

# Prävention psychischer Erkrankungen

Grundlagen für den Kanton Zürich

Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich

Nr. 17  
Mai 2012



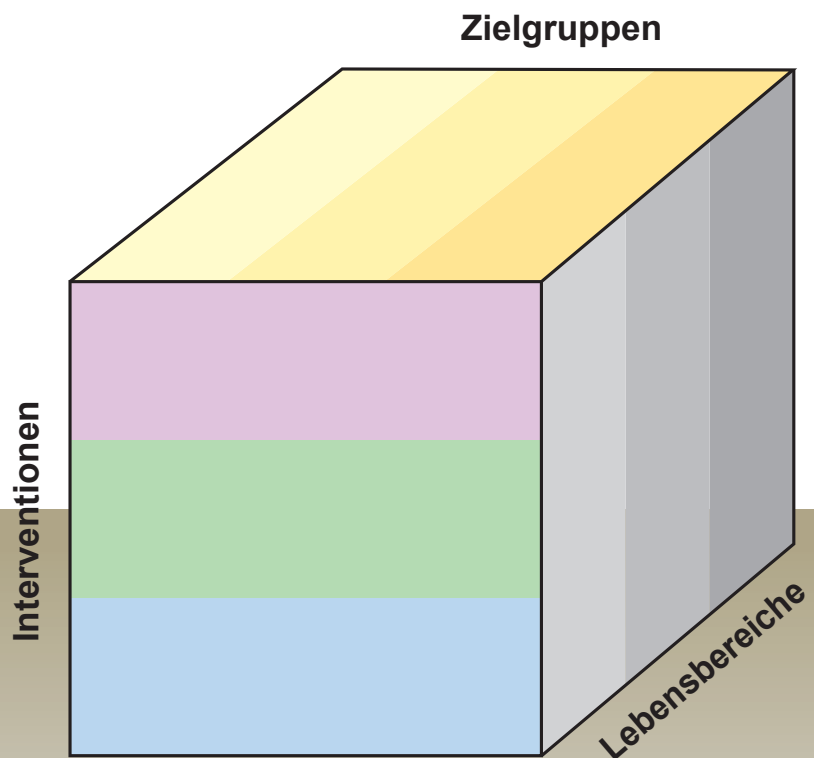
Universität  
Zürich<sup>UZH</sup>

Herausgegeben vom

Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich

im Auftrag der

Gesundheitsdirektion  
Kanton Zürich



# Prävention psychischer Erkrankungen

Grundlagen für den Kanton Zürich

## **Arbeitsgruppe**

Sebastian Haas, Roland Stähli, Sabina Bridler, Ulrich Erlinger,  
Peter Hofmann, Andres Howald & Marina Zulauf Logoz

## **Redaktion**

Andreas Minder, Roland Stähli, Sebastian Haas & Erika Guler

## **Erstellt in Zusammenarbeit mit dem**



**ZVPC**

Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte

## **Vorwort**

Thomas Heiniger

**Serie Gesundheit,  
Gesundheitsförderung  
und Gesundheitswesen  
im Kanton Zürich**

**Nr. 17  
Mai 2012**



**Universität  
Zürich** <sup>UZH</sup>

Herausgegeben vom

**Institut für  
Sozial- und Präventivmedizin  
der Universität Zürich**

im Auftrag der

**Gesundheitsdirektion  
Kanton Zürich**

# Die Serie: Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich

Herausgegeben vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.

In der Serie «Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich» werden Berichte veröffentlicht, welche einen Beitrag leisten zum Monitoring des Gesundheitszustandes der Zürcher Bevölkerung, zur Gesundheitsförderung und Prävention, zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung oder zur Verbreitung epidemiologischen Wissens. Die Aussagen der Berichte müssen sich nicht notwendigerweise mit den Meinungen der Gesundheitsdirektion oder des Institutes decken. Die inhaltliche Verantwortung liegt ausschliesslich bei der Autorschaft.

## Bisher erschienen:

- Nr. 1: **Suchtpräventionskonzept.** 1991. iv + 81 Seiten. Fr. 14.–.
- Nr. 2: **Sicherstellung der Suchtprävention in allen Regionen des Kantons Zürich. Regionale Suchtpräventionsstellen: Aufgaben, Koordination, Finanzierung.** 1994. iv+ 50 Seiten, 4 Tabellen. Fr. 8.–.
- Nr. 3: **Gesundheit im Kanton Zürich. Bericht und Massnahmen.** 1994. xxi + 118 Seiten, 107 Abbildungen, 16 Tabellen. Fr. 16.–.
- Nr. 4: Nicht erschienen.
- Nr. 5: **Gesundheit im Kanton Zürich, Bericht und Massnahmen 1999.** 1999. iv + 138 Seiten, 81 Abbildungen, 9 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 6: **Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich.** 1999. ii + 88 Seiten, 80 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 12.–.
- Nr. 7: **Die Gesundheit Jugendlicher im Kanton Zürich.** 2002. iv + 93 Seiten, 33 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 15.–.
- Nr. 8: **Konzept für kantonsweit tätige Fachstellen für Suchtprävention.** 1999. v + 57 Seiten, 5 Abbildungen, 5 Tabellen. Fr. 10.–.
- Nr. 9: **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung.** 2004. iv + 105 Seiten, 12 Abbildungen, 20 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 10: **Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit.** 2004. iv + 82 Seiten, 41 Abbildungen, 24 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 11: **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich.** 2004. iv + 85 Seiten, 7 Abbildungen, 6 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 12: **Gesundheit von Müttern und Kindern unter sieben Jahren. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2005. iv + 82 Seiten, 11 Abbildungen, 15 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 13: **Gesundheit im Kanton Zürich 2000-2006.** 2007. vi + 177 Seiten, 56 Abbildungen, 60 Tabellen. Gedruckte Version: Fr. 26.–; CD-Version (erlaubt Volltextsuche): Fr. 15.–; kombinierte Version (Buch und CD): Fr. 34.–.
- Nr. 14: **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich.** 2008. vi + 105 Seiten, 32 Abbildungen, 19 Tabellen. Fr. 19.–.
- Nr. 15: **Krebs im Kanton Zürich. Ein Bericht des Krebsregisters.** 2009. vi + 104 Seiten, 137 farbige Abbildungen, 41 Tabellen. Fr. 33.–.
- Nr. 16: **Konzept zur Prävention und Behandlung von Glücksspielsucht, insbesondere Lotteriespielsucht, im Kanton Zürich.** 2011. viii + 49 Seiten, 3 Abbildungen, 7 Tabellen. Fr. 18.–.
- Nr. 17: **Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich.** 2012. viii + 88 Seiten, 10 farbige Abbildungen, 1 Tabelle. Fr. 26.–.
- Nr. 18: **Übergewicht und Adipositas im Kanton Zürich.** 2012. viii + ca. 42 Seiten, 25 Abbildungen, 6 Tabellen (erscheint ca. Juli 2012).

### Korrekte Zitierweise für diesen Bericht:

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012, Hrsg.):  
*Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich.*

Herausgeber / Bezugsquelle:  
Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich  
Hirschengraben 84, 8001 Zürich  
Tel: 044 634 46 29, Fax: 044 634 49 77  
praev.gf@ifspm.uzh.ch, www.gesundheitsfoerderung-zh.ch

© ISPM Zürich, 2012

Layout: Alinéa, Wetzikon und Kohler Satz + Druck AG, Zürich

<b>Vorwort</b> .....	v
<i>Regierungsrat Thomas Heiniger</i>	
<b>Danksagung</b> .....	vii
<i>Sebastian Haas &amp; Roland Stähli</i>	
<b>Zusammenfassung</b> .....	1
<b>1. Einleitung</b> .....	3
1.1. Zielsetzungen des Berichts .....	3
1.2. Entstehung des Berichts .....	4
1.3. Beziehung zum Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung .....	5
1.4. Aufbau des Berichts .....	5
<b>2. Begriffe, Theorien, Wirkung</b> .....	7
2.1. Terminologie.....	7
2.2. Gesundheit und Gesundheitsförderung .....	8
2.3. Prävention von Krankheiten .....	10
2.4. Psychische Störungen und soziale Prozesse .....	11
2.4.1. Labeling-Theorie .....	11
2.4.2. Stigma und Stigmatisierung .....	12
2.5. Wirksamkeit, Kosten und Nutzen .....	13
2.5.1. Prävenierbarkeit .....	13
2.5.2. Wirksamkeit von präventiven Interventionen .....	13
2.5.3. Kosten und Nutzen präventiver Interventionen .....	16
<b>3. Ausgangssituation</b> .....	19
3.1. Epidemiologie.....	19
3.1.1. Nationale Gesundheitsbefragungen .....	20
3.1.2. Kinder und Jugendliche.....	20
3.1.3. Suizid.....	21
3.1.4. Inanspruchnahme von Leistungen.....	22
3.2. Kosten .....	23
3.2.1. Behandlungskosten .....	23
3.2.2. Invaliditätsbedingte Kosten .....	25
3.3. Prävention psychischer Erkrankungen international und national .....	26
3.3.1. International .....	26
3.3.2. National .....	27
3.3.3. Andere Kantone .....	28
3.4. Prävention psychischer Erkrankungen im Kanton Zürich.....	29
<b>4. Grundsätze für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen</b> .....	31
4.1. Empowerment und Selbstverantwortung .....	31
4.2. Partizipation.....	31
4.3. Kooperation und Netzwerkbildung.....	31

4.4. Chancengleichheit .....	32
4.5. Subsidiarität.....	32
4.6. Längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung.....	32
4.7. Entstigmatisierung .....	32
<b>5. Massnahmen: Das Kubus-Modell.....</b>	<b>33</b>
5.1. Interventionen .....	34
5.1.1. Sensibilisierung und Entstigmatisierung .....	35
5.1.2. Gesundheitsförderung .....	38
5.1.3. Prävention .....	40
5.2. Zielgruppen .....	41
5.2.1. Altersgruppen.....	42
5.2.2. Menschen in psychosozialen Belastungssituationen.....	47
5.2.3. Soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko.....	48
5.3. Lebensbereiche.....	49
5.3.1. Sozialbereiche.....	49
5.3.2. Wohnbereiche .....	51
5.3.3. Versorgungs- und Informationsbereiche .....	53
5.4. Stellenwert und Nutzen des Kubus-Modells.....	56
5.4.1. Handlungsraum .....	57
5.4.2. Zweck und Grenzen des Kubus-Modells .....	57
<b>6. Schwerpunktprogramme: Vorgaben und Entscheidungsabläufe.....</b>	<b>59</b>
6.1. Regeln zur Ausgestaltung von Schwerpunktprogrammen .....	59
6.2. Allgemeine Kriterien für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung.....	60
6.3. Zieldefinition für Schwerpunktprogramme zu psychischer Gesundheit .....	60
6.4. Auswahl und Durchführung von Schwerpunktprogrammen .....	61
6.4.1. Kommission Prävention und Gesundheitsförderung.....	61
6.4.2. Kommission Schwerpunktprogramme .....	61
6.4.3. Trägerschaft.....	63
6.4.4. Finanzierung .....	63
6.4.5. Dauer eines Schwerpunktprogramms .....	64
<b>7. Einzelprojekte.....</b>	<b>65</b>
7.1. Unterstützungskriterien für Einzelprojekte .....	65
<b>8. Kommentar zu den im Text erwähnten Beispielen.....</b>	<b>67</b>
<b>9. Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Berichts .....</b>	<b>69</b>
<b>10. Literatur.....</b>	<b>71</b>
<b>Anhänge.....</b>	<b>79</b>
Anhang A: Abkürzungen .....	80
Anhang B: Abbildungsverzeichnis .....	81
Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit .....	82
Anhang D: Liste der Beispiele.....	85
Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe .....	88

## Vorwort von Thomas Heiniger



*Liebe Leserin  
Lieber Leser*

*Unsere Psyche hat viele Facetten. Der Übergang von gesund zu psychisch krank ist meist fließend. Eine psychische Krankheit ist deshalb schwierig zu erkennen und die Dunkelziffer psychisch erkrankter Menschen bleibt hoch. Doch allein die bekannten Zahlen machen betroffen: Pro Jahr sind 25 bis 30 Prozent der Schweizer Bevölkerung wegen psychischer Störungen behandlungsbedürftig. Das Lebenszeitrisiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, beträgt bis zu 50 Prozent. Im Kanton Zürich ist jede fünfte Person während ihres Lebens mindestens einmal von einer schweren Depression betroffen und knapp ein Viertel der Kinder und Jugendlichen leidet unter deutlichen psychischen Beschwerden. Psychische Erkrankungen haben zwar nur selten einen direkten tödlichen Verlauf, doch Suizide und Suizidversuche sind in 80 bis 90 Prozent der Fälle eine Folge von psychischen Störungen. Bei Jugendlichen ist Suizid zusammen mit Verkehrsunfällen die häufigste Todesursache.*

*Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Anstrengungen zur Prävention psychischer Erkrankungen und im Speziellen zur Suizidprävention notwendig sind. Im Kanton Zürich gibt es zwar zahlreiche Projekte und Angebote, um psychischen Erkrankungen vorzubeugen – ich denke zum Beispiel an Burnout-Prophylaxe. Allerdings sind diese Angebote oft spezifisch auf ein bestimmtes Problem ausgerichtet. Oder sie sind örtlich und zeitlich begrenzt. Die vorliegenden Grundlagen zur Prävention psychischer Erkrankungen dienen deshalb dazu, etablierte Angebote wo sinnvoll zu koordinieren, Lücken aufzudecken und Handlungsbedarf zu erkennen.*

*Die Zürcher Regierung ist zum Schluss gekommen, dass Suizidprävention zu einem Schwerpunktprogramm im Rahmen der umfassenden Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich werden soll. Dabei geht es nicht nur um die Gesundheit; es geht auch um Aufklärung, Sensibilisierung und Sicherheit. Deshalb ist nicht nur die Gesundheitsdirektion gefordert – Suizidprävention muss breit abgestützt sein. Sie geht uns alle an. In diesem «sie geht uns alle an» liegt aber eine besondere Herausforderung: Wo alle zuständig sind, ist plötzlich niemand mehr verantwortlich. Das darf und soll nicht sein. Schauen wir nicht weg, sondern hin. Sprechen wir darüber, um Tabus zu brechen. Prävention lohnt sich.*

*Dr. Thomas Heiniger, Regierungsrat  
Gesundheitsdirektion Kanton Zürich*



## Danksagung

*Der Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) und das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) initiierten die Erarbeitung der vorliegenden Grundlagen für die Prävention psychischer Erkrankungen im Kanton Zürich. Das vom Regierungsrat verabschiedete allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich aus dem Jahr 2004 bildete dafür den verbindlichen Rahmen. Die zur Erarbeitung des Berichts eingesetzte Arbeitsgruppe betrat Neuland: Sie konnte im Bereich der psychischen Gesundheit nicht auf bestehende Konzepte zurückgreifen. In der Schweiz gab es damals zwar Modelle zur Prävention einzelner psychischer Erkrankungen, z.B. die Bündnisse gegen Depression, aber keine, die auf die Förderung der psychischen Gesundheit in einem umfassenden Sinne abzielten. Auch ausländische Modelle konnten nicht ohne weiteres übernommen werden. Zu Beginn gestaltete sich die Arbeit deshalb als herausfordernder Suchprozess, der einige Zeit beanspruchte.*

*Die Realisierung des vorliegenden Berichtes war nur möglich dank der fachkundigen und engagierten Arbeit der Mitglieder der Arbeitsgruppe, die im Milizsystem arbeiteten. Wir danken deshalb an erster Stelle herzlich: Dr. Sabina Bridler (Pro Mente Sana), Dr. Ulrich Erlinger, MPH, (Stadt Zürich), lic.theol. Peter Hofmann (Vertreter von Betroffenen), Dr. Andres Howald (Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr. Marina Zulauf Logoz (Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen).*

*Gerne schliessen wir in den Dank auch lic.rer.pol. Andreas Minder ein, der den Bericht verfasste, und MSc Erika Guler, die für den Bericht zusätzliche Recherchen anstellte und wichtige Redaktionsarbeiten übernahm. Lic.phil. Gregor Harbauer war für das Design des Kubus zuständig – dem Herzstück des Berichts. Dr. Matthias Bopp und lic.phil. Ursula Meidert, beide vom ISPMZ, stellten ihr Expertenwissen für den Bericht wiederholt zur Verfügung.*

*Die Arbeitsgruppe konnte ausserdem auf die wertvolle Unterstützung und Mitarbeit von vielen weiteren Institutionen und Personen zählen. Unser Dank geht vorab an die Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. Sie stand dem Projekt von Anfang an wohlwollend gegenüber und förderte es. Insbesondere Dr. Peter Wyss, lic.phil. Marita Verbali und lic.phil. Peter Waldner lieferten wichtige Daten und Unterlagen sowie Kommentare und Verbesserungsvorschläge. Prof. Dr. Paul Hoff gab als damaliger Präsident des ZVPC mit einem Brief an die Gesundheitsdirektion den Anstoss, die vorliegenden Grundlagen zu erarbeiten. Sein Nachfolger als ZVPC-Präsident, Prof. Dr. Erich Seifritz, ermöglichte eine breite Vernetzung unter den Chefärztinnen und -ärzten der Zürcher Psychiatrischen Kliniken. Beiden sei an dieser Stelle für die kontinuierliche Unter-*



stützung der Arbeiten herzlich gedankt. Prof. Dr. Felix Gutzwiller, Direktor des ISPMZ, unterstützte die Erarbeitung des Berichts und stand uns mit fachlichem Rat zur Seite.

Einen wichtigen inhaltlichen Beitrag leistete eine Gruppe mit Dr. Ronnie Gundelfinger und Dr. Christa Winkler Metzke vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst der Universität Zürich, Dr. Kurt Albermann, Sozialpädiatrisches Zentrum des Kantonsspitals Winterthur, und Dr. Jürg Forster, Schulpsychologischer Dienst der Stadt Zürich. Ohne ihr Engagement und ihre konstruktiven Anregungen wäre die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen im Bericht wohl nicht angemessen berücksichtigt worden.

Grosser Dank gebührt den 35 Behörden und Organisationen, die sich an der Vernehmlassung des Berichtsentwurfs im Winter 2010/11 beteiligt haben. Das Sozialforschungsbüro Landert & Partner wertete die Vernehmlassung aus. Der unverstellte Blick von aussen war für die Weiterarbeit sehr nützlich. Der Entwurf wurde positiv aufgenommen, die Stellungnahmen enthielten jedoch wichtige Hinweise auf Lücken. In der Folge musste die Arbeitsgruppe nur wenig korrigieren, den Bericht aber um wichtige, komplexe Inhalte ergänzen.

Der überarbeitete Grundlagenbericht konnte anlässlich des Zürcher Präventionstages im März 2012 einem breiten interessierten Publikum – ca. 350 Teilnehmende, insbesondere Fachleute aus den Bereichen Psychologie, Psychiatrie und Gesundheitsförderung – vorgestellt werden. Wir haben die Reaktion dieses Fachpublikums als ermutigend und unterstützend erlebt.

Das Ergebnis zahlreicher Recherchen und vielfältiger Diskussionen liegt nun als Bericht vor. Damit wurden die Grundlagen geschaffen für wirk-same Verbesserungen der psychischen Gesundheit der Zürcher Bevölkerung.

Dr. Sebastian Haas  
Chefarzt Erwachsenenpsychiatrie,  
Integrierte Psychiatrie Winterthur

Roland Stähli, lic.phil.  
Beauftragter des Kantons Zürich für  
Prävention u. Gesundheitsförderung

Zielsetzung der vorliegenden Grundlagen ist die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Zürcher Bevölkerung. Psychische Krankheiten treten häufig auf. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) erkranken über 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung und rund 10% der Bevölkerung leiden zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung. Im Kanton Zürich erkrankt jede fünfte Person während ihres Lebens mindestens einmal an einer schweren Depression. Neben depressiven Störungen sind Angststörungen und Erkrankungen wegen Konsums psychotroper Substanzen die häufigsten Diagnosegruppen.

Nebst dem gesundheitlichen Leiden ist auch die ökonomische Belastung gross, welche durch psychische Krankheiten verursacht wird. Ins Gewicht fallen vor allem die indirekten Kosten durch Produktionsausfälle. Die gesellschaftlichen Kosten für den Kanton Zürich dürften pro Jahr in der Grössenordnung von drei Milliarden Franken liegen. Die direkten Kosten (klinisch-psychiatrische, ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung) dürften sich im Kanton auf etwa 700 Millionen Franken pro Jahr belaufen.

Dabei nicht berücksichtigt sind die Leistungen von Psychologinnen und Psychologen im weiten Feld der psychologischen Beratung sowie die Unterstützung bei psychischen Problemen, die im Kanton Zürich von mehreren hundert öffentlichen, privaten und kirchlichen Organisationen angeboten wird.

Auf nationaler Ebene machen die Ausgaben für allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung 2,3% der gesamten Gesundheitskosten aus. Der Bericht schlägt vor, dass die Ausgaben für die Prävention psychischer Erkrankungen im Kanton Zürich in einem ähnlichen Verhältnis zu den Kosten psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen stehen sollten.

Schon heute gibt es im Kanton Zürich vielfältige Projekte zur Prävention psychischer Krankheiten. Sie sind meist sehr spezifisch auf ein einzelnes Handlungsfeld ausgerichtet, sind häufig räumlich und zeitlich eng begrenzt und werden oft von privaten Akteuren getragen. Die vorliegenden Grundlagen sind als Ergänzung zu diesen verdankenswerten, auf Eigeninitiative beruhenden Aktivitäten zu verstehen und möchten diese wo möglich systematisieren bzw. unterstützen.

Der Zürcher Gesundheitsbericht von 2007 hält fest, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit ein beachtliches Gesundheitspotenzial erschlossen werden kann. Der Bericht schlägt vor, mögliche Massnahmen zu prüfen. Mit dem Zürcher Gesundheitsgesetz von 2008 gibt es eine gesetzliche Grundlage für solche Massnahmen. Dieses bezweckt den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen.

Gesundheit wird im Sinne der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung als Prozess verstanden: als immer wieder neu herzustellende und beeinflussbare Balance zwischen Belastungen und Ressourcen. Dieser Prozesscharakter der Gesundheit hat sich etabliert. Ziel von Interventionen ist deshalb die Beeinflussung von Determinanten der psychischen Gesundheit, d.h. das Ausschalten oder Abschwächen von Risikofaktoren und Belastungen sowie das Stärken von Schutzfaktoren und Ressourcen. Damit werden nicht nur Krankheiten verhindert und die Gesundheit gefördert. Angestrebt wird auch, dass Menschen trotz Krankheitssymptomen ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können.

Psychische Störungen sind stark mit sozialen Prozessen verbunden. Das zeigt sich zum einen bei der Definition dessen, was «gesund» bzw. «krank» ist, aber auch darin, wie mit psychisch Erkrankten umgegangen wird. Auf die Folgen von sozialen Wertungen für die psychische Gesundheit weist die Labeling-Theorie hin. Etikettierungen und Stigmatisierungen sind ein grosses Problem. Sie können dazu führen, dass Erkrankungen nicht oder falsch behandelt werden, was wiederum eine Verschärfung oder Chronifizierung einer Störung mit sich bringen kann. Durch Entstigmatisierung und Sensibilisierung kann solchen Entwicklungen entgegengewirkt werden.

Zur Wirksamkeit präventiver Interventionen finden sich in der Literatur wenig einheitliche Ergebnisse. Dies macht Aussagen über den Nutzen präventiver Massnahmen und über das Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen im Bereich der psychischen Gesundheit besonders schwierig. Trotz dieser Schwierigkeit liegen für verschiedene Bereiche von Prävention und Gesundheitsförderung Belege für ein gutes Kosten-Nutzen-Verhältnis vor.

Der vorliegende Bericht erfasst und beschreibt das Feld, in dem Massnahmen für die psychische Gesundheit möglich und sinnvoll sind. Der Schwerpunkt wird bei der Primärprävention gelegt, die der Entstehung von Störungen oder Krankheiten zuvorkommen will, während die Sekundärprävention bei der Früherkennung und -erfassung ansetzt und die Tertiärprävention Folgestörungen von Krankheiten und Rückfälle vermeiden will. Dieser Entscheid wurde getroffen, weil im Kanton Zürich die Sekundärprävention teilweise und die Tertiärprävention überwiegend zum Versorgungsauftrag der psychiatrischen Institutionen gehören und besser ausgebaut sind als die Primärprävention.

Der Bericht stellt in drei Dimensionen dar, **wie** (Interventionen), **bei wem** (Zielgruppen) und **wo** (Lebensbereiche) gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten erfolgen können. Die drei Dimensionen und ihre (Sub-)Kategorien werden erläutert und durch Beispiele veranschaulicht. Grafisch wird der gesamte Handlungsraum durch einen Kubus dargestellt.

In den vorliegenden Grundlagen wird darauf verzichtet, konkrete Massnahmen vorzuschlagen, stattdessen werden Grundsätze und Regeln formuliert, denen Projekte und Programme genügen müssen, damit eine finanzielle Unterstützung durch den Kanton in Frage kommt. Neben bekannten Grundsätzen wie Empowerment, Partizipation, Vernetzung, Chancengleichheit und Nachhaltigkeit wird der Sensibilisierung und Entstigmatisierung grosses Gewicht beigemessen. Psychische Krankheiten sollen dadurch zu «normaleren», sozial akzeptierten Krankheiten werden.

Die Grundlagen wollen namentlich Schwerpunktprogramme fördern, die sich durch eine gewisse thematische Breite auszeichnen. In der Regel zielen sie auf mehrere Zielgruppen und Lebensbereiche ab und umfassen mehrere Interventionsarten. Die Programme sollen geografisch umfassend sein und entweder den ganzen Kanton Zürich oder mehrere Regionen abdecken. Die Programme sollen sich zudem durch Nachhaltigkeit auszeichnen. Wie Schwerpunktprogramme auszuwählen und umzusetzen sind, ist im allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich festgehalten. Neben den Schwerpunktprogrammen sollen Einzelprojekte weiterhin Platz haben.

Mit Beschluss vom 30. November 2011 hat der Zürcher Regierungsrat in Beantwortung eines überwiesenen kantonsrätlichen Postulats im Bereich der Suizidprävention Handlungsbedarf festgestellt. Er sieht ein Schwerpunktprogramm Suizidprävention im Rah-

men des vorliegenden Grundlagenberichts vor. Ein Expertenbericht zur Suizidprävention, welcher die Basis für den Regierungsratsbeschluss bildete, stellt eine wichtige und notwendige Vorarbeit für ein künftiges Schwerpunktprogramm dar. Damit erübrigen sich die notwendigen Schritte zur Definition eines Schwerpunktprogramms, wie sie im vorliegenden Bericht beschrieben werden, jedoch nicht. Ein weiteres mögliches Schwerpunktprogramm könnte Massnahmen für Kinder psychisch erkrankter Eltern umfassen. Solche Massnahmen werden in einem Winterthurer Projekt bereits umgesetzt. Die epidemiologisch gewichtigen Depressionen könnten ebenfalls Gegenstand eines Schwerpunktes werden. Dazu sind im Kanton Zürich allerdings erst wenige Vorarbeiten geleistet worden.

# 1. Einleitung

Die vorliegenden Grundlagen für die Prävention psychischer Erkrankungen konkretisieren das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (ISPMZ, 2004) für den Bereich der psychischen Gesundheit. Das Konzept wurde vom Zürcher Regierungsrat im Herbst 2004 verabschiedet. Seither wurden vielfältige Massnahmen umgesetzt. So wurden die Schwerpunktprogramme «Bewegung – Ernährung – Entspannung» und «Betriebliche Gesundheitsförderung» durchgeführt und abgeschlossen. Nachdem der Regierungsrat die Stabilisierung der Adipositas als Legislaturziel 2007–2011 festgelegt hatte, setzt das ISPMZ umfangreiche Massnahmen zur Förderung des gesunden Körpergewichts im Kanton Zürich um. Diese entsprechen einem Schwerpunktprogramm.

## 1.1. Zielsetzungen des Berichts

Der vorliegende Grundlagenbericht soll dazu beitragen, die psychische Gesundheit der Zürcher Bevölkerung zu verbessern und auf ein verstärktes Engagement des Kantons hinzuwirken. Wo Vergleichszahlen vorliegen, ist jeweils anzustreben, einen Stand zu erreichen, der mindestens dem schweizerischen Mittel entspricht. Nimmt die Inzidenzrate einer Krankheit zu, ist das Ziel, die Rate wieder zu senken. Auf eine weitergehende, quantitative Operationalisierung der angestrebten Verbesserung der psychischen Gesundheit wird auf der Ebene der vorliegenden Grundlagen verzichtet. Die Programme, die auf der Basis des Berichts durchgeführt werden, müssen jedoch konkrete Ziele formulieren und evaluierbar sein (vgl. Kap. 6.3.). Die psychische Gesundheit kann verbessert werden, wenn Individuen und Gemeinschaften befähigt und motiviert werden, das Präventions- und Gesundheitsförderungspotenzial in ihrem Aktionsradius zu erkennen und zu nutzen. Die strukturellen Voraussetzungen sind für die Verbesserung der psychischen Gesundheit ebenfalls wichtig. Der vorliegende Bericht erläutert, wie Verhalten und Verhältnisse zugunsten der Gesundheit verändert werden können. Er regelt, wie Programme oder Projekte aus dem weiten Feld möglicher Interventionen ausgewählt und umgesetzt werden, er legt fest, welchen Anforderungen sie zu genügen haben, er beschreibt die dazu notwendigen Strukturen und Abläufe. Die Grundlagen ergänzen dabei die Vorgaben des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung und konkre-

sieren sie für den Bereich der psychischen Gesundheit. Auch für kantonal unterstützte Schwerpunktprogramme oder Einzelprojekte sind die Anforderungen beschrieben.

Auf die Festlegung von Themen von Schwerpunktprogrammen wird verzichtet, weil sich die Problem-bereiche, denen mit Prävention begegnet werden soll, rasch ändern können. Mit den hier formulierten, langfristig anwendbaren Grundsätzen und Abläufen kann auf solche neuen Herausforderungen reagiert werden. Das Festlegen von Programmen für einen längeren Zeitraum hätte zudem in jenen Kreisen Widerstand auslösen können, deren Themen nicht berücksichtigt wurden.

Der Bericht favorisiert Themen für erste, in nächster Zukunft anzupackende Schwerpunktprogramme. An erster Stelle ist die Suizidprävention zu nennen, ein Bereich, in dem der Regierungsrat des Kantons Zürich Handlungsbedarf sieht und in dem wichtige Vorarbeiten geleistet wurden, die rasch in einem Schwerpunktprogramm umgesetzt werden könnten (vgl. Kap. 3.4.). Ebenfalls in Betracht zu ziehen ist ein Programm für Kinder psychisch erkrankter Eltern. In Winterthur wurde für diese besonders vulnerable Zielgruppe ein Projekt gestartet, das sich – positive Evaluationsergebnisse vorausgesetzt – auf den ganzen Kanton ausdehnen liesse (vgl. Bsp. 51, S.54). Aus epidemiologischen Gründen (vgl. Kap. 3.1.) kommt ausserdem der Prävention von Depressionen hohe Priorität zu. Dazu sind im Kanton Zürich allerdings noch kaum Vorarbeiten für ein Schwerpunktprogramm geleistet worden.

Die Grundlagen richten sich an alle interessierten Organisationen aus dem Kanton Zürich, die Programme oder Projekte im Bereich psychische Gesundheit anregen, dabei mitarbeiten oder sie selber durchführen möchten. Die Grundlagen legen die Bedingungen fest, die erfüllt sein müssen, damit ein Programm oder Projekt mit finanzieller Unterstützung durch den Kanton rechnen kann. Die Anforderungen, denen die Trägerschaft eines Projekts genügen muss, werden ebenfalls genannt (vgl. Kap. 6.4.3.).

Die Grundlagen möchten darüber hinaus für andere Akteure und Aktivitäten (z.B. private Vereine und Stiftungen, Gemeinden, Berufsverbände, Unternehmen) im Bereich Prävention und Gesundheitsförde-

zung empfehlenden Charakter entfalten. Ein weiteres Ziel ist die bessere Vernetzung der Akteure im Bereich der psychischen Gesundheit. Diesbezüglich sind verschiedene Massnahmen zu prüfen; unter anderem eine zentrale Online-Sammlung von Projektdokumentationen, eine Anlaufstelle für den Wissenstransfer und fachliche Vernetzung zu Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen. Das nationale «Netzwerk Psychische Gesundheit», das unter anderem die Vernetzung zwischen den Akteuren im Bereich psychische Gesundheit verbessern will, dürfte für die Präventionsarbeit im Kanton ebenfalls förderlich sein. Seit Ende 2011 ist ein qualifizierter Koordinator für dieses Netzwerk tätig (vgl. Kap. 3.3.2.).

## 1.2. Entstehung des Berichts

Im Dezember 2006 fragte das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung im Kanton Zürich (FSSZ) den Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC) an, ob sich die psychiatrischen Versorgungskliniken an einer Kampagne «Bündnis gegen Depression» im Kanton Zürich beteiligen würden. Der Vorstand des ZVPC zeigte Interesse und regte die Bildung einer Arbeitsgruppe an. Diese organisierte Ende 2007 ein Symposium zum Thema «Braucht der Kanton Zürich ein Bündnis gegen Depression?». Dabei kam der Kontakt mit Vertretern des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ) zustande, die Interesse an einer Kooperation mit dem ZVPC zeigten.

Zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich der Wunsch vieler beteiligter Akteure nach einer thematischen Ausweitung vom alleinigen Fokus auf Depression in Richtung allgemeiner, das heisst universeller Prävention psychischer Störungen und Förderung der psychischen Gesundheit ab. Ein entsprechender Bericht, basierend auf dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (ISPMZ, 2004), wurde ins Auge gefasst. Im Juni 2008 schlug der ZVPC der Zürcher Gesundheitsdirektion vor, eine Arbeitsgruppe mit der Erarbeitung eines Berichts zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich zu beauftragen. Die Gesundheitsdirektion gab am 23. Juli 2008 grünes Licht: «Gerne laden wir Sie ein, in Zusammenarbeit mit dem ISPMZ ein solches Rahmenkonzept zu erarbeiten.» Im Frühling 2009 nahm die Arbeitsgruppe ihre Arbeit auf.

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus sieben Mitgliedern zusammen, die von Organisationen delegiert wurden, welche für den Bereich der psychischen Gesundheit wichtig sind (vgl. Anhang E, S. 88). Weitere Ak-

teure hatten Interesse an einer Mitarbeit bekundet. Im Einverständnis mit der Zürcher Gesundheitsdirektion wurde die Arbeitsgruppe jedoch klein gehalten, um ihre Arbeitsfähigkeit und Effizienz nicht zu beeinträchtigen. Eine Gruppe mit Vertretungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJPD), des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) des Kantonsspitals Winterthur und des Schulpsychologischen Dienstes (SPD) der Stadt Zürich wurde eingeladen, in einem Ausschuss an dem Textteil, der Kinder und Jugendliche betrifft, mitzuarbeiten. Dieser Ausschuss trat einmal zusammen. Die übrigen interessierten Kreise konnten im Rahmen einer breiten Vernehmlassung ihre Wünsche einbringen.

Die Arbeitsgruppe traf sich bis im September 2010 zu 13 Plenarsitzungen.<sup>1</sup> Geleitet wurden die Sitzungen von den Co-Leitern Sebastian Haas (ZVPC) und Roland Stähli (ISPMZ) als Vertreter der auftraggebenden Institutionen. Die Arbeitsgruppe wurde von Andreas Minder unterstützt, der in Absprache mit der Arbeitsgruppe den Bericht entwarf und die Sitzungsprotokolle verfasste. Seine Arbeit und weitere Unkosten wurden aus dem Budget finanziert, das die Gesundheitsdirektion dem ISPMZ für Prävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung stellt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden von den delegierenden Institutionen entschädigt.

Am 6. Oktober 2010 wurde der Bericht in die Vernehmlassung geschickt. 81 Adressaten wurden angeschrieben. Ende Oktober und Anfang November wurden zwei Informationsveranstaltungen durchgeführt, in denen die Grundlagen erläutert wurden. 35 kantonale und nationale Behörden und Organisationen nahmen bis Anfang 2011 Stellung. Die Vernehmlassungsantworten wurden von der Sozialforschungsfirma Landert und Partner in einem Bericht ausgewertet.

Die Vernehmlassungsteilnehmenden äusserten sich deutlich positiv. Das Kubus-Modell in Kombination mit den Beispielen von Präventionsmassnahmen veranschaulicht aus Sicht der Mehrheit der Vernehmlassungsteilnehmenden die anvisierte Handlungsmöglichkeiten gut. Auf einhellige Zustimmung stiess der Grundsatz der Entstigmatisierung. Generell stiessen die Grundsätze und Entscheidungsabläufe für Schwerpunktprogramme auf ein positives Echo.

Am meisten Fragen oder Kritik riefen die Ausführungen zur Finanzierung hervor. Mehrfach wurde dies-

<sup>1</sup> Ein Ausschuss bestehend aus den beiden Co-Leitern und Andreas Minder traf sich regelmässig zu zusätzlichen Sitzungen und verfeinerte den Textentwurf. Ab Anfang 2011 arbeitete Erika Guler im Ausschuss mit.

bezüglich ein stärkeres Engagement des Kantons gewünscht. Bemängelt wurde ausserdem, dass Aussagen zur Wirksamkeit von Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit fehlten. Die Operationalisierung und Messbarkeit von Zielen riefen widersprüchliche Reaktionen hervor. In mehreren Antworten wurde angeregt, den Begriff der psychischen Gesundheit präziser zu definieren. In einigen Stellungnahmen wurde gewünscht, dass die Bedeutung des Kindes- und Jugendalters für die Prävention stärker betont wird.

Die Arbeitsgruppe hat alle Antworten in zwei weiteren Plenarsitzungen gründlich geprüft und den Bericht entsprechend überarbeitet. Es wurde kaum etwas am Entwurf geändert, jedoch vieles ergänzt, was zu einem deutlich grösseren Umfang des Textes führte. Ergänzt wurden namentlich die Kap. 2.3. (Prävention von Krankheiten), 5.1.1. (Sensibilisierung und Entstigmatisierung), 7. (Einzelprojekte) und 9. (Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Berichts).

Neu eingefügt wurden die Kapitel Terminologie (2.1.), Psychische Störungen und soziale Prozesse (2.4.), Wirksamkeit, Kosten und Nutzen (2.5.) und Finanzierung (6.4.4.). Der Titel des Berichts lautete in der Vernehmlassungsversion vom Oktober 2010 noch «Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich». Aus mehreren Gründen wurde er schliesslich zu «Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich» abgeändert. Zum einen hat der Bericht nicht zuletzt durch die oben erwähnten Ergänzungen vermehrt den Charakter eines Grundlagendokuments bekommen, zum andern soll er so noch klarer vom übergeordneten allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung unterscheidbar sein. Dies entsprach auch einem Anliegen der Gesundheitsdirektion. Zur Bevorzugung des Begriffes «Erkrankungen» siehe unter Terminologie, Kap. 2.1., S. 7.

Im Bulletin Prävention & Gesundheitsförderung (P&G) des ISPMZ und auf der Website [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch) wurde kontinuierlich über den Fortgang der Arbeiten berichtet, um Transparenz zu schaffen.

### 1.3. Beziehung zum Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung

Die vorliegenden Grundlagen sind dem allgemeinen «Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich» (ISPMZ, 2004) untergeordnet. Eine ganze Reihe von dessen Grundsätzen sowie institu-

tionellen und prozeduralen Vorgaben gelten auch für die Prävention von psychischen Störungen. Mit dem vorliegenden Bericht werden Vorgaben für den Bereich der psychischen Gesundheit wo nötig konkretisiert und ergänzt.

### 1.4. Aufbau des Berichts

In der **Einleitung** werden die Zielsetzung und die Entstehung des Berichts beschrieben. Im Kap. 2. **Begriffe, Theorien, Wirkung** (S. 7 ff.) werden zentrale Definitionen und Konzepte aus dem Bereich der psychischen Gesundheit und aus jenem von Prävention und Gesundheitsförderung kurz vorgestellt. Die Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und sozialen Prozessen werden dargestellt. Wirksamkeit, Kosten und Nutzen präventiver Interventionen werden diskutiert. Die wichtigste Literatur wurde gesichtet. Auf den Versuch, sie zusammenzufassen, wurde verzichtet.

Anschliessend wird der Zustand der psychischen Gesundheit der Menschen im Kanton Zürich beschrieben Kap. 3. **Ausgangssituation**, (S. 19 ff.) und welche Folgen und Kosten damit verbunden sind. Ausserdem werden die bereits bestehenden Initiativen und Aktivitäten zur Prävention psychischer Krankheit vorgestellt.

Die **Grundsätze für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen** (Kap. 4., S. 31 f.) sind anerkannte Prinzipien heutiger Gesundheitsförderung. Sie wurden aus dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung übernommen, für den Bereich der psychischen Gesundheit adaptiert und um den Grundsatz «Entstigmatisierung» ergänzt.

Im Kapitel **Massnahmen: Das Kubus-Modell** (Kap. 5., S. 33 ff.) wird das Feld möglicher Massnahmen abgesteckt. In drei Dimensionen wird dargestellt **wie**, (Interventionen), **bei wem** (Zielgruppen) und **wo** (Lebensbereiche) gesundheitsfördernde und präventive Massnahmen ergriffen werden können. Grafisch wird dieses Feld durch einen Kubus visualisiert. Die drei Dimensionen werden in Kategorien und Subkategorien gegliedert, die im Text einzeln näher beschrieben werden. Dazu werden auch Beispiele angeführt. Sie haben illustrierenden Charakter und stellen keine Bestandesaufnahme dar (vgl. Kap. 8.: **Kommentar zu den im Text erwähnten Beispielen**). Die **Liste der Beispiele** findet sich in Anhang D auf S. 85 ff.

In Kap. 6. (S. 59 ff.) **werden Vorgaben und Entscheidungsabläufe für Schwerpunktprogramme** formuliert.

Kap. 6.4. (S. 61) beschreibt die **Auswahl und Durchführung von Schwerpunktprogrammen**: Wie wird entschieden, welche Programme unterstützt werden? Wie und durch wen werden sie durchgeführt? Wie lange dauern sie? Wie können sie finanziert werden? Eine wichtige Rolle spielen dabei die für die strategischen Entscheide zuständige Kommission Prävention und Gesundheitsförderung und die operative Kommission Schwerpunktprogramme, die noch geschaffen werden müssen. In Kap. 7. (S. 65) werden die Anforderungen für die Unterstützung von **Einzelprojekten** beschrieben. Die nächsten **Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Berichts** (Kap. 9., S. 69) sind die Einsetzungen der beiden Kommissionen.

Das **Literaturverzeichnis** findet sich auf den S. 71 ff. Der **Anhang** enthält das **Abkürzungsverzeichnis** (Anhang A, S. 80), das **Abbildungsverzeichnis** (Anhang B, S. 81), eine Zusammenstellung zentraler **Determinanten der psychischen Gesundheit** (Anhang C, S. 82 ff.), die Liste der im Bericht erwähnten **Beispiele** (Anhang D, S. 85 ff.) und die **Liste der Arbeitsgruppenmitglieder** (Anhang E, S. 88).

In zahlreichen Deklarationen, Gesetzestexten, Konzepten und wissenschaftlichen Werken werden Aussagen über Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention und deren Wirksamkeit gemacht. Nachfolgend werden wichtige Begriffe und Theorien erläutert und einige grundlegende Dokumente vorgestellt, die für den vorliegende Bericht wegweisend sind.

### 2.1. Terminologie

Nach längeren Diskussionen hat die Arbeitsgruppe beschlossen, die Begriffe psychische Krankheit, psychische Erkrankung und psychische Störung als Synonyme zu gebrauchen. Die ausschliessliche Verwendung eines Begriffs wurde verworfen, weil es für und gegen jeden Begriff Argumente gibt. Für «Störung» spricht, dass in den gängigen Diagnose-Klassifikationssystemen im Zusammenhang mit der Psyche ausschliesslich dieser Begriff verwendet wird. Dies mit der Begründung, Begriffe wie Krankheit oder Erkrankung seien problematisch (WHO, 2011, S. 26). In der deutschen Sprache und namentlich im Schweizerdeutschen ist «psychische Störung» und noch viel mehr das Adjektiv «psychisch gestört» jedoch sehr negativ konnotiert. «Psychisch krank» hat in der Deutschschweiz im Vergleich möglicherweise eine etwas weniger stigmatisierende Konnotation. Zudem dürfte er von Nicht-Fachleuten besser verstanden werden. Allerdings lässt «Krankheit» eher an schwere, nicht behandelbare Krankheiten denken, die mit Prävention nur schwer zu verhindern sind. Im Bereich der Psychiatrie weckt der Begriff Krankheit ausserdem Assoziationen an Freiheitsentzug und Entmündigung. Der weniger gebräuchliche Begriff «Erkrankung» ist nahe bei Krankheit, betont jedoch den Prozesscharakter einer Krankheit/Störung und entspricht damit eher dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit, wie es im vorliegenden Bericht verwendet wird (vgl. das nachfolgende Kap. 2.2.). Deshalb wurde «Erkrankung» auch für den Titel des Berichts gewählt.

Im vorliegenden Grundlagenbericht sind die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention von zentraler Bedeutung. Sie werden wie folgt definiert:

#### **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung bezweckt den Schutz und die Unterstützung von Gesundheit (gesundheitsbezogener, d.h. salutogenetischer Ansatz). Die Ottawa-Charta der WHO von 1986 befasst sich mit den Vorgehensweisen,

wie Gesundheit im Alltag gefördert werden kann. Die Gesundheitsförderung zielt «auf einen Prozess, um allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über Ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen». Kennzeichnend für Gesundheitsförderung ist ein breit angelegtes, unspezifisches Vorgehen, mit welchem die Gesundheit in vielfacher Hinsicht – nicht nur bezüglich einer bestimmten Krankheit – gefördert werden kann (z.B. Förderung eines guten Schulklimas, Schaffung klarer Kommunikationsstrukturen im Betrieb).

#### **Prävention**

Prävention ist darauf ausgerichtet, bestimmten Krankheiten vorzubeugen und Gesundheitsrisiken zu senken. Mit gezielten Aktivitäten soll erreicht werden, dass eine gesundheitliche Schädigung gar nicht eintritt oder weniger wahrscheinlich wird (z.B. Prävention des Suchtmittelmissbrauchs, Prävention von Suizid). Die Prävention setzt also bei der Entstehung von Krankheiten an; man spricht deshalb von einem krankheitsbezogenen oder pathogenetischen Ansatz. Kennzeichnend für Prävention ist ein spezifisches, auf ein definiertes Risiko einwirkendes Vorgehen.

Nachfolgend werden einige zentrale Begriffe aus der Epidemiologie erläutert, die für das Verständnis des Textes nützlich sind (vgl. auch Gutzwiller & Paccaud, 2011).

#### **Morbidität**

Umschreibt die allgemeine Krankheitshäufigkeit in einer Bevölkerung. Als Masszahl werden Prävalenz oder Inzidenz verwendet.

#### **Prävalenz**

Bezeichnet den Anteil der Personen mit einem bestimmten Gesundheitsproblem zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (z.B. Jahresprävalenz oder Lebenszeitprävalenz).

*Beispiel:* In einer repräsentativen Stichprobe erfüllt jede zehnte Person zum Zeitpunkt der Befragung die Kriterien für eine depressive Störung – die Punktprävalenz in dieser Bevölkerung beträgt somit 10%.

#### **Inzidenz**

Misst die Häufigkeit von neu auftretenden Gesundheitsproblemen («Neuerkrankungen»). Als Masszahl bezieht sie sich auf die entsprechende Bevölkerung unter Risiko und eine bestimmte Zeitdauer.



*Beispiel:* Im Kanton Zürich erhalten jährlich ca. 20 Personen pro 100'000 Einwohner/innen erstmals die Diagnose Schizophrenie oder einer anderen Psychose. Die Inzidenz beträgt somit etwa 20/100'000, also 0,02% (Ajdacic et al., 2007).

### **Mortalität (Sterblichkeit)**

Spezialfall der Inzidenz, mit dem Unterschied, dass eine Person mehrfach erkranken, aber nur einmal sterben kann.

*Beispiel:* Im Jahr 2008 gab es in der Bevölkerung der Schweiz 1313 Suizide. Dies entspricht einer Mortalitätsrate von 17 Sterbefällen pro 100'000 Einwohner/innen und Jahr.

### **Vorzeitig verlorene Lebensjahre**

Da es – u.a. aus ökonomischer Sicht – nicht dasselbe ist, ob ein 90- oder ein 20-Jähriger stirbt, wird beim Konzept der vorzeitig verlorenen Lebensjahre eine obere Altersgrenze festgelegt, ab der keine Lebenszeit mehr in die Berechnung einfließt. Häufig ist dies der 70. Geburtstag (in der Schweiz erreicht die grosse Mehrheit der Personen dieses Alter). Wenn nun beispielsweise eine Person mit 55 Jahren Suizid begeht, hat sie 15 Lebensjahre vorzeitig verloren.

### **QALY (Quality Adjusted Life Years)**

Dieses Mass berücksichtigt nicht nur Sterbefälle, sondern auch die Einschränkung der Lebensqualität durch Krankheit, Behinderungen und Invalidität und gewichtet die Lebensjahre mit einem entsprechenden Faktor zwischen 0 (=Tod) und 1 (=keine Beeinträchtigung). Die im obigen Beispiel erwähnte, mit 55 Jahren verstorbene Person hat wegen einer schweren psychischen Störung zwei Jahre in einer psychiatrischen Klinik verbracht, die mit einem Faktor 0,3 gewichtet werden. Dadurch verliert sie 2 mal 0,7 qualitätsbereinigte Lebensjahre. Übrig bleiben 53,6 QALYs (55 minus 1,4).

### **DALY (Disability- bzw. Disease-Adjusted Life Years)**

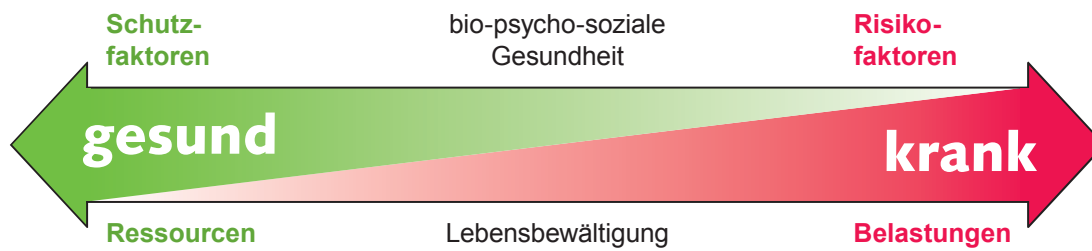
DALY und QALY sind sehr ähnlich, nur wird der Faktor in umgekehrter Richtung verwendet (1=Tod und 0=keine Beeinträchtigung). Der DALY-Wert für eine Person setzt sich zusammen aus der Summe der vorzeitig verlorenen Lebensjahre sowie dem (gewichteten) Verlust an Lebenszeit durch Behinderung. In unserem Beispiel ergeben sich somit 16,4 DALYs: 15 durch frühzeitigen Tod (70 minus 55) plus zwei durch psychische Krankheit beeinträchtigte Jahre, d.h. 1,4 DALYs (2 x 0,7).

## **2.2. Gesundheit und Gesundheitsförderung**

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) definierte Gesundheit schon 1946 als einen Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens. Diese recht allgemeine Formel wurde später operationalisiert: Ein psychisch gesunder Mensch kann seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und ist im Stande etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (WHO, 2004b). Man spricht bei dieser Interpretation von einem funktionsorientierten Gesundheitsbegriff. Demgegenüber ist die ursprüngliche Formulierung befindlichkeitsorientiert. Im befindlichkeitsorientierten Gesundheitsbegriff ist die Lebensqualität das zentrale Kriterium, so wie es die Funktion beim funktionsorientierten Gesundheitsbegriff ist. Inzwischen gibt es auch den verhaltensorientierten Ansatz, der die Komponente des Gesundheitsverhaltens ins Zentrum rückt. Entstanden ist er angesichts des wachsenden Anteils an gesundheitlichen Störungen, die auf Konsumgewohnheiten (Rauchen, Alkohol, Übergewicht etc.) und Risikoverhalten (im Sport, im Strassenverkehr, im Umgang mit Infektionsrisiken) zurückzuführen sind (vgl. dazu Uchtenhagen, 2005).

Aaron Antonovsky (vgl. Antonovsky, 1980, Antonovsky, 1997 und Bendel, 2001), der als Begründer der Salutogenese gilt, beschäftigte sich in seinen Arbeiten mit der Frage, was einen Menschen gesund hält. Als zentralen Faktor identifizierte er das so genannte Kohärenzgefühl. Dieses Gefühl entsteht, wenn sich eine Person erklären kann, was ihr widerfährt (Verstehbarkeit), wenn sie darauf vertraut, schwierige Situationen bewältigen zu können (Handhabbarkeit) und wenn sie in belastenden Erlebnissen eine Bedeutung oder einen Sinn erkennen kann (Sinnhaftigkeit). Antonovsky versteht den Gesundheitszustand eines Menschen als eine sich laufend ändernde Position zwischen den zwei nicht erreichbaren Polen der völligen Gesundheit bzw. Krankheit. Diese Position – das alltägliche, labile Produkt von Bewältigungshandeln – kann beeinflusst werden. Nicht nur, indem versucht wird, ein Verschieben in Richtung Krankheit zu verhindern, sondern auch und insbesondere durch die Förderung der Gesundheit (so genannter salutogenetischer Ansatz, vgl. dazu beispielsweise Rüesch & Manzoni, 2003). Der Gesundheitszustand eines Menschen hängt davon ab, wie gut es ihm gelingt, interne und externe Anforderungen mit Hilfe interner oder externer Schutzfaktoren zu bewältigen. Erfolgreiche Bewältigung lässt persönliche Fähigkeiten wachsen und fördert die Chancen auf Gesundheit. Ein Übermass an Anforderungen bei gleichzeitigem Mangel an Ressourcen rückt das Individuum näher zum

Abb. 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



Quelle: Wydler et al., 2007

Krankheitspol. Neben den Ressourcen beeinflussen auch Risikofaktoren die Gesundheit.

Eine beträchtliche Zahl an Risiko- und Schutzfaktoren sind bekannt. Die WHO hat Listen solcher Determinanten zusammengestellt (WHO, 2004a). Eine Liste mit wichtigen Determinanten für das Kindes- und Jugendalter haben Heinrichs & Hahlweg (2007) publiziert. Die beiden Listen finden sich in Anhang C, auf S. 82 des vorliegenden Berichts. Auf einige zusätzliche Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder und Jugendliche hat Guy Bodenmann, Psychologisches Institut der Universität Zürich, in seiner Stellungnahme zum Entwurf des vorliegenden Berichts hingewiesen. Eine umfassende Darstellung von Risiko- und Schutzfaktoren für den Kinder- und Jugendbereich findet sich in Petermann (2008).

Auch weitere gesellschaftliche, biologische und soziale Faktoren, deren Ausgestaltung und Zusammenwirken teilweise noch nicht bekannt sind, sind von Bedeutung (vgl. dazu Wydler et al., 2007).

Diese Konzeption von Gesundheit impliziert, dass Menschen immer auch über gesunde Anteile verfügen und trotz Krankheitssymptomen ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können.

Die Ottawa-Charta (WHO, 1986) – das Grundlagendokument der Gesundheitsförderung schlechthin – zeigt auf, wie eine Gesellschaft die Bedingungen so verändern kann, dass für die Einzelnen mehr Gesundheit möglich wird: Durch das Einwirken auf Schutz- und Risikofaktoren, wobei die Salutogenese, also die Stärkung der Schutzfaktoren, klar im Vordergrund steht. Die Ottawa-Charta postuliert, ganz im Sinne von Antonovsky, die Umorientierung von der Verhütung von Krankheiten hin zur Förderung von Gesundheit. Sie schlägt fünf Handlungsbereiche vor, in denen Gesundheit gefördert werden kann:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik

- Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu organisieren.

Bei einem prozesshaften Gesundheitsbegriff stellt sich die Frage, ob und wann überhaupt von Krankheit die Rede sein kann. Die europäische Kommission (2005, S. 4) versteht unter psychischer Krankheit «psychische Gesundheitsprobleme und -belastungen, Verhaltensstörungen in Verbindung mit Verzweiflung, konkreten psychischen Symptomen und diagnostizierbaren psychischen Störungen wie Schizophrenie und Depression. Der psychische Zustand von Menschen wird durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt: u.a. biologische (z.B. genetische, geschlechtliche), individuelle (z.B. persönliche Erfahrungen), familiäre und soziale Faktoren (z.B. soziale Unterstützung) sowie wirtschaftliche und Umfeldfaktoren (z.B. sozialer Status und Lebensbedingungen).»

In der ICD 10<sup>2</sup> wird psychische Störung als nicht exakter Begriff bezeichnet. Er beschreibe «einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten (...), die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind», welche sich aber nicht allein auf die soziale Ebene beziehen dürfen (WHO, 2011, S. 26).

Im DSM-IV<sup>3</sup> wird jede psychische Störung als «ein klinisch bedeutsames Verhaltens- oder psychisches Syn-

<sup>2</sup> International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Das ICD ist das wichtigste Diagnoseklassifikationssystem der Medizin einschliesslich psychischer Erkrankungen (Kapitel V (F)). Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben.

<sup>3</sup> Im Bereich der psychischen Störungen ist auch das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM, deutsch: Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) von Bedeutung. Dieses Klassifikationssystem wird von der American Psychiatric Association (Amerikanische Psychiatische Vereinigung) seit 1952 herausgegeben. Die beiden Klassifikationssysteme (ICD 11 bzw. DSM-V) werden 2012 vollständig überarbeitet.

drom oder Muster aufgefasst, das bei einer Person auftritt und das mit momentanem Leiden (z.B. einem schmerzhaften Symptom) oder einer Beeinträchtigung (z.B. Einschränkung in einem oder mehreren wichtigen Funktionsbereichen) oder mit einem stark erhöhten Risiko einhergeht, zu sterben, Schmerz, Beeinträchtigung oder einen tiefgreifenden Verlust an Freiheit zu erleiden.» (Saas et al., 2003, S. 979).

Remschmidt et al. (2006) haben ein Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters für den deutschen Sprachraum entwickelt. Es orientiert sich an den Klassifikationssystemen von ICD und DSM, berücksichtigt aber noch weitere Dimensionen, die im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung sind.

Was eine psychische Störung ist, hängt – stärker als bei körperlichen Krankheiten – von gesellschaftlichen Normen ab. Was nicht der Norm entspricht, läuft Gefahr, als krank stigmatisiert zu werden, auch wenn es keine gesundheitliche Beeinträchtigung darstellt (vgl. Kap. 2.4.). Ein illustratives Beispiel ist die Homosexualität, die in der ICD bis 1992 als Krankheit aufgeführt war (im DSM bis 1973). Aufgrund der gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz wurde die Homosexualität aus den Diagnoseklassifikationssystemen gestrichen. Anlässlich der regelmässigen Überarbeitungen der ICD werden jedoch auch immer wieder neue Krankheiten definiert bzw. aufgenommen. Die Ausweitung des Diagnosekatalogs kann einerseits den Weg zu einer angemessenen Behandlung und ihrer Finanzierung ebnen, andererseits zu zusätzlicher Stigmatisierung (vgl. die Ausführungen zu Labeling in Kap. 2.4.1.) und zu einer Belastung des Versorgungssystems führen. Grundsätzlich ist es für Gesundheitsförderung und Primärprävention nicht zentral, ob eine Beeinträchtigung als Krankheit gilt, sondern das Ziel besteht darin, die Bedingungen für mehr Gesundheit allgemein zu verbessern.

Im Zürcher Gesundheitsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, wird der psychische Aspekt der Gesundheit ebenfalls explizit erwähnt. «Dieses Gesetz bezweckt den Schutz und die Förderung der menschlichen Gesundheit in ihren biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen», heisst es in Artikel 1. Im zweiten Satz des gleichen Artikels wird betont, dass der Schutz der Gesundheit nicht primär Sache der öffentlichen Hand ist: «Massnahmen des Kantons und der Gemeinden wahren die Eigenverantwortung des Individuums.» Gesundheit wird auch hier nicht als statischer Zustand verstanden, sondern als immer wieder neu herzustellende und beeinflussbare Balance zwischen Belastungen und Ressourcen.

Im Kanton Zürich wurde 2004 im bereits erwähnten allgemeinen Konzept (ISPMZ, 2004) beschrieben, wie Prävention und Gesundheitsförderung betrieben werden soll. Dieses Dokument ist die Basis für den vorliegenden Grundlagenbericht, welcher das allgemeine Konzept für den Bereich der psychischen Gesundheit konkretisiert.

### 2.3. Prävention von Krankheiten

Prävention beugt bestimmten Krankheiten vor und senkt Gesundheitsrisiken. Mit gezielten Massnahmen soll eine definierte gesundheitliche Schädigung gar nicht eintreten oder unwahrscheinlicher werden (z.B. Prävention von Depression, Prävention von Lungenkrebs). Die Prävention setzt bei der Krankheitsentstehung an, deshalb spricht man von einem pathogenetischen Ansatz.

Je nach Zeitpunkt der Massnahmen unterscheidet man:

- **Primärprävention** will ganz allgemein der Entstehung von Störungen oder Krankheiten zuvorkommen (Senkung der Eintrittswahrscheinlichkeit einer Krankheit).
- **Sekundärprävention** setzt bei der Früherkennung und -erfassung sich abzeichnender Störungen ein («fünf vor zwölf»).
- **Tertiärprävention** will bei bestehenden Erkrankungen Folgestörungen und Rückfälle vermeiden (oft in Zusammenhang mit Rehabilitation).<sup>4</sup>

Eine andere Kategorisierung von Prävention unterscheidet zwischen universaler, selektiver und indizierter Prävention<sup>5</sup>:

- **Universale Prävention** will das Auftreten neuer Krankheitsfälle reduzieren und richtet sich an die Allgemeinbevölkerung und dies unabhängig vom Erkrankungsrisiko. Dazu gehören Plakatkampagnen, Massnahmen in Schulen etc.
- **Selektive Prävention** richtet sich an Risikogruppen. Das können Programme für frisch Pensionierte sein, Angebote für Kinder von psychisch Kranken, Informationskampagnen für bestimmte Migrationsgruppen etc.
- **Indizierte Prävention** richtet sich an Personen, die bereits einige Symptome einer Krankheit zeigen, jedoch die Kriterien für eine Erkrankung gemäss

<sup>4</sup> Zitiert aus ISPMZ, 2007a. Diese Unterteilung geht auf Caplan (1964) zurück und hat sich in der Folge etabliert, vgl. dazu etwa Rudolf & Tölle, 1984.

<sup>5</sup> Vgl. zur Begrifflichkeit z.B. Klosterkötter, 2008 und Manz, 2002a.

ICD (noch) nicht erfüllen. Beispiel: Verhaltenstherapie bei Schulkindern mit subklinischer Depression oder Angstsymptomen.

In der Literatur ist ausserdem die Unterscheidung zwischen spezifischer Prävention (Senkung der Inzidenz spezifischer Störungen) und unspezifischer Prävention (Senkung des allgemeinen Störungsrisikos und Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen) anzutreffen (vgl. z.B. Perrez & Hilti, 2011). Unspezifische Prävention ist mit Gesundheitsförderung nahe verwandt.

In den vorliegenden Grundlagen stehen die Primärprävention sowie die universale und selektive Prävention im Vordergrund, nicht aber die Sekundär- und Tertiärprävention sowie die indizierte Prävention. Dieser Entscheid wurde getroffen, weil im Kanton Zürich die Sekundärprävention teilweise und die Tertiärprävention überwiegend zum Versorgungsauftrag der psychiatrischen Institutionen gehören und besser ausgebaut sind als die Primärprävention. Mit dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZInEP, [www.zindep.ch](http://www.zindep.ch)) existiert zudem ein gut dotiertes Programm, das in den nächsten Jahren die Qualität der psychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich weiter verbessern soll. ZInEP umfasst sieben Teilprojekte, wovon eines die «Früherkennung und Frühbehandlung psychotischer und bipolarer Störungen» bezweckt. Das Teilprojekt «Standardisierte Entlassungsplanung» will u.a. den Wiedereintritt von Patientinnen und Patienten reduzieren. Am «Zentrum für Neuro- und Soziopsychologie» sollen mit bildgebenden Verfahren psychologische und biologische Krankheitsmerkmale identifiziert werden, die darüber hinausgehen, was bei der klinisch-psychiatrischen Untersuchung erhoben wird. Dies soll eine genauere und frühere Diagnostik und eine individualisierte Therapie ermöglichen. Für das Programm stehen über einen Zeitraum von sechs Jahren 11 Millionen Franken zur Verfügung.

Die vorliegenden Grundlagen sollen vorwiegend die Lücke in der Primärprävention schliessen. Sie stehen in einem komplementären Verhältnis zu ZInEP. Elemente der Sekundär- und Tertiärprävention, die nicht zum Kernauftrag der psychiatrischen Institutionen gehören, sind aber Bestandteil des vorliegenden Berichts. So wird etwa der Bereich von Selbsthilfe und Recovery (vgl. S. 41, Kap. 5.1.3.) behandelt. Lassen sich Präventionsprogramme auch zur Früherkennung nutzen, so soll diese Chance selbstverständlich wahrgenommen werden.

## 2.4. Psychische Störungen und soziale Prozesse

Psychische Störungen sind stärker von sozialen Normen und Prozessen beeinflusst, als somatische. Dies gilt es bei präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen zu beachten.

### 2.4.1. Labeling-Theorie

Die Labeling-Theorie betrachtet eine Normabweichung als gesellschaftliche Konstruktion, die geprägt wird durch die Definitionsmacht einzelner Rollenträger. Sie ist eine Interaktionstheorie, welche die Zusammenwirkungen beschreibt, zwischen «Etikettierer» (z.B. Polizeibeamter, Therapeutin), «Etikette» (z.B. eine Strafe, eine Diagnose) und einem «Etikettierten» (z.B. Straffälliger, Person mit einer psychischen Störung) sowie die Folgen für Letzteren.<sup>6</sup>

Verkürzt formuliert, postuliert das Modell einen zweistufigen Ablauf: Auf eine Normverletzung (primäre Devianz), die durch Toleranz, Verhandlung oder Übersehen gemildert werden, bzw. zumindest teilweise normalisiert werden könnte, erfolgt eine Etikettierung, z.B. durch hohe Aufmerksamkeit, eine Diagnose, ein Gerichtsurteil oder eine andere Sanktion. Als Folge dieser Etikettierung erfolgt eine sekundäre Devianz: Der/die Betroffene ändert das Verhalten als Folge der Etikettierung, verliert den Status als Normalbürger/in, übernimmt die zugeschriebene Rolle und wird sozial degradiert, entmündigt oder entwürdigt. Die diagnostizierte Person verhält sich schliesslich diagnosekonform. Der Labeling-Prozess hält die psychische Störung aufrecht oder verstärkt den Störungsprozess gar.

Es ist nicht zielführend, psychische Störungen allein mit Labeling-Folgen erklären zu wollen. Denn aus heutiger Sicht liefert der Labeling-Ansatz keinen Beitrag zur Erklärung von Primärursachen psychischer Störungen. Für das Verständnis des Verlaufs von psychischen Störungen bzw. für die soziale Karriere von psychisch Kranken einschliesslich Chronifizierungen kann der Labeling-Ansatz jedoch nützlich sein. Der Labeling-Ansatz weist berechtigterweise auf Risiken hin, die durch Expertentum, mangelnden Respekt und ein unkontrollierbares Machtgefälle zwischen Fachleuten

<sup>6</sup> Ausgehend von soziologischen Konzepten zu verschiedenen Devianzprozessen (u.a. Kriminalität, Behinderungen, psychische Störungen) spielte vorab in den sechziger und siebziger Jahren die Labeling-Theorie eine wichtige Rolle im damaligen psychiatriekritischen und anti-psychiatrischen Diskurs. Als führende Autoren, die mit dem Labeling-Ansatz assoziiert werden, gelten u.a. Howard S. Becker, Thomas J. Scheff, Erving Goffman und im deutschen Sprachraum Heiner Keupp. Eine neuere knappe Zusammenfassung findet sich in Baumann & Perrez (2011).

und Personen mit psychischen Störungen ausgelöst werden können.

Ein bleibendes Verdienst dieses Ansatzes ist die Sensibilisierung für unerwünschte und unbewusste Folgen, welche jede Form von sozialer Wertung haben kann. Dabei ist daran zu erinnern, dass das Diagnostizieren von psychischen Störungen nicht frei von sozialen Wertungen ist. Der Labeling-Ansatz weist zu Recht auf Stigmatisierungen hin und vermag solche zu erklären.

### 2.4.2. Stigma und Stigmatisierung

Im Nationalen Gesundheitsbericht 2008 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Meyer, 2009) wird die noch «enorme und tief verwurzelte» Stigmatisierung psychisch Erkrankter als ein zentrales Problem im Bereich psychischer Gesundheit dargestellt. Bezogen auf die Depression kommt Kurt (2011) zum gleichen Schluss. Auch international wird die Stigmatisierung als grosses Problem im Bereich der psychischen Gesundheit anerkannt (vgl. z.B. Hochrangige EU-Konferenz, 2008).

In der Soziologie wird Stigma als eine «unerwünschte Andersheit gegenüber dem, was wir erwartet hätten», definiert (Goffman, 1963). Stigmatisierung bezeichnet die zu sozialer Diskriminierung führende Charakterisierung einer Person oder Gruppe durch die Zuschreibung gesellschaftlich oder gruppenspezifisch negativ bewerteter Merkmale. Gemäss Link & Phelan (2001) sind die Hauptkomponenten von Stigmata Stereotype: verbreitete, in der Regel negativ behaftete Ansichten über gesellschaftliche Gruppen (z.B.: «Schizophrene sind gefährlich!»). Zu Vorurteilen kommt es dann, wenn die Mehrheit einer gesellschaftlichen Gruppierung dem Stereotyp zustimmt und es zu einer emotionalen Reaktion kommt (z.B. «Ja, das stimmt, die sind gefährlich und machen mir Angst!»). Von Diskriminierung spricht man dann, wenn als Folge des Vorurteils ein abwertendes Verhalten resultiert (z.B.: «Sie ist schizophren, ich entlasse sie»). Die stigmatisierende Gruppe handelt hierbei aus einer Machtposition heraus.

Es werden drei Formen von Stigmatisierung bzw. Diskriminierung unterschieden: öffentliche und Selbst-Stigmatisierung sowie strukturelle Diskriminierung (vgl. dazu Rüschi et al., 2012). Unter öffentlicher Stigmatisierung wird die Diskriminierung von psychisch Erkrankten durch eine sich als «normal» empfindende Bevölkerungsmehrheit verstanden (z.B. eine Kündigung durch Arbeitgeber/in oder Vermieter/in).

Zu Selbststigmatisierung kommt es bei Zustimmung der stigmatisierten Person zu den negativen Vorurteilen («Ja, das stimmt, ich bin irre und ein hoffnungsloser Fall!») und deren Anwendung auf sich selbst. Dies führt neben einer Verringerung des Selbstwertgefühls zu verzögertem oder gänzlich unterlassenen Aufsuchen von Hilfeangeboten. Grund für Letzteres ist der so genannte «Why try»-Effekt: «Warum etwas versuchen, wenn ich ohnehin unheilbar bin?» (vgl. Rüschi et al., 2006).

Unter struktureller Diskriminierung werden Regeln oder Abläufe verstanden, die Menschen mit psychischen Erkrankungen benachteiligen. Beispiele hierzu sind die erschwerten Bedingungen bei der Arbeits-, oder Wohnungssuche, die Verteilung der Mittel im Gesundheitswesen (relativ zum somatischen Versorgungssystem ist die psychiatrische Versorgung unterfinanziert) sowie die unterschiedlichen Versicherungstarife und -bedingungen für körperlich und psychisch Erkrankte im Bereich der Zusatzversicherungen (vgl. dazu etwa das Versicherungsvertragsgesetz, VVG).

Alle drei genannten Formen von Stigmatisierung führen zur Einschränkung der Lebensziele von Betroffenen und einer Verringerung ihres Selbstwertgefühls (Corrigan & Wassel, 2008; Link & Phelan, 2001).

Eine besondere Form öffentlicher Diskriminierung findet durch Fachpersonen aus dem Bereich Psychiatrie/Psychotherapie statt: Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachleute zeigen ein höheres Ausmass an negativen Stereotypen gegenüber psychisch erkrankten Menschen als die Allgemeinbevölkerung. So zeigten etwa Nordt et al. (2006) von der PUK Zürich, dass Professionelle und insbesondere Psychiater/innen über mehr Wissen verfügen und gleichzeitig weniger privaten Kontakt zu psychisch erkrankten Personen suchen als andere Berufsgruppen oder die Normalbevölkerung. Insbesondere gegenüber an Schizophrenie erkrankten Personen haben Professionelle eine grössere soziale Distanz, unabhängig von Wissen und professionellem Kontakt (Sartorius, 2002).

Die Skala der sozialen Distanz ist ein Verfahren und Mass für die Feststellung von Stigmatisierungen. Erhoben wird sie mit folgender Frage: «Würden Sie einen psychisch Kranken als Arbeitskollegen, Mieter, Nachbar, Babysitter etc. akzeptieren?» Bisherige Untersuchungen zeigen, dass die soziale Distanz gegenüber Suchterkrankten am grössten ist, gefolgt von derjenigen zu Menschen mit Schizophrenie- und Depressionserkrankungen (Angermeyer & Matschinger, 1997).

Stigmatisierung erhöht das Risiko, dass psychische Störungen unter- oder überschätzt, falsch diagnosti-

ziert oder unterbehandelt werden (vgl. etwa Kurt, 2011). Das unterlassene oder zu späte Aufsuchen professioneller Hilfe kann zur Chronifizierung und Verschärfung der Erkrankung führen, was gravierende Folgen haben kann (z.B. Leistungsabfall, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust). Fehl- oder Nichtbehandlung psychischer Krankheiten erhöht das Suizidrisiko mit entsprechenden Auswirkungen auf Familie, Angehörige und Umfeld. Durch Entstigmatisierung (vgl. dazu Kap. 5.1.1. Sensibilisierung und Entstigmatisierung) kann dem entgegenge wirkt werden.

## 2.5. Wirksamkeit, Kosten und Nutzen<sup>7</sup>

### 2.5.1. Prävenierbarkeit

«Prävenierbarkeit» ist gleich zu verstehen wie «Therapierbarkeit» im kurativen Bereich. Prävenierbarkeit setzt keine Wirksamkeitsnachweise voraus. Liegen plausible Konzepte für Massnahmen zur Prävention einer Störung vor, gilt die Störung als prävenierbar. Erweisen sich diese Massnahmen aufgrund eindeutiger Befunde als wirkungslos, d. h. wird die Auftretenswahrscheinlichkeit der Störung nicht gesenkt, gilt die Krankheit als nicht prävenierbar.

Auch der Umkehrschluss gilt: Eine nicht prävenierbare Krankheit kann jederzeit zu einer prävenierbaren werden, wenn Studien belegen, dass Massnahmen die Auftretenswahrscheinlichkeit der Krankheit vermindern können. Die fehlende Prävenierbarkeit einer Krankheit kann deshalb immer nur eine vorläufige Beurteilung sein, die durch neue Erkenntnisse widerlegt werden kann. In der Regel sind Krankheiten, deren Ursachen unbekannt oder die vorwiegend oder ausschliesslich genetisch bedingt sind, häufiger nicht prävenierbar.

Das Kriterium der Wirksamkeit ist aussagekräftiger als dasjenige der Prävenierbarkeit. Da aber gerade im Bereich der Prävention psychischer Störungen zu meist nur wenige oder oft lediglich schwache Belege zur Wirksamkeit vorliegen, hat das Kriterium der Prävenierbarkeit aus pragmatischen Gründen eine nicht zu unterschätzende praktische Bedeutung. Das Verhältnis zwischen Prävenierbarkeit und Wirksamkeit ist am besten so zu umschreiben, dass Prävenierbarkeit eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung erfolgreicher Prävention darstellt.

### 2.5.2. Wirksamkeit von präventiven Interventionen

Wie die kurativen Methoden werden auch präventive Massnahmen zunächst anhand der Gütekriterien der evidenzbasierten Medizin (EBM) bewertet (Efficacy). Die höchste Wertung erlangen demnach präventive Methoden, die anhand von Meta-Analysen randomisierter Studien bewertet wurden. Wenig Evidenz haben Expertenurteile. Hinzukommen muss die Wirksamkeit unter Bedingung der klinischen Routinepraxis (Effectiveness). Darüber hinaus werden auch die Wirtschaftlichkeit bzw. die Kosten-Nutzen-Verhältnisse (Efficiency) bewertet (vgl. Kap. 2.5.3.). Unter Wirksamkeit wird das Ausmass verstanden, mit welchem eine präventive Intervention das beabsichtigte, definierte Ziel erreicht (der Begriff Effektivität wird weitgehend synonym verwendet). Zur Beurteilung werden oft Vergleiche angestellt (z.B. Zustand mit und ohne Intervention oder mit Ergebnissen anderer Studien). Bei der Bestimmung von Effektivität/Wirksamkeit wird nicht selten unterschieden zwischen «Praxisbewährung» unter realen Feldbedingungen einerseits und idealtypischen «Forschungsbedingungen» im Sinne eines Quasilabors andererseits.

#### Wenige Publikationen

Es liegen bisher vergleichsweise eher wenige Studien aus dem deutschsprachigen Raum vor, welche es erlauben, allgemeine Aussagen über die Wirksamkeit von Präventionsprojekten zu machen.<sup>8</sup> Dies gilt ausgeprägt für die Prävention psychischer Störungen. Solche Studien zur Wirksamkeit sind sehr aufwändig und ihre Aussagekraft ist in mancherlei Hinsicht begrenzt, worauf etwa Klever-Deichert et al. (2007) hinweisen. Zwischen 2002 und 2008 sind einige Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Präventionsmassnahmen im Feld der psychischen Gesundheit erschienen.

Eine knappe aber hervorragende Zusammenfassung der Problematiken, Lösungsvorschläge und Resultate zur Wirksamkeitsforschung im Bereich der Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit stellt die Arbeit von Röhrle (2008) dar. Röhrle knüpft an den genannten Kriterien der evidenzbasierten Medizin an und zieht Quervergleiche zur Psychotherapieforschung.

Reviews von evaluierten Programmen zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen finden sich bei Greenberg et al. (2001) und bei Kaluza

<sup>7</sup> An dieser Stelle wird Herrn Prof. Dr. Bernd Röhrle, Fachbereich Psychologie der Universität Marburg, herzlich gedankt für seine wertvollen Kommentare und Ergänzungen, insbesondere zu Kap. 2.5.2. Für allfällige Mängel im Text sind jedoch selbstverständlich die auf dem Titelblatt genannten Personen verantwortlich.

<sup>8</sup> Die meisten zugänglichen Arbeiten zum Thema stammen aus dem angelsächsischen Bereich. Wegen unterschiedlichen Schul-, Gesundheits- und Sozialversicherungssystemen ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Verhältnisse im Kanton Zürich nur begrenzt möglich.

& Lohaus (2006). Auch Heinrichs & Hahlweg (2007) diskutieren in einer kleinen Übersichtsarbeit Studien zur Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.

Es scheint aber, dass in den letzten Jahren das Forschungsinteresse in diesem Bereich sowohl für die Zielgruppen der Kinder wie auch der Erwachsenen etwas erlahmt ist. Möglicherweise hängt dies mit den vielfältigen und komplexen Schwierigkeiten zusammen, welche nachfolgend beschrieben werden sollen.

### Herausforderungen

Die grosse Heterogenität im Feld der Prävention von psychischen Störungen stellt für die Beurteilung der Wirksamkeit der Interventionen – z.B. mittels Meta-Analysen, soweit solche angemessen sind – eine grosse Herausforderung dar: Es geht zum einen um die Prävention ganz unterschiedlicher Störungen bei Personen vom Kindes- bis zum Seniorenalter. Zum anderen unterscheiden sich die Interventionen sehr stark: Sie können Plakate, aufwändige Gruppentrainings, Informationsmassnahmen in der Arztpraxis oder Gesetzesänderungen umfassen, um einige Beispiele zu nennen.<sup>9</sup> Solche Interventionen können der universellen, der selektiven oder der indizierten Prävention zugerechnet werden (vgl. Definitionen im Kap. 2.3., S. 10).

### Universelle Prävention

Wenn eine Störung in der Bevölkerung sehr wenig verbreitet ist, dann ist es besonders bei Interventionen der universellen Prävention schwierig, Wirksamkeitsnachweise zu erbringen. Bei einer Inzidenzrate von 1% beträgt die notwendige Stichprobengrösse für den Nachweis einer Reduzierung der Inzidenz um 15% jeweils ca. 50'000 Probanden und Probandinnen in der Experimental- und der Kontrollgruppe (Cuijpers, 2003). Selbst wenn es gelänge, eine entsprechend grosse Studie durchzuführen, so bleibt sie doch vielen Einflüssen und Störgrössen ausgesetzt. Besonders bei Interventionen der universellen Prävention verstreicht oft einige Zeit, bis Veränderungen im Verhalten feststellbar sind, und dann ist es schwer zu sagen, ob die Veränderungen wirklich auf die Intervention zurückzuführen sind. Weitere strukturelle Faktoren (z.B. Änderungen der Arbeitslosenquote, Veränderungen beim Migrationsanteil der Bevölkerung oder intensive Abdeckung von Problematiken in den Medien) können gleichzeitig mit der Präventions-

massnahme an erfassten Veränderungen beteiligt sein. Eine weitere wichtige Bedrohung für einen Wirksamkeitsnachweis präventiver Massnahmen sind Boden- oder Dacheffekte. Während durch kurative Massnahmen bei einer hinreichend grossen Zahl von kranken Menschen eine Reduktion der Symptomatik wahrscheinlich ist, kann dieselbe Symptomatik bei überwiegend gesunden Personen nicht noch weiter reduziert werden, selbst wenn die Symptomatik in einer schwachen Ausprägung vorhanden ist (Bodeneffekt). Umgekehrt sind gesunde Menschen meist mit Ressourcen und Kompetenzen ausgestattet, die man nur schwer noch vermehren kann (Dacheffekt).

Die Wirksamkeit hängt natürlich nicht zuletzt von der Güte der Intervention ab und diese wiederum von der Frage, ob die Ursachen einer Störung hinreichend bekannt sind. Gerade bei universellen, also unspezifischen Interventionen, sind die genauen Ursachen von psychischen Störungen oft noch nicht ausreichend bekannt. Kein Risikofaktor kann allein mehr als 15% des Ausbruchs einer psychischen Störung erklären, zudem ist die Spezifität vieler Risikofaktoren tief (Cuijpers, 2003). Die meisten Personen, die einem Risikofaktor ausgesetzt sind, entwickeln keine psychische Störung und ein Risikofaktor allein reicht kaum aus, um eine psychische Störung zu entwickeln.

Keinesfalls dürfen aber die eher spärlichen Ergebnisse zur Wirksamkeit universeller Prävention gleichgesetzt werden mit schlechter Wirksamkeit. Eher ist es so, dass für die universelle Prävention (z.B. gross angelegte Kampagnen) allgemein gebräuchliche Designs für die Wirksamkeitsbeurteilung noch weitgehend ausstehen.

Auch Röhrle (2008) stellt die Frage nach der Angemessenheit von Kriterien der EBM, wenn es um Prävention oder Gesundheitsförderung geht. Insbesondere bei Massnahmen der universellen Prävention und Gesundheitsförderung sind die Methoden der EBM kaum angemessen. Allerdings existieren dafür bis heute keine anderen, standardisierten Verfahren. Solche sind erst zu entwickeln. Beispielsweise wäre ein Weg, den Nachweis zu erbringen, dass man Risiken mindert, die bei der Vorhersage von Inzidenzraten besonders ins Gewicht fallen.

In einer kleinen Übersichtsarbeit umreisst Rapee (2008) aus australischer Sicht die Möglichkeiten, Beschränkungen und Hürden bei der Prävention von psychischen Störungen. Demnach können die in der Literatur berichteten, eher schwachen Effektstärken bei universellen Präventionsmassnahmen hingenommen werden, da solche Programme zwar keine grosse Wirkung bei einzelnen, dafür aber kleine Wirkungen bei einer grossen

<sup>9</sup> Die unterschiedlichen Massnahmen unterscheiden sich auch stark in den Kosten, die notwendig sind, um eine Person mit der Intervention zu erreichen. Eine Plakataktion kostet in der Regel weniger als einen Franken pro erreichte Person, während bei einem Gruppentraining eine teilnehmende Person ohne weiteres Kosten von mehreren tausend Franken verursachen kann.

Anzahl von Zielpersonen erreichen. Dadurch erzielen sie aufsummiert doch ausreichend starke Effekte.

### Selektive und indizierte Prävention

Eine besondere Schwierigkeit für Wirksamkeitsnachweise liegt in der Tatsache begründet, dass die meisten psychischen Störungen recht tiefe Inzidenzraten (vgl. Kap. 2.1., S. 7) aufweisen. Deshalb erscheint es einleuchtend, dass sich für Interventionen der selektiven und indizierten Prävention in der Regel Wirksamkeitsnachweise leichter erbringen lassen: Bei präventiven Massnahmen zu psychischen Störungen zeigt sich, dass bisher vor allem diejenigen Massnahmen gute Effekte erzielen, die sich an Risikogruppen richten (Cuijpers, 2003).<sup>10</sup> Es ist bei diesen Gruppen mit hinreichend epidemiologischer Dichte von Symptomen und Erkrankungsrisiken weitaus leichter, sowohl Symptommindernungen als auch die Reduktion von Erkrankungsrisiken nachzuweisen.

### Ergebnisse zur Wirksamkeit

Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten bei der Erfassung der Wirksamkeit von präventiven Interventionen enthält die neuere Literatur Resultate zur Effektivität. In einer meta-analytischen Review, basierend auf dreizehn kontrollierten Studien, wovon sechs Depression betrafen, konnten Cuijpers et al. (2005) zeigen, dass – über alle Studien gemessen – durch präventive Interventionen das Risiko für psychische Erkrankungen gesenkt werden konnte. Die erreichte Reduktion der Inzidenz durch selektive und indizierte Prävention um über 25% ist beachtenswert.

Röhrle (2008) sammelte bis 2007 113 meta-analytische Publikationen zur Prävention psychischer Störungen<sup>11</sup> und ermittelte so eine durchschnittliche Effektstärke (ES)<sup>12</sup> von 0,37. Gemäss dem Autor entspricht dies einer schwachen bis mittleren Effektivität der präventiven Interventionen gegen psychische Störungen. Röhrle betrachtet die Effektstärke auch getrennt für unterschiedliche Typen von Interventionen:

- Interventionen zu sechs Störungsarten (z.B. gegen Depressionen oder Essstörungen) erzielten eine ES von durchschnittlich 0,29 (-0,02 bis 1,04).
- Interventionen zu sechs Bereichen von Ressourcen- und Kompetenzen-Stärkung (z.B. Problemlösetrainings oder Förderung sozialer Kompetenzen) erbrachten ES von durchschnittlich 0,44 (0,19 bis 0,62).
- Präventionsmassnahmen zu acht Typen von Belastungen (z.B. sexueller Missbrauch oder Schuleintritt) ergaben eine ES von durchschnittlich 0,40 (-0,8 bis 1,07).

Der Autor erwähnt kritisch, dass die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar sind, da die zugrunde gelegten Studien unterschiedliche Qualitäten aufwiesen. Ebenso stark ins Gewicht fällt, dass die angewendeten Methoden, die Zielgruppencharakteristika, der Beobachtungszeitraum, der betriebene Aufwand und die Kosten für die verschiedenen Massnahmen sehr unterschiedlich waren. Röhrle führt aber auch an, dass einige der meta-analytischen Ergebnisse sich durchaus im psychotherapeutischen Erfolgsbereich bewegten.

In einer weiteren kleinen, qualitativen Review nennt Röhrle (2008) 13 Merkmale, die den Erfolg von Präventionsmassnahmen begünstigen sollen. Die Merkmale sind nachvollziehbar, allerdings muss man feststellen, dass sie ausnahmslos mit einem Mehraufwand, der teilweise erheblich bis prohibitiv ist, verbunden sind.

### Fazit und Schlussfolgerung

Zusammenfassend kommt Röhrle (2008, S. 13) in seiner Arbeit zu folgendem Schluss: «Insgesamt stellt sich, je nach Sichtweise, ein ernüchterndes bzw. ermutigendes Bild zur Frage nach der Effektivität und Effizienz der Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit. Noch ist man zu weit weg von deutlicheren Wirksamkeitsnachweisen.»

Klever-Deichert et al. (2007, S. 13) bilanzieren in ihrer umfangreichen Review, «dass die Situation zum Nachweis von Effektivität in Prävention und Gesundheitsförderung auch im internationalen Umfeld in etwa den Stand der kurativen Medizin von vor 25 Jahren aufweist. Belastbare und ausreichend erprobte Kataloge von Bewertung und anschliessender Priorisierung von Präventionsangeboten fehlen weitgehend.»

Angesichts der uneinheitlichen Ergebnisse ist zu hoffen, dass sich der Stand der Forschung zur Wirksamkeit präventiver Interventionen verbessern wird. Da der Fortschritt indes eher langsam eintreten dürfte, ist es besonders wichtig, bei grösseren oder neuarti-

<sup>10</sup> Dass für Massnahmen der indizierten Prävention nicht selten eine gute Wirksamkeit nachweisbar ist, hängt auch damit zusammen, dass diese Präventionsform grosse strukturelle Ähnlichkeiten mit therapeutischen Interventionsformen aufweist, was den Vorteil hat, dass dafür auch standardisierte Designs und Beurteilungsstandards für die Wirksamkeit aus der evidenzbasierten Medizin gegeben sind.

<sup>11</sup> Prof. Röhrle (vgl. auch Fussnote 7) hat anlässlich seines Referates für den Zürcher Präventionstag 2012 (vgl. auch Kap. 9.) die Daten der Publikation von 2008 bis anfangs 2012 aktualisiert. Interessierte wenden sich bitte direkt an den Autor (roehrle@staff.uni-marburg.de).

<sup>12</sup> Die Effektstärke wird als standardisierter Differenzwert berechnet (Mittelwert behandelte Gruppe minus Mittelwert unbehandelte Gruppe, geteilt durch die gepoolte Standardabweichung innerhalb der Gruppen). Die Standardisierung ermöglicht u. a. die Zusammenfassung von Forschungsbefunden aus verschiedenen Studien in Meta-Analysen. Werte ab 0,8 werden als «gross», solche von 0,5–0,8 als «mittel» und solche von 0,2–0,5 als «klein» bezeichnet (in Anlehnung an Margraf, 2009, S. 15).



gen Präventionsprojekten zu fordern, dass sie durch geeignete Evaluationen begleitet werden. Sowohl Prozess- wie auch Wirkungsevaluationen sind nützlich. Dabei ist an die Faustregel zu erinnern, dass für Evaluationen in der Regel ca. 10% des gesamten Projektbudgets einzusetzen ist.

### 2.5.3. Kosten und Nutzen präventiver Interventionen

Das Ziel von Analysen zu Kosten und Nutzen besteht darin, die Kosten präventiver Interventionen mit deren Nutzen in Relation zu setzen. Während die Kosten von psychischen Störungen zunehmen, ist bis heute wenig bekannt über die Kosten und den Nutzen von Prävention psychischer Störungen.

Es existieren verschiedene Varianten gesundheitsökonomischer Evaluationen von Präventionsmassnahmen: Je nachdem, zu welchen Grössen man die Kosten einer präventiven Intervention in Beziehung setzt, unterscheidet man zwischen Kosten-Nutzen-Analysen, Kosten-Effektivitäts-Analysen oder Kosten-Nutzenwert-Analysen.

Zu den Kosten zählen gemäss Meier et al. (2006) alle Investitionen, die für die präventive oder gesundheitsfördernde Massnahme anfallen (Planung, Personal- und Zeitkosten, Raummiete etc.). Zum Nutzen einer Massnahme können verhinderte medizinische Kosten, erhaltene Produktivität oder wegfallende soziale Kosten gezählt werden. Häufig werden auch Indikatoren für Verhaltensänderungen verwendet, wie z.B. Absenzen am Arbeitsplatz oder Wissen über gesundes Verhalten. Kosten werden als direkte und indirekte Kosten klassifiziert.

Eine weitere Methode ist die Berechnung der durch die Massnahme allenfalls gewonnenen Lebensjahre. Dazu werden häufig qualitätsbereinigte Lebensjahre (sog. QALYs, Erläuterung vgl. Kap. 2.1.) berechnet. In einem zusätzlichen Schritt wird versucht, den QALYs einen monetären Wert zuzuordnen, damit der so monetarisierte Nutzen direkt mit den Kosten verglichen werden kann. Ob eine Intervention als kosteneffektiv gilt oder nicht, hängt vom jeweiligen Grenzwert ab, den die Gesellschaft für ein gewonnenes Lebensjahr oder QALY zu zahlen bereit ist.

Eine Beurteilung der Wirksamkeit, wie sie in Kap. 2.5.2. darzulegen versucht wurde, ist für eine Analyse der Kosten und Nutzen immer notwendig. Dies bedeutet, dass Kosten-Nutzen-Analysen immer auch mit den Problematiken von Wirksamkeitsanalysen behaftet sind. Wenn das Ausmass der Wirksamkeit von Inter-

ventionen einmal eruiert ist, geht es darum, diese Wirkung ökonomisch zu bewerten. Die Bewertung des Nutzens von Interventionen ist meist ungleich schwieriger zu berechnen als die Berechnung der Kosten der Interventionen. Man muss feststellen, dass Kosten-Nutzen-Analysen dieselben Anforderungen wie Wirksamkeitsmessungen zu erfüllen haben, darüber hinaus aber noch einige zusätzliche Herausforderungen mit sich bringen. Deshalb überrascht es wenig, dass für präventive Interventionen – insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit – Kosten-Nutzen-Analysen noch seltener zu finden sind, als solche zur Wirksamkeit.

Eine Darstellung der Vorgehensweisen, der methodischen Probleme und der wichtigsten Ergebnisse zu Kosten und Nutzen von Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Nachstehend wird im ersten Abschnitt nur kurz auf einige Schweizer Reviewarbeiten zu diversen Präventionsfeldern und im zweiten Abschnitt auf zwei bekannt gewordene Reviews zur gesundheitsökonomischen Evaluation von Präventionsmassnahmen zu psychischen Störungen eingegangen.

#### Ökonomische Evaluationen von Massnahmen in diversen Präventionsfeldern

Einen umfassenden Bericht zu Kosten und Nutzen von populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung legt Meier (2004a) vor. Die Autorin führt in das Thema ein, beschreibt unterschiedliche gesundheitsökonomische Methoden, erörtert methodische Probleme und zählt einige Herausforderungen auf. Es gilt gemäss Meier

- zu definieren, was zu den Kosten einer präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahme gerechnet werden soll,
- festzulegen, wie die medizinischen Kosten, welche in den gewonnenen Lebensjahren entstehen, einbezogen werden sollen und wie die Produktivität im Pensionsalter sowie die Konsumkraft in den gewonnenen Lebensjahren berücksichtigt werden können,
- die Bewertung des Nutzens zu standardisieren (qualitätsbereinigte Lebensjahre, Kosten pro gewonnenes Lebensjahr),
- eine einheitliche Diskontierungsrate für in der Zukunft anfallende Nutzen und Kosten zu bestimmen.

Trotz der angeführten methodischen Herausforderungen geben neuere schweizerische Kosten-Nutzen-Analysen von Präventionsmassnahmen Hinweise, dass sich Prävention lohnt: Meier (2004a) stellt Ergebnisse von 36 Untersuchungen aus neun verschiede-

nen Präventionsbereichen<sup>13</sup> vor. Die Arbeiten zu Prävention und Gesundheitsförderung, in denen die Kosten zum monetarisierten Nutzen direkt in Beziehung gesetzt werden konnten, zeigten, dass bei 21 von insgesamt 22 Studien ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis vorliegt (siehe dazu auch Meier, 2004b und Meier et al. 2006).

In einer ebenso breit angelegten Übersichtsarbeit wie diejenige von Meier (2004a) kommen Brügger et al. (2004) u.a. zum Schluss, dass die ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention anspruchsvoll ist, dass unterschiedliche Studien kaum vergleichbar sind, dass aber für verschiedene Bereiche, z.B. Tabak, Alkohol oder Impfprogramme eine gute Kostenwirksamkeit nachweisbar ist.

In einem Synthesebericht zu ökonomischen Evaluationen von Präventionsmassnahmen in der Schweiz analysierten das Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie und das Institut für Wirtschaftsforschung der Universität Neuenburg Massnahmen zu Verkehrsunfällen, Tabakkonsum und Alkoholmissbrauch. Hauptergebnis ist ein positiver «Return on Investment» pro investierten Franken für alle drei Bereiche: nämlich 9.4 für Verkehrsunfälle (pro investierten Franken resultieren 9.40 Franken Kostensparnis), 23 für Alkoholprävention und 41 bei Tabakprävention (Wieser et al., 2010). Gemäss den Autoren erscheint es plausibel, dass gut geplante Präventionsmassnahmen einen erheblichen «Return on investment» einbringen können.

### Ökonomische Evaluationen zur Prävention psychischer Erkrankungen

In einer Review des Winterthurer Instituts für Gesundheitsökonomie (WIG) zu gesundheitsfördernden und primärpräventiven Interventionen im Bereich «Psychische Gesundheit – Stress» (Schug & Eisenring, 2005) werden drei Studien aus den USA und eine aus Grossbritannien analysiert. Die untersuchten Interventionen unterscheiden sich so stark bezüglich Fragestellung, Setting, Intervention, Studienpopulation, Perspektive, Outcome-Masse und Erhebung der Kostendaten, dass gemäss den Autoren eine Synthese der Resultate nicht möglich ist.

Eine detaillierte, breit angelegte Review zur ökonomischen Evaluation von Präventionsmassnahmen gegen psychische Störungen und von Massnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit stellt die Arbeit von Zechmeister et al. (2008) dar. Die Autoren

kommen zum Schluss, dass aufgrund methodischer Beschränkungen nur wenige der untersuchten Evaluationen solide Belege dafür erbringen konnten, dass präventive Massnahmen kosteneffektiv sind: Am klarsten kosteneffektiv haben sich gemäss dieser Review präventive Interventionen bei Kindern und Adoleszenten erwiesen. Ermutigende Hinweise bringen auch die Ergebnisse der suizidpräventiven Massnahmen. Diese können sich ökonomisch lohnen, auch wenn für die Berechnungen konservativ nur die direkten Kosten von Suizid berücksichtigt werden (vgl. auch Kap. 3.1.3.). Voraussetzung für eine brauchbare ökonomische Evaluation ist allerdings, wie die Autoren erwähnen, dass sich die Massnahmen als wirksam erwiesen haben.

McCrone et al. (2010) schlagen in einer innovativen Arbeit ein entscheidungstheoretisches Modell vor, das es erlauben soll, die ökonomischen Auswirkungen von Antistigmatisierungsmassnahmen – z.B. die Kampagne «See Me» aus Schottland (vgl. Kap. 3.3.1.) – zu untersuchen. Ausgehend davon, dass Stigmatisierungsprozesse sowohl den Anteil angemessener Behandlungen von psychisch erkrankten Personen senken wie auch den Anteil der Personen mit (vorangegangenen) psychischen Störungen erhöhen, die stigmatisierungsbedingt keine Arbeit finden, sollen die so entstehenden Kosten mit denjenigen einer Antistigmatisierungskampagne verglichen werden. Ob sich die vorgeschlagene Methodik umsetzen lässt, muss sich allerdings erst noch weisen.

Im Zusammenhang mit Depressionsprävention bei Kindern und Jugendlichen vertreten Horowitz & Garber (2006) die Auffassung, dass Interventionen der universellen Prävention, selbst wenn sie eine geringere Effektstärke haben sollten als selektive und indizierte Prävention, bei niedrigen Präventionskosten kosteneffektiv sein können.<sup>14</sup>

### Fazit

Die Befundlage ist zum heutigen Zeitpunkt noch zu wenig einheitlich und zu wenig breit abgesichert, um zusammenfassende generelle Empfehlungen abzugeben, wie aus ökonomischer Sicht zwischen verschiedenen Interventionen zu priorisieren ist. Dieses Fehlen von Ergebnissen darf aber nicht vorschnell negativ interpretiert werden, umso weniger, als für verschiedene Bereiche der Prävention und Gesundheitsförderung durchaus überzeugende Belege eines guten Kosten – Nutzen Verhältnisses vorliegen.

<sup>13</sup> Die untersuchten Bereiche betreffen kardiovaskuläre Erkrankungen, Kariesprophylaxe, HIV-Prävention, mehrere Bereiche der Suchtprävention, betriebliche und schulische Gesundheitsförderung sowie Gesundheitsförderung im Alter.

<sup>14</sup> Wie stark die Kosten pro Zielperson zwischen verschiedenen Präventionsprojekten differieren können geht z.B. aus Fussnote 9 von Kap. 2.5.2. hervor.



Psychische Störungen sind häufig. Gemäss Ajdacic & Graf (2003) erkrankt ungefähr die Hälfte der Schweizer Bevölkerung im Laufe des Lebens an einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Trotz der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen wird in diesem Bereich wenig Prävention betrieben: «Das Ausmass aller negativen Auswirkungen von psychischen Störungen ist weder als Ganzes erschlossen noch quantifiziert. Public Health Ansätze zu psychischen Krankheiten sind noch wenig entwickelt, obwohl zu erwarten ist, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung ein noch brachliegendes, bedeutendes Gesundheitspotenzial erschlossen werden kann.» Diese Aussagen finden sich im Massnahmenanteil des Zürcher Gesundheitsberichts von 2007 (Stähli et al., 2007, S. 145), der psychische Störungen als einen Bereich angibt, in dem «Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit im Kanton Zürich geprüft werden sollten.»

### 3.1. Epidemiologie

Gemäss WHO (vgl. WHO, 2001) erkranken über 25% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens an einer schweren psychischen Störung (Lebenszeitprävalenz) und rund 10% der Bevölkerung leiden zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung (Punktprävalenz). Knapp die Hälfte davon sind Depressionen. Die WHO schätzt, dass die Depression bis ins Jahr 2020 die zweithäufigste Erkrankung nach den Herz- Kreislaufkrankheiten sein wird (Murray & Lopez, 1997).

Wittchen et al. (2011) kommen in einer gross angelegten Untersuchung zum Schluss, die Einjahresprävalenz psychischer Störungen liege in der EU – konservativ geschätzt – bei 38,2%. In der Studie wurde ein weit gefasster Diagnosekatalog verwendet.

Die WHO benutzt den Begriff der Krankheitslast (burden of disease), um zu zeigen, unter welchen gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Menschen am meisten leiden (WHO, 2008a; Low et al., 2011). Die Krankheitslast wird in verlorenen, gesunden Lebensjahren («Disability Adjusted Life Years», DALY) angegeben (vgl. Kap. 2.1.). Gemessen in DALYs ist die Depression die Krankheit, die weltweit die dritthöchste Krankheitslast verursacht. 4,3% der verlorenen gesunden Lebensjahre gehen auf ihr Konto. Noch stärker zu Buche schlagen nur Infektionen der

unteren Atemwege (6,2%) und Durchfallerkrankungen (4,8%). In den reichen Ländern führen die Depressionen die Rangliste sogar an und sind für 8,2% der DALYs verantwortlich. Für die Schweiz wurde die Krankheitslast von einzelnen Krankheiten bisher nicht in DALYs erhoben.

Eine gute Schweizer Übersicht über Epidemiologie, Gesundheitspolitik, Inanspruchnahme von psychiatrischen und anderen Leistungen, Risiko- und Schutzfaktoren und weitere Themenfelder bietet der Bericht «Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012» des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Schuler & Burla, 2012).<sup>15</sup>

Gemäss Daten des Schweizer Haushalt-Panels (SHP) fühlten sich 2009 knapp drei Viertel (73,5%) der Schweizer Bevölkerung sehr häufig oder häufig voller Kraft, Energie und Optimismus. 6% erlebten selten solche Gefühle. Die Zürcher Bevölkerung ist im Vergleich mit anderen Regionen der Schweiz unterdurchschnittlich optimistisch gestimmt. Im zeitlichen Vergleich hat die Anzahl Personen, die sich voll Kraft, Energie und Optimismus fühlen, seit 2004 deutlich abgenommen. Schuler & Burla (2012, S. 22 ff.) vermuten einen Zusammenhang mit der 2008 einsetzenden Wirtschaftskrise, welche die Angst vor Arbeitslosigkeit grösser werden liess.

Im Kanton Zürich leidet knapp ein Viertel der Kinder und Jugendlichen unter deutlichen psychischen Beschwerden (vgl. Kap. 3.1.2.).

Jede zweite Person im Kanton Zürich ist im Laufe ihres Lebens von psychischen Problemen betroffen, welche nach gegenwärtigen Diagnosekriterien das Ausmass einer psychischen Krankheit erreichen. Der Anteil psychischer Krankheiten an der Sterblichkeit wird massiv unterschätzt. Die Begleitfolgen psychischer Störungen in Gestalt von Suizid, Gewaltverhalten, Risikoverhalten sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch tragen massgeblich zu den vorzeitig verlorenen Lebensjahren bei (Stähli et al., 2007).

Depressive Störungen, Angststörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (z.B. Alkohol, Cannabis oder Heroin) sind mit je

<sup>15</sup> Der Bericht von Schuler & Burla (2012) konnte nur teilweise rezipiert werden, da das Erscheinungsdatum mit dem Redaktionsschluss des vorliegenden Berichtes zusammenfiel.

ca. 25% (Zürich-Studie<sup>16</sup>) die Diagnosegruppen mit den höchsten Prävalenzraten unter den psychischen Erkrankungen. Substanzkonsum beginnt häufig im Jugendalter. Bei rund 10% der jungen Erwachsenen findet sich Substanzmissbrauch.

Jede fünfte Person im Kanton Zürich ist während ihres Lebens mindestens einmal von schweren Depressionen betroffen. Die Schizophrenie ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 1% bis 3% vergleichsweise selten (Landolt & Ajdacic-Gross, 2007a).

In der Schweiz leben über 100'000 Menschen mit Demenz. Ihre Zahl wird infolge der demographischen Veränderung weiterhin zunehmen, da die Prävalenz mit dem Alter stark ansteigt. Heute leben rund 60% der Demenzerkrankten zu Hause. Ein grosser Teil von ihnen wird von Angehörigen gepflegt (Ecoplan, 2010). Die psychische Befindlichkeit pflegender Angehöriger ist schlechter als in der übrigen Bevölkerung. Eine Demenzerkrankung wird von den Pflegenden als besonders belastend erlebt (Wettstein et al., 2005; Höpflinger et al., 2011, S. 11).

Zwischen 1997 und 2007 stieg der Prozentsatz der Schweizer Wohnbevölkerung, der sich wegen psychischer Probleme behandeln liess von 4,1% auf 5,3% (Schuler & Burla, 2012, S. 42). Die Zahl ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungen nimmt in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich zu (Rüesch & Manzoni, 2003). Anders präsentiert sich die Situation im stationären Bereich: Nach einer Phase der Zunahme zeigt sich bei der Hospitalisationsrate in den letzten Jahren eine Stabilisierung bei gut acht psychiatrischen Hospitalisationen pro Jahr auf 1'000 Einwohner/innen (Schuler et al., 2007, S. 6, Schuler & Burla, 2012, S. 52).

### 3.1.1. Nationale Gesundheitsbefragungen

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung<sup>17</sup> von 2007 berichten fast 16% der Zürcher/innen von mittlerer bis starker psychischer Belastung. Psychische Belas-

<sup>16</sup> Die Zürich-Studie ist eine psychiatrisch-epidemiologische Längsschnittstudie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich PUK. Die ursprüngliche Stichprobe von 591 Personen wurde im Jahre 1978 aus im Kanton Zürich wohnhaften Männern des Jahrgangs 1958 und Frauen des Jahrgangs 1959 zusammengestellt. 1979, 1981, 1986, 1988, 1993 und 1999 wurden sie befragt. Bei der letzten Befragung konnten noch ca. 60% der ursprünglichen Stichprobe befragt werden.

<sup>17</sup> Mit einer repräsentativen Umfrage erhebt das Bundesamt für Statistik alle fünf Jahre den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Die Befragung von 2007 war die fünfte. Wie andere Kantone auch, liess der Kanton Zürich seine Stichprobe aufstocken, um eine bessere Datengrundlage zu haben. 2'422 Zürcher/innen wurden telefonisch befragt, 1'867 füllten zusätzlich einen schriftlichen Fragebogen aus. Die Analysen der Gesundheitsbefragung stützen sich auf Selbstangaben und nicht auf klinische Daten. Vgl. ISPMZ, 2009.

tungen umfassen ein breites Spektrum von Beschwerden. Sie reichen von leichten emotionalen Stresszuständen bis hin zu eigentlichen psychischen Störungen. Diese 16% entsprechen etwa dem Anteil in der übrigen Deutschschweiz (15%). Frauen sind stärker betroffen als Männer. Menschen mit tiefem Bildungsstand und körperlichen Beschwerden klagen häufiger über psychische Belastung. 43% der Befragten klagen über eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz.

Schweizweit geben knapp 20% der Befragten an, unter depressiven Symptomen zu leiden. Mehrheitlich sind es schwache (15,8%), seltener mittlere bis starke Symptome (3,1%). Zwischen 2002 und 2007 gibt es keine bedeutenden Unterschiede (Schuler & Burla, 2012, S. 25 ff.).

Mit zunehmendem Alter nimmt die psychische Belastung ab. Hingegen ist die ältere Bevölkerung häufiger von depressiven Symptomen betroffen. Bei den 65-jährigen und älteren Zürcher Frauen und Männern sind es 30% bzw. 28%, bei den unter 65-jährigen zwischen 19% (Frauen) und 15% (Männer).

Bei betagten Menschen in Institutionen ist gemäss Selbstangabe die Wahrscheinlichkeit für eine Depression besonders hoch (schweizweit 42,7%). Bei 25,6% der Bewohner/innen wurde eine Depression tatsächlich diagnostiziert (Schuler & Burla, 2012, S. 30).<sup>18</sup>

### 3.1.2. Kinder und Jugendliche

Mit ZAPPS<sup>19</sup> und ZESCAP<sup>20</sup> verfügt der Kanton Zürich über zwei Studien, die die psychische Verfassung von Adoleszenten untersucht. Die wichtigsten Resultate: Über 22% der Kinder oder Jugendlichen im Kanton Zürich leiden unter psychischen Problemen. Gut 11% der Jugendlichen leiden unter Angststörungen. Unter den 15–19-Jährigen leiden rund 5% (9% der Mädchen, 1% der Knaben) nach Selbstangaben unter

<sup>18</sup> Die Angaben über Depressionen in Institutionen stammen aus der Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (EGBI). Sie wurde 2008/2009 durchgeführt. Zur Grundgesamtheit gehören Personen ab 65 Jahren, die seit mindestens 30 Tagen in einem Alters- oder Pflegeheim leben (N = 3'100 Personen, schweizweit).

<sup>19</sup> Die «Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie» (ZAPPS) ist eine repräsentative Längsschnittstudie. In vier Wellen von 1994 bis 2004/2005 wurden Jugendliche aus dem Kanton Zürich befragt. 1'200 Kinder im Alter von 11 bis 16 Jahren füllten im Jahr 1994 einen umfangreichen Fragebogen aus. Neben psychischen Auffälligkeiten und Störungen einschliesslich Essstörungen und Drogenmissbrauch wurden spezielle Merkmale der Persönlichkeit erfasst und die Wahrnehmung des persönlichen Umfelds bezogen auf Eltern, Schule und Gleichaltrige untersucht. Bei der letzten Befragung im Jahre 2005 wurden die Teilnehmer/innen auch zu Partnerschaft, Beruf, Sozialbeziehungen und psychischen Problemen befragt.

<sup>20</sup> Die «Zürich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology» ZESCAP ist eine repräsentative Stichprobe (N=1'964) aus dem Jahr 1994 im Kanton Zürich. Untersucht wurden Kinder im Alter von 7 bis 16 Jahren. 63% der Teilnehmenden wurden später in der ZAPPS-Studie weiter untersucht.

Depressionen (Steinhausen et al., 2006). Diese so genannten «internalisierenden», also weniger auffälligen psychischen Störungen, werden von Eltern und Bezugspersonen oft unterschätzt. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen selbst zeigt grössere Häufigkeiten auf, als es die Elternangaben tun. Das erlebte Schulklima (z.B. Konkurrenz, Disziplinierung und Leistungsdruck) beeinflusst die psychische Gesundheit Jugendlicher: Je schlechter das Schulklima, desto schlechter die psychische Gesundheit. Familiäre Faktoren haben eine schützende oder risikoerhöhende Wirkung. Besonders bei Mädchen zeigte sich, dass als gering erlebte Zuneigung und Wärme Angst, Depression und Rückzug begünstigen, während psychologischer Druck zu regelverletzendem Verhalten führt. Eine sichere Bindung zu Hauptbezugspersonen kann bereits von der frühen Kindheit an als protektiver Faktor gelten, wogegen eine unsichere Bindung weniger gut gegen Belastungen schützt. Studien im Kanton Zürich haben, ähnlich wie im internationalen Vergleich, eine Häufigkeit unsicher gebundener Kleinkinder von ca. 50% aufgezeigt (vgl. z.B. van Ijzendoorn et al., 1999).

Zu ähnlichen Befunden kommt auch die Studie «Health Behavior in School-Aged Children» (Rohrbach et al., 2011), kurz HBSC-Studie, bei welcher rund 1'380 Schüler/innen zwischen 11 und 15 Jahren aus dem Kanton Zürich zuletzt im Jahr 2010 befragt wurden. Demnach fühlen sich mehr als jedes fünfte Mädchen und etwa jeder zehnte Knabe mehrmals pro Woche bedrückt und traurig. Bei den Mädchen wächst der Anteil jener, die in der Befragung angaben, häufig traurig zu sein, mit zunehmendem Alter an. Mit 15 Jahren erreicht der Anteil rund 22%. Im Langzeitvergleich scheinen die Symptome der Depressivität seit 1994 bei beiden Geschlechtern zugenommen zu haben. Neben Gefühlen von Niedergeschlagenheit und Trauer berichten insbesondere die Mädchen auch häufig über schlechte Laune (26%), Nervosität (15%) und Gefühle von Wut (23%).

Eine Befragung aller Stadtzürcher Schüler/innen der zweiten Sekundarklassen des Jahrgangs 07/08 durch den Schulärztlichen Dienst der Stadt Zürich ergab, dass sich die meisten Jugendlichen wohl fühlen und über ein gutes soziales Netzwerk verfügen. Bei einer Minderheit von Jugendlichen gibt es aber gesundheitliche Risiken. Schüler/innen der Sekundarstufe C schauen weniger zuversichtlich in die Zukunft und zeigen in Bezug auf Rauchen, Alkohol und Gewalt ein grösseres gesundheitliches Risiko. 43% der Mädchen geben an, einmal pro Woche bis mehrmals täglich depressiv verstimmt zu sein, bei den Jungen sind es 17%. Mehr Mädchen als Jungen geben an, zu Hause geschlagen zu werden (Pini Züger, 2009).

Misshandlung und Missbrauch von Kindern ist eine häufige und wichtige Ursache von psychischen Störungen. Der Zusammenhang ist wissenschaftlich gut nachgewiesen (vgl. z.B. Gilbert et al., 2009) und wiegt deshalb schwer, weil die Auswirkungen weit über das Kindesalter hinausreichen und die psychische Gesundheit der Betroffenen auch im Erwachsenenalter beeinträchtigen können. Über die Prävalenz traumatischer Ereignisse im Kindesalter (childhood adverse experiences<sup>21</sup>) in der Schweiz gibt es vereinzelte Untersuchungen. In einer Metastudie wurde kürzlich untersucht, wie häufig sexueller Missbrauch vorkommt. Demnach werden bis 40% der Mädchen und bis 11% der Jungen in irgendeiner Form sexuell missbraucht (Schönbucher et al., 2011). Die Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken (Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie, 2010) hat in einer Pilotstudie festgestellt, dass in den Kinderkliniken und -abteilungen der Schweiz 785 Fälle von Kindsmisshandlungen registriert wurden. Die Hälfte der betroffenen Kinder ist im Vorschulalter. Ribeaud & Eisner (2008) haben in den Jahren 1999 und 2007 jeweils über 2'500 Neuntklässler/innen aller Bildungstypen des Kantons Zürich befragt. Demnach werden im Verlaufe eines Jahres 40% aller Jugendlichen Opfer von Gewalt. Erfasst wurden von der Körperverletzung bis zum Quälen, Belästigen, Schikanieren und Hänkeln (so genanntes Bullying) alle Formen von Gewalt.

### 3.1.3. Suizid

Psychische Krankheiten haben nur selten einen unmittelbar tödlichen Verlauf. Suizide und Suizidversuche sind jedoch in 80 bis 90% der Fälle eine Folge von psychischen Störungen.<sup>22</sup> 2008 kam es laut Zahlen des Bundesamts für Statistik (BFS) im Kanton Zürich zu 264 Suiziden. In den letzten Jahren hat die Gesamtzahl der Suizide im Kanton Zürich kaum variiert und lag immer um 260. Im interkantonalen Vergleich liegt die Zürcher Suizidrate über dem Durchschnitt. Mit 21,7 Suiziden pro 100'000 Einwohner/innen (2000 bis 2006) liegt sie an 4. Stelle.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Kindsmisshandlung und sexueller Missbrauch sind die bekanntesten Formen traumatischer Ereignisse im Kindesalter. Darunter fallen aber auch Erlebnisse wie der Tod von nahen Bezugspersonen, die Trennung der Eltern, Kriegserlebnisse und Naturkatastrophen u.a. (vgl. Lips 2011 und Kap. 5.2.2.).

<sup>22</sup> Im Zeitraum von 1994 bis 2004 nahmen sich von rund 87'000 Patientinnen und Patienten in den psychiatrischen Kliniken des Kantons Zürich 141 Personen das Leben, zumeist während eines Klinikurlaubs. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung war das Suizidrisiko bei diesen Patientinnen und Patienten um das Fünffache erhöht (Ajdacic-Gross et al., 2009). Ohne Einweisung in eine psychiatrische Klinik dürfte die Suizidrate in dieser Gruppe noch deutlich höher liegen.

<sup>23</sup> Das BFS erfasst Suizide nach dem Wohnortprinzip. Das heisst, dass ausländische Kunden der Sterbehilfeorganisation Dignitas in der Statistik nicht enthalten sind.

Männer sind häufiger von Selbsttötungen betroffen als Frauen, Ältere töten sich öfter als Jüngere. Die Altersgruppe der über 65-Jährigen hat mit Abstand die höchste Suizidrate. Nichtverheiratete sterben öfter an den Folgen eines Suizids als Verheiratete und Städter/innen häufiger als Menschen vom Land. Die Hälfte aller Menschen in der Schweiz hat irgendwann während ihres Lebens Suizidgedanken. 10% machen einen Suizidversuch und 1% pro Generation stirbt daran. Von jedem Suizidversuch oder Suizid sind fünf bis zehn Personen stark betroffen und ihre psychische Gesundheit ist einer entsprechend hohen Belastung ausgesetzt: Dazu gehören namentlich Angehörige sowie enge Freundinnen und Freunde. Daneben gibt es einen weiteren Kreis mit vielen Personen, die indirekt betroffen sind, z.B. Nachbarn, Lehrpersonen, Mitschüler/innen, Bekannte und Fachleute.

Bei Jugendlichen (15 bis 19 Jahre) sind Suizide und tödliche Verkehrsunfälle etwa gleich häufig und damit viel häufiger als jede andere Todesursache. In der Schweiz suizidiert sich etwa jeden dritten Tag ein junger Mensch im Alter von 15 bis 24 Jahren. Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Zehnfaches höher und Suizidgedanken kommen noch häufiger vor (Frey, 2011a).

Die Prävention von Suiziden richtet sich gezielt auf die Bewältigung von Krisen und die Verhinderung von Kurzschlusshandlungen. Etwa 25% aller Suizidhandlungen sind so genannte Kurzschluss-suizide. Sie sind potenziell verhinderbar, z.B. über den erschwerten Zugang zu Suizidmitteln oder niederschwellige Angebote der Krisenhilfe. Deshalb lohnt sich Prävention hier besonders. Etwa 50-60% der Suizidhandlungen gelten als Ambivalenzsuizide (Gratwanderung zwischen Lebenswille und Todeswunsch), von denen etwa die Hälfte prävenierbar ist. 5-10% sind durch chronische und zwanghafte Suizidalität bedingt und daher nur schwer zu verhindern. Nur 10-15% aller Suizide sind Bilanzsuizide, bei denen sich der Betroffene nach verantwortungsvoller Abwägung für den Tod entscheidet. Viele davon dürften assistierte Suizide sein.

#### **Kosten von Suiziden**

Um die finanziellen Kosten von Erkrankungen (oder Suiziden) zu erfassen, müssen neben direkten Kosten auch die verlorenen Lebensjahre und jene Jahre berücksichtigt werden, die ein erkrankter Mensch mit einer Behinderung lebt. Das wird üblicherweise in DALYs gemessen (vgl. Kap. 2.1.). Für die Schweiz oder den Kanton Zürich gibt es keine solchen Analysen. Werden Daten von ausländischen Studien auf die Schweiz umgerechnet, ergeben sich Kosten pro Suizid von zwischen 580'000 und 950'000 Franken (Bundesamt für Gesundheit, 2005; S. 20). Multipliziert mit den durchschnittlich

260 Suiziden im Kanton Zürich, ergäben sich jährliche Kosten von 150 bis 250 Millionen Franken.

#### **3.1.4. Inanspruchnahme von Leistungen**

Einen Hinweis auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung gibt die Inanspruchnahme von medizinischen oder psychotherapeutischen Leistungen. Allerdings ist die Datenlage nicht in allen Bereichen gleich gut. Vergleichsweise gut weiss man über die stationären Behandlungen Bescheid.

Im Zeitraum von 2002 bis 2006 hat die Zahl der Eintritte in stationäre psychiatrische Institutionen schweizweit um 9,3% zugenommen. Hingegen ist die Anzahl behandelter Patientinnen und Patienten mit etwa 50'000 Personen pro Jahr recht konstant geblieben. Diese Entwicklung hängt mit den deutlich häufigeren Wiedereintritten zusammen. Parallel zu den ansteigenden Rehospitalisierungen nahmen die Aufenthaltsdauern stetig ab (vgl. Kuhl, 2008).

Patientinnen und Patienten der Psychiatrie sind heute sozial eher schlechter integriert als noch vor wenigen Jahren. Das kann damit zu tun haben, dass die Integrationskraft der Familie abgenommen hat, aber nicht nur. So sind die Betroffenen auch seltener erwerbstätig. Einen möglichen Grund hierfür sehen befragte Fachleute in geringerer Toleranz der Arbeitgeber aber auch in zunehmendem Leistungsdruck am Arbeitsplatz, dem sich psychisch kranke Menschen weniger gewachsen fühlen. Es wird vermutet, dass die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen bei ihnen zu einer Senkung der Arbeitslosigkeit und mehr Gesellschaftsfähigkeit führen könnte (Kuhl, 2008, S. 36).

Der Anteil ausländischer Patientinnen und Patienten ist bei den Behandlungen über die letzten Jahre gestiegen und entspricht im Jahr 2006 etwa deren Anteil in der Gesamtbevölkerung. Früher waren Ausländer/innen in den Kliniken unterrepräsentiert. Dieses Resultat wird von Fachleuten unterschiedlich interpretiert. Einige sehen darin eine erfreuliche Entwicklung im Sinne des gleichberechtigten Zugangs zur medizinischen Versorgung, andere ein Indiz für geringe Integration und ungenügende Migrations- und Asylpolitik (Kuhl, 2008, S. 35f.). Ein weiterer Erklärungsansatz ist der so genannte «Healthy migrant effect» (vgl. z.B. Razum, 2006), der das Paradox zu erklären versucht, weshalb Migrantinnen und Migranten in europäischen Ländern und den USA eine für ihren sozioökonomischen Status tiefe Morbidität und Mortalität

aufweisen. Es wird vermutet, dass normalerweise vor allem überdurchschnittlich gesunde Personen migrieren. Das würde die geringere Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in der Vergangenheit erklären. Die Angleichung in jüngerer Zeit könnte zum Teil auf anders zusammengesetzte, «weniger gesunde» Migrationsströme zurückgeführt werden, was wiederum mit der erleichterten Migration im Rahmen der europäischen Freizügigkeit und mit einem höheren Anteil traumatisierter Migrantinnen und Migranten (etwa nach dem Jugoslawienkrieg) zu tun haben könnte. Den grössten Effekt dürfte jedoch die Angleichung im Lebensstil haben: Bei vielen Ausländerinnen und Ausländern handelt es sich mittlerweile um Secundos oder sogar um die Enkelgeneration der Einwandernden.

Im Kanton Zürich nimmt die Zahl der Patientinnen und Patienten kontinuierlich zu. Im Jahr 1998/99 wurden 15'444 ambulante und teilstationäre sowie 6'696 stationäre Behandlungsfälle registriert. 2003 waren es mit 18'644 ambulanten/teilstationären und 9'609 stationären Fällen deutlich mehr. Die durchschnittliche Behandlungsdauer sank in den Kliniken im selben Zeitraum um knapp eine Woche. 2010 wurden bereits 12'389 Fälle stationär behandelt (für 2010 liegen keine Angaben zu ambulanten und teilstationären Behandlungen vor). Im Unterschied zur Situation in der Schweiz kann die Zunahme der Behandlungsfälle allerdings nur zu einem kleineren Teil durch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer und häufigere Rehospitalisierungen erklärt werden.<sup>24</sup>

Die Regionen Zürich und Ostschweiz haben eine auffällig hohe Zahl an Pflergetagen in psychiatrischen Kliniken. Sie liegt deutlich über dem schweizerischen Mittel und mehr als 2,5-mal höher als etwa in der Genferseeregion (Schuler et al., 2007, S. 38 ff.).

Eine weitere Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Kuhl & Herdt, 2007, 51ff.) relativiert allerdings diese grossen Unterschiede. Hier wurden die Daten insofern korrigiert, als die Patientinnen und Patienten ihrem Wohnkanton und nicht dem Standortkanton der behandelnden Klinik zugeteilt wurden. So gerechnet liegt die Prävalenz stationärer Behandlungen des Kantons Zürich nur noch leicht über dem schweizerischen Mittel. In einem zweiten Schritt wurden die Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur (Altersverteilung, Ausbildungsstand, Erwerbsquote, Nationalität, Geschlecht) berücksichtigt.

Im Kanton Zürich liess sich fast die ganze Abweichung vom schweizerischen Mittel mit diesen Faktoren erklären. Die verbleibende Abweichung dürfte auf Unterschiede in den Versorgungsbedingungen und -strukturen zurückzuführen sein.

### 3.2. Kosten

Nebst dem gesundheitlichen Leiden ist die ökonomische Belastung, die durch psychische Erkrankungen verursacht wird, für das Individuum, für die betroffene Familie und für die ganze Gesellschaft enorm. Für die EU-Staaten werden die gesellschaftlichen Kosten auf 3–4% des Bruttoinlandsprodukts (BIP) geschätzt. Ins Gewicht fallen vor allem die indirekten Kosten, die durch den Produktionsausfall verursacht werden. Sie übersteigen die direkten medizinischen Kosten um ein Mehrfaches (Gesundheitsförderung Schweiz, 2006a, S. 27). 2008 belief sich das schweizerische BIP auf gut 540 Milliarden Franken. 3% davon entsprechen 16,2 Milliarden, 4% rund 21,6 Milliarden. Für den Kanton Zürich ergäben sich nach dieser Schätzung Kosten von um die drei Milliarden Franken pro Jahr (zu den Kosten von Suiziden vgl. auch Kap. 3.1.3.).

Im Übrigen ist festzuhalten, dass «in der Schweiz Angaben über die durch psychische Krankheiten verursachten Kosten, deren Finanzierung sowie über die für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit verwendeten finanziellen Mittel und die Finanzierungsquellen nur sehr beschränkt verfügbar sind. Die Gründe dafür sind vielfältig und u.a. im föderalistisch organisierten Gesundheitswesen, im Finanzierungssystem, im fehlenden Wirksamkeitsnachweis der Gesundheitsinterventionen und im Mangel an diesbezüglichen wissenschaftlichen Untersuchungen der Wirtschaftlichkeit zu finden.»<sup>25</sup>

#### 3.2.1. Behandlungskosten

Das Bundesamt für Statistik erfasst die gesamten Kosten für psychiatrische Kliniken schweizweit: Im Jahr 2009 verursachten psychiatrische Kliniken Kosten von insgesamt 2'050 Millionen Franken, was 3,4% der gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen entsprach. 1995 lag dieser Wert bei 4,2%.<sup>26</sup> In dieser Zahl enthalten sind die Aufwendungen der öffentlichen Hand, der Sozial- und Privatversicherungen und der privaten Haushalte.

<sup>24</sup> Landolt & Ajdacic-Gross, 2007b. Die Angaben beruhen auf der PSYREC, der Psychiatrie-Statistik des Kantons Zürich, die seit 1974 (stationärer Bereich) bzw. 1992 (ambulanter und teilstationärer Bereich) geführt wird. Die privaten Praxen von Psychiaterinnen und Psychiatern sowie von Psychologinnen und Psychologen – über die kaum Daten vorliegen – sind nicht eingeschlossen.

<sup>25</sup> Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004, S. 56.

<sup>26</sup> Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens ([www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html)).



**Tab. 1: Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen der obligatorischen Grundversicherung im Jahr 2009 (in Millionen Franken)<sup>27</sup>**

Leistungserbringer/innen	Schweiz	Kanton Zürich	Hochrechnung für den Kt. Zürich aus dem Schweizer Durchschnitt <sup>28</sup>
Erwachsenenpsychiater/innen	392	87.0	68.2
Kinder- und Jugendpsychiater/innen	42	8.6	7.3
Delegierte Psychotherapie	117	43.0	20.4
Beratung durch Grundversorger/innen <sup>29</sup>	55	10.0	9.6
<b>Total</b>	<b>606</b>	<b>148.6</b>	<b>105.5</b>

Quelle: Tarifkommission der Verbindung der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (FMPP)

Im Frühjahr 2012 betreibt der Kanton Zürich drei psychiatrische Kliniken selbst und zahlt weiteren dreizehn psychiatrischen Einrichtungen Staatsbeiträge. Der Bettenbestand lag 2010 bei 1'417 Betten, der Personalbestand in Vollzeitäquivalenten bei 2'981 (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2011).<sup>30</sup> Dazu kommen teilstationäre und ambulante Angebote in Tageskliniken und Ambulatorien: Insgesamt bestehen kantonsweit 17 Tageskliniken und eine Nachtklinik, die zusammen genommen jährlich ca. 1'500 Patientinnen und Patienten behandeln (Jahr 2008). In institutionell getragenen psychiatrischen Ambulatorien (kantonsweit 32 Einrichtungen) werden jährlich etwa 19'000 Patienten und Patientinnen behandelt (Jahr 2008).

Im Kanton Zürich betrug der Betriebsaufwand im Jahr 2010 für die klinisch-psychiatrische Versorgung 493 Millionen Franken, die Betriebskosten für die stationären Behandlungen beliefen sich auf 292 Millionen Franken. Die Betriebskosten sind ein Teil des Betriebsaufwands.<sup>31</sup> Die Staatsbeiträge an die Psychiatrie

betragen ohne Investitionen 208 Millionen Franken (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2011). Die restlichen Kosten werden von den Krankenversicherern, anderen Sozialversicherungen, Zusatzversicherungen und Privathaushalten berappt.

Ausserhalb der Kliniken verursachten niedergelassene Psychiater/innen, delegiert arbeitende Psychotherapeutinnen und -therapeuten und die psychologischen Leistungen der Grundversorger/innen im Jahr 2009 gesamtschweizerisch Kosten von 606 Millionen Franken. Im Kanton Zürich lag die entsprechende Zahl gemäss Tarmed-Umsätzen bei 148,6 Millionen Franken.<sup>32</sup> Tabelle 1 zeigt die Verteilung auf die verschiedenen Leistungserbringer.

Die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen liegt im Kanton Zürich deutlich über dem gesamtschweizerischen Mittel (vgl. Sturny & Schuler, 2011, S. 35). Die Differenz dürfte wie bei der Anzahl Pflergetage (vgl. 3.1.4) mehrheitlich auf die hohe Zahl ausserkantonaler Patientinnen und Patienten, auf Unterschiede in der Bevölkerungsstruktur (Inzidenz), der Versorgungsstruktur (Ärztendichte)<sup>33</sup>, aber wahrscheinlich auch auf die höheren Tarmed-Tarife im Kanton Zürich zurückzuführen sein.

Die Kosten für ambulante und stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Leistungen betragen demnach 2009 rund 640 Millionen Franken. Ende 2011 hatten im Kanton Zürich 1'233 nicht-ärztliche Psychotherapeuten

<sup>27</sup> Diese Angaben bilden nur die Kosten der obligatorischen Grundversicherung ab. Zusatz-, Privat- und andere Sozialversicherungen und die privaten Haushalte selber zahlen noch einmal beträchtliche Summen für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen.

<sup>28</sup> Berechnung: Der Kanton Zürich hatte Ende 2009 eine Wohnbevölkerung von 1'351'297 Personen, die Schweiz eine von 7'785'806 Personen. Der Anteil des Kantons Zürich an der Bevölkerung der Schweiz lag demnach bei etwas mehr als einem Sechstel (17,4%). Multipliziert man diesen Prozentsatz mit den gesamtschweizerisch erbrachten psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen, resultiert jene Inanspruchnahme, die sich ergeben würde, wenn die Zürcher Bevölkerung im gleichen Mass Leistungen beziehen würde, wie im schweizerischen Durchschnitt.

<sup>29</sup> Unter dem Begriff «Leistungen durch Grundversorger/innen» werden jene Tarmed-Minuten subsumiert, die von Ärzten und Ärztinnen als «ärztliches Gespräch» abgerechnet werden. Darunter fallen auch Beratungen, die nicht im engeren Sinne psychotherapeutisch sind.

<sup>30</sup> Die Psychiatrie-Landschaft des Kantons ist zurzeit einem gewissen strukturellen Wandel unterworfen, weshalb sich bezüglich dieser Angaben relativ rasch Änderungen ergeben können.

<sup>31</sup> Der Betriebsaufwand umfasst auch den Aufwand von Nebenbetrieben wie Cafeteria, Forschung. In den Betriebskosten sind diese Bereiche ausgeschlossen. Ausserdem sind die Kapitalkosten und die Anschaffungen zwischen 10'000 und 100'000 Franken nicht enthalten.

<sup>32</sup> Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil dieser Kosten auch im Betriebsaufwand für die klinisch-psychiatrische Versorgung erscheint. In Ambulatorien, die zur klinisch-psychiatrischen Versorgung zählen, rechnen die niedergelassenen Psychiater/innen teilweise auch via Tarmed ab.

<sup>33</sup> Mit 5,1 Ärztinnen und Ärzten FMH für Kinder-, Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie pro 10'000 Einwohner/innen lag die Dichte deutlich über dem schweizerischen Mittel von 4,0. Gleiches gilt für die Ärztinnen und Ärzte mit der Anerkennung zur Delegation von Psychotherapie (ZH: 5,0; CH: 3,0; Sturny & Schuler, 2011).

peutinnen und -therapeuten<sup>34</sup> eine Bewilligung zur selbständigen Tätigkeit. Ausgehend von der konservativen Annahme, dass diese ein durchschnittliches Jahres Einkommen von 50'000 Franken erzielen, ergibt dies zusätzliche Kosten von 60 Millionen Franken. **Die Gesamtkosten steigen damit auf 700 Millionen Franken pro Jahr.**

Von zwei weiteren gewichtigen Leistungen ist unklar, inwieweit sie den Gesundheitskosten sinnvollerweise zuzurechnen sind: Es geht um die Kosten für Beratung und Behandlung von Suchtkranken (einschliesslich Alkoholranke) sowie um die Schulpsychologischen Dienste.

Für Suchtberatungsstellen geben die Gemeinden (ca. 80%) und der Kanton (ca. 20%) pro Jahr insgesamt rund 10 Millionen Franken aus. Hinzu kommen weitere ca. 20 Millionen Franken für stationäre Behandlungen. Am teuersten sind aber die Massnahmen der dezentralen Drogenhilfe mit rund 68 Millionen Franken. Festzuhalten ist demnach, dass die nichtmedizinischen, vor allem sozialtherapeutisch orientierten Massnahmen zur Beratung, Behandlung und Rehabilitation von Personen mit Suchterkrankungen jährlich rund 98 Millionen Franken kosten.<sup>35</sup>

Die Schulpsychologischen Dienste im Kanton Zürich wurden bisher von den Gemeinden und vom Kanton finanziert. Ihre Leistungen sind vor allem psychologischer, pädagogischer, sozialer und präventiver Natur. Sie sind in den vorgenannten Kostenaufstellungen nicht enthalten und verursachen einen Aufwand von insgesamt jährlich rund 25 Millionen Franken.<sup>36</sup>

Die insgesamt rund 123 Millionen Franken, die für sozialtherapeutische Massnahmen im Bereich der Suchtbekämpfung und für die schulpsychologischen Dienste eingesetzt werden, sind nicht in den errechneten 700 Millionen Franken für die Behandlung psychischer Erkrankungen berücksichtigt. Daraus wird klar, dass der Betrag von 700 Millionen Franken wahrscheinlich die effektiven Behandlungskosten deutlich unterschätzt.

### Beschäftigte im ambulanten Bereich

Ende 2011 hatten 613 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 107 Fachärztinnen

und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bewilligung zur selbständigen Tätigkeit. Wie viele Ärztinnen und Ärzte aus anderen Fachgebieten Psychotherapieleistungen erbringen, wird von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich statistisch nicht erfasst. Bekannt ist nur, wie viel die Grundversorger/innen für ärztliche Gespräche verrechnen (vgl. Tabelle 1). Die Zahl der delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist nicht bekannt.<sup>37</sup>

Im weiten Feld der psychologischen Beratung ist eine Vielzahl von Psychologinnen und Psychologen tätig. Die Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) zählt im Kanton Zürich 1'696 Mitglieder, 806 davon besitzen einen Fachtitel für Psychotherapie FSP. Die Mehrzahl der FSP-Mitglieder ist auch im Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen (ZüPP) organisiert. Der Schweizerische Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP) hat 392 Mitglieder aus dem Kanton Zürich. Seine Mitglieder haben mehrheitlich einen Fachhochschulabschluss in Psychologie. Psychologinnen und Psychologen arbeiten selbständig und/oder im Angestelltenverhältnis in den unterschiedlichsten Berufsfeldern: Psychotherapie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Schulpsychologie und Erziehungsberatung, Gerontopsychologie, Verkehrspsychologie, Kliniken etc.

Rechnet man die Zürcher Mitgliederzahlen von FSP, ASP und SBAP zusammen, kommt man auf 2'340. Wenn man im Sinne einer groben Schätzung davon ausgeht, dass ein Viertel bis ein Drittel der Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychologinnen und Psychologen nicht organisiert ist, gibt es im Kanton Zürich 3'000 bis 3'500 Psychotherapeutinnen und -therapeuten (ohne Psychiater/innen) sowie Psychologinnen und Psychologen.

Die öffentlichen, privaten und kirchlichen Organisationen, die im Kanton Zürich im Sozialbereich tätig sind, werden auf der Website [www.infostelle.ch](http://www.infostelle.ch) gesammelt. Zurzeit finden sich 3'500 Einträge. Sucht man nach Anlaufstellen im Problembereich «Psychische Störungen», werden 551 Adressen geliefert.

### 3.2.2. Invaliditätsbedingte Kosten

Im Zeitraum von 1986 bis 2009 hat sich in der Schweiz die Gesamtzahl der Bezüger/innen einer Invalidenrente von rund 118'000 auf 244'000 mehr als verdoppelt. Seit 2006 sind die Zahlen leicht rückläufig.

<sup>34</sup> Wie viele von diesen tatsächlich beruflich tätig sind und in welchem Ausmass, ist nach Auskunft der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich nicht bekannt. Die meisten Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Praxisbewilligung sind in einem oder mehreren der nachfolgenden Verbände organisiert: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP), Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (ASP), Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen (ZüPP), Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP).

<sup>35</sup> Gemäss Angaben des Sozialamtes des Kantons Zürich, für das Jahr 2010.

<sup>36</sup> Gemäss Angaben des Volksschulamtes des Kantons Zürich.

<sup>37</sup> 2009 wurden gemäss Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 83 Bewilligungen für delegierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten erteilt, 2010 deren 92 und 2011 waren es 101.

Während 1986 20% der IV-Renten wegen psychischer Krankheit gesprochen wurden (Schuler et al., 2007, S. 49 ff.), waren es 2010 bereits 42% oder 101'000 Fälle. Die Zahl der Personen, die wegen psychischer Erkrankungen eine IV-Rente bezogen, stieg sowohl in der Periode von 2001 bis 2005 als auch von 2005 bis 2010 stärker als bei allen anderen Invaliditätsursachen. Von 2001 bis 2005 betrug das jährliche Wachstum 7,6%, von 2005 bis 2010 belief es sich auf 1,4%. Bei den meisten anderen Invaliditätsursachen ist die Zahl der Rentenbezüger/innen ab 2005 rückläufig (Bundesamt für Sozialversicherung, 2010, S. 22 ff.).

Im Kanton Zürich gab es 2009 39'200 IV-Bezüger/innen. Diese Zahl liegt im Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung mit 4,5% etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt von 4,9% (Bundesamt für Sozialversicherung, 2010, S. 25). Zürcher IV-Bezügerinnen und -Bezüger wurden 2009 monatlich rund 58 Millionen Franken Rente ausbezahlt. Dazu kommen Zusatzrenten für die Kinder von IV-Rentnerinnen und -Rentnern in der Höhe von monatlich knapp 6,6 Millionen Franken. Auf's Jahr gerechnet ergibt dies um 770 Millionen Franken. Diese decken aber nur einen Teil der Kosten der Invaliditätsfälle, weil unter Umständen auch die Unfallversicherung und die berufliche Vorsorge leistungspflichtig werden. Bei Bedarf werden auch noch Ergänzungsleistungen ausbezahlt (Bundesamt für Sozialversicherung, 2010). Insgesamt dürfte so im Kanton Zürich jährlich deutlich über eine Milliarde Franken Versicherungsleistungen für IV-Rentner/innen ausbezahlt werden. Unter der Annahme, dass die Leistungen in Folge psychisch bedingter Invalidität gleich hoch ausfallen wie für die übrigen Krankheiten, und unter der Annahme, dass die Renten wegen psychischer Krankheit auch in Zürich 42% aller Renten ausmachen, werden im Kanton jährlich über 400 Millionen Franken IV-Renten und andere Versicherungsleistungen wegen psychischer Krankheiten ausbezahlt.

### 3.3. Prävention psychischer Erkrankungen international und national

Nachstehend werden einige wichtige Konzepte und Projekte zu Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit kurz vorgestellt. Eine ältere, umfassende Übersicht findet sich bei Rudolf & Tölle (1984), eine kurze Zusammenfassung im Handbuchartikel von Manz (2002 b). Eine aktuelle Übersicht bietet das Lehrbuch von Hurrelmann et al. (2010).

#### 3.3.1. International

1948 wurde die World Federation for Mental Health gegründet, eine unabhängige Organisation mit enger Anbindung an die WHO ([www.wfmh.org](http://www.wfmh.org)). 1994 veröffentlichte ein nationales Komitee in den USA ein bis heute international massgebendes Grundlagedokument zur Prävention psychischer Störungen (Mrazek & Haggerty, 1994).

2005 verabschiedeten die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO einen Aktionsplan «Psychische Gesundheit» (WHO Europa, 2006). Der Aktionsplan propagiert eine umfassende Politik im psychosozialen Bereich und schlägt Massnahmen in zwölf Gebieten vor.

Gestützt auf diesen Aktionsplan veröffentlichte die europäische Kommission im Oktober 2005 das Grünbuch «Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union» (Europäische Kommission, 2005). Damit wurde eine breite Debatte über die Problematik der psychischen Gesundheit eröffnet. Im Grünbuch werden drei grosse Interventionsbereiche auf EU-Ebene vorgeschlagen:

- Eröffnung eines Dialogs mit den Mitgliedstaaten über einen Aktionsplan zur psychischen Gesundheit,
- Einrichtung einer EU-Plattform für psychische Gesundheit,
- Aufbau einer Informationsbasis für psychische Gesundheit auf EU-Ebene.

Seither sind auf EU-Ebene verschiedene Pläne und Konzepte entwickelt worden, u.a. so genannte Consensus Papers über wirksame Massnahmen zur Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit bei Jugendlichen, am Arbeitsplatz, im Alter, zur Prävention von Suizid und Depression sowie zur Entstigmatisierung. Massnahmen in diesen fünf Bereichen wurden 2008 durch den «EU-Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden» als verbindlich für die 27 EU-Staaten erklärt und im Februar 2009 vom EU-Parlament bestätigt (Hochrangige EU-Konferenz, 2008). Zu den fünf Themen fanden 2009 und 2010 je eine internationale Konferenz statt, an denen bewährte Verfahren und Erfolgsfaktoren ausgetauscht wurden.

Das Aktionsprogramm «Bündnis gegen Depression» zur Früherkennung, Behandlungsoptimierung und Entstigmatisierung von Depression und Prävention von Suizidalität wurde erstmals 2001–2002 in Nürnberg erfolgreich durchgeführt und wissenschaftlich evaluiert. Seither konnte sich das Bündnis-Projekt in

Deutschland ([www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de)) und später auch als europäisches Netzwerk (European Alliance against Depression, [www.eaad.net](http://www.eaad.net)) etablieren.

Für die vorliegende Grundlagen von Interesse sind insbesondere Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen, die in verschiedenen Ländern gelaufen sind oder noch laufen. Einige Beispiele:

England: «Changing minds»<sup>38</sup> ist eine umfassende Kampagne die 1992 bis 1996 auf die sechs häufigsten psychischen Erkrankungen fokussierte. Sie wandte sich mit unterschiedlichen Mitteln an diverse Zielgruppen.

Schottland: «See me»<sup>39</sup> ist die bekannteste und umfassendste Anti-Stigma-Kampagne im europäischen Raum. Sie startete im Jahr 2002. Ziel der Kampagne ist es, die Zahl der Suizide zu reduzieren, den Drehtüreffekt zu verringern und der Gesundung (Recovery) hohe Priorität einzuräumen.

World Psychiatric Association (WPA): «Open the doors»<sup>40</sup> ist ein weltweites Programm zur Reduktion von Stigma und Diskriminierung, das die WPA 1998 lancierte. Es wurde bereits in über 20 Ländern umgesetzt.

### 3.3.2. National

Die WHO Europa hat 1998 «Gesundheit für alle – 21 Ziele für das 21. Jahrhundert» veröffentlicht. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (heute Public Health Schweiz PHS) haben diese Ziele für die Schweiz konkretisiert und publiziert (Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002). Ziel 6 bezieht sich auf die psychische Gesundheit: «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.» Es werden zwei Teilziele genannt:

- 6.1 Die Prävalenz und die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von psychischen Problemen sollten sich erheblich verringern und die Bevölkerung sollte besser befähigt werden, stressreiche Lebensereignisse zu bewältigen.
- 6.2 Die Suizidraten sollten um mindestens einen Drittel zurückgehen, wobei die signifikantesten Verringerungen in den Ländern und Bevölke-

rungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.<sup>41</sup>

Im Projekt «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz»<sup>42</sup> wurde 2004 ein partizipativ erarbeiteter Strategieentwurf «Psychische Gesundheit» vorgelegt (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004). In der Stellungnahme der Kantone dazu wurden von den Empfehlungen des europäischen Aktionsplanes «Psychische Gesundheit» (vgl. Kap. 3.3.1.) folgende Prioritäten benannt: Prävention (Früherkennung), Gesundheitsförderung, Bewusstseinsbildung, Förderung der Selbsthilfe und Qualitätsentwicklung der Behandlungsangebote und Anlaufstellen. Im April 2005 haben Bund und Kantone im Rahmen des Dialogs «Nationale Gesundheitspolitik» den Referenzrahmen psychische Gesundheit<sup>43</sup> zur Kenntnis genommen und den interessierten Kreisen zur Umsetzung empfohlen (vgl. auch Public Health Schweiz, 2009).

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), der Bund (Bundesamt für Gesundheit, Bundesamt für Sozialversicherung und Staatssekretariat für Wirtschaft SECO) und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz haben im Mai 2010 ein «Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit» erarbeitet (Schibli et al., 2010). Dieses Konzept plädiert für eine Erweiterung der in einigen Kantonen bestehenden «Bündnissen gegen Depression» (vgl. Kap. 3.3.3.). In den «Bündnissen gegen Depression» würden Gesundheitsförderung und Prävention heute zumeist vernachlässigt. Sie richteten sich an der Krankheit Depression aus und verfolgten einen kurativen Ansatz. Dieser Fokus müsse verändert werden, weg von der Störung und hin zur psychischen Gesundheit. Das Konzept schlägt vor, die beiden Ansätze zu verknüpfen. Um eine solche Verknüpfung zu etablieren, wird für ein erweitertes Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz plädiert. Dieses soll in einer ersten Phase durch die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK), das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Gesundheitsförderung Schweiz getragen werden und prinzipiell alle Organisationen und bestehenden Netzwerke im Bereich psychische Gesundheit/psychische Krankheit einschliessen. Das Netzwerk

<sup>41</sup> Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002, S. 20 ff.

<sup>42</sup> Auf Initiative des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) wurde 1998 ein Prozess unter dem Namen «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» in Gang gebracht. Sein Ziel: Die Gesundheitspolitiken von Bund und Kantonen besser aufeinander abstimmen. Die Geschäftsstelle ist im Bundesamt für Gesundheit eingebettet. Mit der Nationalen Gesundheitspolitik verknüpft ist das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, welches dem Bundesamt für Statistik angegliedert ist.

<sup>43</sup> Im Referenzrahmen (Teil A, S. 12 bis 51) des Dokuments ist die Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz beschrieben (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004.).

<sup>38</sup> [www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/changingminds.aspx](http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/changingminds.aspx)

<sup>39</sup> [www.seemescotland.org/](http://www.seemescotland.org/)

<sup>40</sup> [www.openthedoors.com/](http://www.openthedoors.com/)

will nicht selber Programme anbieten, sondern soll die Vernetzung, den Wissensaustausch und das Schnittstellenmanagement zwischen den Akteuren im Bereich psychische Gesundheit verbessern. Dazu sollen ein/e Netzwerkkordinator/in und eine webbasierte Plattform eingesetzt werden. Per 1. Dezember 2011 wurde eine Koordinationsstelle geschaffen, die bei der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz angesiedelt ist.

Das Dokument von Schibli et al. (2010) ist einer vergleichbaren Philosophie verpflichtet wie das vorliegende und verfolgt eine ähnliche Stossrichtung. Die Arbeitsgruppe begrüsst deshalb die Anstrengungen der beteiligten Partner GDK, Bund und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.

Der Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PrävG), der vom Bundesrat am 30. September 2009 zuhanden des Parlaments verabschiedet worden ist, definiert Krankheit in Artikel 3 als «Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit».<sup>44</sup>

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat in ihrer langfristigen Strategie «Psychische Gesundheit – Stress» als eines von drei Kernthemen definiert.<sup>45</sup>

Es gibt in der Schweiz vielfältige gesundheitsförderliche Aktivitäten von privaten und halbstaatlichen Institutionen. Diese zielen teilweise auf die Prävention psychischer Störungen ab. Zu nennen sind namentlich Aktivitäten von Organisationen wie Pro Mente Sana, Krebsliga, Pro Senectute, Pro Juventute, Dargebotene Hand, von Selbsthilfeorganisationen, von Beratungsstellen, von kirchlichen Sozialeinrichtungen und von der Stiftung Radix Gesundheitsförderung. Seit 2008 gibt es das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz, ein Netzwerk aus gesamtschweizerisch tätigen Organisationen, Institutionen oder spezifischen Fach-, Selbsthilfe- und Betroffenengruppen, die sich gemeinsam für die psychische Gesundheit stark machen.

Im März 2011 haben die eidgenössischen Räte das Bundesgesetz über die Psychologieberufe verabschiedet. Das Gesetz tritt voraussichtlich am 1.1.2013 in Kraft. Das Psychologieberufegesetz verlangt ein Masterstudium der Psychologie, damit sich eine Person als Psychologin bzw. Psychologe bezeichnen kann. Es definiert fünf Weiterbildungstitel: Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychologie, klinische Psychologie, Neuropsychologie und Gesundheitspsychologie. Der

eidgenössisch anerkannte Weiterbildungstitel in Gesundheitspsychologie dürfte für die Prävention psychischer Erkrankungen von besonderer Bedeutung sein. Das Gesetz schützt Klientinnen und Klienten psychologischer Dienstleistungen vor Täuschung und Missbrauch, stärkt die Psychologieberufe und regelt das Berufsgeheimnis wie bei den Ärztinnen und Ärzten. Dadurch leistet das Gesetz mittelfristig einen Beitrag zur Prävention psychischer Erkrankungen.

### 3.3.3. Andere Kantone

In der Schweiz unterstützt das BAG seit 2006 die kantonale Einführung des Aktionsprogramms «Bündnis gegen Depression». Zuerst wurde die Bündnisidee vom Kanton Zug ([www.zugerbuendnis.ch](http://www.zugerbuendnis.ch)) und dann vom Kanton Bern ([www.berner-buendnis-depression.ch](http://www.berner-buendnis-depression.ch)) übernommen und umgesetzt. Anfang 2012 sind in den Kantonen Appenzell Innerrhoden und Ausserrhoden, Bern, Genf, Graubünden, Solothurn, St. Gallen und Thurgau Bündnisse in Umsetzung. Im Kanton Freiburg gibt es das Suizidpräventionsprogramm PréSuiFri. Weitere Programme zur psychischen Gesundheit werden in den Kantonen Neuenburg, Schwyz, Tessin, Waadt und Wallis durchgeführt, geplant sind 2012 solche in den Kantonen Aargau, Thurgau und Uri (gemäss eigenen Angaben der Kantone im Rahmen einer Umfrage der Vereinigung der kantonalen Beauftragten für Gesundheitsförderung, VBGF, im September 2011).

Im Kanton Zug wurde nach Abschluss der Bündnis-Kampagne ein breites Konzept zur psychischen Gesundheit entworfen (Gesundheitsdirektion des Kantons Zug, 2008a). Dieses basierte auf den Ergebnissen einer breit abgestützten Gesundheitsbefragung 2008 und stützt sich auf fünf Säulen: 1. Gesellschaftliche Sensibilisierung, 2. Förderung der psychischen Gesundheit, 3. Früherkennung und Suizidprävention, 4. Reintegration sowie 5. Unterstützung der Selbsthilfe. Auch im Kanton Luzern ist das Pilotprojekt «Bündnis gegen Depression» abgeschlossen und wird jetzt – wie im Kanton Zug – in ein umfassenderes Aktionsprogramm Psychische Gesundheit integriert.

Basel-Stadt hat im November 2010 das Aktionsprogramm «Psychische Gesundheit Basel-Stadt» gestartet. Die Ziele des Programmes sind die Sensibilisierung der Bevölkerung für das Thema und eine bessere Vernetzung und Bekanntmachung von Fachleuten und Institutionen. Weiter sollen Betroffene in ihrer Selbsthilfe gestärkt werden und es werden Weiterbildungsangebote für wichtige Multiplikatoren (Ärztinnen und Ärzte, Apotheker/innen, Arbeitgeber/innen, etc.) angeboten.<sup>46</sup>

<sup>44</sup> Das Gesetz befindet sich zur Zeit der Drucklegung des vorliegenden Berichts in der parlamentarischen Behandlung. Die Verabschiedung durch die Räte ist ungewiss.

<sup>45</sup> Vgl. [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) und Gesundheitsförderung Schweiz, 2005.

<sup>46</sup> vgl. [www.allesgutebasel.bs.ch](http://www.allesgutebasel.bs.ch)

### 3.4. Prävention psychischer Erkrankungen im Kanton Zürich

Der Regierungsrat hatte bereits 1991 das ISPMZ «mit der Aufgabe der Planung, Förderung und Verbreitung der Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton, soweit es dem Staat obliegt», beauftragt. 1992 wurde ein kantonaler Beauftragter für Prävention und Gesundheitsförderung am ISPMZ ernannt und mit der erweiterten Sanitätskommission ein beratendes Organ für Prävention und Gesundheitsförderung geschaffen. Im Jahr 2000 wurde die Abteilung «Prävention und Gesundheitsförderung» am ISPMZ geschaffen. Sie wird vom kantonalen Beauftragten geleitet und ist verantwortlich für die Gesamtkoordination von präventiven Massnahmen auf kantonomer Ebene. Im Herbst 2004 verabschiedete die Regierung das «Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich». Es sieht als eine von vier Strategien die Durchführung von Schwerpunktprogrammen (SPP) vor. Bereits abgeschlossen sind die SPP «Bewegung – Ernährung – Entspannung» und «Betriebliche Gesundheitsförderung». In den Legislaturzielen 2007–2011 hat der Regierungsrat die Bekämpfung der Fettleibigkeit als Ziel definiert. In Zusammenarbeit mit der Bildungs- und der Sicherheitsdirektion koordiniert die zuständige Abteilung des ISPMZ die Massnahmen zur Förderung gesunden Körpergewichts im Kanton Zürich. Sie entsprechen faktisch einem SPP.

Abgesehen von der gut ausgebauten Suchtprävention wurde gestützt auf das genannte Konzept bisher wenig für die Prävention psychischer Erkrankungen umgesetzt. Auch das Psychatriekonzept des Kantons Zürich (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 1999) enthält nur allgemeine Hinweise zur Prävention psychischer Störungen. Immerhin erwähnt es aber die Strukturen der Suchtprävention.

Im Kanton Zürich haben sich bisher vor allem Gemeinden, private und kirchliche Organisationen für die Prävention psychischer Störungen engagiert. Viele der oben erwähnten nationalen Organisationen haben mehr oder weniger aktive Zürcher Ableger.

Institutionen von Kanton und Gemeinden sind die wichtigsten Suchtpräventionsstellen sowie die besonders zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld eingerichteten Dienste: Schulärztliche Dienste, Jugendsekretariate, Mütter- und Kleinkinderberatungsstellen und andere Angebote im Kleinkindbereich sowie die Fachstelle für Elternbildung. Der Beratungsdienst Elternnotruf wird vom

Kanton Zürich unterstützt, ist rund um die Uhr erreichbar und bietet telefonische Beratung in Krisensituationen. Ein niederschwelliges Abklärungs- und Beratungsangebot der schulpsychologischen Dienste steht bei psychischer Belastung und schulischer Über- oder Unterforderung zur Verfügung.<sup>47</sup> Grössere Gemeinden wie die Stadt Zürich oder Winterthur unterhalten eigene Institutionen, die Gesundheitsförderung betreiben.<sup>48</sup>

Der Zürcher Regierungsrat anerkennt in einem Beschluss vom 30. November 2011 Handlungsbedarf im Bereich der Suizidprävention. Mit dem Bericht reagierte die Regierung auf ein überwiesenes Postulat aus dem Jahr 2008 (Postulat KR Nr. 2008/20). Sie stützt sich bei ihrer Analyse hauptsächlich auf einen Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (Ajdacic-Gross et al. 2011, vgl. Bsp. 12).

Für das weitere Vorgehen sieht der Regierungsrat vor, die Suizidprävention als Schwerpunktthema im Sinne des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung (ISPMZ, 2004) zu definieren. Die Trägerschaft sollte dabei vorzugsweise in eine bestehende Institution integriert sein, jedoch wegen der Gefahr der Stigmatisierung und der sich daraus ergebenden Schwellenangst nicht bei einer Institution der Psychiatrie angegliedert sein. Die Regierung erwartet, dass ein auf dem oben genannten Expertenbericht basierendes Programmkonzept die zu erwartenden Kosten von jährlich ca. 300'000 Franken für ein Kompetenzzentrum und von maximal 5,75 Mio. Franken für die dreiphasige<sup>49</sup> Umsetzung von Massnahmen detaillierter aufzeigt, da ihr die im Bericht genannten Zahlen sehr hoch erscheinen. Die genannten Maximalkosten von 5,75 Mio. Franken beziehen sich auf einen Umsetzungszeitraum von drei bis fünf Jahren.

<sup>47</sup> Zum Zeitpunkt der Niederschrift dieses Berichtes ist es ungewiss, ob die geplante Kantonalisierung der schulpsychologischen Dienste im Kanton Zürich umgesetzt wird.

<sup>48</sup> Vgl. zur Vielfalt von Projekten die Beispiele in den Kap. 5. und 7. Eine kommentierende Einordnung der Beispiele findet sich im Kap. 8. auf S. 67.

<sup>49</sup> Der Betrag verteilt sich auf drei Phasen, deren Kosten auf maximal 2,2 Mio. Franken, 1,25 Mio. Franken und 2,3 Mio. Franken geschätzt werden.



## 4. Grundsätze für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen

Das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich nennt sechs Grundsätze für die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten (vgl. ISPMZ, 2004, S. 39 ff.). Diese gelten auch für das Gebiet der psychischen Gesundheit. Die unten jeweils fett gedruckten Einleitungssätze wurden unverändert aus dem allgemeinen Konzept übernommen. Die anschliessenden Erläuterungen wurden umformuliert und dem Bereich der psychischen Gesundheit angepasst. Zusätzlich wurde als siebter Grundsatz «Entstigmatisierung» aufgenommen. Der Grund dafür ist, dass psychisch Erkrankte stärker stigmatisiert werden als Personen mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen (vgl. Finzen, 2001; Thornicroft, 2006; Goffman, 1963; Arboleda-Florez & Sartorius, 2008). Dies kann den Erfolg von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen beeinträchtigen (vgl. Kap. 2.4.2.). Deshalb erhält die Entstigmatisierung im vorliegenden Bericht besonders grosses Gewicht, was sich auch in den Grundsätzen zeigen soll.

### 4.1. Empowerment und Selbstverantwortung

**Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten entsprechen dem Prinzip des Empowerment und fördern damit den selbstverantwortlichen Umgang der Menschen mit ihrer Gesundheit.**

Empowerment weckt und entwickelt die Stärken und Fähigkeiten von Einzelpersonen, von Gruppen und Organisationen, damit sie ihr eigenes Leben bestmöglich selbst bestimmen und ihre soziale Umwelt mitgestalten. Empowerment setzt bei den Lebensbedingungen und Ressourcen an, insbesondere bei jungen und älteren Menschen in schwierigen Situationen.

Handlungsziel der Gesundheitsförderungs-Akteurinnen und -Akteure ist, Menschen den Zugang zum Rüstzeug für eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen und damit einen Prozess anzustossen, durch den Personen innerhalb sozialer Systeme persönliche, organisatorische oder gemeinschaftliche Ressourcen erkennen und nutzen können. Der Anerkennung der Freiwilligenhilfe durch Angehörige ist besonders Rechnung zu tragen, weil es bei der Unterstützung für ein psychisch krankes Familienmit-

glied wichtig ist, dass die Angehörigen selber gesund sind, in materieller Sicherheit leben und wissen, wo sie für sich selber um Hilfe nachsuchen können.

### 4.2. Partizipation

**Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten streben eine möglichst hohe Partizipationsintensität an.**

Partizipation ist ein zentrales Postulat heutiger Konzepte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Sie meint den Einbezug der jeweiligen Zielgruppen (z.B. Alter ab 65; Migrantinnen und Migranten; Einkommensschwache etc.) oder Lebensbereiche (z.B. Heime; Gemeinden; Betriebe etc.) in Planung, Durchführung und Überprüfung von Projekten. Die Expertise von Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind, ist aktiv einzuholen und zu nutzen.

Mit diesem Vorgehen können zentrale Anliegen von Betroffenen und mögliche Hindernisse für ein Projekt frühzeitig erkannt werden. Es gibt unterschiedliche Erscheinungsformen und Intensitäten der Partizipation von Personen und Akteuren. Sie kann von der Information bis zur institutionalisierten Entscheidungsmacht reichen. Es hängt von den jeweiligen Projekten ab, welche Form und Intensität von Partizipation angebracht ist.

### 4.3. Kooperation und Netzwerkbildung

**Partner/innen in kantonal unterstützten Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten verpflichten sich zur Zusammenarbeit mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren. Netzwerke sind die anzustrebende Form der Zusammenarbeit.**

Personen und Organisationen, die auf die Gesundheit Anderer Einfluss haben, sollen zusammenarbeiten. So lassen sich Erfahrungen austauschen, Doppelspurigkeiten verhindern und Synergien gewinnen. Weil die Prävention und die Behandlung psychischer Erkrankungen kantonale Aufgaben sind und die Gesundheitsförderung auch eine Aufgabe der Gemeinden darstellt, ist eine enge Vernetzung von Kanton und Gemeinden notwendig.



#### 4.4. Chancengleichheit

**Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten dürfen sich nicht negativ auf die Chancengleichheit auswirken und sollen diese in der Regel verbessern.**

Auf bildungsferne Bevölkerungsschichten, Migrantinnen und Migranten aus kriegsbelasteten Ländern, sozial isolierte, finanziell schlecht gestellte Menschen («working poors»; Ein-Eltern-Familien) sowie Personen, die drohen aus dem Erwerbsleben herauszufallen oder bereits arbeitslos sind, ist ein besonderes Augenmerk zu richten.

Kantonal beeinflusste Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten sollen leicht verständlich, altersgerecht und niederschwellig zugänglich sein und möglichst die erwähnten Bevölkerungsgruppen erreichen. Dabei sollen vorhandene psychosoziale Belastungen reduziert und gleichzeitig individuelle und soziale Schutzmechanismen gestärkt werden. Verhältnisprävention ist besonders geeignet, die Chancengleichheit zu verbessern.

#### 4.5. Subsidiarität

**Organisationen und Personen, die einen engen Bezug zu einer bestimmten Lebenswelt haben, sollen bei der Konzeption und in der Umsetzung von Projekten in dieser Lebenswelt primär berücksichtigt werden.**

Damit die öffentliche Hand möglichst wenig der Gesundheitsförderungsmaßnahmen selbst tragen muss, sollte die Öffentlichkeitsarbeit einen Schwerpunkt darauf legen, Motivationsarbeit zu leisten, damit zum Beispiel Betriebe, Vereine, Vermieter/innen und Kirchen die Aufgaben für ihre Mitarbeiter/innen bzw. Mitglieder oder Mieter/innen und deren Familien übernehmen. Die beteiligten Partner im Kanton Zürich könnten sich die Aufgaben aufteilen, um möglichst viele gesellschaftliche Subgruppen zu erreichen. Das Prinzip der Multiplikation sollte genutzt werden. Nur Bevölkerungsgruppen, die schlecht durch private Initiativen erreicht werden können, sollten direkt durch öffentliche bzw. staatliche Institutionen angesprochen werden.

#### 4.6. Längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung

**Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten sind so zu gestalten, dass sie eine lang dauernde Wirkung entfalten können.**

Projekte und kontinuierliche Arbeit für die Gesundheitsförderung sollten bei Institutionen angesiedelt werden, die dauerhaft vorhanden sind. Die Projekte sollten so geplant werden, dass sie bei Erfolg in Vereine oder Stiftungen umgewandelt werden können. Die Verwaltungen von Kantonen und Gemeinden sind als Vorbild-Arbeitgeber/innen ebenfalls gute Ansiedlungsorte mit Ausstrahlung und Durchhaltevermögen bei der Umsetzung. Durch eine Erfolgsevaluation der Projekte – wenn möglich mit Bezug auf ökonomische Kennzahlen – können Projekte zusätzlich langfristig institutionalisiert werden. Der Verhältnisprävention ist besonderes Gewicht einzuräumen, weil sie tendenziell längerfristiger wirkt als individuell orientierte Verhaltensprävention.

#### 4.7. Entstigmatisierung

**Kantonal unterstützte Gesundheitsförderungsaktivitäten beinhalten Massnahmen zur Entstigmatisierung von psychischer Krankheit im Handlungsraum, in dem sie stattfinden.**

Ein sachlicher und möglichst angstfreier Umgang mit psychischen Störungen verbessert die Voraussetzungen für erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in diesem Bereich. Deshalb sollen Wissen und Verständnis in der Bevölkerung und bei Fachleuten gefördert und damit eine Einstellungsänderung herbeigeführt werden. Ziel ist die Gleichbehandlung von körperlicher und psychischer Krankheit und ein breiteres Verständnis von psychischer Gesundheit. Die Diskriminierung aufgrund von psychischer Krankheit soll aufhören. Wo immer möglich und sinnvoll, soll auch auf der Ebene der gesellschaftlichen Verhältnisse (z.B. Gesetzgebung) auf die Verwirklichung dieses Ziels hingewirkt werden.

Um der Konzeption von Aktivitäten zur Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit einen Rahmen zu geben und zu erleichtern, werden nachfolgend Grundlagen dargelegt und Vorgaben formuliert. In einem ersten Schritt wird der ganze mögliche Wirkungsraum aufgespannt (Kap. 5.). Anschliessend werden Regeln aufgestellt, wie aus diesem Raum Massnahmen auszuwählen und zu Schwerpunktprogrammen zusammenzustellen sind (Kap. 6.1., S. 59). Die Anforderungen, denen Schwerpunktprogramme genügen müssen, werden in den Kap. 6.2. (Allgemeine Kriterien für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung, S. 60) und 6.3. (Zieldefinition für Schwerpunktprogramme zu psychischer Gesundheit, S. 60) aufgeführt. Bei der Zieldefinition sind insbesondere die Messbarkeit und Beeinflussbarkeit der gewählten Parameter zu beachten.

Der ganze mögliche Wirkungsraum von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen für die psychische Gesundheit wird durch drei Dimensionen aufgespannt. Sie stellen dar, **wie** (Interventionen), **bei wem** (Zielgruppen) und **wo** (Lebensbereiche) gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten erfolgen können. Grafisch lassen sich die drei Dimensionen durch einen Würfel darstellen.

Um das weite Feld der Handlungsmöglichkeiten zu ordnen, werden die drei Dimensionen Interventionen, Zielgruppen und Lebensbereiche je wiederum in drei Kategorien gegliedert.

Mit dieser Strukturierung lässt sich ein grosser Teil, aber nicht der ganze Raum abbilden, in dem Massnahmen für die psychische Gesundheit sinnvoll sind. Es gibt wahrscheinlich Inhalte, die ausserhalb der gewählten Kategorien liegen und doch für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Frage kommen. Sie sollen nicht ausgeschlossen werden. Andererseits gibt es Themen, die für die psychische Gesundheit sehr wohl von Bedeutung sind, in diesem Grundlagenbericht jedoch bewusst ausgeklammert werden. Dazu gehört die Suchtprävention (vgl. Kap. 5.1.3.).

Die Kategorien werden je in drei bis vier Subkategorien gegliedert. Nachfolgend werden Dimensionen, Kategorien und Subkategorien im Detail vorgestellt.

Abb. 2: Drei Dimensionen

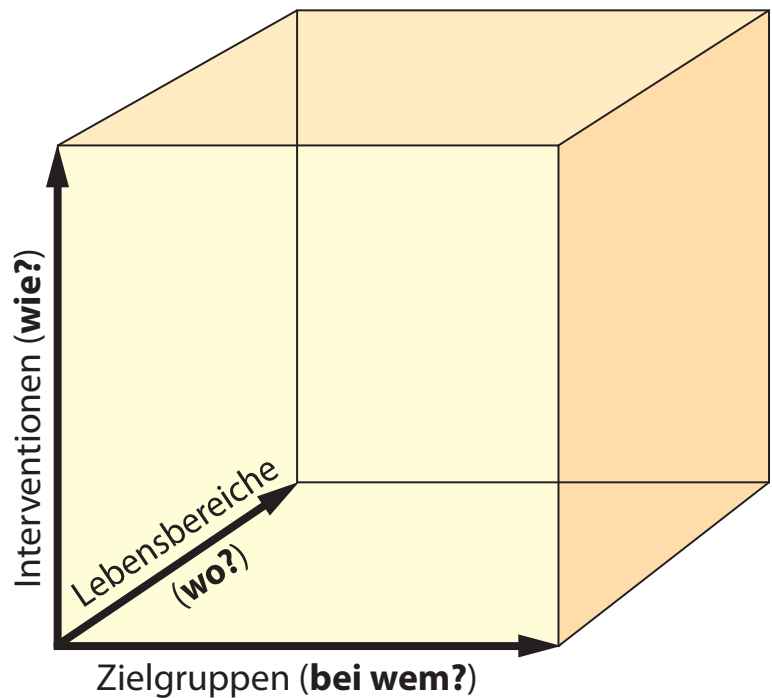
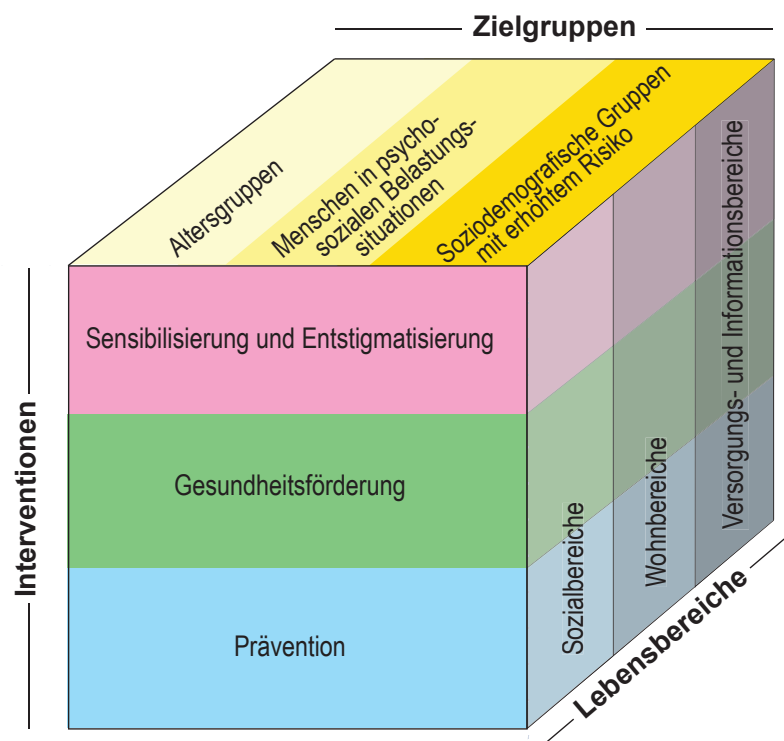


Abb. 3: Einfaches Kubus-Modell



### 5.1. Interventionen

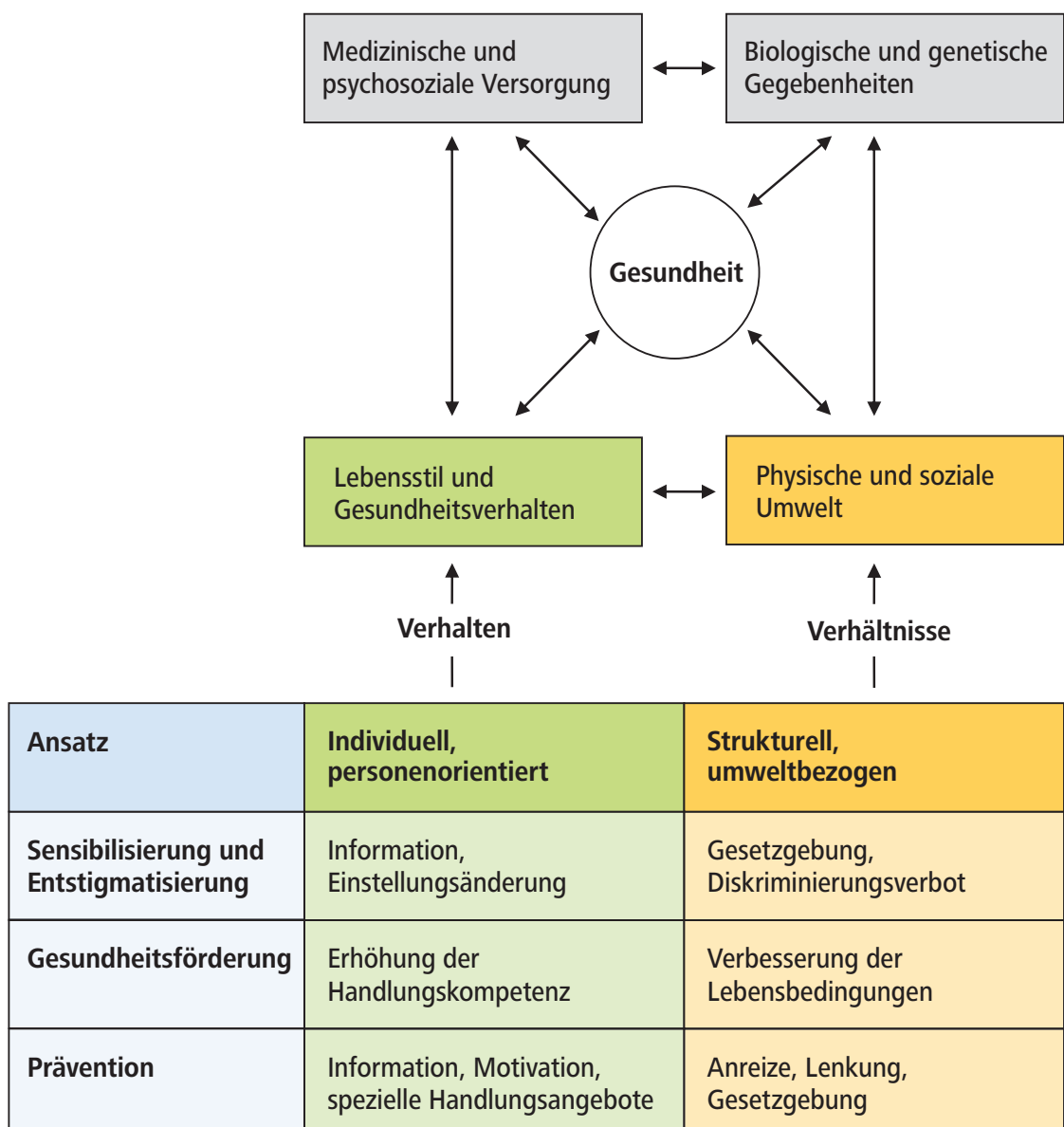
Um Interventionen zur Prävention psychischer Erkrankungen zu bestimmen, müssen die Determinanten der psychischen Gesundheit berücksichtigt werden. In Abb. 4 werden die vier wesentlichen Faktoren dargestellt, welche die (psychische) Gesundheit beeinflussen.

Wesentliche Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit gehen von biologischen und genetischen Gegebenheiten sowie vom medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem aus. Für Prävention und Gesundheitsförderung (für Definitionen vgl. Kap. 2.1.) stehen aber die Einflussfaktoren «Lebensstil und Gesundheitsverhalten» und «Physische und soziale Umwelt» im Zentrum. Prävention und Gesundheits-

förderung richtet sich einerseits personenorientiert an Einzelne und Personengruppen (Verhalten) und zielt andererseits strukturell auf eine Veränderung der Umwelt und der Lebensbedingungen (Verhältnisse) ab. Eine ausführliche Liste von einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren findet sich in Anhang C auf S. 82.

Im Unterschied zum allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (ISPMZ, 2004, S. 10) nennt der vorliegende Bericht neben «Prävention» und «Gesundheitsförderung» zusätzlich «Sensibilisierung und Entstigmatisierung» als eigenen Interventionsansatz. Der Grund dafür ist, dass psychisch Erkrankte stärker stigmatisiert werden als Personen mit anderen gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

**Abb. 4: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung**



Die Bereitschaft, sich zu verändern, kann bei Menschen und Organisationen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und muss bei Interventionen beachtet werden. Stadienmodelle beschreiben Veränderungsprozesse. Das bekannteste – das «trans-theoretische Modell» (Prochaska & DiClemente, 1984) – unterscheidet die fünf Phasen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines Verhaltens.

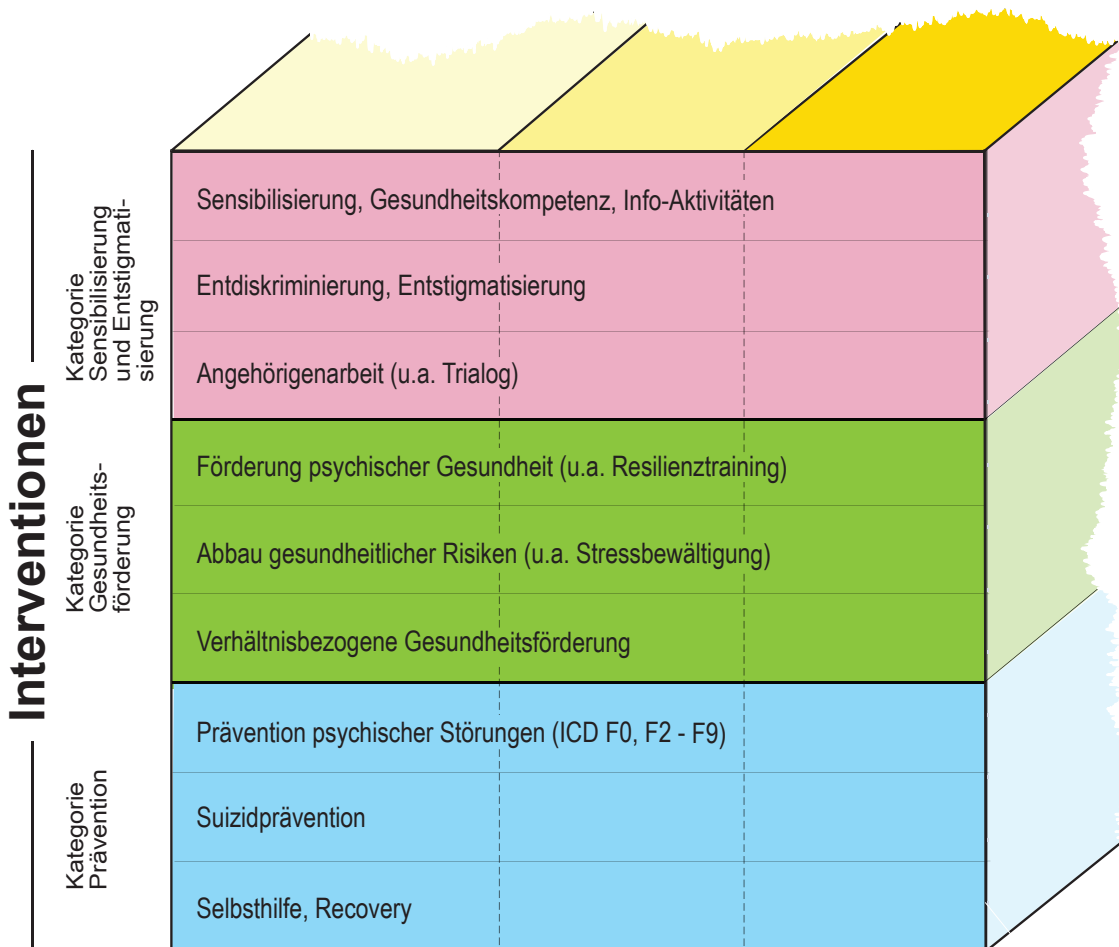
Ein ähnliches Modell, das sich aber auf Gruppen anstatt auf Einzelpersonen bezieht, ist das Modell zur «Community Readiness» von Edwards et al. (2000). Es beschreibt anhand von neun Stufen das Problembewusstsein bzw. die Bereitschaft von relevanten Akteuren in Gemeinden/Gemeinschaften, Massnahmen gegen ein Problem umzusetzen. Je nach Stadium sind andere Ansätze angezeigt.

### 5.1.1. Sensibilisierung und Entstigmatisierung

Prävention und Gesundheitsförderung richten sich an alle. Der Erfolg von Massnahmen für die psychische Gesundheit hängt vom Wissen und vom Verständnis der Fachleute und der Bevölkerung über psychische Gesundheit und Krankheit ab. Zu diesem Schluss kommen auch Stähli et al. (2007, S. 145) im Zürcher Gesundheitsbericht von 2007: «Die Prävention von psychischen Erkrankungen setzt eine Verbesserung des Wissenstandes in der Bevölkerung voraus. Eine solche Verbesserung sollte zu einer Versachlichung des Umgangs mit psychischen Krankheiten führen.»

Die Bevölkerung setzt sich aus Gruppen zusammen, die unterschiedlich auf Informationen reagieren. Entsprechend sind die Informationskanäle und -inhalte zu gestalten. Namentlich sind dem Bildungsstand, der kulturellen Herkunft, der sozioökonomischen Situation und dem Geschlecht Beachtung zu schenken.

Abb. 5: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Interventionen»



Etwa ein Drittel der Menschen mit einer kürzlich erlebten, schweren Depression beansprucht professionelle Hilfe oder nutzt alternative Hilfsangebote (z.B. Windhorse<sup>50</sup>). Bei lang andauernden Depressionen sind es im Laufe ihres Lebens zwei Drittel der Betroffenen. Im Rahmen der Zürich-Studie konnte gezeigt werden, dass die meisten Personen mit deutlichen psychischen Symptomen annehmen, mit dem Problem selber fertig zu werden oder es zusammen mit Partner/in, Freundinnen und Freunden sowie Bekannten bewältigen zu können. In anderen Untersuchungen wurde gezeigt, dass die Depression von der Mehrheit der Bevölkerung (ca. 60%) als Krise und nicht als Krankheit beurteilt wird. Die Konzeption der Depression als Krise verhindert einerseits Stigmatisierungen und führt andererseits dazu, dass auf eine sinnvolle Behandlung verzichtet wird (Stähli et al., 2007, S. 144).

Sind Entstigmatisierungsmassnahmen erfolgreich, zögern betroffene Personen weniger, Hilfe (rechtzeitig) in Anspruch zu nehmen. Auf die Gesundheit hat dies einen positiven Einfluss. Die Auswirkungen auf die Kosten sind schwierig abzuschätzen. Wenn die Entstigmatisierung dazu führt, dass Erkrankungen durch offene Gespräche im privaten Umfeld verhindert werden, dürfte die Bilanz positiv ausfallen, da dies keine Kosten verursacht. Mit der Entstigmatisierung wird jedoch auch die Schwelle gesenkt, professionelle Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Auch hier kann die Bilanz positiv ausfallen, wenn die Kosten einer späteren schwereren Erkrankung jene einer frühzeitigen Behandlung übersteigen. Andererseits ist zu beachten, dass Entstigmatisierung einer aus gesundheitsökonomischer Sicht unerwünschten Überversorgung Vorschub leisten kann. Die Zahlen zur gegenwärtigen Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen (Kap. 3.2.) könnten dahingehend interpretiert werden, dass dies im Kanton Zürich schon teilweise der Fall ist. Es ist jedoch wissenschaftlich nicht nachgewiesen, in welchen therapeutischen Bereichen oder bei welchen Bevölkerungsgruppen eine Überversorgung vorhanden ist oder droht. Untersuchungen dazu wären hilfreich. Einigermassen plausibel erscheint immerhin, dass die Schwelle, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, bei gut gebildeten Personen tiefer liegt. Das müsste bei Entstigmatisierungsmassnahmen so weit wie möglich berücksichtigt werden. Interventionen zur Sensibilisierung und Entstigmatisierung werden mit Vorteil in einem dialogischen Vorgehen, welches Betroffene, Angehörige und Fachpersonen mit einschliesst, angegangen. Nachfolgend wird auf die drei Subkategorien der Kategorie Sensibilisierung und Entstigmatisierung eingegangen.

<sup>50</sup> Das Projekt Windhorse wurde vom amerikanischen Psychiater und Psychoanalytiker Edward M. Podvoll (1936–2003) begründet. Im Windhorse-Behandlungsmodell stehen die Selbstheilungskräfte des Menschen im Vordergrund (vgl. Podvoll, 2004 oder [www.windhorse.de](http://www.windhorse.de)).

### Sensibilisierung, Gesundheitskompetenz, Info-Aktivitäten:

Wissen über psychische Gesundheit und Krankheit und einschlägige Präventions- und Gesundheitsförderungsmöglichkeiten sind Voraussetzung, um etwas gegen psychische Krankheiten tun zu können. Gesundheitskompetenz (engl. Health Literacy) geht über reines Wissen hinaus und umfasst auch die Fähigkeit, im Sinne einer besseren Gesundheit Entscheidungen zu treffen und entsprechend zu handeln.

Im Bereich der Sensibilisierung für psychische Belastungen und Störungen können Betroffene wertvolle und glaubwürdige Informationsarbeit leisten. Im Sinne des Grundsatzes des Empowerments (vgl. 4.1.) bleiben sie dabei nicht passive Betroffene, sondern werden zu befähigten Expertinnen und Experten.

## Hinweise zu den Beispielen

Zu den meisten Subkategorien des Kubus werden nachstehend jeweils Beispiele aufgeführt. Sie haben illustrierenden Charakter und stellen keine Bestandesaufnahme dar. In Kap. 8. wird eingehender erläutert, wie die Beispiele zu verstehen sind, welche Funktion und welchen Stellenwert sie haben. Die Beispiele sind für das Verständnis des Textes nicht notwendig und können bei der Lektüre übersprungen werden. Die Beispiele sind durchnummeriert und werden jeweils mit den Abkürzungen **«PI»**, **«PR»** oder **«PRZ»** gekennzeichnet.

Mit **PI (Projektidee)** werden Massnahmen bezeichnet, von denen der Arbeitsgruppe nicht bekannt ist, dass sie schon verwirklicht worden sind.

Mit **PR (Projekt realisiert)** werden Projekte bezeichnet, die schon irgendwo **ausserhalb des Kantons Zürich umgesetzt** worden sind.

Mit **PRZ** werden Projekte bezeichnet, die zumindest teilweise bereits **im Kanton Zürich realisiert** worden sind.

Bei einigen Beispielen ist die Zuteilung zu einer der drei Kategorien schwierig bzw. nicht eindeutig vorzunehmen.

Das **Kap. 8.** beinhaltet einen Kommentar zu den Beispielen.

In **Anhang D** auf S. 85 befindet sich eine **Liste mit allen Beispielen**. Zusätzlich zu den Informationen in den Kästchen im Haupttext ist dort vermerkt, wenn bekannt ist, dass die Beispiele evaluiert worden sind.

**Bsp. 1: Über psychische Krankheiten informieren (PR)**

Informationskampagnen vermitteln Wissen über Wesen und Ursprung von Depression, Schizophrenie und Angststörungen, und darüber, wie diesen Erkrankungen vorgebeugt und wie sie behandelt werden können. Verschiedene der ausländischen Kampagnen, die in Kap. 3.3.1. erwähnt wurden, enthalten Informationsteile (z.B. die schottische «See me»- und die englische «Changing minds»-Kampagne). Die «Bündnisse gegen Depression» klären über Depression auf (z.B. [www.buendnis-depression.de](http://www.buendnis-depression.de) oder [www.berner-buendnis-depression.ch](http://www.berner-buendnis-depression.ch)).

Der Verein Trialog Winterthur informiert in Schulen über psychische Störungen. Dabei treten Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Fachleute gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern in einen Erfahrungsaustausch ([www.trialog-winterthur.ch](http://www.trialog-winterthur.ch) > Schulprojekte).

**Bsp. 2: Die meisten psychischen Erkrankungen sind heilbar (PRZ)**

Die Bevölkerung sollte darüber aufgeklärt werden, dass psychische Erkrankungen in der Regel heilbar sind (vgl. z.B. WHO, 2001) und dass die meisten Betroffenen wieder gesund werden. In den Kampagnen der «Bündnisse gegen Depression» ist die Behand- und Heilbarkeit von Depression ein zentrales Element (vgl. z.B. [www.zugerbuendnis.ch](http://www.zugerbuendnis.ch)).

In der so genannten Recovery-Bewegung machen engagierte Fachleute und Angehörige darauf aufmerksam, dass Genesung auch von schweren psychischen Erkrankungen möglich ist und das Vorurteil «Einmal krank – immer krank» unbegründet ist. Pro Mente Sana hat die DVD «Recovery – wie die Seele gesundet» produziert. In acht Filmportraits erzählen Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen und mit verschiedenen Krankheitsbildern ihre Genesungsgeschichte. ([www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch) > Publikationen > Audiovisuelle Medien).

**Entdiskriminierung, Entstigmatisierung:**

Psychische Erkrankungen rufen Verunsicherung und Ängste hervor und können zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen (vgl. Kap. 2.4.2.). Dies kann von der Prävention bis zur Behandlung psychischer Störungen negative Folgen haben (Social Exclusion Unit, 2004). Durch Entstigmatisierungsmassnahmen könnten psychische Störungen zu sozial akzeptierten, «normaleren» Krankheiten werden. Es kann vermittelt werden, dass für Betroffene ein sinnerfülltes, selbstbestimmtes Leben möglich ist, wenn ihnen die Gesellschaft die Möglichkeit gibt, am sozialen Leben teilzunehmen.

Erfolgreich scheinen strukturelle Massnahmen wie Diskriminierungsverbote zu sein (vgl. etwa den briti-

schen «Disability Discrimination Act», Bsp. 4). Bei den psychisch Erkrankten selber können Massnahmen gegen die Selbststigmatisierung im Sinne eines individuellen Stigma-Management von Nutzen sein (Corrigan & Lundin, 2001; Yanos et al., 2011). Pro Mente Sana hat eine Broschüre zum Umgang mit Selbststigmatisierung und Stigmatisierung publiziert (Rudolf, 2011). Freimüller & Wölwer (2012) haben für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Praxis ein nützliches Antistigma-Trainingsmanual veröffentlicht. Einflussnahme auf die Berichterstattung über psychisch kranke Menschen in den Medien, z.B. via Medienguidelines, hat sich auch schon als wirksam erwiesen (Wahlbeck & Mäkinen, 2008).

Bei Antistigma-Programmen ist zu beachten, dass es einfacher ist, Wissen über psychisches Kranksein in der Bevölkerung zu verbessern, als Vorurteile abzubauen und das daraus resultierende abwertende Verhalten zu verhindern. Direkter Kontakt zwischen Betroffenen und der Allgemeinbevölkerung scheint die wirksamste Massnahme gegen Stigmatisierung zu sein (Corrigan & Penn, 1999; Pettigrew & Tropp, 2006).

Sartorius & Schulze (2005) geben folgende Empfehlungen für Antistigma-Programme: Sie sollten langfristig und nicht nur als Kampagnen angelegt sein. Als Grundlage für Planung und Evaluation sollten theoretische Modelle dienen. Die Ziele sollten ambitioniert, aber erreichbar sein. Betroffene sollten bei der Konzeption und Umsetzung von Programmen einbezogen werden. Es sollten nicht nur Personen aus der Psychiatrie involviert sein, sondern auch solche aus Politik und Gemeinden.

Da Ärztinnen und Ärzte und Pflegefachleute ein höheres Ausmass an negativen Stereotypen gegenüber psychisch kranken Menschen zeigen (vgl. Kap. 2.4.2), sollten sie speziell angesprochen werden. Freimüller & Wölwer (2012) haben unter dem Titel «Antistigma-Kompetenz» ein Trainingsmanual mit vielen Übungen und Anleitungen für Professionelle in der Psychiatrie veröffentlicht.

Die Fachgruppe Mental Health von Public Health Schweiz gibt darüber hinaus folgende Empfehlungen ab (Martino et al., 2012): Antistigma-Programme sollten umfassend sein und sich sowohl an die Gesamtbevölkerung als auch an bestimmte Zielgruppen wenden. Wichtig sind Elemente, bei denen Betroffene, ihre Angehörigen, Fachleute und Dritte direkt ins Gespräch kommen. Programme sollten laufend evaluiert und gegebenenfalls korrigiert werden. Sie sollten in einem nationalen Rahmen stehen, aber sprachregional, regional oder lokal verankert sein und umgesetzt werden. Es ist

auf Hindernisse, wie die Ermüdung der beteiligten Personen zu achten. Der Nutzen des Programms sollte für alle Zielgruppen rasch ersichtlich sein («quick wins»). Sensible Themen wie Zwangshospitalisation und Gewalt gegen psychisch Kranke sollten angesprochen, aber nicht überbetont werden. Es sollten Materialien und Anlaufstellen vorhanden sein, die Interessierten zur Verfügung gestellt werden können. Gemäss Martino et al. (2012) sollte eine Antistigma-Kampagne zudem eine breit abgestützte, handlungsfähige, gut vernetzte und glaubwürdige (ohne Einfluss der Pharmaindustrie) Trägerschaft haben, die einen guten Zugang zu den Medien hat (vgl. auch Corrigan, 2011; Thornicrof et al., 2008).

#### Bsp. 3: Vorurteile abbauen (PRZ)

Bei Fachleuten sind Vorurteile gegenüber psychisch Kranken weiter verbreitet als in der übrigen Bevölkerung (vgl. Kap. 2.4.2.). Mit verschiedenen Interventionen wird versucht, etwas gegen diese Haltung zu unternehmen. In Veranstaltungen des Psychose-Seminars Zürich geht es u.a. um die Frage, was Fachleute, aber auch Menschen mit Psychosen und ihre Angehörige brauchen, um zu einer offenen und ehrlichen Begegnung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung in der Lage zu sein ([www.psychoseseminarzuerich.ch](http://www.psychoseseminarzuerich.ch)). Die Seminare folgen der Methode des Trialogs (vgl. Bsp. 6). Nützliche Übungen und Anleitungen für Fachleute finden sich in Freimüller & Wölwer (2012).

#### Bsp. 4: Gleichstellung von psychischen und körperlichen Krankheiten (PR)

Durch die Beeinflussung von Entscheidungstragenden wird auf die Gleichstellung von psychischen und körperlichen Krankheiten bei Sozial-, Taggeld- und Lebensversicherungen hingewirkt. Die Verantwortlichen sollten davon überzeugt werden, dass ein Beitrag an Resilienz-Trainings<sup>51</sup>, Stressbewältigungskurse und ähnliche Angebote bezahlt wird (analoge Regelung wie bei Fitnessabos). Das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz verlangt ([www.aktionsbuenndnis.ch](http://www.aktionsbuenndnis.ch)) in einer Petition u.a., «dass die Prävention und Behandlung von psychischen Erkrankungen jenen körperlicher Erkrankungen gleichgestellt wird».

In Grossbritannien stellt der «Disability Discrimination Act» von 2005 körperliche Beeinträchtigungen mit Lernschwierigkeiten oder Depressionen gleich. Das Gesetz schreibt den Betrieben vor, Massnahmen zu ergreifen, um Diskriminierung zu verhindern<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> Resilienz ist die Fähigkeit von Kindern und Erwachsenen, auch unter widrigen Umständen physisch und psychisch gesund zu bleiben (vgl. z.B. Siegler et al., 2011).

<sup>52</sup> [www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/13/contents/enacted](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/13/contents/enacted)

#### Angehörigenarbeit (u.a. Trialog):

Angehörige und Fachleute aus der Gesundheitsversorgung haben den intensivsten Kontakt zu psychisch Erkrankten. Namentlich die Angehörigen sind für diese Rolle nicht immer gut gerüstet. Die Kommunikation zwischen Erkrankten, Angehörigen und Fachleuten (so genannter Trialog) ist für die Genesung und das Wohlbefinden aller Beteiligten wichtig und anspruchsvoll. Sie gelingt nicht immer wunschgemäss.

Der Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie ([www.angehoerige.ch](http://www.angehoerige.ch)) ist dabei, Qualitätsstandards in der Angehörigenarbeit zu entwerfen.

#### Bsp. 5: Kurse für Angehörige (PRZ)

Es sollen Kurse, Coaching- und Supervisionsangebote für Angehörige psychisch Kranker gefördert werden, in denen diese lernen, ihre Rolle besser auszufüllen und ihre eigene Gesundheit nicht aufs Spiel zu setzen. VASK Zürich ([www.vaskzuerich.ch](http://www.vaskzuerich.ch)) bietet z.B. den Kurs «Profamilie» an, ein Schulungsprogramm für Angehörige von Schizophrenie-/Psychisch-Kranken.

#### Bsp. 6: Trialogisch orientierte Weiterbildungen (PRZ)

Fachleute aus der Versorgung werden ermuntert, Weiterbildungen (Fachtagungen) zu besuchen, in denen sie lernen, dass Betroffene und Angehörige Wissen bereitstellen können, das dem Gesundungsprozess zugute kommt (Trialog). Der Verein Trialog Winterthur ([www.trialog-winterthur.ch](http://www.trialog-winterthur.ch)) bietet verschiedene Seminare an, in denen Betroffene, Angehörige und Fachpersonen gleichberechtigt Erfahrungen austauschen und voneinander lernen.

### 5.1.2. Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 2.2.) zielt «auf einen Prozess, um allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen», heisst es in der Ottawa-Charta der WHO von 1986. Sie ist bis heute das Referenzdokument für die Gesundheitsförderung. Sie befasst sich mit den Prozessen und Vorgehensweisen, welche die Gesundheit im Alltag fördern (salutogenetischer Ansatz). Eine zentrale Aussage der Charta ist die Empfehlung, dass Gesundheitsförderung alle betroffenen Politikbereiche umfassen sollte. Auch die Verkehrspolitik (z.B. wegen der psychischen Belastung durch Lärm) und die Wohnbaupolitik (vermehrter Bau von Einzimmerwohnungen und Studios fördert die Isolation und damit verbundene psychische Erkrankungen

wie Depression) sollten gesundheitsförderlich gestaltet werden.

Gesundheitsförderung umfasst Massnahmen, die auf die Veränderung und Förderung des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens abzielen aber auch auf eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebensverhältnisse. Dem tragen die folgenden drei Subkategorien Rechnung:

### Förderung psychischer Gesundheit

#### (u.a. Resilienztraining):

Fertigkeiten und Fähigkeiten, um punktuelle und andauernde Belastungssituationen zu bewältigen, können erlernt werden und steigern die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder und Erwachsene psychisch gesund bleiben.

#### Bsp. 7: Elterntrainings (PRZ)

Störungsspezifische und -unspezifische Elterntrainings (Beispiele finden sich auf der Website von Elternbildung Schweiz, [www.elternbildung.ch](http://www.elternbildung.ch); Kanton Zürich: [www.lotse.zh.ch](http://www.lotse.zh.ch)) sollen in die kantonale Elternbildungsstrategie eingebaut werden.

#### Bsp. 8: Konfliktbewältigungstrainings an Schulen (PRZ)

Die Volksschule soll Konfliktbewältigungstrainings für Schüler/innen anbieten. Ein Beispiel sind die Chili-Trainings für Kinder und Jugendliche des Schweizerischen Roten Kreuzes ([www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php](http://www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php)).

Die Fachstelle für Gewaltprävention der Stadt Zürich bietet verschiedene Programme an (Sozialkompetenzprogramm PFADE, Konfliktlotsen etc., [www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit\\_und\\_praevention/gewaltpraevention/projekte.html](http://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html)). PFADE (Programm zur Förderung Alternativer Denkstrategien) basiert auf dem amerikanischen Programm «PATHS» (Promoting Alternative Thinking Strategies) von Kusche & Greenberg, 1994. Im Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von Kindern z-proso wurde dieses übersetzt, auf die Verhältnisse in der Schweiz angepasst und evaluiert ([www.z-proso.ethz.ch](http://www.z-proso.ethz.ch)).

### Abbau gesundheitlicher Risiken

#### (u.a. Stressbewältigung):

Die Ottawa-Charta propagiert, Interventionen nicht nur auf Individuen, sondern auf soziale Systeme wie Betriebe, Schulen, Gemeinden, Vereine etc. zu richten. Diese beeinflussen den Gesundheitszustand der Menschen ebenso wie seine persönliche Lebensweise. Stress am Arbeitsplatz, Mobbing in der Schule, schlechtes Klima im Fussballclub können die psychi-

sche Gesundheit beeinflussen. Umgekehrt kann ein gutes Klima in der Schule oder eine niederschwellige Anlaufstelle für Mobbingopfer zum Schutzfaktor werden. Gesundheitsförderung in sozialen Systemen erfordert von den handelnden Personen viel Verständnis für das Funktionieren dieser Systeme und Know-how in Projektmanagement. Für den Erfolg von Massnahmen ist es wichtig, die relevanten Partner/innen einzubeziehen.

#### Bsp. 9: Mobbing und sexuelle Belästigung (PR)

In Betrieben soll das Bewusstsein für Mobbing und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz gefördert werden. Wenn es dennoch zu entsprechenden Vorkommnissen kommt, sollen die Abläufe zu ihrer Bewältigung geregelt werden. Unter [www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html](http://www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html) finden sich eine ganze Reihe von Anbietern von Kursen und Beratungen.

Die britische Antidiskriminierungs-Gesetzgebung verbietet alle Arten von Schikanen oder Belästigungen aufgrund von Geschlecht, Rasse, Religion, Alter etc. Die Regierung gibt den Betrieben Hilfestellungen, um diese Vorschriften umzusetzen.<sup>53</sup>

Die Webseite [www.stressnostress.ch](http://www.stressnostress.ch) richtet sich sowohl an Arbeitgeber als auch an Mitarbeitende und informiert über krankmachende Stressoren. Das Programm enthält Vorschläge, wie angemessene Massnahmen zum Stressabbau geplant werden können.

#### Bsp. 10: Stressbewältigung in Einpersonbetrieben (PI)

Die Inhaber/innen von Einpersonbetrieben sind schwankender Arbeitsbelastung ausgesetzt, was hohen Stress bzw. Frustration mit sich bringen kann. Solche Betriebe sollen angesprochen und mit Bewältigungsstrategien vertraut gemacht werden.

### Verhältnisbezogene Gesundheitsförderung:

Die psychische Gesundheit wird von Faktoren beeinflusst, die auf den ersten Blick weit entfernt erscheinen. So hat etwa Siedlungspolitik einen Einfluss auf den Erholungswert siedlungsnaher Lebensräume, was wiederum Auswirkungen auf die (psychische) Gesundheit hat. Entscheidungen in allen Politikbereichen können gesundheitliche Konsequenzen haben. Den teilweise komplexen Zusammenhängen muss Rechnung getragen werden. Die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten sind zwei der fünf

<sup>53</sup> Vgl. dazu die Website der Equality and Human Rights Commission: [www.equalityhumanrights.com](http://www.equalityhumanrights.com).



Handlungsbereiche, die die Ottawa-Charta zur Förderung der Gesundheit vorschlägt (vgl. Kap. 2.2.).

#### Bsp. 11: Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung (PR)

Die Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung ist eine der zentralen Handlungsstrategien für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (vgl. ISPMZ, 2004, S. 51). Bei der Implementierung dieser Strategie soll dem Bereich der psychischen Gesundheit besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Methodisch käme die Gesundheitsfolgenabschätzung in Frage, die in der Schweiz bereits in den Kantonen Genf, Jura und Tessin angewendet wird. Nähere Informationen dazu gibt es auf der Plattform für Gesundheitsfolgenabschätzung ([www.impactsante.ch](http://www.impactsante.ch)).

### 5.1.3. Prävention

Prävention (vgl. Kap. 2.3.) ist darauf ausgerichtet, bestimmten Krankheiten gezielt vorzubeugen und Gesundheitsrisiken zu senken. Im vorliegenden Grund-

lagenbericht stehen die Primärprävention bzw. die universale und selektive Prävention im Vordergrund. Dieser Bericht steht zum Projekt ZInEP, das u.a. die Früherkennung und Frühbehandlung psychotischer und bipolarer Störungen fördert, in einem komplementären Verhältnis. Elemente der Sekundär- und Tertiärprävention, die nicht zum Kernauftrag der psychiatrischen Institutionen gehören, werden jedoch im vorliegenden Bericht berücksichtigt. So sind Selbsthilfe und Recovery eine Subkategorie der Kategorie Prävention.

Die Subkategorien der Kategorie Prävention sind:

#### Prävention psychischer Störungen (ICD F0, F2-F9):

Das Klassifikationssystem der WHO für Krankheiten (ICD) wird von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen für die Diagnosestellung benutzt (vgl. S. 9, Fussnote 2). Psychische und Verhaltensstörungen werden in Kap. 5. des Klassifikationssystems behandelt. Die Störungen werden durch einen alphanumerischen Code bezeichnet. So bezeichnen etwa die Gruppen F90 bis 98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter, z.B.: F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters.

#### Bsp. 12: Suizidprävention (PI)

Das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ, [www.fssz.ch](http://www.fssz.ch)) hat in einem Bericht im Auftrag der Sicherheitsdirektion des Kantons Zürich (vgl. Kap. 3.4.) ein 5-Säulen-Programm für die Suizidprävention im Kanton Zürich entwickelt und regt die Schaffung einer neuen Institution an. Das Programm schlägt allgemein die Prävention der Depression und weiterer psychischer Erkrankungen vor, aber auch die Überwindung von Krisen und die Verhinderung von Kurzschlusshandlungen. Dazu gehört z.B. die Beschränkung des Zugangs zu Schusswaffen, Medikamenten und Hot Spots (Säule 1: Methodenspezifische Prävention). Die weiteren Säulen umfassen die spezifische Prävention bei Risikogruppen (Säule 2), Prävention von Imitationshandlungen (Säule 3), die Einbindung von Multiplikatoren (Säule 4) und Hilfe in Krisensituationen (Säule 5). Ausgehend von diesen fünf Säulen lassen sich zwei Arten von Querschnittsmassnahmen unterscheiden: Kombinierte Massnahmen sowie Strategie-, Steuerungs- und Koordinationsmassnahmen. Zudem wird unterschieden zwischen direkten Massnahmen, die das Thema Suizid unmittelbar angehen, und indirekten Massnahmen, die breiter im Kontext der Public Mental Health verankert sind (z.B. psychiatrische Versorgungsinstitutionen, niederschwellige Beratungsangebote).

Auf institutioneller Ebene regt der Bericht die Schaffung eines Kompetenzzentrums an. Diese kantonale Fachstelle soll Präventionsprojekte zeitlich und strukturell koordinieren, lokale Projekte unterstützen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und indirekt Betroffenen als Beratungsstelle zur Verfügung stehen, Fachleute und andere Akteure vernetzen sowie Aus-, Weiterbildungen und Tagungen organisieren. Die Stelle sollte vom Kanton autorisiert sein, damit sie die nötige Legitimation hat im Auftreten gegenüber anderen Institutionen (z.B. gegenüber den SBB bei Bahnsuiziden). Es ist auch denkbar, die Aufgaben des Kompetenzzentrums einer bestehenden Institution zuzuweisen.

Schon bestehende institutionalisierte Angebote wie die bewährten Suizidrapporte in Zürich und Winterthur sollen regional ausgebaut werden. Suizidrapporte sind Rundtisch-Gremien für Mitarbeitende aus Notfalldiensten, Gesundheit, Psychiatrie, Justiz, Seelsorge, Schule und Sozialinstitutionen, die von Berufes wegen mit Suiziden oder Suizidalität befasst sind. Ziel des halbjährlichen Suizidrapportes ist es deshalb, über den aktiven Austausch von aktuellen Situationen die Zusammenarbeit und das gegenseitige Vertrauen in die beteiligten Institutionen regional nachhaltig zu fördern.

Für die Umsetzung der Suizidprävention im Kanton Zürich wird ein 3-Phasenmodell zur Diskussion gestellt. Es stellt die effizientesten und einfachsten Massnahmen an den Anfang.

Zusätzlich zu den im Bericht vorgeschlagenen Massnahmen strebt das FSSZ mittelfristig den Aufbau einer Fundraising-Stelle an. Die Fundraising-Stelle tritt in der Öffentlichkeit und auf dem Spendenmarkt auf. Sie beschafft und verwaltet das Geld. Die Aufgabe der Promotorengruppe ist das Networking und Lobbying in der Politik. Sie verschafft dem Thema Suizid in grossen Organisationen Gehör und nimmt z.B. über die Medien Einfluss auf die Darstellung des Themas in der Öffentlichkeit.

Unter F1 werden die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen subsumiert. Sie werden im vorliegenden Bericht ausgeklammert, weil für die Suchtprävention bereits kantonale Konzepte vorliegen. Zudem stellen die 16 Stellen für Suchtprävention eine engmaschige suchtpreventive Versorgung sicher.

### Suizidprävention:

Suizid kann die Folge fast aller wichtigen psychischen Erkrankungen sein (vgl. Kap. 3.1.3. und 3.4.), aber auch ohne Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung vorkommen, z.B. Bilanzsuizid oder assistierter Suizid. Es wird nicht angestrebt, die assistierten Suizide – die letzte Freiheit des Menschen – durch Prävention einzuschränken. Gleichzeitig herrscht weitgehender gesellschaftlicher Konsens, dass Suizide verhindert werden sollten. Dies rechtfertigt die Sonderstellung, die die Suizidprävention mit einer eigenen Subkategorie im Kubus erhält.

### Selbsthilfe, Recovery:

Diese Subkategorie liegt im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention. Es geht um die Stärkung und Unterstützung Betroffener während oder nach einer psychischen Störung. Die in den 90er Jahren entstandene und aus den USA stammende Recovery-Bewegung ist eine Betroffenenbewegung. Sie geht davon aus, dass auch psychisch schwer erkrankte Menschen wieder gesunden können. Die Bewegung verbreitete sich rasch im anglo-amerikanischen Raum und führte zu konzeptionellen Veränderungen im Gesundheitswesen und den psychiatrischen Institutionen einzelner Länder (v.a. Neuseeland, Australien, Kanada). Bei Recovery (Gesundung) geht es den Betroffenen nicht im traditionellen medizinischen Sinn um Symptombefreiheit. Es geht darum, sich mit der eigenen Erkrankung auseinanderzusetzen, die dadurch zerbrochenen Lebensentwürfe und Selbstbilder zu betrauern, die Selbststigmatisierung zu überwinden, den

#### Bsp. 13: Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten (PR)

Betroffene sollen zum Selbstmanagement im Sinne von Recovery befähigt werden. Das kann z.B. mit Patientinnen- und Patientenleitfäden wie mit dem «Leitfaden für das Abfassen eines Selbstberichts» gemäss Buck-Zerchin<sup>54</sup> geschehen. Oder Patientinnen und Patienten werden ermutigt, ihren ganz persönlichen Gesundungsweg zu gehen, z.B. mit Hilfe des WRAP (Wellness Recovery Action Plan, vgl. [www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com)).

<sup>54</sup> Dorothea Buck-Zerchin hat Psychose- und Depressionserfahrene im Rahmen eines Forschungsprojektes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrene (BPE, [www.bpe-online.de](http://www.bpe-online.de)) aufgerufen, einen Leitfaden mit 35 Fragen zu beantworten. Dies im Sinne einer Anregung zur Verfassung eines Selbstberichtes (publiziert im Rundbrief Nr. 4 des BPE vom Dezember 1998).

Umgang mit erneuten Krisen und der eigenen Verletzlichkeit zu lernen und schliesslich neue Lebensinhalte und Perspektiven zu entwickeln – mit oder ohne Fortbestehen der Symptome. Ein wichtiger Grundgedanke in der Recovery-Bewegung ist das «Expertenwissen», das die Betroffenen selbst über individuelle genesungsfördernde Faktoren gewinnen. Dieses Wissen soll ihnen einerseits in ihrem ganz persönlichen Gesundungsweg von Nutzen sein, andererseits anderen psychisch schwer erkrankten Menschen und deren Helfenden zur Verfügung gestellt werden. Die Selbsthilfe erhält in der Recovery-Bewegung damit eine sehr prominente Bedeutung (vgl. Amering & Schmolke, 2007).

Es gibt im Kanton Zürich eine grosse Zahl von Selbsthilfegruppen. Im Selbsthilfezentrum der Stiftung Pro Offene Türen ([www.selbsthilfecenter.ch](http://www.selbsthilfecenter.ch)), dem Selbsthilfezentrum Zürcher Oberland ([www.selbsthilfezentrum-zo.ch](http://www.selbsthilfezentrum-zo.ch)) und dem Selbsthilfezentrum Winterthur ([www.selbst-hilfe.ch](http://www.selbst-hilfe.ch)) finden sich Listen und Adressen entsprechender Gruppen. Darunter finden sich auch Selbsthilfegruppen zur Bewältigung psychischer Probleme.

#### Bsp. 14: Entstigmatisierende Konzepte von Psychosen (PI)

Psychose-Betroffene sollen entstigmatisierende Konzepte von Psychosen kennenlernen. Z.B. jenes der spirituellen Krise (Grof, 1990), jenes des Traumes im Wachzustand (Buck-Zerchin, 2005), jenes des zweiten Zustand des Menschseins (Podvoll, 2004)<sup>55</sup> etc. Sie versuchen, die Anwendung auf ihre Geschichte und psychiatrische Behandlung selber zu formulieren.

#### Bsp. 15: Betroffene einbeziehen (PR)

Es wäre wünschbar, dass der Kanton Zürich Ausbildungsgänge unterstützt, in denen Betroffene («Peers», z.B. Psychiatrie-Erfahrene) lernen, ihre Erfahrungen zu reflektieren und für andere nutzbar zu machen. Die Absolventinnen und Absolventen können in der psychiatrischen Grundversorgung, in der Beratung, in Fachgremien oder in der Weiterbildung (z.B. Entstigmatisierungs-Veranstaltungen) arbeiten. Pro Mente Sana bietet zusammen mit dem Verein EX-IN Bern eine solche Weiterbildung an ([www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch) > Recovery-Projekt > Peer-Ausbildung).

## 5.2. Zielgruppen

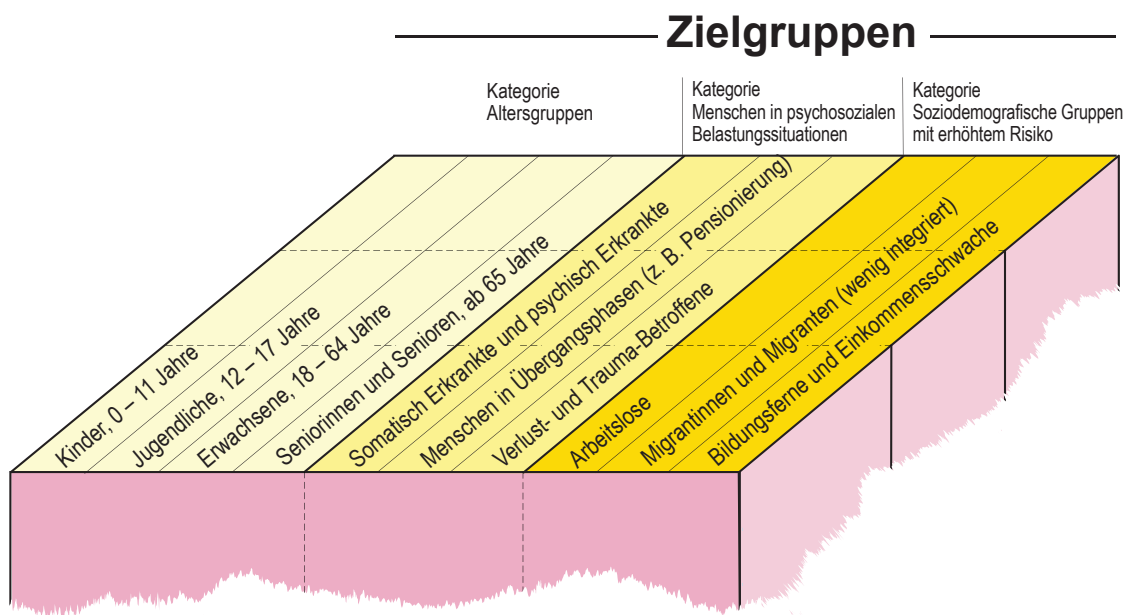
Die Adressaten von präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahmen werden in die Kategorien Altersgruppen, Menschen in psychosozialen Belastungs-

<sup>55</sup> Vgl. Fussnote 50

situationen und Risikogruppen gemäss soziodemografischen Kriterien unterteilt. Diese Kategorisierung ist im Sinne der besseren Übersichtlichkeit beschränkt differenziert und nicht abschliessend. Die Auswahl der Kategorien und Subkategorien ist bis zu einem gewissen Grad willkürlich. So fehlt beispielsweise die Kategorie des Geschlechts ganz. Damit soll in keiner Weise suggeriert werden, Massnahmen könnten oder sollten nicht auf ein Geschlecht zugeschnitten sein. Ebenso wenig sollen die

er in der Rezession mehr Menschen betreffen. Das muss nicht zu Krankheit führen, wenn die Fähigkeit dieser Menschen, auch unter widrigen Umständen psychisch gesund zu bleiben (Schutzfaktor Resilienz), gut ausgebildet ist. Die Interventionen in den Zielgruppen sollen jeweils sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren berücksichtigen und auf eine günstige Veränderung sowohl des Verhaltens wie auch der Verhältnisse abzielen. Massnahmen sind gendergerecht auszuwählen und zu gestalten.

**Abb. 6: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Zielgruppen»**



gewählten Kategorien Massnahmen ausschliessen, die sich aufgrund demografischer oder gesellschaftlicher Entwicklungen aufdrängen. Die Kategorien und Subkategorien sind als flexible Grössen zu verstehen.

Diese Kategorien überschneiden sich zum Teil. Der gleiche Mensch hat ein Alter, kann in einer psychosozialen Belastungssituation stecken und einer soziodemografischen Risikogruppe angehören.

Die psychische Gesundheit wird durch verschiedene Determinanten beeinflusst (vgl. 5.1.). Man unterscheidet Risikofaktoren, die die Gesundheit gefährden und Schutzfaktoren, die sie fördern (vgl. Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit, S. 82). Armut und Isolation sind der psychischen Gesundheit abträglich, eine funktionierende Gemeinschaft und Anpassungsfähigkeit sind ihr zuträglich. Die Determinanten der psychischen Gesundheit hängen mit individuellen Fähigkeiten und Verhalten zusammen, aber auch mit den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen. Ein Beispiel für Letzteres ist der Risikofaktor Arbeitslosigkeit: Unabhängig von individuellen Eigenschaften wird

### 5.2.1. Altersgruppen

Je nach Alter eignen sich andere Massnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich psychische Gesundheit. Im Kubus wurde die gebräuchliche Einteilung in vier Altersgruppen gewählt. Innerhalb dieser Gruppen sind aber weitere Differenzierungen angezeigt. Das gilt am ausgeprägtesten in der Gruppe der über 65-Jährigen, die in wesentlichen Lebensbereichen sehr heterogen ist.

Viele Aussagen im vorliegenden Bericht sind nicht spezifisch auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet. Es ist jedoch immer darauf zu achten, dass Massnahmen so gestaltet oder angepasst werden, dass sie den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppe angemessen sind.<sup>56</sup>

<sup>56</sup> Heinrichs & Hahlweg (2007) haben die wichtigsten Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusammengestellt (vgl. Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit). In Heinrichs et al. (2008) findet sich eine gute Zusammenfassung über die Möglichkeiten der Prävention psychischer Störungen im Kindesalter.

Erfolgreiche Prävention und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter hat den Vorteil, dass sich die positiven Auswirkungen nicht nur in der Kindheit selbst, sondern auch im Erwachsenenalter entfalten.

Wichtige Grundlagendokumente, auf die im Bericht nicht weiter eingegangen wird, thematisieren die spezifischen Bedürfnisse und Rechte von Kindern. Von zentraler Bedeutung ist das Übereinkommen über die Rechte des Kindes, kurz UN-Kinderrechtskonvention.<sup>57</sup> Der Schutz von Kindern ist eine wichtige Aufgabe, die weit über die Prävention psychischer Störungen hinausgeht. Die Stiftung Kinderschutz Schweiz ([www.kinderschutz.ch](http://www.kinderschutz.ch)) setzt sich in vielfältiger Weise dafür ein, dass die Kinder unserer Gesellschaft in Würde aufwachsen, ihre Rechte gewahrt werden und ihre Integrität geschützt wird.

### Kinder, 0–11 Jahre:

Kinder dieser Altersgruppe orientieren sich vorwiegend an den Eltern. Wesentlich für die Prävention psychischer Störungen ist das elterliche Wissen über Faktoren, die die kindliche Entwicklung beeinflussen und die Steigerung der elterlichen Erziehungskompetenz. Dazu gehört auch Information über Anlaufstellen bei Erziehungsschwierigkeiten und Verhaltensproblemen sowie die Bereitschaft, solche Angebote frühzeitig in Anspruch zu nehmen. Diese reichen von pränataler Beratung über Mütter-/Väterberatung, Paarberatung, Elterntraining bis zu entwicklungsdiagnostischen, kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Untersuchungen.

Auch innerhalb der Gruppe der Kinder (0–11 Jahre) gibt es markante Unterschiede. So ist etwa die Situation von Kindern bis zum 3. Altersjahr von jener der über 7-Jährigen deutlich verschieden. Deshalb wurden drei Untergruppen gebildet (0–3, 4–6, 7–11). Dabei ist zu beachten, dass es grosse Entwicklungsunterschiede zwischen Gleichaltrigen geben kann.

- *Frühe Kindheit (0–3 Jahre):* Bereits während der Schwangerschaft ist das Ungeborene vielfältigen Einflüssen ausgesetzt, die für seine gesunde Entwicklung von grösster Bedeutung sind. Das Gesundheitsverhalten der Schwangeren beeinflusst die Entwicklung der Kinder. Der Übergang zur Elternschaft ist für die meisten Paare eine Herausforderung. Viele geraten während der Schwangerschaft in eine Krise, besonders, wenn diese nicht geplant oder nicht von beiden gleichermassen gewünscht war. Die ersten Lebensjahre mit dem Kind sind be-

reichernd und anstrengend für die Eltern. Das Kleinkind braucht für den Spracherwerb und die Entwicklung von sozialen und mentalen Fähigkeiten ein Mindestmass an Stabilität des Bezugspersonensystems, ausreichende Fürsorge und altersgerechte Stimulation. Die so erworbenen Grundlagen werden bereits beim Eintritt in eine Spielgruppe oder die Kinderkrippe für eine gelungene soziale Anpassung relevant (vgl. z.B. Scheithauer et al., 2000).

### Bsp. 16: Förderliches Elternverhalten (PR)

Geburtskliniken sollten aufgefordert werden, zu entwicklungspsychologisch relevanten Themen Elternkurse anzubieten, in denen förderliches Elternverhalten im Umgang mit dem Kind vermittelt wird sowie mögliche Schwierigkeiten beim Übergang zur Elternschaft und Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hilfestellungen thematisiert werden. Als Vorbild könnten bestehende Kurse und Programme herangezogen werden.<sup>58</sup>

- *Vorschulalter (4–6 Jahre):* Im Alter von 4 bis 6 Jahren steht die Autonomieentwicklung im Vordergrund. Kinder mit sehr aktivem oder sehr zurückhaltendem Temperament sind in besonderem Masse auf Führung angewiesen. Wenn die Eltern überfordert sind, birgt dies das Risiko für Gewalt und Vernachlässigung. Beim Kindergarteneintritt werden bereits Anpassungsleistungen der Kinder erwartet. Erste Verhaltensschwierigkeiten oder Entwicklungsprobleme können deutlich werden. Mögliche Störungsbilder sind Trennungsangst, ADS, und Sprachentwicklungsstörungen (Steinhausen, 2010).

### Bsp. 17: Informationen für Eltern (PRZ)

Die Elternbriefe der Pro Juventute begleiten Eltern mit altersangepassten Informationen für Pflege, Ernährung und Erziehung ([www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html](http://www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html)). Ergänzend erhalten hilfesuchende Eltern auf öffentlichen Beratungsstellen (z.B. Eheberatungsstellen und Jugendsekretariate) gratis interaktive DVDs zur Erziehung von Vorschulkindern.

- *Mittlere Kindheit (7–11 Jahre):* Mit dem Eintritt in die Primarschule sollen Kinder fähig sein, sich von den Eltern zu trennen, sich sprachlich auszu-

<sup>57</sup> Die Kinderrechtskonvention wurde 1989 von der UN-Generalversammlung angenommen und trat 1990 in Kraft. Auf der Website der Kinderlobby Schweiz ([www.kinderlobby.ch](http://www.kinderlobby.ch)) findet sich der Text der Konvention im Wortlaut.

<sup>58</sup> Beispiele: Kurs «Auf den Anfang kommt es an» (Rheinland-Pfalz, [www.vivafamilia.de/43.html](http://www.vivafamilia.de/43.html)); Projekt «Guter Start ins Kinderleben», (Deutschland, [www.sozialministerium-bw.de/de/Guter\\_Start\\_ins\\_Kinderleben/168388.html](http://www.sozialministerium-bw.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html)); Website [www.elterntraining.ch](http://www.elterntraining.ch); Programm STEEP (z.B. [www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm](http://www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm)); Head Start Programm ([www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ\\_curriculum/index.html](http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ_curriculum/index.html)).

drücken, sich für eine gewisse Zeit zu konzentrieren und Konflikte mit Gleichaltrigen relativ selbstständig zu lösen. Schwere Eheprobleme der Eltern, geringer sozialer Status, beengte Wohnverhältnisse oder eine grosse Anzahl von Familienmitgliedern, Kriminalität der Eltern, psychische Störung der Mutter und häufiger Kontakt zu Sozialbehörden zählen nach Rutter (1987) zu den Risikofaktoren. Ein harmonisches Familienklima, ausreichender Wohnraum, Zugang zu Bildung und soziale und materielle Unterstützung sind wesentlich für die Prävention psychischer Störungen (vgl. Garmezy, 1985 und Rutter, 1987).

#### Bsp. 18: Unterstützung der Eltern in der Erziehung (PR)

Alle Eltern sollten ein Anmeldeformular für einen Triple-P-Kurs ([www.triplep.ch](http://www.triplep.ch)) erhalten und eine interaktive DVD (z.B. «Freiheit in Grenzen/Schulkinder» von Klaus A. Schneewind) zu Erziehungsthemen. Weiter sollten sie auf die Angebote von Elternbildung CH ([www.e-e-e.ch](http://www.e-e-e.ch)) hingewiesen werden. Der Kanton Zürich könnte eine Website einrichten, die Eltern unterstützt, wenn ihr Kind in die Schule kommt (vgl. das Angebot des Kantons Bern: Fit für die Schule ([www.erz.be.ch/erz/de/index/erziehungsberatung/erziehungsberatung/fachinformationen/fit\\_fuer\\_die\\_schule.html](http://www.erz.be.ch/erz/de/index/erziehungsberatung/erziehungsberatung/fachinformationen/fit_fuer_die_schule.html))).

#### Jugendliche, 12–17 Jahre:

Die Adoleszenz mit ihren speziellen Entwicklungsaufgaben, mit den spezifisch dort auftretenden Schwierigkeiten und Erkrankungen verdient aus Sicht der Prävention besondere Beachtung. Die psychische Gesundheit ist in dieser Phase störungsanfällig (Groen

#### Bsp. 19: Feelok – Internetplattform zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen (PRZ)

Feelok ist eine multithematische Internetplattform zu Suchtprävention und Gesundheitsförderung für Jugendliche. Ziel des Programms ist es, die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher zu fördern und risikoreichem Verhalten bzw. dem Suchtmittelkonsum vorzubeugen. Behandelt werden die Themen Bewegung, Sport, Ernährung, Alkohol, Cannabis, Rauchen, Stress, Selbstvertrauen, Arbeit, Sexualität und Suizidalität. Mit verschiedenen Tests können sich Jugendliche selber einschätzen lernen und erhalten angemessene, auf sie persönlich zugeschnittene Informationen. Bei Bedarf erhalten die Jugendlichen kostenlos persönliche Beratung. Die Trägerschaft für das Projekt, das eine grosse Breitenwirkung hat, ging 2009 vom ISPMZ an die Stiftung Radix Gesundheitsförderung über ([www.feelok.ch](http://www.feelok.ch)).

& Petermann, 2002). Die Anforderungen der Schule, die Vorbereitung auf die Berufswahl, die Integration in eine Gleichaltrigen-Gruppe, der verantwortungsvolle Umgang mit Freiheiten und die Übernahme von Aufgaben im Alltag bergen das Risiko von Konflikten und Misserfolgen und erfordern innere und soziale Ressourcen zur Bewältigung. Probleme, die in diesem Alter auftauchen können, sind zum Beispiel selbstverletzendes Verhalten und unkontrollierter Suchtmittelkonsum. Universale Programme im Schulunterricht können Jugendlichen helfen, Kenntnisse und Fertigkeiten zu erwerben, welche die psychische Gesundheit stärken und präventiv wirken. Das Selbstwertgefühl Jugendlicher bildet die Grundlage für eine gesunde Identitätsentwicklung. Schutzfaktoren sind eine harmonische Familienatmosphäre, klare Regeln im sozialen Umgang, das Engagement des Vaters in der Erziehung, eine geringe Konfliktbelastung der elterlichen Paarbeziehung sowie die Abwesenheit von Armut.

#### Bsp. 20: Präventive Gruppentrainings für Jugendliche (PRZ)

Oberstufenschulen, Gymnasien und Berufsschulen sollten in Zusammenarbeit mit Jugendberatungsstellen präventive Gruppentrainings für Jugendliche zu verschiedenen Bereichen wie Selbstvertrauen, soziale Kompetenz und Stressbewältigung anbieten.

Im Trainingsprogramm «Lebenslust mit Lars & Lisa» werden Schülerinnen und Schülern zentrale kognitive und soziale Kompetenzen vermittelt, die ihnen helfen, mit Belastungen des Alltags leichter fertig zu werden. Dazu gehören u.a. das Formulieren persönlicher Ziele, das Erkennen von Zusammenhängen zwischen Kognition, Emotion und Verhalten sowie Selbstsicherheitstraining ([www.uni-tuebingen.de](http://www.uni-tuebingen.de) > Klinische Psychologie und Psychotherapie > Lebenslust mit Lars und Lisa).

Das Psychotherapeutische Zentrum (PZ) des Psychologischen Instituts der Universität Zürich bietet eine Scheidungsgruppe an. Es richtet sich an Kinder zwischen 8 und 12 Jahren aus dem Kanton Zürich, deren Eltern getrennt oder geschieden sind. Sie werden darin unterstützt, mit der Scheidungssituation angemessen umzugehen. Ausserdem bietet das PZ soziales Kompetenztraining für Kinder, Selbstsicherheitstraining/soziales Kompetenztraining für Jugendliche, Stresspräventionstraining für Kinder und Jugendliche und Training für aggressive und impulsive Kinder ([www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych/btz/btz-kjf.html](http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych/btz/btz-kjf.html)).

**Bsp. 21: Prävention von Essstörungen (PRZ)**

Essstörungen beginnen oft in der Jugend oder Adoleszenz. Prävention muss hier vor allem auf allgemein wirksame Schutzfaktoren wie Stärkung des Selbstvertrauens, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit zielen. Bei der Früherkennung geht es darum, Essstörungen zu erkennen und richtig zu handeln. Die Arbeitsgemeinschaft Ess-Störungen AES ([www.aes.ch](http://www.aes.ch)) hat eine DVD für die Prävention von Essstörungen produziert. Sie will Lehrkräften sowie Jugendarbeiterinnen und -arbeitern den Einstieg in ein fruchtbares Gespräch über das Thema erleichtern. In einer Begleitbroschüre wird aufgezeigt, wie die Auseinandersetzung mit dem Thema strukturiert werden kann. Das Zielpublikum sind 13 bis 17-jährige Jugendliche beider Geschlechter.

Das Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich bietet Abendveranstaltungen für Eltern von Kindern mit Essstörungen an ([www.kjpd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/kjpd/de/angebote\\_bereiche/ambulante\\_angebote/therapien.html](http://www.kjpd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/kjpd/de/angebote_bereiche/ambulante_angebote/therapien.html)).

**Erwachsene, 18–64 Jahre:**

Innerhalb dieser Altersgruppe werden Spätadoleszenz (18–24 Jahre), mittleres Erwachsenenalter (25–44 Jahre) und fortgeschrittenes Erwachsenenalter (45–65 Jahre) unterschieden.

- *Spätadoleszenz (18–24 Jahre):* Junge Erwachsene lösen sich vom Elternhaus. In diese Zeit fallen häufig der Abschluss der Ausbildung und die Integration in die Arbeitswelt. Sie werden selbständiger und wenden die erlernten Fertigkeiten an. Die jungen Erwachsenen müssen ein eigenes Einkommen generieren, selbständig Haushalt und Finanzen regeln. Männer sind verpflichtet, sich dem Militär- oder Zivildienst zu stellen. In dieser Situation sind die Nähe zur früheren Peergruppe, sichere soziale Beziehungen, Bildung und Wohlstand wichtige Schutzfaktoren. Risikofaktoren, welche die Spätadoleszenten überdurchschnittlich belasten, sind eine wenig gefestigte Identität, Arbeitslosigkeit, Alkohol- und Drogenkonsum, Gewalterfahrung, Delinquenz, Diskriminierungserfahrung. In diese Lebensphase fällt häufig der Beginn von Psychosen (vgl. z.B. Frey, 2011b).

**Bsp. 22: Früherkennung von Schizophrenie und bipolaren Störungen (PRZ)**

Über Früherkennungszentren bei Schizophrenie und bipolaren Störungen sollte an Schulen der Oberstufen, Gymnasien, Berufsschulen und im Gemeinwesen vermehrt informiert werden. ZInEP führt im Kanton Zürich Früherkennungszentren für Menschen zwischen 13 und 35 ([www.zindep.ch/fez](http://www.zindep.ch/fez)).

**Bsp. 23: Eigene Identität finden (PR)**

Der für Präventionszwecke produzierte Dokumentarfilm «Ariane, 29» thematisiert zentrale Themen für Jugendliche auf der Schwelle zum Erwachsenwerden: Liebe, Liebeskummer, Beziehung zur Familie, Suche nach Identität, Rollen, Schönheitsideale, etc. Zum filmischen Tagebuch gibt es ein Unterrichtsdossier für Lehrpersonen mit Vorschlägen für die Lektionsplanung, Hintergrundinformationen u.a (Kontakt: [www.realtv.ch](http://www.realtv.ch)).

- *Mittleres Erwachsenenalter (25–44 Jahre):* Erwachsene haben mehr Gestaltungsraum und übernehmen mehr Verantwortung. Typisch für diese Phase ist die Familiengründung. Frauen erleben körperliche Veränderung durch Schwangerschaft und Geburt. Eltern erlernen die Vater- und Mutterrolle. Häufig übernehmen Erwachsene zusätzliche und eventuell höhere Funktionen in Beruf, Politik und Gemeinwesen. Dadurch wird das soziale Netz breiter und stärker. Lebenserfahrung und Gelassenheit helfen bei Stress- und Konfliktbewältigung. Wenn dies nicht gelingt, werden Überlastung, Stress und Konflikte in Beruf und Partnerschaft zum Risikofaktor. Lang andauernde, belastete Partnerschaften beeinträchtigen die psychische Gesundheit ebenso wie Trennung und Scheidung.

**Bsp. 24: Work-Life-Balance (PRZ)**

Arbeitgeber/innen sollen darin unterstützt werden, die betrieblichen Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Beruf und Familien- sowie Privatleben ihrer Mitarbeitenden, zum Beispiel von jungen Eltern, zu verbessern. Die Fachstelle UND bietet entsprechende Dienstleistungen an ([www.und-online.ch](http://www.und-online.ch)).

Es wurden schon mehrfach Firmen mit dem Zürcher Preis für Gesundheitsförderung im Betrieb ([www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch) > Betriebliche Gesundheitsförderung) ausgezeichnet, die im Bereich Work-Life-Balance aktiv sind: Zürcher Kantonalbank, 2008; Migros Zürich, 2006; IBM, 2004; Swiss Re, 2002 (die Zahlen geben das Jahr der Auszeichnung an).

- *Fortgeschrittenes Erwachsenenalter (45–65 Jahre):* Körperlicher Abbau, Menopause und Midlife Crisis markieren den definitiven Abschied von der Jugend. Die Auseinandersetzung mit dem bisher Erreichten kann befriedigend, aber auch frustrierend ausfallen. Die Bewältigung von Misserfolgen ist eine Herausforderung. Durch die Ablösung der Kinder verändert sich der Lebensalltag (mehr Autonomie, finanzielle Entlastung, möglicherweise eine Schwächung des sozialen Netzes). Berufliche

**Bsp. 25: Burnout-Prophylaxe in der Verwaltung (PRZ)**

Für langjährige Mitarbeiter/innen bieten Kanton und Gemeinden Weiterbildungen an, welche die Sensibilisierung für und die Bewältigung von Burnout zum Thema machen. In der kantonalen Verwaltung bestehen heute bereits solche Angebote. Z.B. die Kurse «Selbstmanagement», «Aktiv und selbstsicher Veränderungen begegnen», «Auftanken statt ausbrennen» ([www.personalentwicklung.zh.ch](http://www.personalentwicklung.zh.ch) > Aus- und Weiterbildung). Einige Gemeinden haben vergleichbare Angebote.

**Bsp. 26: Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte und Pfarrer/innen (PRZ)**

Aktuelle Untersuchungen berichten von rund 10 bis 30% «ausgebrannten» Lehrpersonen (Kunz Heim & Nido, 2008). Die Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich haben 2010 die Broschüre «Burnout in der Schule» mit praktischen Tipps zur Früherkennung und zur Unterstützung bei Burnout für Schulpräsidenten, Schulleitungen und Lehrkräfte entwickelt ([www.stadt-zuerich.ch/sg](http://www.stadt-zuerich.ch/sg)).

Der Seelsorgeausschuss der Vereinigten Evangelisch-Lutherischen Kirche Deutschlands hat die Broschüre «Stay wild statt burn out» publiziert, in der es um Prävention und Therapie des Burnouts bei Pfarrerinnen und Pfarrern geht ([www.velkd.de/downloads/burnout.pdf](http://www.velkd.de/downloads/burnout.pdf)).

und private Perspektiven verengen sich. Gegen Ende der Phase werden die Beschäftigung mit der Pensionierung und die Vorbereitung darauf aktuell. Verluste durch den Tod der Eltern und anderer Verwandter sowie von Freundinnen und Freunden müssen verarbeitet werden.

**Seniorinnen und Senioren, ab 65 Jahre:**

Bis 2030 wird die Altersgruppe der über 65-jährigen Menschen im Kanton Zürich um etwa 40% ansteigen, die der über 80-jährigen Menschen um ca. 60%. Im Jahr 2050 sind gemäss einer Schätzung des Bundesamts für Statistik 25,5% der Bevölkerung im Kanton Zürich 65-jährig und älter (2006: 16,0%) und 10,3% 80-jährig und älter (2006: 4,4%) (ISPMZ, 2008, S. 8). Häufig werden Seniorinnen und Senioren in drei Untergruppen unterteilt: 65.–71. Lebensjahr (frühes Senium), 72.–78. Lebensjahr (mittleres Senium) und 79. Lebensjahr und älter (späteres Senium). Generell gilt, dass die Gruppe der 65-Jährigen und Älteren in wesentlichen Lebensbereichen sehr heterogen ist: Eine kleine Gruppe ist ab dem 65. Lebensjahr bereits gebrechlich, andere sind bis 90 mobil und autonom. Die Heterogenität steigt mit dem Alter. Das Risiko der Gebrechlichkeit wird ab dem 85. Lebensjahr deutlich

grösser. Ungefähr 40% der über 90-jährigen Menschen leben in einer Pflegeeinrichtung.

Seniorinnen und Senioren ab 65 haben oft multiple Belastungen zu bewältigen: Zur Gebrechlichkeit gesellen sich Verwitwung, der Verlust von Freundinnen und Freunden durch Tod und Heimeintritt. Der schlechteren körperlichen Gesundheit steht eine gute psychische Gesundheit gegenüber. In der Zürcher Bevölkerung weisen Personen ab 65 Jahren eine bessere psychische Gesundheit auf als jüngere Jahrgänge. Dies ist vor allem an der psychischen Ausgeglichenheit und an der Kontrollüberzeugung zu erkennen (ISPMZ, 2008, S. 16) sowie an abnehmender Einsamkeit (vgl. Dyntar, 2011). Lebensqualität im Alter wird wesentlich durch einen Erhalt der Autonomie und die Vermeidung einer Institutionalisierung bestimmt. Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen, sowohl für die Psyche wie für den Körper, setzen idealerweise bei den Risikofaktoren Armut und Isolation an. Auch Projekte zur Verhältnisprävention, z.B. zur Verhinderung von Suiziden, deren Inzidenz im Alter besonders bei Männern stark ansteigt, können in diesem Rahmen gesehen werden. Weil der Sozialraum der älteren Menschen vor einem Eintritt in eine Pflegeeinrichtung zunehmend das eigene Zuhause ist, Frauen eine längere Lebenserwartung haben, aber auch stärker durch gesundheitliche Probleme belastet sind, sollten Gesundheitsförderungsprojekte für ältere Menschen vor allem aufsuchend sein, spezifische Bedürfnisse von Frauen gut berücksichtigen und die grossen psychischen Gesundheitsthemen der Depression und der Demenz mit abdecken.<sup>59</sup> Mehr als bei anderen Altersgruppen wird bei Massnahmen die Frage des Ressourceneinsatzes gestellt. («Lohnt sich das noch?»), was ethische Fragen aufwirft.

**Bsp. 27: Gedächtnis- und Bewegungskurse (PRZ)**

Gedächtnis- und Bewegungskurse für Bewohner/innen von Altersheimen und Alterswohnsiedlungen sollten gefördert werden. Das Projekt Selbständig bleiben im Alter, SEBA ([www.wohnenab60.ch/seba](http://www.wohnenab60.ch/seba)) der Stiftung Alterswohnungen Zürich und des Stadtärztlichen Dienstes Zürich ist ein Beispiel.

<sup>59</sup> Im Projekt Eiger (Schmocker et al., 2000) wurde versucht, durch präventive Interventionen bei gesunden Betagten in der Stadt Bern Pflegebedürftigkeit und Heimeintritte zu reduzieren. Gesundheitsschwester erfassten die psychische, soziale, funktionelle und medizinische Situation der Projektteilnehmenden. Für jede Person wurden dann präventive und gesundheitsfördernde Empfehlungen erarbeitet. Die Bedeutung aufsuchender Interventionen für ältere Menschen betont auch die WHO Europa (2005).

Dellenbach & Angst (2011) haben untersucht, welches die wichtigsten Determinanten psychischer Gesundheit im Alter sind und welche Interventionen sich als wirksam erwiesen haben bzw. welche Interventionen bislang fehlen.

**Bsp. 28: Pensionierte werden Bezugspersonen (PI)**

Menschen nach der Pensionierung sollen motiviert werden, sich als Bezugspersonen zur Verfügung zu stellen. Z.B. als «Grosseltern» für überbelastete Familien, in der Nachbarschaftshilfe etc., um einem Sinnvakuum nach dem Abschied aus dem Erwerbsleben vorzubeugen. Ähnliche Zielsetzungen verfolgt z.B. das Projekt Mehrgenerationenhaus in Winterthur ([www.mehrgenerationenhaus.ch](http://www.mehrgenerationenhaus.ch)).

**5.2.2. Menschen in psychosozialen Belastungssituationen**

In Situationen mit kritischen Lebensereignissen und in Lebensübergängen ist das Gleichgewicht der psychischen Gesundheit labiler (erhöhte Vulnerabilität). Durch gezielte Unterstützung können Risikofaktoren vermindert und Schutzfaktoren gestärkt werden.

**Somatisch Erkrankte und psychisch Erkrankte:**

Menschen, die während Jahren durch eine somatische Erkrankung (z.B. chronische Niereninsuffizienz, chronische Schmerzen, Diabetes) belastet sind, laufen Gefahr, auch an einem psychischen Leiden zu erkranken. Das Gleiche gilt für akute somatische Erkrankungen (wie ein eben diagnostiziertes Krebsleiden etc.), die jemanden aus dem vertrauten Lebensalltag und -rhythmus reissen. Neuere Studien aus dem deutschsprachigen Raum zeigen, dass bis zu 40% der Kranken in stationärer Behandlung unter psychischen Begleiterkrankungen leiden. Die häufigsten psychiatrischen Diagnosen bei Tumorpatienten sind Angst und Depression (vgl. Krähenbühl et al., 2007). Entsprechend gross dürfte der psychosoziale Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf sein, auch wenn er sich nur schwer erheben lässt (vgl. Büchi & Zwahlen, 2006).

Von 2004 bis 2006 unterstützte die Krebsliga Zürich ein psychotherapeutisches Angebot für ambulante Krebspatientinnen und -patienten sowie Angehörige. Betroffene konnten bei Bedarf die von der Krebsliga bereitgestellte Psychotherapie in Anspruch nehmen.

**Bsp. 29: Anlaufstellen für Krebskranke (PR)**

Für Krebserkrankte sollen in grösseren Städten wie Zürich oder Winterthur interdisziplinäre Informations- und Anlaufstellen aufgebaut werden, welche auf die Minderung von psychischen Belastungen abzielen. Vorbild könnten die vor allem in Grossbritannien verbreiteten «Maggies centres»<sup>60</sup> sein. Sie bieten ein breit gefächertes Unterstützungsangebot für Krebskranke. Ähnliche Angebote gibt es für eine ganze Reihe von anderen Krankheiten.

<sup>60</sup> [www.maggiescentres.org](http://www.maggiescentres.org)

Aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung geht hervor, dass drei Viertel der Personen mit starker psychischer Belastung und zwei Drittel derjenigen mit starken Depressionssymptomen auch von starken körperlichen Beschwerden betroffen sind (Schuler & Burla, 2012, S. 27 ff).

Bei psychischen Erkrankungen, auf die nicht angemessen reagiert wird, besteht einerseits die Gefahr der Chronifizierung, andererseits ein erhöhtes Risiko von Suchtmittelabusus oder anderen psychischen Störungen.

**Menschen in Übergangsphasen****(z.B. Pensionierung):**

In Übergangsphasen wie Schuleintritt, Pubertät, Heirat, Elternschaft oder Pensionierung können – insbesondere in Kombination mit erschwerten Lebensbedingungen (z.B. Dysbalance zwischen Beruf, Familie und Freizeit, Migration etc.) – Krisen auftreten, die psychische Störungen auslösen können. Das Alte ist zu Ende und das Neue hat noch nicht angefangen. Das Ziel ist noch nicht klar.

**Bsp. 30: Unterstützung für junge Eltern (PRZ)**

Nachgeburtliche Erschöpfung, depressive Verstimmung, unplanbare Tagesabläufe und Veränderungen in der Partnerschaft gehören wie die Glücksmomente in die Zeit nach einer Geburt. Mit Hilfestellungen für Eltern können psychischen Krisen und Krankheiten vorgebeugt werden. Die DVDs «Fit für die Geburt» und «Eltern zwischen Freude und Erschöpfung» der FFG-Videoproduktion begleiten Eltern durch die Schwangerschaft und stärken sie im Zusammenleben mit dem Baby im ersten Jahr ([www.ffg-video.ch](http://www.ffg-video.ch)). Weitere Angebote zur Förderung von Bindung und elterlicher Sensitivität sind das Prager Eltern-Kind-Programm (PEKiP), das Eltern und Babys im sensiblen Prozess des Zueinanderfindens unterstützt ([www.pekip.ch](http://www.pekip.ch)), das Freiburger Feinfühligkeitstraining für Eltern oder Ostapie, das präventive Spiel- und Lernprogramm für Kleinkinder aus sozial benachteiligten Familien.

**Bsp. 31: Vorbereitung der Pensionierung (PRZ)**

Unternehmen und Personen, die vor der Pensionierung stehen, werden aufgefordert, sich mit diesem Ereignis im Voraus zu beschäftigen. Das Kompetenzzentrum Altersvorbereitung der Pro Senectute bietet Seminare zur Vorbereitung der Pensionierung und Unternehmens-Coaching zu allen Fragen des Älterwerdens an ([www.pensionierungskurse.ch](http://www.pensionierungskurse.ch)). Die kantonale Verwaltung bietet ebenfalls einzelne Kurse zum Thema an. Z.B. die Kurse «Perspektiven und Zukunftsplanung 50plus» und «Pensionierung: Chancen sinnvoll nutzen» ([www.personalentwicklung.zh.ch](http://www.personalentwicklung.zh.ch) > Aus- und Weiterbildung).



**Verlust- und Trauma-Betroffene:**

Kritische Lebensereignisse sind eine Belastung für die psychische Gesundheit. Dazu gehören Unfälle, Verlusterfahrungen wie Scheidung oder Trennung, Tod einer nahen Person, Umzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitsplatzwechsel, erhebliche Verringerung des Einkommens. Gemäss Schweizerischer Gesundheitsbefragung haben gut 60% der Bevölkerung in den 12 Monaten vor der Befragung ein kritisches Lebensereignis erlebt und es zeigt sich ein klarer Zusammenhang zwischen kritischen Lebensereignissen und psychischer Belastung (Schuler & Burla, 2012, S. 38 ff.).

Sexuelle Gewalt und andere Formen von Kriminalität sind ebenfalls Risikofaktoren. Im Fall von Kindern und Jugendlichen werden solche Erfahrungen unter dem Begriff adverse childhood experience zusammengefasst (vgl. Kap. 3.1.2.). Traumatisierende Ereignisse im Kinder- und Jugendalter sind insofern von grosser Tragweite, als sie auch während des Erwachsenenalters schwerwiegende Auswirkungen haben können.

**Bsp. 32: Begleitung im Trauerprozess (PR)**

Angehörige von frisch Verstorbenen sollen von Stellen und Personen, die administrativ oder seelsorgerisch mit ihnen in Kontakt kommen, auf Seminare und Organisationen aufmerksam gemacht werden, die sie im Trauerprozess begleiten und unterstützen.<sup>61</sup> Namentlich ältere Männer haben in der ersten Phase der Verwitwung ein höheres Suizidrisiko (vgl. auch Bsp. 55).

**5.2.3. Soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko**

Belastungen und die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Konsequenzen sind nicht über alle Bevölkerungsgruppen gleich verteilt. Schlecht ausgebildete und arme Personen sind nicht nur häufiger davon betroffen, sie verfügen auch über weniger Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen. Zu diesen Ressourcen gehören mehr oder weniger sichere und gesunde Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen, die sich in Form und Ausmass der sozialen, kulturellen, arbeitsmarktlichen oder schulischen Integration zeigen, sich aber auch in der persönlichen Wertschätzung und in unterschiedlichen Partizipations- und

<sup>61</sup> Es gibt eine ganze Reihe solcher Organisationen. So die Stiftung Krisenintervention Schweiz mit ihrer Website [www.leidundtrauer.ch](http://www.leidundtrauer.ch), der Verein Regenbogen Schweiz ([www.verein-regenbogen.ch](http://www.verein-regenbogen.ch)) für Eltern, die um ein verstorbenes Kind trauern, der Verein Aurora ([www.verein-aurora.ch](http://www.verein-aurora.ch)), eine Informations- und Kontaktstelle für Verwitwete. Im Kanton Zürich gibt es ungefähr 250 Selbsthilfeorganisationen (Region Winterthur: [www.selbst-hilfe.ch](http://www.selbst-hilfe.ch); Zürcher Oberland: [www.selbsthilfezentrum-zo.ch](http://www.selbsthilfezentrum-zo.ch); Stadt Zürich: [www.offenetuer-zh.ch](http://www.offenetuer-zh.ch)).

Einflussmöglichkeiten ausdrücken. Interventionen zielen auf die Stärkung der Ressourcen und auf die Reduktion der Belastungen ab (vgl. Gesundheitsförderung Schweiz, 2006b, S. 43).

**Arbeitslose:**

Die Arbeitssituation gehört zu den zentralen Determinanten der psychischen Gesundheit. Ungewollte Arbeitslosigkeit ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Gesundheitsprobleme.

**Bsp. 33: Gesundheitsförderungsprogramme in RAV (PI)**

In den Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) sollen Menschen bei längerer Arbeitslosigkeit mit gezielten Gesundheitsförderungsprogrammen geschult werden.

**Migrantinnen und Migranten (wenig integriert):**

Personen mit Migrationshintergrund, die aus kulturell fernen Ländern stammen, die aus Kriegsgebieten geflüchtet sind, die die Sprache des Gastlandes nicht sprechen, sind hohen Belastungen ausgesetzt und verfügen oft nur über ungenügende Ressourcen, um sie zu bewältigen. Entsprechend gross ist die Gefahr, dass sie psychisch erkranken.

**Bsp. 34: Psychische Gesundheit als Thema bei FemmesTische (PI)**

Das Projekt FemmesTische ([www.femmestische.ch](http://www.femmestische.ch)) bringt Frauen zusammen, die sich in ungezwungenen Diskussionsrunden in privatem Rahmen mit Erziehungs- und Gesundheitsthemen auseinandersetzen. Die Geschäftsstelle soll künftig so dokumentiert werden, dass sie das Thema psychische Gesundheit in die Diskussionsrunden tragen kann.

**Bildungsferne und Einkommensschwache:**

Armut und schlechte soziale Bedingungen z.B. als Folge von Bildungsdefiziten gehören zu den zentralen Determinanten der psychischen Gesundheit und sind wichtige Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Gesundheitsprobleme.

**Bsp. 35: Förderung der psychischen Gesundheit von Sozialhilfebezügern und -bezügern (PI)**

Sozialhilfebezügern und -bezügern sollen auf präventive und Behandlungsangebote zur Förderung der psychischen Gesundheit hingewiesen werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Angebote auch bezahlbar sind.

### 5.3. Lebensbereiche

Ein Lebensbereich bezeichnet ein soziales System, in dem Menschen leben, lernen, arbeiten und/oder ihre Freizeit verbringen, z.B. Schule, Betrieb, Familie, Gemeinde. Damit ein Projekt Erfolg hat, müssen möglichst viele Schlüsselpersonen aus einem Lebensbereich einbezogen werden und das Projekt muss an die unterschiedlichen Lebensbereiche angepasst werden. Dies wiederum erfordert eine genaue Betrachtung des Lebensbereichs und dessen Strukturen (vgl. ISPMZ, 2007a, S. 8.). Namentlich Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind zu beachten. Auf die Beeinflussung der Verhältnisse ist ein besonderes Augenmerk zu richten. Weil nachstehend vor allem auf die Interventionsmöglichkeiten der Gemeinde eingegangen wird, soll hier darauf hingewiesen werden, dass auch der Kanton (insbesondere über die Gesetzgebung) gefordert ist, aktiv zu werden.

Abb. 7. zeigt die Kategorien und Subkategorien der Dimension Lebensbereiche.

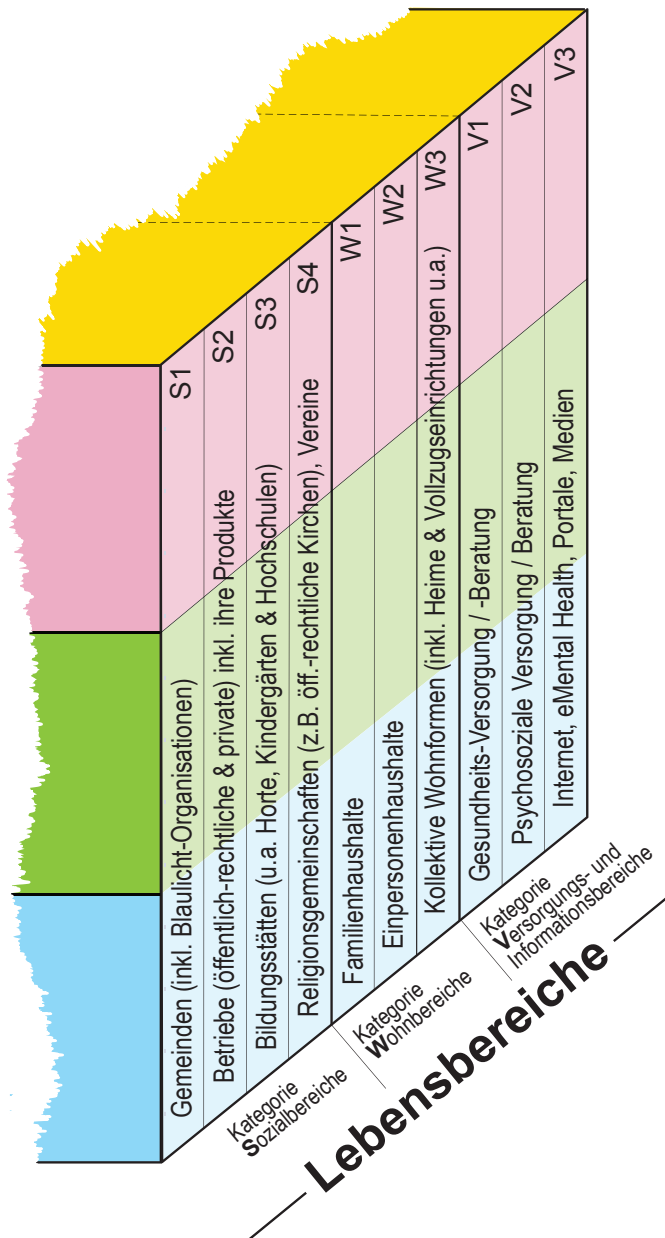
#### 5.3.1. Sozialbereiche

Menschen verbringen einen grossen Teil ihrer Zeit in ausserfamiliären Gemeinschaften. Entsprechend gross ist dort das Potenzial für Interventionen für die Gesundheit. Präventive Massnahmen sollten dabei möglichst vor Ort (Subsidiaritätsprinzip) stattfinden. Dabei ist bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen u.a. der Urbanitätsgrad des Gebiets zu berücksichtigen, in dem sie durchgeführt werden.

##### Gemeinden (inkl. Blaulicht-Organisationen):

Der Kanton Zürich zählt 171 politische Gemeinden mit Kompetenzen in kommunalen Angelegenheiten, die für Präventionsbemühungen genutzt werden können. Durch gemeinschaftsfördernde Aktivitäten wie Abende für Neuzuzüger/innen, Vereinsförderung, Jugendzentren etc. können sie Integration, soziale Partizipation und Gemeinschaftsnetze ermöglichen; dies sind Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Lärmschutz, attraktive Grün- und Erholungsräume, gut geführte Altersheime und gesundheitsförderliche Aktionsprogramme sind ebenfalls Faktoren, die zumindest teilweise im Kompetenzbereich der Gemeinden liegen und der psychischen Gesundheit zuträglich sind. Die Tätigkeit der Polizei und ein gut funktionierender Rettungsdienst kann den Einwohnerinnen und Einwohnern das Gefühl der Sicherheit vermitteln. Durch die Sicherung von Hot Spots (Brücken, Autobahnen, Kräne, hohe Gebäude und Eisenbahngleise) und die Bekämpfung von Alkoholmissbrauch im öffentlichen Raum, können Behörden Suizid, Substanzkonsum und Gewaltvorfälle reduzieren.

Abb. 7: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Lebensbereiche»



##### Bsp. 36: Gemeindebezogene Präventionsprojekte (PR)

Die Stiftung Radix Gesundheitsförderung bietet Kantonen, Städten und Gemeinden Support in Gemeindeentwicklungsprozessen zu mehr Lebensqualität an ([www.radix.ch](http://www.radix.ch) > Gesunde Gemeinden).

##### Bsp. 37: Jugendschutzbestimmungen durchsetzen (PI)

Die Gemeinden sollen dafür sorgen, dass Jugendschutzbestimmungen in Videotheken konsequent durchgesetzt werden (kein Verleih oder Verkauf von Gewalt- und Pornovideos an Jugendliche, kein Alkoholverkauf an Jugendliche).

**Betriebe (öffentlich-rechtliche & private) inkl. ihre Produkte:**

Menschen verbringen einen grossen Teil ihrer Zeit bei der Arbeit. Dort sind sie Belastungen (z.B. Stress, Mobbing, sexuelle Belästigung) ausgesetzt, die die psychische Gesundheit gefährden können<sup>62</sup>. Die Arbeit kann aber auch Anerkennung, Erfüllung und soziale Integration mit sich bringen. Das eidgenössische Arbeitsgesetz verlangt vom Arbeitgeber, dass er die betrieblichen Einrichtungen und Arbeitsabläufe so gestaltet, dass Gesundheitsgefährdungen und Überbeanspruchungen der Arbeitnehmenden nach Möglichkeit vermieden werden. So steht in der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz, der Arbeitgeber müsse alle Massnahmen treffen, um «die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmer/innen zu gewährleisten».

**Bsp. 38: Betriebliche Gesundheitsförderung (PRZ)**

Betriebe werden darin unterstützt, die psychosozialen Belastungen und Ressourcen aus Sicht ihrer Mitarbeitenden zu überprüfen und zu verbessern. Dafür steht ihnen das kostenlose Programm KMU-vital ([www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch)) von Gesundheitsförderung Schweiz zur Verfügung. Dieses enthält neben einer online-Mitarbeitendenbefragung eine Anleitung für die Durchführung eines Gesundheitszirkels (zur Methode der Gesundheitszirkel vgl. Pfister & Mom, 1997). Unter Einbezug der Mitarbeitenden lassen sich Massnahmen erarbeiten, welche die psychische Gesundheit verbessern (Bauer & Schmid, 2008). Zudem stellt Gesundheitsförderung Schweiz kostenlos das im Rahmen des SWiNG Projekts entwickelte S-Tool zur Analyse der Stress-Situation in Betrieben zur Verfügung ([www.s-tool.ch](http://www.s-tool.ch)).

Im Kanton Zürich lancierte die Abteilung Gesundheitsforschung und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) des ISPMZ ein Pilotprojekt zum systemischen BGM, das Betriebe befähigt, die psychosozialen Faktoren und die damit verbundene mentale Gesundheit der Belegschaft zu verbessern ([www.poh.ethz.ch](http://www.poh.ethz.ch)).

Gesundheitsförderung Schweiz setzt im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen eines Schwerpunktprogrammes den Fokus auf psychische Gesundheit und Stress.<sup>63</sup> Im Projekt SWiNG wurden Instrumente und Module für die Stress- und Burnoutprävention im Betrieb erarbeitet. Dazu gehören Instrumente für die Analyse und zur Prävention von Stress (z.B. Führungsschulung oder Stressmanagement-Workshops). Die Instrumente wurden in Bezug auf ihre Wirkungen und den ökonomischen Nutzen evaluiert.

<sup>62</sup> Vgl. auch Bsp. 9, Bsp. 10, Bsp. 24, Bsp. 25 und Bsp. 26.

<sup>63</sup> [www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche\\_Gesundheitsfoerderung/Tipps\\_Tools/stress\\_praevention.php](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/stress_praevention.php)

Informationen zu Stress und Stressbewältigung im betrieblichen Umfeld sind auch zugänglich auf [www.stressnostress.ch](http://www.stressnostress.ch).

Betriebe beeinflussen die psychische Gesundheit nicht nur über ihre Arbeitsplätze, sondern möglicherweise auch über die von ihnen produzierten und angebotenen Güter. Werden etwa Computerspiele mit hohem Abhängigkeitspotenzial produziert, kann dies die psychische Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten beeinträchtigen.

**Bildungsstätten (u.a. Horte, Kindergärten & Hochschulen):**

Bildungsstätten stellen einen wichtigen Teil der Lebensumwelt von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen dar. Diese verbringen einen grossen Teil des Tages in Bildungseinrichtungen und erleben dort neben Erfolgen und Förderung auch Misserfolge und Konflikte. Deshalb sind diese Einrichtungen besonders geeignet, junge Menschen und deren Eltern in präventive Massnahmen einzubinden. Allerdings klagen die Schulen schon heute darüber, dass sie für eine Vielzahl von Aufgaben herangezogen werden, die über ihren Kernauftrag hinausgehen. Das bringt für die Schulen eine grosse Belastung mit sich, weshalb verständlicherweise mit einer gewissen Zurückhaltung gegenüber neuen Programmen und Ideen zu rechnen ist. Es empfiehlt sich, die Schulpflege sowie den schulpsychologischen und den

**Bsp. 39: Eltern und Schule stärken Kinder (PRZ)**

Der Kanton Zürich ermuntert Schulen, beim Programm «ESSKI – Eltern und Schule stärken Kinder» ([www.esski.ch](http://www.esski.ch)) mitzumachen. Es richtet sich an 1. bis 6. Primarklassen und hat das Ziel, die psychosoziale Gesundheit von Kindern zu stärken. Es bezieht Schule und Elternhaus ein.

**Bsp. 40: Psychische Gesundheit an Schulen zum Thema machen (PR)**

An Schulen können Curricula für Schüler/innen zum Thema psychische Gesundheit eingeführt werden. Lehrpersonen sollten regelmässig Fortbildungen besuchen über die Äusserungsformen psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und den Umgang damit in der Schule.

«Mind matters» ist ein Beispiel für ein Programm, das die psychische Gesundheit an Schulen der Sekundarstufe I fördern will. Es wird in der Schweiz von der Stiftung Radix Gesundheitsförderung angeboten ([www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/](http://www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/)). Trialog Winterthur bietet ebenfalls Schulprojekte an (vgl. Bsp. 1, S. 37).

schulärztlichen Dienst zu konsultieren, bevor Massnahmen umgesetzt werden.

### Religionsgemeinschaften (z.B. öff.-rechtliche Kirchen), Vereine:

Religionen sind soziale Gebilde, die sich um einen bestimmten Glaubensinhalt gruppieren. Das kann für die Mitglieder dieser Gemeinschaft einen gesundheitsfördernden Effekt haben (Murken 1998, Grom 1992). Gemeindemitglieder können vom Beistand und von der spirituellen, sozialen und materiellen Unterstützung durch eine institutionelle Glaubensgemeinschaft profitieren. Das gilt namentlich für schwierige Lebenssituationen, aber auch für Angehörige benachteiligter Gruppen (z.B. Migrantinnen und Migranten). Das Gegenteil trifft jedoch ebenfalls zu: Orientieren sich Glaubensgemeinschaften stark an normativen Glaubensgrundsätzen, wirft dies bei Betroffenen unter Umständen Konflikte auf, welche eher zusätzlich belasten. Ganz besonders gilt das für abhängig machende Religionsgemeinschaften. Die spirituelle Dimension von psychischen Erkrankungen wird in der Psychotherapie oft wenig beachtet, obwohl sie die Rückfallwahrscheinlichkeit positiv beeinflussen kann. Insbesondere zu beachten ist die nützliche Funktion von seelsorgerischer Tätigkeit in Spitälern, Heimen und Strafanstalten.

Vereine sind freiwillige Kollektive mit unterschiedlichen Zwecken. Sie spannen ein soziales Netz auf, was der Isolation vorbeugt. Sie sind der Ort, an dem gesundheitsförderliches, aber auch gesundheitsschädigendes Verhalten gelernt und ausgeübt werden kann.

#### Bsp. 41: Psychische Gesundheit als Thema im kirchlichen Unterricht (PI)

«Psychische Erkrankungen» soll Jugendlichen als Wahlmodul in der Konfirmandenarbeit und im Firmunterricht näher gebracht werden.

#### Bsp. 42: Zusammenarbeit von Notfallpsychiatrie und Landeskirchen (PRZ)

Bei der Begleitung von Menschen in akuten seelischen Krisen, die durch Verkehrsunfälle, Suizid oder plötzliche Todesfälle ausgelöst sind, arbeiten die notfallpsychiatrischen Dienste mit der Notfallseelsorge der Landeskirchen ([www.nfszh.ch](http://www.nfszh.ch)) zusammen. Das ist heute schon weitgehend verwirklicht. Notfallseelsorge geschieht heute in enger Zusammenarbeit mit den Notfalldiensten, d.h. mit Polizei, Feuerwehr, Sanität sowie mit der Gerichtsmedizin. Die Notfallseelsorge Kanton Zürich wird über die Einsatzleitzentralen (ELZ) von «Schutz & Rettung Zürich» alarmiert.

### 5.3.2. Wohnbereiche

Im privaten Raum können risikoreiche, krankmachende Bedingungen und Verhaltensweisen weitgehend unbemerkt vorkommen. Interventionen sind in diesem Feld relativ schwierig, weil der Grundsatz der Privatsphäre zu beachten ist. Generell lässt sich sagen, dass die zunehmende Urbanisierung zu vermehrter Isolation und Anonymität führt. Für die psychische Gesundheit stellt dies einen Risikofaktor dar.

#### Familienhaushalte:

Unter Familienhaushalten werden private Mehrpersonenhaushalte verstanden: Eheliche und nichteheliche Partnerschaften mit und ohne Kinder, Alleinerziehende, freiwillig gebildete Wohngemeinschaften. Aus dem Zusammenleben von mehreren Personen erwachsen bei intakten Verhältnissen mehrere Schutzfaktoren. Es eröffnet die Möglichkeit, sich gegenseitig zu unterstützen.

#### Bsp. 43: Pflege der Paarbeziehung (PRZ)

Für die Pflege der Paarbeziehung eignet sich das Stresspräventionstraining Paarlife ([www.paarlife.ch](http://www.paarlife.ch)), das von Professor Guy Bodenmann vom Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Zürich entwickelt worden ist. Das Angebot umfasst Kurse, darauf aufbauende Übungstage und eine interaktive DVD. Im Kanton Zürich werden jährlich rund 14 Paarlife-Kurse angeboten und rund 1000 DVDs an Paare abgegeben.

Eltern haben die Möglichkeit, Kinder früh kognitiv zu stimulieren. Verhalten sich die Eltern richtig, entstehen eine positive Eltern-Kind-Interaktion, positive Verbundenheit und eine frühe, bzw. sichere, Bindung. Aus dem gesundheitsförderlichen Netz kann allerdings auch ein Korsett werden, wenn die Gemeinschaft durch Schwierigkeiten belastet wird. Überprotektive Eltern können die Ablösung der Kinder behindern. In Familien kann es zu Kindsmissbrauch und häuslicher Gewalt kommen. Ist die Partnerschaft der Eltern zerrüttet, wird dies zum Risikofaktor für alle Familienmitglieder. Generell entsteht durch das nahe Zusammenleben Konfliktpotenzial (z.B. unterschiedliche Wertvorstellungen von Eltern und Kindern in Migrationsfamilien, Nichtrespektierung der Privatsphäre, finanzielle Schwierigkeiten, unterschiedliche Vorstellungen über Hygiene, Lärm, Ausgang etc.). Bei mangelnder Konfliktfähigkeit können diese Probleme die psychische Gesundheit beeinträchtigen. Dies auch weil es für den Privathaushalt keine formale und durchsetzbare Konfliktbewältigungsregeln gibt (vgl. z.B. Hahlweg et al., 2000 oder Kreppner, 2000).

**Bsp. 44: Massnahmen gegen häusliche Gewalt (PRZ)**

Häusliche Gewalt bezeichnet die physische, psychische oder sexuelle Gewalt in einer engen sozialen Beziehung. Sie kann das Ergebnis psychischer Probleme, aber auch ihr Auslöser sein. Die Fachstelle für Gleichstellung der Stadt Zürich und die Frauenklinik Maternité des Stadtsitals Triemli haben 2002 das Projekt «Häusliche Gewalt – wahrnehmen – intervenieren» lanciert. Es wurden Grundlagen zum Thema häusliche Gewalt und Gesundheit erarbeitet und ein Handlungskonzept für die Klinik entwickelt. Die Erfahrungen mit den Leitlinien waren positiv. Sie wurden nach Abschluss des Projekts im Sommer 2006 definitiv eingeführt ([www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/haeusliche\\_gewalt.html](http://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/haeusliche_gewalt.html)).

Die unabhängige Beschwerdestelle für das Alter, UBA ([www.uba.ch](http://www.uba.ch)) kann bei Schwierigkeiten und Konflikten in Zusammenhang mit der Betreuung und Pflege von alten Menschen in Anspruch genommen werden und macht Kampagnen zum Thema. In der Schweiz bestehen UBA Stellen in den Regionen Zürich/Schaffhausen, Ostschweiz und Zentralschweiz. 2010 intervenierte die UBA in 317 Fällen. Dabei ging es in 162 Fällen um physische und psychische Gewalt und Grundrechtsverletzungen. Zwei Drittel der Fälle passierten in Heimen, ein Drittel im häuslichen Bereich. Was die physische Gewalt anbetrifft, gab es in Privathaushalten fast gleichviele Fälle (27), wie in Heimen (29).

**Bsp. 45: Beratung für Kinder, die indirekt von häuslicher Gewalt betroffen sind (PRZ)**

Die psychische Entwicklung von Kindern, die von häuslicher Gewalt indirekt betroffen sind, ist gefährdet. Sie haben – im Gegensatz zu den Erwachsenen – niemanden, der unmittelbar nach dem Gewaltereignis mit ihnen Kontakt aufnimmt. Hier setzt das Pilotprojekt KidsCare von Pinocchio, der Beratungsstelle für Eltern und Kinder, ein. Polizeibeamtinnen und -beamte machen die direkt von Gewalt betroffene Person (meist die Mutter) auf das Angebot von KidsCare aufmerksam. Willigt sie ein, meldet sich KidsCare bei den Betroffenen und vereinbart einen Beratungstermin. In Gesprächen werden die belastende Situation und die damit verbundenen Gefühle thematisiert. Nach Abschluss der Beratung erhalten Kinder und Jugendliche bei Bedarf Unterstützung von ambulanten oder stationären Einrichtungen. Das Pilotprojekt startete im März 2010 und dauert drei Jahre ([www.pinocchio-zh.ch](http://www.pinocchio-zh.ch)).

Zu einem Risikofaktor für die psychische Gesundheit kann die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger werden. Pflegende Angehörige schätzen ihre (psychische) Gesundheit als schlechter ein, als die gleichaltrige Referenzbevölkerung (Höpflinger et al., 2011).

**Einpersonenhaushalte:**

Die Zahl der Einpersonenhaushalte nahm in den letzten Jahrzehnten stark zu. Betrug ihr Anteil im Kanton Zürich 1970 noch 22%, belief er sich im Jahr 2000 schon auf 40% aller Haushalte (Baumberger, 2005). Fast jede fünfte Person im Kanton Zürich lebt allein in einer Wohnung. Die Zahl der Alleinlebenden hat in allen Altersklassen zugenommen, am stärksten jedoch bei den Männern und Frauen zwischen 21 und 40 und bei Frauen über 60. Die Gründe fürs Alleinleben sind je nach Altersgruppe sehr verschieden, was sich anhand des Zivilstandes zeigen lässt. Bis 40 sind fast alle allein lebenden Personen ledig. Im mittleren Alterssegment kommen Geschiedene und Verwitwete dazu, ab 65 ist der grösste Teil der allein Lebenden verwitwet (Baumberger, 2005). Tragende Beziehungen gehören zu den wichtigsten Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit. Die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung zeigen, dass die psychische Belastung bei Personen, die keine Vertrauensperson haben oder sich einsam fühlen, deutlich höher ist als bei Personen mit mindestens einer Vertrauensperson und ohne Einsamkeitsgefühle (Schuler & Burla, 2012, S. 36 ff.).

Allein lebende Menschen leiden öfter unter Einsamkeit und Depressionen und konsumieren häufiger Drogen. Allerdings kann das Alleinleben auch Schutzfaktoren bieten und Risikofaktoren mildern. Das Konfliktpotenzial von Mehrpersonenhaushalten gibt es nicht, die Autonomie ist grösser. Ein interessantes Phänomen sind in diesem Zusammenhang die für Männer und Frauen unterschiedlichen Folgen einer Verwitwung. Frauen kommen mit dem Tod des Lebenspartners besser zurecht als Männer, für die der Verlust der Ehefrau eher zu einem Risikofaktor wird (Umberson et al., 1992).

**Bsp. 46: Wohngemeinschaften fördern (PRZ)**

Spezielle Wohnformen wie Alterswohngemeinschaften oder generationenübergreifende Wohngemeinschaften (vgl. das Projekt «Wohnen für Hilfe»<sup>64</sup>) werden gefördert, um der Isolation vorzubeugen.

**Bsp. 47: Wettbewerb für Nachbarschaftsprojekte (PRZ)**

Die Gemeinde schreibt einen Wettbewerb für das beste Nachbarschaftsprojekt aus und beteiligt sich am Tag der Nachbarn<sup>65</sup>.

<sup>64</sup> vgl. [www.wohnenfuerhilfe.info](http://www.wohnenfuerhilfe.info), [www.conviva-plus.ch/index.php?page=34](http://www.conviva-plus.ch/index.php?page=34). Im Kanton Zürich führt die Pro Senectute ein entsprechendes Angebot

<sup>65</sup> Vgl. [www.tagdernachbarn.ch](http://www.tagdernachbarn.ch)

### Kollektive Wohnformen (inkl. Heime & Vollzugseinrichtungen u.a.):

Unter diese Subkategorie fällt eine ganze Reihe von Wohnformen: Heime, Spitäler, Gefängnisse, Kasernen, Klöster, Hotels, Baracken für Bauarbeiter. In der kantonalen Statistik des Kantons Zürich werden 37 Typen von Kollektivhaushalten unterschieden. Der Anteil der in solchen Haushalten lebenden Personen an der Bevölkerung ist allerdings mit knapp 2% niedrig (Baumberger, 2005). Angesichts der disparat zusammengesetzten Subkategorie gelten je nach Wohnform auch sehr unterschiedliche Gesetzmässigkeiten. Eine Gemeinsamkeit dürfte sein, dass die Bewohner/innen ihre Mitbewohner/innen und das Betreuungspersonal nicht ausgewählt haben. Daraus ergibt sich ein Konfliktpotenzial, das grösser sein dürfte als im privaten Mehrpersonenhaushalt. Das soziale Netz mit seiner Schutzwirkung dürfte dagegen weniger ausgeprägt sein. Dafür sind zumindest in einigen Kollektivhaushalten formalisierte und professionell geführte Konfliktbewältigungsregeln vorhanden. Weitere, im Hinblick auf die psychische Gesundheit relevante Eigenheiten dürften die eingeschränkte Privatsphäre und die eingeschränkte Autonomie sein. Sexueller Missbrauch und Gewalt sind als Risikofaktoren in Kinder-, Behinderten- und Altersheimen nicht zu vernachlässigen. Substanzmissbrauch ist in Heimen und Vollzugseinrichtungen kein seltenes Problem.

#### Bsp. 48: Betreutes und begleitetes Wohnen (PRZ)

Die Stadt Zürich bietet betreutes Wohnen ([www.stadt-zuerich.ch](http://www.stadt-zuerich.ch) → Suchbegriff: «BeWo City») für sozial und gesundheitlich beeinträchtigte Menschen, die nicht in der Lage sind, sich in ein Heim einzufügen. Das Angebot beinhaltet Krisenintervention, Erschliessung von externen Angeboten zur Verbesserung der Situation und pflegerische Unterstützung.

Das Begleitete Wohnen ([www.stadt-zuerich.ch/bewo](http://www.stadt-zuerich.ch/bewo)) ist ein Angebot für Einzelpersonen mit Suchtmittelabhängigkeiten oder psychischen Beeinträchtigungen. Es ermöglicht ihnen eigenständiges Wohnen im eigenen Zimmer und fördert ihre soziale Integration.

### 5.3.3. Versorgungs- und Informationsbereiche

Im Versorgungsbereich werden Menschen beraten und behandelt, im Informationsbereich erhalten sie gesundheitsrelevantes Wissen. Das eröffnet die Möglichkeit, auf eine Verbesserung der psychischen Gesundheit hinzuwirken.

### Gesundheits-Versorgung / -Beratung:

Hierzu gehören Beratungsstellen (Kleinkindberatung, Eheberatung, etc.), Apotheken, Drogerien, Einrichtungen der Grundversorgung (Arztpraxen, Spitalambulanzen), schulpsychologische Dienste etc. Die Fachleute in diesem Bereich kommen in Kontakt mit Menschen mit psychischen Problemen, deren Symptomatik oft noch diffus ist. Durch eine Sensibilisierung der Akteure können Prävention und Früherkennung von psychischen Störungen verbessert werden.

#### Bsp. 49: Hausärztinnen und Hausärzte schulen (PR)

Hausärztinnen und Hausärzte sollen darin geschult werden, die ersten Anzeichen für die psychischen Krankheiten mit den höchsten Prävalenzraten (Depressive Störungen, Angststörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen) zu erkennen und adäquat zu intervenieren. Ein Beispiel dafür ist das Präventionsprojekt «Krise und Suizid», das von FMH und BAG getragen wird. Es ist ein interaktives Fortbildungsseminar für Hausärztinnen und -ärzte zu Früherkennung und Umgang mit Betroffenen in Krisen- oder suizidalen Zuständen ([www.fmh.ch/themen/praevention/psychische\\_krankheiten.html](http://www.fmh.ch/themen/praevention/psychische_krankheiten.html)).

#### Bsp. 50: Case Management bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Belastungen (PRZ)

Das Städtzürcher Projekt Kompass unterstützt Menschen mit mehrfachen somatischen und psychosozialen Belastungen mittels Case Management. Dieses ermöglicht die notwendige Hilfe durch Vernetzung, Klärung und Vermittlung. Die Dauer der Begleitung orientiert sich am Bedarf: Von intensiver Begleitung während wenigen Tagen in komplexen Krisensituationen bis zur Begleitung über Monate bei schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Problemen ([www.stadt-zuerich.ch/kompass](http://www.stadt-zuerich.ch/kompass)).

### Psychosoziale Versorgung / Beratung:

Hierzu gehören z.B. kirchliche Seelsorge, Dargebotene Hand, Elternnotruf, Pro Mente Sana, Migrationsberatung, Schuldenberatungsstellen, Kriseninterventionszentren, Psychiatrische Dienste, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, psychologische Beratungsstellen, psychiatrisch-psychotherapeutische Praxen etc. Bei Menschen, welche die Dienste solcher Stellen in Anspruch nehmen, ist oft schon ein psychisches Leiden manifest. Der primärpräventive Ansatz besteht hier darin, zusätzliche psychische Erkrankungen zu vermeiden und Angehörige zu unterstützen.

So haben z.B. Kinder von Eltern, die unter einer psychischen Störung leiden, ein erhöhtes Risiko, selbst

**Bsp. 51: Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern, wikip (PRZ)**

Die Anliegen, Bedürfnisse und Nöte von Angehörigen und insbesondere von Kindern und Jugendlichen stehen bei der Behandlung von erwachsenen, psychisch erkrankten Personen häufig im Hintergrund oder gehen sogar vergessen. Fachpersonen sind oftmals nicht genügend für die Bedürftigkeit der Kinder sensibilisiert, die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen, sozialen und schulischen Institutionen ist häufig ungenügend (vgl. Hochschule für Soziale Arbeit Zürich, 2006).

Die Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) und das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) der Kinderklinik am Kantonsspital Winterthur haben dieses Versorgungsdefizit erkannt und das **«Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern» (wikip)** gestartet. Im Rahmen des Projekts werden konkrete Unterstützungs- und Präventionsmassnahmen entwickelt und seit Herbst 2011 zum Teil auch schon umgesetzt. In die Projektleitung eingebunden ist auch der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich. Das Projekt startete im Herbst 2010, die Laufzeit beträgt drei Jahre. Die begleitende wissenschaftliche Evaluation untersucht die Effizienz der entwickelten Schulungen und Massnahmen und versucht den Mehrwert für die Fachpersonen bzw. für die Versorgungsstrukturen und die betroffenen Kinder, Jugendlichen und Eltern aufzuzeigen. An der Durchführung beteiligen sich Fachpersonen u.a. aus folgenden Institutionen: Kinder- / Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie, Pädiatrie, Jugend-, Sozial- und Familienhilfe, Fachstelle für Kinderschutz, Schulsozialarbeit, Schulpsychologischer Dienst und Selbsthilfeorganisationen. Auch betroffene Eltern beteiligen sich aktiv. Das Projekt wird vom kantonalen Lotteriefonds und einer Winterthurer Stiftung sowie der Ärztesgesellschaft Winterthur-Andelfingen, dem Bundesamt für Gesundheit und den beiden Landeskirchen finanziell unterstützt. Die Projektarchitektur basiert auf einem **4-Säulen Modell**:

**Säule I** betrifft den Bereich der **Prävention und Früherkennung**. Zum Thema wurde eine Website für Betroffene und Fachpersonen eingerichtet. Es wurden für spezielle Zielgruppen bereits Schulungen durchgeführt, u.a. für sämtliche Kindergärtner/innen der Stadt Winterthur und für die Mütter- und Väterberatung. Eine weitere Zielgruppe sind die Psychiater/innen in Praxen und im Spital, weitere konkrete Wegleitungen für spezifische Berufsgruppen werden folgen.

Die **Säule II** umfasst **soziale Unterstützungsmassnahmen** für die betroffenen Kinder und ihre Eltern. Es wird ein Casemanagement als familienorientiertes Modell zur Langzeitbegleitung von Familien entwickelt. Die Möglichkeit eines zentralen Notfall-, Anlauf- und Triagedienstes mit einer zentralen Telefonnummer wird geprüft und das System von wohnraumnahen Patenfamilien soll mit verschiedenen Partnern gestärkt werden.

Zur **Säule III** gehören jene Anbieter, die in der **psychiatrischen Abklärung und psychotherapeutischen Behandlung** von Kindern und Jugendlichen tätig sind. In den Kliniken werden Sprechstunden und Elterngruppen geschaffen. Das Therapieangebot für Kinder soll analog eines bestehenden Therapieangebotes für Kinder suchtkranker Eltern (ZEBRA) ausgebaut werden.

Die **Säule IV** sieht Massnahmen im Bereich **Kinderschutz** vor. Für die Früherkennung von Gefährdungssituationen sind Checklisten bzw. Screeninginstrumente vorgesehen, im Internet wird im Hinblick auf Kinderschutzfragen ein Handbuch installiert werden.

Nähere Informationen unter [www.wikip.ch](http://www.wikip.ch) sowie [www.psychiatrie-winterthur.ch](http://www.psychiatrie-winterthur.ch) > Angehörige > Kinder. Pro Mente Sana hat eine Broschüre zum Thema herausgegeben ([www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch) > Publikationen > Ratgeber).

an einer psychischen Störung zu erkranken. Im Rahmen des Bündner Präventionsprogramms für Kinder psychisch kranker Eltern (Schmidt et al., 2012; [www.pdgr.ch](http://www.pdgr.ch)) wurde deshalb ein Konzept entwickelt, das psychoedukative Interventionen sowie therapeutische oder pädagogische Hilfen für Eltern und Kinder in den Mittelpunkt stellt. Im Kanton Zürich werden mit dem umfassenden, wissenschaftlich begleiteten «Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch erkrankter Eltern (wikip)» ähnliche Ziele verfolgt (vgl. Bsp. 51).

**Internet, eMental Health, Portale, Medien:**

Internet und Medien beeinflussen die psychische Gesundheit im Positiven und im Negativen. So chatten Jugendliche in Foren über ihre Suizidabsichten und tauschen entsprechende Tipps aus. Gleichzeitig gibt es sehr viel niederschwellige Online-Beratung für suizidgefährdete Jugendliche oder für Gesundheitsprobleme anderer Art (z.B. [www.feelok.ch](http://www.feelok.ch), vgl. Bsp. 19). Die On-

line-Beratung der Zürcher KV-Schulen ([www.kv-onlineberatung.ch](http://www.kv-onlineberatung.ch)) hat ein Buch herausgegeben, in dem häufige Fragen der Jugendlichen und die Antworten darauf abgedruckt sind (Butz et al. 2011).

**Bsp. 52: Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid (PR)**

Den Medien sollen Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid zur Verfügung gestellt werden. Als Grundlage kommen etwa das WHO Dokument «Preventing suicides. A resource for media professionals» (WHO, 2008b) in Frage oder die Media-Guidelines der Schweizer Organisation für Suizidprävention Ipsilon ([www.ipsilon.ch/index.php?id=68](http://www.ipsilon.ch/index.php?id=68)). Auch der Schweizer Presserat hat entsprechende Richtlinien für Journalisten und Journalistinnen publiziert ([www.presserat.ch](http://www.presserat.ch) > Richtlinie 7.9 – Suizid). In Österreich wurde der Effekt von Medienrichtlinien getestet. Dabei wurde eine Reduktion der Suizidrate festgestellt (Wahlbeck & Mäkinen, 2008).

**Bsp. 53: Medienpreis für Berichterstattung über psychische Erkrankung (PRZ)**

Pro Mente Sana verleiht seit 2007 alle zwei Jahre einen Medienpreis von 5'000 Franken, um differenzierte Berichterstattung über psychische Erkrankung und Gesundheit zu prämiieren ([www.promentesana.ch/page.php?pages\\_id=231&language=de](http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=231&language=de)).

Auch für andere Zielgruppen gibt es Angebote. Eltern können beispielsweise auf [www.elterntraining.ch](http://www.elterntraining.ch) die Bewältigung von Familienstress trainieren.

Medien können mit ihrer Berichterstattung wesentlich zur Stigmatisierung, respektive Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen.

**Bsp. 54: Internetplattform für psychische Gesundheit (PRZ)**

Mit [www.psychiatrie-winterthur.ch](http://www.psychiatrie-winterthur.ch) gibt es in der Region Winterthur bereits eine Internetplattform, die weit über den Bereich der institutionellen Psychiatrie hinausgeht. Der Kanton Zürich könnte eine vergleichbare Plattform für psychische Gesundheit für den ganzen Kanton schaffen.

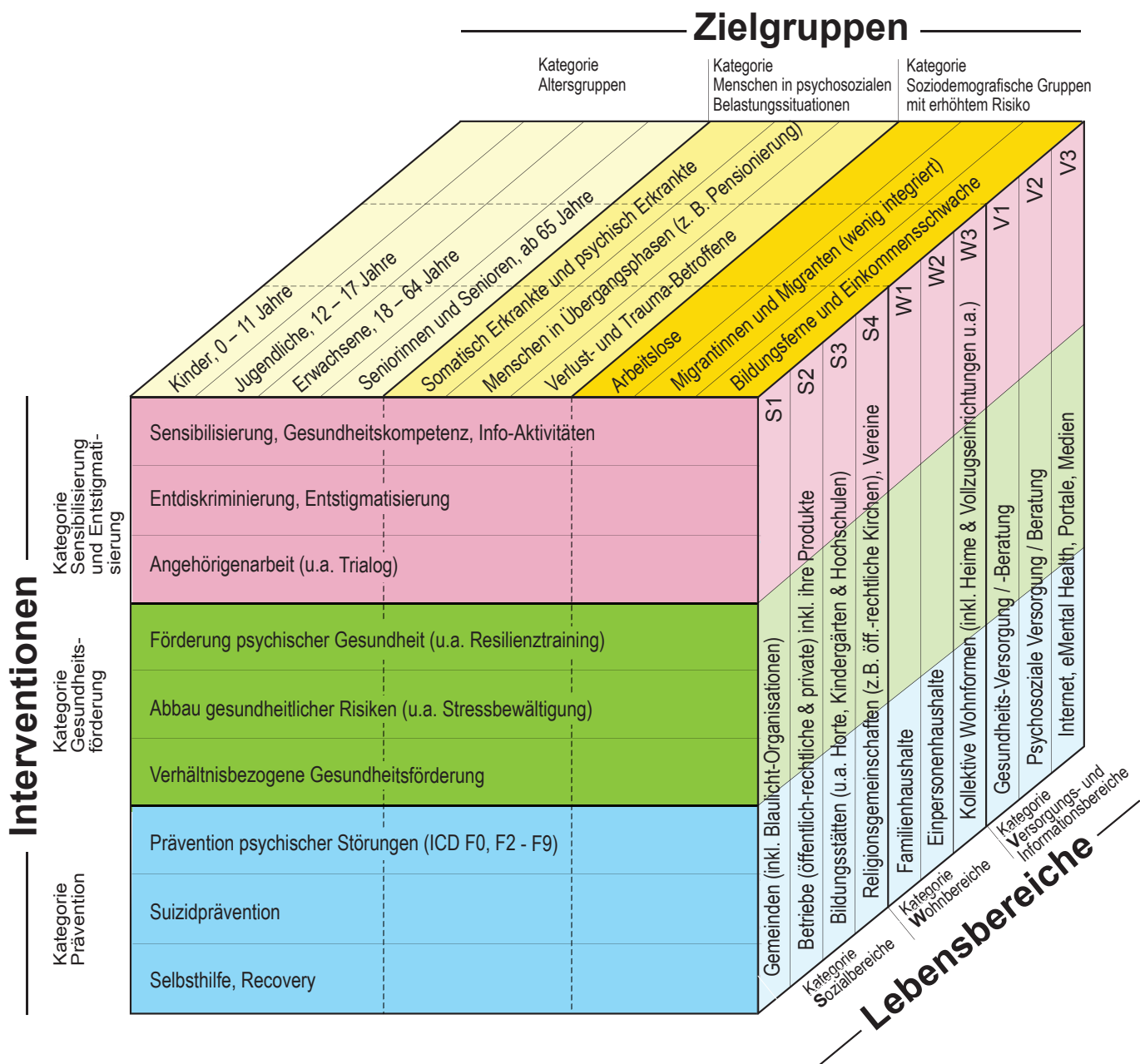


### 5.4. Stellenwert und Nutzen des Kubus-Modells

Die drei Dimensionen mit ihren Kategorien und Subkategorien stecken das Gebiet ab, in dem präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten im Bereich psychische Gesundheit ergriffen werden können. Mit dem

Kubus-Modell lassen sich Grundsätze für die Auswahl von gesundheitsfördernden und präventiven Aktivitäten veranschaulichen. Namentlich die Kombinierbarkeit der drei Dimensionen wird augenfällig.

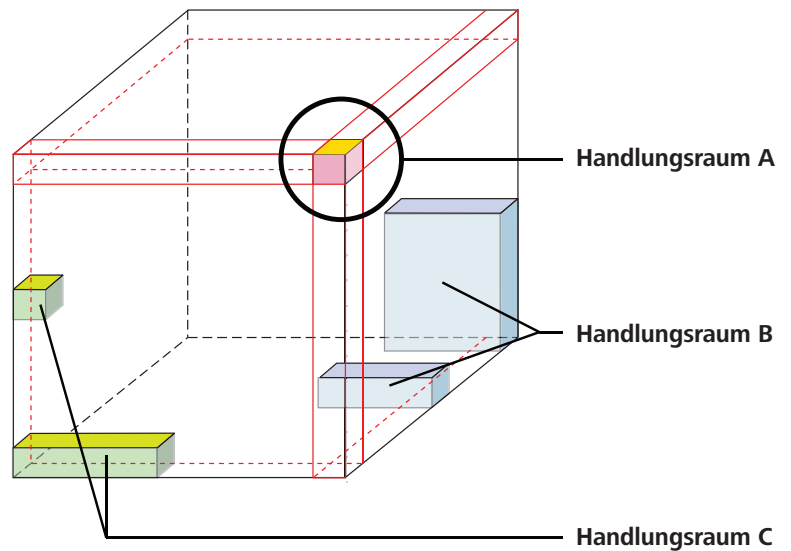
**Abb. 8: Detailliertes Kubus-Modell mit den Dimensionen Interventionen, Zielgruppen und Lebensbereiche**



### 5.4.1. Handlungsraum

Der Schnittpunkt dreier einzelner Subkategorien aus je einer Dimension ergibt ein kleines «Würfelchen» (Handlungsraum A in Abb. 9:). Ein Beispiel ist Stressbewältigung für Erwachsene im Betrieb. Ein solches «Würfelchen» wird Handlungsraum genannt. Ein Handlungsraum kann auch aus mehreren «Würfelchen» bestehen (vgl. die Handlungsräume B und C in (Abb. 9). Ein Beispiel: Suizidprävention für Arbeitslose, Migrantinnen und Migranten sowie Bildungsferne und Einkommensschwache in der Gemeinde (= drei «Würfelchen»).

Abb. 9: Beispiele möglicher Handlungsräume



### 5.4.2. Zweck und Grenzen des Kubus-Modells

Die Kubus-Darstellung hat neben ihren Stärken als Visualisierungs- und Verortungshilfe auch Schwächen: Es gibt Interventionen, die sich mit Hilfe des Kubus-Modells nicht darstellen lassen. Dann nämlich, wenn zu kombinierende Kategorien in der gleichen Dimension liegen. So ist Sensibilisierung und Entstigmatisierung im Zusammenhang mit Prävention nicht darstellbar, weil beide Kategorien in der Dimension Interventionen liegen. Das gleiche Problem ergibt sich in der Dimension Zielgruppen: Eine Massnahme, die sich an Menschen in psychosozialen Belastungssituationen richtet, die gleichzeitig einer soziodemografischen Gruppe mit erhöhtem Risiko angehören (z.B. somatisch kranke Migrantinnen und Migranten), kann im Kubus ebenso wenig dargestellt werden wie eine Intervention für bildungsferne Erwachsene (Kombination der Kategorien Altersgruppen und soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko). Bereits in Kap. 5.2. wurde ausserdem darauf hingewiesen, dass beispielsweise die wichtige Kategorie Geschlecht fehlt und dies nicht bedeutet, dass Massnahmen nicht auf ein Geschlecht zugeschnitten werden können oder sollen. Keine Darstellungs-

probleme ergeben sich hingegen mit Subkategorien, die sich ausschliessen. Das sind die «Altersgruppen» und die «Wohnbereiche». Die Auswahl und Konzeption konkreter Präventionsprogramme und -projekte ist nicht abhängig von ihrer Darstellbarkeit im Kubus-Modell.

Das Kubus-Modell dient der Veranschaulichung des gesamten Interventionsraums und gewisser Interventionsregeln. Es sagt nichts darüber aus, welche Dimensionen, Kategorien und Subkategorien besonders wichtig sind und wohin wie viel Geld fliessen soll. Mit dem Modell soll aber auch in keiner Weise suggeriert werden, Massnahmen seien im Sinne des Giesskannenprinzips gleichmässig über den ganzen Kubusraum zu verteilen. Die Selektion von Programmen erfolgt daten-geleitet und theoriegestützt (vgl. Kap. 6.).

Im Kubus-Modell ebenfalls nicht darstellbar ist die Dimension Zeit. Über die Dauer von Schwerpunktprogrammen werden in Kap. 6.4.5. Aussagen gemacht.



## 6. Schwerpunktprogramme: Vorgaben und Entscheidungsabläufe

Nachfolgend werden Regeln für die Auswahl des Handlungsraums von staatlich mitfinanzierten Schwerpunktprogrammen aufgestellt (Kap. 6.1.). Anschliessend werden Anforderungen an Schwerpunktprogramme dargestellt, wie sie sich aus dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung ergeben. Das sind einerseits allgemeine Kriterien (Kap. 6.2., S. 60), andererseits Kriterien für die Zieldefinition (Kap. 6.3., S. 60). Schliesslich wird dargestellt, wie Schwerpunktprogramme auszuwählen und durchzuführen sind (Kap. 6.4., S. 61).

Neben staatlich finanzierten Programmen gibt es im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung zahlreiche und ebenso wichtige Projekte, die auf privater Initiative beruhen (vgl. z.B. viele der Beispiele im vorliegenden Bericht). Wie im allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung dargestellt (S. 54), sind sie gleichwertiger Teil des gesamten Systems.

### 6.1. Regeln zur Ausgestaltung von Schwerpunktprogrammen

Schwerpunktprogramme erstrecken sich in der Regel auf einen Handlungsraum, der sich aus mehr als einem «Würfelchen» zusammensetzt und sie bestehen aus mehreren Teilprojekten (im Gegensatz zu Einzelprojekten, vgl. dazu Kap. 7., S. 65). Bei der Auswahl des Handlungsraums ist eine Reihe von Regeln zu beachten, die nachfolgend aufgezählt werden.

Die für die strategischen Entscheide zuständige Kommission Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. dazu Kap. 6.4.1.) sorgt dafür, dass diese Regeln bei der Auswahl von Schwerpunktprogrammen soweit möglich berücksichtigt werden.

#### Interventionen:

- A.** Interventionen müssen Massnahmen aus der Kategorie «Sensibilisierung und Entstigmatisierung» umfassen. Der Erfolg von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen hängt sowohl vom Einbezug der potenziell Erkrankungs-betroffenen ab als auch vom Wissen und Verständnis von Angehörigen, Berufsleuten aus den Versorgungsinstitutionen und der Gesellschaft.
- B.** Interventionen müssen Massnahmen aus der Kategorie «Gesundheitsförderung» und/oder «Prävention» umfassen. Mit dieser Regel soll vermieden werden, dass sich eine Intervention in Informationsaktivitäten erschöpft. Es soll immer auch direkt auf Verhalten oder Verhältnisse eingewirkt werden.
- C.** Die Prävenierbarkeit einer psychischen Erkrankung muss gegeben sein. Wenn die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Störung durch Prävention oder Gesundheitsförderung nicht beeinflussbar ist, wird auf Interventionen verzichtet. Störungen mit hoher Prävenierbarkeit ist der Vorzug zu geben vor solchen mit geringer Prävenierbarkeit.

#### Zielgruppen:

- D.** Bei der Auswahl der Zielgruppen ist der Problemdruck entscheidend, d.h. jene Gruppen stehen im Vordergrund, die am dringendsten einer Intervention bedürfen. Ausschlaggebend sind die Häufigkeit und die Intensität, mit der die Zielgruppe einer Belastung ausgesetzt ist. Um dies festzustellen, werden u.a. epidemiologische Daten (national und kantonal) und weitere Daten aus Forschung und Praxis berücksichtigt. Mehrfach belastete Gruppen von Menschen (z.B.: frisch verwitwete Arbeitslose) haben hohe Priorität.
- E.** Ebenso wichtig wie der Problemdruck ist die Erreichbarkeit einer Zielgruppe. Es muss dargestellt werden, wie (Interventionen) und wo (Lebensbereiche) die anvisierten Personen angesprochen werden können. Bei gleichem Problemdruck ist der Zielgruppe mit der besseren Erreichbarkeit der Vorzug zu geben. Die Chancengleichheit (vgl. Kap. 4.4.) sollte durch dieses Kriterium möglichst wenig beeinträchtigt werden.
- F.** Bei allen Programmen müssen Überlegungen dazu angestellt werden, welche Altersgruppen angesprochen werden sollen. In der Regel sollen sich Interventionen an mindestens zwei Altersgruppen richten. Dies aus Kostengründen und um Einseitigkeiten zu vermeiden.
- G.** Bei Programmen für die Kategorien «Menschen in psychosozialen Belastungssituationen» und «Soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko» muss immer die Situation von Lebenspartnerinnen und -partnern, Kindern und anderen Angehörigen von potenziell Betroffenen mitberücksichtigt werden. Gegebenenfalls müssen auch Massnahmen für sie vorgesehen werden.

**Lebensbereiche:**

- H.** Bei der Auswahl des Lebensbereichs muss diskutiert und gezeigt werden, wie die gewählte(n) Zielgruppe(n) am besten erreicht werden können. Ein Beispiel: Wie lassen sich der Konsum und die negativen Auswirkungen von Gewaltvideos bei Jugendlichen reduzieren? Als Lebensbereiche kommen die Familie und die Schule in Frage, aber auch Videoläden oder einschlägige Internetsites. Bei der Eingabe eines Schwerpunktprogramms muss dargestellt werden, welcher Lebensbereich oder welche Kombination von Lebensbereichen am vielversprechendsten ist.
- I.** Werden in einem Programm mehr als eine Zielgruppe angesprochen (vgl. Regel F) wird sich in der Regel die Notwendigkeit ergeben, auch in mehreren Lebensbereichen zu agieren. Entsprechende Überlegungen müssen in der Programm-eingabe aufgezeigt werden.
- J.** Damit ein Programm Erfolg hat, müssen möglichst viele Schlüsselpersonen aus einem Lebensbereich einbezogen werden (peer supported approach).

Die Regeln A., B., F., G. wurden für den Bereich psychische Gesundheit neu in den vorliegenden Grundlagenbericht aufgenommen. Regeln C., E., H., I. und J. sind sinngemäss aus dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet, das Massnahmen verlangt, die effektiv und effizient sind (ISPMZ, 2004, S. 48). Regel D. wird in vielen Fällen zu einer Konkretisierung des Grundsatzes der Chancengleichheit führen, der ebenfalls im allgemeinen Konzept verankert ist (ISPMZ, 2004, S. 40).

### 6.2. Allgemeine Kriterien für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung

Auch das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich formuliert eine Reihe von Kriterien für Projekte (ISPMZ, 2004, S. 48). Diese gelten auch für den Bereich der psychischen Gesundheit:

- Die gesellschaftliche/politische Resonanz eines Themas ist zu berücksichtigen.
- Für die Identifikation von Gesundheitspotenzialen werden Trends und Entwicklungen in der Gesundheitsförderung beobachtet und die Effektivität und Effizienz von Massnahmen geprüft.

- Zentral ist die Abstimmung der Projekte auf bestehende Aktivitäten im Kanton, auf interkantonaler und auf nationaler Ebene (Gesundheitsförderung Schweiz, BAG, etc.). Es gelten die Prinzipien der Subsidiarität und Kooperation.
- Bei sonstiger Gleichwertigkeit erhalten Handlungsräume den Vorzug,
  - die voraussichtlich einen positiveren Effekt auf die Chancengleichheit haben,
  - in denen Interventionsmassnahmen existieren, deren Effektivität und Effizienz nachweislich besser sind.

### 6.3. Zieldefinition für Schwerpunktprogramme zu psychischer Gesundheit

Das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich verlangt von Programmen und Einzelprojekten klare und überprüfbare Ziele (ISPMZ, 2004, S. 58). Diese Anforderung gilt auch für den Bereich der psychischen Gesundheit. Vom Ziel «Verbesserung der psychischen Gesundheit der Zürcher Bevölkerung» (vgl. Kap. 1.1.) ausgehend, sind projektbezogene Ziele zu bestimmen. Um die Überprüfbarkeit zu gewährleisten, müssen diese Ziele grundsätzlich zwei Kriterien genügen:

- Messbarkeit: Ziele sind so zu operationalisieren, dass Veränderungen messbar sind (z.B. Senkung der Inzidenzrate von Depressionen, Abnahme des Bevölkerungsanteils mit Vorurteilen gegen psychisch Kranke). Solche Zielgrössen werden immer von vielfältigen Faktoren beeinflusst, die durch Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme kaum beeinflusst werden können. So führt ein Anstieg der Arbeitslosigkeit zu mehr Depressionen und einzelne, spektakuläre, schwere Verbrechen von psychisch kranken Täterinnen und Tätern können Entstigmatisierungsbemühungen entgegenlaufen. Deswegen sind zusätzlich Unterziele (auch intermediäre Ziele genannt) zu formulieren, für die der Einfluss von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bestimmbar ist (z.B. Zahl der Teilnehmenden an Resilienz-Trainings, die durch das Programm ins Leben gerufen wurden; Reichweite einer Plakatkampagne gegen die Stigmatisierung psychisch Kranker). In vielen Fällen wird man sich auf die Messung pragmatischer Intermediärziele beschränken müssen.

Gegen die Maxime der Operationalisierbarkeit/Messbarkeit lässt sich kritisch argumentieren, dass Interventionen nicht wirkungslos sein müssen,

wenn Ziele und Effekte nicht oder nur schlecht operationalisierbar bzw. messbar sind.

- **Beeinflussbarkeit:** Es sollen nur Ziele gesetzt werden, die durch Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen tatsächlich beeinflussbar sind. Bei den oben skizzierten Unterzielen dürfte dieses Kriterium ohne weiteres erfüll- und kontrollierbar sein. Bei den Hauptzielen müssen wegen der immer vorhandenen Dritteinflüsse flexiblere Massstäbe gelten. Die Beeinflussbarkeit muss aufgrund von bisherigen Erfahrungen und wissenschaftlichen Evaluationen eine hohe Plausibilität haben.

#### 6.4. Auswahl und Durchführung von Schwerpunktprogrammen

Im allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich werden Anforderungen an die Durchführung von Schwerpunktprogrammen und deren Trägerschaften dargestellt (ISPMZ, 2004, S. 46 ff.). Sie gelten grundsätzlich auch für die vorliegenden Grundlagen. Gewisse Veränderungen ergeben sich wegen des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen kantonalen Gesundheitsgesetzes.

Auf Grundlage des alten Gesundheitsgesetzes vom 4. November 1962 existierte seit Anfang der 90er Jahre die erweiterte Sanitätskommission, die sich mit Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung befasste. Das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich sah diese Kommission als Instanz vor, die Schwerpunktthemen auswählt. Sie hatte denn auch die Schwerpunktprogramme «Bewegung, Ernährung, Entspannung (BEE)»<sup>66</sup> und «Betriebliche Gesundheitsförderung»<sup>67</sup> ausgewählt.

Im April 2007 hat der Kantonsrat das geltende Gesundheitsgesetz verabschiedet, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist. Es sieht keine Sanitätskommission mehr vor und entzieht damit auch der erweiterten Sanitätskommission die gesetzliche Grundlage. Die erweiterte Sanitätskommission hielt ihre letzte Sitzung im Mai 2007 ab und wurde nach Beginn der neuen Legislaturperiode 2007–2011, die im Mai 2007 begann, mangels gesetzlicher Grundlagen und weil sie nicht benötigt wurde, nicht mehr einberufen.

<sup>66</sup> Das Programm wurde inzwischen ins Schwerpunktprogramm «Leichter leben» überführt, das auf das Thema Übergewicht fokussiert. Grundlage für diese Weiterführung sind die Legislaturziele 2007 – 2011 des Zürcher Regierungsrates (Legislaturziel 17.4).

<sup>67</sup> Das Programm wurde plangemäss Ende 2008 abgeschlossen.

#### 6.4.1 Kommission Prävention und Gesundheitsförderung

Gleichzeitig teilte die kantonale Gesundheitsdirektion mit, dass eine «Kommission Prävention und Gesundheitsförderung» für die Auswahl von Schwerpunktprogrammen zuständig sein soll. Diese neu zu schaffende Kommission soll kleiner und schlanker sein als die erweiterte Sanitätskommission. Sie soll sich aus ca. 7 Mitgliedern zusammensetzen und von der Gesundheitsdirektion oder vom Regierungsrat eingesetzt werden. Ihre Hauptaufgabe ist es, die strategischen Entscheide im Bereich des Konzeptes für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich zu treffen. Präsidium und Sekretariat werden voraussichtlich vom ISPMZ gestellt, da dieses vom Regierungsrat als Koordinationsinstanz für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung definiert worden ist.

Die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung

- sammelt Vorschläge für Schwerpunktprogramme,
- sorgt dafür, dass die Grundsätze und Vorgaben des vorliegenden Berichts bei der Auswahl von Schwerpunktprogrammen beachtet werden,
- stellt die notwendigen Anträge an die privaten und staatlichen Geldgeber,
- und trifft die strategischen Entscheidungen darüber, welche Programme durchgeführt werden sollen.

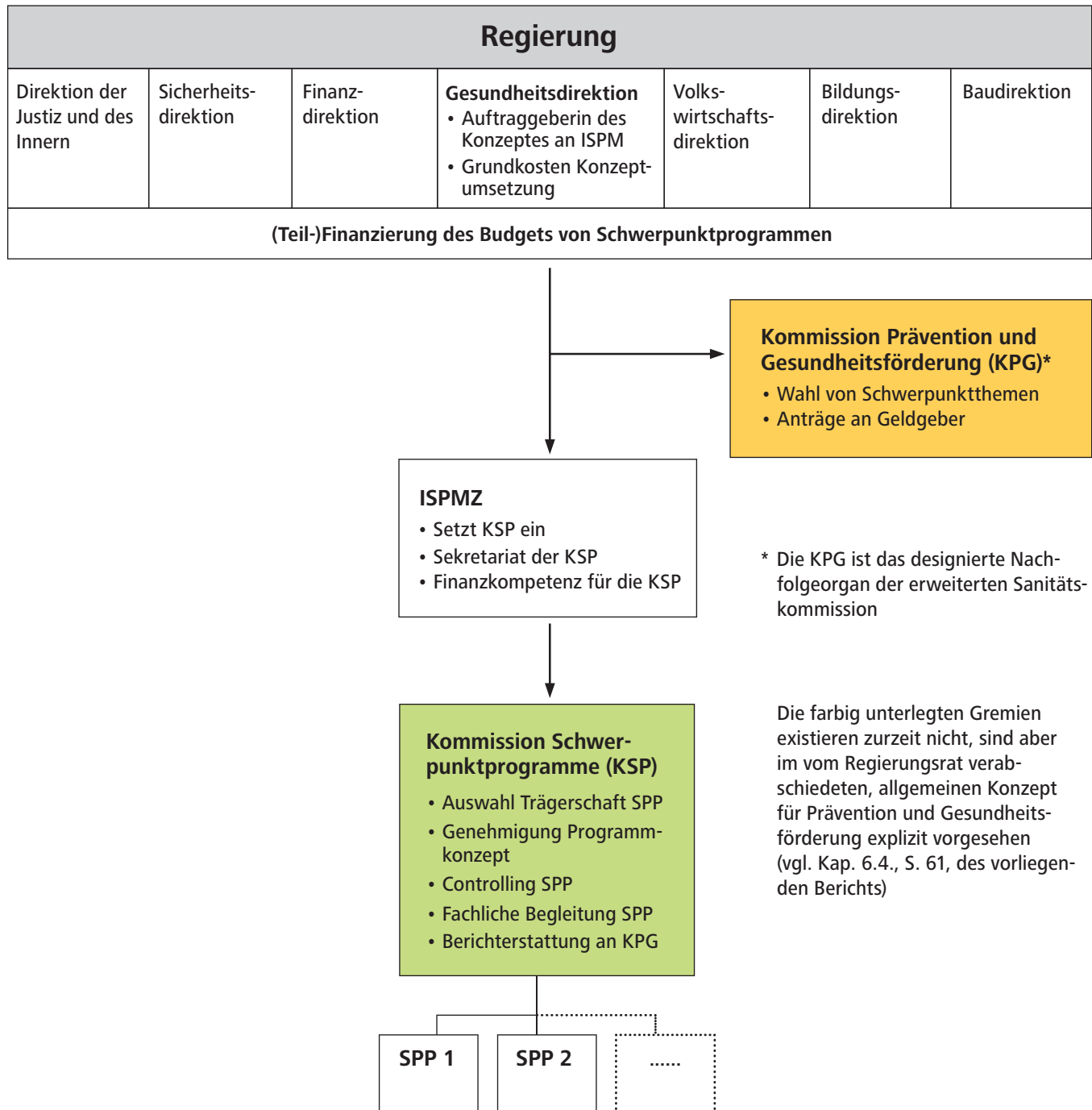
Grundsätzlich kann jede Person oder Organisation Vorschläge für Programme machen. Die Kommission begründet die Nichtwahl von vorgeschlagenen Themen zuhanden der Vorschlagenden.

Die geplante Kommission für Prävention und Gesundheitsförderung wurde noch nicht eingesetzt, weil sie bisher nicht benötigt wurde: Das Schwerpunktprogramm «Leichter leben» wurde vom Regierungsrat als Legislaturziel definiert, weshalb keine Entscheidung über die Durchführung der Massnahmen durch ein anderes Gremium nötig war.

#### 6.4.2. Kommission Schwerpunktprogramme

Wie im allgemeinen Konzept (ISPMZ, 2004) vorgesehen, setzt das ISPMZ für die operative Führung der Schwerpunktprogramme die «Kommission Schwerpunktprogramme» ein und bestimmt deren Präsidium. Die Finanzkompetenz der Kommission liegt beim ISPMZ, das auch das Sekretariat führt. Der Kommis-

**Abb. 10: Schematische Darstellung der Organisation zum Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung**



### Legende

- KPG:** Kommission Prävention und Gesundheitsförderung
- ISPMZ:** Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
- KSP:** Kommission Schwerpunktprogramme
- SPP:** Schwerpunktprogramm

sion Schwerpunktprogramme obliegen folgende Aufgaben:

- Bestimmung der Trägerschaft eines Schwerpunktprogramms
- Genehmigung des Programmkonzepts (inkl. Evaluation, Finanzierung und Projektmanagement)
- Controlling (Berichterstattung, Evaluation, Finanzen)
- Fachliche Begleitung der Schwerpunktprogramme, auch hinsichtlich Qualitätssicherung
- Berichterstattung an die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Mitglieder der Kommission Schwerpunktprogramme müssen in der Lage sein, diese Aufgaben zu erfüllen (fachliches Know-how und Projektmanagement-Erfahrung).

Die Abbildung 10 stellt die Aufgaben der beiden Kommissionen und der übrigen Akteure schematisch dar.

### 6.4.3. Trägerschaft

Die Trägerschaft eines Programms verfügt über das notwendige fachliche und methodische Know-how sowie die notwendige technische und personelle Infrastruktur, um ein Programm durchzuführen. Sie ist im Schwerpunktbereich gut vernetzt. Die relevanten Akteure sind bei der Erarbeitung des Schwerpunktkonzeptes in geeigneter Weise einzubeziehen. Vorzugsweise bilden Organisationen, die im Schwerpunktbereich tätig sind, eine Allianz, die als Trägerschaft fungiert.

### 6.4.4. Finanzierung

In der Regel ist bei Schwerpunktprogrammen eine Mischfinanzierung mit mehreren Geldgebern vorzusehen. Das Zürcher Gesundheitsgesetz besagt, dass der Kanton präventive Massnahmen Dritter mit bis zu 100% subventionieren kann (Art. 46). Dabei ist zu beachten, dass die Kosten jeweils durch die thematisch zuständige Direktion getragen werden (Querschnittsprinzip). Gelder, die vom Kanton kommen, müssen – je nach Betrag – durch die zuständige Direktion, durch den Regierungsrat oder durch das Parlament bewilligt werden. Dabei handelt es sich um projektbezogene Beiträge, d.h. pro Schwerpunktprogramm ist ein Einzelentscheid erforderlich.

In den Grundkosten für die Umsetzung des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförde-

rung sind jährlich 150'000 Franken für die kontinuierliche Begleitung von Schwerpunktprogrammen und die Sicherstellung einer minimalen Qualitätssicherung vorgesehen.<sup>68</sup> Das ISPMZ verfügt ausserdem über einen Budgetanteil für Öffentlichkeitsarbeit, der unter Umständen teilweise auch für Schwerpunktprogramme eingesetzt werden kann.

Es gibt keine objektiven Kriterien dafür, welches finanzielle Engagement der öffentlichen Hand für die Prävention psychischer Erkrankungen angemessen ist. Referenz könnten die Ausgaben für die allgemeine Gesundheitsförderung und Prävention sein. In der Schweiz werden 2,3% der gesamten Gesundheitsausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung aufgewendet (OECD, 2011). In einem älteren OECD-Bericht (OECD, 2006) wird kritisiert, dass die Schweiz im Vergleich mit anderen europäischen Ländern zu wenig in Prävention und Gesundheitsförderung investiert (damals betrug der Kostenanteil der Prävention an den Gesundheitsausgaben 2,2%).

Wenn man davon ausgeht, dass es angemessen ist, im Kanton Zürich im Bereich der psychischen Gesundheit den gleichen Anteil für Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben, wie gesamthaft in der Schweiz, so lässt sich ausgehend von den Kosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen im Kanton ein jährlicher Betrag für Prävention errechnen. Nimmt man den Betriebsaufwand der psychiatrischen Kliniken und die Kosten von ambulanten Erbringern von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen im Kanton Zürich (rund 700 Millionen Franken pro Jahr, vgl. Kap. 3.2.1., S. 23 ff.) als Basis, müssten im Kanton Zürich jährlich rund 16,1 Millionen Franken (2,3% von 700 Millionen) für Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit ausgegeben werden. Davon müsste jener Betrag abgezogen werden, der heute bereits aufgewendet wird. An erster Stelle sind die 8,3 Millionen zu nennen, die Kanton, Gemeinden und Bund (Alkoholzehntel) heute schon für die Stellen für Suchtprävention ausgeben. Dieser Betrag kann durchaus als Ausgabe zur Prävention psychischer Störungen betrachtet werden. Wie viel über andere Quellen als die Suchtprävention in den Bereich Prävention psychischer Krankheiten fliesst, lässt sich nicht eruieren. Es dürfte sich aber um einen bescheidenen Betrag handeln, der grob auf eine Million Franken geschätzt werden kann. Demnach müssten im Kanton Zürich zusätzlich gegen 6,8 Millionen Franken in die Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit fliessen.

Als Finanzierungsquellen künftiger Präventionsprojekte kommen Bund, Kanton, Gemeinden, Kranken- und

<sup>68</sup> ISPMZ 2004, S. 65. Aus diesen Grundkosten wurde fast der gesamte Aufwand zur Erstellung des vorliegenden Berichts finanziert.



Sozialversicherer, private und öffentliche Institutionen sowie Privatpersonen in Frage. Als Teilfinanzierer sind auch der Lotteriefonds des Kantons Zürich, die Gemeinnützige Gesellschaft des Kantons Zürich, Gesundheitsförderung Schweiz, das Migros Kulturprozent und weitere private Fonds und Stiftungen denkbar.

#### **6.4.5. Dauer eines Schwerpunktprogramms**

Die Dauer eines Schwerpunktprogramms kann variieren und ist dem Thema anzupassen. Wie viele Programme parallel laufen können, hängt von deren Finanzbedarf und der Finanzierungsbereitschaft der Geldgeber ab. In der Regel dürften selten mehr als zwei Programme gleichzeitig laufen. Eine sinnvolle Etappierung ist angezeigt (ISPMZ, 2004, S. 46).

Im Sinn von Grundsatz 4.6 (vgl. S. 32) ist anzustreben, dass ein Schwerpunktprogramm auch über den Programmabschluss hinaus wirkt. Das kann dadurch geschehen, dass neue tragende Strukturen wie Vereine oder Stiftungen geschaffen werden. Finanziert werden können diese durch selbsttragende Massnahmen, Fundraising oder einen dauerhaften Geldgeber. Es gilt zu beachten, dass die Kosten eines Programms nach hohen Anfangsinvestitionen in der Regel in den Folgejahren sinken.

Besonders dauerhaft und in der Regel kostengünstig wirken Verhältnisänderungen. Z.B. ein neues oder geändertes Gesetz, das präventive oder gesundheitsförderliche Bestimmungen enthält oder bauliche Massnahmen an einer Brücke zur Verhinderung von Suiziden.

## 7. Einzelprojekte

Seit der Publikation des Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich im Jahr 2004 werden vor allem Schwerpunktprogramme gefördert und durchgeführt (vgl. Kap. 3.4.). Einzelprojekte können jedoch weiterhin unterstützt werden, wenn sie gewissen Anforderungen genügen.

Unter Einzelprojekten im Sinne des vorliegenden Berichts werden Projekte verstanden, die einen Handlungsraum abdecken, der aus nur einem oder wenigen «Würfelchen» des Kubus-Modells (vgl. Kap. 5.4.1.) besteht. Ein Beispiel:

### Bsp. 55: Suizidprävention für Witwen und Witwer (PI)

Das Suizidpräventionsprojekt für Witwen und Witwer im Kanton Zürich sensibilisiert Pfarrer/innen und Bestatter/innen (Subkategorie Psychosoziale Versorgung/Beratung) und vermittelt diesen jenes Wissen, das es ihnen ermöglicht, frisch Verwitwete (Subkategorie Verlust-Betroffene) zu unterstützen und so Suizide zu verhindern (Subkategorie Suizidprävention). In den Tagen und Wochen nach der Verwitwung ist das Suizidrisiko bei den Betroffenen extrem hoch ([www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf](http://www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf)).<sup>69</sup>

Es muss aus dem Projektgesuch gut begründet hervorgehen, dass in diesem Handlungsraum ein hoher Bedarf vorhanden ist und dass die Ziele der Intervention nicht durch laufende Schwerpunktprogramme abgedeckt werden. Erfahrungen aus ähnlichen Projekten sollen für die Interventionsplanung berücksichtigt werden.

### 7.1. Unterstützungskriterien für Einzelprojekte

Für die Finanzierung von Einzelprojekten durch das ISPMZ bestehen bereits Richtlinien. Sie legen inhaltliche und qualitative Anforderungen fest, die erfüllt sein müssen, damit ein Projekt unterstützt wird.

Gesuchsteller/innen und die Projektträgerschaft können Institutionen, Vereine oder Organisationen sein, die nicht gewinnorientiert sind. Das Projekt muss in-

haltlich ausserhalb der vier Hauptstrategien des Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung liegen. Es soll den Grundsätzen für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen (vgl. Kap. 4. des vorliegenden Berichts) gerecht werden. Die Personen und Institutionen, welche das Projekt durchführen, verfügen über das notwendige fachliche und methodische Know-how sowie die notwendige technische und personelle Infrastruktur.

Gesundheitsförderung Kanton Zürich leistet nur eine Mitfinanzierung. Diese finanzielle Unterstützung erstreckt sich auf maximal 50% der Projektkosten. Pro Projekt und Jahr werden maximal 9'000 Franken gesprochen. Eine einmalige Anschlussfinanzierung des gleichen Projektes in der Höhe von maximal 2'500 Franken ist möglich.

Für die finanzielle Unterstützung von Einzelprojekten besteht auch eine Reihe von Ausschlusskriterien, die in den Richtlinien<sup>70</sup> enthalten sind. Diese Kriterien gelten auch für Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit.

Unterstützung ist nicht nur finanziell möglich, sondern auch durch fachliche Unterstützung und durch Wissenstransfer aus abgeschlossenen Projekten.

<sup>69</sup> Vgl. auch Bsp. 32.

<sup>70</sup> Informationen, Richtlinien und Gesuchsformular für Einzelprojekte können unter [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch), Rubrik «Unterstützung für Einzelprojekte», heruntergeladen werden.



## 8. Kommentar zu den im Text erwähnten Beispielen

Die in den vorangehenden Kapiteln aufgeführten 55 Projektbeispiele haben, wie erwähnt, keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste hat eher den Charakter einer Zufallsstichprobe zu Illustrationszwecken. Es wurden 30 Projekte erfasst, die im Kanton Zürich bereits umgesetzt werden **(PRZ)** und 15, die anderswo verwirklicht wurden **(PR)**. Zehn Beispiele sind Projektideen **(PI)**.

Für die Erarbeitung des Berichts erwies es sich als sehr nützlich, die existierenden Projekte zu studieren. Die gewählten Ansätze und die gemachten Erfahrungen waren sehr lehrreich und sollten auch bei der Konzeption und Umsetzung der Schwerpunktprogramme beachtet werden.

Die Liste macht deutlich, was die heutigen Massnahmen zur Prävention psychischer Krankheit auszeichnet:

- Sie basieren stark auf privater Initiative von Laien, Fachleuten und gemeinnützigen Organisationen. Dieses grosse Engagement ist sehr wertvoll und wird auch in Zukunft unverzichtbarer Bestandteil der Prävention im Kanton Zürich sein.
- Viele Projekte sind evaluiert worden. Ihre Qualität ist oft hervorragend. In der Beispielsliste im Anhang D auf S. 85 wird angegeben, ob Evaluationen zu den vorgestellten Projekten bekannt bzw. zugänglich sind.
- Sie greifen in der Regel punktuell ein und dies in thematischer, geografischer und zeitlicher Hinsicht. Oft beschränken sich die Interventionen auf ein einzelnes Handlungsfeld und auf ein Quartier, eine Gemeinde oder eine Region. Häufig sind sie von begrenzter zeitlicher Dauer.
- Hinter den Aktivitäten ist keine übergreifende Systematik zu erkennen.
- Nur ein kleiner Teil der Projekte wird vom Kanton (mit)finanziert.

Mit den vorliegenden Grundlagen sollen die bestehenden Massnahmen keinesfalls ersetzt werden. Die auf privater Initiative beruhenden Aktivitäten sollen allenfalls ergänzt oder verstärkt, wo nötig koordiniert oder systematisiert werden. Synergiepotenziale sollen erkannt und ausgeschöpft werden.

Die Schwerpunktprogramme sollen weniger punktuell ausgerichtet sein. Das heisst, sie sollen grössere Handlungsräume abdecken und im ganzen Kanton oder zumindest in mehreren Regionen umgesetzt werden. Sie sollen sich über längere Zeiträume erstrecken und im Idealfall nachhaltig angelegt sein. Mit kantonaler Unterstützung ist dies leichter zu bewerkstelligen.



## 9. Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Berichts

Die nächsten Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Berichts betreffen

- institutionelle Fragen,
- finanzielle Fragen,
- die Öffentlichkeitsarbeit
- und Realisierungsschritte für die ersten Schwerpunktprogramme.

### Institutionelle Massnahmen

Sowohl die für die strategischen Entscheide zuständige Kommission Prävention und Gesundheitsförderung als auch die operativ tätige Kommission Schwerpunktprogramme waren anfangs 2012 nicht besetzt. Sie sind gemäss dem Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, das vom Regierungsrat verabschiedet worden ist, ausdrücklich vorgesehen und ihre Funktionen sind definiert. Nachdem sie in den vergangenen Jahren nicht benötigt wurden, sind sie für die Umsetzung des vorliegenden Berichts nun notwendig. Folgende Schritte sind vorzunehmen:

- Das ISPMZ nimmt die Schaffung der Kommission Prävention und Gesundheitsförderung (KPG) an die Hand und stellt der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die dafür notwendigen Anträge. Die Schaffung der KPG sollte bis Frühherbst 2012 erfolgt sein.
- Das ISPMZ selber setzt die Kommission Schwerpunktprogramme ein.
- Sobald die vorliegenden Grundlagen verabschiedet worden sind, bestimmt das ISPMZ eine Ansprechperson für die Umsetzungsfragen.

### Finanzen

Daneben sind Schritte zur Schaffung von Finanzierungsmöglichkeiten einzuleiten. Dies fällt vor allem in die Zuständigkeit der Gesundheitsdirektion. Die Arbeitsgruppe, die den Bericht erstellt hat, und eine grosse Anzahl der Vernehmlassungsteilnehmenden sind der Meinung, der Kanton Zürich solle sich finanziell stärker für Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit engagieren.

### Öffentlichkeitsarbeit

Am Zürcher Präventionstag vom März 2012 wurde der Grundlagenbericht vorgestellt. Sobald der Bericht

publiziert ist, wird mit einer Medienmitteilung darauf aufmerksam gemacht. Alle, die sich an der Vernehmlassung beteiligt haben, erhalten ein Berichtsexemplar zugestellt. Der Bericht wird auszugsweise auf der Internetseite [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch) zugänglich gemacht und kann online bestellt werden. Es erscheint ein Artikel zum Grundlagenbericht im Bulletin Prävention & Gesundheitsförderung (P&G) des ISPMZ.

### Schwerpunktprogramme

Grundsätzlich obliegen die Entscheidungen für Schwerpunktprogramme der Kommission Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Kap. 6.4.1.) und sie können hier nicht präjudiziert werden. Trotzdem sind Hinweise im Hinblick auf Schwerpunktprogramme möglich.

- Da der Zürcher Regierungsrat die Schaffung eines Schwerpunktprogramms für Suizidprävention im Sinne des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung und gestützt auf den Expertenbericht von Ajdacic-Gross et al. (2011) befürwortet (vgl. Kap. 3.4. und Bsp. 12), sollen die dazu nötigen Schritte eingeleitet werden.
- Eine Ausweitung des Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekts für Kinder psychisch kranker Eltern (wikip, vgl. Bsp. 51) auf den ganzen Kanton Zürich ist als weiteres Schwerpunktprogramm denkbar und zu prüfen.
- Nach der Lancierung eines ersten Schwerpunktprogrammes ist zu prüfen, ob, wann und wie ein weiteres Schwerpunktprogramm z.B. im Bereich Depression aufgegleist werden kann.



- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). **Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie**. Arbeitsdokument 2. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ajdacic-Gross, V., Haas, S., Ita, M., Meister, B. & Ring, M. (2011). **Suizidprävention im Kanton Zürich**. Expertenbericht des Forums für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich zum Postulat KR.-Nr. 20/2008 zuhanden des Regierungsrates des Kantons Zürich.
- Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Baumgartner, M., Malti, T. & Rössler, W. (2009). In-patient suicide – a 13-year assessment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **120**, 71–75.
- Ajdacic-Gross, V., Lauber, C., Warnke, I., Haker, H., Murray, R. M. & Rössler, W. (2007). Changing incidence of psychotic disorders among the young in Zurich. *Schizophrenia Research*, **95**, 9–18.
- Amering, M. & Schmolke, M. (2007). **Recovery: das Ende der Unheilbarkeit**. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Angermeyer, M. C. & Matschinger, H. (1997). Social distance towards the mentally ill: results of representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Psychological Medicine*, **27**, 131–141.
- Antonovsky, A. (1980). **Health, stress and coping: New perspectives on mental health and well-being**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1997). **Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit**. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arboleda-Florez, J. & Sartorius, N. (Hrsg.). (2008). **Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions**. Chichester: Wiley.
- Bauer, G. & Schmid, M. (Hrsg.). (2008). **KMU-vital. Ein webbasiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung**. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Baumann, U. & Perrez, M. (2011). Grundbegriffe – Einleitung. In M. Perrez & U. Baumann (Hrsg.), **Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie** (S. 31–51). Bern: Hans Huber.
- Baumberger, N. (2005). Individualisierung und Kinderlosigkeit. Der Wandel der Haushaltsstruktur im Kanton Zürich. **statistik.info, 03**. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Bendel, J. (2001). **Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert**. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Brügger, U., Federspiel, B., Horisberger, B. & Kreuzer, E. (2004). **Ökonomische Beurteilung von Gesundheitsförderung und Prävention**. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Winterthur: Zürcher Hochschule Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG.
- Buck-Zerchin, D. S. (2005). **Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung**. Neumünster: Paranus-Verlag.
- Büchi, S. & Zwahlen, D. (2006). **Evaluationsbericht zuhanden der Krebsliga Zürich**. Zürich: Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich.
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2005). **Suizid und Suizidprävention in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer** (Postulat 02.3251: Suizidprävention).
- Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.). (2010). **Statistiken zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2010**. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.
- Butz, R., Goldmann, H. & Vogel-Etienne, U. (Hrsg.). (2011). **Leben lernen live**. Zürich: Kontrast.
- Caplan, G. (1964). **An Approach to Community Mental Health**. London: Tavistock.
- Corrigan, P. W. (2011). Strategic Stigma Change (SSC): Five principles for social marketing campaigns meant to erase the prejudice and discrimination of mental illness. *Psychiatric Services*, **62**, 824–826.



- Corrigan, P. W. & Lundin, R. (2001). **Don't call me nuts! Coping with the stigma of mental illness**. Chicago: Recovery Press.
- Corrigan, P. W. & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, **54**, 765–776.
- Corrigan, P. W. & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, **46**, 42–48.
- Cuijpers, P. (2003). Examining the effects of prevention programs on the incidence of new cases of mental disorders: The lack of statistical power. *The American Journal of Psychiatry*, **160**, 1385–1391.
- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Smit, F. (2005). Preventing the Incidence of New Cases of Mental Disorder. A Meta-Analytic Review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **193**, 119–125.
- Dellenbach, M., & Angst, S. (2011). **Förderung der psychischen Gesundheit im Alter. Teilprojekt im Rahmen des Projekts ‚Best Practice Gesundheitsförderung im Alter‘**. Im Auftrag von Migros Kulturprozent und Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dyntar, D. (2011). Psychosoziales Wohlbefinden. In Stadt Zürich (Hrsg.), **Gesundheitsbericht der Stadt Zürich 2011** (S. 8–9). Zürich: Stadt Zürich.
- Ecoplan (Hrsg.). (2010). **Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht**. Studie im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung, Bern.
- Edwards, R. W., Jumper-Thurman, P., Plested, B. A., Oetting, E. R. & Swanson, L. (2000). Community readiness: Research to practice. *Journal of Community Psychology*, **28**, 291–307.
- Europäische Kommission (Hrsg.). (2005). **Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union**. Brüssel: Europäische Kommission.
- Finzen, A. (2001). **Psychose und Stigma: Stigmabewältigung – zum Umgang mit Vorurteilen und Schuldzuweisung**. 2. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Freimüller, L. & Wölwer, W. (2012). **Antistigma-Kompetenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosozialen Praxis. Das Trainingsmanual**. Stuttgart: Schattauer.
- Frey, D. (2011a). Suizidalität bei jungen Menschen. In Stadt Zürich (Hrsg.), **Gesundheitsbericht der Stadt Zürich 2011** (S. 12–13). Zürich: Stadt Zürich.
- Frey, D. (2011b). Psychosoziales Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen. In Stadt Zürich (Hrsg.), **Gesundheitsbericht der Stadt Zürich 2011** (S. 10–11). Zürich: Stadt Zürich.
- Garmez, N. (1985). Stress resistant children: The search for protective factors. In Stevenson, J. E. (Hrsg.), **Recent research in developmental psychopathology** (S. 213–233). Oxford: Pergamon Press.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (Hrsg.). (2008a). **Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug 2007 – 2012**. Zug: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zug (Hrsg.). (2008b). **Gesundheit im Kanton Zug. Ergebnisse der Zuger Gesundheitsbefragung und Massnahmen 2008. Psychische Gesundheit**. Zug: Gesundheitsdirektion des Kantons Zug.
- Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich (Hrsg.). (1999). **Zürcher Psychiatrie. Psychiatriekonzept. Leitbild und Rahmenkonzept**. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (Hrsg.). (2011). **Psychiatrische Versorgung. Kenndaten 2010**. Zürich: Gesundheitsdirektion Kanton Zürich.
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2005). **Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz**. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2006a). **Synthesebericht: Ökonomische Evaluation in den Kernthemen Gesundes Körpergewicht, Psychische Gesundheit – Stress, Gesundheitsförderung und Prävention stärken**. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2006b). **Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht»**. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Gilbert, R., Spatz Widom, C., Browne, K., Fergusson, D. Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, **373**, 68–81.
- Goffman, E., (1963). **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. Prentice Hall: Englewood Cliffs. (dt.: **Stigma – Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität**. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1975).
- Greenberg, M. T., Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2001). The Prevention of Mental Disorders in School-Aged Children: Current State of the Field. *Prevention & Treatment*, **4**, 1–62.
- Groen, G. & Petermann, F. (2002). **Depressive Kinder und Jugendliche**. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Grof, S. (Hrsg.). (1990). **Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung**. München: Kösel.
- Grom, B. (1992). **Religionspsychologie**. München: Kösel.
- Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (Hrsg.). (2011). **Sozial- und Präventivmedizin. Public Health** (4. überarbeitete Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hahlweg, K., Schröder, B. & Lübcke, A. (2000). Prävention von Paar- und Familienproblemen: Eine nationale Aufgabe. In: K. Schneewind (Hrsg.), **Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis** (S. 249–275). Göttingen: Hogrefe.
- Heinrichs, N., Döpfner, M. & Petermann, F. (2008). Prävention psychischer Störungen. In: Petermann, F. (Hrsg.), **Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie** (S. 643–659). Göttingen: Hogrefe.
- Heinrichs, N. & Hahlweg, K. (2007). Primäre Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: ein gewinnbringender Ansatz? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, **132**, 2208–2211.
- Hochrangige EU-Konferenz. Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (Hrsg.). (2008). **Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden**. Brüssel: Hochrangige EU-Konferenz. Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden.
- Hochschule für Soziale Arbeit Zürich. (Hrsg.). (2006). **Kinder psychisch kranker Eltern: Prävalenz und Versorgungslage. Winterthurer Studie**. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbunn, A. (2011). **Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz**. Bern: Hans Huber.
- Horowitz, J. L. & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **74**, 401–415.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.). (2010). **Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung** (3. Aufl.). Teil 4, Prävention psychosomatischer und psychischer Krankheiten (S. 229–277). Bern: Hans Huber.
- ISPMZ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2004). **Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich**. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 11. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- ISPMZ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007a). **Prävention und Gesundheitsförderung. Einführung mit Leitfaden für Projektplanung**. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- ISPMZ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2007b) **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006**. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- ISPMZ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2008). **Gesundheit im Alter. Ein Bericht aus dem Kanton Zürich**. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 14. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- ISPMZ Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (Hrsg.). (2009). **Gesundheit aus Sicht der Zürcherinnen und Zürcher. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007**. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

- Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Eine Sammlung empirisch evaluierter Interventionsprogramme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, **14**, 119–134.
- Klever-Deichert, G., Gerber, A., Schröder, M. A. & Plamper, E. (2007). **International erfolgreiche Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung und ihre Übertragbarkeit auf Deutschland**. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft (Ausgabe 09/2007). Köln: Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität Köln.
- Klosterkötter, J. (2008). Prävention psychischer Erkrankungen. In Kirch, W., Badura, B. & Pfaff, H. (Hrsg.). **Prävention und Versorgungsforschung: ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung, Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007** (S. 755–771). Heidelberg: Springer.
- Krähenbühl, A., Zwahlen, D., Knuth, A., Schnyder, U., Jenewein, J., Kuhn, Ch. & Büchi, S. (2007). Prävalenz von Angst und Depression bei ambulanten Krebspatienten und deren Angehörigen. *Praxis*, **96**, 973–979.
- Kreppner, K. (2000). Entwicklung von Eltern-Kind-Beziehungen: Normative Aspekte im Rahmen der Familientwicklung. In: K. Schneewind (Hrsg.), **Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis** (S. 1174–195). Göttingen: Hogrefe.
- Kuhl, H.-C. (2008). **Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2006**. Arbeitsdokument 31. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.-C. & Herdt, J. (2007): **Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik**. Arbeitsdokument 28. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kunz Heim, D. & Nido, M. (2008). **Burnout im Lehrberuf. Definition – Ursachen – Prävention. Ein Überblick über die aktuelle Literatur**. Aarau: Fachhochschule Nordwestschweiz, Pädagogische Hochschule, Institut Forschung und Entwicklung.
- Kurt, H. (2011). Depression: Betroffene vom Joch des Stigmas befreien. *Schweizerische Ärztezeitung*, **39**, 1510–1512.
- Kusche, C. A., & Greenberg, M. T. (1994). **The PATHS curriculum**. Seattle: Developmental Research and Programs.
- Landolt, K. & Ajdacic-Gross, V. (2007a). Psychische Krankheiten. In ISPMZ (Hrsg.), (2007b). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (S. 85–96). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Landolt, K. & Ajdacic-Gross, V. (2007b). Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen. In ISPMZ (Hrsg.), (2007b). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (S. 112–116). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, **27**, 363–385.
- Lips, U. (2011). Prävention und Früherfassung von Kindsmisshandlung – ein Gebot der Stunde. *Schweizerische Ärztezeitung*, **11**, 400–402.
- Low, N., Fenner, L. & Tanner, M. (2011). Internationale Gesundheit. In Gutzwiller, F. & Paccaud, F. (Hrsg.), **Sozial- und Präventivmedizin. Public Health** (S. 453–481, 4. überarbeitete Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Manz, R. (2002a). Prävention. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), **Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch** (S. 397–399). Göttingen: Hogrefe.
- Manz, R. (2002b). Psychische Störungen, primäre Prävention. In Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Weber, H. (Hrsg.), **Gesundheitspsychologie von A bis Z. Ein Handwörterbuch** (S. 411–413). Göttingen: Hogrefe.
- Margraf, J. (2009). **Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung**. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Martino, H., Rabenschlag, F., Koch, U., Attinger-Andreoli, Y., Michel, K., Gassmann, J., Berger, S., Bowley, M. & Rudolf, G. (2012). **Entstigmatisierung. Grundlagen für eine nationale Kampagne zur Entstigmatisierung von psychischen Krankheiten und von Menschen mit Störungen der psychischen Gesundheit**. Ein Arbeitspapier im Auftrag von Public Health Schweiz (Hrsg.).
- McCrone, P., Knapp, M., Henri, M., & McDaid, D. (2010). The economic impact of initiatives to reduce stigma: demonstration of a model approach. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, **19**, 131–139.

- Meier, C. (2004a). **Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung**. Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 9. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Meier, C. (2004b). Prävention und Gesundheitsförderung – was kostet es, was spart man ein? **P&G, Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich**, Nr. 16, 10–13.
- Meier, C., Stähli, R. & Szucs, T. (2006). Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. **Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement**, 11, 168–175.
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). **Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008**. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Bern: Hans Huber.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). **Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research**. Washington: National Academy Press.
- Murken, S. (1998). **Gottesbeziehung und psychische Gesundheit. Die Entwicklung eines Modells und seine empirische Überprüfung**. Münster: Waxmann.
- Murray, C.J. & Lopez A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. **The Lancet**, 349, 1436–42.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (Hrsg.). (2004). **Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz. Entwurf zur Stellungnahme bis Mitte Mai 2004**. Bern: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz.
- Nordt, C., Rössler, W. & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. **Schizophrenia bulletin**, 32, 709–714.
- OECD, (Hrsg.). (2006). **OECD-Berichte über Gesundheitssysteme: Schweiz**. OECD, World Health Organization.
- OECD, (Ed). (2011). **OECD Reviews of Health Systems: Switzerland**. OECD, World Health Organization.
- Perrez, M. & Hilti, N. (2011). Prävention. In Perrez, M & Baumann, U. (Hrsg.), **Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie** (S. 398–406). Bern: Verlag Hans Huber.
- Petermann, F. (Hrsg.). (2008). **Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie**. Göttingen: Hogrefe.
- Pettigrew, T. F. & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. **Journal of Personality & Social Psychology**, 90, 751–783.
- Pfister, T. & Mom, C. (1997). **Gesunde Betriebe – gesunde Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Leitfaden zur Gesundheitsförderung im Betrieb**. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Pini Züger, F. I. (2009). **Gesundheit und Lebensstil bei Jugendlichen der Stadt Zürich: Resultate der Schülerbefragung 2007/08 und Empfehlungen**. Zürich: Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich.
- Podvoll, E. M. (2004). **Aus entrückten Welten: Psychosen verstehen und behandeln**. Kreuzlingen: Hugendubel.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1984). **The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy**. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Public Health Schweiz (2009). **Grundlagenpapier «Psychische Gesundheit»** (genehmigt durch den Zentralvorstand am 11. Juni 2009).
- Rapee, R. M. (2008). Prevention of mental disorders: Promises, limitations, and barriers. **Cognitive and Behavioral Practice**, 15, 47–52.
- Razum, O. (2006). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In Richter, M. & Hurrelmann, K. (Hrsg.), **Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Konzepte** (S. 255–270). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Remschmidt, H., Schmidt, M. H., & Poustka, F. (Hrsg.). (2006). **Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO**. Bern: Hans Huber.

- Ribeaud, D. & Eisner, M. (2008). **Entwicklung von Gewalterfahrungen Jugendlicher im Kanton Zürich. Schlussbericht zuhanden der Bildungsdirektion des Kantons Zürich.** Zürich: Pädagogisches Institut der Universität Zürich.
- Röhrle, B. (2008). Die Forschungslage zur Prävention psychischer Störungen und Förderung psychischer Gesundheit. *Prävention*, **31**, 10–13.
- Rössler, W. (2003). Psychische Störungen und ihr ewiges Stigma. *P&G, Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*, Nr. 13, 1–3.
- Rohrbach, W., Inglin, S., Bussy, A., Delgrande Jordan, M., Windlin, B., Kuntsche, E., Bacher, E. & Gmel, C. (2011). **Befragung zum Gesundheitsverhalten von 11- bis 15-jährigen Schülerinnen und Schülern. Deskriptive Statistik der 2010 erhobenen Daten des Kantons Zürich.** Lausanne: Sucht Info Schweiz.
- Rudolf, G. (2011). **Stigma. Umgang mit Stigmatisierung und Selbststigmatisierung.** Zürich: Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana.
- Rudolf, G.A.E. & Tölle, R. (Hrsg.). (1984). **Prävention in der Psychiatrie.** Berlin: Springer.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). **Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring.** Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rüsch, N., Dubi, M. & Ranft, K. (2012 – im Druck). Antistigma-Interventionen in Zusammenarbeit Psychiatrie-Erfahrener, Angehöriger und in der Psychiatrie Arbeitender. In: W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), **Handbuch der sozialen Psychiatrie.** Stuttgart: Kohlhammer.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G.A., Bohus, M., Lieb, K. & Corrigan, P.W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**, 766-773.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, **57**, 316–331.
- Saas, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Houben, I. (deutsche Bearbeitung). (2003). **Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV-TR.** Übersetzt nach der Textrevision der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association. Göttingen: Hogrefe.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, **324**, 1470–1471.
- Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). **Reducing the stigma of mental illness. A report from a global programme of the World Psychiatric Association.** Cambridge: University Press.
- Scheithauer, H., Niebank, K. & Petermann, F. (2000). Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In Petermann, F., Niebank, K. & Scheithauer, H. (Hrsg.), **Risiken frühkindlicher Entwicklung** (S. 65–97). Göttingen: Hogrefe.
- Schibli, D., Huber, K., & Wyss, F. (2010). **Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit.** Schlussbericht Version B vom 14.05.2010. Bern: Bundesamt für Gesundheit, BAG, und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, GDK.
- Schmidt, E., von Blumenthal, S. & Leeners, J. (2012). Bündner Präventionsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern. Eine gemeinsame Aufgabe von Erwachsenen – sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, **16**, 594–597.
- Schmocker, H., Oggier, W. & Stuck, A. (Hrsg.). (2000). Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. *SGGP-Schriftenreihe*, **62**. Muri: SGGP.
- Schönbucher, V., Maier, T., Held, L., Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., & Landolt, M. A. (2011). Prevalence of child sexual abuse in Switzerland: a systematic review. *Swiss Medical Weekly*, **140** (w13123), 1–8.
- Schug, L. & Eisenring, C. (2005). **Gesundheitsförderung Schweiz – Kernthema «Psychische Gesundheit – Stress», Ökonomische Perspektive.** Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG.

- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). **Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Arbeitsdokument 24.** Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). **Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012.** Obsan Bericht 52. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie – Fachgruppe Kinderschutz der schweizerischen Kinderkliniken (2010). Nationale Kinderschutzstatistik der Schweizerischen Kinderkliniken 2010: Pilotstudie. **Schweizerische Ärztezeitung**, **21**, 803.
- Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen (Hrsg.). (2002). **Gesundheitsziele für die Schweiz. Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert (WHO Europa).** Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen.
- Siegler, R., Deloache, J. & Eisenberg, N. (2011). **Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter.** Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Social Exclusion Unit (Ed.). (2004). **Mental Health and Social Exclusion. Social Exclusion Unit Report.** London: Office of the Deputy Prime Minister.
- Stadt Zürich (Hrsg.). (2011): **Gesundheitsbericht der Stadt Zürich 2011.** Zürich: Stadt Zürich.
- Stähli, R., Wydler, H., Ajdacic-Gross, V. & Bopp, M. (2007). Vorgeschlagene Massnahmenbereiche. In ISPMZ (Hrsg.), (2007b). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (S. 142–149). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich (Hrsg.). (2010). **Kanton Zürich in Zahlen 2010.** Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.
- Steinhausen, H.-C. (2010). **Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie** (7. Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Steinhausen, H.-C., Haslimeier, C. & Metzke, C. W. (2006). The outcome of episodic versus persistent adolescent depression in young adulthood. **Journal of Affective Disorders**, **9**, 49–57.
- Sturny, I. & Schuler, D. (2011): **Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010.** Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Thornicroft, G. (2006). **Shunned: discrimination against people with mental illness.** Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A. & Lewis-Holmes, E. (2008). Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. **International Journal of Mental Health Systems**, **2**, 3.
- Uchtenhagen, A. (2005): Gesundheits- und Krankheitskonzepte: Ihre Komponenten und deren Stellenwert für Diagnostik, Therapie, Begutachtung. In Riemer-Kafka, G. (Hrsg.), **Medizinische Gutachten. Tagungsband** (S. 9–34). Zürich: Schulthess.
- Umberson, D., Wortman, C. B. & Kessler, R. C. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. **Journal of Health and Social Behaviour**, **33**, 10–24.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. **Development and Psychopathology**, **11**, 225–249.
- Wahlbeck, K. & Mäkinen, M. (Hrsg.). (2008). **Prevention of depression and suicide. Consensus paper.** Luxembourg: European Communities.
- Wettstein, A., König, M., Schmid, R. & Perren, S. (Hrsg.). (2005). **Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz.** Zürich: Rüegger.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (1986). **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.** Erste internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17. bis 21. November 1986. ([www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf))
- WHO World Health Organization (Ed.). (2001). **The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope.** Geneva: WHO World Health Organization.

- WHO World Health Organization (Ed.). (2004a). **Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report.** Geneva: WHO World Health Organization.
- WHO World Health Organization (Ed.). (2004b). **Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report.** Geneva: WHO World Health Organization.
- WHO Weltgesundheitsorganisation Europa (Hrsg.). (2005). **Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen.** Kopenhagen: WHO Europa.
- WHO Weltgesundheitsorganisation Europa (Hrsg.). (2006). **Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen.** Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.-15. Januar 2005 in Helsinki. Kopenhagen: WHO Europa.
- WHO World Health Organization (Ed.). (2008a). **The global burden of disease.** 2004 Update. Geneva: WHO World Health Organization.
- WHO World Health Organization (Ed.). (2008b). **Preventing suicides. A resource for media professionals. Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health,** Geneva: WHO World Health Organization.
- WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2011). **Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien** (8. überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M., Brügger, U., Jeanrenaud, C., Füglistaller-Dousse, S., Kohler, D. & Marti, J. (2010): **Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz.** Im Auftrag des Schweizerischen Bundesamtes für Gesundheit. Winterthur und Neuenburg: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Winterthur, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG und Institut für Wirtschaftsforschung der Universität Neuenburg.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R. & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. **European Neuropsychopharmacology**, **21**, 655–679.
- Wydler, H., Bopp, M., Hämmig, O. & Zellweger, U. (2007). Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität der Zürcher Wohnbevölkerung. In ISPMZ (Hrsg.), (2007b). **Gesundheit im Kanton Zürich 2000–2006** (S. 9–27). Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 13. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Yanos, P. T, Roe, D. & Lysaker, P. H. (Eds.) (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness. **International Journal of Group Psychotherapy**, **61**, (4), 577–595.
- Zechmeister, I., Kilian, R., McDaid, D. & the Mental Health European Economics Network (MHEEN) group (2008). Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluations. **BioMed Central Public Health**, **8**, (20), 1–11.

	Seite
Anhang A: Abkürzungen .....	80
Anhang B: Abbildungsverzeichnis .....	81
Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit .....	82
Anhang D: Liste der Beispiele .....	85
Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe .....	88



## Anhang A: Abkürzungen

<b>ASP</b>	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
<b>BAG</b>	Bundesamt für Gesundheit
<b>BEE</b>	Bewegung, Ernährung, Entspannung
<b>BFS</b>	Bundesamt für Statistik
<b>BGF</b>	Betriebliche Gesundheitsförderung
<b>EDI</b>	Eidgenössisches Departement des Innern
<b>ESSKI</b>	Eltern und Schule stärken Kinder
<b>FSP</b>	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen
<b>FSSZ</b>	Forum für Suizidprävention und Suizidforschung im Kanton Zürich
<b>GDK</b>	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
<b>ICD</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
<b>IPW</b>	Integrierte Psychiatrie Winterthur
<b>ISPMZ</b>	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich
<b>OBSAN</b>	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
<b>PHS</b>	Public Health Schweiz (ehemals Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen)
<b>PI</b>	Projektidee
<b>PR</b>	Realisiertes Projekt
<b>PRZ</b>	Im Kanton Zürich realisiertes Projekt
<b>PUK</b>	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
<b>RAV</b>	Regionales Arbeitsvermittlungszentrum
<b>SAPPM</b>	Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin
<b>SBAP</b>	Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie
<b>SPP</b>	Schwerpunktprogramm
<b>VASK</b>	Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie-/ Psychisch-Kranken
<b>WHO</b>	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
<b>ZAPPS</b>	Zürcher Adoleszenten-Psychologie und Psychopathologie-Studie
<b>ZGPP</b>	Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie
<b>ZInEP</b>	Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie
<b>ZüPP</b>	Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen
<b>ZVPC</b>	Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte

## Anhang B: Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abb. 1: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum .....	9
Abb. 2: Drei Dimensionen .....	33
Abb. 3: Einfaches Kubus-Modell.....	33
Abb. 4: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.....	34
Abb. 5: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Interventionen» .....	35
Abb. 6: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Zielgruppen» .....	42
Abb. 7: Kategorien und Subkategorien der Dimension «Lebensbereiche».....	49
Abb. 8: Detailliertes Kubus-Modell mit den Dimensionen Interventionen, Zielgruppen und Lebensbereiche.....	56
Abb. 9: Beispiele möglicher Handlungsräume .....	57
Abb. 10: Schematische Darstellung der Organisation zum Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung .....	62

## Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit

Die folgenden zwei Listen der WHO (1a. und 1b.) mit Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit haben weltweit Gültigkeit. Sie enthalten auch Determinanten, die für reiche, westliche Gesellschaften von untergeordneter Bedeutung sind.

Die beiden WHO-Listen und jene von Heinrichs & Hahlweg, 2007 (Liste 2) überschneiden sich zum Teil, was damit zusammenhängt, dass sich die WHO-Listen auch auf Kinder und Jugendliche beziehen.

### 1a. Soziale, umfeldbedingte und wirtschaftliche Determinanten gemäss WHO

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitslosigkeit</li> <li>• Armut</li> <li>• Gewalt und Straftaten</li> <li>• Isolation und Entfremdung</li> <li>• Krieg</li> <li>• Mangel an Erziehung, Transport, Wohnung</li> <li>• Nachbarschaftsdesorganisation</li> <li>• Peer-Ablehnung</li> <li>• Rassenungerechtigkeit und Rassendiskriminierung</li> <li>• Schlechte Ernährung</li> <li>• Schlechte soziale Beziehungen</li> <li>• Soziale Nachteile</li> <li>• Stress am Arbeitsplatz</li> <li>• Umsiedlung</li> <li>• Urbanisierung</li> <li>• Zugang zu Drogen und Alkohol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empowerment</li> <li>• Integration ethnischer Minderheiten</li> <li>• Positive interpersonelle Interaktionen</li> <li>• Soziale Dienste</li> <li>• Soziale Partizipation</li> <li>• Soziale Unterstützung und Gemeinschaftsnetze</li> <li>• Soziale Verantwortung und Toleranz</li> </ul>

Quelle: WHO 2004a, S. 21 (Übersetzung: Europäische Kommission, 2005)

**1b. Individuelle und familienbezogene Determinanten gemäss WHO**

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abweichendes Kommunikationsverhalten</li> <li>• Aufmerksamkeitsdefizite</li> <li>• Ausbildungsversagen und Entmutigung in der Schule</li> <li>• Belastende Lebensereignisse</li> <li>• Chronische Schlaflosigkeit</li> <li>• Chronische Schmerzen</li> <li>• Einsamkeit</li> <li>• Emotionale Unreife und mangelnde Kontrolle</li> <li>• Erfahrung von Aggression, Gewalt und Trauma</li> <li>• Exzessiver Substanzmissbrauch</li> <li>• Familiäre Konflikte und Zerrüttung</li> <li>• Geburtskomplikationen</li> <li>• Kindesmissbrauch und Vernachlässigung</li> <li>• Körperliche Krankheit</li> <li>• Leseschwäche</li> <li>• Missbrauchserfahrung von älteren Menschen</li> <li>• Neurochemisches Ungleichgewicht (Neurochemical imbalance)</li> <li>• Pflege von chronisch kranken oder dementen Patientinnen und Patienten</li> <li>• Psychische Krankheit der Eltern</li> <li>• Sensorische oder körperliche Behinderung</li> <li>• Soziale Inkompetenz</li> <li>• Substanzkonsum der Eltern</li> <li>• Substanzmissbrauch während der Schwangerschaft</li> <li>• Teenager-Schwangerschaft</li> <li>• Tiefes Geburtsgewicht</li> <li>• Ungenügende berufliche Qualifikation und mangelhaftes Arbeitsverhalten</li> <li>• Verlust nahestehender Menschen, Trauer</li> <li>• Zugehörigkeit zu tiefer sozialer Schicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anpassungsfähigkeit</li> <li>• Autonomie</li> <li>• Bildung und Belesenheit</li> <li>• Fähigkeit, Notlagen zu widerstehen</li> <li>• Fähigkeit zur Stressbewältigung</li> <li>• Frühe kognitive Stimulierung</li> <li>• Gutes Verhalten der Eltern</li> <li>• Kontrollüberzeugung</li> <li>• Lebenskompetenz (Skills for life)</li> <li>• Positive Eltern-Kind-Interaktion</li> <li>• Positive Verbundenheit und frühe Bindungen</li> <li>• Positives Sozialverhalten (Pro-social behaviour)</li> <li>• Problemlösefähigkeit</li> <li>• Selbstwertgefühl</li> <li>• Sicherheitsgefühl</li> <li>• Soziale Unterstützung durch Familie und Freunde</li> <li>• Sozialkompetenz und Konfliktfähigkeit</li> <li>• Sozio-emotionales Wachstum</li> <li>• Stressbewältigung</li> <li>• Übung und Training (Exercise)</li> </ul>

Quelle: WHO 2004a, S. 23 (übersetzt von der Arbeitsgruppe Grundlagenbericht)

## 2. Determinanten für Kinder und Jugendliche gemäss Heinrichs & Hahlweg

Risikofaktoren	Schutzfaktoren
<p><b>Konstitutionelle Faktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinatale Komplikationen</li> <li>• Neurochemische Ungleichgewichte</li> <li>• Körperliche und/oder geistige Behinderungen</li> <li>• Sensorische Defizite</li> </ul> <p><b>Entwicklungsverzögerung beim Erwerb von Kompetenzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geringe Intelligenz</li> <li>• Aufmerksamkeitsdefizite</li> <li>• Leseschwäche</li> <li>• Soziale Inkompetenz</li> <li>• Schlechte Arbeitshaltung</li> </ul> <p><b>Emotionale Schwierigkeiten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emotionale Unreife</li> <li>• Apathie</li> <li>• Geringer Selbstwert</li> <li>• Emotionale Dysregulation</li> </ul> <p><b>Familiäre Umstände</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedriger sozioökonomischer Status</li> <li>• Psychische Störungen in der Familie</li> <li>• Grosse Familien</li> <li>• Kindliche Misshandlung</li> <li>• Kritische Lebensereignisse</li> <li>• Familiäre Desorganisation</li> <li>• Erziehungsschwierigkeiten</li> <li>• Kommunikationsprobleme</li> <li>• Familiäre Konflikte</li> <li>• Schlechte Bindung an die Eltern</li> </ul> <p><b>Interpersonelle Probleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablehnung durch Gleichaltrige</li> <li>• Entfremdung</li> <li>• Isolation</li> </ul> <p><b>Schulische Probleme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schulisches Versagen oder schulbezogene Demoralisierung</li> </ul> <p><b>Ökonomische-ökologische Risiken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachbarschaft (sozialer Brennpunkt)</li> <li>• Extreme Armut</li> <li>• Arbeitslosigkeit</li> <li>• Rassenungerechtigkeit</li> </ul>	<p><b>Individuelle Merkmale des Kindes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kognitive Fertigkeiten</li> <li>• Sozial-kognitive Fertigkeiten</li> <li>• Temperamentsmerkmale</li> <li>• Soziale Kompetenz</li> </ul> <p><b>Qualität der kindlichen Interaktionen mit der Umwelt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sichere Bindungen an die Eltern, Freunde oder andere Erwachsene, die prosoziale Werte haben</li> </ul> <p><b>Merkmale der Lebenswelt ausserhalb der Familie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehung zwischen Schule – Elternhaus</li> <li>• Qualität der Schule</li> </ul>

## Anhang D: Liste der Beispiele

Hinweise zu den Beispielen finden sich auf S. 36. Die Abkürzungen «PI», «PR» oder «PRZ» in der Spalte «Status» geben an, ob und wo ein Projekt bereits realisiert worden ist:

Mit **PI (Projektidee)** werden Massnahmen bezeichnet, von denen der Arbeitsgruppe nicht bekannt ist, dass sie schon verwirklicht worden sind.

Mit **PR (Projekt realisiert)** werden Projekte bezeichnet, die schon irgendwo **ausserhalb des Kantons Zürich umgesetzt** worden sind.

Mit **PRZ** werden Projekte bezeichnet, die zumindest teilweise bereits **im Kanton Zürich realisiert** worden sind.

Die Zuteilung in diese drei Kategorien ist nicht immer einfach. Zum Teil könnte sie auch anders vorgenommen werden. Ein Kommentar zur Liste findet sich in Kap. 8. auf S. 67.

In der Spalte Referenz finden sich Hinweise zu den Projekten im Internet oder in der Literatur. Weiter ist für die Projekte jeweils vermerkt, wenn **Evaluationen** zugänglich waren. Mit **(E)** werden Projekte bezeichnet, die evaluiert worden sind. Ein **(e)** bedeutet, dass ein Projekt entweder (1) teilweise evaluiert worden ist oder (2) bereits anderswo evaluiert worden ist oder (3), dass eine Evaluation im Gange oder geplant ist. Wenn bei einem Projekt weder ein **(E)** noch ein **(e)** steht, bedeutet das nur, dass keine Evaluation gefunden worden ist und nicht notwendigerweise, dass eine solche inexistent ist.

Unter **www.gesundheitsfoerderung-zh.ch** > Prävention psychischer Erkrankungen finden Sie eine PDF-Datei dieser Tabelle, aus welchem Sie die aufgeführten **Internetadressen direkt** aufrufen können.

Bsp.	Status	Thema	Referenz	S.
1	PR	Über psychische Krankheiten informieren	- www.seemescotland.org (E) - www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/changingminds.aspx - www.buendnis-depression.de (e) - www.berner-buendnis-depression.ch (e) - www.trialog-winterthur.ch	37
2	PRZ	Die meisten psychischen Erkrankungen sind heilbar	- www.promentesana.ch > Publikationen > Audiovisuelle Medien - WHO, 2001 - www.zugerbuendnis.ch (e) - DVD «Recovery – wie die Seele gesundet»	37
3	PRZ	Vorurteile abbauen	- Nordt et al., 2006 - Rössler, W., 2003 - www.psychoseseminarzuerich.ch (e)	38
4	PR	Gleichstellung von psychischen und körperlichen Krankheiten	- www.aktionsbuendnis.ch - www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/13/contents/enacted	38
5	PRZ	Kurse für Angehörige	- www.vaskzuerich.ch (e)	38
6	PRZ	Triialogisch orientierte Weiterbildungen	- www.angehoerige.ch - www.trialog-winterthur.ch	38
7	PRZ	Elterntrainings	- www.elternbildung.ch (e) - www.lotse.zh.ch (e)	39
8	PRZ	Konfliktbewältigungstrainings an Schulen	- www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php (E) - www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html (e) - www.z-proso.uzh.ch (E)	39
9	PR	Mobbing und sexuelle Belästigung	- www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html - www.equalityhumanrights.com	39
10	PI	Stressbewältigung in Einpersonennbetrieben		39
11	PR	Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung	- www.impactsante.ch (e)	40
12	PI	Suizidprävention	- www.fssz.ch	40
13	PR	Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten	- www.mentalhealthrecovery.com (E)	41

14	PI	Entstigmatisierende Konzepte von Psychosen	- Grof, 1990 - Buck-Zerchin, 2005	41
15	PR	Betroffene einbeziehen	- <a href="http://www.promentesana.ch">www.promentesana.ch</a> > Recovery-Projekt > Peer-Ausbildung (E)	41
16	PR	Förderliches Elternverhalten	- <a href="http://www.elterntraining.ch">www.elterntraining.ch</a> (E) - <a href="http://www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ_curriculum/index.html">www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ_curriculum/index.html</a> (E) - <a href="http://www.vivafamilia.de/43.html">www.vivafamilia.de/43.html</a> (E) - <a href="http://www.sozialministerium-bw.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html">www.sozialministerium-bw.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html</a> (E) - <a href="http://www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm">www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm</a> (E)	43
17	PRZ	Informationen für Eltern	- <a href="http://www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html">www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html</a> (E)	43
18	PR	Unterstützung der Eltern in der Erziehung	- <a href="http://www.triplep.ch">www.triplep.ch</a> (E) - <a href="http://www.e-e-e.ch">www.e-e-e.ch</a> (E) - <a href="http://www.erz.be.ch/erz/de/index/erziehungsberatung/erziehungsberatung/fachinformationen/fit_fuer_die_schule.html">www.erz.be.ch/erz/de/index/erziehungsberatung/erziehungsberatung/fachinformationen/fit_fuer_die_schule.html</a>	44
19	PRZ	Feelok – Internetplattform zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen	- <a href="http://www.feelok.ch">www.feelok.ch</a> (E)	44
20	PRZ	Präventive Gruppentrainings für Jugendliche	- <a href="http://www.uni-tuebingen.de">www.uni-tuebingen.de</a> > Klinische Psychologie und Psychotherapie > Suchbegriff: Lebenslust mit Lars und Lisa (E) - <a href="http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych/btz/btz-kjf.html">www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/kjpsych/btz/btz-kjf.html</a> (E)	44
21	PRZ	Prävention von Essstörungen	- <a href="http://www.aes.ch">www.aes.ch</a>	45
22	PRZ	Früherkennung von Schizophrenie und bipolaren Störungen	- <a href="http://www.zinep.ch/fez">www.zinep.ch/fez</a> (e)	45
23	PR	Eigene Identität finden	- <a href="http://www.realtv.ch">www.realtv.ch</a>	45
24	PRZ	Work-Life-Balance	- <a href="http://www.und-online.ch">www.und-online.ch</a> (e) - <a href="http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch">www.gesundheitsfoerderung-zh.ch</a>	45
25	PRZ	Burnout-Prophylaxe in der Verwaltung	- <a href="http://www.personalentwicklung.zh.ch">www.personalentwicklung.zh.ch</a>	46
26	PRZ	Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte und Pfarrer/innen	- <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/sg">www.stadt-zuerich.ch/sg</a> - Kunz Heim & Nido, 2008 - <a href="http://www.velkd.de/downloads/burnout.pdf">www.velkd.de/downloads/burnout.pdf</a>	46
27	PRZ	Gedächtnis- und Bewegungskurse	- <a href="http://www.wohnenab60.ch/seba">www.wohnenab60.ch/seba</a> (E)	46
28	PI	Pensionierte werden Bezugspersonen	- <a href="http://www.mehrgenerationenhaus.ch">www.mehrgenerationenhaus.ch</a>	47
29	PR	Anlaufstellen für Krebskranke	- <a href="http://www.maggiescentres.org">www.maggiescentres.org</a> (E)	47
30	PRZ	Unterstützung für junge Eltern	- <a href="http://www.ffg-video.ch">www.ffg-video.ch</a> - <a href="http://www.pekip.ch">www.pekip.ch</a> (E)	47
31	PRZ	Vorbereitung der Pensionierung	- <a href="http://www.pensionierungskurse.ch">www.pensionierungskurse.ch</a> (e) - <a href="http://www.personalentwicklung.zh.ch">www.personalentwicklung.zh.ch</a>	47
32	PR	Begleitung im Trauerprozess	- <a href="http://www.leidundtrauer.ch">www.leidundtrauer.ch</a> - <a href="http://www.verein-regenbogen.ch">www.verein-regenbogen.ch</a> - <a href="http://www.verein-aurora.ch">www.verein-aurora.ch</a>	48
33	PI	Gesundheitsförderungsprogramme in RAV		48
34	PI	Psychische Gesundheit als Thema bei FemmesTische	- <a href="http://www.femmestische.ch">www.femmestische.ch</a>	48
35	PI	Förderung der psych. Gesundheit von Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügern		48
36	PR	Gemeindebezogene Präventionsprojekte	- <a href="http://www.radix.ch">www.radix.ch</a> (E)	49
37	PI	Jugendschutzbestimmungen durchsetzen		49
38	PRZ	Betriebliche Gesundheitsförderung	- <a href="http://www.kmu-vital.ch">www.kmu-vital.ch</a> , Bauer & Schmid, 2008 (E) - Pfister & Mom, 1997 (E) - <a href="http://www.s-tool.ch">www.s-tool.ch</a> (E) - <a href="http://www.poh.ethz.ch">www.poh.ethz.ch</a>	50
39	PRZ	Eltern und Schule stärken Kinder	- <a href="http://www.esski.ch">www.esski.ch</a> (E)	50

40	PR	Psychische Gesundheit an Schulen zum Thema machen	- <a href="http://www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8-D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/">www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8-D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/</a> (e)	50
41	PI	Psychische Gesundheit als Thema im kirchlichen Unterricht		51
42	PRZ	Zusammenarbeit von Notfallpsychiatrie und Landeskirchen	- <a href="http://www.nfszh.ch">www.nfszh.ch</a>	51
43	PRZ	Pflege der Paarbeziehung	- <a href="http://www.paarlife.ch">www.paarlife.ch</a> (E)	51
44	PRZ	Massnahmen gegen häusliche Gewalt	- <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/the%20men/haeusliche_gewalt.html">www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/the men/haeusliche_gewalt.html</a> - <a href="http://www.uba.ch">www.uba.ch</a>	52
45	PRZ	Beratung für Kinder, die indirekt von häuslicher Gewalt betroffen sind	- <a href="http://www.pinocchio-zh.ch">www.pinocchio-zh.ch</a> (e)	52
46	PRZ	Wohngemeinschaften fördern	- <a href="http://www.wohnenfuerhilfe.info">www.wohnenfuerhilfe.info</a> ; - <a href="http://www.conviva-plus.ch/index.php?page=34">www.conviva-plus.ch/index.php?page=34</a>	52
47	PRZ	Wettbewerb für Nachbarschaftsprojekte	- <a href="http://www.tagdernachbarn.ch">www.tagdernachbarn.ch</a>	52
48	PRZ	Betreutes und begleitetes Wohnen	- <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/bewo">www.stadt-zuerich.ch/bewo</a> - <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/arbeitswohndrogen/wohneinrichtungen.html">www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/arbeitswohndrogen/wohneinrichtungen.html</a> > Betreutes Wohnen oder: - <a href="http://www.stadt-zuerich.ch">www.stadt-zuerich.ch</a> > Suchbegriff: «BeWo City»	53
49	PR	Hausärztinnen und Hausärzte schulen	- <a href="http://www.fmh.ch/themen/praevention/psychische_krankheiten.html">www.fmh.ch/themen/praevention/psychische_krankheiten.html</a> (E)	53
50	PRZ	Case Management bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Belastungen	- <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/kompass">www.stadt-zuerich.ch/kompass</a> (E)	53
51	PRZ	Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern	- Hochschule für Soziale Arbeit Zürich, 2006 - <a href="http://www.psychiatrie-winterthur.ch">www.psychiatrie-winterthur.ch</a> (e) - <a href="http://www.promentesana.ch">www.promentesana.ch</a>	54
52	PR	Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid	- WHO, 2008b - <a href="http://www.ipsilon.ch/index.php?id=68">www.ipsilon.ch/index.php?id=68</a> - Wahlbeck & Mäkinen, 2008 (E)	54
53	PRZ	Medienpreis für Berichterstattung über psychische Erkrankung	- <a href="http://www.promentesana.ch">www.promentesana.ch</a> > Stellungnahmen/Medien	55
54	PRZ	Internetplattform für psychische Gesundheit	- <a href="http://www.psychiatrie-winterthur.ch">www.psychiatrie-winterthur.ch</a>	55
55	PI	Suizidprävention für Witwen und Witwer	- <a href="http://www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf">www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf</a>	65



## Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

### Arbeitsgruppenmitglied

- Sebastian Haas, Dr.med. (Co-Leitung) Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)
- Roland Stähli, lic.phil. (Co-Leitung) Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (ISPMZ)
- Sabina Bridler, Dr.phil. Pro Mente Sana
- Ulrich Erlinger, Dr.med., MPH Stadt Zürich
- Peter Hofmann, lic.theol., ref. Pfarrer Betroffene/Patientinnen/Patienten
- Andres Howald, Dr.med. Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ZGPP)
- Marina Zulauf Logoz, Dr.phil. Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen (ZüPP)

### Recherchen, Redaktion

- Andreas Minder, lic.rer.pol. Im Auftrag des ISPMZ

### Design des Kubus

- Gregor Harbauer, lic.phil. Im Auftrag von Sebastian Haas

### Unter Mitarbeit von

- Erika Guler, M Sc Wissenschaftliche Mitarbeiterin ISPMZ