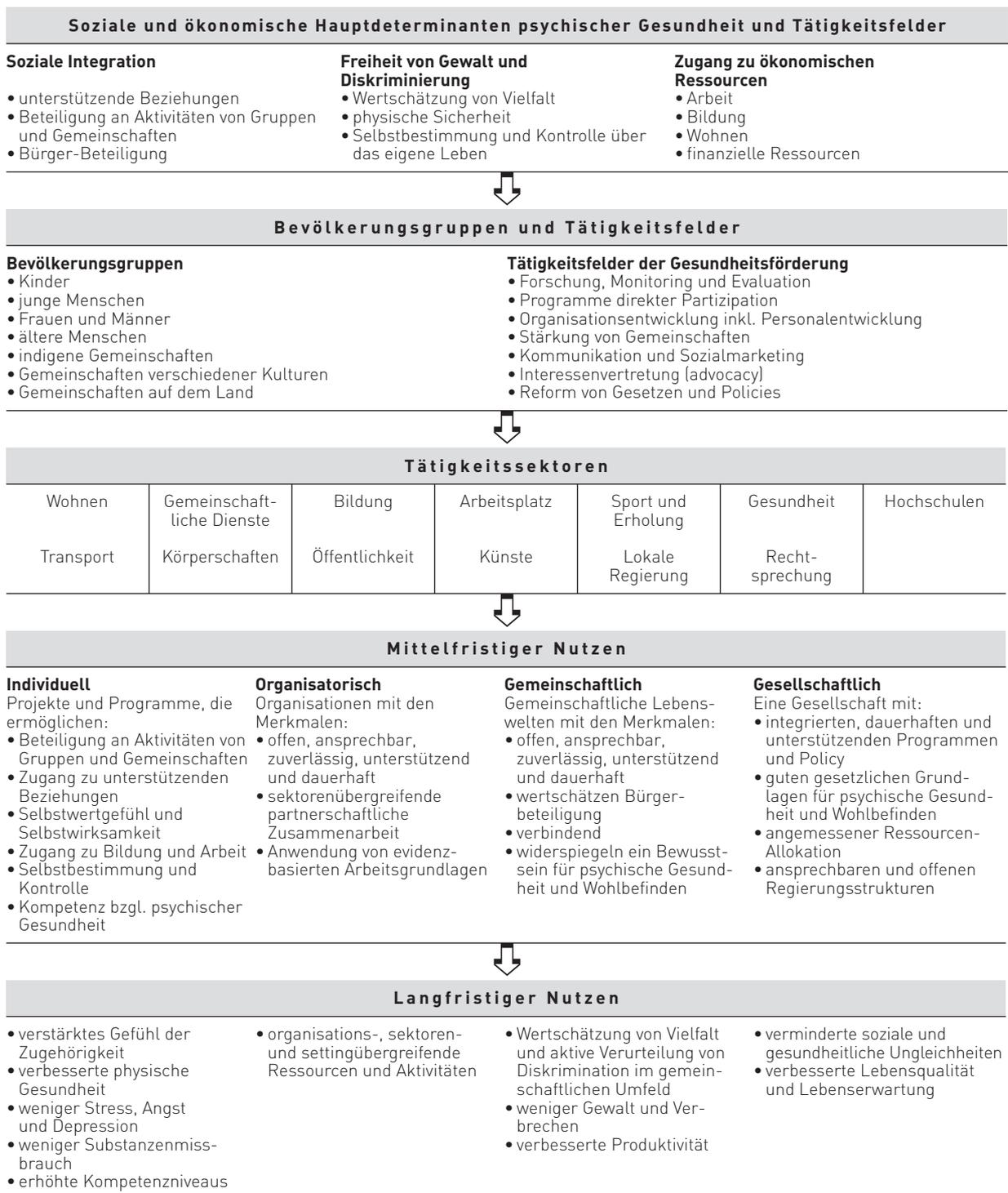
Der Zeitpunkt für die Umsetzung eines Programms zum Thema Stress erscheint günstig.

Psychische Gesundheit allgemein und Stress im Besonderen sind sowohl national als auch international seit einigen Jahren Themen von grosser, anhaltender Aktualität und verfügen auch für die Schweiz über ein grosses Potenzial. Auf der politischen Ebene ist ins Bewusstsein gerückt, dass Stress und seine Folgen gravierende Auswirkungen auf die Volksgesundheit haben und in zunehmendem Mass ein soziales, politisches und volkswirtschaftliches Problem geworden sind. Dieser breite Konsens bezüglich Handlungsbedarf im Bereich Stress und psychischer Gesundheit bietet einen idealen Rahmen für die Umsetzung.

⁴²⁶ Z.B. verwendet von Naidoo & Wills (1998).

⁴²⁷ Diese Empfehlung entsprang der ursprünglichen Idee, der gesundheitsschädlichen Miesmacherei seitens Politik und Medien mit positiven Botschaften entgegenzutreten und Politiker und Medienschaffende mit der positiven Wirkung positiver Botschaften zu konfrontieren.

ANHANG I: REFERENZRAHMEN FÜR DIE FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT 2005–2007 (VICHEALTH)⁴²⁸



⁴²⁸ Victorian Health Promotion Foundation. (2005). A Plan for Action 2005–2007. Promoting Mental Health and Wellbeing. Pelham St Carlton, www.vichealth.vic.gov.au Download 2.6.2005; Übersetzung R.M. Steinmann.

ANHANG II: INTERVENTIONEN UND INTERVENTIONSPROGRAMME MIT MODELLCHARAKTER

Die nachfolgende Liste umfasst sämtliche Interventionen und Interventionsprogramme, auf welchen die in Kapitel 5.2 dargestellten Schlussfolgerungen basieren. Zu Auswahl und Quellenlage wird auf das Kapitel 5.2.1 verwiesen. Die Struktur der Auflistung richtet sich wiederum nach jener des Überblicksras-ters Settings und spezifische Bevölkerungsgruppen in Kapitel 3.3.1. Die aufgeführten thematisch grup-pierten Interventionsprogramme und Einzel-Interventionen werden zwecks besserer Referenzierung pro Setting und Interventionsthema durchnummeriert.⁴²⁹ Am Ende der einzelnen Abschnitte werden Quellen für weitere Interventionsprogramme im betreffenden Setting aufgeführt.

1. GEMEINDE/GEMEINWESEN (G)

1.1 Interventionen auf der Makroebene: Stärkung von gemeinschaft-lichen Netzwerken (G)

(G1) Modellbeispiel: *Communities that Care Programme CTC* zur Prävention von Gewalt und Aggression⁴³⁰

Das *CTC* ist eine in der Praxis geprüfte Strategie zur Aktivierung von Gemeinden, um ein evidenzbasiertes System zur Prävention von Gewalt und Aggression in der Gemeinde einzuführen. Aufgrund lokaler Daten werden Risiko- und Schutzfaktoren identifiziert, ein Risiko-Profil der Gemeinde definiert und Aktionen entwickelt. Dazu gehören gleichzeitige Interventionen auf verschiedenen Ebenen:

- Gemeinde/Gemeinwesenebene: Mobilisierung, Medien, Policy-Veränderungen
- Schulebene: Veränderung von Führungsstrukturen oder Unterrichtsmethoden
- Familienebene: Strategien für Elterntrainings
- Individuum: Strategien zur Stärkung sozialer Kompetenzen

Das *CTC*-System ist bis jetzt in mehreren hundert Gemeinden in den USA erfolgreich eingeführt und evaluiert worden und wird zurzeit in den Niederlanden, England, Schottland, Wales und Australien multipliziert. Die Evaluationen in 40 amerikanischen Gemeinden mit vergleichendem Pre- und Post-Design ergaben folgende Ergebnisse bei den Jugendlichen: 30% hatten bei Interventionsende weniger Probleme in der Schule als vor der Intervention, Anklagen im Zusammenhang mit Waffenbesitz gingen um 65% zurück, Einbruchdiebstähle (-45%), Substanzenmissbrauch (-29%) und Anklagen wegen Überfällen (-27%).⁴³¹

⁴²⁹ (G2.1), beispielsweise, bezeichnet die 1. Modell-Intervention für den 2. Interventionsthemenkreis innerhalb des Settings Gemeinde/Gemeinwesen.

⁴³⁰ Hosman et al. (2004, 25), Developmental Research and Programs (1997).

⁴³¹ Hawkins et al. (2002).

1.2 Interventionen auf der Mikroebene: einzelne Zielgruppen (G)

1.2.1 Ältere Menschen

(G2) Präventive geriatrische Assessments in Verbindung mit Hausbesuchen

(G2.1) Modell-Beispiel: Präventive Hausbesuchsprogramme in Kalifornien⁴³²

In einer in Santa Monica durchgeführten Studie besuchten speziell ausgebildete Gesundheitsschwestern Personen ab 75 Jahren in jährlichen Abständen und berieten diese nach ärztlicher Rücksprache im Hinblick auf die Förderung der Selbstständigkeit. Nach 3 Jahren zeigte sich in der Hausbesuchs-Gruppe im Vergleich zur Gruppe ohne Hausbesuche eine signifikante Verbesserung der Selbstständigkeit sowie eine Reduktion von Einweisungen in Pflegeheime.

Eine Meta-Analyse von 18 kontrollierten Studien zu präventiven Hausbesuchen ergab, dass derartige Hausbesuchsprogramme zwei- bis dreimal im Jahr durchgeführt werden müssen, um Wirkung zu zeigen.

(G2.2) Modell-Beispiel: Präventives Gesundheitsprofil-Verfahren der Universitären Geriatrie Bern (Sanaprofil)⁴³³

Das Verfahren integriert die hausärztliche Praxistätigkeit aufgrund medizinischer Fortbildung, Dienstleistungen der Spitex in Form von präventiven Hausbesuchen (Empowerment, Begleitung und Beratung) sowie Gruppenkurse für ältere Menschen. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Verfahrens hat die Klinik Bern-Ziegler erfolgreich getestet. Die Gesundheitsförderung und Prävention ab dem 75. Lebensjahr reduzierte die Einweisungen in Pflegeheime um ein Drittel.

(G3) SIMA: Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter der Universität Erlangen-Nürnberg⁴³⁴

Die 1991 begonnene Studie mit ursprünglich 375 selbstständigen und weitgehend gesunden Seniorinnen (64,5%) und Senioren zwischen 75 und 93 Jahren besteht aus 3 Elementen mit folgenden Ergebnissen:

- Theoretisch begründete und wissenschaftlich geprüfte Trainingsprogramme zu Kompetenz-, Gedächtnis- und Psychomotoriktraining.
- Die kurz- und langfristigen Effekte dieser Trainingsprogramme wurden anhand einer Interventions- und Längsschnittstudie überprüft und mit den Leistungen einer nicht trainierten Kontrollgruppe verglichen. Neben den 3 einzelnen Trainingsprogrammen wurden auch zwei kombinierte Ansätze realisiert: Psychomotorik- und Kompetenz- bzw. Psychomotorik- und Gedächtnistraining. *Resultate*: Unmittelbar nach Trainingsende konnten für alle fünf Ansätze spezifische Trainingsgewinne nachgewiesen werden wie verbesserte Alltagskompetenz und Gedächtnisleistungen. Vier Jahre später erwies sich jedoch die spezifische Kombination aus Psychomotorik- und Gedächtnistraining allen anderen Ansätzen als eindeutig überlegen:
 - Die grössten langfristigen Effekte ergaben sich bei der wesentlich verbesserten kognitiven Leistungsfähigkeit.
 - Gesundheitsstatus: Bedeutsame Verbesserungen in den Bereichen Herz, Kreislauf-Gefässe, Lunge, Gastrointestinaltrakt, Bewegungsapparat und Stoffwechsel.
 - Die Teilnehmenden erreichten eine signifikant höhere Selbstständigkeit gemessen an Selbst- und Fremdeinschätzung sowie an der Inanspruchnahme von Dienst- und Hilfeleistungen.
 - Bezüglich psychischer Erkrankung zeigten die Teilnehmenden nicht nur eine geringer ausgeprägte dementielle, sondern auch eine weniger auffällige depressive Symptomatik als die Kontrollgruppenteilnehmenden.

⁴³² Stuck & Born (2001).

⁴³³ Stuck et al. (2004) und Stuck & Born (2001).

⁴³⁴ Oswald et al. (2001: 12. Auflage) mit breiter Dokumentation. Unter dem Namen SIMA-P (Selbstständigkeit im höheren Lebensalter für Pflegeheimbewohner) hat dieselbe Institution mit ähnlichen Zielen ein Programm für rehabilitative Interventionen in Pflegeheimen entwickelt und evaluiert.

- Die abschliessende Grundlagenstudie analysierte die Risikofaktoren für einen Verlust der Selbstständigkeit, die Erkrankung an einer Demenz und die Mortalität in derselben Stichprobe. Die Resultate zeigen, dass in allen drei Bereichen nicht nur – wie in der Forschungsliteratur bereits bekannt – biologisch-medizinische (Schlaganfall, Depression, allg. hohe Multimorbidität), sondern auch psychologische Risikofaktoren (eingeschränktes Wohlbefinden, kognitive Defizite) sowie ein Mangel an körperlichen und geistigen Aktivitäten von grosser Bedeutung sind.

NB. *Pro Senectute* hat das *SIMA*-Training übernommen und Trainerinnen ausbilden lassen.⁴³⁵

1.2.2 MigrantInnen und Flüchtlinge

(G4) PTSD-Interventionen bei Menschen mit Migrationshintergrund

MigrantInnen und Flüchtlinge gehören zu den vulnerabelsten Gruppen. Sie haben nicht nur eine tiefgreifende und langandauernde äussere und innere Transition zu bewältigen, sondern i.d.R. auch mit mehr oder weniger schweren Symptomen von *PTSD* (*Post-Traumatic Stress Disorder*, s. a. Kpt. 5.4 T1) zu kämpfen. Sekundärpräventionsstrategien in einem Immigrationsland fokussieren auf die Vorbeugung von sekundären negativen Auswirkungen von politischen oder kriegerischen Konflikten (z.B. Probleme der Familienzusammenführung) und die Verfügbarkeit emotionaler, sozialer und ökonomischer Unterstützung. Abgesehen von Präventionsinterventionen bezüglich *PTSD*, die gut erforscht sind,⁴³⁶ gibt es noch wenige Studien, die Evidenz für die Wirkung dieser Strategien nachweisen. Internationale Zusammenarbeit ist für ihre effektive Umsetzung und die Entwicklung von wirksamer Evidenz notwendig.⁴³⁷

1.3 Quellen für weitere Interventionsprogramme im Setting Gemeinde/Gemeinwesen

- www.fantasy-projects.ch, ein gut evaluiertes und erfolgreiches Präventionsprogramm, welches partizipative Projekte von und mit Jugendlichen begleitete und unterstützte. In einigen Projekten konnte nicht nur das individuelle Verhalten, sondern auch die Verhältnisebene anhaltend beeinflusst werden.
- Fabian et al. (2004): Einrichtung bzw. Optimierung einer sekundärpräventiven Versorgung für Kinder und Jugendliche.
- *Extending Quality Life: the Growing Older Programme* der Sheffield University 1999–2004 ist ein umfassendes, multidisziplinäres und laufend evaluiertes Programm zur Förderung der Lebensqualität im Alter mit 24 Einzelprojekten in folgenden Themenbereichen: Definition und Messung von Lebensqualität, Ungleichheiten bezüglich Lebensqualität, Technologie und gebaute Umwelt, gesundes und aktives Altern, Familien und Unterstützungs-Netzwerke sowie Partizipation und Aktivität im vierten Lebensalter; s. www.shef.ac.uk/uni/projects/gop.
- Li F. et al. (2001): Verbesserung des Wohlbefindens älterer Menschen durch *Tai Chi*.
- Stevens & T. van Tilburg (2000): Interventionsprogramm zur Verminderung der Vereinsamung betagter Frauen durch Stimulierung von Freundschaften.
- Ferner: Bang & Bang (1991), Shapiro & Talor (2002), Herrman et al. (2004, 40) und Hosman et al. (2004, 34ff.).

⁴³⁵ www.sh.pro-senectute.ch.

⁴³⁶ S. die Webseite des *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder* der USA: www.ncptsd.va.gov.

⁴³⁷ Hosman et al. (2004, 34).

2. SOZIALE INSTITUTION (SI)

(SI1) Modellbeispiel: *Fil rouge*⁴³⁸

Ein erfolgreiches, teilweise auch fremdevaluiertes Beispiel ist das vom Bundesamt für Gesundheit während zwölf Jahren in Jugendheimen der Deutsch- und Westschweiz geführte Drogenpräventionsprogramm *Fil rouge* (1994–2005). In der ersten Phase gelang es, sowohl die Leitung und Mitarbeitenden der Heime als auch die Jugendlichen für das Thema anhaltend zu mobilisieren. Die zweite Phase wurde in der deutschen Schweiz und der Romandie mit 23 Institutionen getrennt geführt. Die frei wählbaren, aber verbindlichen Projekte mit Querbezügen zu Gewalt, Bewegung und Sexualität hatten zahlreiche positive Auswirkungen auf das Befinden der BewohnerInnen und Mitarbeitenden, die den Veränderungen auf Heimstrukturebene zugeschrieben werden konnten. Aufgrund der unterschiedlichen regionalen Voraussetzungen ist die Verankerung von Gesundheitsförderung/Prävention und Früherkennung in der dritten Phase unterschiedlich gut gelungen. Die Evaluation zeigte, dass neben der thematischen Verankerung in der Öffentlichkeit, bei den Behörden und Trägern, auch die Fachstellen und Fachverbände die Heime als Zielpublikum ins Pflichtenheft nehmen müssen. Negative Begleiterscheinungen des Projektes betrafen vor allem die zeitliche Zusatzbelastung. Neben der für viele Heime essenziellen finanziellen Projektunterstützung durch den Bund war der verpflichtende Rahmen mit vier Eckpfeilern ein wichtiger Erfolgsfaktor:

- Dreijährige Zusammenarbeit mit einer externen Fachperson oder Fachstelle,
- das Heim musste ein eigenes Projekt durchführen,
- Einbindung der Heimleitung,
- Teilnahme des Teams an jährlich mindestens drei Erfa-Treffen mit anderen *Fil rouge*-Heimen der Region.

Quellen für weitere Interventionsprogramme im Setting Soziale Institution

- Siehe [G3].

3. BETRIEB (B)

3.1 Systemebene (B)

(B1) Gesundheitszirkel

Gesundheitszirkel sind die «europäische» Variante breit angelegter Programme, in denen u.a. auch Aspekte der Stressbewältigung immer wieder thematisiert werden. Ausgangspunkt sind häufig Daten über den Krankenstand oder die Ergebnisse betrieblicher Umfragen. Gesundheitszirkel sind Gruppen, die z.B. aufgrund dieser Daten die bestehenden Probleme analysieren und Vorschläge zu deren Behebung oder Milderung erarbeiten sollen. Zentral ist die Beteiligung von unmittelbar Betroffenen, häufig in der Form gewählter VertreterInnen von Belegschaftsangehörigen. Je nach Modell kommen in unterschiedlicher Anzahl und teilweise auch nur in bestimmten Phasen Führungskräfte, ErwerbstätigkeitsmedizinerInnen, Fachkräfte für Gesundheits- und Erwerbstätigkeitsschutz sowie externe ModeratorInnen hinzu. Die Palette möglicher Themen und Massnahmen umfasst sowohl personen- als auch strukturbezogene Veränderungen. Psychosoziale Belastungsthemen erfordern einen weiter gehenden Ansatz der Organisationsentwicklung und werden in einer ersten Phase von klassischen Gesundheitsschutz-Themen wie Arbeitssicherheit, Lärmschutz und Arbeitskleidung dominiert.

⁴³⁸ Bundesamt für Gesundheit & Hochschule für Soziale Arbeit Luzern (2005).

Ergebnisse von qualitativ unterschiedlichen, stressrelevanten **Einzelevaluationen** von Gesundheitszirkeln sind z.B.:

- Statistisch signifikante Verbesserungen im Hinblick auf Ergonomie, Zeitmanagement und Kommunikation,
- Verbesserung der körperlichen Belastungssituationen aufgrund ergonomischer Massnahmen sowie Verminderung von Stress aufgrund verbesserter Information.⁴³⁹

Ergebnisse von **Gesamtevaluationen** sind

- Die Teilnehmenden beurteilen die Gesundheitszirkel meistens positiv.
- Die Zirkel führen aus ihrer Sicht überwiegend zu mässig bis stark positiven Veränderungen im Hinblick auf Belastungsabbau und Ressourcenaufbau.
- Im Vordergrund standen Verbesserungen der sozialen Unterstützung, der Erwerbstätigkeitsmittel, der Einflussmöglichkeiten am Erwerbstätigkeitsplatz (Gestaltungsspielräume), gefolgt von Verbesserungen der Umgebungsbedingungen und Tätigkeitsbelastungen. Ausserdem gingen Beschwerden um ca. 20% zurück.⁴⁴⁰
- In Betrieben mit systematischen Programmen konnten u.a. die muskulo-skelettalen Schmerzen reduziert werden.
- Verschiedene Studien zeigen Verbesserungen der Absentismusraten, deren Reduktion sich zwischen 2 und 10% bewegt.⁴⁴¹

(B2) Modell-Beispiel: Die Empowerment-Strategie der Sheffield-Gruppe⁴⁴²

Die Empowerment-Strategie kann eine wirksame Intervention sein, um den negativen Folgen von Rationalisierung und Arbeitsplatzabbau (Downsizing) entgegenzuwirken. Sie bewirkte eine Erhöhung der kognitiven Anforderungen ebenso wie der Kontrolle und Partizipation. Ausserdem war die psychische Gesundheit trotz des *Downsizing* stabil geblieben, obschon ohne Intervention eine Verschlechterung zu erwarten gewesen wäre.

(B3) Stressprävention: System-Interventionen zu Arbeitsbedingungen

Interventionsstudien zu **Ergonomie** ergaben klare unmittelbare Verbesserungen von muskulo-skelettalen Problemen, in den Arbeitsbedingungen sowie bezüglich Fehlzeiten und teilweise auch Arbeitszufriedenheit.

In den Interventionen zu **flexibleren Arbeitszeiten** finden sich teilweise ein signifikanter Rückgang krankheitsbedingter Abwesenheit sowie eine Verbesserung der gemessenen Stress-Symptome und der Gesundheit. Weitere Wirkungen betreffen verbesserte Arbeitszufriedenheit und Wahrnehmung von Arbeitsbedingungen und Verbesserungen im Familien- und Sozialleben.

Die Resultate sind heterogen, zeigen aber in keinem Fall Verschlechterungen. Am konsistentesten sind die reduzierten Abwesenheitsraten.

(B4) Stressprävention: soziale Interventionen

Soziale Interventionen sind auf die «Schnittstelle zwischen Organisation und Individuum» gerichtet und finden sich im Bereich der Organisationsentwicklung und des Führungstrainings. Auch diese Art der System-Intervention zeigt eine grosse Bandbreite von Effekten. Unmittelbar fokussierte Variablen wie **Rollen-Stress** zeigen eher Veränderungen. Interventionen zu Rollenklärung und Feedback haben eine gute Chance, Rollen-Stress positiv zu beeinflussen und zeigen verbesserte Arbeitszufriedenheit. Dabei kommen der Intensität der Intervention und der aktiven Beteiligung grosse Bedeutung zu.

⁴³⁹ Slesina (2001).

⁴⁴⁰ Sochert (1998, 253ff.).

⁴⁴¹ Ducki A. et al. (1998) und Sochert (1998).

⁴⁴² Semmer & Zapf (2004a, 793f.).

3.2 Personenbezogene Ebene (B)

Die häufigsten Angebote im Bereich Stressprävention sind Stress-Management-Kurse, die sich in zwei Hauptgruppen unterscheiden: Kurse, die sich an der Stressreaktion orientieren und versuchen, die Interpretation von Stresssituationen und die Stressbewältigung zu verbessern, und solche, die auf die Vermeidung oder Veränderung von Stressfaktoren abzielen.

(B5) Stressprävention: Stressbewältigungskurse

Diese Art von Interventionen setzt sich meist aus einer oder mehreren der folgenden Komponenten zusammen:

- *Information*: Reine Wissensvermittlung – auch bezüglich Stress – ist nachweislich nur begrenzt erfolgreich.
- *Spannungsreduktion*: Relaxationstechniken (s. Kpt. 5.3.2: T2), Meditation, aber auch körperliche Aktivität oder Ernährung zur Kompensation von Stressreaktionen dienen dem Abbau von Spannung.
- *Kognitiv/behaviorale Verfahren*: Fokussieren auf die kognitiven Stressbewertungsprozesse und den Aufbau von kognitiven und verhaltensbezogenen Stressbewältigungsstrategien (s. B5.1).
- *Kompetenztrainings*: Im Unterschied zu den kognitiv/behavioralen Verfahren geht es bei dieser Komponente um eine allgemeine Verbesserung von Kompetenzen, die interne Ressourcen im Stressgeschehen darstellen wie Selbstsicherheits-, Konflikt-, Problemlöse- oder Zeitmanagementtrainings.

(B5.1) Modell-Beispiel für kognitiv/behaviorale Verfahren: *Stress-Impfungs-Training SIT*

Das *SIT* ist als wirksam evaluiert worden. Es enthält drei Phasen. In der Konzeptphase liegt das Schwergewicht auf der Analyse der eigenen Stressfaktoren und Reaktionsweisen. Die zweite Phase zielt auf die Entwicklung und Einübung persönlicher Stressbewältigungsstrategien. In der dritten Phase dient eine abgestufte Konfrontation mit tatsächlichen Stresssituationen der Verfestigung und Anwendung in der Realität; ausserdem werden Strategien gegen Rückfälle und zum Umgang mit Misserfolgen erarbeitet.

(B5.2) Modellbeispiel für ein Fitness-Programm: *Fit to Win*⁴⁴³

Dieses Beispiel aus den USA zeigt, dass eine grosse Wirkung erzielt und die Kosten tiefer gehalten werden können, wenn ein Stressmanagement-Programm in ein grosses Gesundheitsförderungsprogramm eingebunden wird.

(B5.3) Modell-Beispiel für ein Kombinationsprogramm: *K. Siegrist und Silberhorn*⁴⁴⁴

Das Programm kombiniert auf der theoretischen Grundlage des Gratifikationskrisen-Modells informationale und kognitiv-behaviorale Elemente mit «Progressiver Muskelentspannung». Es besteht aus 12 Sitzungen zu Themen wie «Stress bewusst wahrnehmen», «Typische Arbeitsbelastungen und Ansätze zur Bewältigung», «Möglichkeiten und Grenzen individueller Bewältigung», «Mit Ärgerreaktionen bewusst umgehen», «Kontrollbestrebungen im realistischen Mass» oder «Das Gespräch mit Vorgesetzten – Selbstbehauptung verbessern». Neben individuellen Anteilen kann das Programm auch zu strukturellen Lösungsvorschlägen führen, die dem Unternehmen vorgelegt werden.

⁴⁴³ Pruitt (1992).

⁴⁴⁴ Siegrist & Silberhorn (1998).

(B6) Stressprävention: Stress-Vermeidungs- und -Veränderungsprogramme

Zu dieser Gruppe von Stress-Management-Interventionen gehören Programme, die durch die Umgestaltung von Arbeitsbedingungen auf die Vermeidung und Veränderung von Stressfaktoren abzielen. Hierzu gehört z.B. das kognitive/behaviorale **Innovationsprogramm** von Bunce und West und Bond und Bunce,⁴⁴⁵ das Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt, um auf eine Veränderung belastender Aspekte der Arbeit hinzuwirken, beispielsweise durch veränderte Arbeitsmethoden oder verbesserte Zusammenarbeit. Im Vergleich mit einem «klassischen» Stress-Management-Programm führte das Innovationsprogramm mittelfristig zu verringerter Depressivität und erhöhter Innovationsneigung.

3.3 Besondere Zielgruppen (B)

(B7) Wiederbeschäftigungsprogramme für (Langzeit-)Erwerbslose

(B7.1) Beratungsangebote und Bewerbungstrainings

Beratungsangebote und Bewerbungstrainings für Gruppen von Erwerbslosen mit geringem Einkommen können eine wirksame Strategie zur verbesserten Bewältigung der Erwerbslosigkeit und zur Reduktion ihrer negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit sein.

(B7.2) Modell-Beispiel: JOBS Programme

Unter den vielen Wiederbeschäftigungsprogrammen sticht das seit 1984 am *Michigan Prevention Research Center* entwickelte *JOBS Programme* hervor.⁴⁴⁶ Das Programm besteht aus halbtags durchgeführten Trainingswochen in Gruppen von 15–20 Personen, die seit weniger als vier Monaten erwerbslos sind, und schliesst die soziale, ökonomische und politische Ebene mit ein. In zwei aufeinander folgenden randomisierten Feldstudien von je mindestens zwei Jahren Dauer konnten positive Wirkungen auf die Wiederanstellungsquote, die Qualität und Entlohnung der neuen Anstellung, die Selbstwirksamkeit bezüglich Suche und Bewältigung der neuen Stelle sowie auf die Reduktion von Depressionen und Stress nachgewiesen werden. Auf dem Arbeitsmarkt bezüglich formaler Bildung benachteiligte Gruppen, Frauen sowie Personen mit besonderen psychologischen Risiken wurden durch das Programm am stärksten unterstützt.⁴⁴⁷ Da sich bei den Teilnehmenden i.d.R. auch die Qualität und Entlohnung der neuen Anstellung steigert, werden die Interventionskosten durch die ebenso zunehmenden Steuereinnahmen bereits 7 Monate nach Wiederanstellung aufgewogen. Die Kosten für die Umsetzung der Intervention in lokalen Arbeitsvermittlungsbüros betragen \$ 300 pro Person. Das Programm ist nicht nur in den USA, sondern auch in China und Finnland⁴⁴⁸ erfolgreich umgesetzt worden und wird zurzeit auch in Irland durchgeführt.⁴⁴⁹

(B7.3) *Friår*: Ein schwedisches Modell zur Reintegration von Langzeiterwerbslosen⁴⁵⁰

Das staatliche, von den Arbeitsämtern getragene Modell soll primär Langzeiterwerbslosen die Rückkehr ins Berufsleben erleichtern und zugleich jenen Erwerbstätigen, die chronisch überlastet sind und/oder sich mit dem Gedanken der beruflichen Selbstständigkeit tragen, eine reelle, risikoarme Chance zur Realisierung ihres Vorhabens bieten. Das Programm bietet diesen Erwerbstätigen auf freiwilliger Basis an, bei Ausbezahlung einer minimalen Rente während höchstens einem Jahr (*Sabbatical*) unter der Voraussetzung aus dem Arbeitsprozess auszusteigen, dass ihre Funktion während dieses befristeten

⁴⁴⁵ Bunce & West (1996) und Bond & Bunce (2000).

⁴⁴⁶ Caplan et al. (1997).

⁴⁴⁷ Caplan et al. (1989), Vinokur et al. (1995) und Vinokur et al. (2000).

⁴⁴⁸ Vuori J. et al. (2002).

⁴⁴⁹ Michigan Prevention Research Center (2003).

⁴⁵⁰ S. www.ams.se, Arbetsförmedlingen (2005) und andere Quellen in Schwedisch. Darstellung gemäss Zusammenfassung von J. Hauser Lüthi, Liestal, per e-Mail vom 11.7.2005 und in: «Arena» zur Invalidenversicherung, SFDRS Mai 2005.

Ausstiegs von einer qualifizierten langzeiterwerbslosen Person übernommen wird. So gestaltet sich das Programm kostenneutral. Das Angebot besteht erst seit Januar 2005 und wird von der Regierung auf 12000 Plätze pro Jahr limitiert.

Die Vorteile für die neuen Arbeitnehmer und die Auszeitnehmer liegen auf der Hand. Es darf jedoch vermutet werden, dass das Modell in Verbindung mit geeigneter Evaluation jedoch auch den Nachweis wirtschaftlicher Vorteile für die betroffenen Arbeitgeber, die Krankenkassen und Sozialwerke erbringen kann. Es besteht bereits ein Grobkonzept zur Adaptation des schwedischen Modells auf die Schweiz.⁴⁵¹

(B8) Wiedereingliederung von (psychisch) kranken Mitarbeitenden

Als Muster-Betriebe bekannt sind z.B. die Migros Aare oder VW Wolfsburg. Reviews oder Meta-Analysen zur Integration von kranken Mitarbeitenden sind nicht bekannt.

3.4 Setting- und zielgruppenübergreifende Interventionen (B)

(B9) Vereinbarkeit von Beruf und Familie bzw. von Beruf und Freizeit

(B9.1a+b) Modell-Beispiele: *Fairplay-at-home* und *Fairplay-at-work*

Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann hat zwei zusammengehörende, Erfolg versprechende multimediale Kampagnen geführt und mehrfach selbstevaluiert (B9.1a+b).⁴⁵² Unterstützt durch eine Studie zur Verteilung der Arbeit zwischen den Geschlechtern,⁴⁵³ Materialien abgebende Beratungsstellen und die Printmedien gelang es *Fairplay-at-home* (2002) in der breiten Öffentlichkeit und bei vielen zukünftigen Eltern die diesbezügliche Diskussion anzuregen. *Fairplay-at-work* (2003) zielte auf die Chancengleichheit von Frauen und Männern im Erwerbsleben und die Einsicht, dass eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie lebensfreundlicher wäre, ab. Über verschiedene Kommunikationskanäle konnten Personalverantwortliche für die Notwendigkeit familienfreundlicher Personalpolitik sensibilisiert und Väter in ihren entsprechenden Anliegen unterstützt werden. Die Inhalte der Kampagnen wurden, insbesondere in der Deutschschweiz, von den Medien weiterführend bearbeitet und sowohl in der nationalen Politik als auch in der Wirtschaft aufgegriffen.

Die Evaluation ergab u.a., dass viele Männer trotz theoretischer Einsicht immer noch Berührungängste gegenüber dem Thema haben und sich i.d.R. noch immer über die Erwerbstätigkeit definieren. Diese Zielgruppe bedarf deshalb einer verstärkten emotionalen Ansprache.

3.5 Quellen für weitere Interventionsprogramme im Setting Betrieb

- Kernen H. unter Mitarbeit von G. Meier (2005): Persönliches und betriebliches Ressourcenmanagement inkl. einer Vergleichsstudie zu drei Unternehmenskulturen.
- Grebner et al. (2005): Studie zu Stress und Stressbewältigung von jungen BerufseinsteigerInnen.
- De Greef M. & K. Van den Broek (2004) mit 27 Fallstudien aus europäischen Ländern inkl. Schule und Krankenhaus.
- Heaney et al. (1995): *The Care Giver Support Programme*, das in einer RCT-Studie bezüglich Verhalten, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit erfolgreich evaluiert worden ist.
- Chilvers (2003): Erfolgreich evaluierte Video-Kampagne zu Stress im Betrieb.
- Ferner: Murphy L.R. et al. (1995), Gesundheit Berlin e.V. (2004); WHO (2000b).

⁴⁵¹ Job-Time-Sharing©. Arbeits-/Auszeit-Modell zur Prophylaxe von psychisch bedingter Langzeiterkrankung und Langzeitarbeitslosigkeit. Information von J. Hauser Lüthi (s. vorangehende Fussnote).

⁴⁵² S. Hofer (2005), Böckmann (o.J.), Derungs (o.J.) und Derungs (o.J.a) sowie www.fairplay-at-work.ch bzw. www.fairplay-at-home.ch.

⁴⁵³ Bauer & Strub (2002).

4. SCHULE (S)

In diesem Abschnitt werden grundsätzlich Interventionen berücksichtigt, die im Setting Schule durchgeführt werden, auch wenn sich ihre Zielsetzungen hauptsächlich auf andere Settings, beispielsweise die Familie oder die Freizeit, beziehen. Einige integrative Interventionen zielen auf die Gesamtschule ab, andere betreffen nur einen Teil, z.B. eine Stufe oder Klasse, oder beziehen sich auf eine identifizierte Risiko-Gruppe von SchülerInnen.

4.1 Systemebene (S)

(S1) Sozial-ökologische Interventionen

Siehe Hosman et al. (2004, 30f.).

(S2) Institutionelle Rahmenprogramme für System-Interventionen

(S2.1) *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning CASEL*

CASEL ist eine Arbeitsgemeinschaft an der Universität von Illinois, die u.a. die Wissenschaft des sozialen und emotionalen Lernens (SEL) fördert und evidenz-basierte SEL-Standards, -Guidelines, -Programme und -Umsetzungsmaterialien für Gemeinden, Schulen und Familien entwickelt und auch international verbreitet.⁴⁵⁴ Die im SEL-Konzept geförderten Kompetenzen umfassen 5 *skill clusters*:

Self-Awareness

- *Identifying emotions: Identifying and labeling one's feelings*
- *Recognizing strengths: Identifying and cultivating one's strengths and positive qualities*

Social Awareness

- *Perspective-taking: Identifying and understanding the thoughts and feelings of others*
- *Appreciating diversity: Understanding that individual and group differences complement each other and make the world more interesting*

Self-Management

- *Managing emotions: Monitoring and regulating feelings so they aid rather than impede the handling of situations*
- *Goal setting: Establishing and working toward the achievement of short- and long-term pro-social goals*

Responsible Decision Making

- *Analyzing situations: Accurately perceiving situations in which a decision is to be made and assessing factors that might influence one's response*
- *Assuming Personal responsibility: Recognizing and understanding one's obligation to engage in ethical, safe, and legal behaviors*
- *Respecting others: Believing that others deserve to be treated with kindness and compassion and feeling motivated to contribute to the common good*
- *Problem solving: Generating, implementing, and evaluating positive and informed solutions to problems*

⁴⁵⁴ S. z.B. The Collaborative for Academic Social and Emotional Learning (2005). Safe and Sound. An Educational Leader's Guide to Evidence-Based Social and Emotional Learning (SEL) Programs, Illinois, und *ibid.* (2005a). The First Ten Years – 1994–2004. Building a Foundation for the Future. Chicago

Relationship Skills

- *Communication: Using verbal and nonverbal skills to express oneself and promote positive and effective exchanges with others*
- *Building relationships: Establishing and maintaining healthy and rewarding connections with individuals and groups*
- *Negotiation: Achieving mutually satisfactory resolutions to conflict by addressing the needs of all concerned*
- *Refusal: Effectively conveying and following through with one's decision not to engage in unwanted, unsafe, unethical, or unlawful conduct.*

Die Webseite⁴⁵⁵ führt über 200 *Best Practice*-basierte Schulprogramme zur Förderung von SEL. CASEL führt eine detaillierte Liste der zahlreichen Studien zur Wirksamkeit der SEL-Programme,⁴⁵⁶ die von *preschool* bis *high school* reichen.

Beispiele für evaluierte SEL-Programme

- *Klasse 2000*
Bölcskei, P. L., Hörmann, A., Holleederer, A., Jordan, S. & Fenzel, H. (1997): Suchtprävention an Schulen – Besondere Aspekte des Nikotin-Abusus. Effekte einer vierjährigen Intervention durch das Suchtpräventions- und Gesundheitsförderungsprogramm Klasse 2000. In: Prävention und Rehabilitation, 9, S. 82-88.
- *ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten*
Walden, K., Kutza, R., Kröger, C. & Kirmes, J. (1998): ALF – Allgemeine Lebenskompetenzen und Fertigkeiten. Programm für Schülerinnen und Schüler der 5. Klasse mit Informationen zu Nikotin und Alkohol. Hohengehren: Schneider Verlag.
- *Fit und stark fürs Leben: s.u. S5.1*
- Für weitere SEL-Programme siehe Leppin, A., Hurrelmann, K. & Petermann, H. (Hrsg.) (1999): Jugendliche und Alltagsdrogen. Neuwied: Luchterhand.

(S3) Netzwerkprogramme für System-Interventionen

(S3.1) Netzwerk Gesundheitsteams Stadtberner Schulen

Das Netzwerk ist 1992 kontinuierlich auf- und ausgebaut worden. Das relativ gut untersuchte und dokumentierte Programm ist als Erfolg versprechend zu beurteilen. Die Gesundheit der grossen Mehrheit der Lehrpersonen und SchülerInnen wird trotz der zunehmend negativen gesellschaftlichen Einflüsse als gut beurteilt. Die psychosoziale Befindlichkeit gemessen an Stress, Einstellungen, emotionalem Wohlbefinden und den Lebenskompetenzen hatte sich 2002 gegenüber 1998 insgesamt verbessert. Weitere Ergebnisse betreffen die zukünftige Strategie: Die Gesundheitsförderung in die allgemeine Schulentwicklung und Qualitätssicherung zu integrieren und den SchülerInnen eine viel weitergehende Mitsprache zu gewähren.⁴⁵⁷

4.2 Personenbezogene Ebene (S)

4.2.1 SchülerInnen

Die meisten verhaltensbezogenen Interventionen betreffen Programme zum Aufbau von schulischen Kompetenzen sowie zur Reduktion bestimmter Risikofaktoren wie Substanzenmissbrauch. «Verbesserung der psychischen Gesundheit» und «Stressbewältigung» stehen nur in wenigen nicht therapeutischen, wissenschaftlichen Programmen im Vordergrund; dies, obschon es als erwiesen gilt, «dass eine günstige Stressverarbeitung im Kindes- und Jugendalter als ein wesentlicher Schutzfaktor bei psychi-

⁴⁵⁵ www.casel.org/index.

⁴⁵⁶ S. z.B. den Review von Elias M.J. et al. [2003].

⁴⁵⁷ Vuille et al. [2004, 250, 255].

schen Belastungen angesehen werden kann».⁴⁵⁸ In diesem Bereich haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten insbesondere zwei psychosoziale Ansätze schulischer Gesundheitsförderung als bedeutsam und wirksam erwiesen:⁴⁵⁹ Lebenskompetenztrainings und Standfestigkeitstrainings. Die unterschiedliche Kombination von Elementen dieser beiden Ansätze hat zu vielen Mischprogrammen geführt.

(S4) General Life-Skills- bzw. Trainings allgemeiner Lebenskompetenzen⁴⁶⁰

Dieser Ansatz umfasst Massnahmen zur Stärkung von allgemeinen Lebenskompetenzen. Im Umfeld der Schule betreffen sie alle Interventionsprogramme zum sog. «**sozialen und emotionalen Lernen (SEL)**».⁴⁶¹

(S4.1) Modell-Beispiel: I Can Problem Solve Programme

Das Programm für Grund- und Mittelstufen-Schulen verbessert die Problemlösekompetenzen und vermindert Hemmungen und Impulsivität signifikant.⁴⁶²

(S4.2) Modell-Beispiel: The Good Behavior Game GBG

GBG ist ein universales Programm, das positives Verhalten und die Einhaltung der Regeln im Klassenzimmer anhaltend fördert. Längsschnittstudien nach RCT-Standard in den USA und den Niederlanden zeigten einen signifikanten Rückgang aggressiven Verhaltens bis zu 5 Jahren nach der Intervention bei Jungen mit ursprünglich mässig oder hoch-aggressivem Verhalten.⁴⁶³

(S4.3) Modell-Beispiel: Improving Social Awareness – Social Problem-Solving Programme ISA-SPS

Dieses Programm führte zu langfristig verbessertem Coping von Stressoren im Zusammenhang mit Transitionen auf der Mittelstufe und zu signifikanter Verminderung von Verhaltensproblemen.⁴⁶⁴

(S4.4) The Promoting Alternative Thinking Strategies Programme PATHS⁴⁶⁵

Im Zentrum dieses Frühinterventionsprogramms zur «Förderung alternativer Denkstrategien» steht ursprünglich die Förderung emotionaler Kompetenzen von hörbehinderten Kindern (Förderung der Gefühlsregulation: Verbesserung der Wahrnehmung, des Verstehens und des Umgangs mit eigenen bzw. mit den Gefühlen anderer).⁴⁶⁶ Aufgrund seines Erfolgs wurde PATHS auf die übrigen Schüler ausgedehnt und wird heute in über hundert amerikanischen Schulbezirken sowie in Australien, den Niederlanden und England erfolgreich eingesetzt; zurzeit auch im «ZIPPS: Zürcher Interventions- und Präventionsprogramm an Schulen». In mehreren Längsschnittstudien nach RCT-Standard konnten Verbesserungen bezüglich emotionalem Wissen, Problemlösekompetenzen und der Verminderung der Internalisierung und Externalisierung von Problemen nachgewiesen werden.⁴⁶⁷

(S4.5) Modell-Beispiel: Fit und stark fürs Leben – Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht⁴⁶⁸

Das Programm hat nicht nur präventive Zielsetzungen, sondern fördert auch psychosoziale Kompetenzen. Es besteht aus Unterrichtsmanualen für die Klassen 1 und 2, 3 und 4 sowie 5 und 6. Konzeptionelle Grundlage ist ein Spiralcurriculum, in dem die nachfolgenden 6 Lebenskompetenzbereiche auf allen Stufen entwicklungsgerecht gefördert werden:

⁴⁵⁸ Hampel & Petermann (2001).

⁴⁵⁹ Jerusalem & Weber (2003, 464f.).

⁴⁶⁰ Zur Definition siehe Lattmann & Rüedi (2003, 277f.).

⁴⁶¹ S. www.casel.org.

⁴⁶² Shure (1997).

⁴⁶³ Kellam S.G. et al. (1994).

⁴⁶⁴ Bruene-Butler L. et al. (1997).

⁴⁶⁵ Greenberg & Kusché (1998); s.a. Greenberg et al. (2001). Greenberg ist Mitglied des Führungsteams von CASEL.

⁴⁶⁶ Goleman (1996) führt PATHS als Modell für die Vermittlung emotionaler Bildung an.

⁴⁶⁷ Greenberg M.T. et al. (1995).

⁴⁶⁸ Lattmann & Rüedi (2003, 279-287, 303-319) und Asshauer et al. (1999-2002).

- Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- Kommunikation
- Körperbewusstsein / gesundheitsrelevantes Wissen
- *Standfestigkeit* / Problemlösen / kritisches Denken
- *Umgang mit negativen Emotionen* / *Stressmanagement*
- Problemlösen

Das Programm geht zurück auf ein Projekt des Bundeslandes Schleswig-Holstein und der EU und ist inzwischen in verschiedenen Ländern eingeführt und teilweise evaluiert. Es wurde auch in Schweizer Schulen im Projektrahmen *Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA* pilotiert und positiv evaluiert.⁴⁶⁹ Die SchülerInnen zeigten eine deutliche Zunahme psychosozialer Kompetenzen bzw. weniger Aggression und Delinquenz, weniger Angst und Zwanghaftigkeit sowie mehr Aufmerksamkeit. Die jüngeren SchülerInnen berichteten über eine grössere Zufriedenheit in ihrer Klasse und verfügten über ein verbessertes Einfühlungsvermögen gegenüber MitschülerInnen. Bei den älteren SchülerInnen zeigte sich eine signifikante Abnahme der Intention, in Zukunft zu rauchen. Auch das Echo der Lehrkräfte war überaus positiv bezüglich Anwendbarkeit und gewinnbringendem Einsatz des Programms.

(S5) Mischprogramme für Schulkinder

(S5.1) Modell-Beispiel: *Personal Growth Class PGC: Integrated group work and skills training*⁴⁷⁰

Das Programm richtet sich an leistungsmässig abfallende und sozial auffällige Jugendliche mit Risiko zum Substanzkonsum, zielt aber nicht nur auf die Reduktion dieser Gefährdung, sondern auch auf die Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens und der Schulleistung ab. Die beiden Hauptkomponenten der von den Lehrkräften durchgeführten Intervention betreffen die soziale Unterstützung durch die Klasse und ein *Life-skills training*. Das Programm wird seit 1989 in den USA verwendet und laufend evaluiert und verbessert. Inzwischen wird es auch in China, Spanien und Russland eingesetzt.

Signifikante Effekte zeigt das Programm bei den Befindlichkeitsmassen (Reduktion von Depression, Stress und Ärger; Erhöhung des Selbstwertes) und beim Konsum von harten Drogen, nicht jedoch bezüglich Konsum leichter Drogen, Alkohol und Tabak sowie bezüglich Schulleistungen.

(S6) Übrige Programme für Schulkinder: Programme zur Selbstverteidigung

Hauptziel dieser Programme ist, den Kindern Wissen und Fähigkeiten zu vermitteln, so dass sie vermeiden, Opferrollen zu übernehmen (victimisation). Eine Meta-Analyse von Interventionen in Primarschulen in den USA zeigt, dass teilnehmende Kinder bezüglich Wissen und Fähigkeiten besser abschneiden als nichtteilnehmende Kinder.⁴⁷¹

4.2.2 Lehrpersonen

(S7) Interventionen zu Stress- bzw. Belastungsbewältigung

Gegen die psychische und physische Überlastung und die Burnout-Erscheinungen von Lehrpersonen gibt es wirksame Massnahmen. Die bereits in Kapitel 3.4.4 erwähnte Korrelativstudie bei Lehrpersonen in den Kantonen Luzern und Freiburg ergibt, dass Lehrpersonen mit guten Stressverarbeitungsstrategien und

⁴⁶⁹ Lattmann & Rüedi (2003, 303f.) und Schmid & Lattmann (2003).

⁴⁷⁰ Thompson et al. (1997).

⁴⁷¹ Rispens et al. (1997).

günstiger Belastungsbewältigung hoch signifikant weniger psychische Beschwerden, weniger subjektiv empfundene Belastungen und eine sehr signifikant bessere psychische Gesundheit, ein besseres Selbstkonzept sowie höhere Berufs- und Lebenszufriedenheit haben.⁴⁷²

(S7.1) Modell-Beispiel: Trainingsprogramm zur Belastungsverarbeitung im Lehrberuf⁴⁷³

Das Fortbildungsprogramm basiert auf der oben erwähnten Korrelativstudie, ist theoretisch fundiert,⁴⁷⁴ modular aufgebaut und wurde in Form eines Wochenkurses, eines 1-jährigen JunglehrerInnen-Beratungskurses und im Rahmen eines 2-Jahreskurses von Kollegiumsberatungen bei 150 Lehrpersonen der Kantone Freiburg und Luzern eingesetzt und auf ihre Wirksamkeit geprüft. Die Fähigkeit, Stress und Belastungen günstiger zu bewältigen, nahm bei allen drei Interventionsformen hoch signifikant zu, Burnout-Erscheinungen nahmen bei allen drei Gruppen sehr signifikant ab und die Berufs- und Lebenszufriedenheit signifikant zu. Positive Langzeiteffekte sind wahrscheinlich: Bei einem Follow-up 1 Jahr nach Beendigung des Trainings zeigte sich, dass rund die Hälfte der 40 gemessenen Variablen noch zusätzlich verbesserte Resultate ergaben.

4.3 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme (S)

(S8) Modell-Beispiel: Eltern & Schule stärken Kinder ESKKI (Laufzeit 2005/2006)

Das Projekt gründet auf der Erkenntnis, dass Kinder und Jugendliche in ihren personalen und sozialen Ressourcen am erfolgreichsten gestärkt werden, wenn sie von Lehrpersonen und Eltern *gemeinsam* unterstützt werden. ESKKI ist deshalb ein kombiniertes Weiterbildungsprogramm in Form eines Persönlichkeitstrainings für SchülerInnen, eines Erziehungstrainings für Eltern und eines Stressmanagementprogramms für Lehrpersonen. Die interkantonale randomisierte Studie umfasst Lehrpersonen der Primarstufen 1–5 bzw. 1–6 und ihre SchülerInnen ebenso wie deren Eltern aus 6 Schweizer Kantonen. Da die salutogenetisch orientierte Intervention auf evidenz-basierten, erfolgreichen Programmen wie «Stress abbauen – Ressourcen fördern» (s. oben S7.1) für Lehrkräfte, *Triple P* für Eltern (s. unten F2.2) und «Fit und stark fürs Leben» für Kinder (s. oben S4.5) aufbaut, ist es geeignet gute Evidenz für diese erstmalige Programm-Kombination in einem settingübergreifenden Ansatz zu schaffen. Erwartet wird eine Verbesserung der Lebensqualität in beiden Settings ebenso wie ein erhöhtes Wohlbefinden bei allen Teilnehmenden.

(S9) Modell-Beispiel: Stress- und Selbstmanagement in der Schule STREMA (Laufzeit 1999–2004)⁴⁷⁵

Strema basiert auf einem salutogenetischen Ansatz und dem 1993 entstandenen Projekt «Wohlbefinden in der Schule» und wurde innerhalb des Rahmenprogramms «Schulen und Gesundheit» des Bundesamtes für Gesundheit entwickelt.⁴⁷⁶ Das zielgruppenübergreifende Programm bezweckt die Förderung personaler und sozial-kommunikativer Kompetenzen und Ressourcen von Lehrpersonen und SchülerInnen, enthält jedoch auch systembezogene Ziele. Inhaltliche Bausteine sind:

- Grundlageninformationen zur gesundheitsfördernden Schule und zum Stressgeschehen,
- Arbeit am persönlichen Stress- und Ressourcenmanagement anhand eines Portfolios,
- körperlich-psychische Spannungsregulation: Trainings und Erfahrungsaustausch in mindestens einer Entspannungstechnik (s. unten T2),

⁴⁷² Kramis-Aebischer (1995, 408).

⁴⁷³ Kramis-Aebischer (1995).

⁴⁷⁴ Basiert auf einem Stress-Regulationssystem in Anlehnung an Reicherts (1988).

⁴⁷⁵ Lattmann & Rüedi (2003).

⁴⁷⁶ S. www.bildungundgesundheit.ch.

- sich selbst und andere besser verstehen,
- innere Selbstgespräche als Ressource,
- den Schulalltag im Spannungsfeld Individuum und System gestalten,
- Engagement und Distanz im Lehrberuf.

Kurzzusammenfassung der Resultate: In einer Pilotstudie mit rund 270 Schülerinnen und Schülern⁴⁷⁷ konnten klare erste Hinweise auf die Wirksamkeit des Programms im Sinne der Stärkung psychosozialer Kompetenzen gezeigt werden:

- Die SchülerInnen waren deutlich weniger aggressiv, zeigten mehr Aufmerksamkeit im Unterricht, lernten leichter und begingen weniger Delikte nach der Durchführung des Programms.
- Darüber hinaus zeigten sich weniger sozialer Rückzug, weniger Angst und weniger Zwanghaftigkeit.
- Die jüngeren SchülerInnen berichteten über eine grössere Zufriedenheit in ihrer Klasse und sie verfügten über ein verbessertes Einfühlungsvermögen gegenüber Mitschülerinnen und Mitschülern.
- Bei den älteren SchülerInnen der 5. bis 7. Klassenstufe nahm die Intention in Zukunft zu rauchen signifikant ab. Der Griff zur Zigarette ist insgesamt selten, zeigt aber keine überzufällige Veränderung.

Ebenfalls positive Ergebnisse zeigte die Kursevaluation bezüglich der Zunahme der Stressbewältigungskompetenz der Lehrpersonen, insbesondere auch zur Bedeutung von Entspannungsverfahren (Autogenes Training⁴⁷⁸) im Rahmen des Stressbewältigungsprogramms.

4.4 Quellen für weitere Interventionsprogramme im Setting Schule

- www.gesunde-schulen.ch: Das «Schweizerische Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen» fördert Schulentwicklungsprozesse primär auf der Systemebene.
- www.feelok.ch: Der Stressteil «Frust und Ärger» des Präventionsprogramms für Jugendliche ist formativ evaluiert worden.
- www.mindmatters-schule.de: Ein ursprünglich australisches Programm zur ganzheitlichen Förderung der psychischen Gesundheit in und mit Schulen: Lehren und Lernen, Schulkultur und -umwelt sowie Partnerschaften und Netzwerke mit dem schulischen Umfeld; mehrfach in anderen Ländern multipliziert.
- Kähnert & Hurrelmann (2003): Ein Präventionsprogramm zur Förderung allgemeiner Lebenskompetenzen von Jugendlichen mit hoher Akzeptanz bei Lehrpersonen und SchülerInnen und vielfältigen positiven Wirkungen auf das Schülerverhalten und das Klassenklima.
- www.dswd-zwaeg.ch: *Du seisch wo düre*, ein erprobtes und mit guten Resultaten mehrfach evaluiertes pädagogisches Angebot zur Stärkung der Lebenskompetenzen, für Suchtprävention und Gesundheitsförderung von SchülerInnen der Oberstufe.⁴⁷⁹
- www.dswd-zwaeg.ch: *zWäg!*, ein positiv evaluiertes Gesundheitsförderungsprogramm zur Unterstützung von Jugendlichen bei der Vorbereitung auf die Berufslehre oder im ersten Drittel der Berufsausbildung.⁴⁸⁰

⁴⁷⁷ Lattmann & Rüedi (2003).

⁴⁷⁸ S. Krampen (2003).

⁴⁷⁹ S. z.B. Bucher & H. Bolliger-Salzman unter der Mitarbeit von N. Bischof (2004).

⁴⁸⁰ Bisegger et al. (2003).

5. FAMILIE (F)

Unter Familie werden hier alle familiären Lebensformen verstanden, in denen mindestens ein Elternteil und ein leibliches oder adoptiertes Kind zusammen wohnen; schwangere Frauen miteingeschlossen. Interventionen bei Paaren ohne Kinder und Kinderwunsch werden nicht berücksichtigt.

5.1 Eltern-Kind- bzw. Mutter-Kind-Beziehung (F)

(F1) Interventionen Zuhause vor der Geburt und in der frühen Kindheit

(F1.1) Modell-Beispiel: *Prenatal and infancy home visiting by nurses*⁴⁸¹

Während 2 Jahren besuchen ausgebildete Krankenschwestern verarmte junge Frauen, die erstmals schwanger sind. Die Längsschnittstudie nach RCT-Standard zeigt beeindruckende kurz-, mittel- und langfristige Ergebnisse gegenüber der Kontrollgruppe, die keine Hausbesuche erhielten: Gewichtssteigerung von untergewichtigen Neugeborenen um 400 g, Reduktion von Frühgeburten um 75% und signifikanter Rückgang von Kindsmisshandlungen und -Vernachlässigungen; nach 4 Jahren lag die Reduktion von Bestrafungen durch die Mütter und die Zunahme ihres Beschäftigungsgrades bei 82%; und im Alter von 15 Jahren hatten ihre Kinder 56% weniger Probleme mit Alkohol und Drogen, und zeigten 56% weniger Verhaftungen und eine Reduktion von 63% bezüglich Anzahl Geschlechtspartner. Den betreffenden Familien geht es finanziell besser, während die von den Behörden für diese Familien eingesparten Kosten die Programmkosten bei weitem aufwiegen.

Krankenschwestern waren erfolgreicher als Hilfskräfte (paraprofessionals) und am wirkungsvollsten bei Müttern mit ausgeprägten psychiatrischen und Stress-Symptomen. Die Intervention ist kürzlich von einigen europäischen Ländern übernommen worden.

(F2) Elterntrainingsprogramme (Parent management training programmes)

(F2.1) Interventionen bei Eltern mit Kleinkindern

Programme auf Gemeinde/Gemeinwesenebene für vulnerable Familien mit Kleinkindern haben signifikante Präventionswirkung gezeigt. Dazu gehören Trainingsprogramme für Eltern, die mit Hilfe von Video-Programmen für Eltern, Kinder und teilweise auch für Lehrer auf die Vermittlung von sozialen und emotionalen Werten und Verhaltensänderungen ausgerichtet sind.⁴⁸²

(F2.2) Modell-Beispiel: *Triple P Positive Parenting Programme*⁴⁸³

Triple P ist ein noch junges, mehrstufiges erziehungs- und familienunterstützendes Programm der Universität Queensland, Australien, das inzwischen auch in anderen Ländern einschliesslich der Schweiz⁴⁸⁴ erfolgreich erprobt worden ist. Das Programm besteht aus vier Videositzungen mit anschliessender individueller Telefonberatung durch ausgebildete Fachkräfte. *Triple P* soll Eltern helfen, Problemen in emotionalen, verhaltens- und entwicklungsbezogenen Bereichen vorzubeugen, die Entwicklung, Gesundheit und sozialen Kompetenzen bei ihren Kindern zu fördern, ungünstige Erziehungspraktiken zu ersetzen und die eigene Erziehungskompetenz zu erweitern.

⁴⁸¹ Olds (1998), Olds (1997), Olds (2002) und Olds et al. (1998a): Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8), 1238-1244.

⁴⁸² Brown & Sturgeon (2005).

⁴⁸³ Sanders et al. (2002).

⁴⁸⁴ Cina et al. (2004).

In einer kontrollierten Längsschnittstudie zeigten die Eltern eine signifikante Reduktion bezüglich gewalttätigem Verhalten (disruptive behaviour) sowie eine gesteigerte Zuversicht und Vertrauen in ihre Erziehungskompetenz.⁴⁸⁵

(F3) Interventionen bei Kindern und Jugendlichen von psychisch kranken oder substanzabhängigen Eltern(teilen)

(F3.1) Modell-Beispiel: *The Effective Family*⁴⁸⁶

Dieses Programm ist Teil des Europäischen Projekts zur Förderung der psychischen Gesundheit in den ersten Lebensjahren und wird seit 2001 in Finnland eingesetzt. Die Intervention hilft Familien, ihr Leben ungeachtet der psychischen Störungen oder schweren somatischen Krankheit eines Elternteils fortzusetzen, und unterstützt sowohl die Eltern als auch die gesunde Entwicklung und Bewältigungskompetenz ihrer Kinder. Das Erfolg versprechende Programm geht von einem systemischen Ansatz aus und integriert die sozialen und gesundheitlichen Dienste.

(F3.2) Modell-Beispiel: *Adolescent Coping with depression course*⁴⁸⁷

Meta-Analysen zu dieser Intervention, die auch in Deutschland positiv evaluiert worden ist, belegen die Wirksamkeit des Programms.⁴⁸⁸

(F4) Programme zum Umgang mit Familienbrüchen bei Scheidung und Tod

Die diesbezüglichen Interventionen unterscheiden sich durch zwei Formen: Kinder- und elternorientierte Programme.⁴⁸⁹

(F4.1) Kinderorientierte Programme

Die kinderorientierten Programme vermitteln spezifische kognitiv-verhaltensorientierte Coping-Fähigkeiten (Kontrolle über Wut, Problemlösen, Kommunikation) und fördern die Identifikation und den Ausdruck von Gefühlen. Ausserdem vermittelt diese Interventionsform soziale Unterstützung und vermindert Stigmatisierung. Kontrollstudien wiesen nach, dass teilnehmende Kinder nach einem Jahr weniger depressive Symptome und Verhaltensprobleme aufwiesen.

Für Kinder, die einen oder beide Elternteile verloren haben, sind viele Interventionen entwickelt worden. Nur wenige sind jedoch in gut kontrollierten Studien getestet worden.

(F4.2) Elternorientierte Programme

Elternorientierte Programme, die auf Erziehungskompetenzen und den Umgang mit Emotionen abzielen, verbessern Qualität und Struktur der Mutter-Kind-Beziehung und vermindern die Internalisierungs- und Externalisierungsprobleme der Kinder. Eine RCT-Längsschnittstudie über 6 Jahre zeigte langfristige Wirkungen einschliesslich signifikanter Verminderung von psychischen Störungen bei einem Programm, das auf geschiedene Mütter und ihre Kinder ausgerichtet ist.

⁴⁸⁵ Sanders et al. (2000).

⁴⁸⁶ S. www.stakes.fi/mentalhealth/effectivefamily.html Download 8.6.2005, und WHO (2005c).

⁴⁸⁷ Clarke G.N. et al. (2001).

⁴⁸⁸ Vgl. die Bewertung in Perrig-Chiello et al. (2004a).

⁴⁸⁹ Sandler et al. (2005).

5.2 Kinder (F)

(F5) Interventionen bei Kindern vor belastenden medizinischen oder dentalen Eingriffen

Eine Meta-Analyse von 26 Transitionsprogrammen zur Reduktion von Ängsten im Zusammenhang mit bevorstehenden Eingriffen weist mässig starke Wirkungen bezüglich Beruhigung und Kooperation nach.⁴⁹⁰

5.3 Setting- und zielgruppenübergreifende Programme (F)

(F6) Modell-Beispiel: *Linking the Interests of Families and Teachers LIFT*

Das Programm zeigte u.a. verminderte Agressivität, insbesondere von den am stärksten gesundheitlich gefährdeten SchülerInnen.⁴⁹¹

(F7) Modell-Beispiel: *Seattle Social Development Project*

Das Interventionsprogramm führte zu signifikant stärkerer Verbundenheit mit der Schule, Verbesserung der Leistungen und weniger Fehlverhalten in der Schule.⁴⁹²

5.4 Quellen für weitere Interventionsprogramme im Setting Familie

- Grob et al. (2004) mit drei Empfehlungen für Präventionsinterventionen während der Schwangerschaft und dem Kleinkindalter: Evaluation von bestehenden Konzepten zur Früherkennung von belasteten Familien und Koordination der Entlastung und Unterstützung, Förderung von gesundheitsbewusstem Verhalten durch Kurzintervention bei Substanzkonsum, und Stärkung von Beziehungskompetenzen.
- Davis & Gidycz (2000): Eine Meta-Analyse von Präventionsprogrammen zu sexuellem Kindesmissbrauch.
- www.kinderundgewalt.ch: Die Stiftung Kinder und Gewalt fokussiert auf multimedialen Präventionsinterventionen zum «Schütteltrauma».
- Webster-Stratton & Reid (2003): Erfolgreiche Interventionen zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung.
- Schweinhart & Weikart (1997): Interventionen im Vorschulalter mit Langzeit-Erfolgen bei benachteiligten Bevölkerungsgruppen bezüglich kognitiver Entwicklung und Gesetzeskonflikten.
- Grob & Vogelwiesche (2005): Diskussion von erfolgreichen Präventionsprogrammen zur Entwicklungsförderung von Kleinkindern und Jugendlichen einschliesslich des Erfolg versprechenden Programms *pc4youth*.
- Caplan M. et al. (1992): Erfolgreiches Interventionsprogramm zur Stärkung sozialer Kompetenzen von städtischen Jugendlichen.
- Bodenmann (2001, 184f.): Stressbewältigungsprogramme für Paare.
- Mayer (2000–2002): Ein nicht evaluiertes Lernprogramm für Gewalt ausübende Männer.
- Wyss (2005a): Evaluation der ersten Interventionsprojekte bzgl. Umsetzung der polizeilichen Wegweisung.
- Egger (2004, Kpt. 4.2.6): Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt (Frauenhäuser).
- Perrig-Chiello et al. (1998): Die Studie weist positive Effekte von Widerstands- und Gedächtnistraining bei älteren FreiwilligenhelferInnen nach.

⁴⁹⁰ Durlak & Wells (1997, 130).

⁴⁹¹ Reid (1999).

⁴⁹² Hawkins et al. (1991).

6. THEMENSPEZIFISCHE INTERVENTIONEN (T)

6.1 Post-Traumatic Stress Disorder PTSD (T)

(T1) Präventionsinterventionen bezüglich PTSD⁴⁹³

PTSD ist eine psychiatrisch definierte, oft länger andauernde Störung, welche die Lebensqualität der betroffenen Menschen nachhaltig und auf mehreren Ebenen beeinträchtigt.⁴⁹⁴

PTSD-gefährdet sind nicht nur die durch Krieg und gewaltsame Konflikte versehrte Bevölkerung, MigrantenInnen und Flüchtlinge (s. oben G4) sowie Soldaten und in Krisengebieten tätige Mitglieder von Hilfsorganisationen. PTSD-Symptome können sich auch in befriedeten Ländern im Zusammenhang mit der persönlichen Involvierung oder Exposition von Verkehrsunfällen, Naturkatastrophen, körperlicher und psychischer Gewalt, körperlichen Bedrohungen, Angriffen und Diebstahl sowie terroristischen Aktionen einstellen.

Ziel von Interventionen bei den angesprochenen Zielgruppen ist die Vermeidung von gesundheitlichen Schäden, wie PTSD, Depression, Substanzenmissbrauch oder sozialer Isolation, und die Verbesserung des Wohlbefindens der betroffenen Menschen und Gruppen. Parallel zur Sicherstellung der materiellen und finanziellen Bedürfnisse ist die Erstbehandlung i.d.R. klinisch und manchmal eine psychologische Begleitung und Medikation angezeigt. Bei der Prävention und der Bewältigung der selten vollständig verschwindenden PTSD-Symptome haben sich jedoch ergänzend ressourcenorientierte Strategien wie der Einsatz von Relaxationstechniken, Wissensvermittlung, Teilnahme an Selbsthilfegruppen, Verarbeitung in positiven, körperlichen und kreativen Freizeitaktivitäten, Aktivierung und Ausbau des sozialen Netzes sowie Engagement in der Freiwilligenarbeit bewährt.⁴⁹⁵ In Abhängigkeit zum Schädigungsgrad und der individuellen Ressourcenlage ist von einer Primär- oder Sekundärprävention auszugehen.

6.2 Entspannungstechniken (T)

(T2) Psychophysiologische Relaxationstechniken

Diese Entspannungsinterventionen sind sehr verbreitet und ihre Wirkungen v.a. im betrieblichen Setting erforscht und belegt (s.o. Kpt. 5.2.4.4):⁴⁹⁶

- *Muskelentspannung* wirkt sich besonders auf physiologische Stress-Symptome aus (z.B. Blutdruck).
- *Meditationstechniken* zeigen beachtliche Einflüsse auf alle Stressfaktoren.⁴⁹⁷
- *Biofeedback-Techniken* können mithelfen z.B. Verkrampfungen, Spannungen, Schlafstörungen oder Migräne zu eliminieren oder positiv zu modifizieren und sind am wirkungsvollsten als Bestandteil ganzheitlicher Behandlungsstrategien.⁴⁹⁸

⁴⁹³ Shalev (2001). 494

⁴⁹⁴ Definition des National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (www.ncptsd.va.gov): «Post-Traumatic Stress Disorder, or PTSD, is a psychiatric disorder that can occur following the experience or witnessing of life-threatening events such as military combat, natural disasters, terrorist incidents, serious accidents, abuse (sexual, physical, emotional, ritual), and violent personal assaults like rape. People who suffer from PTSD often relive the experience through nightmares and flashbacks, have difficulty sleeping, and feel detached or estranged, and these symptoms can be severe enough and last long enough to significantly impair the person's daily life.

PTSD is marked by clear biological changes as well as psychological symptoms. PTSD is complicated by the fact that it frequently occurs in conjunction with related disorders such as depression, substance abuse, problems of memory and cognition, and other problems of physical and mental health. The disorder is also associated with impairment of the person's ability to function in social or family life, including occupational instability, marital problems and divorces, family discord, and difficulties in parenting.» S. auch Hosman et al. (2004, 42f.).

⁴⁹⁵ Ruzek (o.J.), Young et al. (o.J.).

⁴⁹⁶ Für weitere Literatur s. Goetschel (o.J.).

⁴⁹⁷ S. z.B. Davidson R.J. et al. (2003), Lutz A. et al. (2004) und Grossman et al. (2004) bzw. Fussnote 384.

⁴⁹⁸ Zeier (1997, 102).

- *Kombinationen* aus Muskelentspannung und kognitiv-behaviouralem Training zeigte sich als die effektivste Intervention.⁴⁹⁹
- Für die Anwendung des *Autogenen Trainings* bei praktizierenden Lehrpersonen konnten bedeutsame positive Effekte auf das persönliche Befinden und die subjektive Beschwerdenbelastung nachgewiesen werden einschliesslich beeindruckender Transfererfolge 6 Monate nach Kursabschluss.⁵⁰⁰

6.3 Depression (T)

(T3) Präventionsinterventionen zu Depression

Eine Meta-Analyse von 69 Präventionsprogrammen zur Reduktion von Depressionen oder depressiven Symptomen ergab Verbesserungen über verschiedene Altersgruppen und Gefährdungsgrade von durchschnittlich 11% gegenüber den Kontrollgruppen;⁵⁰¹ dies in Übereinstimmung mit früheren Meta-Analysen für die Förderung psychischer Gesundheit.⁵⁰²

Interventionsprogramme mit grösserer Wirkung bestanden u.a. aus mehreren Komponenten, schlossen Kompetenztechniken ein und liefen über mehr als acht Sitzungen von jeweils 60–90 Minuten Dauer. Ältere Personen profitierten von der sozialen Unterstützung, während Verhaltensmethoden abträglich waren.

(T3.1) Modell-Beispiel: *Nürnberger Bündnis gegen Depression*

Das erfolgreiche Interventionsprogramm wird in Deutschland über das Kompetenznetz Depression⁵⁰³ und seit dem Jahr 2004 im Rahmen der «Europäischen Allianz gegen Depression (EAAD)»⁵⁰⁴ in 15 Ländern einschliesslich der Schweiz (Koordination Bundesamt für Gesundheit) multipliziert.

⁴⁹⁹ Kreis & Bödeker (2003, 26).

⁵⁰⁰ In einer Begleituntersuchung zum Projekt STREMA (Kpt. 5.2.5.3): s. Lattmann & Rüedi (2003, 297–302).

⁵⁰¹ Jané-Llopis et al. (2003).

⁵⁰² Durlak & Wells (1997), Brown C.H. et al. (2000) und Tobler & Stratton (1997).

⁵⁰³ www.kompetenznetz-depression.de.

⁵⁰⁴ www.eaad.net: European Alliance Against Depression; für weitere Studien s. Hosman et al. (2004, 39ff.).

ANHANG III: ÖFFENTLICHE UND PRIVATE AKTEURE UND AKTIVE PROJEKTE IM BEREICH STRESSPRÄVENTION UND FÖRDERUNG PSYCHISCHER GESUNDHEIT AUF NATIONALER UND ÜBERREGIONALER EBENE

Dieser Anhang soll die wichtigsten öffentlichen und privaten Akteure und Projekte auflisten, die bei Redaktionsschluss aktiv waren. Aufgrund des grossen Themenspektrums ist es jedoch gut möglich, dass Lücken bestehen. Für entsprechende Mitteilung ist der Autor dankbar.

A. Ausgewählte öffentliche Akteure in der Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit⁵⁰⁵

Bund

Eidg. Departement des Innern EDI

- Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBGFM
- Schweiz. Nationalfonds SNF
- Eidg. Kommission für Frauenfragen EKF
- Fonds gegen Rassismus

Bundesamt für Gesundheit BAG:

- Abteilung Nationale Präventionsprogramme mit Sektion Jugend, Bewegung, Ernährung (Netzwerk Bildung und Gesundheit)
- Abteilung Institutionen und Strukturen mit Sektion Gesundheitsberufe
- Abteilung Gesundheitsstrategien mit Sektionen Forschungspool, Evaluation und Berichterstattung bzw. Strategie und Gesundheitspolitik CH
- Abteilung Multisektorale Gesundheitspolitik mit Sektionen Chancengleichheit und Gesundheit bzw. Gesundheit und Umwelt
- Eidg. Leistungskommission

Bundesamt für Berufsbildung und Technologie BBT

Bundesamt für Statistik BfS:

- Schweiz. Gesundheitsobservatorium Obsan

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV:

- Invalidenversicherung IV
- Geschäftsfeld Familien-, Generationen- und Gesellschaftspolitik mit Diensten zu Familie; Kinder-, Jugend-, und Altersfragen; sowie zu Generationen, Gesellschafts- und soziale Fragen
- Eidg. Kommission für Kinder und Jugendfragen
- Eidg. Kommission für Familienfragen
- Eidg. Kommission für Ethik
- Seniorenrat Schweiz SRS

Eidg. Volkswirtschaftsdepartement

- Staatssekretariat für Wirtschaft seco: Ressort Arbeit und Gesundheit
- Eidg. Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS

Eidg. Justiz- und Polizei-Departement EJPD

- Bundesamt für Migration BFM
- Eidg. Ausländerkommission EKA

Übrige

- Zentrum für Organisations- & Arbeitswissenschaften ZOA, ETHZ
- Gesundheitsförderung Schweiz

⁵⁰⁵ Für eine detaillierte Auflistung s. Bruhin (2002a).

Kantone**Erziehungsdirektorenkonferenz EDK**

Schweiz. Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK

- Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung in der Schweiz VBGF
- Conférence romande des affaires sanitaires et sociales CRASS
- Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé DiPPS
- Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz VKS

Kantonale Departemente

- Gesundheitsdepartemente:
Fachstellen für Gesundheitsförderung und Prävention,
Kantonsärzte
- Erziehungsdepartemente:
Schulen; Kindergärten und Lehrkräfte, Schulärzte, Elternvereine,
Sportämter
- Sozialdepartemente
- Volkswirtschaftsdepartemente: Regionale Arbeitsvermittlung RAV

Universitäten

- Medizinische Fakultäten
- Institute für Sozial- und Präventivmedizin ISPM in Basel, Bern, Genf, Lausanne, Zürich
- Gesundheitskommunikation, Uni Lugano
- Institut de L'Economie et Management de la Santé IEMS, Lausanne
- Institute für Psychologie
- Institute für Arbeits- und Organisationspsychologie
- Institute für Paar- und Familienforschung
- Institute für Pädagogik
- Institute für Ethik, Sozialethik

Kliniken

- Forschungsstelle Alter, Spital Ziegler, Bern
- Forschungsgruppe psychiatrische Epidemiologie, Klinik West PUK ZH

Forschungsprojekte des SNF

- Arbeit, Stress, Wohlbefinden: Inst. für Psychologie, Bern
- Arbeitserfahrungen und Lebensqualität in der Schweiz:
Inst. f. Arbeits- und Organisationspsychologie, Bern

Fachhochschulen

- Pädagogische Hochschulen
- Kompetenzzentrum R+ Pädagogik, FHA

Übrige

- Ausbildungsstätten für Pflegeberufe
-

B. Ausgewählte private Akteure in der Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit⁵⁰⁶

Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention

a) national

- Schweizerische Gesundheitsstiftung RADIX
- Schweiz. Gesundheitsligenkonferenz GELIKO

b) regional

- Berner Gesundheit
- Boutique santé
- Carrefour santé
- Gsünder Basel
- Perspektiven
- ZEPRA

Nicht medizinische Institutionen

- Schweiz. Gesellschaft für Gesundheitspolitik SGGP
- Schweiz. Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung SVBGF mit 2 Sektionen: BGF-Anbietende, BGF-Anwendende
- Dachverband der Fachgesellschaften für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz Suissepro
- Fachstelle UND. Familien- und Erwerbsarbeit für Männer und Frauen
- Mouvement populaire des familles, Yverdon
- Marie-Meierhofer Institut, Zürich
- Schweizerische Alzheimervereinigung, Yverdon
- Institut für Sozialethik, evangelischer Kirchenbund
- Nationales Forum Alter & Migration
- Pro Migrante – Der Verein für MigrantInnen im Alter und deren Angehörige

Soziale Institutionen

- Pro Familia
- Stiftung Pro Juventute
- Stiftung Pro Senectute
- Stiftung Pro Mente Sana
- Stiftung Pro Infirmis
- Caritas Schweiz
- Schweiz. Rotes Kreuz SRK (Schwerpunkte im Bereich Gesundheitsförderung, Migration und Freiwilligenarbeit)
- Schweiz. Arbeitsgemeinschaft der Jugendverbände SAJV
- Dachverband für offene Jugendarbeit DOJ
- Schule und Elternhaus Schweiz
- Kinderlobby Schweiz
- Verein Infoklick – Kinder- und Jugendförderung Schweiz
- Eduard Aeberhardt-Stiftung zur Förderung der Gesundheit

⁵⁰⁶ Für eine detaillierte Auflistung s. Bruhin (2002b). S.a. www.healthorg.ch.

Institutionen, die sich v.a. mit Prävention beschäftigen	<ul style="list-style-type: none"> • La Leche Liga Schweiz • Schweiz. Stiftung zur Förderung des Stillens • Schweiz. Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA/ISPA • Groupement Romand d'Etudes sur l'Alcoolisme et les Toxicomanies GREAT • Stiftung Kinder und Gewalt • Limita – Fachstelle zur Prävention sexueller Ausbeutung von Mädchen und Jungen • Schweiz. Koordinationsstelle für Verbrechensprävention SKVP • Aids Hilfe Schweiz • Schweiz. Herzstiftung • Krebsliga Schweiz • Oncosuisse • Schweiz. Gesellschaft für Kardiologie • Schweiz. Rheumaliga
Medizinische und paramedizinische Organisationen und Dachverbände	<ul style="list-style-type: none"> • Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH mit Fachgesellschaften FMH Prävention, Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrie • Föderation der Schweiz. Psychologen FSP • Schweizer Psychotherapeutenverband SPV • Schweiz. Gesellschaft zum Studium des Schmerzes • Schweiz. Gesellschaft für Palliative Medizin und Pflege • Schweiz. Gesellschaft für ein soziales Gesundheitswesen SGSG • Schweiz. Vereinigung für Sozialpolitik SVSP • Berufsverbände Pflege: Schweizer Bund für Krankenpflege; Schweizer Berufsverband Krankenschwestern und Krankenpfleger/ Association suisse des infirmières et infirmiers ASI • Public Health Schweiz (ehemals SGPG) • Liges de la santé • Schweiz. Verband der Berufe im Gesundheitswesen • Schweiz. Verein der Drogenfachleute VSD
Kranken- und Unfallversicherungen	<ul style="list-style-type: none"> • santésuisse (Branchenverband der Schweiz. Krankenversicherer) • Einzelne Krankenversicherer • SUVA Schweiz. Unfallversicherungsanstalt • Schweiz. Versicherungsverband SWV
Selbsthilfegruppen und Patientinnenorganisationen	<ul style="list-style-type: none"> • Equilibrium: Verein zur Bewältigung von Depressionen • Angst- und Panikhilfe Schweiz • Ipsilon, Initiative zur Prävention von Suizid in der Schweiz • Koordination und Förderung von Selbsthilfegruppen in der Schweiz KOSCH • Schweiz. Patienten- und Versicherten-Organisationen SPO • AGILE: Behinderten-Selbsthilfe Schweiz • Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-/Psychisch Kranken VASK
Weiterbildung und Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> • Schweiz. Verband für Weiterbildung SVEB • Sportclubs
Netzwerke	<ul style="list-style-type: none"> • Network Public Health • Schweizerisches Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen • bildung + gesundheit Netzwerk Schweiz • Schweiz. Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser • Arbeit und Gesundheit Netzwerk Schweiz • Netzwerk Kinderrechte Schweiz • Netzwerk Gesundheit und Bewegung

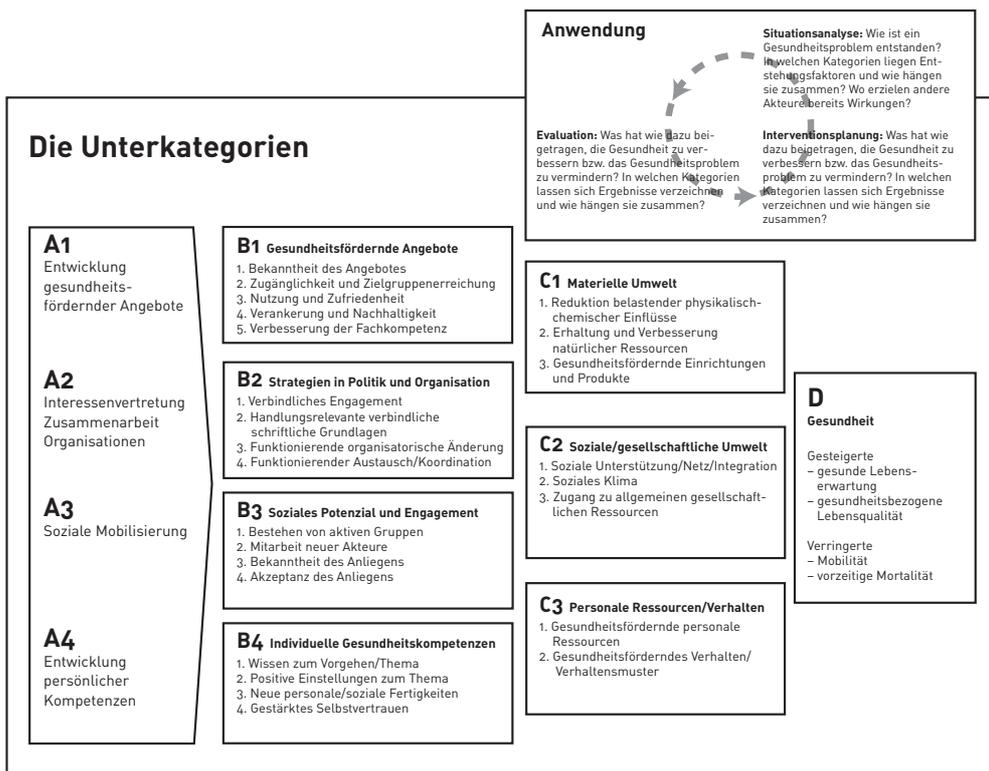
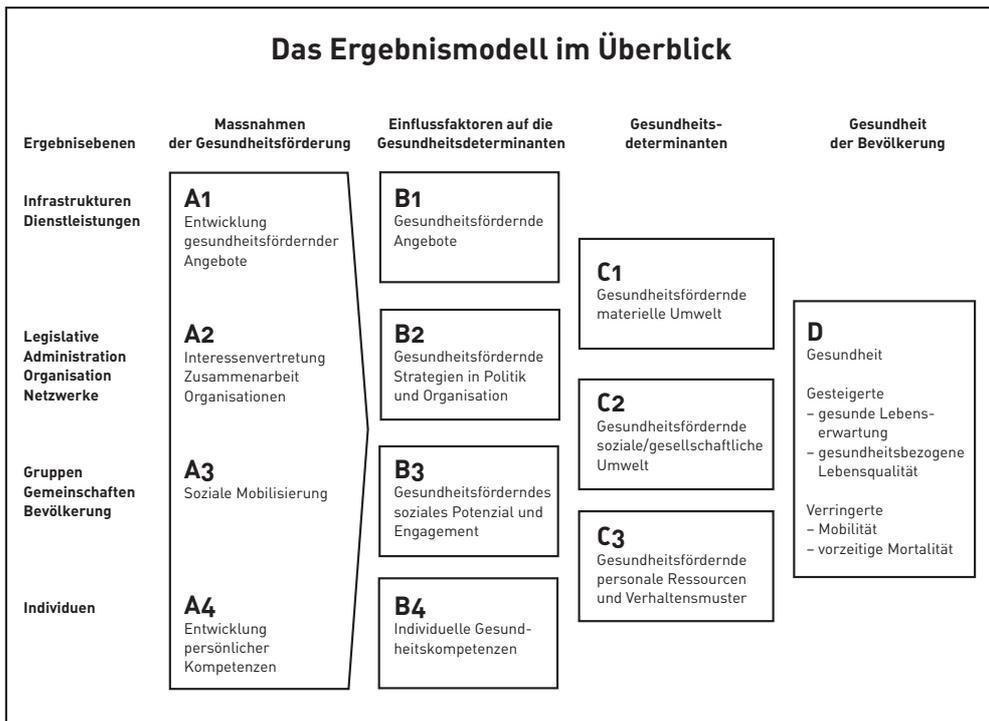
C. Ausgewählte nationale und regionale Projekte, die für Stress- prävention und Förderung der psychischen Gesundheit relevant sind⁵⁰⁷

Förderung psychischer Gesundheit und Stressprävention Übergeordnete Aktivitäten / Programme	<ul style="list-style-type: none"> • Lernfestival 2005: alle 3–4 Jahre (SVEB) • «Tag des psychisch kranken Menschen»: 10. Oktober • Santé mentale des soignants (ASI, Pflegeinstitutionen) • Jährliche Informationskampagnen zu verschiedenen Themen psychischer Gesundheit (SPV)
Gesetzgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzgebung (BSV) • Arbeitsgesetzgebung (seco)
Information und Beratung	<p>www.stressnostress.ch (Vorläufer: www.stress-info.ch) www.suva.ch (Stichwort «Stress») www.active-online.ch (ISPM Zürich, Gesundheitsförderung Schweiz u. a.) www.tschau.ch (pro juventute, Gesundheitsförderung Schweiz, BAG) www.ciao.ch (Kantone Romandie, andere) www.feelok.ch (BASPO, andere) www.fairplay-at-home.ch (EBGFM) www.fairplay-at-home.ch (EBGFM) www.seco.admin.ch www.mobbing-info.ch www.neueslernen.ch www.mobbing-zentrale.ch www.psy.ch www.migesplus.ch www.kinderundgewalt.ch www.limita-zh.ch</p>
Zielgruppe Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • ZWäg 2004–2006 (Gesundheitsförderung Schweiz) • Spiele spielen (Verein) • Tschau/ciao: Information und E-Beratung (Gesundheitsförderung Schweiz) • Valorisation des enquêtes sur la santé des adolescents 2004 (Gesundheitsförderung Schweiz) • Jugend mit Wirkung (Gesundheitsförderung Schweiz) • Soziale Integration von belasteten Jugendlichen (z.B. Kt. Jugendheim Platanenhof/Oberuzwil) • Voilà: Strategische Weiterentwicklung 2005–2006 (SAJV, Gesundheitsförderung Schweiz) • Roundabout moving girls 2003–2004 (Gesundheitsförderung Schweiz) • Instrumente für geschlechtergerechte Projekte (Gesundheitsförderung Schweiz) • Anpassung der Chili Konflikttrainings in Bezug auf Gendersensibilität (Gesundheitsförderung Schweiz) • Instrumente zur Förderung der Partizipation (Gesundheitsförderung Schweiz) • Utopia Blues (Gesundheitsförderung Schweiz)

⁵⁰⁷ S.a. www.healthproject.ch sowie die detaillierte Darstellung von Beispielen innovativer Praxis in Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2004a, Anhang III: 45-57).

Zielgruppe SeniorInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Kurse für Senioren (Pro Senectute und Pro Mente Sana) • Gesundheitsförderung im Alter (Ziegler Spital, Gesundheitsförderung Schweiz u.a.) • Mobilsein-mobilbleiben (Pro Senectute, BfE, BAG, Gesundheitsförderung Schweiz) • Donna, Nonna, ma Donna (Berner Gesundheit) • Alterskonzept Kanton Thurgau (Gesundheitsamt Kt. TG)
Zielgruppe MigrantInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Permanences volantes pour migrants sans statut (Gesundheitsförderung Schweiz) • SUPPORT für gesundheitsfördernde Projekte von MigrantInnen (Gesundheitsförderung Schweiz) • bunt kickt gut (Verein Infoklick, Gesundheitsförderung Schweiz) • midnight basketball
Zielgruppe Frauen	<ul style="list-style-type: none"> • FemmesTische-Netz – Gesundheit im Alltag (Gesundheitsförderung Schweiz)
Zielgruppe Männer	<ul style="list-style-type: none"> • Drehscheibe Männergesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, Radix)
Setting Gemeinde/ Gemeinwesen	<ul style="list-style-type: none"> • Lebensqualität in Gemeinden 2004–2006 (Gesundheitsförderung Schweiz) • Jugend mit Wirkung (Gesundheitsförderung Schweiz, Infoklick)
Setting Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> • KMU vital (Gesundheitsförderung Schweiz, ISPM Zürich, IfA Baden) • Kantonale Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung INKA (Gesundheitsförderung Schweiz, Kt. AG, ZG, ZH, TG, SG) • Weiterbildungskonzept BGF (Gesundheitsförderung Schweiz) • VZK Projekt «Personalstrategie 2005 Plus» (Gesundheitsförderung Schweiz, Verband Zürcher Krankenhäuser) • 50+ santé (Gesundheitsförderung Schweiz, Kantone der Romandie) • Psychisch fit am Arbeitsplatz (FSP) • Bluetrail – relax yourself (Gesundheitsförderung Schweiz) • Job-Factory (Wirtschaftsförderung Basel und Bern; Partner aus der Privatwirtschaft) • Migros Aare Anwesenheitsmanagement
Setting Schule	<ul style="list-style-type: none"> • Bildung und Gesundheit Netzwerk Schweiz (BAG, EDK) • Schweiz. Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen SNGS (Radix, Gesundheitsförderung Schweiz) • Mindmatters (SNGS)
Setting Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung der frühkindlichen Beziehungen (La Courte Echelle) • Education familiale (Gesundheitsförderung Schweiz, Kt. FR) • Präventionskampagne gegen häusliche Gewalt (SKVP) • Familienszenen – Wege aus der Gewalt (Gesundheitsförderung Schweiz)
Settingübergreifende Projekte	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern und Schulen stärken ESSKI (Gesundheitsförderung Schweiz)
Andere Projekte	Bündnis gegen Depression (Kt. ZG)

ANHANG IV: ERGEBNISMODELL VON GESUNDHEITSFÖRDERUNG SCHWEIZ



ANHANG V: QUELLEN UND LITERATURVERZEICHNIS

- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel.
- Aldana, S. G. (2001). Financial impact of health promotion programs: a comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15, 296-320.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. (Orig.: Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well, 1987)*, Tübingen.
- Arbeitsgruppe Kindesmisshandlung. (1992). *Kindesmisshandlungen in der Schweiz. Schlussbericht zuhanden des Vorstehers des Eidgenössischen Departementes des Innern*. Bern.
- Arbeitsförmedlingen. (2005). *Faktablad Friar*. <http://www.ams.se/admin/Documents/faktablad/friar.pdf> Download 12.7.2005.
- Aregger, K. & Lattmann, U. P. (2003) (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Aarau.
- Aries, M. & I. Zuppiger Ritter. (1999). *Burnout – eine quantitative Längsschnittuntersuchung und eine qualitative Vertiefungsstudie beim Pflegepersonal*, Bern.
- Asshauer, M., Burow, F. & Hanewinkel, R. (1999–2002). *Fit und stark fürs Leben. Persönlichkeitsförderung zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht*, Leipzig, 3 Bde.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin.
- Bamberg, E. & Busch, C. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Stress-Managementtraining: Eine Meta-Analyse (quasi-) experimenteller Studien. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 127-137.
- Bamberg, E., Busch, C. & Ducki, A. (2003). *Stress- und Ressourcenmanagement. Strategien und Methoden für die neue Arbeitswelt*, Bern.
- Bang, A. & Bang, R. (1991). Community participation in research and action against alcoholism. *World Health Forum*, 12, 104-109.
- Barry, M. M. (2001). Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice. *International Journal of Mental Health Promotion*, 3(1), 25-34.
- Bauer, G., Davies, J. K., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U. & C. Hill on behalf of EUHPID Consortium. (2003). Advancing a Theoretical Model for Public Health and Health Promotion Indicator Development: Proposal from the EUHPID Consortium. *European Journal of Public Health*, 13(3, Supplement), 107-113.
- Bauer, T. (2000). *Die Familienfalle. Kurzfassung*. Bern, www.buerobass.ch Download 17.8.2005.
- Bauer, T. & Strub, S. (2002). *Wie ist die Arbeit zwischen den Geschlechtern verteilt? Eine Untersuchung zur Aufteilung von unbezahlter und bezahlter Arbeit in Familien in der Schweiz und im internationalen Vergleich*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Baumann-Hölzle, R. (2005). Pflegebedarf als ethische Herausforderung. Gegen ein einseitig funktionales Menschenbild. In *Neue Zürcher Zeitung*. Zürich, pp. 15.
- Beardslee, W., Solantaus, T. & Doesum, K. v. (2005). Coping with parental mental illness. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Beardslee W. et al. (1988). Psychiatric disorder in adolescent offspring of parents with affective disorder in a non-referred sample. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 313-322.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*, Köln.
- Bisegger, C., Rösselet, S. & Lauper, E. (2003). *Evaluation des Projektes zWäg!* Universität Bern: ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- BKK Bundesverband. (2004). *Healthy Employees in Healthy Organizations. Developing Supportive Infrastructures for Workplace Health Promotion in Europe*. Essen.

- Böckmann, I. (o.J.). *Evaluation der Kampagne «FAIRPLAY-AT-WORK»*. März 2003 bis Januar 2004. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Bodenmann, G. (2001). *Stress und Partnerschaft. Gemeinsam den Alltag bewältigen*, Bern, 2. überarb. und ergänzte Aufl.
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163.
- Brandenburg, U., Kuhn, K. & Marschall, B. (1998) (Hrsg.). *Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb – Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote*. Dortmund/Berlin.
- Broesskamp-Stone, U. (2004). *Assessing Networks for Health Promotion. Framework and Examples*, Münster.
- Brown C. H. et al. (2000). Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science. *Addictive Behaviors*, 25, 955-964.
- Brown, H. & Sturgeon, S. (2005). Promoting a healthy start of life and reducing early risks. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Brüderl, L., Halsig, N. & Schröder, A. (1988). Historischer Hintergrund, Theorien und Entwicklungstendenzen der Bewältigungsforschung. In: L. Brüderl (Hrsg.). *Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung*. München.
- Bruene-Butler L. et al. (1997). Improving Social Awareness – Social Problem Solving Project. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary prevention works. Issues in children's and families' lives*. Thousand Oaks, pp. 239-267.
- Bruhlin, E. (2002a). *Strategien und Massnahmen Teil II: A. Porträts öffentliche Akteure*. Bern.
- Bruhlin, E. (2002b). *Strategien und Massnahmen Teil II: B. Porträts private Akteure*. Bern.
- Bucher, S. & H. Bolliger-Salzmänn unter der Mitarbeit von N. Bischof. (2004). *Evaluation des Projekts DSWD. Ergebnisse aus der Befragung der teilnehmenden Jugendlichen*. Universität Bern: ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Bühler, S. (2004). *Kinder und Karriere – Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Kurzfassung des OECD-Ländervergleichs zu Neuseeland, Portugal und der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Teile zur Schweiz*. Bern.
- Bunce, D. & West, M. A. (1996). Stress management and innovation interventions at work. *Human Relations*, 49, 209-232.
- Bundesamt für Gesundheit. (2002). *Migration und Gesundheit – Strategische Ausrichtung des Bundes 2002–2006. Kurzfassung*. Bern, www.bag.admin.ch Download 16.8.2005.
- Bundesamt für Gesundheit. (2005). *Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki, 12.–15. Januar 2005 (Reisebericht der Schweizer Delegation)*. Bern.
- Bundesamt für Gesundheit & Hochschule für Soziale Arbeit Luzern. (2005) (Hrsg.). *Prävention im Jugendheim*. Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2002). *Todesursachenstatistik 2000*. Bern.
- Bundesamt für Sozialversicherung. (2004). *IV-Statistik 2004*. Bern.
- Bundesamt für Statistik. (2003). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002. Erste Ergebnisse*. Neuchâtel.
- Bundesamt für Statistik. (2004a). *Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz: ein Gesundheitsrisiko*. Neuchâtel, www.bfs.admin.ch, download 30.4.2005.
- Bundesamt für Statistik. (2004b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002*. CD-ROM. Neuenburg.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA. (2003) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung*. Schwabenheim a. d. Selz, 4. erw. u. überarb. Aufl.
- Burisch, M. (1994). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung*, Berlin.
- Caplan M. et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: effects on social adjustment and alcohol abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 56-63.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D. & Price, R. H. (1997). From Job loss to reemployment: Field experiments in prevention-focused coping. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Works. Issues in children's and families' lives*, Vol. 6. Thousand Oaks, pp. 341-379.
- Caplan, R. D., Vinokur, A. D., Price, R. H. & Ryn, M. v. (1989). Job seeking, reemployment and mental health: A randomized field experiment in coping with job loss. *Journal of Applied Psychology*, 74(5), 759-769.

- Chilvers, C. (2003). *Evaluation SUVA Stress-Video. Bericht zur Umfrage bei Bestellern des Stress-Videos*. Luzern (unveröffentlichtes Manuskript).
- Cina, A., Ledermann, T., Meyer, T., Gabriel, B. & Bodenmann, G. (2004). *Triple P in der Schweiz: Zufriedenheit, Akzeptanz und Wirksamkeit*. Freiburg.
- Clarke G. N. et al. (2001). A randomized trial of a group cognitive intervention for preventing depression in adolescent offspring of depressed parents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 1127-1134.
- Cox, T. & Rial-González, E. (2002). Work-related stress: the European picture. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at Work*, 4-6, www.osha.eu, download 5.5.2005.
- Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work OSHA. Luxembourg, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.
- Davidson R. J. et al. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davis, M. K. & Gidycz, C. A. (2000). Child sexual abuse prevention programs: a meta-analysis. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 257-265.
- De Greef M. & K. Van den Broek. (2004). *Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP*. Brussels.
- Derungs, F. (o.J.). *Evaluation der Berichterstattung in Schweizer Printmedien über die Kampagne «Fairplay-at-home»*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Derungs, F. (o.J.a). *In die Breite gehen. Fairplay-at-home von Juni 2002 bis Januar 2003. Evaluation der Kampagne des Eidg. Büros für die Gleichstellung von Frau und Mann zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie*. Bern.
- Developmental Research and Programs. (1997). *Communities That Care: a comprehensive prevention program*, Seattle.
- Diener, E. & Rahtz, D. R. (2000). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Dordrecht.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Diener, O. (2002). *Grundversorgung Demenz – Ambulante und teilstationäre Grundversorgung von Demenzkranken sowie Unterstützungsangebote für deren Angehörige*. Schweizerische Alzheimervereinigung und Pro Senectute Schweiz. Yverdon.
- Direktion für Arbeit seco. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. seco. Bern.
- Doesum, K. v., Hosman, C. & Riksen-Walraven, M. (in press). A model based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal*.
- Domitrovich C. et al. (2005). Enhancing resilience and reducing risk behaviour in schools. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Domnowski, M. (1999). *Burnout und Stress in Pflegeberufen*, Hagen.
- Dooley D. et al. (1994). Depression and Unemployment: Panel Findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Community Psychology*, 22(6), 745-765.
- Ducki A. et al. (1998). Gesundheitszirkel – ein Instrument der Organisationsentwicklung. In: E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*. Göttingen, pp. 267-281.
- Duden. (1997). *Etymologie: Das Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*, Mannheim.
- Durlak, J. A. & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, 25, 115-152.
- Egger, T. (2004). *Bedarfsanalyse Frauenhäuser. Integraler Bericht zur Vorstudie*. Bern.
- Elias M. J. et al. (2003). Implementation, Sustainability, and Scaling Up of Social-Emotional and Academic Innovations in Public Schools. *School Psychology Review*, 32(3), 303-319.
- Engel, G. L. (1979). Die Notwendigkeit eines neuen biomedizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. In: H. Keupp (Hrsg.). *Normalität und Abweichung*. München, pp. 63-85.

EuroHealthNet, European Public Health Alliance, Federal Institute for Occupational Safety and Health, IMHPA Network, Mental Health Europe, STAKES, WHO/Euro Network for Suicide Research and Prevention & WHO/Collaboration Centre for Health Promotion in hospitals and health care. (2005). *EMIP Manual. Guidelines for the project on Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Policies and Strategies in EU Member States and Applicant Countries*. Draft.

Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz OSHA. (1998). *Wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union*. Bilbao, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.

Europäische Kommission. (1997). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. Luxembourg, www.sozialnetz.deca/pq/jfd/ Download 30.6.2005.

Europäische Kommission. (2004). *Massnahmen gegen Depression. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden verbessern und die negativen gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Folgen von Depressionen bekämpfen*. Luxemburg, www.europa.eu.int, download 30.4.2005.

Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. (1997). *Die Verhinderung von Absentismus am Arbeitsplatz. Zusammenfassender Bericht einer Forschungsstudie*. Luxemburg.

European Agency for Safety and Health at Work OSHA. (2002b). European Week for Safety and Health at Work. In *Magazine of the European Agency for Safety and Health at work*, Vol. 5.

European Commission. (1999). *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* DG Employment and Social Affairs.

European Commission. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Luxembourg, www.europa.eu.int, download 15.3.2005.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2001). *Third European Survey on Working Conditions 2000*. Dublin.

European Network for Workplace Health Promotion. (2004). *ENWHP Toolbox. A European collection of methods and practices for promoting health at the workplace*. Woerden, www.enwhp.org Download 30.6.2005.

Fabian, C., Nowacki, A., Pfister, T. & Zobel, F. (2004). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Modul 5: Planung der sekundärpräventiven Versorgung in der Gemeinde oder Region*. Bern.

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. (2005) (Hrsg.). *Wörter – Begriffe – Deutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz*. Brugg.

Faltermaier, T., Kühnlein, J. & Burda-Viering, M. (1998). Subjektive Gesundheitstheorien: Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 6(4), 309-326.

Federation of Canadian Municipalities FCM. (2001). *The FCM Quality of Life Reporting System. Second Report. Quality of Life in Canadian Communities*. Ohne Ortsangabe.

Ferrie J. et al. (1999). *Labour market changes and job insecurity: a challenge for social welfare and health promotion*. Copenhagen, WHO, <http://www.euro.who.int/document/e66205.pdf> Download 12.7.2005.

Frankenhaeuser, M. (1991). The psychophysiology of workload, stress, and health: Comparison between the sexes. *Annals of Behavioural Medicine*, 13, 197-204.

Frone, M. R. (2003). Work-family balance. In: L. E. Tetrick & J. C. Quick (Hrsg.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington, pp. 143-162.

Gadamer, H.-G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt a.M.

German Network for Mental Health GNMH. (2004). World Mental Health Day. Die Beziehung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit: Gemeinsam auftretende Störungen. 10.10.2004. www.gnmh.de, download 15.3.2005.

Gesundheit Berlin e.V. (2004). *Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit*. www.gesundheitberlin.de Download 3.6.2005.

Gesundheitsförderung Schweiz. (2002). *Lebensqualität steigern. Kurzes Hintergrunddokument zu «Lebensqualität»*. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

Gesundheitsförderung Schweiz. (2004). *Gesundheitliche Chancengleichheit als Ziel der Gesundheitsförderung*. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

Gesundheitsförderung Schweiz. (2005). *Inhaltskonzept/Grundlagenpapier «Best Practice und Evidenz in der Gesundheitsförderung»*. Das «Best Practice»-Rahmenkonzept von Gesundheitsförderung Schweiz mit integriertem Evidenz-Konzept. Bern (unveröffentlichtes Dokument).

- Gloor, D. & Meier, H. (2003). Gewaltbetroffene Männer – wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Einblicke in eine Debatte. *Fampra*(3).
- Godenzi, A. (1993). *Gewalt im sozialen Nahraum*, Basel.
- Godenzi, A. & Yodanis, C. (1998). *Erster Bericht zu den ökonomischen Kosten der Gewalt gegen Frauen*. Freiburg.
- Godfrey, C. (2001). Economic evaluation of health promotion. In: I. Rootman et al. (Hrsg.). *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Geneva.
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y. & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC Public Health*, www.biomedcentral.com/1471-2458/5/67 Download 18.8.2005.
- Goetschel, R. (o.J.). *Entspannung. Grundlagen zum Thema Entspannung unter einer gesundheitsförderlichen Perspektive*. Bern.
- Gognalons-Nicolet, M. & Blochet, A. B. (2004). Fin de la vie professionnelle et santé: une période d'âge critique. In: P. Perrig-Chiello & H. B. Stähelin (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne, pp. 61-76.
- Gognalons-Nicolet M. et al. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Bern, BFS.
- Goleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*, München.
- Gottlieb, B. H. & Wolfe, J. (2002). Coping with family caregiving to persons with dementia: a critical review. *Ageing & Mental Health*, 6(4), 325-342.
- Grebner, S., Elfering, A. & Semmer, N. K. (2005). *Young Workers: The Importance of Job Design*. University of Berne, Department of Psychology.
- Greenberg M. T. et al. (1995). Promoting Emotional Competence in School-Aged Children: The Effects of the PATHS Curriculum. *Development and Psychopathology*, 7, 117-136.
- Greenberg, M. T. & Kusché, C. A. (1998). Preventive interventions for school-aged deaf children: The PATHS curriculum. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 3(1), 49-63.
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of the field. *Prevention and Treatment*, 4(np).
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. K. (1991) (Hrsg.). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz*. Göttingen.
- Grob, A. (1997) (Hrsg.). *Kinder und Jugendliche heute: belastet – überlastet? Beschreibung des Alltags von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz und in Norwegen*. Chur.
- Grob, A. (1999). Regulation des subjektiven Wohlbefindens. In: W. Hacker & M. Rinck (Hrsg.). *Zukunft gestalten*. Lengerich, pp. 241-254.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden. Entwicklungspsychologie des Jugendalters*, Weinheim.
- Grob, A. & Vogelwiesche, U. (2005). *Prinzipien nachhaltiger Entwicklungsveränderung: Das Sekundärpräventionsprogramm «pc4youth»*. (unveröffentlichtes Manuskript).
- Grob, A., Feller, K., Käppeler, C., Lemola, S. & Simoni, H. (2004). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Prävention bei Familiensystemen während der Schwangerschaft und dem Kleinkindalter*. Bern.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hale, J. (2000). What contribution can health economics make to health promotion? *Health Promotion International*, 15, 341-348.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2004). Ursachen und gesundheitliche Auswirkungen mangelnder Work-Life Balance bei der Schweizer Erwerbsbevölkerung. In: G. f. Arbeitswissenschaft (Hrsg.). *Arbeit und Gesundheit in effizienten Arbeitssystemen*. Dortmund, pp. 117-122.
- Hämmig, O. & Bauer, G. (2004a). *Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit*. Zürich.
- Hampel, P. & Petermann, F. (2001). Stress und Stressdiagnostik – Einführung in den Themenschwerpunkt. *Kindheit und Entwicklung*, 10(3), 143-147.
- Häni, E. (2004). Familien- und Freiwilligenarbeit: vom «Laufbahnkiller» zum beruflichen Erfolgsfaktor. *SuchtMagazin*, 6, 34-35.
- Harss, C. & Maier, K. (1992). *Stress, der Preis des Erfolgs? Aktive Stressbewältigung für berufstätige Frauen*, Mannheim.

- Hascher, T. (2004) (Hrsg.). *Schule positiv erleben. Ergebnisse und Erkenntnisse zum Wohlbefinden von Schülerinnen und Schülern*. Bern.
- Hausherr, A., Perrig-Chiello, P. & Sturzenegger, M. (2002). *Alleinerziehen als biographische Erfahrung*. Bern, Institut für Psychologie, Poster.
- Hawkins, J. D., E. von Cleve & R. F. Catalano Jr. (1991). Reducing early childhood aggression: Results of a primary prevention program. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2), 208-217.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27(6), 951-976.
- Heaney, C. A., Price, R. H. & Rafferty, J. (1995). The Care Giver Support Program: an intervention to increase employee coping resources and enhance mental health. In: L. R. Murphy (Hrsg.). *Job stress interventions*. Washington D.C.
- Hedderich, I. (1997). *Burnout bei Sonderschullehrerinnen und Sonderschullehrern. Eine vergleichende Untersuchung, durchgeführt in Schulen für Körperbehinderte und in Hauptschulen, auf der Grundlage des Maslach-Burnout-Inventary*, Berlin.
- Heijdel, W. & Prins, R. (2005). *Invalidenrenten infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2004) (Hrsg.). *Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice: summary report*. WHO, Geneva.
- Herrman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (2005) (Hrsg.). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva, WHO (im Druck).
- Hibbard, J. H. & Pope, C. R. (1987). Employment characteristics and health status among men and women. *Women & Health*, 12(2), 85-102.
- Hodgson, R. & Abbasi, T. (1996). *Mental Health Promotion: Forty Examples of Effective Intervention*. Cardiff.
- Hofer, M. (2005). *Evaluation der Kampagnen FAIRPLAY-AT-HOME und FAIRPLAY-AT-WORK*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.
- Höpflinger, F. (2002). *Männer im Alter*, Zürich.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003). *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan, Bern.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter*, Bern.
- Hosman, C. & Jané-Llopis, E. (1999). Political challenges 2: mental health (Hrsg.). *The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe*, International Union for Health Promotion and Education. Brussels.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (2004) (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: summary report*. WHO, Geneva.
- Hosman, C., Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (2006) (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: an overview on evidence-based strategies and programs*. Oxford (im Druck).
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*, Massachusetts.
- Hurrelmann, K. (1994). *Familienstress, Schulstress, Freizeitstress*, Weinheim.
- Hurrelmann, K. (2003). *Gesundheitssoziologie*, Weinheim.
- Illés, C. & Abel, T. (2002). *Psychische Gesundheit. Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz*, Bern.
- Illés, C. & Abel, T. (2002a). *Soziales Kapital. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Illés, C. & Abel, T. (2002b). *Kulturelles Kapital. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Illés, C. & Abel, T. (2002c). *Gesundheitsrelevante Lebensstile. Einführung in das Konzept und seine Relevanz für die Gesundheitsförderung*. Bern, ISPM (unveröffentlichtes Manuskript).
- Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung. (o.J.). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986)*. Zürich, Radix.

- Jané-Llopis, E. (2005a). From evidence to practice: mental health promotion effectiveness. *Promotion & Education*, Supplement 1, 21-27.
- Jané-Llopis, E. & Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe*. Nijmegen, www.imhpa.net, download 3.5.2005.
- Jané-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 183, 384-397.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben*, Göttingen.
- Jerusalem, M. & Weber, H. (2003) (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen.
- Jessor, R. J. L. S. (1977). *Problem behaviour and psychosocial development*, New York.
- Jones, F. & Bright, J. (2001). *Stress: Myth, Theory and Research*, Essex.
- Kähnert, H. & Hurrelmann, K. (2003). Das Lions-Quest Programm «Erwachsen werden». *Prävention*, 26(2), 49-52.
- Kaluza, G. (2003). «Stress». In: M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.). *Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention*. Göttingen.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 385-408.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York.
- Kasl, S. V. (1992). Surveillance of psychological disorders in the workplace. In: G. P. Keita & S. L. Sauter (Hrsg.). *Work and well-being*. Washington, pp. 73-95.
- Kastner, M. (2004) (Hrsg.). *Die Zukunft der Work Life Balance. Wie lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?* Kröning.
- Kastner, M. & Müller, I. (2003). Work Life Balance. Schwerpunkte der Forschung. *Sichere Arbeit*, 1, 25-30, <http://www.inqa.de/Inqa/Redaktion/Initiative/Veranstaltungen/Kongress/Anlagen/kastner-text,property=pdf,bereich=inqa,rwb=true.pdf> Download 14.7.2005.
- Kellam S.G. et al. (1994). The course and malleability of aggressive behaviour from early first grade into middle school: results of a developmental epidemiologically-based preventive trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35, 259-281.
- Kentner, M. (1999). Die Fehlzeitenquote-Aussagekraft und Beeinflussbarkeit von Arbeitsunfähigkeitsdaten. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 34(11), 450-455.
- Kerkau, K. (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen*, Gamburg.
- Kernen, H. (1997). *Burnout-Prophylaxe*, Bern.
- Kernen H. unter Mitarbeit von G. Meier. (2005). *Arbeit als Ressource. Gesund und leistungsfähig dank persönlichem und betrieblichem Ressourcenmanagement*, Bern.
- Killias, M., Puy, J. D. & Simon, M. (2005). *Violence experienced by women in Switzerland over their lifespan. Results of the International Violence against Women Survey (IVAWS)*, Bern.
- Killmer, C. (1999). *Burnout bei Krankenschwestern*, Münster.
- Kohlbacher, M. (2005). *Betriebliche Gesundheitsförderung quo vadis Schweiz? Verständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung und Handlungsbereitschaft von institutionellen Stakeholdern in einem Schweizerischen Forum für betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern (unveröffentlichte Master Thesis zur Erlangung des Master of Public Health).
- Kolip, P. (2000). *Evaluation und Weiterentwicklung des SPP III «Jugendliche und junge Erwachsene» der Schweizerischen Stiftung für Gesundheitsförderung – Stiftung 19*. ISPM Zürich.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften. (2002). *Anpassung an den Wandel von Arbeitswelt und Gesellschaft: eine neue Gemeinschaftsstrategie für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz 2002–2006*. KOM(2002) 118. Brüssel, www.europa.eu.int, download 6.5.2005.
- Kramis-Aebischer, K. (1995). *Stress, Belastung und Belastungsverarbeitung im Lehrberuf*, Bern.

- Krampen, G. (2003). Effekte des Autogenen Trainings – eine Begleituntersuchung im Projekt Strema. In: U. P. Lattmann & J. Rüedi (Hrsg.). *Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen*. Aarau, pp. 294-303.
- Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*, Essen.
- Krug E. G. et al. (2002). *World report on violence and health. [Deutsch: Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung]*. Geneva.
- Kuhlmey, A. (2003). Gesundheitsbiographien im Geschlechtervergleich. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Kuhn K. et al. (2004). *Mental Health Promotion and Prevention Strategies for Coping with Anxiety, Depression and Stress-related Disorders in Europe (2001-2003). A Project supported by the European Commission*. Dortmund.
- Lamprecht, M., König, C. & Stamm, H. (2005). *Chancengleichheit, Stress und Körpergewicht. Grundlagendokument im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Lattmann, U. P. & Rüedi, J. (2003). *Stress- und Selbstmanagement – Ressourcen fördern. Konzept und Programm zur Förderung personaler und sozial-kommunikativer Ressourcen und Kompetenzen*, Aarau.
- Lauper, E. (2001). *Mobbing und psychosozialer Stress: ein Ratgeber gegen Mobbing*, Zürich.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*, New York.
- Leemann, R. J. & Keck, A. (2005). *Der Übergang von der Ausbildung in den Beruf. Die Bedeutung von Qualifikation, Generation und Geschlecht*. Neuchâtel.
- Lehtinen, V. (2004). *Action for Mental Health. Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*. European Communities and STAKES. Luxembourg.
- Levi, L. (2002). Spice of life or kiss of death? Working on stress. *Magazine of the European Agency for Safety and Health at work*, 5, 11-13, www.osha.eu.int, download 5.5.2005.
- Li F. et al. (2001). Enhancing the psychological well-being of elderly individuals through Tai Chi exercise: latent growth curve analysis. *Structural equation modelling*, 8(1), 53-83.
- Linder, W. & Vatter, A. (2002). Politik im Schweizer Gesundheitswesen. In: C. A. Zenger (Hrsg.). *Management und Gesundheitspolitik im Gesundheitswesen*. Bern.
- Lindner, M. (2005). Wenn Schwerkraft aufs Herz drückt, erkranken die Gefässe. Bei der Entstehung eines Herzinfarkts spielen psychischer Stress und Depression eine wichtige Rolle. *Tagesanzeiger*.
- Lochner, K., Kawachi, I. & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place*, 5, 259-270.
- Lösel, F. & Bliesener, T. (2003). *Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen. Untersuchungen von kognitiven und sozialen Bedingungen*, München.
- Luban-Plozza, B. (2003). Stress und Familie – Risiken und Chancen. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern, pp. 77-92.
- Luczak, H. & Volpert, W. (1997) (Hrsg.). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart.
- Lutz A. et al. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 101(46), 16369-16373.
- Märki, A., in Zusammenarbeit mit, Lattmann, U. P. & Strittmatter, A. (2005). Lehrberuf und Gesundheit: Vom Problemansatz zur Ressourcenperspektive. Eine kommentierte Bibliografie und 10 Feststellungen. Kurzfassung. Brugg (Manuskript).
- Marmot, M. (1999). The solid facts: the social determinants of health. *Health Promotion Journal of Australia*, 9(2), 133-139.
- Marmot, M. G. & Stansfeld, S. A. (2002). *Stress and heart disease*, London.
- Maschewsky-Schneider, U. (2004). *Frauen sind anders krank. Zur gesundheitlichen Situation der Frauen in Deutschland*, Weinheim.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2001). *Die Wahrheit über Burnout. Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können*, Wien.
- Mayer, K. (2000-2002). *Partnerschaft ohne Gewalt. Informationen zum deliktorientierten Lernprogramm für Männer, die in ihrer Partnerschaft Gewalt ausüben*. Zürich: Bewährungsdienst Zürich II/Amt für Justizvollzug, Kanton Zürich.

- Meisenhelder, J. B. (1986). Self-esteem in women: the influence of employment and perception of husbands appraisals image. *Journal of Nursing Scholarship*, 18(1), 8-14.
- Melding, P. S. & Draper, B. (2001) (Hrsg.). *Geriatric consultation liaison psychiatry*. Oxford.
- Merllié, D. & Paoli, P. (2002). *Dritte Europäische Umfrage über die Arbeitsbedingungen 2000*. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Dublin.
- Meyer, P. C. (2000). *Rollenkonfigurationen, Rollenfunktionen und Gesundheit: Zusammenhänge zwischen sozialen Rollen, sozialem Stress, Unterstützung und Gesundheit*, Opladen.
- Meyer, P. C. & Hell, D. (2004). Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: G. Kocher & W. Oggier (Hrsg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006*. Bern.
- Michie, W. S. (2003). Reducing work-related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(1), 3-9.
- Michigan Prevention Research Center. (2003). *The JOBS Project for the Unemployed: Update*. www.isr.umich.edu/ Download 3.6.2005.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*, Bern.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: R. Schwarzer (Hrsg.). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Göttingen, pp. 553-573.
- Möller, H.-J., Laux, G. & Kapfhammer, H.-P. (2003) (Hrsg.). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin, 2., neu bearb. u. erg. Aufl.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994) (Hrsg.). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington.
- Murphy L.R. et al. (1995) (Hrsg.). *Job stress interventions*. Washington D.C.
- Murphy, L. R. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *American Journal of Health Promotion*, 11, 112-135.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996) (Hrsg.). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge.
- Naidoo, J. & Wills, J. (1998). *Practicing Health Promotion. Dilemmas and Challenges*, Amsterdam.
- Nationale Gesundheitspolitik. (2004a). *Psychische Gesundheit. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*, Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik. (2004b). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Februar-Mai 2004)*. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2003). Arbeitstagung «Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Hin zu gemeinsam getragenen Strategien». Aarau.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004a). *Psychische Gesundheit. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz*. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004b). *Zusammenstellung der Konsultationsergebnisse. Entwurf Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Februar-Mai 2004)*. Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004c). *TP: Gesamtstrategie Psychische Gesundheit. Grundlagen zu Modul 3: Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern, www.bag.admin.ch, download 10.3.2005.
- Neboit, M. & Vézina, M. (2002). *Stress au travail et santé psychique*, Toulouse.
- Nolting, H.-D., Berger, J., Niemann, D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (o.J. a). *Stress bei Raumpfleger/innen. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen*. www.presse.dak.de, download 1.5.2005.
- Nolting, H.-D., Berger, J., Niemann, D., Schiffhorst, G., Genz, H. O. & Kordt, M. (o.J. b). *Stress bei Tierärzten. Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie über den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen*. www.presse.dak.de, download 1.5.2005.
- Office Cantonal de l'inspection et des relations du travail OCIRT. (o. J.). *Prévention du stress professionnel*. Genève, Download http://www.geneve.ch/ocirt/sante_securite_travail/theme_prevention/doc/stress.pdf.

- Office fédéral de la statistique. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel.
- Olds, D. L. (1997). The Prenatal/Early Infancy Project: fifteen years later. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Works*. Thousand Oaks, pp. 41-67.
- Olds, D. L. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: a 15-year follow-up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 280(8), 1238-1244.
- Olds, D. L. (2002). Prenatal and Infancy home visiting by nurses: from randomized trials to community replication. *Prevention Science*, 3(3), 1153-1172.
- Oswald, W. D., Rupprecht, R. & Hagen, B. (2001: 12. Auflage). *SIMA in Stichworten. Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbstständigkeit im höheren Lebensalter*. www.sima.geronto.uni-erlangen.de Download 4.6.2005.
- Padlina, O., Gehring, T. M. & Somaini, B. (1999). Subjektive Wahrnehmung von Anforderungs-Ressourcen-Konfigurationen: Eine neue Perspektive in der Stressforschung. In: S. Keller (Hrsg.). *Motivation zur Verhaltensänderung. Das Transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*.
- Paulus, P. (2004). *Evidenz für die gute gesunde Schule*. Lüneburg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Perriard, J. & Ramaciotti, D. (2003a). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz. seco-Publikationen*. Bern.
- Perriard, J. & Ramaciotti, D. (2003b). *Die Kosten von Stress in der Schweiz (Zusammenfassung). seco-Publikationen*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. (1996). Wie können wir Wohlbefinden erfassen? In: H. W. Heiss, F. Huber, B. Peter & H. B. Stähelin (Hrsg.). *Wohlbefinden im Alter – geriatrische und gerontologische Strategien*. Reinach, pp. 7-17.
- Perrig-Chiello, P. (2004). Soziale Integration im Spiegelbild lebenszyklischer Übergänge. In: C. Suter, I. Renschler & D. Hoyer (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich.
- Perrig-Chiello, P. & Höpflinger, F. (2003). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. & Sturzenegger, M. (2003a). Wohlbefinden, Gesundheit und Ressourcennutzung im mittleren und höheren Lebensalter. In: P. Perrig-Chiello & F. Höpflinger (Hrsg.). *Gesundheitsbiographien. Variationen und Hintergründe*. Bern.
- Perrig-Chiello, P. & Stähelin, H. B. (2004b) (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne.
- Perrig-Chiello, P., Hüsler, G., Mohler, B. & Schlegel, C. (2004a). *Schlussbericht der kollektiven Expertise zur Sekundärprävention. Modul 2: Diagnostik und positive Beeinflussung der Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen*. Bern.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Ehrensam, R., Staehelin, H. B. & Krings, F. (1998). The effects of resistance training on well-being and memory in elderly volunteers. *Age and Ageing*, 27, 469-475.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., unter Mitarbeit von Kaiser, A., Sturzenegger, M. & Perren, S. (2001). *Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter*. Zürich.
- Pfaff, H., Kaiser, C. & Krause, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission «Betriebliche Gesundheitspolitik» der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckeler-Stiftung*. Köln.
- Pines, A. M., Aronson, E. & Kafry, D. (1987). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Ageing & Mental Health*, 8(5), 438-449.
- Polenz, W. & Becker, P. (1997). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der habituellen körperlichen Gesundheit im Betrieb. *Trier Psychologische Berichte*, 24(2), 1-53, <http://www.psychologie.uni-trier.de/becker/online/polenz.pdf> Download 14.7.2005.
- Priens, R. & Heijdel, W. (2004). *Invalidenrenten infolge psychischer Beeinträchtigung. Zahlen- und Massnahmenvergleich in sechs Ländern*. Bern, Bundesamt für Sozialversicherung (Übersetz. a. d. Engl.).
- Pruitt, R. H. (1992). Effectiveness and cost efficiency of interventions in health promotion. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 926-932.
- Reichert, M. (1988). *Diagnostik der Belastungsverarbeitung. Neue Zugänge zu Stress- und Bewältigungs-Prozessen*. Bern.
- Reid, J. B. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *The American Journal of Community Psychology*, 27(4), 483-517.
- Rispens, J., Aleman, A. & Goudena, P. P. (1997). Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse & Neglect*, 21, 975-987.

- Roxburgh, S. (2004). «There Just Aren't Enough Hours in the Day»: The Mental Health Consequences of Time Pressure. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 115-131.
- Rudow, B. (2004). *Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen*, München.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuenburg, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rugulies, R. (2005). *Die psychosoziale Dimension der koronaren Herzkrankheit und die Chancen multiprofessioneller Intervention*, Lengerich.
- Ruzek, J. (o.J.). *Coping with PTSD and Recommended Lifestyle Changes for PTSD Patients. A National Center for PTSD Fact Sheet*. www.ncptsd.va.gov/facts Download 8.6.2005.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The Contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D., Singer, B. H. & Love, G. D. (2004). Positive Health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383-1394.
- Sanders, M. R., Montgomery, D. & Brechman-Toussaint, M. (2000). Mass media and the prevention of child behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 939-948.
- Sanders, M. R., Turner, K. M. & Markie-Dadds, C. (2002). The development and dissemination of the Triple P – Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prevention Science*, 3(3), 173-179.
- Sandler, I., Ayers, T. & Dawson-McClure, S. (2005). Dealing with family disruption: divorce and bereavement. In: C. Hosman, E. Jané-Llopis & S. Saxena (Hrsg.). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options*. Oxford.
- Saxena, S. & Garrison, P. J. (2004) (Hrsg.). *Mental Health Promotion. Case Studies from Countries. A Joint Publication of the World Federation for Mental Health and the World Health Organization*. Geneva.
- Schieman, S., Gundy, K. v. & Taylor, J. (2001). Status, Role, and Resource Explanations for Age Patterns in Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 42, 80-96.
- Schmid, H. & Lattmann, U. P. (2003). Lebenskompetenzen-Training zur Prävention von Aggression, Stress und Sucht – eine Pilot- und Machbarkeitsstudie. *abhängigkeiten*, Heft 2, 5-20.
- Schmid, H., Kuntsche, E. N. & Delgrande, M. (2001) (Hrsg.). *Anpassen, ausweichen, auflehnen? Fakten und Hintergründe zur psychosozialen Gesundheit und zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Schülerinnen und Schülern*. Bern.
- Schmitzer, G. (2003). Guten Stress gibt es nicht! *der arbeitsmarkt*(12), 22-25.
- Schneider, V. (2003). Gesundheitsförderung in der Schule und Lebensstil. In: K. Aregger & U. P. Lattmann (Hrsg.). *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven*. Aarau, pp. 51-92.
- Schnetzler, R. (2005). Arbeit und Gesundheit – Datenlage in der Schweiz. *managed care*, 4, 24.
- Schopper, D. (2005). *Gesundes Körpergewicht in der Schweiz: Wie können wir der Übergewichtsepidemie entgegenwirken? Wissenschaftliche Grundlagen für die Erarbeitung einer nationalen Strategie für die Schweiz zum Kernthema Gesundes Körpergewicht*. Bern.
- Schug L. unter Mitarbeit von C. Eisenring. (2005). *Gesundheitsförderung Schweiz – Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress». Ökonomische Perspektive im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Winterthur (unveröffentlichtes Dokument).
- Schwager, T. & Udris, I. (1988). Verhaltens- vs. verhältnispräventive Massnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung – Erfahrungen aus Schweizer Betrieben. In: G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.). *Gesundheitsförderung – ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen, pp. 367-388.
- Schwager, T. & Udris, I. (1998). Gesundheitsförderung in Schweizer Betrieben. In: E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Göttingen, pp. 437-444.
- Schwarzer, R. (2002). *Soziale Unterstützung und Gesundheit – ein Überblick. Wissenschaftliche Tagung und Konferenz: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. Zum Stand der Forschung und aktuelle Trends und Entwicklungen. Abstract der Beiträge*. Salzburg.
- Schweinhart, L. J. & Weikart, D. P. (1997). The High/Scope preschool curriculum comparison study through age 23. *Early Childhood Research Quarterly*, 12(2), 117-143.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2004). *Alzheimer Info*. Yverdon.

- Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA. (2004). *Schweizer Lehrkräfte: Je grösser die Belastung, umso mehr wird geraucht*. Lausanne.
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen. (2002) (Hrsg.). *Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa)*. Bern.
- Schwenkmezger, P. & Schmidt, L. R. (1994) (Hrsg.). *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie*. Stuttgart.
- Selye, H. (1957). *Stress beherrscht unser Leben*, Düsseldorf.
- Semmer, N. (1997). «Stress». In: H. L. W. Volpert (Hrsg.). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart.
- Semmer, N. K. (2003a). Job Stress Interventions and Organization of Work. In: J. C. Quick & L. E. Tetrick (Hrsg.). *Handbook of occupational health psychology*. Washington D.C.
- Semmer, N. K. & Mohr, G. (2001). Arbeit und Gesundheit: Konzepte und Ergebnisse der arbeitspsychologischen Stressforschung. *Psychologische Rundschau*, 52(3), 150-158.
- Semmer, N. K. & Udriș, I. (2004). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: H. Schuler (Hrsg.). *Lehrbuch Organisationspsychologie*. Bern.
- Semmer, N. K. & Zapf, D. (2004a). Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.). *Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation*. Göttingen.
- Shalev, A. Y. (2001). Posttraumatic Stress Disorder. *Primary Psychiatry*, 8(10), 41-46.
- Shapiro, A. & Talor, M. (2002). Effects of a community based early intervention program on the subjective well-being, institutionalisation and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3), 334-341.
- Shure, M. B. (1997). Interpersonal cognitive problem solving: Primary prevention of early high-risk behaviours in the preschool and primary years. In: G. W. Albee & T. P. Gullotta (Hrsg.). *Primary Prevention Work. Issues in children's and families' lives*. Thousand Oaks, pp. 239-267.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*, Göttingen.
- Siegrist, J. (im Druck). Stress am Arbeitsplatz. In: N.N. (Hrsg.). *Lexikon für Gesundheitspsychologie*. (Vorabzug per E-Mail vom 15.4.2005).
- Siegrist, K. & Silberhorn, T. (1998). *Stressabbau in Organisationen – ein Manual zum Stress-Management*, Münster.
- Slesina, W. (2001). Evaluation von Gesundheitszirkeln. In: B. Badura et al. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2000: Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement*. Berlin, pp. 199-212.
- Sochert, R. (1998). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*, Bremerhaven.
- Solomon, L. J. & Rothblum, E. D. (1986). Stress, coping and social support in women. *The Behaviour Therapist*, 9, 199-204.
- Somaini, B. & Stamm, H. (2002). Lebensqualität. Ein Begriff und seine Bedeutung für die Gesundheitsförderung. *ZEPRA Newsletter*.
- Sozialdepartement der Stadt Zürich. (2001). *Kindertagesstätten zahlen sich aus. Jeder eingesetzte Franken bringt drei bis vier Franken an die Gesellschaft zurück*. Zürich, Edition Sozialpolitik Nr. 5a.
- Staatssekretariat für Wirtschaft seco & Bundesamt für Sozialversicherung BSV. (2004) (Hrsg.). *Kinder und Karriere – Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Kurzfassung des OECD-Ländervergleichs zu Neuseeland, Portugal und der Schweiz mit besonderer Berücksichtigung der Teile zur Schweiz*. Bern.
- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2003). *Indikatoren zur Lebensqualität in der Schweiz. Zusammenfassung des Schlussberichts zu einem Pilotprojekt im Auftrag des schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Stamm, M. (2005). Störfall Jugendarbeitslosigkeit. Psychosoziale Momentaufnahme einer geprellten Generation. *Neue Zürcher Zeitung* (142, 21.6.2005), 57.
- Stevens, N. & T. van Tilburg. (2000). Stimulating friendship in later life: a strategy for reducing loneliness among older women. *Educational Gerontology*, 26(1), 15-35.
- Streuli, E. & Bauer, T. (2001). *Working Poor in der Schweiz. Zusammenfassung*. Bern, www.buerobass.ch/ Download 16.8.2005.
- Stuck, A. E. & Born, S. (2001). Gesundheitsförderung im Alter. *managed care*.

- Stuck, A. E., Egger, M. & Beck, J. C. (2004). Preventing disability in elderly people. *Lancet*, 364, 1641-42.
- Stuck, A. E., Egger, M., Hammer, A., Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002). Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People. Systematic Review and Meta-regression Analysis. *JAMA*, 287(8), 1022-1028.
- Sturgeon, S. (2005). *Promoting mental health as a neglected issue*. Bangkok (Referat der 6. Weltkonferenz der Gesundheitsförderung: www.who.int/noncommunicable_diseases/6gchp/en/).
- Summermatter, D. (2004). Evidenzbasierter Referenzrahmen zur Bestimmung der Autonomie und Lebensqualität älterer Menschen mit Schwerpunkt psychische Gesundheitsförderung. Bern (unveröffentlichtes Manuskript, EUMAHP Masterarbeit).
- Suter, C., Renschler, I. & Joye, D. (2004) (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich.
- Thompson, E. A., Horn, M., Herting, J. R. & Eggert, L. L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high-risk youth. *Journal of Drug Education*, 27(1), 19-41.
- Tobler, N. & Stratton, H. (1997). Effectiveness of school-based drug intervention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, 18, 71-128.
- Tschumper, A. & Diserens, C. (o.J.). *Die Gesundheit der Jugendlichen als Spiegel der Gesellschaft*, Bern.
- Udris, I. (1992a). Von der Stress- zur Gesundheitsforschung. *Psychoscope*, 3, 4-6.
- Udris, I. & Frese, M. (1999). Belastung und Beanspruchung [Originaltitel: «Belastung, Beanspruchung, Stress und Gesundheit»]. In: Carl Graf Hoyos & Dieter Frey (Hrsg.). *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992b). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *Psychozial*, 15(52), 9-22.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*, Zürich (5. Aufl.).
- Ulich, E. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung – arbeitspsychologische Perspektiven. *managed care*, 4, 12-14.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*, Wiesbaden.
- Van der Klink et al. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91(2), 270-276.
- van der Linde, F. (2005). *Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Grundlagen für die Erarbeitung einer Strategie «Gesundheitsförderung und Prävention stärken» in der Schweiz. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich.
- Vester, F. (1997). *Phänomen Stress*, Stuttgart, 15. Aufl.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C. & Trudel, L. (2003). Workplace Prevention and Promotion Strategies. *HealthcarePapers*, 5(2).
- VicHealth. (2000). *Promotion, Prevention and Early Intervention for Mental Health – A Monograph 2000*.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J. & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- Victorian Health Promotion Foundation. (2005). *A Plan for Action 2005-2007. Promoting Mental Health and Wellbeing*. Pelham St Carlton, www.vichealth.vic.gov.au Download 2.6.2005.
- Vinokur, A. D., Schul, Y., Vuori, J. & Price, R. H. (2000). Two years after a job loss: Long term impact of the JOBS program on reemployment and mental health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 32-47.
- Vinokur, A. D., Price, R. H., Caplan, R. D., Ryn, M. v. & Curran, J. (1995). The JOBS I Preventive Intervention for Unemployed Persons: Its Short and Long-Term Effects on Reemployment and Mental Health. In: G. Keita & S. Sauter (Hrsg.). *Stress in the 90s*. Washington, D.C.
- Vuille, J.-C., Carvajal, M. I., Casaulta, F. & Schenkel, M. (2004). *Die gesunde Schule im Umbruch. Wie eine Stadt versucht, eine Idee umzusetzen und was die Menschen davon spüren*, Zürich.
- Vuori J. et al. (2002). The Tyohon job search program in Finland: Benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(1), 5-19.
- Wanner, P. (2004). *Migration und Integration. Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel, www.bfs.admin.ch Download 16.8.2005.

- Wanner P. et al. (2004). *Alter und Generationen. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Neuchâtel, <http://www.bfs.admin.ch> Download 15.8.2005.
- Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. (2003). The incredible years parents, teachers and children training series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: A. E. Kazdin (Hrsg.). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, pp. 224-240.
- Weiss, J. A. & Ilmarinen, J. (2005). Arbeitsfähig trotz zunehmendem Alter? *managed care*, 4, 18-20.
- Weiss, R. (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migranten und Migrantinnen*, Zürich.
- Wettstein, F. (2004). *Lesehilfe zum Buch «Leitbegriffe der Gesundheitsförderung»*. Brugg, FHA Nordwestschweiz (unveröffentlichtes Manuskript).
- Wetzels, P. (1997). *Gewalterfahrungen in der Kindheit, sexueller Missbrauch, körperliche Misshandlung und deren langfristige Konsequenzen*, Baden-Baden.
- WHO. (1996). *Mental health of refugees*. Geneva.
- WHO. (2000a). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2000b). *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva.
- WHO. (2000c). *mental health Global Action Programme mhGAP. Close the Gap, Dare to Care*. Geneva.
- WHO. (2001a). *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva.
- WHO. (2001c). *Burden of Disease*. Geneva.
- WHO. (2002). 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. *Health & Human Rights Publication Series*, 1(July 2002).
- WHO. (2003). *Investing in Mental Health*, Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005a). *Gender and women's mental health. Gender disparities and mental health: The Facts*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005b). *Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO. (2005c). *Förderung der psychischen Gesundheit und Verhütung psychischer Störungen. Info der Europäischen Ministeriellen WHO-Konferenz Psychische Gesundheit, Helsinki 2005*. www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German Download 20.2.2005.
- WHO & World Federation of Neurology. (2004). *Atlas. Country Resources for Neurological Disorders*. Geneva, www.who.int/en/, download 25.2.2005.
- WHO Europa. (2004). *Psychische Gesundheit und Arbeitsleben*. Kopenhagen.
- WHO European Ministerial Conference. (2005a). Mental Health Declaration for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions*, 12-15 January 2005, Helsinki, www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German, download 20.3.2005.
- WHO European Ministerial Conference. (2005b). Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health. Facing the Challenges, Building Solutions*, 12-15 January 2005, Helsinki, www.euro.who.int/mentalhealth2005?language=German, download 20.3.2005.
- Widmer, R. (2004). Behinderung und ihre vielfältigen Facetten. In: C. Suter, I. Renschler & D. Joye (Hrsg.). *Sozialbericht 2004*. Zürich, pp. 175-196.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003) (Hrsg.). *Social Determinants of Health. The Solid Facts. Second Edition*. Copenhagen, WHO, <http://www.who.dk/document/E81384.pdf> Download 12.7.2005.
- Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG. (2004). *Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention – im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (unveröffentlichtes Manuskript)*.
- Wydler, H., Kolip, P. & Abel, T. (2000) (Hrsg.). *Salutogenese und Kohärenzgefühl*. München.
- Wyss, E. (2004). *Faktenblatt 3: Zahlen zur häuslichen Gewalt*. Bern, www.equality-office.ch Download 17.8.2005.
- Wyss, E. (2005a). *Gegen häusliche Gewalt. Interventionsprojekte in den Kantonen St. Gallen und Appenzell Ausserrhodon: Erste Erfahrungen mit der Umsetzung der polizeilichen Wegweisung*. Bern: Eidg. Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann.

Wyss, K. (2005b). *Themenmonitoring «Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte»*. Neuchâtel. *Arbeitsdokument 11*, Schweiz. Gesundheitsobservatorium.

Young, B. H., Ford, J. D. & Watson, P. J. (o.J.). *Mental-Health Intervention for Disasters. A National Center for PTSD Fact Sheet*. www.ncptsd.va.gov/facts Download 8.6.2005.

Zapf, D. (1999). Mobbing in Organisationen – Überblick zum Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 1-25.

Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: H. Schuler (Hrsg.). *Organisationspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie)*. Göttingen, pp. 1007-1112.

Zeier, H. (1997). *Biofeedback. Physiologische Grundlagen – Anwendung in der Psychotherapie*, Bern.

Zermatten, J. (2004). A la Santé des Enfants! Evolution des droits de l'enfant et du droit à la santé. In: P. Perrig-Chiello & H. B. Stähelin (Hrsg.). *La Santé. Cycle de vie, société et environnement*. Lausanne, pp. 49-60.