

# **Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich**

**Entwurf vom 1. Oktober 2010**

Dieses Vernehmlassungsexemplar ist nicht zur Zitierung  
oder Weitergabe bestimmt.

**Erstellt durch eine Arbeitsgruppe, die vom Zürcher  
Verein Psychiatrischer Chefärzte und vom Institut  
für Sozial- und Präventivmedizin der Universität  
Zürich eingesetzt wurde.**

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1. Zielsetzung des Konzepts.....	6
1.2. Entstehung des Konzepts.....	6
1.3. Aufbau des Konzepts .....	7
<b>2. Grundlagen</b> .....	<b>9</b>
2.1. Gesundheit und Gesundheitsförderung .....	9
2.2. Prävention von Krankheiten.....	10
<b>3. Ausgangssituation</b> .....	<b>12</b>
3.1. Epidemiologie.....	12
3.1.1. Schweizerische Gesundheitsbefragung.....	13
3.1.2. Kinder und Jugendliche .....	13
3.1.3. Suizid .....	14
3.1.4. Inanspruchnahme von Leistungen und Leistungserbringer.....	14
3.2. Kosten .....	15
3.2.1. Invalidenrente.....	17
3.3. Prävention psychischer Krankheit international und national .....	18
3.3.1. International.....	18
3.3.2. National .....	19
3.3.3. Andere Kantone.....	20
3.4. Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich .....	20
<b>4. Grundsätze für die Umsetzung von Präventionsmassnahmen</b> .....	<b>22</b>
4.1. Empowerment und Selbstverantwortung .....	22
4.2. Partizipation.....	22
4.3. Kooperation und Netzwerkbildung .....	23
4.4. Chancengleichheit.....	23
4.5. Subsidiarität.....	23
4.6. Längerfristige Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung .....	24
4.7. Entstigmatisierung .....	24
<b>5. Massnahmen: Das Kubus-Modell</b> .....	<b>25</b>
5.1. Interventionen.....	26
5.1.1. Sensibilisierung und Entstigmatisierung .....	28
5.1.2. Gesundheitsförderung .....	31
5.1.3. Prävention .....	32
5.2. Zielgruppen .....	34
5.2.1. Altersgruppen .....	35
5.2.2. Menschen in psychosozialen Belastungssituationen .....	40
5.2.3. Soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko .....	41

5.3. Lebensbereiche .....	42
5.3.1. Sozialbereiche .....	43
5.3.2. Wohnbereiche .....	45
5.3.3. Versorgungs- & Informationsbereich.....	47
5.4. Stellenwert und Nutzen des Kubus-Modells.....	49
5.4.1. Handlungsraum .....	50
5.4.2. Zweck und Grenzen des Kubus-Modells.....	51
<b>6. Schwerpunktprogramme: Grundsätze und Entscheidungsabläufe .....</b>	<b>52</b>
6.1. Regeln zur Ausgestaltung von Schwerpunktprogrammen.....	52
6.2. Allgemeine Kriterien für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung.....	53
6.3. Zieldefinition für Schwerpunktprogramme für psychische Gesundheit .....	54
6.4. Auswahl und Durchführung von Programmen .....	54
6.4.1. Kommission Prävention und Gesundheitsförderung .....	55
6.4.2. Kommission Schwerpunktprogramme .....	55
6.4.3. Träger.....	57
6.4.4. Dauer .....	57
<b>7. Einzelprojekte .....</b>	<b>58</b>
7.1. Unterstützungskriterien für Einzelprojekte.....	58
7.2. Kommentar zu den erwähnten Einzelprojekten (Beispiele) .....	58
<b>8. Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Konzepts .....</b>	<b>60</b>
<b>9. Literatur .....</b>	<b>61</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>65</b>
Anhang A: Abkürzungen .....	66
Anhang B: Abbildungsverzeichnis.....	67
Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit .....	68
Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ZüRaPP.....	73

# Zusammenfassung

Psychische Krankheiten sind häufig. Gemäss 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 die ökonomische Belastung gross, die durch psychische Krankheiten verursacht wird. Ins Gewicht fallen vor allem die indirekten Kosten, die durch den Produktionsausfall verursacht werden. Sie übersteigen die direkten medizinischen Kosten um ein Mehrfaches. Die gesellschaftlichen Kosten für den Kanton Zürich dürften pro Jahr in der Grössenordnung von drei Milliarden Franken liegen.

2007 gab der Kanton Zürich 158,7 Millionen für die Psychiatrischen Kliniken aus, was pro Einwohner/in rund 121 Franken entsprach. Wie viel die anderen Zahler (Kranken- und Sozialversicherungen, Privathaushalte etc.) berappen, lässt sich aufgrund der Daten nicht für einzelne Kantone berechnen. Der Betrag dürfte aber mindestens ebenso hoch sein wie jener der öffentlichen Hand.

Ende August 2010 hatten im Kanton Zürich 1'906 Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie und Psychiater/innen eine Bewilligung zur selbständigen Tätigkeit. Davon waren 1'200 nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 602 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 104 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Dazu kommt eine hohe, aber nicht genau bekannte Zahl von Psychologinnen und Psychologen, die selbständig und/oder im Angestelltenverhältnis im weiten Feld der psychologischen Beratung arbeiten. Zusammen mit den bereits erwähnten nicht-ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten dürften dies zwischen 3'000 und 3'500 Fachpersonen sein.

Mehrere hundert öffentliche, private und kirchliche Organisationen bieten im Kanton Zürich Unterstützung bei psychischen Problemen an.

Für die rund 40'000 IV-Bezüger/innen im Kanton Zürich zahlen Sozialversicherungen und Institutionen der beruflichen Vorsorge pro Jahr deutlich über eine Milliarde aus. 2009 waren 40% der IV-Fälle durch psychische Krankheiten bedingt.

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. Das vorliegende Konzept versteht sich als Ergänzung zu diesen Aktivitäten und möchte sie wo möglich systematisieren bzw. unterstützen.

Der Zürcher Gesundheitsbericht von 2007 hält fest, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit ein bedeutendes 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. Das Gesetz 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 das Stärken von Schutzfaktoren. Damit werden nicht nur Krankheiten verhindert und die Gesundheit gefördert. Angestrebt wird auch, dass Menschen trotz Krankheitssymptomen ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können.

Ganz diesem Geist verpflichtet ist das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung für den Kanton Zürich, das der Regierungsrat 2004 verabschiedet hat. Das vorliegende Konzept konkretisiert das allgemeine Konzept für den Bereich der psychischen Gesundheit. Dazu erfasst und beschreibt das Konzept 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 gehört und besser ausgebaut sind als die Primärprävention. Mit dem Konzept soll diese Lücke gefüllt werden.

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

Das Konzept verzichtet darauf, konkrete Massnahmen vorzuschlagen, sondern formuliert Grundsätze und Regeln, 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.

Das Konzept will namentlich Schwerpunktprogramme fördern, die sich durch eine gewisse thematische Breite auszeichnen. In der Regel zielen sie auf mehrere Zielgruppen und Lebensbereiche 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. Neben den Schwerpunktprogrammen sollen Einzelprojekte weiterhin Platz haben.

Die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung wählt die Programme aus und stellt die Anträge an die Geldgeber. Die Auswahl der Träger von Schwerpunktprogrammen und deren Controlling und fachliche Begleitung obliegt der Kommission Schwerpunktprogramme. Der nächste Schritt zur Umsetzung des vorliegenden Konzepts ist die Einsetzung der beiden Kommissionen, die im allgemeinen Konzept von 2004 vorgesehen sind.

# 1. Einleitung

Das vorliegende Konzept für die Prävention psychischer Krankheiten konkretisiert das allgemeine Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (ISPMZ, 2004) für den Bereich der psychischen Gesundheit. Das allgemeine Konzept wurde vom Zürcher Regierungsrat im Herbst 2004 verabschiedet.

## 1.1. Zielsetzung des Konzepts

Die Umsetzung des Konzepts soll dazu beitragen, die psychische Gesundheit der Zürcher Bevölkerung zu verbessern. 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, zahlenmässige Operationalisierung der angestrebten Verbesserung der psychischen Gesundheit wird auf der Ebene des Rahmenkonzepts verzichtet. Die Programme, die auf der Basis des Konzepts durchgeführt werden, müssen jedoch konkretere Ziele formulieren und evaluierbar sein (vgl. Kapitel 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. Das Konzept erläutert, wie Verhalten und Verhältnisse zugunsten der Gesundheit verändert werden können. Es nennt keine Projekte, die umzusetzen sind, sondern regelt, wie Projekte aus dem weiten Feld möglicher Interventionen ausgewählt werden sollen und welchen Anforderungen sie zu genügen haben. Es beschreibt die dazu notwendigen Strukturen und Abläufe.

Für kantonale Schwerpunktprogramme im Sinne des allgemeinen Konzepts für Prävention und Gesundheitsförderung setzt das vorliegende Konzept die Richtlinien, nach denen sie durchgeführt werden müssen, wenn sie den Bereich der psychischen Gesundheit betreffen. Auch für kantonale unterstützte Einzelprojekte oder Programme definiert es die Bedingungen. Das Rahmenkonzept möchte zudem für andere Akteure und Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung empfehlenden Charakter entfalten. Ein weiteres Ziel ist die bessere Vernetzung der Akteure im Bereich der psychischen Gesundheit. Wie das geschehen soll, bleibt noch zu bestimmen. Denkbar wäre etwa eine zentrale Online-Sammlung von Projektdokumentationen zum Wissenstransfer oder eine Anlaufstelle.

## 1.2. Entstehung des Konzepts

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 Krankheiten und Förderung der psychischen Gesundheit ab. Ein entsprechendes Rahmenkonzept, 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 Rahmenkonzepts "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 Zürcher Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten (Arbeitsgruppe ZüRaPP) ihre Arbeit auf.

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus sieben Mitgliedern zusammen, die von Organisationen delegiert wurden, die für den Bereich der psychischen Gesundheit wichtig sind (vgl. Anhang E, S. 73). Weitere Akteure 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. Die übrigen interessierten Kreise werden im Rahmen einer breiten Vernehmlassung ihre Wünsche einbringen können. Einzig 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 wurden eingeladen, in einem Ausschuss an dem Textteil mitzuarbeiten, der Kinder und Jugendliche betrifft. Dieser Ausschuss trat einmal zusammen.

Die Arbeitsgruppe ZüRaPP traf sich bis im Sommer 2010 zu zwölf Plenarsitzungen. 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 vom ISPMZ finanziert. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe wurden von den delegierenden Institutionen entschädigt.

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. Aufbau des Konzepts

In der **Einleitung** werden die Zielsetzung und die Entstehung des Konzepts beschrieben. Im Kapitel **Grundlagen** (S. 9ff) werden zentrale Definitionen und Konzepte aus dem Bereich der psychischen Gesundheit und aus jenem von Prävention und Gesundheitsförderung kurz vorgestellt. 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 (**Ausgangssituation**, S. 12ff.) 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** (Kapitel 4, S. 22ff.) 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** (S. 25ff.) 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 Würfel 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. Die **Liste der Beispiele** findet sich in Anhang D auf S. 70.

In Kapitel 6 (S. 52ff.) werden **Grundsätze und Entscheidungsabläufe für Schwerpunktprogramme** formuliert, in Kapitel 7 (S. 58) die Anforderungen an **Einzelprojekte**.

Kapitel 6.4, S. 54ff. beschreibt die **Auswahl und Durchführung von Programmen**: Wie wird entschieden, welche Projekte unterstützt und wie und durch wen sie durchgeführt werden? Eine wichtige Rolle spielen dabei die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung und die Kommission Schwerpunktprogramme, die noch geschaffen werden müssen. Die nächsten **Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Konzepts** (Kapitel 8, S. 60) sind die Einsetzungen der beiden Kommissionen.

Das **Literaturverzeichnis** findet sich auf den S. 61ff. Der **Anhang** enthält das **Abkürzungsverzeichnis** (Anhang A, S. 66), das **Abbildungsverzeichnis** (Anhang B, S. 67), eine Zusammenstellung zentraler **Determinanten der psychischen Gesundheit** (Anhang C, S. 68f.), die Liste der im Bericht erwähnten **Beispiele** (Anhang D, S. 70) und die Liste der **Arbeitsgruppenmitglieder** (Anhang E, S. 73).

## 2. Grundlagen

In zahlreichen Deklarationen, Gesetzestexten, Konzepten und wissenschaftlichen Werken werden Aussagen über Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention gemacht. Nachfolgend werden einige grundlegende Dokumente vorgestellt, die für das vorliegende Konzept wegweisend sind und wichtige Begriffe und Konzepte erläutert.

### 2.1. Gesundheit und Gesundheitsförderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, World Health Organisation) definierte Gesundheit schon 1946 als einen Zustand vollständigen körperlichen, *psychischen* und sozialen Wohlbefindens. Gesundheit ist also mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Ein psychisch gesunder Mensch kann seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten und ist im Stand, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen (WHO, 2005).

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: Unter anderem 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)."

Gesundheit und Krankheit sind gemäss Antonovsky (vgl. Antonovsky, 1980 und Antonovsky, 1997) als Kontinuum zu verstehen. Entsprechend sollte nicht nur versucht werden, Krankheiten zu verhindern, sondern ebenso bzw. insbesondere die Gesundheit zu fördern (salutogenetischer Ansatz, vgl. beispielsweise Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003). Diese Konzeption impliziert ausserdem, dass Menschen auch im Zustand der Krankheit über gesunde Anteile verfügen und trotz Krankheitssymptomen ein sinnerfülltes und selbstbestimmtes Leben führen können.

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. Inzwischen sind viele Determinanten der psychischen Gesundheit bekannt. Man unterscheidet zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Durch das Einwirken auf diese Faktoren können die Bedingungen für die psychische Gesundheit verbessert werden.<sup>1</sup> Der Prozesscharakter der Gesundheit wird auch in den neueren Deklarationen der WHO betont. Ganz be-

---

<sup>1</sup> Die WHO hat 2004 eine Sammlung wirkungsvoller Massnahmen zur Prävention psychischer Krankheiten publiziert (WHO, 2004). In diesem Buch findet sich auch eine Liste mit den Determinanten der psychischen Gesundheit. Sie ist im Anhang C, S. 68 des vorliegenden Konzepts, wiedergegeben.

sonders gilt das für die Ottawa-Charta von 1986 – dem Grundlagendokument der Gesundheitsförderung schlechthin. Sie postuliert 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

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

## 2.2. Prävention von Krankheiten

Prävention ist darauf ausgerichtet, bestimmten Krankheiten vorzubeugen und Gesundheitsrisiken zu senken. Mit gezielten Aktivitäten soll erreicht werden, dass eine definierte gesundheitliche Schädigung gar nicht eintritt oder diese weniger wahrscheinlich wird (z.B. Prävention von Krebs, Sucht, Burnout). Die Prävention setzt also bei der Entstehung von Krankheiten an; man spricht deshalb von einem krankheitsbezogenen (= pathogenetischen) Ansatz.

Je nach Zeitpunkt der Massnahmen wird unterschieden zwischen:

- **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>2</sup>

Eine andere Kategorisierung von Prävention unterscheidet zwischen universaler, selektiver und indizierter Prävention<sup>3</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 bestimmten Migrantengruppen etc.
- **Indizierte Prävention** richtet sich an Personen, die bereits einige Symptome einer Krankheit zeigen, jedoch die Kriterien für eine Erkrankung gemäss ICD (noch) nicht erfüllen. Bei-

---

<sup>2</sup> Zitiert aus ISPMZ, 2007a.

<sup>3</sup> Vgl. zur Begrifflichkeit zum Beispiel Klosterkötter, 2008.

spiel: Verhaltenstherapie bei Schulkindern mit subklinischer Depression oder Angstsymptomen.

Im vorliegenden Konzept stehen die Primärprävention sowie die universale und selektive Prävention im Vordergrund, nicht aber die Sekundär- und Tertiärprävention sowie die indizierte Prävention. Dieser Entscheidung 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.zinep.ch](http://www.zinep.ch)) existiert im Kanton Zürich 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 Soziophysiologie" sollen mit bildgebenden Verfahren psychologische und biologische Krankheitsmerkmale identifiziert werden, die darüber hinaus gehen, was bei der klinisch-psychiatrischen Untersuchung erhoben wird. Dies soll eine genauere und frühere Diagnostik und eine individualisierte Therapie ermöglichen. Für das Programm stehen 11 Millionen Franken zur Verfügung.

Das vorliegende Konzept soll vorwiegend die Lücke in der Primärprävention füllen. Es steht in einem komplementären Verhältnis zu ZInEP. Elemente der Sekundär- und Tertiärprävention, die nicht zum Kernauftrag der psychiatrischen Institutionen gehören, sind aber Bestandteil des vorliegenden Konzepts. So wird etwa der Bereich von Selbsthilfe und Recovery (vgl. Kapitel Prävention, S. 32 ff.) behandelt.

## 3. Ausgangssituation

"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 Massnahmenteil des Zürcher Gesundheitsberichts von 2007<sup>4</sup>, der psychische Krankheiten als einen Bereich angibt, in dem "Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheit im Kanton Zürich geprüft werden sollten."

### 3.1. Epidemiologie

Psychische Krankheiten sind häufig. 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 Zahl ambulanter psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlungen nimmt in der Schweiz seit Jahren kontinuierlich zu (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2003). Nach einer Phase der Zunahme zeigt sich bei der Hospitalisationsrate in den letzten Jahren eine Stabilisierung bei rund acht Hospitalisationen auf 1'000 Einwohner/innen (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007, S. 6.)

Im Kanton Zürich leiden knapp ein Viertel der Kinder und Jugendlichen unter deutlichen psychischen Beschwerden. Jede zweite Person 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 Krankheiten in Gestalt von Suizid, Gewaltverhalten, Risikoverhalten sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch tragen massgeblich zu den vorzeitig verlorenen Lebensjahren bei.<sup>5</sup>

Depressive Störungen, Angststörungen und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (z. B. Alkohol, Cannabis oder Heroin) sind mit je ca. 25% (Zürich-Studie<sup>6</sup>) die Diagnosegruppen mit den höchsten Prävalenzraten unter den psychischen Krankheiten. 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.<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Stähli, R., Wydler, H., Ajdacic-Gross, V. & Bopp M.: Vorgeschlagene Massnahmenbereiche, S. 145. In ISPMZ, 2007b, S. 142 - 149.

<sup>5</sup> Stähli, R., Wydler, H., Ajdacic-Gross, V. & Bopp M.: Vorgeschlagene Massnahmenbereiche, S. 144. In ISPMZ, 2007b, S. 142 - 149.

<sup>6</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 den im Kanton Zürich wohnhaften Männern des Jahrgangs 1958 und den 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>7</sup> Landolt, K. & Ajdacic-Gross, V.: Psychische Krankheiten, S. 86ff. In ISPMZ, 2007b, S. 85 - 96.

### 3.1.1. Schweizerische Gesundheitsbefragung

Laut der Schweizerischen Gesundheitsbefragung<sup>8</sup> von 2007 berichten fast 16% der Zürcherinnen und Zürcher von mittlerer bis starker psychischer Belastung. Dies entspricht etwa dem Anteil der übrigen Deutschschweiz (15%). Frauen sind stärker betroffen als Männer. Menschen mit tiefem Bildungsstand und körperlichen Beschwerden klagen häufiger über psychische Belastung. Mit zunehmendem Alter nimmt die psychische Belastung ab. Hingegen ist die ältere Bevölkerung häufiger von depressiven Symptomen betroffen. Bei den 65-jährigen und älteren Frauen und Männern sind es 30% bzw. 28%, bei den unter 65-jährigen zwischen 19% (Frauen) und 15% (Männer). 43% der Befragten klagen über eine hohe psychische Belastung am Arbeitsplatz.

### 3.1.2. Kinder und Jugendliche

Mit ZAPPS<sup>9</sup> und ZESCAP<sup>10</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 Depressionen (Steinhausen, Haslimeier & Winkler Metzke, 2006). Diese so genannten "internalisierenden", also weniger auffälligen psychischen Störungen, werden von Eltern und Bezugspersonen oft unterschätzt. Die Befragung der Kinder und Jugendlichen selbst zeigen 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 begünstigten, 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 mindestens 50% aufgezeigt (vgl. zum Beispiel van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

---

<sup>8</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, 1867 füllten zusätzlich einen schriftlichen Fragebogen aus. Die Analysen der Gesundheitsbefragung stützen sich auf Selbstangaben und nicht auf klinische Daten. Vgl. ISPMZ, 2009.

<sup>9</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. 1200 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>10</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.

### 3.1.3. Suizid

Psychische Krankheiten haben nur selten einen direkt tödlichen Verlauf. Suizide und Suizidversuche sind jedoch in 80 bis 90% der Fälle eine Folge von psychischen Krankheiten.<sup>11</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 (2000 bis 2006) liegt sie an 4. Stelle.<sup>12</sup>

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 Suizidversuchs als Verheiratete und Städter finden häufiger den Tod von eigener Hand als Menschen vom Land. Die Hälfte aller Menschen in der Schweiz hat 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 einer entsprechend hohen Belastung ausgesetzt: Dazu gehören namentlich Verwandte und enge Freunde. Daneben gibt es einen weiteren Kreis mit vielen Personen, die aber weniger stark betroffen sind. Zum Beispiel Nachbarn, Lehrpersonen, Mitschüler/innen, Bekannte und Fachleute.

Bei Jugendlichen ist Suizid die häufigste Todesursache, noch vor dem Tod durch Verkehrsunfälle. In der Schweiz suizidiert sich etwa jeden dritten Tag ein Jugendlicher im Alter zwischen 15 und 20 Jahren. Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Zehnfaches höher.

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, zum Beispiel 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 sind nur schwer zu verhindern. Nur 10 bis 15% aller Suizide sind Bilanzsuizide, bei denen sich der Betroffene nach verantwortungsvoller Abwägung für den Tod entscheidet. Viele davon dürften assistierte Suizide sein. Diese letzte Freiheit des Menschen wird trotz Prävention weiter existieren.

### 3.1.4. Inanspruchnahme von Leistungen und Leistungserbringer

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.

---

<sup>11</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 Klinik-Urlaubs. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung war das Suizidrisiko bei diesen Patientinnen und Patienten um das Fünfzigfache erhöht (Ajdacic-Gross, Lauber, Baumgartner, Malti & Rössler, 2009). Ohne Einweisung in eine psychiatrische Klinik dürfte die Suizidrate unter dieser Gruppe noch deutlich höher liegen.

<sup>12</sup> Das BFS erfasst Suizide nach dem Wohnortprinzip. Das heisst, dass ausländische Kunden der Sterbehilfeorganisation Dignitas in der Statistik nicht enthalten sind.

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. Die betroffenen Personen leben häufiger getrennt, sind häufiger geschieden und seltener erwerbstätig. 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 generell unterrepräsentiert (vgl. Kuhl, 2008).

Im Kanton Zürich präsentiert sich ein vergleichbares Bild. Im Jahr 2003 wurden 18'644 ambulante und teilstationäre sowie 9'609 stationäre Behandlungsfälle registriert. 1998/99 waren es mit 15'444 bzw. 6'696 Fällen noch deutlich weniger. Die durchschnittliche Behandlungsdauer sank in den Kliniken im selben Zeitraum um knapp eine Woche. 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>13</sup>

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

### 3.2. Kosten

Nebst dem gesundheitlichen Leiden ist die ökonomische Belastung, die durch psychische Krankheiten 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 Bruttoinlandprodukts (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.

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 Wirk-

---

<sup>13</sup> Landolt, K. & Ajdacic-Gross, V.: Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen, S. 113. In ISPMZ 2007b, S. 112 - 116. 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.

samkeitsnachweis der Gesundheitsinterventionen und im Mangel an diesbezüglichen wissenschaftlichen Untersuchungen der Wirtschaftlichkeit zu finden."<sup>14</sup>

Bekannt sind die gesamten Kosten für psychiatrische Kliniken sowie die ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten schweizweit: Im Jahr 2007 verursachten psychiatrische Kliniken Kosten von insgesamt 1'853 Millionen Franken, was 3,4% der gesamten Ausgaben für das Gesundheitswesen entsprach. 1995 lag dieser Wert noch bei 4,2%. 190 Millionen Franken wurden 2007 für ambulant praktizierende Psychotherapeutinnen und -therapeuten ausgegeben.

Auf kantonaler Ebene kennt man den Nettofinanzbedarf des Kantons für psychiatrische Kliniken, d.h. Aufwand minus Ertrag der Kliniken. 2007 gab der Kanton Zürich 158,7 Millionen für die Psychiatrischen Kliniken aus, was pro Kopf rund 121 Franken entsprach. In der Schweiz lag dieser Wert bei 100 Franken. Wie viel die anderen Zahler (Kranken- und Sozialversicherungen, Privathaushalte etc.) berappen, lässt sich aufgrund der Daten nicht für einzelne Kantone berechnen. Der Betrag dürfte aber mindestens ebenso hoch sein wie jener der öffentlichen Hand.<sup>15</sup>

Der Kanton Zürich betreibt fünf Psychiatrische Kliniken selbst und zahlt weiteren neun psychiatrischen Einrichtungen Staatsbeiträge. Drei private Betriebe erhalten keinen Staatsbeitrag. Der Bettenbestand lag 2009 bei 1'549 Betten, der Personalbestand in Vollzeitäquivalenten bei 3'021 (Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2010).<sup>16</sup> Dazu kommen teilstationäre und ambulante Angebote in Tageskliniken und Ambulatorien: Insgesamt bestehen kantonsweit 17 Tageskliniken und eine Nachtambulanz, 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).

Ende August 2010 hatten im Kanton Zürich 1'200 nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 602 Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 104 Fachärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Bewilligung zur selbständigen Tätigkeit.<sup>17</sup> Die Zahl der delegiert arbeitenden Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist nicht bekannt.<sup>18</sup>

Wie viele Ärztinnen und Ärzte aus anderen Fachgebieten Psychotherapie verrechnen, wird von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich statistisch nicht erfasst. Ins Gewicht fallen aber vor allem die Leistungen von Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie den in der Schweizerischen Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) zusammengeschlossenen diversen Fachärzten.

---

<sup>14</sup> Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004, S. 56.

<sup>15</sup> Quelle: Bundesamt für Statistik.

<sup>16</sup> Die Psychiatrie-Landschaft des Kantons ist zurzeit einem gewissen, strukturellen Wandel unterworfen, weshalb sich bezüglich dieser Angaben relativ rasch Änderungen ergeben können.

<sup>17</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), Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband (SPV), Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen (ZüPP), Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie (SBAP).

<sup>18</sup> 2009 wurden laut Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich 83 Bewilligungen für delegierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten erteilt.

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 344 Mitglieder aus dem Kanton Zürich. Seine Mitglieder haben mehrheitlich einen Fachhochschul-Abschluss in Psychologie. Psychologinnen und Psychologen arbeiten selbständig und/oder im Angestelltenverhältnis in den unterschiedlichsten Berufsfeldern: Psychotherapie, Arbeits- und Organisationspsychologie, Schul- und Erziehungspsychologie, Gerontopsychologie, Verkehrspsychologie, Kliniken etc.

Rechnet man die Zürcher Mitgliederzahlen von FSP, SPV 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 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.

### **3.2.1. Invalidenrente**

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.

Während 1986 20% der IV-Renten wegen psychischer Krankheit gesprochen wurden (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2007, S. 49ff.), waren es 2009 bereits 40% oder 100'000 Fälle. Die Zahl der Personen, die wegen psychischer Erkrankungen eine IV-Rente beziehen, ist von 2000 bis 2009 am stärksten gewachsen (Bundesamt für Sozialversicherung, 2009, S. 20.).

Im Kanton Zürich gab es 2009 knapp 40'000 IV-Bezüger/innen, ihnen wurden monatlich rund 60 Millionen Franken Rente ausbezahlt. Dazu kommen Zusatzrenten für die Kinder von IV-Rentnerinnen und Rentnern in der Höhe von monatlich knapp 7,5 Millionen Franken. Aufs Jahr gerechnet ergibt dies um 800 Millionen Franken. Das gibt nur einen Teil der Kosten der Invaliditätsfälle wieder, weil unter Umständen auch die Unfallversicherung und die berufliche Vorsorge leistungspflichtig werden. Bei Bedarf werden auch noch Ergänzungsleistungen ausbezahlt (Bundesamt für Sozialversicherung, 2009). 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 40% aller Renten ausmachen, werden im Kanton jährlich über 400 Millionen Franken IV-Renten und andere Versicherungsleistungen wegen psychischer Krankheiten ausbezahlt.

Im Kanton Zürich liegt die Zahl der IV-Rentnerinnen und -Rentner im Verhältnis zur erwerbsfähigen Bevölkerung mit 4,7% etwas unter dem schweizerischen Durchschnitt (5,2 %) (Bundesamt für Sozialversicherung, 2009, S. 21).

### **3.3. Prävention psychischer Krankheit international und national**

Es gibt auf internationaler und nationaler Ebene bereits viele Konzepte und konkrete Projekte zu Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit.

#### **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 Grundlagendokument zur Prävention psychischer Krankheiten (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.

Auf Grundlage dieses Aktionsplans 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, unter anderem 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. Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden, 2008). Zu den fünf Themen fanden oder finden 2009 und 2010 je eine internationale Konferenz statt, an denen bewährte Verfahren und Erfolgsfaktoren ausgetauscht werden sollen.

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 das vorliegende Konzept von Interesse sind Sensibilisierungs- und Entstigmatisierungskampagnen, die in verschiedenen Ländern laufen. Einige Beispiele:

- England: "Changing minds"<sup>19</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>20</sup> ist die bekannteste und umfassendste Anti-Stigma-Kampagne im europäischen Raum. Sie begann 2002 und wird bis mindestens 2011 weitergeführt. Ziel der Kampagne ist es, die Zahl der Suizide zu reduzieren, den Drehtüreneffekt zu verringern und der Gesundung (Recovery) hohe Priorität einzuräumen.
- World Psychiatric Association (WPA): "Open the doors"<sup>21</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 Bevölkerungsgruppen mit derzeit hohen Suizidraten erreicht werden sollten.<sup>22</sup>

Im Projekt "Nationale Gesundheitspolitik Schweiz"<sup>23</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. Kapitel 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"

---

<sup>19</sup> <http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/changingminds.aspx>

<sup>20</sup> <http://www.seemescotland.org/>

<sup>21</sup> <http://www.openthedoors.com/>

<sup>22</sup> Schweizerische Gesellschaft für Prävention und Gesundheitswesen, 2002, S. 20ff

<sup>23</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.

den Referenzrahmen psychische Gesundheit<sup>24</sup> zur Kenntnis genommen und den interessierten Kreisen zur Umsetzung empfohlen.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), das BAG und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz haben 2010 ein "Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit" als Entwurf erarbeitet. Darin sind die drei Institutionen als Träger eines Netzwerks vorgesehen, das die Akteure der Bündnisse gegen Depression und jene im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung vernetzen will. Das Netzwerk will nicht selber Programme durchführen, sondern die Vernetzung, den Wissensaustausch und das Schnittstellenmanagement zwischen den Akteuren der psychischen Gesundheit verbessern. Das vorliegende Konzept verfolgt auf kantonaler Ebene die gleichen Zielsetzungen.

Der Entwurf für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, Präv G), der vom Bundesrat am 30. September 2009 zuhanden des Parlaments verabschiedet worden ist, definiert in Artikel 3 Krankheit als "Beeinträchtigung der körperlichen oder psychischen Gesundheit".

Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat in ihrer langfristigen Strategie "Psychische Gesundheit – Stress" als eines von drei Kernthemen definiert.<sup>25</sup>

### **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. Derzeit werden in mehreren anderen Kantonen Bündnisse gegen Depression umgesetzt: unter anderem in den Kantonen Luzern, Thurgau, Graubünden und Genf.

Im Kanton Zug wurde nach Abschluss der Bündnis-Kampagne ein breites Konzept zur psychischen Gesundheit im Kanton Zug 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.

## **3.4. Prävention psychischer Krankheiten im Kanton Zürich**

Es gibt im Kanton Zürich vielfältige gesundheitsförderliche Aktivitäten von privaten, halbstaatlichen, kommunalen und staatlichen Institutionen. Diese zielen teilweise auf die Prävention psychischer Krankheiten ab. Zu nennen sind namentlich Aktivitäten von Pro-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.

---

<sup>24</sup> Der Referenzrahmen ist Teil A (S. 17 bis 62) des Entwurfs über die Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz (Nationale Gesundheitspolitik Schweiz, 2004.).

<sup>25</sup> Vgl. [www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch) und Gesundheitsförderung Schweiz, 2005.

Institutionen von Kanton und Gemeinden sind die wichtigen Suchtpräventionsstellen sowie die besonders zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und ihrem Umfeld eingerichteten Dienste: Schulärztliche und schulpsychologische Dienste, Jugendsekretariate, Mütter- und Kleinkinderberatungsstellen und andere Angebote im Kleinkindbereich sowie die Fachstelle für Elternbildung. Grössere Gemeinden wie die Stadt Zürich unterhalten eigene Institutionen, die Gesundheitsförderung betreiben.<sup>26</sup>

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 kantonaler 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.

Der Zürcher Kantonsrat hat am 30. November 2009 ein Postulat an den Regierungsrat überwiesen, in dem dieser aufgefordert wird, ein Suizidpräventionskonzept zu erarbeiten, zu realisieren und dessen Wirksamkeit zu überprüfen (Postulat KR Nr. 2008/20).

---

<sup>26</sup> Vgl. zur Vielfalt von Projekten die Beispiele in den Kapiteln 5 und 7.1. Eine kommentierende Einordnung der Beispiele findet sich im Kapitel 7.2 auf S. 58.

## 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. 39ff). 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, 2007; Arboleda-Florez & Sartorius, 2008). Dies kann den Erfolg von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen beeinträchtigen. Deshalb erhält die Entstigmatisierung in diesem Konzept 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 Familienmitglied 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.

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 Akteurinnen 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**

**Partnerinnen und Partner in kantonale 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 Behandlung und Prävention psychischer Krankheiten eine kantonale Aufgabe ist und die Gesundheitsförderung auch eine Aufgabe der Gemeinden darstellt, ist eine enge Vernetzung von Kanton und Gemeinden notwendig.

### **4.4. Chancengleichheit**

**Kantonale 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.

Kantonale 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.

### **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 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 Zellen zu erreichen. Das Prinzip der Multiplikation sollte genutzt werden. Nur Bevölkerungsgruppen, die schlecht durch private Initiativen erreicht werden können, sollten direkt durch öffentliche 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-Arbeitgeberinnen ebenfalls gute Ansiedlungsorte mit Ausstrahlung und Durchhaltevermögen bei der Umsetzung. Durch eine valide Erfolgsevaluation der Projekte – wenn möglich mit Bezug auf ökonomische Kennzahlen – können Projekte zusätzlich langfristig institutionalisiert werden.

#### **4.7. Entstigmatisierung**

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

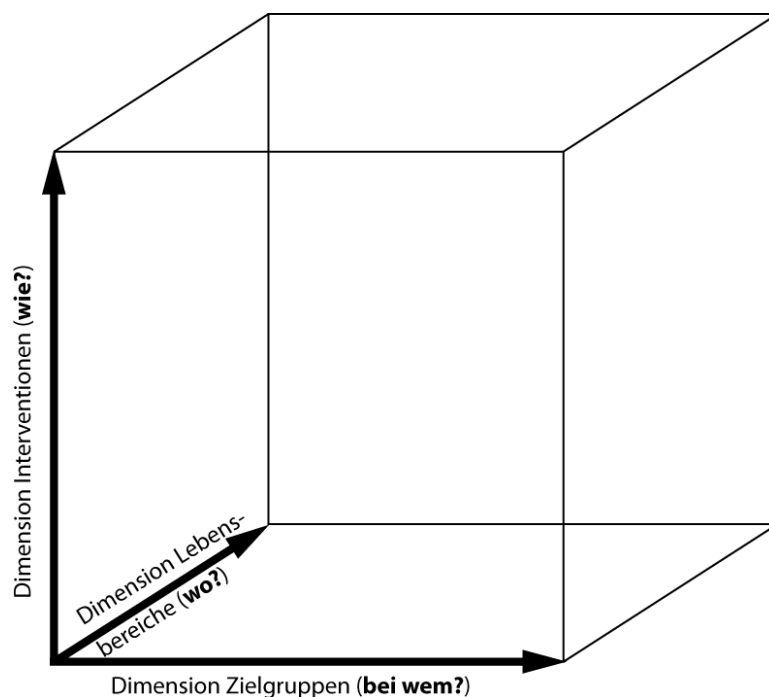
Ein sachlicher und möglichst angstfreier Umgang mit psychischer Krankheit verbessert die Voraussetzungen für erfolgreiche Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen in diesem Bereich. Deshalb sollen Wissen und Verständnis in der Bevölkerung und bei Fachleuten gefördert und damit eine Einstellungsänderung herbeigeführt werden. Ziel ist die Gleichbehandlung von körperlicher und psychischer Krankheit. 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.

## 5. Massnahmen: Das Kubus-Modell

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 Grundsätze formuliert. In einem ersten Schritt wird der ganze mögliche Wirkungsraum aufgespannt (Kapitel 5). Anschliessend werden Regeln aufgestellt, wie aus diesem Raum Massnahmen auszuwählen und zu Schwerpunktprogrammen zusammenzustellen sind (Kapitel 6.1, S. 52). Die Anforderungen, denen Schwerpunktprogramme genügen müssen, werden in den Kapiteln 6.2 (Allgemeine Kriterien für Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung, S. 53) und 6.3 (Zieldefinition für Schwerpunktprogramme für psychische Gesundheit, S. 54) aufgeführt. Bei der Zieldefinition sind insbesondere die Messbarkeit und Beeinflussbarkeit der gewählten Parameter zu beachten.

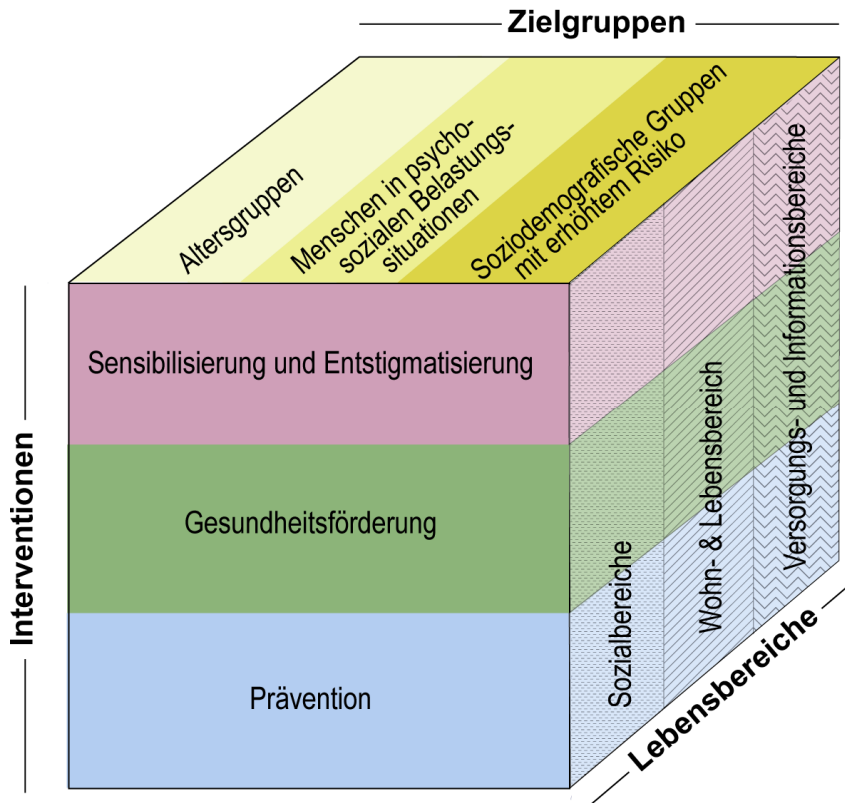
Der ganze mögliche Wirkungsraum von Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen für die psychische Gesundheit wird durch drei Dimensionen aufgespannt. Sie stellen dar **wie** (Interventionen), **bei wem** (Zielgruppen) und **wo** (Lebensbereiche) gesundheitsfördernde und präventive Aktivitäten erfolgen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

**Abb. 1: Drei Dimensionen**



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

Abb. 2: Einfaches Kubus-Modell



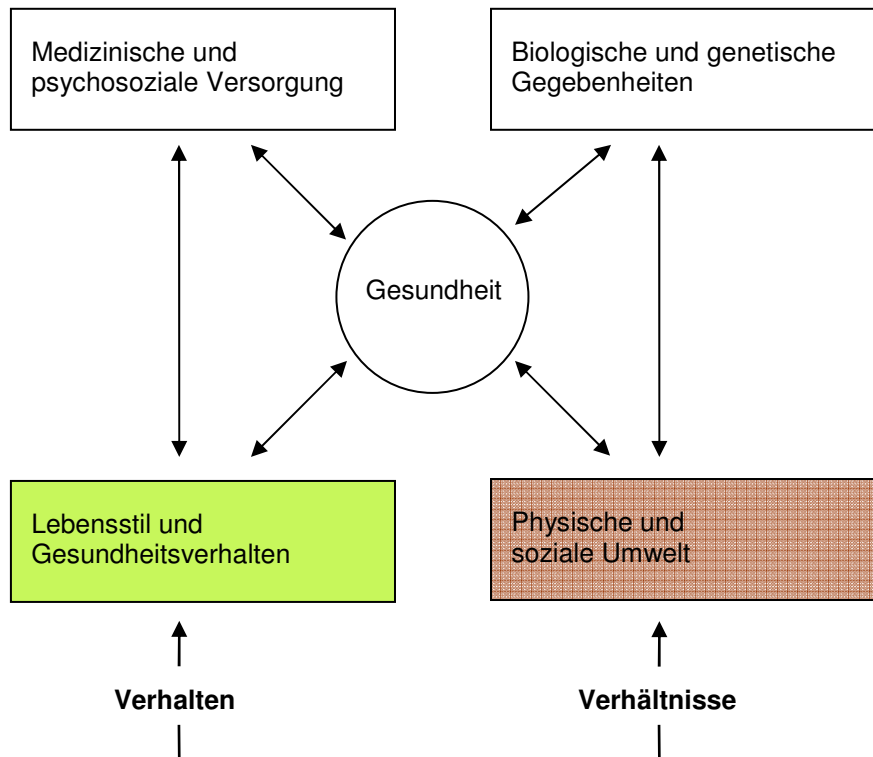
Mit dieser Strukturierung lässt sich ein grosser Teil, aber nicht der ganze Raum abbilden, in dem Massnahmen für die psychische Gesundheit sinnvoll sind. Es gibt wahrscheinlich Inhalte, die ausserhalb der gewählten Kategorien liegen und doch für Präventions- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in Frage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

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

## 5.1. Interventionen

Um Interventionen zur Prävention psychischer Krankheit zu bestimmen, müssen die Determinanten der psychischen Gesundheit berücksichtigt werden. In Abb. 3 werden die vier wesentlichen Faktoren dargestellt, welche die (psychische) Gesundheit beeinflussen.

**Abb. 3: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung**



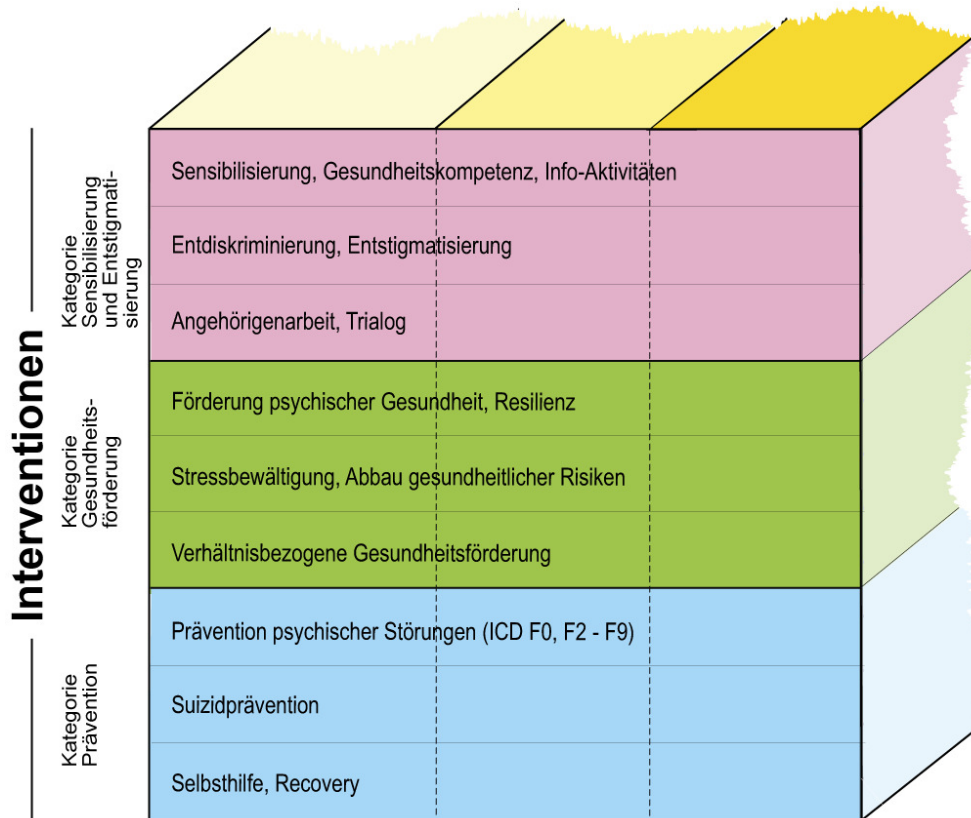
Ansatz	Individuell, Personenorientiert	Strukturell, umweltbezogen
Sensibilisierung und Entstigmatisierung	Information, Einstellungsänderung	Gesetzgebung, Diskriminierungsverbot
Gesundheitsförderung	Erhöhung der Handlungskompetenz	Verbesserung der Lebensbedingungen
Prävention	Information, Motivation, spezielle Handlungsangebote	Anreize, Lenkung, Gesetzgebung

Wesentliche Belastungen und Ressourcen für die Gesundheit gehen von biologischen und genetischen Gegebenheiten sowie vom medizinischen und psychosozialen Versorgungssystem aus. Für Prävention und Gesundheitsförderung stehen aber die Einflussfaktoren "Lebensstil und Gesundheitsverhalten" und "Physische und soziale Umwelt" im Zentrum. Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich einerseits an einzelne Personen und Personengruppen (Verhalten) und zielt andererseits auf eine Veränderung der Lebensbedingungen (Verhältnisse) ab. Eine ausführliche Liste von einzelnen Risiko- und Schutzfaktoren findet sich in Anhang C, auf S. 68.

In Unterschied zum allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich (ISPMZ, 2004, S. 10) nennt das vorliegende Konzept 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: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Interventionen"**



### 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 ab. Zu diesem Schluss kommt auch der 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."<sup>27</sup>

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

Betroffene Personen zögern oft, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil sie sich schämen oder Nachteile befürchten. Etwa ein Drittel der Menschen mit einer kürzlich erlebten, schweren Depression beansprucht professionelle Hilfe oder nutzt alternative Hilfsangebote (z.B. wind-

<sup>27</sup> Vgl. Stähli, R., Wydler, H., Ajdacic-Gross, V. & Bopp M.: Vorgeschlagene Massnahmenbereiche, S. 145. In ISPMZ, 2007b, S. 142 - 149.

horse<sup>28</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, Freunden und 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.<sup>29</sup>

Die Subkategorien der Kategorie Sensibilisierung und Entstigmatisierung sind:

- *Sensibilisierung, Gesundheitskompetenz, Informationsaktivitäten*: Wissen über psychische Gesundheit und Krankheit und einschlägige Präventions- und Gesundheitsförderungsmöglichkeiten ist Voraussetzung, um etwas gegen psychische Krankheit tun zu können.

### Beispiele zur Veranschaulichung

Zu den meisten Subkategorien des Kubus werden nachstehend jeweils Beispiele aufgeführt. Sie haben illustrierenden Charakter und stellen keine Bestandesaufnahme dar. In Kapitel 7.2 wird eingehender erläutert, wie die Beispiele zu verstehen sind, welche Funktion und welchen Stellenwert sie haben. Sie 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. **PI steht für Projektidee**. Damit werden Massnahmen bezeichnet, von denen der Arbeitsgruppe nicht bekannt ist, dass sie schon verwirklicht worden sind. Wenn Projekte schon irgendwo **ausserhalb des Kantons Zürich umgesetzt** worden sind, wird die Abkürzung **PR** (Projekt realisiert) verwendet. Mit **PRZ** werden Beispiele bezeichnet, die zumindest teilweise bereits **im Kanton Zürich verwirklicht** wurden. Bei einigen Beispielen ist die Zuteilung zu einer der drei Kategorien schwierig bzw. nicht eindeutig vornehmbar.

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

Informationskampagnen vermitteln Wissen über Wesen und Ursprung von Depression, Schizophrenie und Angststörungen, und darüber, wie diesen Krankheiten vorgebeugt und wie sie behandelt werden können. Verschiedene der ausländischen Kampagnen, die in Kapitel 3.3.1 erwähnt wurden, enthalten Informationsteile (zum Beispiel 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 Krankheiten. Dabei treten Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Fachleute gemeinsam mit den Schüler/innen 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

<sup>28</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)).

<sup>29</sup> Stähli, R., Wydler, H., Ajdacic-Gross, V. & Bopp M.: Vorgeschlagene Massnahmenbereiche, S. 144. In ISPMZ, 2007b, S. 142 - 149.

nen der Bündnisse gegen Depression ist die Behandl- und Heilbarkeit von Depression ein zentrales Element (vgl. zum Beispiel: [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 Filmporraits erzählen Frauen und Männer verschiedener Altersgruppen und mit verschiedenen Krankheitsbildern ihre Genesungsgeschichte.

- *Entdiskriminierung, Entstigmatisierung*: Psychische Krankheiten haben einen schlechten Ruf. Sie rufen Verunsicherung und Ängste hervor – ganz anders als eine Lungenentzündung oder ein Beinbruch (Rössler, 2003 / Nordt, Rössler & Lauber, 2006). Dies kann von der Prävention bis zur Behandlung psychischer Krankheiten negative Folgen haben (Social Exclusion Unit, 2004). Durch eine Entstigmatisierungskampagne könnten psychische Krankheiten 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.

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

Untersuchungen (z.B. Nordt, Rössler & Lauber, 2006; Rössler, 2003) zeigen, dass bei Fachleuten die Vorurteile gegenüber psychisch Kranken weiter verbreitet sind, als in der übrigen Bevölkerung. Mit verschiedenen Interventionen sollte versucht werden, etwas gegen diese Haltung zu unternehmen. In Veranstaltungen des Psychose-Seminars Zürich geht es unter anderem um die Frage, was Fachleute, aber auch Menschen in Psychosen und ihre Angehörige brauchen, um zu einer offenen und ehrlichen Begegnung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung in der Lage zu sein ([www.psychoseseminar-zuerich.ch](http://www.psychoseseminar-zuerich.ch)). Die Seminare folgen der Methode des Dialogs (vgl. die folgende Subkategorie und Bsp. 6).

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

Durch die Beeinflussung von Entscheidungsträgern sollte auf die Gleichstellung von psychischen und körperlichen Krankheiten bei den Sozialversicherungen hingewirkt werden. Die Verantwortlichen sollten davon überzeugt werden, dass ein Beitrag an Resilienz-Trainings<sup>30</sup>, Stressbewältigungskurse und ähnliche Angebote gezahlt wird (analoge Regelung wie bei Fitnessabos). Das Aktionsbündnis Psychische Gesundheit Schweiz ([www.aktionsbuendnis.ch](http://www.aktionsbuendnis.ch)) verlangt in einer Petition unter anderem, "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>31</sup>.

- *Angehörigenarbeit, Dialog*: 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 Dialog) ist für die Genesung und das Wohlbefinden aller Beteiligten wichtig und anspruchsvoll. Sie gelingt nicht immer wunschgemäss.

#### **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 zum Beispiel den Kurs "Profamilie" an, ein Schulungsprogramm für Angehörige von Schizophrenie-/Psychisch-Kranken.

<sup>30</sup> Resilienz ist die Fähigkeit von Kindern und Erwachsenen, auch unter widrigen Umständen physisch und psychisch gesund zu bleiben (vgl. zum Beispiel Siegler, DeLoache & Eisenberg, 2006)

<sup>31</sup> [www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.s=tl&r.l1=1073858787&r.lc=en&r.l2=1073858914&topicId=1084072933](http://www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.s=tl&r.l1=1073858787&r.lc=en&r.l2=1073858914&topicId=1084072933)

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

Fachleute aus der Versorgung sollen ermuntert werden, Weiterbildungen (Fachtagung) zu besuchen, in denen sie lernen, dass Betroffene und Angehörige Wissen bereitstellen, das dem Gesundheitsprozess 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. Der Verein Netzwerk Angehörigenarbeit Psychiatrie ([www.angehoerige.ch](http://www.angehoerige.ch)) ist dabei, Qualitätsstandards in der Angehörigenarbeit zu entwerfen.

### **5.1.2. Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung (vgl. Kapitel 2.1) 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 (salutogenerischer Ansatz). Eine zentrale Aussage der Charta, ist die Empfehlung, dass Gesundheitsförderung alle betroffenen Politikbereiche umfassen sollte. Auch die Verkehrspolitik (zum Beispiel 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 abzielt, aber auch auf eine gesundheitsförderliche Veränderung der Lebensverhältnisse. Dem tragen die folgenden drei Subkategorien Rechnung:

- *Förderung psychischer Gesundheit, Resilienz*: Fertigkeiten und Fähigkeiten, um punktuelle und andauernde Belastungssituationen zu bewältigen, können erlernt werden und steigern die Wahrscheinlichkeit von Kindern und Erwachsenen, psychisch gesund zu 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/ge-sundheit\\_und\\_praevention/gewaltpraevention/projekte.html](http://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/ge-sundheit_und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html)). PFADE basiert auf dem Zürcher Projekt zur sozialen Entwicklung von Kindern z-proso (Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Zürich, [www.z-proso.uzh.ch](http://www.z-proso.uzh.ch))

- *Stressbewältigung, Abbau gesundheitlicher Risiken*: 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 psychische Gesundheit beein-

flussen. Umgekehrt kann ein gutes Klima in der Schule oder eine niederschwellige Anlaufstelle für Mobbing-Opfer 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 Partnerinnen und Partner einzubeziehen.

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

In Betrieben soll das Bewusstsein für Mobbing und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz gefördert werden. Wenn es doch 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 Anti-Diskriminierungs-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>32</sup>

**Bsp. 10: Gesundheitszirkel im Betrieb (PRZ)**

Die Methode der Gesundheitszirkel soll gefördert werden. Diese Methode wurde in der Schweiz bereits für die allgemeine Prävention und Gesundheitsförderung erprobt (vgl. Pfister & Mom, 1997) und soll nun explizit auch die psychische Gesundheit einbeziehen. Gesundheitsförderung Schweiz stellt einen Leitfaden für Gesundheitszirkel in KMUs zur Verfügung ([www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch) > Gesundheitszirkel).

- *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 Handlungsbereiche, die die Ottawa-Charta zur Förderung der Gesundheit vorschlägt (vgl. Kapitel 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.impactante.ch](http://www.impactante.ch)).

### 5.1.3. Prävention

Prävention (vgl. Kapitel 2.2) ist darauf ausgerichtet, bestimmten Krankheiten gezielt vorzubeugen und Gesundheitsrisiken zu senken. Im vorliegenden Konzept stehen die Primärprävention sowie die universale und selektive Prävention im Vordergrund. Das Konzept steht zum Projekt ZInEP, das unter anderem 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

<sup>32</sup> Vgl. dazu die Website der Equality and Human Rights Commission: [www.equalityhumanrights.com](http://www.equalityhumanrights.com).

gehören, werden jedoch im vorliegenden Konzept berücksichtigt. So sind Selbsthilfe und Recovery eine Subkategorie der Kategorie Prävention.

Die Subkategorien der Kategorie Prävention sind:

- *Prävention psychischer Störungen (ICD F0, F2-F9)*: Die WHO hat ein Klassifikationssystem für alle Krankheiten entwickelt. Das sogenannte ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, deutsch: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) wird von Ärzten und Psychologen für die Diagnose benutzt. Psychische und Verhaltensstörungen werden in Kapitel 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. Zum Beispiel: F 93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters). Unter F1 werden die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen subsumiert. Sie werden im vorliegenden Konzept 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 Krankheiten sein, aber auch ohne Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung vorkommen (z.B. Bilanzsuizid). Gleichzeitig herrscht weitgehender gesellschaftlicher Konsens, dass Suizid verhindert werden sollte. Dies rechtfertigt die Sonderstellung, die die Suizidprävention mit einer eigenen Subkategorie im Konzept erhält.

#### **Bsp. 12: Suizidprävention (PI)**

Das Forum für Suizidprävention und Suizidforschung Zürich (FSSZ, [www.fssz.ch](http://www.fssz.ch)) hat ein Programm für Suizidprävention entwickelt. Es skizziert einerseits die inhaltliche Stossrichtung für Suizid verhindernde Interventionen und regt andererseits die Schaffung neuer Institutionen an.

Das Programm schlägt allgemein die Prävention der Depression und weiterer psychischer Erkrankungen vor, aber auch die Überwindung von Krisen und Verhinderung von Kurzschlusshandlungen. Dazu gehört zum Beispiel die Beschränkung des Zugangs zu Schusswaffen, Medikamenten und Hot Spots. Das FSSZ hat eine umfangreiche Liste von Präventionsmassnahmen zusammengestellt.

Auf institutioneller Ebene soll eine Fachstelle, eine Fundraising-Stelle und eine Promotorengruppe geschaffen werden. Die Fachstelle soll Präventionsprojekte zeitlich und strukturell koordinieren, lokale Projekte unterstützen, Multiplikatoren und indirekt Betroffenen als Beratungsstelle zur Verfügung stehen, Fachleute und andere Akteure vernetzen, Aus- und 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 SBB bei Bahnsuiziden). Es ist auch denkbar, die Aufgaben der Fachstelle einer bestehenden Institution zuzuweisen.

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 Einfluss auf die Darstellung des Themas in der Öffentlichkeit (z.B. durch die Medien).

- *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 angloamerikanischen 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 Symptommfreiheit. Es geht darum, sich mit seiner Er-

krankung auseinanderzusetzen, die dadurch zerbrochenen Lebensentwürfe und Selbstbilder zu betrauern, die Selbststigmatisierung zu überwinden, den 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)) oder dem Selbsthilfezentrum Zürcher Oberland ([www.selbsthilfezentrum-zo.ch](http://www.selbsthilfezentrum-zo.ch)) finden sich Listen und Adressen entsprechender Gruppen. Darunter finden sich auch Selbsthilfegruppen zur Bewältigung psychischer Probleme.

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

Betroffene sollen zum Selbstmanagement im Sinne von Recovery befähigt werden. Das kann zum Beispiel mit Patientinnen- und Patientenleitfäden wie mit dem "Leitfaden für das Abfassen eines Selbstberichts" gemäss Buck-Zerchin<sup>33</sup> geschehen. Oder Patientinnen/Patienten werden ermutigt, ihren ganz persönlichen Gesundungsweg zu gehen, zum Bsp. mit Hilfe des WRAP (Wellness Recovery Action Plan, vgl. [www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com)).

#### **Bsp. 14: Entstigmatisierende Konzepte von Psychose (PI)**

Psychose-Betroffene sollen entstigmatisierende Konzepte von Psychose kennenlernen. Zum Beispiel jenes der spirituellen Krise (Grof, 1990), jenes des Traumes im Wachzustand (Buck-Zerchin, 2005), jenes des zweiten Zustand des Menschseins (Edward M. Podvoll)<sup>34</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 oder in Fachgremien, Weiterbildung (z.B. Entstigmatisierungs-Veranstaltungen) arbeiten. Pro Mente Sana bietet bereits eine solche Ausbildung an ([www.promentesana.ch](http://www.promentesana.ch) > Recovery-Projekt > Peer-Ausbildung).

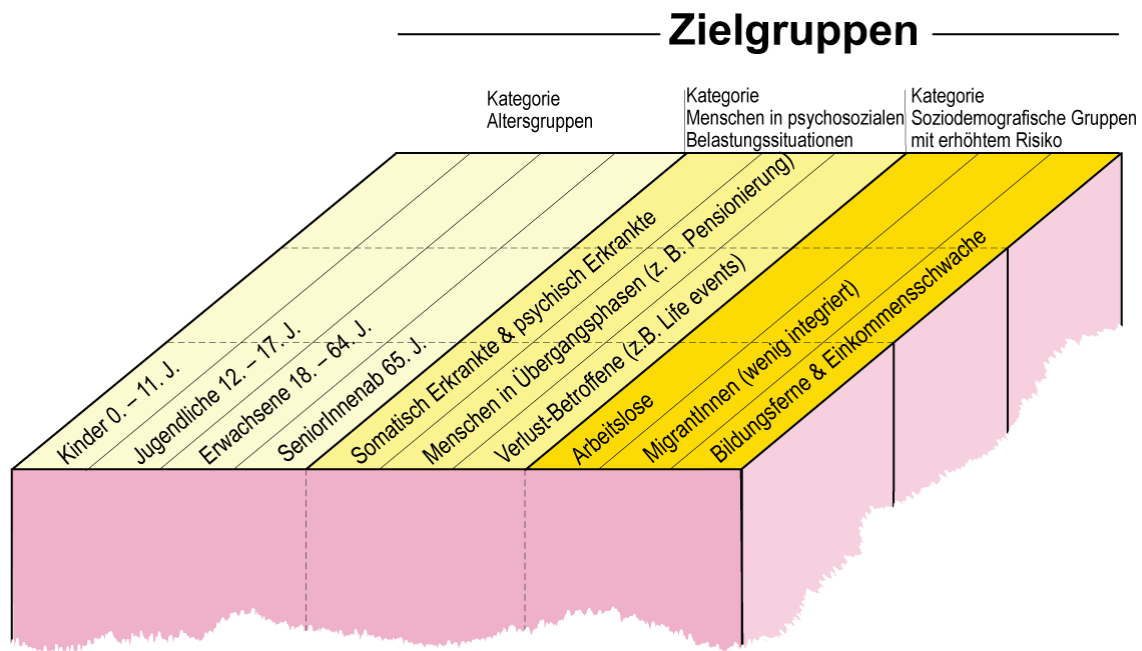
## **5.2. Zielgruppen**

Die Adressaten von präventiven oder gesundheitsfördernden Massnahmen werden in die Kategorien Altersgruppen, Menschen in psychosozialen Belastungssituationen und Risikogruppen gemäss soziodemografischen Kriterien unterteilt.

<sup>33</sup> Dorothea Buck-Zerchin hat Psychose- und Depressionserfahrene im Rahmen eines Forschungsprojektes des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener (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). Der Leitfaden kann unter [http://www.vpech-irrpeace.ch/wcms/ftp/v/vpech-irrpeace.ch/uploads/bra5\\_fragebogen\\_buck\\_rel\\_dim\\_0kt02.pdf](http://www.vpech-irrpeace.ch/wcms/ftp/v/vpech-irrpeace.ch/uploads/bra5_fragebogen_buck_rel_dim_0kt02.pdf) heruntergeladen werden.

<sup>34</sup> Vgl. Fussnote 28

**Abb. 5: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Zielgruppen"**



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. Abb. 3). Man unterscheidet Risikofaktoren, die die Gesundheit gefährden und Schutzfaktoren, die sie fördern (vgl. Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit, S. 68). 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 er in der Rezession mehr Menschen betreffen. Das muss nicht zu Krankheit führen, wenn die Fähigkeit dieser Menschen gut ausgebildet ist, auch unter widrigen Umständen psychisch gesund zu bleiben (Schutzfaktor Resilienz). 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.

### 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 65jährigen, 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. 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>35</sup>

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 7jährigen 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.

- *Kinder (0 - 11)*: 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 Erziehungs-kompetenz. 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, Elternttraining bis zu entwicklungsdiagnostischen, kinderpsychologischen und kinderpsychiatrischen Untersuchungen.
- *Frühe Kindheit (0 - 3 J)*: 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 bereichernd 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, Niebank & Petermann, 2000).

#### **Bsp. 16: Förderliches Elternverhalten (PI)**

Geburtskliniken sollten aufgefordert werden, zu entwicklungspsychologisch relevanten Themen Elternkurse anzubieten, in denen förderliches Elternverhalten im Umgang mit dem Kind vermittelt wird, mögliche Schwierigkeiten beim Übergang zur Elternschaft sowie Möglichkeiten zur Inanspruchnahme von Hilfestellungen thematisiert werden. Als Vorbild könnten bestehende Kurse und Programme herangezogen werden.<sup>36</sup>

- *Vorschulalter (4 - 6 J)*: 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 Kindergartenentrtritt werden be-

<sup>35</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>36</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.elternttraining.ch](http://www.elternttraining.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))

reits 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 sollten hilfesuchende Eltern auf öffentlichen Beratungsstellen (z.B. Eheberatungsstellen und Jugendsekretariate) gratis interaktive DVDs zur Erziehung von Vorschulkindern erhalten.

- *Mittlere Kindheit (7 - 11 J):* Mit dem Eintritt in die Primarschule sollen Kinder fähig sein, sich von den Eltern zu trennen, sich sprachlich auszudrücken, sich für eine gewisse Zeit zu konzentrieren und Konflikte mit Gleichaltrigen relativ selbständig 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. Garnezy, 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, [www.freiheit-ingrenzen.org](http://www.freiheit-ingrenzen.org)) zu Erziehungsthemen.

- *Jugendliche (12 - 17 J):* Jugendliche müssen vielfältige Herausforderungen bewältigen. Die psychische Gesundheit ist in dieser Phase störungsanfällig (Groen & Petermann, 2002). Die Anforderungen der Schule, die Vorbereitung auf die Berufswahl, die Integration in eine Gleichaltrigengruppe, 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, 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. 19: Feelok – Internetprogramm zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen (PRZ)**

Feelok ist ein multithematisches Internetprogramm 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)).

**Bsp. 20: Präventive Gruppentrainings für Jugendliche (PR)**

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 und Selbstsicherheitstraining ([http://www.uni-tuebingen.de//uni/sii/abtkpps/lars\\_und\\_lisa/programm.htm](http://www.uni-tuebingen.de//uni/sii/abtkpps/lars_und_lisa/programm.htm)).

**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 den drei Themen strukturiert werden kann. Das Zielpublikum sind 13 - 17-jährige Jugendliche beider Geschlechter.

- *Erwachsene (18 - 64 J)*: Innerhalb dieser Altersgruppe werden Spätadoleszenz (18 -24 J), mittleres Erwachsenenalter (25 - 44 J) und fortgeschrittenes Erwachsenenalter (45 -65 J) unterschieden.
- *Spätadoleszenz (18 - 24 J)*: 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, die 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.

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

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

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

Der für Präventionszwecke produzierte Dokumentarfilm "Ariane, 19" 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 Unterrichts-dossier für Lehrpersonen mit Vorschläge für die Lektionsplanung, Hintergrundinformationen u.a. (Kontakt: [www.realtv.ch](http://www.realtv.ch)).

- *Mittleres Erwachsenenalter (25-44)*: 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. Lange andauernde, belastete Partnerschaften beeinträchtigen die psychische Gesundheit ebenso wie Trennung und Scheidung.

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

Arbeitgeber sollen ermuntert werden, den neuen Eltern unter ihren Angestellten Kurse und Informationen zur Herstellung einer gesunden "Work-Life-Balance" anzubieten. BGM Zürich, das Beratungszentrum für betriebliches Gesundheitsmanagement, bietet entsprechende Dienstleistungen an ([www.bgm-zh.ch](http://www.bgm-zh.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).

- *Fortgeschrittenes Erwachsenenalter (45-65)*: Körperlicher Abbau, Menopause und Mid-life 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 und private Perspektiven verengen sich. Gegen Ende der Phase kommt die Beschäftigung und Vorbereitung auf die Pension. Verluste durch den Tod der Eltern und anderer Verwandter und Freunde müssen verarbeitet werden.

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

Für langjährige Mitarbeiter/innen sollten der Kanton und die Gemeinden Weiterbildungsangebote fördern, die die Sensibilisierung für und die Bewältigung von Burnout zum Thema machen. In der kantonalen Verwaltung bestehen heute bereits solche Angebote. Zum Beispiel die Kurse "Selbstmanagement", "Aktiv und selbstsicher Veränderungen begegnen", "Auftanken statt ausbrennen" ([www.personalentwicklung.zh.ch](http://www.personalentwicklung.zh.ch) > Aus- und Weiterbildung).

**Bsp. 26: Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte (PRZ)**

Aktuelle Untersuchungen berichten von rund 10 bis 30% "ausgebrannter" 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)).

- *Seniorinnen und Senioren (ab 65 J)*: Bis 2030 wird die Altersgruppe der über 65-jährigen Menschen im Kanton Zürich um etwa 40% steigen, die der über 80-jährigen Menschen um ca. 60%. Gemäss einer Schätzung des Bundesamts für Statistik sind im Jahr 2050 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. Der schlechteren körperlichen Gesundheit steht eine gute psychische Gesundheit gegen-

über. 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). 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, zum Beispiel 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.

**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.

**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 zum Beispiel 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 und psychisch Erkrankte*: Menschen, die während Jahren durch eine somatische Erkrankung (zum Beispiel 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. Entsprechend gross dürfte der psychosoziale Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsbedarf sein, auch wenn er sich nur schwer erheben lässt (vgl. Büchi & Zwahlen, 2006).

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

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

Für Krebserkrankte sollen in grösseren Städten wie Zürich oder Winterthur interdisziplinäre Informations- und Anlaufstellen aufgebaut werden. Vorbild könnten die vor allem in Grossbritannien verbreiteten

"Maggies centres"<sup>37</sup> sein. Sie bieten ein breit gefächertes Unterstützungsangebot für Krebskranke. Ähnliche Angebote gibt es für eine ganze Reihe von anderen Krankheiten. 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 bereitgestellten Psychotherapeuten konsultieren.

- *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 Krankheiten auslösen können. Das Alte ist zu Ende und das Neue hat noch nicht angefangen. Das Ziel ist noch nicht klar.

#### **Bsp. 30: 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. Zum Beispiel die Kurse "Perspektiven und Zukunftsplanung 50plus" und "Pensionierung: Chancen sinnvoll nutzen" ([www.personalentwicklung.zh.ch](http://www.personalentwicklung.zh.ch) > Aus- und Weiterbildung).

#### **Bsp. 31: 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 begleitet Eltern durch die Schwangerschaft und stärkt sie im Zusammenleben mit dem Baby im ersten Jahr ([www.ffg-video.ch](http://www.ffg-video.ch)). Für die Pflege der Paarbeziehung eignet sich zum Beispiel 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.

- *Verlust-Betroffene (z.B. Life events)*: Kritische Lebensereignisse sind oft Verlust-Erfahrungen: Scheidung oder Trennung, Tod einer nahe stehenden Person, Umzug, Verlust des Arbeitsplatzes, Arbeitsplatzwechsel, erhebliche Verringerung des Einkommens, Opfer von Kriminalität etc.

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

Angehörige von frisch Verstorbenen sollen von Stellen und Personen, die administrativ oder seelsorglich mit ihnen in Kontakt kommen, auf Seminare und Organisationen aufmerksam gemacht werden, die sie im Trauerprozess begleiten und unterstützen.<sup>38</sup> Namentlich ältere Männer haben in der ersten Phase der Verwitwung ein höheres Suizidrisiko (vgl. auch Bsp. 54).

### **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 für

<sup>37</sup> [www.maggiescentres.org](http://www.maggiescentres.org)

<sup>38</sup> Es gibt eine ganze Reihe solcher Organisationen. So die Stiftung Begleitung in Leid und Trauer ([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)).

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

- *Arbeitslose*: Ungewollte Arbeitslosigkeit gehört zu den zentralen Determinanten der psychischen Gesundheit und ist einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Gesundheitsprobleme.

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

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

- *MigrantInnen (wenig integriert)*: Personen mit Migrationshintergrund, die aus kulturell ferneren 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.femmetische.ch](http://www.femmetische.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.

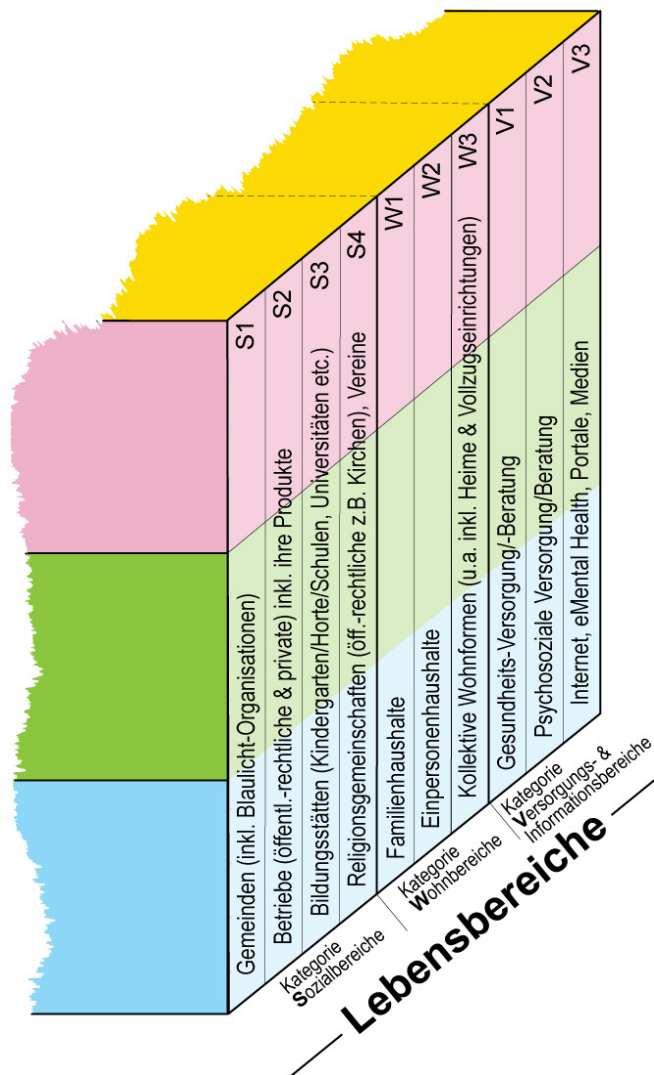
**Bsp. 35: Förderung der psych. Gesundheit von Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügern (PI)**

Sozialhilfebezüglerinnen 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 unterschiedlichen Lebensbereichen angepasst werden. Dies wiederum erfordert eine genaue Betrachtung des Lebensbereichs und dessen Strukturen und Abläufe (vgl.: ISPMZ, 2007a, S. 8.) Namentlich Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind zu beachten. Die Lebensbereiche werden in folgende Kategorien und Subkategorien unterteilt:

Abb. 6: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Lebensbereiche"



### 5.3.1. Sozialbereiche

Menschen verbringen einen grossen Teil ihrer Zeit in ausserfamiliären Gemeinschaften. Entsprechend gross ist das Potenzial für Interventionen für die Gesundheit. Präventive Massnahmen sollten dabei möglichst vor Ort stattfinden. Dabei ist bei der Planung und Umsetzung von Massnahmen unter anderem 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 Neuzuzüger/innen-Abende, 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, Eisenbahngleise) und die Bekämpfung von Alkoholmissbrauch im öffentlichen Raum, kann die Polizei Suizid, Substanzkonsum und Gewaltvorfälle reduzieren.

**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 (öff.-rechtliche & private) und 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>39</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 Arbeitnehmer 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 zu gewährleisten". Betriebe beeinflussen die psychische Gesundheit nicht nur über ihre Arbeitsplätze, sondern möglicherweise auch über ihre Güter. Werden etwa Computerspiele mit hohem Abhängigkeitspotenzial produziert, kann dies die psychische Gesundheit der Konsumentinnen und Konsumenten beeinträchtigen.

**Bsp. 38: Stressbewältigung in Einpersonbetrieben (PI)**

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

- *Bildungsstätten (Kindergarten/Horte/Schulen, Hochschulen etc.):* Bildungsstätten stellen einen wichtigen Teil der Lebensumwelt von Kindern und Jugendlichen 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.

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

Der Kanton Zürich sollte Schulen ermuntern 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.

<sup>39</sup> Vgl. auch Bsp. 9, Bsp. 10, Bsp. 24, Bsp. 25 und Bsp. 26.

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

An Schulen sollten Curricula für Schüler/innen zum Thema psychische Gesundheit eingeführt werden. Lehrer 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 (<http://www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8-D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/>). Trialog Winterthur bietet ebenfalls Schulprojekte an (vgl. Bsp. 1, S. 29).

- *Religionsgemeinschaften (z.B. Kirchen), Vereine:* Religionen sind soziale Gebilde, die sich um einen bestimmten Glaubensinhalt gruppieren. Das kann für die Mitglieder dieser Gemeinschaft einen gesundheitsfördernden Effekt haben (vgl. z.B. Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). 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 auch zu: Orientieren sich Glaubensgemeinschaften stark an normativen Glaubensgrundsätzen, wirkt 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 dies die Rückfallwahrscheinlichkeit positiv beeinflussen kann. 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, krank machende 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. Verhalten sich die Eltern richtig, entsteht ei-

ne positive Eltern-Kind-Interaktion, positive Verbundenheit und frühe, bzw. sichere, Bindung. Die Eltern haben die Möglichkeit, das Kind früh kognitiv zu stimulieren. 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 Kindsmisbrauch 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, Schröder & Lübke, 2000 oder Kreppner, 2000).

**Bsp. 43: 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 Stadtspitals 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)).

**Bsp. 44: 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 3 Jahre ([www.pinocchio-zh.ch](http://www.pinocchio-zh.ch)).

- *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 2008 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 Altersegment 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. 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, Wortman & Kessler, 1992).

**Bsp. 45: Wohngemeinschaften fördern (PRZ)**

Spezielle Wohnformen wie Alterswohngemeinschaften oder generationenübergreifende Wohngemeinschaften (vgl. das Projekt "Wohnen für Hilfe"<sup>40</sup>) werden gefördert um der Isolation vorzubeugen.

**Bsp. 46: Wettbewerb für Nachbarschaftsprojekte (PRZ)**

Die Gemeinde schreibt einen Wettbewerb für das beste Nachbarschaftsprojekt aus und beteiligt sich am Tag der Nachbarn<sup>41</sup>.

- *Kollektive Wohnformen (u.a. inkl. Heime und Vollzugseinrichtungen)*: 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 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. Missbrauch und Substanzmissbrauch sind insbesondere in Heimen und Vollzugseinrichtungen verbreitet.

**Bsp. 47: 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- & Informationsbereich

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

- *Gesundheitsversorgung und -beratung*: Hierzu gehören Beratungsstellen (Kleinkindberatung, Eheberatung, etc.), Apotheken, Drogerien, Einrichtungen der Grundversorgung (Arztpraxen, Spitalambulanzen), schulpsychologische Dienste etc. Die Fachleute in diesem Be-

<sup>40</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>41</sup> Vgl. [www.tagdernachbarn.ch](http://www.tagdernachbarn.ch)

reich 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 Krankheiten verbessert werden.

**Bsp. 48: Hausärztinnen und Hausärzte schulen (PR)**

Hausärztinnen und Hausärzte sollten 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 Hausärzte zur 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. 49: Case Management bei komplexen gesundheitlichen / sozialen Belastungen (PRZ)**

Das Stadtzürcher 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 weniger 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 und Beratung:* Hierzu gehören z.B. kirchliche Seelsorge, Dargebote 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.

**Bsp. 50: Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern (PRZ)**

Bei der Behandlung von erwachsenen psychisch kranken Patienten gehen die Anliegen, Bedürfnisse und Nöte von Angehörigen und insbesondere von Kindern und Jugendlichen oft vergessen, weil die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen, sozialen und schulischen Institutionen ungenügend ist (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 ein Projekt gestartet, mit dem alle Institutionen in ein Netzwerk eingebunden und Massnahmen für Eltern und Kinder realisiert werden sollen. Praktisch umgesetzt wird das Modell ab Mitte 2011.

Geschehen soll dies mit einem 4-Säulen Modell. Säule I betrifft alle Versorgungssysteme, die für die Betroffenen Zugangspforten zu Behandlungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sind: Haus- und Kinderärzten, Sozialarbeitern, der Erwachsenenpsychiatrie und der Mütterberatung kommen in der Früherkennung und -intervention eine Schlüsselfunktion zu. Sie haben Kontakt zu vielen Familien und können reagieren, wenn Eltern oder Kinder überfordert sind. Sie können familienunterstützende, nachbarschaftliche, soziale und kinder- und jugendpsychiatrische Massnahmen veranlassen. Zur Säule II gehören die Sozialberatung und -unterstützung sowie die Erziehungsberatung. Jugend-, Familien- und Sozialhilfe sollen mit einem Case Management sicherstellen, dass die Hilfeleistungen verschiedener Leistungserbringer koordiniert werden. Beteiligt sind auch die Sozialdienste der psychiatrischen Einrichtungen. Letztere bringen die Sichtweise ihrer Patientinnen und Patienten ein. Zur Säule III gehört die psychiatrische Abklärung und psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die psychische Belastungssymptome und Verhaltenstörungen zeigen. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt Therapiemassnahmen für die Kinder und die erkrankten Eltern. Kinder wie Eltern müssen therapeutisch besser in ihrem Kind/Elternverhältnis unterstützt und versorgt werden. Der Kinderschutz ist die Säule IV. Er ist – in Koordination mit den anderen Versorgungsinstitutionen – Aufgabe der Vormundschaftsbehörde und der Fachstelle Kinderschutz.

Das Projekt ist im April 2010 gestartet und auf drei Jahre angelegt. Nähere Informationen unter [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).

- *Internet, eMental Health und 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). 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 Krankheiten beitragen.

**Bsp. 51: Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid (PR)**

Den Medien sollen Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid zur Verfügung gestellt. Als Grundlage kommen etwa das WHO Dokument "Preventing suicides. A resource for media professionals" (WHO, 2004) 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)). In Österreich wurde der Effekt von Medienrichtlinien getestet. Dabei wurde eine Reduktion der Suizidrate festgestellt (Wahlbeck & Mäkinen, 2008).

**Bsp. 52: 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.promente-sana.ch/page.php?pages\\_id=231&language=de](http://www.promente-sana.ch/page.php?pages_id=231&language=de)).

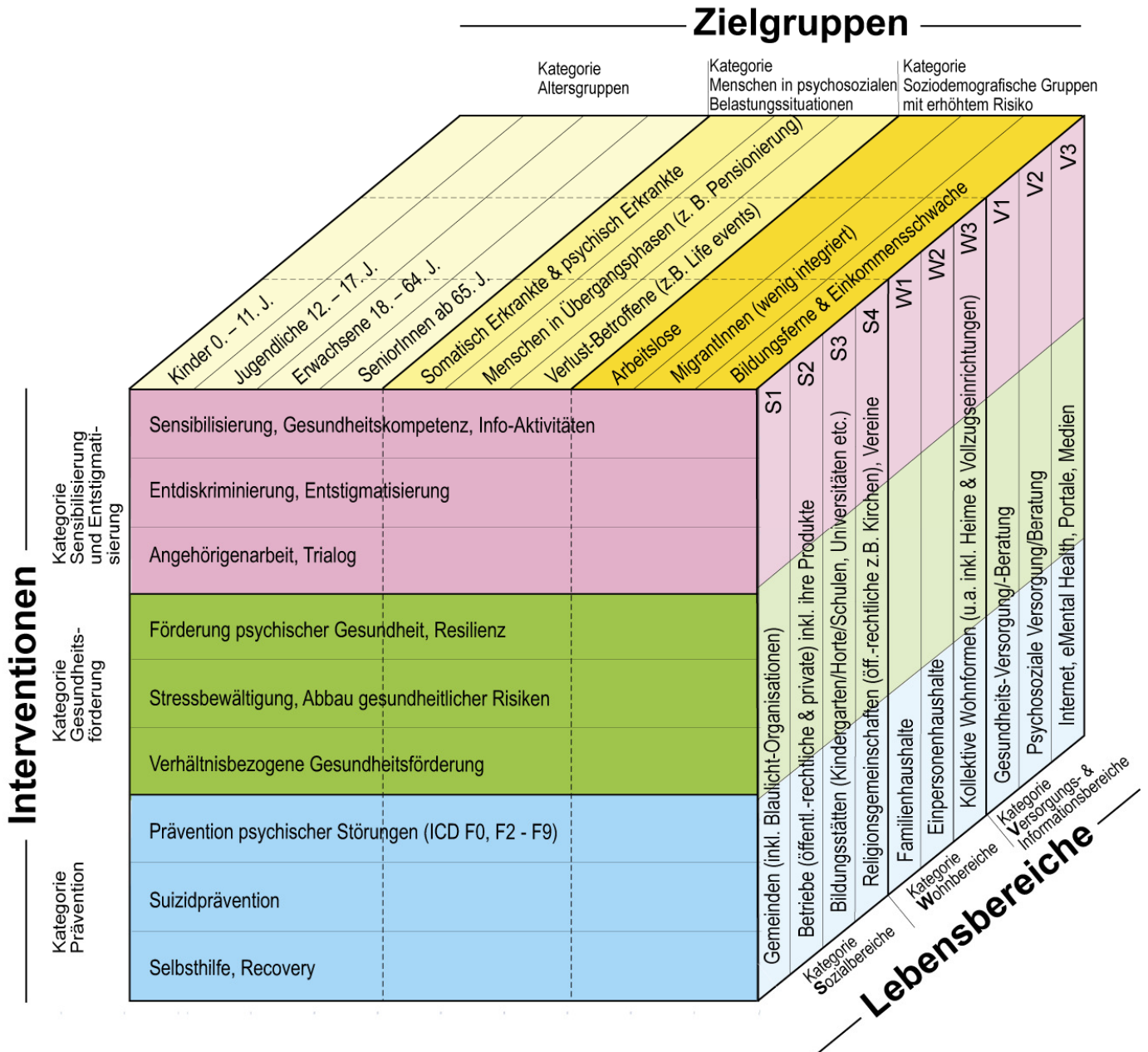
**Bsp. 53: Internetplattform für psychische Gesundheit (PRZ)**

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

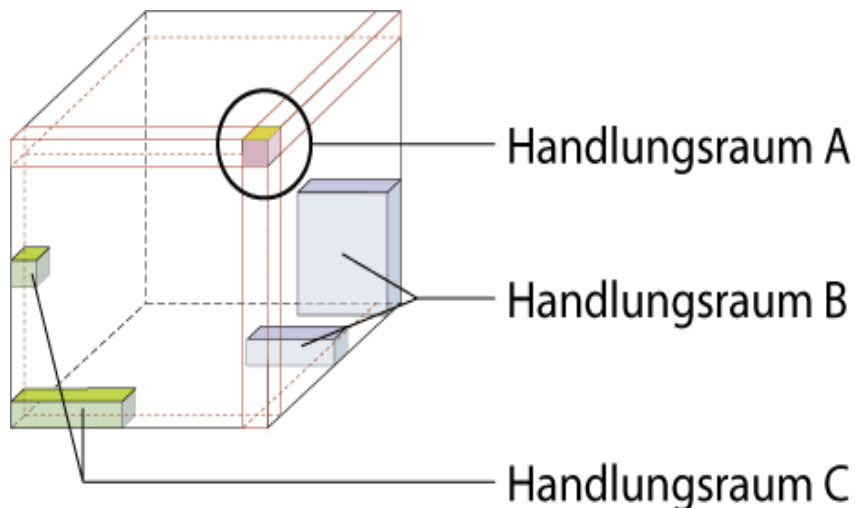
Abb. 7: Detailliertes Kubus-Modell



### 5.4.1. Handlungsraum

Der Schnittpunkt dreier einzelner Subkategorien aus je einer Dimension ergibt ein kleines "Würfelchen" (Handlungsraum A in Abb. 8). 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. 8) Ein Beispiel: Suizidprävention für Arbeitslose, Migrantinnen und Migranten sowie Bildungsferne und Einkommensschwache in der Gemeinde (= drei "Würfelchen").

**Abb. 8: Beispiele möglicher Handlungsräume**



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

Die Würfel-Darstellung hat auch Schwächen. So gibt es 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 Würfel ebenso wenig dargestellt werden wie eine Intervention für bildungsferne Erwachsene (Kombination der Kategorien Altersgruppen und soziodemografische Gruppen mit erhöhtem Risiko). Das heisst aber nicht, dass entsprechende Projekte nicht möglich sind. Keine solchen Darstellungsprobleme ergeben sich mit Kategorien, die sich ausschliessen. Das sind die "Altersgruppen" und die "Wohnbereiche".

Das Kubus-Modell dient der Veranschaulichung des gesamten Interventionsraums und gewisser Interventionsregeln. Die Auswahl und Konzeption konkreter Präventionsprogramme und -projekte ist nicht abhängig von ihrer Darstellbarkeit im Kubus-Modell.

## 6. Schwerpunktprogramme: Grundsätze und Entscheidungsabläufe

Nachfolgend werden Regeln für die Auswahl des Handlungsraums eines Schwerpunktprogramms aufgestellt (Kapitel 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 (Kapitel 6.2, S. 53), andererseits Grundsätze für die Zieldefinition (Kapitel 6.3, S. 54). Schliesslich wird dargestellt, wie Schwerpunktprogramme auszuwählen und durchzuführen sind (Kapitel 6.4, S. 54).

### 6.1. Regeln zur Ausgestaltung von Schwerpunktprogrammen

Schwerpunktprogramme erstrecken sich in der Regel auf einen Handlungsraum, der sich aus mehr als einem "Würfelchen" zusammensetzt (im Gegensatz zu Einzelprojekten, vgl. dazu Kapitel 7, S. 58). Bei der Auswahl des Handlungsraums ist eine Reihe von Regeln zu beachten, die nachfolgend aufgezählt werden.

Die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. dazu Kapitel 6.4.1) sorgt dafür, dass diese Regeln bei der Auswahl von Schwerpunktprogrammen berücksichtigt werden.

#### **Interventionen:**

- A) Interventionen müssen Massnahmen aus der Kategorie "Sensibilisierung und Entstigmatisierung" umfassen. Der Erfolg von präventiven und gesundheitsfördernden Massnahmen hängt nicht nur vom Einbezug der potenziell Erkrankungsbedingten ab, sondern 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 diesem Grundsatz 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 unter anderem epidemiologische Daten (national und kantonal) und weitere Daten aus Forschung und Praxis berücksichtigt. Mehrfach belastete Gruppen von Menschen (Bsp.: 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. Kapitel 4.4) sollte durch dieses Kriterium möglichst wenig tangiert 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. Bsp.: 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 einer Projekteingabe 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 Projekteingabe aufgezeigt werden.
- J) Damit ein Projekt 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 das vorliegende Konzept 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 für psychische 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. Kapitel 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 Tätern können Entstigmatisierungsbemühungen entgegenlaufen. Deswegen sind zusätzlich Unterziele 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).
- **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 Programmen**

Im allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich werden Anforderungen an die Durchführung von Schwerpunktprogrammen und deren Träger dargestellt (ISPMZ, 2004, S. 46ff). Sie gelten grundsätzlich auch für das vorliegende Konzept. Gewisse Veränderungen ergeben sich wegen des neuen kantonalen Gesundheitsgesetzes, das seit dem 1. Juli 2008 in Kraft ist.

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>42</sup> und "Betriebliche Gesundheitsförderung"<sup>43</sup> ausgewählt.

Im April 2007 hat der Kantonsrat ein neues 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 nicht mehr einberufen.

#### **6.4.1. Kommission Prävention und Gesundheitsförderung**

Gleichzeitig teilte die kantonale Gesundheitsdirektion mit, dass eine "Kommission Prävention und Gesundheitsförderung" künftig 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 7 bis 8 Mitgliedern zusammensetzen und vom Regierungsrat eingesetzt werden. Präsidium und Sekretariat werden voraussichtlich vom ISPMZ gestellt, da dieses vom Regierungsrat als Koordinationsinstanz für Fragen der Prävention und Gesundheitsförderung definiert worden ist.

Diese Kommission Prävention und Gesundheitsförderung

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

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 und deshalb war keine Entscheidung über die Durchführung der Massnahmen durch ein anderes Gremium nötig. Anträge für weitere Schwerpunktprogramme haben sich bisher nicht abgezeichnet.

#### **6.4.2. Kommission Schwerpunktprogramme**

Für die operative Führung der Schwerpunktprogramme setzt das ISPMZ die "Kommission Schwerpunktprogramme" ein und bestimmt deren Präsidium. Die Finanzkompetenz der Kommission liegt beim ISPMZ, das auch das Sekretariat übernimmt. Der Kommission Schwerpunktprogramme obliegen folgende Aufgaben:

- Bestimmung der Träger eines Schwerpunktprogramms

---

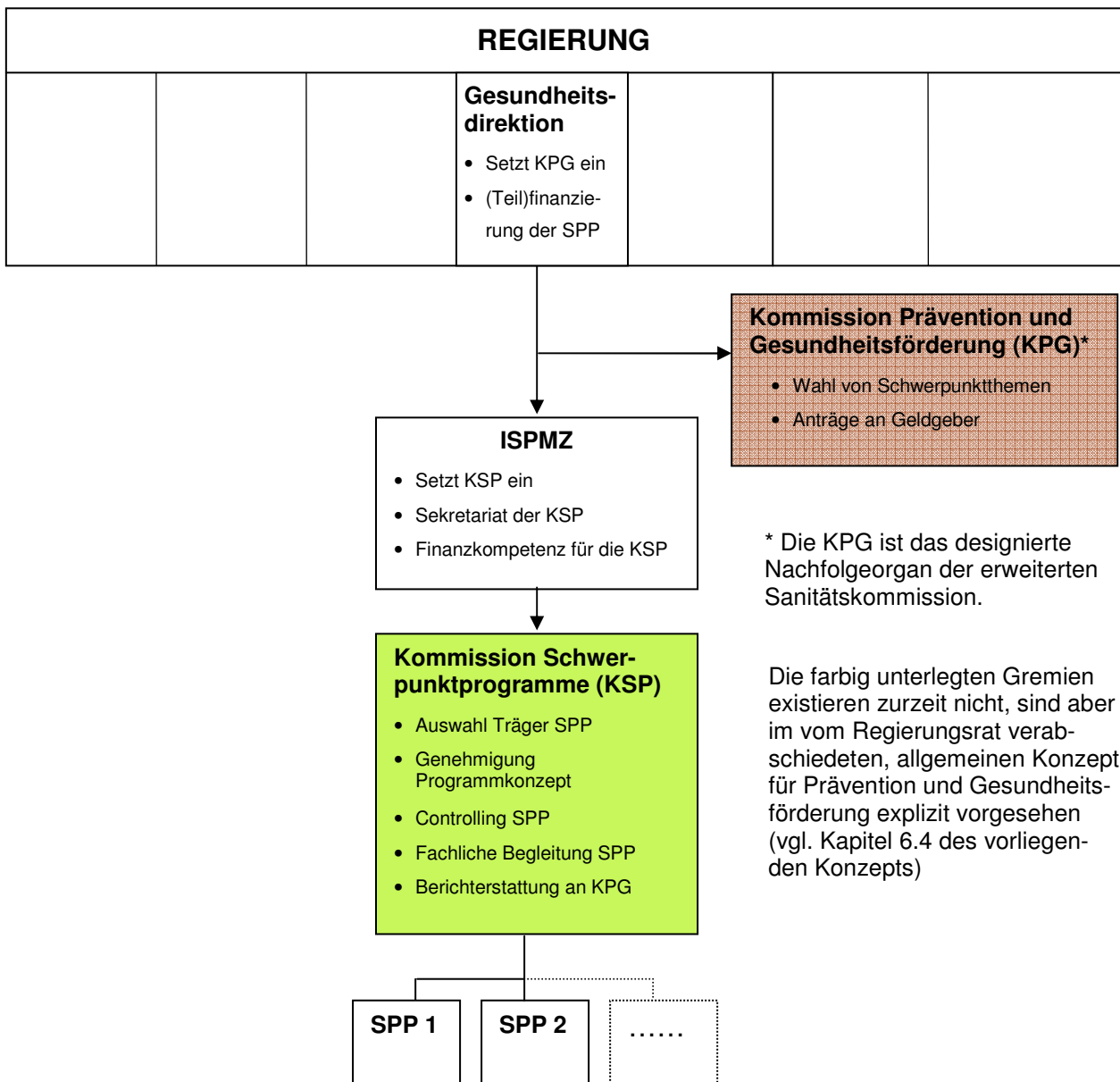
<sup>42</sup> Das Programm wurde inzwischen ins Schwerpunktprogramm "Leichter leben" überführt, das auf das Thema Übergewicht fokussiert. Grundlage für diese Weiterführung sind die Legislaturziele 2007 - 2011 des Zürcher Regierungsrates (Legislaturziel 17.4).

<sup>43</sup> Das Programm wurde plangemäss Ende 2008 abgeschlossen.

- Genehmigung des Programmkonzepts (inkl. Evaluationskonzept, Finanzierung und Projektmanagement)
- Controlling (Berichterstattung, Evaluation, Finanzen)
- Fachliche Begleitung der Schwerpunktprogramme
- Berichterstattung an die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung.

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

**Abb. 9: Schematische Darstellung der Organisation**



### **6.4.3. Träger**

Der Träger eines Programms verfügt über das notwendige fachliche und methodische Know-how sowie die notwendige technische und personelle Infrastruktur um ein Programm durchzuführen. Er 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 Träger fungiert.

### **6.4.4. Dauer**

Die Dauer eines Projekts 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. Es ist eine sinnvolle Etappierung angezeigt (ISPMZ, 2004, S. 46).

## 7. Einzelprojekte

Heute sind Einzelprojekte im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung die häufigere Form der Intervention als Schwerpunktprogramme. Seit dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung des Kantons Zürich werden jedoch auch Schwerpunktprogramme gefördert und durchgeführt (vgl. Kapitel 3.4). Das allgemeine Konzept will aber auch Einzelprojekte unterstützen, wenn sie gewissen Anforderungen genügen.

### 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.<sup>44</sup> Die Kriterien bezüglich Trägerschaften, Betrag und Kadenz der Unterstützung sind sehr eng gefasst. Die Grundidee besteht darin, dass nur solche Projekte unterstützt werden sollen, die keine anderen Geldgeber finden. Diese Kriterien gelten auch für Projekte im Bereich der psychischen Gesundheit. Unterstützung ist auf drei Ebenen möglich: Förderung durch finanzielle Unterstützung, Förderung durch fachliche Unterstützung, Förderung durch Wissenstransfer aus abgeschlossenen Projekten.

Unter Einzelprojekten werden Projekte verstanden, die einen Handlungsraum abdecken, der aus nur einem "Würfelchen" des Kubus-Modells (vgl. Kapitel 5.4.1) besteht. Es muss epidemiologisch erwiesen sein, dass in diesem Raum ein hoher Bedarf vorhanden ist. Für die geplante Intervention muss eine hohe Wirksamkeit nachweisbar sein. Dieser Fall dürfte nur selten eintreten. Ein Beispiel:

#### **Bsp. 54: 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>45</sup>

### 7.2. Kommentar zu den erwähnten Einzelprojekten (Beispiele)

Die in den vorangehenden Kapiteln aufgeführten 54 Projektbeispiele haben wie erwähnt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Liste hat eher den Charakter einer Zufallsstichprobe zu Illustrationszwecken. Es wurden 28 Projekte erfasst, die im Kanton Zürich bereits umgesetzt werden (PRZ) und 15, die anderswo verwirklicht wurden (PR). Elf Beispiele sind Projektideen (PI).

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

- Sie greifen in der Regel punktuell ein und dies in thematischer, geografischer und zeitlicher Hinsicht. Oft beschränken sich die Interventionen auf ein einzelnes Handlungsfeld

<sup>44</sup> Informationen, Richtlinien und Gesuchsformular für Einzelprojekte können unter [www.gesundheitsfoerderung-zh.ch](http://www.gesundheitsfoerderung-zh.ch), Rubrik "Unterstützung für Einzelprojekte", heruntergeladen werden.

<sup>45</sup> Vgl. auch Bsp. 32.

und auf ein Quartier, eine Gemeinde oder eine Region. Häufig sind sie von begrenzter zeitlicher Dauer.

- Sie basieren stark auf privater Initiative und dem grossen Engagement von Laien, Fachleuten und gemeinnützigen Organisationen.
- Hinter den Aktivitäten ist keine übergreifende Systematik zu erkennen.

Mit dem vorliegenden Konzept sollen die bestehenden Massnahmen ergänzt und wo nötig koordiniert und systematisiert werden. Die Schwerpunktprogramme sollen weniger punktuell ausgerichtet sein. Das heisst sie sollen grössere Handlungsräume abdecken, im ganzen Kanton oder zumindest in mehreren Regionen umgesetzt werden. Sie sollen sich über längere Zeiträume erstrecken. Mit kantonaler Unterstützung ist dies leichter zu bewerkstelligen. Für die Erarbeitung des Konzepts erwies es sich als sehr nützlich, die existierenden Projekte zu studieren. Die Qualität der Projekte ist zum Teil von hervorragender Qualität. Die gewählten Ansätze und die gemachten Erfahrungen waren sehr lehrreich und sollten auch bei der Konzeption und Umsetzung der Schwerpunktprogramme beachtet werden.

## **8. Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Konzepts**

Die nächsten Schritte zur Umsetzung des vorliegenden Konzepts betreffen institutionelle und finanzielle Fragen.

Sowohl die Kommission Prävention und Gesundheitsförderung als auch die Kommission Schwerpunktprogramme gibt es noch nicht. Sie sind gemäss dem allgemeinen Konzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, das vom Regierungsrat verabschiedet worden ist, ausdrücklich vorgesehen und ihre Funktionen definiert. Nachdem sie in den vergangenen Jahren noch nicht benötigt wurden, sind sie für die Umsetzung des vorliegenden Konzepts nun notwendig. Das ISPMZ soll deshalb die Schaffung der Kommission Prävention und Gesundheitsförderung an die Hand nehmen und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich die dafür notwendigen Anträge stellen. Das ISPMZ selber soll die Kommission Schwerpunktprogramme einsetzen.

Daneben sind Schritte zur Schaffung von Finanzierungsmöglichkeiten einzuleiten. Dies fällt vor allem in die Kompetenz der Gesundheitsdirektion.

## 9. Literatur

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.

Amering, M. & Schmolke, M. (2007). *Recovery: das Ende der Unheilbarkeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

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.

Arboleda-Florez, J. & Sartorius, N. (Hrsg.). (2008). *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*. Chichester: Wiley.

Buck-Zerchin D. S. (2005). *Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung*. Neumünster: Paranus-Verlag.

Baumberger, N. (2005). Individualisierung und Kinderlosigkeit. Der Wandel der Haushaltsstruktur im Kanton Zürich. *statistik.info*, 03. Zürich: Statistisches Amt des Kantons Zürich.

Büchi, S. & Zwahlen, D. (2006). *Evaluationsbericht zuhanden der Krebsliga Zürich*. Zürich: Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich.

Bundesamt für Sozialversicherung (Hrsg.) (2009). *Statistiken zur sozialen Sicherheit. IV-Statistik 2009*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherung.

Europäische Kommission (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.

Garnezy, 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.). (2010). *Psychiatrische Versorgung. Kenn-daten 2009*. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons 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.

- Gibbs, H. W. & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: Implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal for Counseling Psychology*, 25, 563-569.
- Goffman, E. (2007). *Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. 18. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Groen, G., Petermann, F. (2002). *Depressive Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Grof, S. (Hrsg.). (1990). *Spirituelle Krisen. Chancen der Selbstfindung*. München: Kösel.
- Hahlweg, K., Schröder, B. & Lübke, A. (2000). Prävention von Paar- und Familienproblemen: Eine nationale Aufgabe. In: K. Schneewind (Hrsg.). *Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis*. Göttingen: Hogrefe, 249-275.
- Hochrangige EU-Konferenz. Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden. (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.
- Ijzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 8 - 21.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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*. Göttingen: Hogrefe, 1174-195.

- Kuhl, H.C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. Arbeitsdokument 31*. 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.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Hrsg.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington: National Academy Press.
- 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(4), 709-714.
- 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.
- Podvoll, E.M. (2004). *Aus entrückten Welten: Psychosen verstehen und behandeln*. Kreuzlingen:Hugendubel.
- Public Health Schweiz (2009). *Grundlagenpapier "Psychische Gesundheit"* (genehmigt durch den Zentralvorstand am 11. Juni 2009).
- Rössler, W. (2003). Psychische Störungen und ihr ewiges Stigma. *P&G, Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich*. 13 (2003), 1-3.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- 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*. Göttingen: Hogrefe, 65-97.
- 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.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). (2007). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Arbeitsdokument 24*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Siegler, R., DeLoache, J., & Eisenberg, N. (2006). *How Children Develop*. 2nd edition. New York: Worth.
- Social Exclusion Unit (2004). *Mental Health and Social Exclusion. Social Exclusion Unit Report*. London: Office of the Deputy Prime Minister.
- 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. Auflage. München: Urban & Fischer.

Steinhausen, H.-C., Haslimeier, C. & Winkler Metzke, C. (2006). The outcome of episodic versus persistent adolescent depression in young adulthood. In *Journal of Affective Disorders*, 96-1, 49-57.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.

Umberson, D., Wortman, C.B. & Kessler, R.C. (1992). Widowhood and depression: Explaining long-term gender differences in vulnerability. In: *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 10-24.

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. In P&G, Prävention & Gesundheitsförderung im Kanton Zürich, Nr. 2, 1996, S. 7-9.

WHO Weltgesundheitsorganisation, (Hrsg.) (2001). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO Weltgesundheitsorganisation.

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2004). *Preventing suicides. A resource for media professionals. Mental and Behavioural Disorders, Department of Mental Health*, Geneva: WHO Weltgesundheitsorganisation.

WHO Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.). (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary report*. Geneva: WHO Weltgesundheitsorganisation.

WHO Weltgesundheitsorganisation Europa (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz vom 12.-15. Januar 2005 in Helsinki. Kopenhagen: WHO Europa.

# Anhang

Anhang A: Abkürzungen.....	66
Anhang B: Abbildungsverzeichnis .....	67
Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit .....	68
Anhang D: Liste der Beispiele .....	70
Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ZüRaPP .....	73

## **Anhang A: Abkürzungen**

<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>	Eidgenössischen Departements 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>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>SPV</b>	Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Verband
<b>VASK</b>	Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- / Psychisch-Kranken
<b>WHO</b>	World Health Organisation (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>ZüRaPP</b>	Zürcher Rahmenkonzept zur Prävention psychischer Krankheiten
<b>ZVPC</b>	Zürcher Verein Psychiatrischer Chefärzte

## **Anhang B: Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Drei Dimensionen.....	25
Abb. 2: Einfaches Kubus-Modell.....	26
Abb. 3: Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.....	27
Abb. 4: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Interventionen" .....	28
Abb. 5: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Zielgruppen" .....	35
Abb. 6: Kategorien und Subkategorien der Dimension "Lebensbereiche" .....	43
Abb. 7: Detailliertes Kubus-Modell.....	50
Abb. 8: Beispiele möglicher Handlungsräume .....	51
Abb. 9: Schematische Darstellung der Organisation .....	56

## Anhang C: Determinanten der psychischen Gesundheit

### 1. Soziale, umfeldbedingte und wirtschaftliche Determinanten

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: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, S. 21 (Übersetzung gemäss Europäische Kommission, 2005)

## 2. Individuelle und familienbezogene Determinanten

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>• Kindsmisbrauch 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 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>• Lebensfähigkeit (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: Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report, Geneva 2004, S. 23 (übersetzt von der Arbeitsgruppe ZüRaPP)

## Anhang D: Liste der Beispiele

Die Abkürzungen "**PI**", "**PR**" oder "**PRZ**" in der Spalte "Statuts" geben an, ob und wo ein Projekt bereits realisiert worden ist. **PI** steht für Projektidee. Damit werden Beispiele bezeichnet, von denen der Arbeitsgruppe nicht bekannt ist, dass sie schon verwirklicht worden sind. Wenn Projekte schon irgendwo umgesetzt worden sind, wird die Abkürzung **PR** (Projekt realisiert) verwendet. Mit **PRZ** werden Beispiele bezeichnet, die bereits im Kanton Zürich verwirklicht wurden. 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 Kapitel 7.2 auf S. 58.

Bsp.	Status	Thema	Referenz	S.
1	PR	Über psychische Krankheiten informieren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.seemescotland.org">www.seemescotland.org</a>;</li> <li>- <a href="http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/chan gingminds.aspx">www.rcpsych.ac.uk/campaigns/previouscampaigns/chan gingminds.aspx</a>;</li> <li>- <a href="http://www.buendnis-depression.de">www.buendnis-depression.de</a>;</li> <li>- <a href="http://www.berner-buendnis-depression.ch">www.berner-buendnis-depression.ch</a></li> <li>- <a href="http://www.trialog-winterthur.ch">www.trialog-winterthur.ch</a></li> </ul>	29
2	PRZ	Die meisten psychischen Erkrankungen sind heilbar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- WHO, 2001;</li> <li>- <a href="http://www.zugerbuendnis.ch">www.zugerbuendnis.ch</a></li> <li>- DVD "Recovery – wie die Seele gesundet"</li> </ul>	29
3	PRZ	Vorurteile abbauen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nordt, Rössler &amp; Lauber (2006);</li> <li>- Rössler, W. (2003)</li> <li>- <a href="http://www.psychoseseminarzürich.ch">www.psychoseseminarzürich.ch</a></li> </ul>	30
4	PR	Gleichstellung von psychischen und körperlichen Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.aktionsbuendnis.ch">www.aktionsbuendnis.ch</a></li> <li>- <a href="http://www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.s=tl &amp;r.l1=1073858787&amp;r.lc=en&amp;r.l2=1073858914&amp;topicId=1 084072933">http://www.businesslink.gov.uk/bdotg/action/layer?r.s=tl &amp;r.l1=1073858787&amp;r.lc=en&amp;r.l2=1073858914&amp;topicId=1 084072933</a></li> </ul>	30
5	PRZ	Kurse für Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.vaskzuerich.ch">www.vaskzuerich.ch</a></li> </ul>	30
6	PRZ	Trialogisch orientierte Weiterbildungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.angehoerige.ch">www.angehoerige.ch</a>;</li> <li>- <a href="http://www.trialog-winterthur.ch">www.trialog-winterthur.ch</a></li> </ul>	31
7	PRZ	Elterntrainings	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.elternbildung.ch">www.elternbildung.ch</a>;</li> <li>- <a href="http://www.lotse.zh.ch">www.lotse.zh.ch</a></li> </ul>	31
8	PRZ	Konfliktbewältigungstrainings an Schulen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php">www.redcross.ch/activities/integration/chili/index-de.php</a>;</li> <li>- <a href="http://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_ und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html">www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_ und_praevention/gewaltpraevention/projekte.html</a>;</li> <li>- <a href="http://www.z-proso.uzh.ch">www.z-proso.uzh.ch</a></li> </ul>	31
9	PR	Mobbing und sexuelle Belästigung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html">www.mobbing-info.ch/mobbinghilfe.html</a></li> <li>- <a href="http://www.equalityhumanrights.com">www.equalityhumanrights.com</a></li> </ul>	32
10	PRZ	Gesundheitszirkel im Betrieb	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pfister &amp; Mom, 1997;</li> <li>- <a href="http://www.kmu-vital.ch">www.kmu-vital.ch</a></li> </ul>	32
11	PR	Beratung und Unterstützung von Politik und Verwaltung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <a href="http://www.impactsante.ch">www.impactsante.ch</a></li> </ul>	32

12	PI	Suizidprävention	- www.fssz.ch	33
13	PR	Selbstmanagement von Patientinnen und Patienten	- www.vpech-irrpce.ch/wcms/ftp/v/vpech-irrpce.ch/uploads/bra5_fragebogen_buck_reldim_0kt02.pdf - www.mentalhealthrecovery.com	34
14	PI	Entstigmatisierende Konzepte von Psychose	- Grof, 1990; - Buck-Zerchin, 2005	34
15	PR	Betroffene einbeziehen	- www.promentesana.ch	34
16	PI	Förderliches Elternverhalten	- www.elertraining.ch - www.acf.hhs.gov/programs/opre/hs/univ_curriculum/index.html - www.vivafamilia.de/43.html - www.sozialministerium-bw.de/de/Guter_Start_ins_Kinderleben/168388.html - www.cehd.umn.edu/ceed/profdev/inpersontrainings/steepsib.htm	36
17	PRZ	Informationen für Eltern	- www.pro-juventute.ch/Elternbriefe.72.0.html	37
18	PR	Unterstützung der Eltern in der Erziehung	- www.freiheit-in-grenzen.org; - www.triplep.ch	37
19	PRZ	Feelok – Internetprogramm zur Gesundheitsförderung bei Jugendlichen	- www.feelok.ch	37
20	PR	Präventive Gruppentrainings für Jugendliche	- http://www.uni-tuebingen.de/uni/sii/abtkpps/lars_und_lisa/programm.htm	38
21	PRZ	Prävention von Essstörungen	- www.aes.ch	38
22	PRZ	Früherkennung von Schizophrenie und bipolaren Störungen	- www.zinep.ch/fez	38
23	PR	Eigene Identität finden	- www.realtv.ch	38
24	PRZ	Work-Life Balance	- www.bgm-zh.ch; - www.gesundheitsfoerderung-zh.ch	39
25	PRZ	Burnout-Prophylaxe in der Verwaltung	- www.personalentwicklung.zh.ch;	39
26	PRZ	Burnout-Prophylaxe für Lehrkräfte	- www.stadt-zuerich.ch/sg; - Kunz Heim & Nido, 2008	39
27	PRZ	Gedächtnis- und Bewegungskurse	- www.wohnenab60.ch/seba	40
28	PI	Pensionierte werden Bezugspersonen	- www.mehrgenerationenhaus.ch	40
29	PR	Anlaufstellen für Krebskranke	- www.maggiescentres.org	40
30	PRZ	Vorbereitung der Pensionierung	- www.pensionierungskurse.ch; - www.personalentwicklung.zh.ch	41
31	PRZ	Unterstützung für junge Eltern	- www.ffg-video.ch - www.paarlife.ch	41
32	PR	Begleitung im Trauerprozess	- www.leidundtrauer.ch; - www.verein-regenbogen.ch; - www.verein-aurora.ch	41
33	PI	Gesundheitsförderungsprogramme an RAV		42

34	PI	Psychische Gesundheit als Thema bei FemmesTische	- www.femmestische.ch	42
35	PI	Förderung der psych. Gesundheit von Sozialhilfebezüglerinnen und -bezügern		42
36	PR	Gemeindebezogene Präventionsprojekte	- www.radix.ch	44
37	PI	Jugendschutzbestimmungen durchsetzen		44
38	PI	Stressbewältigung in Einpersonenbetrieben		44
39	PRZ	Eltern und Schule stärken Kinder	- www.esski.ch	44
40	PR	Psychische Gesundheit an Schulen zum Thema machen	- www.radix.ch/index.cfm/AE4EAAA8-D773-42AD-A5094A4971A8B9E5/	45
41	PI	Psychische Gesundheit als Thema im kirchlichen Unterricht		45
42	PRZ	Zusammenarbeit von Notfallpsychiatrie und Landeskirchen	- www.nfszh.ch	45
43	PRZ	Massnahmen gegen häusliche Gewalt	- www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/gleichstellung/themen/haeusliche_gewalt.html	46
44	PRZ	Beratung für Kinder, die indirekt von häuslicher Gewalt betroffen sind	- www.pinocchio-zh.ch	46
45	PRZ	Wohngemeinschaften fördern	- www.wohnenfuerhilfe.info; - www.conviva-plus.ch/index.php?page=34	47
46	PRZ	Wettbewerb für Nachbarschaftsprojekte	- www.tagdernachbarn.ch	47
47	PRZ	Betreutes und begleitetes Wohnen	- www.stadt-zuerich.ch/bewo; - www.stadt-zuerich.ch/content/sd/de/index/arbeitswohnendrogen/wohneinrichtungen/betreuteswohnen/angebot_kosten.html	47
48	PR	Hausärztinnen und Hausärzte schulen	- www.fmh.ch/themen/praevention/psychische_krankheiten.html	48
49	PRZ	Case Management bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Belastungen	- www.stadt-zuerich.ch/kompass	48
50	PRZ	Unterstützung für Kinder psychisch erkrankter Eltern	- Hochschule für Soziale Arbeit Zürich, 2006 - www.psychiatrie-winterthur.ch; - www.promentesana.ch	48
51	PR	Medienrichtlinien für die Berichterstattung über Suizid	- WHO, 2004; - www.ipsilon.ch/index.php?id=68; - Wahlbeck & Mäkinen, 2008	49
52	PRZ	Medienpreis für Berichterstattung über psychische Erkrankung	- http://www.promentesana.ch/page.php?pages_id=231&language=de	49
53	PRZ	Internetplattform für psychische Gesundheit	- www.psychiatrie-winterthur.ch	49
54	PI	Suizidprävention für Witwen und Witwer	- www.puk-west.uzh.ch/publikationen/widowposter.pdf	58

## **Anhang E: Zusammensetzung der Arbeitsgruppe ZüRaPP**

<b>Arbeitsgruppenmitglied</b>	<b>Vertretung von</b>
• Sebastian Haas, Dr.med. (Co-Leitung)	Zürcher Vereinigung der Psychiatrischen 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.	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)
<b>Recherchen, Redaktion</b>	
• Andreas Minder, lic.rer.pol.	Im Auftrag des ISPMZ
<b>Design des Kubus</b>	
• Gregor Harbauer, lic. phil.	Im Auftrag von Sebastian Haas