

# Psychische Gesundheit – Definitionen und Ableitung eines Wirkungsmodells

Ergebnisbericht

---

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger



# Psychische Gesundheit – Definitionen und Ableitung eines Wirkungsmodells

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Monika Nowotny (GÖ FP)

Ines Spath-Dreyer (IfGP)

Heike Füreder (IfGP)

Alexander Grabenhofer-Eggerth (GÖ FP)

Robert Griebler (GÖ FP)

Unter Mitarbeit von:

Peter Nowak (GÖ FP)

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz (GÖ FP)

Wien, im Juli 2015

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

**Gesundheit Österreich**  
Forschungs- und Planungs GmbH 



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger



Projektteams:

AG Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche (Projektteile 1 und 2):

Doris Schindelka (HVB)  
Andrea Büttner (NÖGKK)  
Patricia Dundler (WGKK)  
Andrea Fleischmann (WGKK)  
Caroline Gorfer (TGKK)  
Susanne Kömmeter (BVA)  
Nina Lankes (OÖGKK)  
Elisabeth Mayr-Frank (OÖGKK)  
Gabriele Rendl (KGKK)  
Johanna Stelzhammer (STGKK)  
Katharina Takacs (AUVA)  
Katharina Weber (WGKK)  
Marina Wieser (KGKK)

AG Psychische Gesundheit – Früherkennung (Projektteil 1):

Doris Schindelka (HVB)  
Andrea Büttner (NÖGKK)  
Caroline Gorfer (TGKK)  
Bernd Haditsch (STGKK)  
Heidelinde Jakse (STGKK)  
Claudia Krenn (VAEB)  
Katharina Pichler (OÖGKK)  
Herbert Rohn (SVB)  
Margit Somweber (SGKK)  
Petra Strauss (WGKK)  
Marco Stremfl (KGKK)  
Katharina Weber (WGKK)  
Helga Zabrocki (OÖGKK)

P1/1/4736

Herausgeberin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH: Stubenring 6, 1010  
Wien, Tel. +43 1 515 6, Website: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung Projektteil 1: Definitionen

Die Definitionen für psychische Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung und von Kindern und Jugendlichen speziell, die auf Basis der WHO-Definitionen (WHO 2014; World Health Organization 2013, 6) formuliert und am 26. 2. 2015 von den Arbeitsgruppen (AG) der Österreichischen Sozialversicherungsträger „Psychische Gesundheit – Früherkennung“ und „Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche“ akkordiert wurden, lauten wie folgt:

## **Psychische Gesundheit**

Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells von Gesundheit ist psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit. Sie ist mehr als die Abwesenheit von psychischer Krankheit bzw. psychischen Störungen und ist eng mit der physischen Gesundheit und dem Verhalten verknüpft. Sie wird in der alltäglichen Umwelt durch Interaktion des Individuums mit seinen Lebensumständen geschaffen, gelebt und subjektiv erlebt. Sie ist das Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses, das neben der individuellen Disposition, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld und den Lebensbedingungen auch maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Sie ist ein *„Zustand des Wohlbefindens, in dem das Individuum seine Fähigkeiten und Potentiale nutzen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und sinnstiftend arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO 2014).*

## **Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells von Gesundheit ist psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit. Sie ist mehr als die Abwesenheit von psychischer Krankheit bzw. psychischen Störungen und ist eng mit der physischen Gesundheit und dem Verhalten verknüpft. Sie wird in der alltäglichen Umwelt durch Interaktion des Individuums mit seinen Lebensumständen geschaffen, gelebt und subjektiv erlebt. Sie ist das Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses, das neben der individuellen Disposition, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld und den Lebensbedingungen auch maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Sie ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem Kinder und Jugendliche ihre Fähigkeiten und Potentiale nutzen und die normalen Lebensbelastungen bewältigen können. Insbesondere sollen Kinder und Jugendliche ein positives Selbstkonzept entwickeln können sowie die Fähigkeit, mit Gedanken und Gefühlen umzugehen und soziale Beziehungen aufzubauen, die Fähigkeit zu lernen und eine Schulbildung zu erwerben, um schließlich ihre uneingeschränkte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen.

# Kurzfassung Projektteil 2: Wirkungsmodell „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“

Gesundheit entsteht im Zusammenspiel verschiedenster Faktoren auf materieller, gesellschaftlicher und individueller Ebene (Gesundheitsdeterminanten). Wirkungen auf die Gesundheit entfalten sich hierbei häufig erst längerfristig und über Zwischenstufen. Kenntnisse über zentrale Determinanten und deren Wirkungszusammenhänge bilden somit die Grundlage für zielgerichtete Planungen und effizienten Mitteleinsatz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde auf Basis des Ergebnismodells der Gesundheitsförderung Schweiz eine Situationsanalyse durchgeführt. Bei der Situationsanalyse stand die Fragestellung: „Welche Determinanten beeinflussen wesentlich die psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen und wie hängen sie zusammen?“ im Vordergrund.

Zur Beantwortung dieser Frage wurden nationale und internationale Basisdokumente gesichtet. Auf Basis der Analyse wurden folgende 12 zentrale Determinanten identifiziert, die die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen (i. F. KiJu) direkt (in direkter Wirkung auf die Gesundheit) oder über Zwischenstufen (über andere Determinanten) beeinflussen.

## **Gesundheitsrelevante materielle Umwelt**

1. **Dauerhafte Lärmbelastung** (Verkehrslärm, Alltagsbelastungen)
2. **Natur / Freiluftbereiche** (Frei-, Erlebnis- und Erholungsraum)
3. **Wohnverhältnisse** (Quantität des verfügbaren Wohnraumes; Gestaltung und Infrastruktur der unmittelbaren Wohnumgebung)

## **Soziale/gesellschaftliche Umwelt**

4. **Qualität familiärer Beziehungen / Familienklima** (Eltern-Kind Beziehung, Geschwisterbeziehung, Umgang der Eltern miteinander; sichere Bindung, emotionale Unterstützung und Interaktion, positives Gesprächsklima, Fürsorge und Erziehungsstil)
5. **Qualität außerfamiliärer Beziehungen** (Soziale und emotionale Unterstützung durch Freundeskreis und Peergroups, Mitschülerinnen und Mitschüler, Lehrerinnen und Lehrer, Nachbarschaft / Gemeinde)
6. **Soziales Klima in Schule und Betreuungseinrichtungen** (Gesundheitsförderliche Gestaltung des Lebensumfeldes in der Schule bzw. Betreuungseinrichtung durch Schaffung von stress- und angstfreien Entwicklungsräumen, Integration und Zugehörigkeit)
7. **Allgemeines soziales Klima** (Soziale Inklusion vs. soziale Exklusion, Sicherheit vs. Gewalt, Zugang zu ökonomischen und kulturellen Ressourcen)

8. **Sozioökonomischer Status und gesellschaftliche Ungleichheit** (Intergenerationentransfer sozialer Ungleichheit)

#### **Personale Ressourcen und Verhalten**

9. **Gesundheitsrelevante personale Ressourcen der Kiju** (Lebens- und gesundheitsrelevante Kompetenzen, gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen und körperliche Konstitution)
10. **Gesundheitsrelevantes Verhalten der Kiju** (Bewegung, Ernährung, (problematischer) Suchtmittel-, Arzneimittel- und Medienkonsum)
11. **Personale Ressourcen und Verhalten der Bezugspersonen** (Gesundheitszustand, Lebens-, Gesundheits-, Erziehungskompetenzen, Verhaltens- und Lebensweisen)
12. **Stress** (Stress als eigene Determinante da komplexes und individuelles Phänomen, Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt)

Das Wirkungsmodell verdeutlicht, dass die personalen Ressourcen und das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen durch alle identifizierten Determinanten der materiellen und sozialen Umwelt (1–8) sowie durch personale Ressourcen / Verhalten der Bezugspersonen und Stress (11–12) in einem komplexen Zusammenspiel beeinflusst werden. Jene Determinanten, die nicht direkt auf die Gesundheit wirken, entfalten ihre Wirkung indirekt über die Ressourcen und das gesundheitsrelevante Verhalten der Kinder und Jugendlichen (siehe Abbildung 1.1).

Bei der in einem nächsten Schritt folgenden Interventionsplanung (für ausgewählte Determinanten und Zielbereiche) gilt es die dargestellten Wirkungszusammenhänge und Einflussgrößen zu berücksichtigen. Die durchgeführte Situationsanalyse (das Wirkungsmodell) bildet die Basis für die Weiterarbeit und -entwicklung innerhalb der AG der Sozialversicherung.

## **Maßnahmengruppen und Einflussfaktoren:**

In den gesichteten Basisdokumenten fanden sich Ansatzpunkte für die Interventionsplanung (Maßnahmen und Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten). Die erwähnten Maßnahmen wurden in Maßnahmengruppen zusammengefasst, die Wirkungsketten beschrieben und das Wirkungsmodell um diese ergänzt.

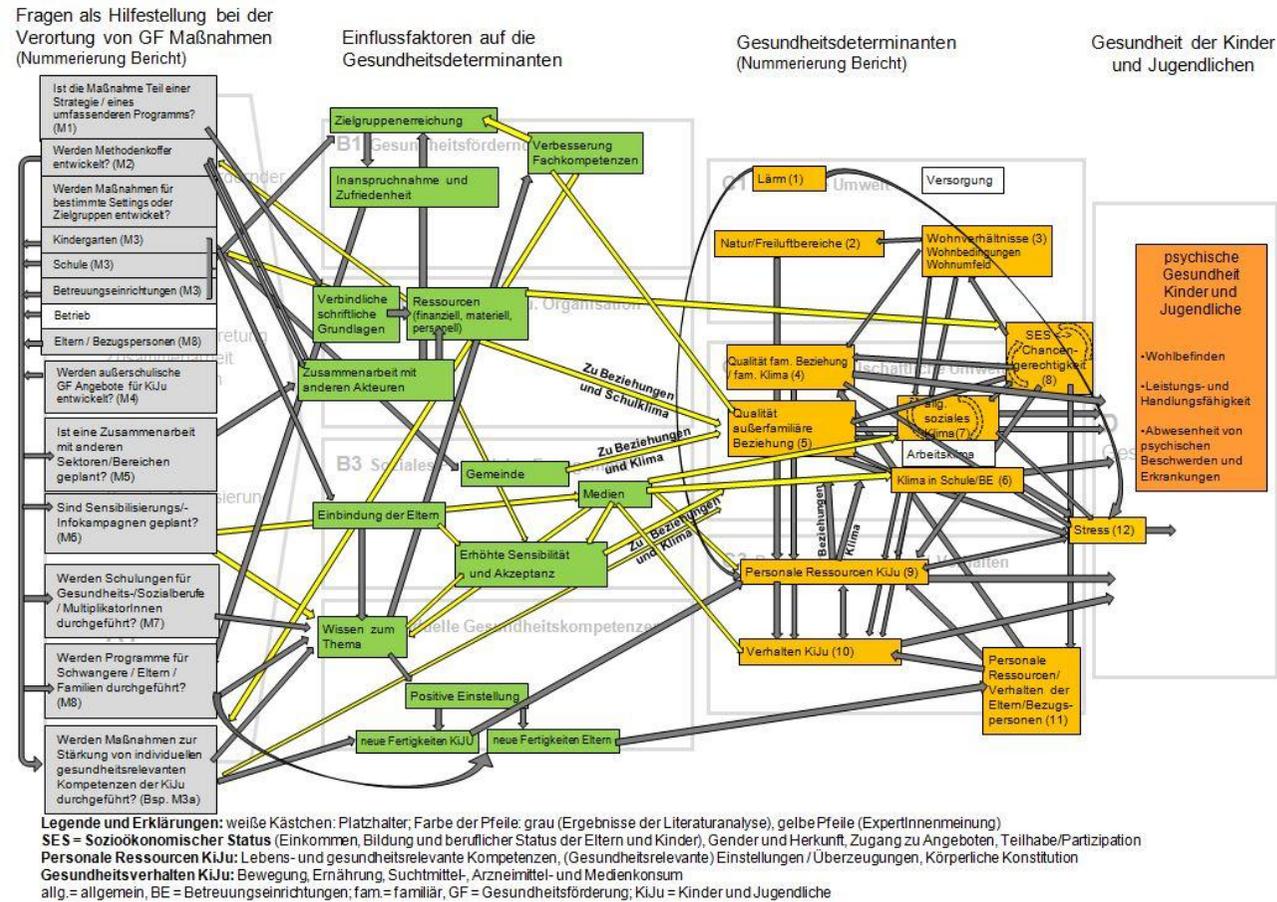
In der Visualisierung des Wirkungsmodells (Abbildung 1.1) werden statt der Maßnahmengruppen Fragen formuliert, die bei der Verortung von Maßnahmen im Wirkungsmodell Unterstützung bieten sollen. Die Verbindung zwischen den Fragen in der Visualisierung und den hier dargestellten Maßnahmengruppen wird durch die Abkürzungen M1 bis M8 hergestellt.

Folgende Maßnahmengruppen (mögliche Einflussfaktoren und Wirkungswege) wurden beschrieben:

- M1. Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen** (Verbindliche schriftliche Grundlagen, Bereitstellung von Ressourcen)
- M2. Entwicklung von Methodenkoffern mit evidenzbasierten Maßnahmen** (in Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (Forschung und Entwicklung))
- M3. Gesundheitsförderung in Schulen und Betreuungseinrichtungen** (Schulung der Lehrer und Lehrerinnen -> Wissen zum Thema -> Verbesserung der Fachkompetenzen und erhöhte Sensibilität -> bessere Zielgruppenerreichung; Einbindung der Eltern -> neue Fertigkeiten der Eltern; Kompetenzprogramme für Kiju -> neue Fertigkeiten der Kiju; Maßnahmen zur Verbesserung der Beziehungen und des Schulklimas)
- M4. Entwicklung von außerschulischen Gesundheitsförderungsprogrammen** (Kompetenz/Verhaltensprogramme für Kiju -> neue Fertigkeiten der Kiju)
- M5. Zusammenarbeit mit anderen Sektoren/Bereichen** (Zusammenarbeit mit anderen Akteuren -> bessere Zielgruppenerreichung, erhöhte Sensibilität (und Bekanntheit des Themas), Bereitstellung von Ressourcen)
- M6. Sensibilisierungs-/Infokampagnen** (Erhöhte Sensibilität (und Bekanntheit des Themas) in der Bevölkerung)
- M7. Schulungen von Gesundheits- und Sozialberufen** (Wissen zum Thema, verbesserte Fachkompetenz und erhöhte Sensibilität-> bessere Zielgruppenerreichung)
- M8. Programme für Schwangere/Eltern/Familien** (Kompetenzprogramme-> neue Fertigkeiten der Kiju, Frauen, Eltern und zentralen Bezugspersonen)

Abbildung 1.1:  
Wirkungsmodell „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“

## Wirkungsmodell psychische Gesundheit KiJu



Darstellung: IfGP und GÖ FP



# Inhalt

Kurzfassung Projektteil 1: Definitionen .....	III
Kurzfassung Projektteil 2: Wirkungsmodell „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ .....	IV
Abbildungen.....	XI
1 Einleitung .....	1
2 Methodische Vorgehensweise .....	2
2.1 Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz .....	3
3 Definitionen für psychische Gesundheit.....	6
4 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Spalte D).....	7
4.1 Grad der Abwesenheit von psychischen Beschwerden und Erkrankungen (Störungen).....	7
4.2 Grad des Wohlbefindens .....	8
4.3 Grad der Leistungs- und Handlungsfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren.....	8
5 Determinanten der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Spalte C) .....	9
5.1 Materielle Umwelt .....	9
5.1.1 Gesundheitsrelevante physikalisch-chemische Einflüsse .....	9
5.1.1.1 Lärm (1) .....	9
5.1.2 Gesundheitsrelevante natürlichen Ressourcen.....	11
5.1.2.1 Natur/Freiluftbereiche (2) .....	11
5.1.3 Gesundheitsrelevante Einrichtungen und Produkte.....	12
5.1.3.1 Wohnverhältnisse (3) .....	12
5.1.3.2 Versorgung .....	13
5.2 Soziale/gesellschaftliche Umwelt.....	14
5.2.1 Soziale Unterstützung, soziale Netze, soziale Integration.....	14
5.2.1.1 Qualität der familiären Beziehungen (4) .....	14
5.2.1.2 Qualität der außerfamiliären sozialen Beziehungen (5) .....	16
5.2.2 Soziales Klima.....	18
5.2.2.1 Soziales Klima in Schulen und Betreuungseinrichtungen (6) .....	18
5.2.2.2 Allgemeines soziales Klima (7).....	19
5.2.2.3 Arbeitsplatz (Arbeitsklima) .....	21
5.2.3 Zugang zu allgemeinen gesellschaftlichen Ressourcen.....	22
5.2.3.1 Sozioökonomischer Status und gesellschaftliche Ungleichheit (8) .....	22
5.3 Personale Ressourcen und Verhalten .....	25
5.3.1 Gesundheitsrelevante personale Ressourcen (9) .....	25
5.3.2 Gesundheitsrelevantes Verhalten / Verhaltensmuster (10).....	28
5.3.3 Personale Ressourcen und Verhalten der Eltern / Bezugspersonen (11).....	31
5.4 Stress (12) .....	33
6 Maßnahmengruppen (Spalte A) und Wirkungsketten .....	35
6.1 Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote.....	35

6.1.1	Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen (M1).....	35
6.1.2	Entwicklung von Methodenköffern (M2).....	36
6.1.3	Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betreuungseinrichtungen (M3) .....	37
6.1.4	Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen (M4).....	39
6.2	Interessensvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen.....	40
6.2.1	Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen (M5) .....	40
6.3	Soziale Mobilisierung .....	43
6.3.1	Sensibilisierungs- und Informationskampagnen (M6).....	43
6.4	Entwicklung persönlicher Kompetenzen .....	45
6.4.1	Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/Multiplikatorinnen (M7) .....	45
6.4.2	Angebote für Schwangere, Eltern und Familien (M8).....	46
6.5	Prävention und Frühintervention .....	48
6.6	Schaffung von Evidenzbasis (Forschung und Entwicklung) .....	48
7	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	49
	Literatur .....	50
	Anhang .....	53

# Abbildungen

Abbildung 1.1: Wirkungsmodell „Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen“ .....	VII
Abbildung 2.1: Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz.....	3
Abbildung 5.1: Einfluss von Lärmbelastung auf die psychische Gesundheit.....	10
Abbildung 5.2: Einfluss von Natur/Freiluftbereichen auf die psychische Gesundheit .....	11
Abbildung 5.3: Einfluss der Wohnverhältnisse auf die psychische Gesundheit .....	13
Abbildung 5.4: Einfluss der Qualität der familiären Beziehungen auf die psychische Gesundheit	15
Abbildung 5.5: Einfluss der Qualität der außerfamiliären Beziehungen auf die psychische Gesundheit .....	17
Abbildung 5.6: Einfluss des sozialen Klimas in Schule und Betreuungseinrichtung auf die psychische Gesundheit.....	19
Abbildung 5.7: Einfluss des allgemeinen sozialen Klimas auf die psychische Gesundheit .....	20
Abbildung 5.8: Einfluss des sozioökonomischen Status auf die psychische Gesundheit.....	24
Abbildung 5.9: Einfluss der personalen Ressourcen auf die psychische Gesundheit.....	27
Abbildung 5.10: Einfluss des gesundheitsrelevanten Verhaltens auf die psychische Gesundheit	30
Abbildung 5.11: Einfluss der personalen Ressourcen und des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Eltern/Bezugspersonen auf die psychische Gesundheit .....	32
Abbildung 5.12: Einfluss von Stress auf die psychische Gesundheit .....	34
Abbildung 6.1: Maßnahmengruppe Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen (siehe Anhang 2: Abbildung A 1) .....	36
Abbildung 6.2: Maßnahmengruppe Entwicklung von Methodenköffern (siehe Anhang 2: Abbildung A 2) .....	37
Abbildung 6.3: Maßnahmengruppe Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betreuungseinrichtungen (siehe Anhang 2: Abbildung A 3) .....	39
Abbildung 6.4: Maßnahmengruppe Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen (siehe Anhang 2: Abbildung A 4) .....	40
Abbildung 6.5: Maßnahmengruppe Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen (siehe Anhang 2: Abbildung A 5) .....	43
Abbildung 6.6: Maßnahmengruppe Sensibilisierungs- und Informationskampagnen (siehe Anhang 2: Abbildung A 6) .....	44
Abbildung 6.7: Maßnahmengruppe Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen (siehe Anhang 2: Abbildung A 7).....	46

Abbildung 6.8: Maßnahmengruppe Angebote für Schwangere/Eltern/Familien (siehe Anhang 2:  
Abbildung A 8) .....47

# 1 Einleitung

Die Gesundheit Österreich Forschungs- und Planung GmbH (GÖ FP) und die Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP), wurden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) beauftragt, in gemeinsamer Abwicklung als Partner wissenschaftlich fundierte und innerhalb der Sozialversicherung (SV) akkordierte Definitionen von „Psychischer Gesundheit der allgemeinen Bevölkerung“ sowie von „Kindern und Jugendlichen“ im Speziellen zu erarbeiten. Die Definitionen sollten mit den aktuellen und relevanten gesundheitspolitischen Strategiedokumenten (siehe Basisdokumente im Anhang) in Einklang stehen (Projektteil 1).

Darüber hinaus wurde in Anlehnung an das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz ein Wirkungsmodell zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Auftrag gegeben. Determinanten zu psychischer Gesundheit, Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten und Maßnahmen der Gesundheitsförderung wurden recherchiert, beschrieben und Wirkungszusammenhänge dargestellt. Die in Österreich aktuell verfügbaren Indikatoren zur Messung von Dimensionen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Indikatoren zu Determinanten der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus dem Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele (Winkler/Anzenberger 2013, 29 ff) wurden recherchiert und aufbereitet (Projektteil 2).

Diesem Auftrag liegt das Ziel des HVB zugrunde, die psychische Gesundheit zu fördern und laufend die Wirksamkeit sowie die Wirkmechanismen bestehender Programme zu überprüfen und diese weiterzuentwickeln. Als erster Schritt soll hierzu ein Wirkungsmodell auf Basis des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz erarbeitet werden, um innerhalb der Sozialversicherung ein gemeinsames Verständnis über psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und die Wirkungszusammenhänge zu erzielen (Ziel 1). Das Wirkungsmodell soll auch als Ausgangspunkt und Orientierung für zukünftige gemeinsame Interventionsplanungen der Österreichischen Sozialversicherungen dienen (Ziel 2).

## 2 Methodische Vorgehensweise

Für den Projektteil 1 (Definitionen) wurden die im Anhang aufgelisteten Basisdokumente gesichtet und daraus die Definitionen psychischer Gesundheit extrahiert. In einem zweiten Schritt wurden die Definitionen hinsichtlich ihres Entstehungshintergrunds interpretiert, bezüglich ihrer Definitionsbausteine analysiert und in Hinblick auf ihre wissenschaftliche Kompatibilität geprüft. Schließlich wurden die Definitionen am 26. 2. 2015 mit den Arbeitsgruppen der Sozialversicherung „Psychische Gesundheit – Früherkennung“ und „Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche“ diskutiert und akkordiert.

Für den Projektteil 2 (Wirkungsmodell psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen) wurden die Basisdokumente analysiert und die zentralen Determinanten für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen extrahiert, Maßnahmengruppen der Gesundheitsförderung und die Wirkungszusammenhänge dargestellt. Als Basis dafür diente das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Die Darstellung wurde abschließend mit der Arbeitsgruppe „Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche“ am 30.4.2015 diskutiert und adaptiert.

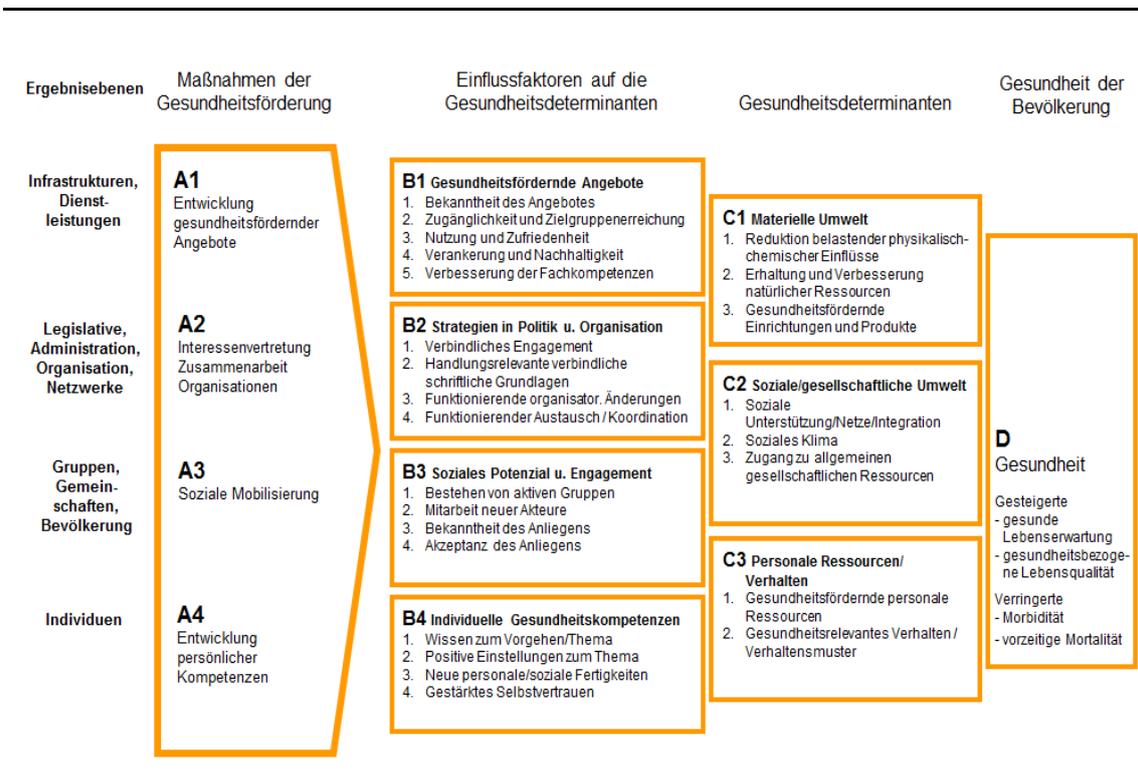
Ziel der Situationsanalyse mit dem Ergebnismodell der Gesundheitsförderung Schweiz war, eine Überblicksdarstellung zu erarbeiten, die die zentralen Determinanten auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Wirkungsweisen sichtbar macht. Das Ergebnis soll als Ausgangsbasis für ein gemeinsames Verständnis von der Genese psychischer Gesundheit dienen. Die Basisdokumente wurden zusätzlich nach erwähnten Maßnahmengruppen und deren Wirkungsketten analysiert, welche in das Wirkungsmodell eingebaut wurden.

Eine allgemeine Darstellung von Maßnahmengruppen bietet zwar Anhaltspunkte für eine zukünftige Maßnahmenplanung, kann diese aber weder ersetzen noch den dafür notwendigen Detaillierungsgrad erreichen. Eine weitere Limitation stellt die Inhomogenität der Basisdokumente dar, die aus einer Mischung aus Studien und Strategiedokumenten bestehen, welche zum Teil sehr allgemein gehalten sind und insbesondere bezüglich der Wirkungsketten Lücken aufweisen. Darauf wird insbesondere im Kapitel 6 hingewiesen. Eine weitere Limitation stellt die Zusammenfassung von Literatur dar, in der Begriffsklärungen nicht durchgängig vorhanden sind und daher ungewiss ist, ob vergleichbare Konzepte zugrunde liegen. Es muss von einer Vielfalt an Konzepten und Hintergrundtheorien der Arbeiten ausgegangen werden, die in der vorliegenden Arbeit nicht differenziert behandelt werden konnten. Die Stärke der beschriebenen Vorgehensweise liegt in der Analyse von Dokumenten, die bereits einen hohen Grad an komprimiertem Wissen und fachlicher Expertise aufweisen, auf Basis dessen relativ rasch ein solider Überblick geschaffen werden kann.

## 2.1 Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention versuchen, auf komplexe soziale Systeme Einfluss zu nehmen. Gesundheit entsteht im Zusammenspiel verschiedenster Einflussgrößen auf materieller, gesellschaftlicher und individueller Ebene (Gesundheitsdeterminanten). Wirkungen auf die Gesundheit entfalten sich hierbei häufig erst längerfristig und über Zwischenstufen. Weiters erschwert eine Vielzahl von externen Einflussfaktoren die Ableitung einfacher Ursache-Wirkungszusammenhänge. Zudem haben selbst einfache Interventionen in der Regel vielfältigste Auswirkungen, die von Wechselwirkungen und Rückkoppelungen geprägt sind. Kenntnisse über Wirkungszusammenhänge bilden jedoch die Grundlage für zielgerichtete Planung und effizienten Mitteleinsatz im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention (Ackermann 2005; Cloetta et al. 2005).

Abbildung 2.1:  
Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz



Quelle: Gesundheitsförderung Schweiz (2014); Darstellung: IfGP und GÖ FP

Um dieser Komplexität Rechnung zu tragen, wurde das „Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention“ (kurz: Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz) in mehrjähriger Zusammenarbeit zwischen „Gesundheitsförderung Schweiz“ und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin in Bern und Lausanne entwickelt. Als Instrument zur Qualitätsentwicklung und gemeinsamen Reflexion soll es dabei unterstützen, Wirkungen systematisch aufzuzeigen, zu planen und zu evaluieren. Es orientiert sich dabei begrifflich und konzeptuell an der WHO-Gesundheitsdefinition von 1948 und an der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986). Gesundheitsförderung wird hierbei als gesellschaftlicher Lernprozess verstanden, der sich auf unterschiedlichen Ebenen vollzieht: auf der makrogesellschaftlichen Ebene (Infrastrukturen, Dienstleistungen), auf der politischen Ebene (Legislative, Administration, Organisation, Netzwerke), auf der mesogesellschaftlichen Ebene (Gruppen, Gemeinschaften, Bevölkerung) sowie auf der mikrogesellschaftlichen Ebene (Individuen) (Ackermann et al. 2009; Cloetta et al. 2005).

Grundannahme des Modells ist, dass Gesundheit (Spalte D) **nicht direkt** durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (Spalte A) erreicht wird, **sondern über** die Zwischenstufen **Gesundheitsdeterminanten** (Spalte C) und **Einflussfaktoren auf Gesundheitsdeterminanten** (Spalte B) (siehe Abbildung 2.1: Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz)

Spalte D beinhaltet die eigentlichen epidemiologischen Endergebnisse und Indikatoren von Gesundheitsförderung und Prävention (Outcomes) im Sinne eines breiten biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses.

Spalte C umfasst Gesundheitsdeterminanten – also Bedingungen für Gesundheit – in den drei Kategorien „Gesundheitsfördernde materielle Umwelt“, „Gesundheitsfördernde soziale / gesellschaftliche Umwelt“ und „Gesundheitsfördernde personale Ressourcen und Verhaltensmuster“.

Spalte B beinhaltet direkte und unmittelbare Projekt- und Maßnahmenergebnisse, die gleichzeitig Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten der Spalte C sind. Es sind dies die Kategorien „Gesundheitsfördernde Angebote“, „Gesundheitsfördernde Strategien in Politik und Organisation“, „Gesundheitsförderndes soziales Potenzial und Engagement“ sowie „Individuelle gesundheitsrelevante Kompetenzen“.

Spalte A umfasst die Arten von Maßnahmen in Anlehnung an die Ottawa Charta, nämlich „Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote“, „Interessenvertretung, Zusammenarbeit, Organisation“, „Soziale Mobilisierung“ und „Entwicklung persönlicher Kompetenzen“.

Die Arbeit mit dem Ergebnismodell soll dabei unterstützen, den Blick weg von reiner Maßnahmen- und hin zu Ziel- bzw. Ergebnisorientierung zu lenken. Dabei steht in einem ersten Schritt nicht die Frage im Vordergrund, was getan werden soll bzw. getan wurde (Maßnahmen), sondern was dabei herauskommen soll (Ziele) bzw. dann tatsächlich herauskommt (Ergebnisse).

Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz kann grundsätzlich in drei Bereichen Anwendung finden:

Situationsanalyse:

Aufzeigen des Entstehungskontextes eines Gesundheitsproblems: Wo ist ein spezifisches Gesundheitsproblem zu verorten? Wie ist es entstanden bzw. was sind Einflussgrößen und wie hängen diese zusammen?

Interventionsplanung:

Aufzeigen der beabsichtigten Ergebnisse: Wie kann die Gesundheit erhalten bzw. das Gesundheitsproblem vermindert werden? In welchen Bereichen sollen Ziele gesetzt werden und wie hängen sie zusammen?

Evaluation:

Aufzeigen der tatsächlich erreichten Ergebnisse: Was hat wie dazu beigetragen, die Gesundheit zu erhalten bzw. das Gesundheitsproblem zu vermindern? In welchen Bereichen wurden Ergebnisse erzielt und wie hängen sie zusammen? Entsprechen die erzielten Ergebnisse den beabsichtigten Wirkungen? (Cloetta et al. 2005)

Im Idealfall werden somit im Vorfeld einer Interventionsplanung – sofern vorhanden – empirisch belegte Evidenzen, aber auch andere Wissensbestände wie beispielsweise Theorien, Experten- und Erfahrungswissen im Modell verortet. Mechanismen der Entstehung eines Gesundheitsproblems sollen unter Beteiligung entsprechender Stakeholder und durch Nutzung verschiedener Wissensbestände besser verstanden und ein gemeinsames Bild als Ausgangsbasis für die Entwicklung erfolgreicher Lösungsansätze geschaffen werden (Ackermann et al. 2009).

Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde das Ergebnismodell zur Situationsanalyse eingesetzt. Bei der Erarbeitung des Wirkungsmodells stand somit die Frage: „Welche Faktoren beeinflussen wesentlich die Entstehung von psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen und wie hängen diese Faktoren zusammen?“ im Vordergrund.

In der Arbeit mit dem Ergebnismodell ist zu berücksichtigen, dass die erzielte Komplexitätsreduktion nur durch einen selektiven Blick möglich wird. In der Erarbeitung des Wirkungsmodells wird eine Auswahl bestimmter Phänomene getroffen, wodurch gewisse Aspekte besonders betont, andere jedoch weggelassen werden. Nicht alle Phänomene lassen sich in das dem Modell zugrundeliegende Referenzsystem einordnen. Zudem ist eine eindeutige Zuordnung von Phänomenen zu den entsprechenden Kategorien des Modells aufgrund ihrer fehlenden Trennschärfe nicht immer möglich. Ein erarbeitetes Wirkungsmodell ist somit nichts Absolutes und Festgeschriebenes, sondern bildet vielmehr den aktuellen Wissens- und Reflexionsstand der an der Erarbeitung beteiligten Gruppe ab. Es bildet die Basis für Weiterarbeit und -entwicklung (Ackermann et al. 2009; Ackermann/Conrad 2011). Auf Basis der Situationsanalyse kann somit ein gemeinsames Verständnis von psychischer Gesundheit hergestellt und immer wieder von neuem geprüft, adaptiert und verfeinert werden.

## 3 Definitionen für psychische Gesundheit

Die auf Basis der WHO Definitionen (WHO 2014; World Health Organization 2013, 6) hergeleiteten und am 26. 2. 2015 von den AGs „Psychische Gesundheit – Früherkennung“ und „Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche“ der Österreichischen Sozialversicherungsträger akkordierten Definitionen lauten wie folgt:

### **Psychische Gesundheit**

Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells von Gesundheit ist psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit. Sie ist mehr als die Abwesenheit von psychischer Krankheit bzw. psychischen Störungen und ist eng mit der physischen Gesundheit und dem Verhalten verknüpft. Sie wird in der alltäglichen Umwelt durch Interaktion des Individuums mit seinen Lebensumständen geschaffen, gelebt und subjektiv erlebt. Sie ist das Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses, das neben der individuellen Disposition, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld und den Lebensbedingungen auch maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Sie ist ein *„Zustand des Wohlbefindens, in dem das Individuum seine Fähigkeiten und Potentiale nutzen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und sinnstiftend arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“* (WHO 2014).

### **Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen**

Vor dem Hintergrund des biopsychosozialen Modells von Gesundheit ist psychische Gesundheit ein integraler Bestandteil von Gesundheit. Sie ist mehr als die Abwesenheit von psychischer Krankheit bzw. psychischen Störungen und ist eng mit der physischen Gesundheit und dem Verhalten verknüpft. Sie wird in der alltäglichen Umwelt durch Interaktion des Individuums mit seinen Lebensumständen geschaffen, gelebt und subjektiv erlebt. Sie ist das Ergebnis eines vielschichtigen Prozesses, das neben der individuellen Disposition, den Lebensweisen, dem sozialen Umfeld und den Lebensbedingungen auch maßgeblich von sozioökonomischen, kulturellen und Umweltfaktoren beeinflusst wird. Sie ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem Kinder und Jugendliche ihre Fähigkeiten und Potentiale nutzen und die normalen Lebensbelastungen bewältigen können. Insbesondere sollen Kinder und Jugendliche ein positives Selbstkonzept entwickeln können sowie die Fähigkeit, mit Gedanken und Gefühlen umzugehen und soziale Beziehungen aufzubauen, die Fähigkeit zu lernen und eine Schulbildung zu erwerben, um schließlich ihre uneingeschränkte Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen.

## 4 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen<sup>1</sup> (Spalte D)

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist also, wie schon in der Definition sichtbar wird (siehe Kapitel 3 Definitionen), ein komplexes und nicht mit einem einzigen Wert mess- bzw. beschreibbares Konstrukt. In nationalen wie internationalen Erhebungen werden deshalb unterschiedliche Indikatoren (und damit Daten) verwendet, die drei Dimensionen zuzurechnen sind. In Summe bieten sie eine gute Annäherung an den psychischen Gesundheitszustand:

- » Grad der Abwesenheit von psychischen Beschwerden und Erkrankungen (Störungen) (siehe 4.1)
- » Grad des Wohlbefindens (siehe 4.2) und
- » Grad der Leistungs- und Handlungsfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren (siehe 4.3)

Diese Gesundheitsdimensionen können anhand nachstehender Indikatoren(gruppen) operationalisiert werden.

### 4.1 Grad der Abwesenheit von psychischen Beschwerden und Erkrankungen (Störungen)

Für diese Gesundheitsdimension kann eine Gruppe von Indikatoren aus verschiedenen Quellen herangezogen werden:

- » Inzidenz und Prävalenz psychischer Beschwerden und Erkrankungen:  
Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 bzw. 2014<sup>2</sup>,  
Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten des BMG,  
Medikamentenabrechnungsdaten der Sozialversicherungsträger,  
Health Behaviour in School-aged Children Study

---

<sup>1</sup>

Unter 18 Jahre

<sup>2</sup>

Die Ergebnisse und Daten der Gesundheitsbefragung 2014 werden der Öffentlichkeit im Herbst 2015 zur Verfügung stehen.

- » Inzidenz und Prävalenz von Suchtproblematik:  
aus der Health Behaviour in School-aged Children Study,  
European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs,  
epidemiologischen Routine-Monitoring im Drogenbereich<sup>3</sup>,  
Handbuch Alkohol – Österreich<sup>4</sup>
- » Inzidenz und Prävalenz suizidalen Verhaltens:  
Todesursachenstatistik

## 4.2 Grad des Wohlbefindens

Für diese Gesundheitsdimension stehen folgende Indikatoren zur Verfügung:

- » Lebenszufriedenheit (aus der Health Behaviour in School-aged Children Study)
- » Lebensqualität: aus der Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007 bzw. 2014, der Health Behaviour in School-aged Children Study

## 4.3 Grad der Leistungs- und Handlungsfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren

Die Leistungs- und Handlungsfähigkeit bezieht sich auf die „Eigenversorgung“ (z. B. Aktivitäten des täglichen Lebens) sowie auf die gesellschaftliche Teilhabe (Partizipationsmöglichkeiten). Sie konzentriert sich damit auf die Möglichkeiten rollenbezogene Anforderungen erfüllen zu können bzw. auf den Grad der Selbst- und Eigenständigkeit.

Diese Gesundheitsdimension ist definitorisch ebenso zentral wie die Abwesenheit psychischer Beschwerden oder das Wohlbefinden. Aufgrund der Komplexität dieser Dimension konnte sich jedoch bisher kein Operationalisierungsansatz – insbesondere gilt dies für den Fokus auf Kinder und Jugendliche – in Routine-Erhebungen durchsetzen. Es können daher keine Indikatoren genannt werden, die routinemäßig erhoben werden.

---

<sup>3</sup>  
[http://bmg.gv.at/site2/Schwerpunkte/Drogen\\_Sucht/Drogen/Epidemiologieberichte\\_Drogen](http://bmg.gv.at/site2/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Epidemiologieberichte_Drogen)

<sup>4</sup>  
[http://bmg.gv.at/site2/Schwerpunkte/Drogen\\_Sucht/Alkohol/](http://bmg.gv.at/site2/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Alkohol/)

# 5 Determinanten der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Spalte C)

Hinweis: Die Struktur der folgenden Kapitel lehnt sich an die Analysekatogorien des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz an, daher ergeben sich tw. einzelne Unterkapitel mit scheinbar unnötiger Gliederungstiefe. Das wurde in Kauf genommen, um die Struktur des Ergebnismodells beizubehalten.

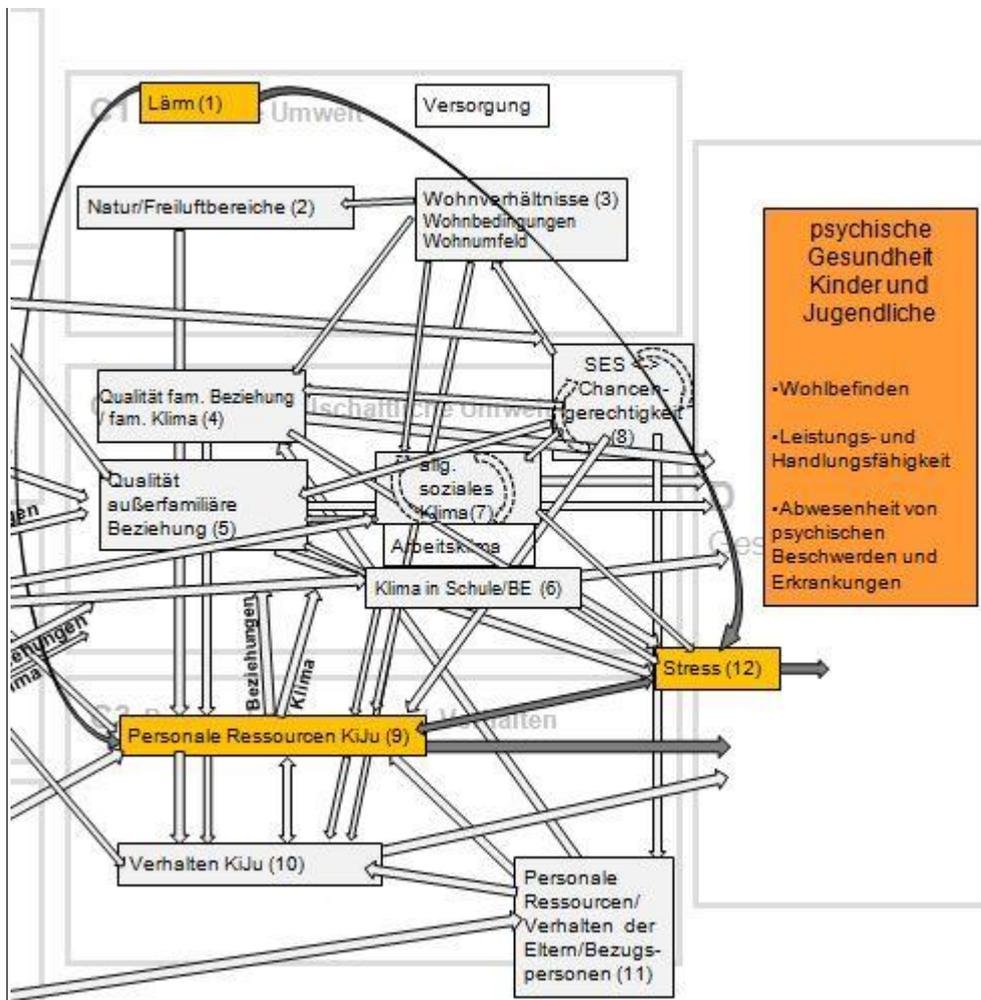
## 5.1 Materielle Umwelt

### 5.1.1 Gesundheitsrelevante physikalisch-chemische Einflüsse

#### 5.1.1.1 Lärm (1)

Dauerhafte Lärmbelastung durch Alltagsbelastungen und Verkehrslärm stellt eine **Stressbelastung (12)** dar und kann zu vegetativen Störungen (u. a. Schlafstörungen) führen (=Wirkung auf **personale Ressourcen (9)** der Kinder und Jugendlichen) (Haas et al. 2012, 25).

Abbildung 5.1:  
Einfluss von Lärmbelastung auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikator:*

- » Lärmbelastungen: Erhebung in drei- bis fünfjährigen Abständen im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms zu Umweltbedingungen und Umweltverhalten der Statistik Austria und im Rahmen der jährlichen EU-SILC-Erhebung (European Union Statistics on Income and Living Conditions) (Winkler/Anzenberger 2013, 54).

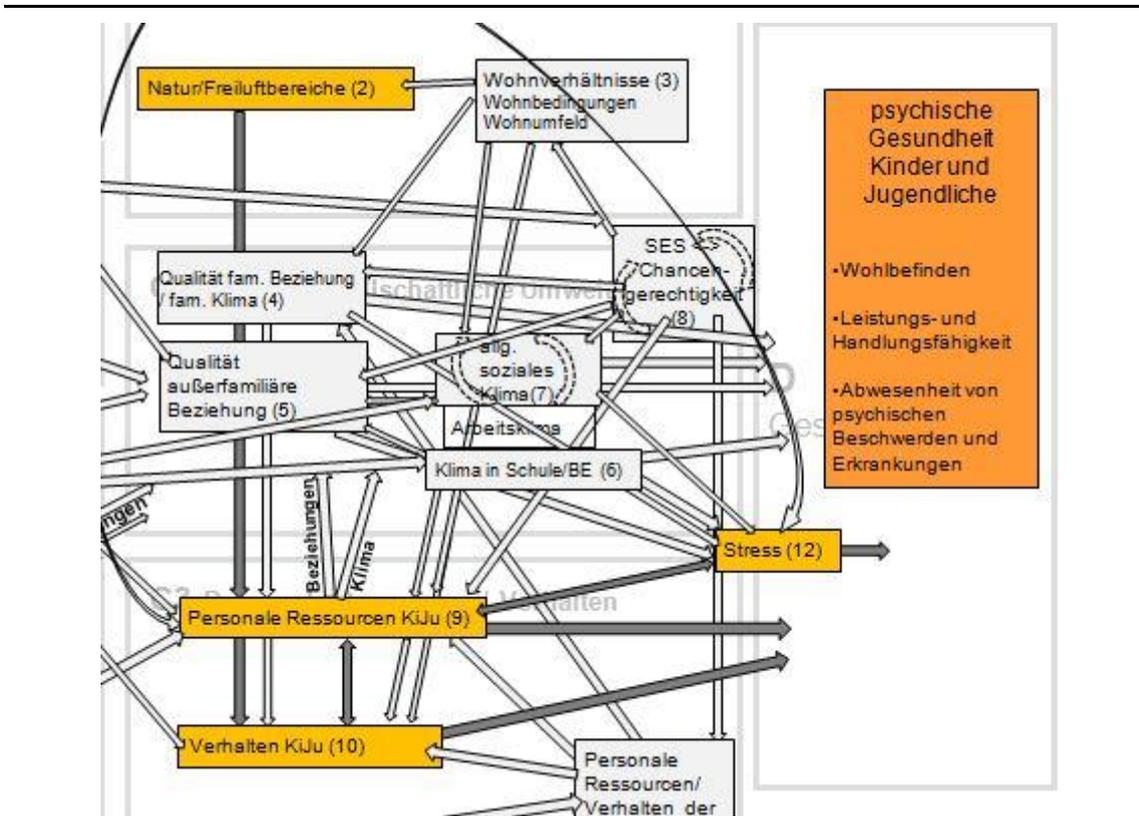
## 5.1.2 Gesundheitsrelevante natürlichen Ressourcen

### 5.1.2.1 Natur/Freiluftbereiche (2)

Der Zugang zur natürlichen Umwelt als Frei-, Erlebnis- und Erholungsraum hat Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Bewegung im Freien reduziert Stress und wirkt sich positiv auf die körperliche Gesundheit aus (Wirkung auf **personale Ressourcen (9)** und **gesundheitsrelevantes Verhalten (10)**) (Haas et al. 2012, 25; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 34).

Abbildung 5.2:

Einfluss von Natur/Freiluftbereichen auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

Im Rahmen des Monitorings der Rahmen-Gesundheitsziele wird der Zugang zu Natur- und Freiluftbereichen derzeit nicht berücksichtigt. Entsprechende Indikatoren könnten jedoch in der Operationalisierungsphase des Rahmen-Gesundheitsziels 4 „Natürliche Lebensgrundlagen wie

Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern“ ihren Niederschlag finden.

## 5.1.3 Gesundheitsrelevante Einrichtungen und Produkte

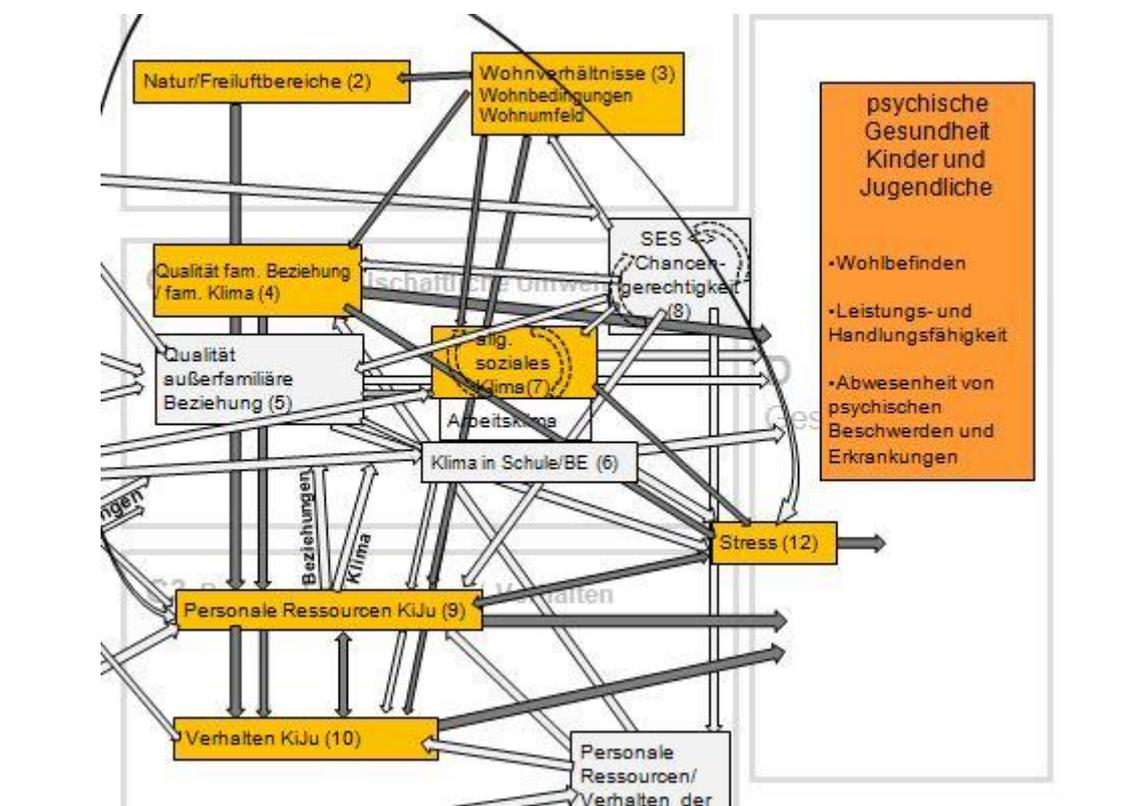
### 5.1.3.1 Wohnverhältnisse (3)

Schlechte Wohnverhältnisse stellen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen dar (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53). Die wichtigsten Aspekte sind dabei die Quantität des verfügbaren Wohnraumes (Wohnungsgröße in Bezug zur Haushaltsgröße) und die Gestaltung und Infrastruktur der unmittelbaren Wohnumgebung (**Natur/Freiluftbereiche (2)**) mit ausreichend sicherem Erlebnisraum für aktive Freizeitgestaltung, soziale Zusammenkünfte und Partizipation in der Community (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; Haas et al. 2012, 17 f, 21 f; Jané-Llopis/Anderson 2005, 28).

Wirkung auf die **Qualität der familiären Beziehungen (4)**: Mangelnde Rückzugsmöglichkeiten und fehlender Raum für Intimität können bei Überbelag zu Spannungen im Familienklima und psychosozialen Belastungen führen (**Stress (12)**) (Haas et al. 2012, 21).

Wirkung auf **personale Ressourcen (9)** und **gesundheitsrelevantes Verhalten (10)** sowie soziale Integration (**soziales Klima (7)**): Verdichtete Wohnviertel in innerstädtischen Gebieten oder in sogenannten „Belastungsvierteln“ mit mehrstöckigen Gebäuden und preisgünstigen Mieten bieten weniger Spiel- und Bewegungsräume für eine aktive Freizeitgestaltung. Solche Erlebnisräume sind wichtig für die Entwicklung von Selbstvertrauen, Selbstständigkeit und Lebenskompetenzen und stärken den sozialen Zusammenhalt. Fehlende Freiräume im Wohnviertel beeinflussen nicht nur die Freizeitgestaltung der Kinder- und Jugendlichen (z. B. weniger Bewegung, mehr Zeit am Computer), sondern bedeuten auch eine Einschränkung der Möglichkeit für soziales Zusammentreffen unter Gleichaltrigen und der Teilhabe in der Gemeinde (Haas et al. 2012, 17 f, 21 f; Jané-Llopis/Anderson 2005, 28).

Abbildung 5.3:  
Einfluss der Wohnverhältnisse auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

Im Rahmen des Monitorings der Rahmen-Gesundheitsziele werden derzeit keine Indikatoren zur Wohnsituation berücksichtigt.

### 5.1.3.2 Versorgung

Das vorliegende Wirkungsmodell für psychische Gesundheit ist gesundheitsorientiert und folgt anderen Prämissen als eine krankheitsorientierte Krankenversorgung. Die Bereiche der Krankenversorgung werden daher in diesem Rahmen nicht näher behandelt, jedoch als Platzhalter im Wirkungsmodell verortet. Im Sinne der Gesundheitsförderung ist es wichtig, dass der Bezug zur Krankenversorgung nicht verloren geht. Durch die Positionierung als „nur“ eine von vielen Determinanten wird das Bedeutungsausmaß einer positiven Definition von psychischer Gesundheit verdeutlicht. Die Dimensionen und Handlungsfelder, die sich dem Betätigungsbereich der Gesundheitsförderung – über den traditionellen Versorgungsansatz hinaus – eröffnen, werden dadurch ebenfalls klar hervorgehoben.

## 5.2 Soziale/gesellschaftliche Umwelt

### 5.2.1 Soziale Unterstützung, soziale Netze, soziale Integration

#### 5.2.1.1 Qualität der familiären Beziehungen (4)

Die Familie stellt den primären Lebensraum fast aller Kinder und Jugendlichen dar. Als dieser hat sie einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen und auf ihre psychische Gesundheit (Haas et al. 2012, 13 f; World Health Organization 2013, 17).

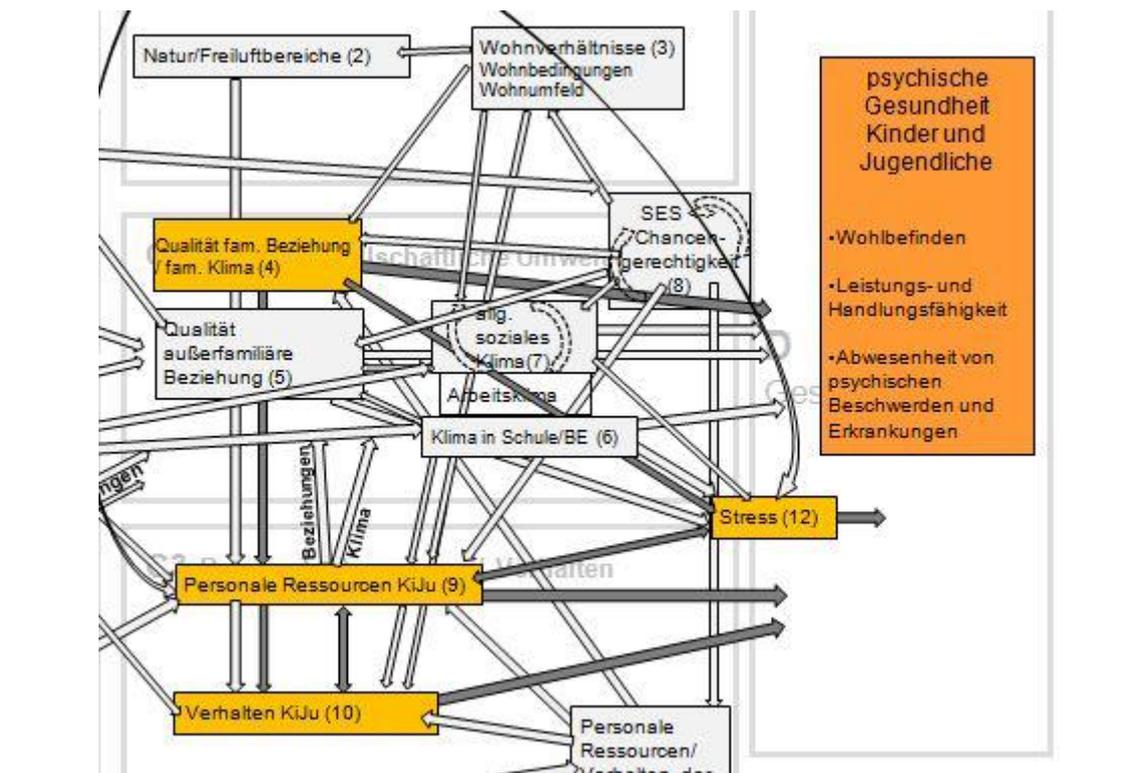
Die Qualität der familiären Beziehungen (Eltern–Kind–Beziehungen, Geschwisterbeziehungen und die Beziehung zwischen den Eltern) bestimmen im Wesentlichen das familiäre Klima in dem die Kinder und Jugendlichen aufwachsen. Wichtige Aspekte einer unterstützenden Eltern–Kind–Beziehung sind eine sichere Bindung (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 19; Ramelow et al. 2011, 58 und 62; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 18), soziale und emotionale Unterstützung (Haas et al. 2012, 14; Ramelow et al. 2011, 58 und 62; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 18), positive emotionale und soziale Interaktionen (Ramelow et al. 2011, 57 f; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20 und 22), ein positives Gesprächsklima (Haas et al. 2012, 14; Ramelow et al. 2011, 58 und 62), die elterliche Fürsorge (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 17) sowie ein positiver Erziehungsstil (Jané–Llopis/Anderson 2005, 10; Ramelow et al. 2011, 57 f; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Wirkung auf die **psychische Gesundheit**: Ein positives Familienklima verbessert die Chancen im Leben und reduziert Risiken für die Entwicklung psychischer Erkrankungen (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 21). Negative Wirkungen auf die psychische Gesundheit im familiären Bereich haben Konflikte zwischen den Eltern, Scheidung der Eltern, häusliche Gewalt, Gewalterfahrungen der Kinder (sexuell, psychisch, psychisch) und Vernachlässigung der Kinder (Jané–Llopis/Anderson 2005, 20 und 22; World Health Organization 2013, 7; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Wirkung auf **personale Ressourcen (9)**, das **gesundheitsrelevante Verhalten (10)** der Kinder und Jugendlichen und **Stress (12)**: Eine gute Eltern–Kind–Beziehung beeinflusst das Selbstwertgefühl (Jané–Llopis/Anderson 2005, 10) und die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 18 und 20), puffert Angst und Stress und hilft bei der Bewältigung von Stressoren (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 19; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 18 f). Sie beeinflusst das soziale Verhalten sowie die schulischen Leistungen und in weiterer Folge den Beschäftigungsstatus (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20). Sie schützt zudem gegen die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und Substanzmissbrauch

(Jané-Llopis/Anderson 2005, 10). Ein Mangel an sicherer Bindung, Neglect, ein Mangel an Stimulation und Konflikte haben Auswirkungen auf die schulischen Leistungen und daher in weiterer Folge auf den Beschäftigungsstatus des Kindes und Jugendlichen (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Abbildung 5.4:  
Einfluss der Qualität der familiären Beziehungen auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

- » Kommunikation und Vertrauensverhältnis (zu den Eltern): Ein Item der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) wird herangezogen, bei dem Schülerinnen und Schüler befragt werden, wie schwer oder leicht es ihnen fällt mit der Mutter bzw. mit dem Vater über Dinge zu sprechen, die ihnen wirklich nahe gehen oder ihnen wichtig sind (Winkler/Anzenberger 2013, 75 ff).

## 5.2.1.2 Qualität der außerfamiliären sozialen Beziehungen (5)

Je jünger das Kind ist, desto zentraler ist die Familie. Je älter Kinder werden, umso mehr steigt die Bedeutung von außerfamiliären sozialen Beziehungen (Verhältnis zu Mitschülerinnen und Mitschülern, zu Lehrerinnen und Lehrern, Verhältnis zur Kollegenschaft und Vorgesetzten, zu Freundeskreis bzw. Peergroups sowie ggf. die Einbettung die Gemeinde). Vor allem der Freundeskreis bzw. die Peergroup üben eine wichtige soziale Funktion im Leben von Kindern und Jugendlichen aus (Haas et al. 2012, 15).

Die Qualität der außerfamiliären sozialen Beziehungen ist eng verknüpft mit dem Schulklima, dem allgemeinen sozialen Klima und dem Betriebsklima (siehe dazu auch 5.2.2.).

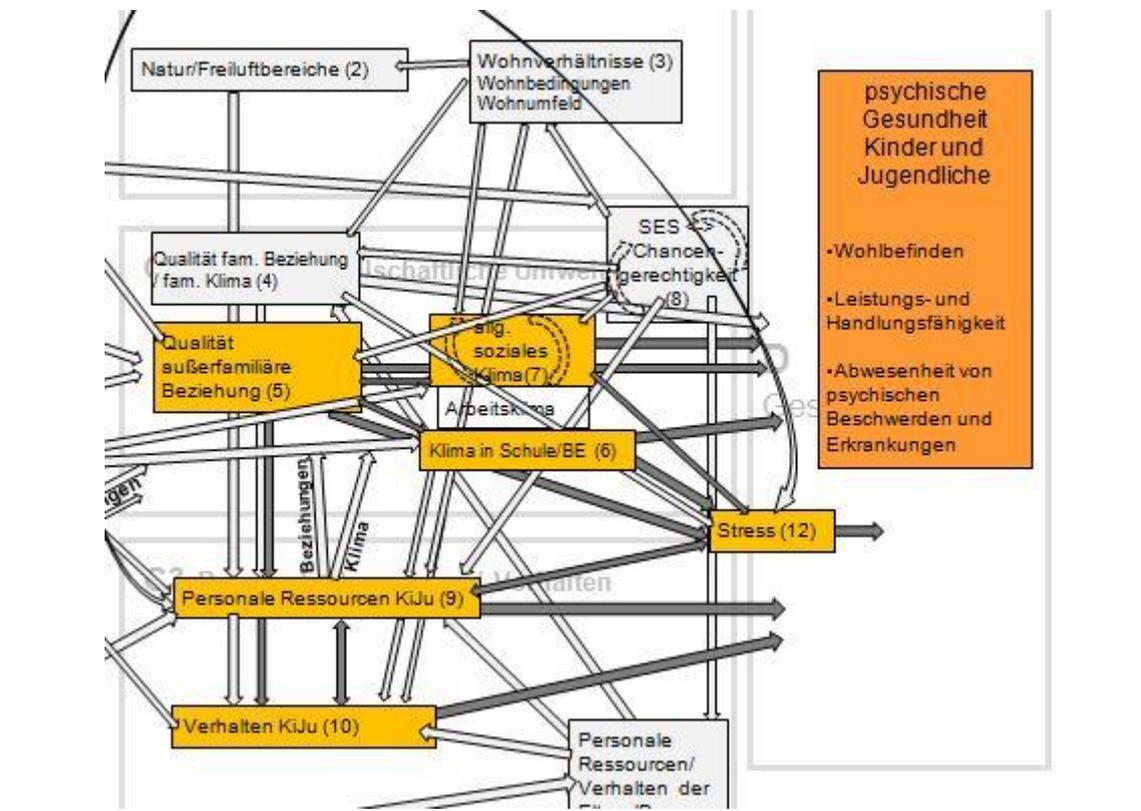
Wirkung auf die **psychische Gesundheit** der Kinder und Jugendlichen: Wesentliche Aspekte qualitätsvoller außerfamiliärer Beziehungen sind soziale/emotionale Unterstützung z. B. durch Lehrerinnen und Lehrer, Peers und die *community* (Wirkung auf **soziales Klima (7)**) (Flaschberger et al. 2013, 15; Haas et al. 2012, 16; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19 und 22) und die soziale Integration/ soziale Zugehörigkeit in der Schule (Wirkung auf **Klima in Schule / BE (6)**) und im Betrieb (Dietscher 2013, 11; Haas et al. 2012, 16; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 30).

Ungenügende soziale Kontakte, wenig soziale Unterstützung, Ausgrenzung und Isolation stellen hingegen Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Erkrankungen dar (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; Dietscher 2013, 8; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 16).

Wirkung auf die **personalen Ressourcen (9)** und **Stress (12)**: Sich mit Gleichaltrigen auszutauschen, Probleme zu besprechen und eine gewisse Akzeptanz und Anerkennung in der Gruppe zu erhalten hat einen positiven Einfluss auf das Selbstvertrauen und das Selbstbewusstsein von Kindern und Jugendlichen, das wiederum bildet eine Pufferfunktion für Stressoren in Familie und Schule bzw. am Arbeitsplatz (Haas et al. 2012, 15; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19).

Wirkung auf das **gesundheitsrelevante Verhalten (10)** der Kinder und Jugendlichen: Besonders im Jugendalter haben Freunde bzw. Peergroups häufig einen größeren Einfluss auf das Verhalten von Jugendlichen (gesundheitsrelevantes Verhalten, insbesondere Risiko- und Sexualverhalten) als deren Eltern (Haas et al. 2012, 15).

Abbildung 5.5:  
Einfluss der Qualität der außerfamiliären Beziehungen auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikator:*

- » Sozialkapital (Zufriedenheit mit persönlichen Beziehungen) wird im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS / Austrian Health Interview Survey) bei Personen ab 15 Jahren erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 59 ff).

## 5.2.2 Soziales Klima

### 5.2.2.1 Soziales Klima in Schulen und Betreuungseinrichtungen (6)

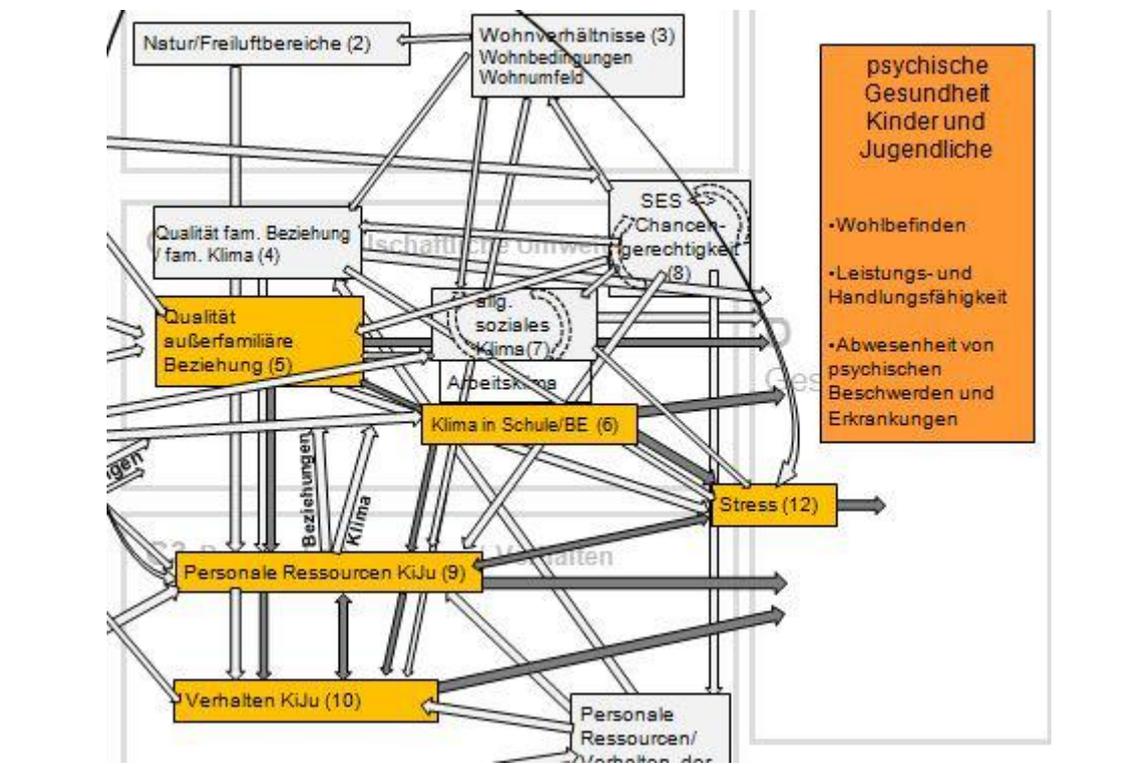
Kinder und Jugendliche verbringen viel Zeit in Schulen und Betreuungseinrichtungen (Kindergärten, Kindergruppe, außerschulischen Einrichtungen). Diese Lebensräume verfügen über Mittel zur Förderung der gesundheitlichen, emotionalen und schulischen Entwicklung von jungen Menschen und üben starken Einfluss auf das Verhalten aus (Jané-Llopis/Anderson 2005, 12). Wichtig ist neben den curricularen Inhalten und Bildungszielen eine gesundheitsförderliche Gestaltung dieses Lebensumfeldes durch Schaffung von stress- und angstfreien Entwicklungsräumen (HVB 2011, 11). Hier spielen nicht nur die physische Umwelt und der organisatorische Rahmen eine Rolle, sondern auch die sozialen Beziehungen, die Umgangsformen und die Anforderungen an alle Beteiligten. Schulzufriedenheit und Wohlbefinden in Zusammenhang mit der Schule hängen stark vom Schulklima ab (Haas et al. 2012, 16).

Wirkung auf **psychische Gesundheit**: Die wichtigsten Aspekte im Setting Schule sind die Qualität der Beziehungen zu Mitschülerinnen und Mitschülern sowie zu den Lehrkräften (soziale Integration, Akzeptanz, Gerechtigkeit und Fairness) (**Qualität der außerfamiliären Beziehungen (5)**), die Unterstützung von Lehrkräften sowie die Bewältigung von Leistungsanforderungen und Orientierungsmöglichkeiten im Unterricht (Haas et al. 2012, 16). Psychische Belastungen wie Schulstress und Leistungsdruck (Haas et al. 2012, 16; Ramelow et al. 2011, 66; Winkler/Anzenberger 2013, 109 ff) sowie Bullying (**Stress (12)**) (Haas et al. 2012, 16; Ramelow et al. 2011, 46 f) üben einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit aus.

Wirkung auf die **personalen Ressourcen (9)** und das **gesundheitsrelevante Verhalten (10)** von Kindern und Jugendlichen: Neben der Schulbildung, welche in weiterer Folge durch bessere Arbeits- und Einkommenschancen sowie einen besseren Zugang zu Gesundheits-, sozialen und Gemeinderessourcen sowie Teilhabe an der Gesellschaft eine wichtige Ressource für den weiteren Lebensweg darstellt (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; Haas et al. 2012, 19 und 31; Jané-Llopis/Anderson 2005, 10 ff; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22), fördern Kindergärten, Schulen und außerschulische Jugendarbeit die soziale, kognitive und emotionale Entwicklung, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen sowie die Stärkung von Lebens- und gesundheitsrelevanten Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; Haas et al. 2012, 19 und 31; Jané-Llopis/Anderson 2005, 10 und 12; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22).

Abbildung 5.6:

Einfluss des sozialen Klimas in Schule und Betreuungseinrichtung auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

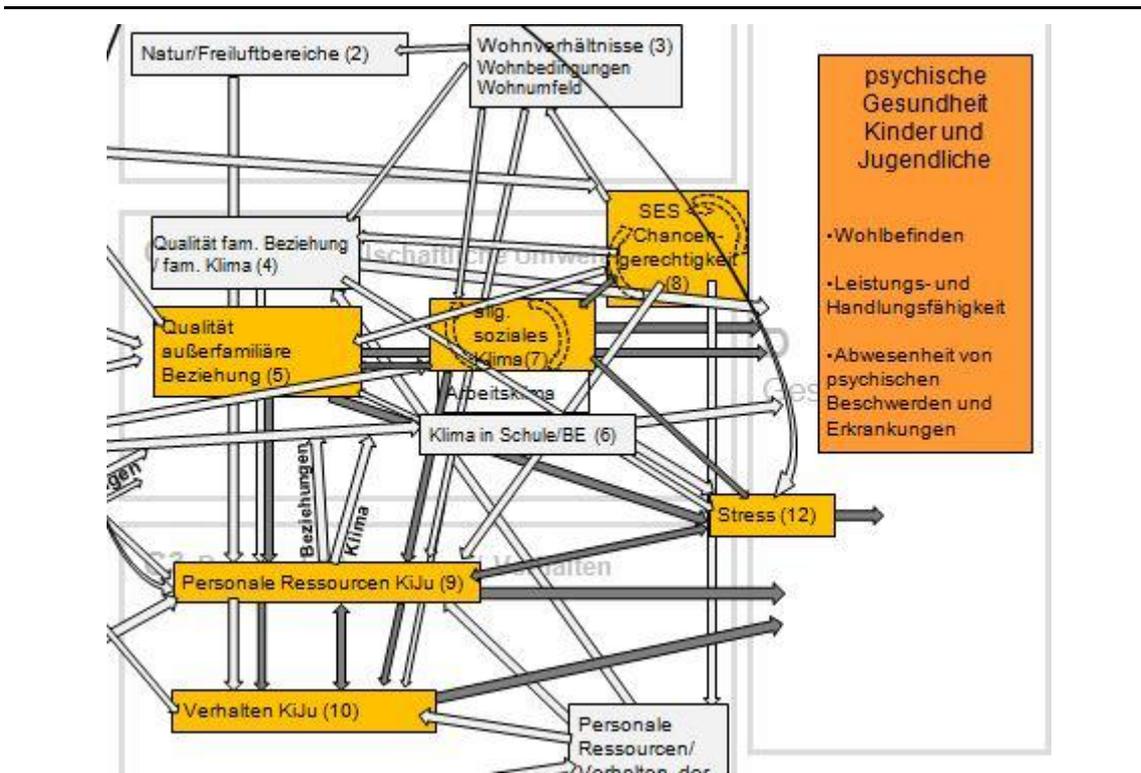
- » Schulklima wird in der HBCS-Studie mit Fragebogen-Items zu den Themen Vertrauen in die Lehrer/innen und Umgang der Schüler/innen miteinander abgebildet (Winkler/Anzenberger 2013, 77 ff).
- » Psychische Belastungen durch die Schule: Erhebung im Rahmen der HBSC-Studie (Winkler/Anzenberger 2013, 113 ff).

### 5.2.2.2 Allgemeines soziales Klima (7)

Die wichtigsten Aspekte auf der Gesellschafts- und Gemeinde-Ebene sind soziale Inklusion (inklusive soziale Sicherheit und soziale Unterstützung), keine Diskriminierung oder Gewalt sowie Zugang zu den ökonomischen und kulturellen Ressourcen (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; World Health Organization 2013, 7; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 30). Für ein gesundes Aufwachsen der Kinder und Jugendlichen ist auch das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen im gesellschaftlichen Rahmen und Wohnumfeld von Bedeutung.

Wirkung auf die **psychische Gesundheit** der Kinder und Jugendlichen: Die Wirkungswege sind mannigfaltig und können sowohl direkt (z. B. durch Gewalterfahrung) als auch indirekt (z. B. durch soziale Isolation) auf die psychische Gesundheit wirken. Das soziale Klima kann die personalen (Wirkung auf **personale Ressourcen (9)** und **gesundheitsrelevantes Verhalten (10)**) und sozialen Ressourcen (Wirkung auf **Qualität außerfamiliärer Beziehungen (5)**) stärken, aber auch belastend sein. Wohnumgebungen mit erhöhter Gewalt- und Kriminalitätsrate, bewaffneten Konflikten und Unterdrückung oder soziale, politische und ökonomische Veränderungen erhöhen das Risiko für Gewalterfahrungen, erhöhen die Gewaltraten bei Kindern und Jugendlichen, erschüttern das Sicherheitsgefühl und stellen zusätzliche psychosoziale Belastungen dar (**Stress (12)**) (Dietscher 2013, 8; Jané-Llopis/Anderson 2005, 22; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22 und 30). Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen (wegen kultureller Herkunft, Religion, psychischer Erkrankung, sexueller Orientierung etc.) sowie Feindseligkeiten und Rassismus führen zu sozialer Exklusion, geringerer Teilhabe an Bildung, eingeschränktem Zugang zu Angeboten und Bürgeraktivitäten sowie eingeschränkter Teilhabe an der Gesellschaft (Wirkung auf **SES/ Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**) (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; Haas et al. 2012, 30f; Jané-Llopis/Anderson 2005, 26; World Health Organization 2013, 7).

Abbildung 5.7:  
Einfluss des allgemeinen sozialen Klimas auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikator:*

- » Soziales Klima: Darstellung mithilfe eines Summenindex „soziales Vertrauen“, der aus den Daten des ESS (European Social Survey) berechnet wird (Winkler/Anzenberger 2013, 59 ff). Die Befragung richtet sich an Personen ab 15 Jahren.

### 5.2.2.3 Arbeitsplatz (Arbeitsklima)

Arbeitsklima wird in der Visualisierung nur als Platzhalter angeführt, da es sich nicht um eine zentrale Determinante für die gesamte Gruppe der Kinder und Jugendlichen handelt. Dennoch stehen fast alle Jugendlichen früher oder später vor dem Einstieg ins Berufsleben, weswegen die in der Basisliteratur genannten Wirkungen auf die psychische Gesundheit im folgenden Text kurz angerissen werden. Für eine ausführliche Behandlung des Themas wird auf themenspezifische Strategien und Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung verwiesen. Zudem sei an dieser Stelle erwähnt, dass es eine eigene Arbeitsgruppe zum Thema „Förderung der psychischen Gesundheit im Setting Betrieb“ innerhalb der Sozialversicherung gibt.

Der Lebensraum Arbeitsplatz ist für all jene Jugendlichen relevant, die nach Vollendung der Schulpflicht eine Lehre oder eine Beschäftigung aufnehmen. Die Möglichkeiten zur Persönlichkeitsentfaltung und Ausübung einer sinnstiftenden Tätigkeit sind wichtige Aspekte von psychischer Gesundheit. Das Arbeitsklima ist eine wichtige Determinante für psychische Gesundheit (Haas et al. 2012, 17).

Wirkung auf die **psychische Gesundheit**: Neben positiven Wirkungen wie Erfolgserlebnissen und Entfaltungsmöglichkeiten kann das Betriebsklima auch belastend sein. Die wichtigsten Stressoren am Arbeitsplatz sind negativer Führungsstil, wenig soziale Unterstützung, starke Konkurrenz, schlechte Kommunikation und Information, zu große Arbeitslast, Zeitdruck, monotone Tätigkeiten, Konflikte (inklusive Mobbing), Jobunsicherheit, Umstrukturierungen, Mangel an Kontrolle und Autonomie (Dietscher 2013, 8 und 11; Haas et al. 2012, 17; Jané-Llopis/Anderson 2005, 14; World Health Organization 2013, 7; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 24).

*Indikatoren:*

- » Arbeitsklima-Index: Erhebung zweimal jährlich im Auftrag der Arbeiterkammer (AK) Oberösterreich (Winkler/Anzenberger 2013, 26 ff).
- » Psychische Belastungen am Arbeitsplatz der österreichischen Wohnbevölkerung ab 15 Jahren werden jährlich im Rahmen der Arbeitskräfteerhebung der Statistik Austria erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 29 ff).

## 5.2.3 Zugang zu allgemeinen gesellschaftlichen Ressourcen

### 5.2.3.1 Sozioökonomischer Status<sup>5</sup> und gesellschaftliche Ungleichheit (8)

Bevorzugung oder Benachteiligung im Lebensverlauf wirkt durch die Anhäufung von positiven oder negativen (Stress-)Faktoren und Prozessen direkt auf die Individuen (körperlich, psychisch, Verhalten) und auf die sozialen Bedingungen von Familien, ganzen Gemeinschaften und sozialen Gruppen (z. B. auch Gendergruppen). Diese Akkumulation verstärkt die sozialen und ökonomischen Ungleichheiten. Durch geringes Einkommen und niedriges Bildungsniveau ist der Zugang zu Ressourcen, wie ausreichende und gesunde Ernährung, gesunde Wohnverhältnisse, Erwerbstätigkeit und Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und zu kulturellen Ressourcen sowie die gesellschaftliche Teilhabe eingeschränkt. Hinzu können besondere Belastungssituationen wie Arbeitslosigkeit (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; Haas et al. 2012, 21; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 16 f und 24), Armut (Jané-Llopis/Anderson 2005, 10; World Health Organization 2013, 7 und 17; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 16 und 24), Schulden (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 16), Wohnungslosigkeit (Jané-Llopis/Anderson 2005, 18) und soziale Isolation (Haas et al. 2012, 20) kommen, welche die psychische Gesundheit besonders belasten und die Benachteiligungssituation weiter verschärfen können (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 24).

Der sozioökonomische Status der Kinder und Jugendlichen ist zunächst einmal der ihrer Eltern oder Bezugspersonen, bei denen sie aufwachsen. Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Gruppen haben eine geringere Wahrscheinlichkeit optimale Bedingungen für eine gesunde Entwicklung zu erfahren (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20). Der Intergenerationentransfer sozialer Ungleichheit wird daher ebenfalls unter die zentralen Determinanten von psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen gereiht (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 29).

Wirkung auf die psychische Gesundheit der Eltern (**personale Ressourcen und Verhalten der Eltern / Bezugspersonen (11)**): Niedriges Einkommen, Bildung und soziale Exklusion aufgrund von Benachteiligung gehören zu den Hauptrisikofaktoren für psychische Erkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; Dietscher 2013, 8; Jané-Llopis/Anderson 2005, 18 und 25 f; World Health Organization 2013, 17; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 14, 16, 19, 26).

---

5

Der sozioökonomische Status ist ein Bündel an Merkmalen und ist sowohl als Begriff als auch als Indikator nicht einheitlich definiert. Die zentralen Merkmale sind zumeist Beruf/Beschäftigungsstatus, Einkommen und Bildungsniveau, aber auch Besitz- bzw. Armutsverhältnisse sowie Aspekte von sozialem Status und Lebensstandard werden oft mit gemeint. Aufgrund der unterschiedlich verwendeten Begriffe in den analysierten Texten wird von einem erweiterten Verständnis ausgegangen.

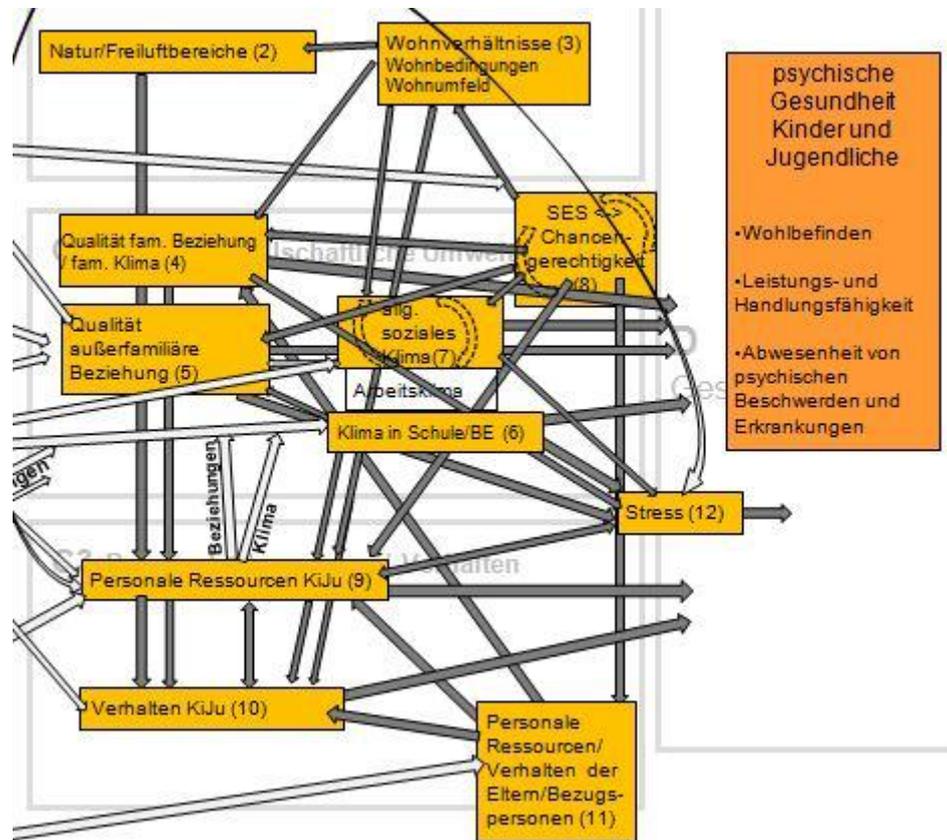
Indirekte Wirkung auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Ein niedriger sozioökonomischer Status bedeutet nicht nur einen benachteiligten Start ins Leben und das Miterleben der Benachteiligungsmomente der Eltern, sondern kann sich auch auf die soziale und emotionale Entwicklung (Wirkung auf **personale Ressourcen (9)**) sowie in weiterer Folge auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen auswirken (Haas et al. 2012, 20; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20). Die Armut der Mutter kann sich auf die Unterernährung des Fötus mit einem in der Folge zu geringen Geburtsgewicht und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von kindlichen Entwicklungsverzögerungen auswirken (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19). Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status im Alter von drei bis fünf Jahren zeigen häufiger sozioemotionale und Verhaltensauffälligkeiten, Jugendliche mit geringem sozioökonomischen Status leiden häufiger unter Angst und depressiven Verstimmungen (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 16 und 20).

Wirkung auf die sozialen und **personalen Ressourcen (9)** von Kindern und Jugendlichen: Häufige psychosoziale Belastungen im Zusammenhang mit Armut sind soziale Ausgrenzung (Wirkung auf **soziales Klima (7)**), Scham und chronischer Stress (Haas et al. 2012, 20). Auch Zusammenhänge zwischen sozioökonomischem Status und Schulstress sowie schulischen Leistungen wurden berichtet (Ramelow et al. 2011, 75). Armut kann Auswirkungen auf die **Qualität der außerfamiliären Beziehungen (5)** (Freundeskreise/Peers) haben und zu sozialer Isolation führen, da die Teilnahme an vielen Aktivitäten aus finanziellen Gründen nicht möglich ist und soziale Ausgrenzung zu einem Mangel an sozialen Netzwerken und dem Wegfall sozialer Unterstützung führen kann (Haas et al. 2012, 15 und 20).

Wirkung auf die **Qualität der familiären Beziehungen (4)**: Armut und Stress der Eltern in besonderen Belastungssituationen kann sich negativ auf das Familienklima und auf das Erziehungsverhalten der Eltern auswirken (Haas et al. 2012, 20; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19 f und 22).

Wirkung auf **Wohnverhältnisse (3)**: Sozial benachteiligte Familien leben häufiger in überbelegten und ungesunden Wohnverhältnissen und deprivierten Wohngebieten (Haas et al. 2012, 20 ff; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22).

Abbildung 5.8:  
Einfluss des sozioökonomischen Status auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

- » Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung: EU-SILC-Erhebung (Winkler/Anzenberger 2013, 39 ff).
- » Bildungsniveau: Zum Bildungsniveau der österreichischen Bevölkerung sind Daten zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung aus dem Bildungsstandregister und zur Bildungsmobilität aus EU-SILC verfügbar (Winkler/Anzenberger 2013, 34 ff).

## 5.3 Personale Ressourcen und Verhalten

### 5.3.1 Gesundheitsrelevante personale Ressourcen (9)

#### Lebens- und gesundheitsrelevante Kompetenzen

„Lebenskompetenzen sind die persönlichen, sozialen, kognitiven und psychischen Fertigkeiten, die es Menschen ermöglichen, ihr Leben zu steuern und auszurichten und ihre Fähigkeiten zu entwickeln, mit Veränderungen in ihrer Umwelt zu leben und selbst Veränderungen zu bewirken“ (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22). Dazu gehören Fertigkeiten wie Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Fähigkeit zur Stressbewältigung und Umgang mit Gedanken, Gefühlen und eignen Verhaltensweisen sowie Interaktionen mit anderen, Kommunikation und Konfliktfähigkeit, kreatives Denken, Entscheidungs- und Beziehungsfähigkeit (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; Dietscher 2013, 8; Haas et al. 2012, 31; Jané-Llopis/Anderson 2005, 19; World Health Organization 2013, 7; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 23). Auch die Schulfähigkeit und die schulischen Leistungen bzw. der Schulerfolg haben einen wichtigen Einfluss auf den weiteren Lebensweg und das Ausmaß an gesellschaftlicher Teilhabe im Erwachsenenalter (Haas et al. 2012, 19; Jané-Llopis/Anderson 2005, 10, 12, 28; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 21 f).

#### Gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen

Nicht nur Lebenskompetenzen und Bewältigungsstrategien spielen eine wichtige Rolle als Ressource für psychische Gesundheit. Auch positive Einstellungen und Überzeugungen wie Optimismus, Selbstwertgefühl, Kontrollüberzeugungen spielen eine wichtige Rolle in der Pufferung von Stresseffekten (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19).

#### Körperliche Konstitution

Psychische Gesundheit steht in Wechselwirkung mit dem körperlichen Gesundheitszustand (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53). Auch die Körperwahrnehmung und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper spielt eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 30).

Wirkung der personalen Ressourcen auf die **psychische Gesundheit** und die Bewältigung von **Stress (12)**: Altersgemäße Rahmenbedingungen für und Förderung von Entwicklung der Lebenskompetenz und gesundheitsrelevante Kompetenzen rüsten gegen die Herausforderungen und Belastungen des Lebens und bilden die persönlichen Ressourcen für psychische Gesundheit. Positive Einstellungen spielen eine wichtige Rolle in der Pufferung von Stresseffekten (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19). Schlechte schulische

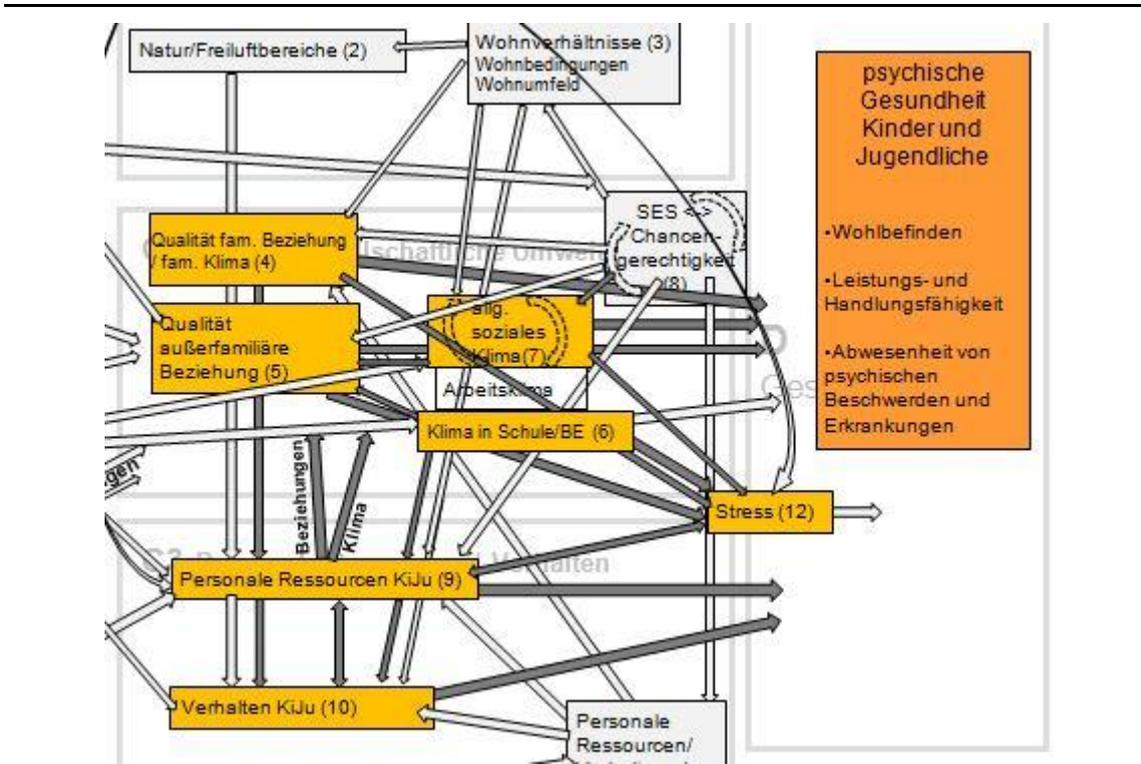
Leistungen und psychische Probleme in jungen Jahren erhöhen das Risiko für antisoziales Verhalten, Abweichung und Kriminalität, Substanzmissbrauch und Verhaltensauffälligkeiten (Jané-Llopis/Anderson 2005, 12 und 20). Ein niedriges Geburtsgewicht ist mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für Depressionen im späteren Leben assoziiert (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19). Auch der körperliche Gesundheitszustand und körperliche, insbesondere chronische Erkrankungen beeinflussen die psychische Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 53; World Health Organization 2013, 17). Verletzungen und Schmerzen stellen körperliche Stressoren dar (Dietscher 2013, 8). Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper beeinflusst das Selbstwertgefühl und ist häufiger mit Substanzkonsum und einer eingeschränkten psychischen Gesundheit verbunden (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 30). Übergewicht kann ebenfalls zu verminderter Selbstachtung führen und darüber hinaus zu sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung (Haas et al. 2012, 28).

Wirkung auf „**Beziehungen**“ (4,5) und „**Klima**“ (6,7): Die personalen Ressourcen werden einerseits vom sozialen Umfeld der Kinder und Jugendlichen mitgeprägt, andererseits bringen die Kinder und Jugendlichen ihre personalen Ressourcen (Kompetenzen, Einstellungen, körperliche Konstitution) in die Interaktionen mit ihrer Umwelt ein, wodurch eine Wechselwirkung entsteht. Um die Grafik nicht unnötig zu überlasten, wurden hierfür nur zwei diese Wechselwirkung andeutende Pfeile in Richtung der sozialen Determinanten 4–7 eingebracht.

Wechselwirkungen zwischen **personalen Ressourcen (9)** und **gesundheitsrelevantem Verhalten (10)**: Die personalen Ressourcen und das Verhalten der Kinder und Jugendlichen werden im Wirkungsmodell unterschieden und getrennt voneinander dargestellt, dennoch sind sie nicht unabhängig voneinander zu betrachten und stehen – wie in den angeführten Textstellen deutlich zum Ausdruck kommt – in einem komplexen Verhältnis der Wechselwirkung zueinander (Im Wirkungsmodell dargestellt durch einen Doppelpfeil).

Wechselwirkungen innerhalb einzelner Aspekte der personalen Ressourcen: Die in der Basisliteratur genannten Aspekte wurden in die oben genannten Kategorien „Lebens- und gesundheitsrelevante Kompetenzen“, „Gesundheitsrelevante Einstellungen und Überzeugungen“ und „körperliche Konstitution“ eingeteilt. In der Basisliteratur lag der Fokus auf der Wirkung der unterschiedlichen Aspekte auf psychische Gesundheit, nicht auf der Wechselwirkung der einzelnen Aspekte untereinander, weshalb eine differenziertere Darstellung der Wechselwirkungen zwischen den Kategorien innerhalb der personalen Ressourcen im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich ist.

Abbildung 5.9:  
Einfluss der personalen Ressourcen auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

- » Funktioneller Analphabetismus: Alle fünf Jahre wird die Lesekompetenz von Schülerinnen und Schülern der vierten Schulstufe in der internationalen Studie PIRLS (Progress in International Reading Literacy Study) erfasst. Alle drei Jahre wird die PISA-Studie (Programme for International Student Assessment) zur Leistungsmessung in den Bereichen Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften bei 15- bzw. 16-jährigen Schülerinnen und Schülern durchgeführt (Winkler/Anzenberger 2013, 48 ff).
- » Adipositas und Untergewicht werden über den BMI gemessen und altersentsprechend in der HBSC-Studie dargestellt (Winkler/Anzenberger 2013, 93 ff).

## 5.3.2 Gesundheitsrelevantes Verhalten / Verhaltensmuster (10)

Die individuellen Lebensweisen der Kinder und Jugendlichen können sich unmittelbar auf die Gesundheit auswirken. Das Verhalten wird stark vom sozialen Umfeld geformt und beeinflusst. Wesentliche Grundsteine für gesundheitsrelevantes Verhalten im Erwachsenenalter werden mit dem Erziehungsstil sowie den Werten und Einstellungen durch die Eltern vermittelt und im zunehmenden Alter durch das Verhalten der „peers“ (Freundeskreis, auch Idole), der Schule insgesamt und am Arbeitsplatz gefestigt (Haas et al. 2012, 27).

### **Bewegung / körperliche Aktivität**

Bewegung und körperliche Aktivität sind sehr wichtige Aspekte für eine gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen. Sport und Bewegung wirken sich positiv auf die motorische Entwicklung, auf die Persönlichkeitsentwicklung sowie das Erlernen sozialer Kompetenzen aus und fördern das psychische Wohlbefinden (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 36; Haas et al. 2012, 28).

### **Ernährung**

Eine gesunde und ausgewogene Ernährung ist wichtig für das Wohlbefinden von Menschen und speziell für die körperliche sowie geistige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (Haas et al. 2012, 27 f). Der Einfluss der Ernährung auf die Entwicklung des Kindes beginnt bereits während der Schwangerschaft der Mutter (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19) (siehe auch Kapitel 5.3.3). Bezüglich des Ernährungsverhaltens gibt es einen signifikanten Zusammenhang mit dem Sozialstatus der Bezugspersonen (Haas et al. 2012, 28).

### **Risikoverhalten**

Heranwachsende Jugendliche bekommen mit zunehmendem Alter Lust, mehr Risiken einzugehen. In dieser Phase ist es wichtig, dass sie informierte Entscheidungen treffen und über soziale Ressourcen in Form von sozialer und emotionaler Unterstützung und positiven Interaktionen mit Peers, Familie und Gemeinschaften verfügen (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22). Zu vermuten ist, dass gerade in der Jugendphase Risikoverhalten sowohl positive (z. B. Einschätzung von Situationen und eigenen Grenzen) als auch negative Effekte (z. B. Unfälle) für die psychische Gesundheit haben kann.

### **Suchtmittel- und Arzneimittelkonsum**

Die Einstellungen zu und der Umgang mit Suchtmitteln (legale und illegale Suchtmittel) werden früh geprägt und bleiben im Laufe des Lebens sehr stabil (Haas et al. 2012, 29). Der Konsum von Alkohol und Tabak gehört für viele Jugendliche zum altersspezifischen Erfahrungsspektrum.

Auch das „Experimentieren“ mit illegalen Drogen ist eine häufige Erfahrung. Suchtmittelkonsum wird je nach Menge, Häufigkeit, Form („Binge drinking“, Mischkonsum, riskante Einnahmeformen etc.) und Verankerung im Alltag erst als problematisch eingestuft (Haas et al. 2012, 29). Der Umgang mit Arzneimitteln wird stark von den Eltern geprägt. Einerseits hat der elterliche Umgang mit Arzneimitteln Vorbildwirkung, andererseits spielen die Verabreichungsgründe und Einnahmehäufigkeit beim Kind (z. B. bei Prüfungsangst) eine Rolle (Haas et al. 2012, 30).

### **Umgang mit neuen Medien**

Medien wurden in der AG Sitzung am 30. 4. 2015 als zusätzliche Determinante für das Modell diskutiert. Die Aspekte, welche auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen wirken, sind:

- » Medienverhalten (Suchtgefährdung) -> Wirkung auf das gesundheitsrelevante Verhalten der Kinder und Jugendlichen
- » Mobbing über soziale Medien -> Wirkung auf Schulklima
- » Soziale Medien als Gruppenzwang (soziale Inklusion und Exklusion) -> Wirkung auf Schulklima / soziales Klima
- » Vermittlung von Stereotypen und Rollenbildern (z. B. Magermodels – Schönheitswahn) über Medien -> Wirkung auf soziales Klima
- » (Gewalt in den Medien)
- » Entwicklung neuer Kompetenzen im Umgang mit Medien -> Wirkung auf personale Ressourcen

Eine weitere Recherche und interne Diskussion der Projektpartner ergab, dass Medien eher als Einflussfaktor denn als Determinante zu sehen sind. Medien dienen als Vehikel für Informationstransfer, als Informationsquelle und der Unterhaltung. Neue Medien dienen vermehrt als virtuelle Lebensräume, welche neue Möglichkeiten der Selbstdarstellung und Interaktion mit anderen bieten. Neue Technologien und Medien sind mit der Aneignung neuer Fertigkeiten und Kompetenzen verbunden. All dies sind Aspekte, welche Einfluss auf die genannten Determinanten haben können, aber nicht per se direkten oder indirekten Einfluss auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ausüben. Daher wird empfohlen, Medien auf der Spalte B im Ergebnismodell (Einflussfaktoren auf die Gesundheitsdeterminanten) zu verorten.

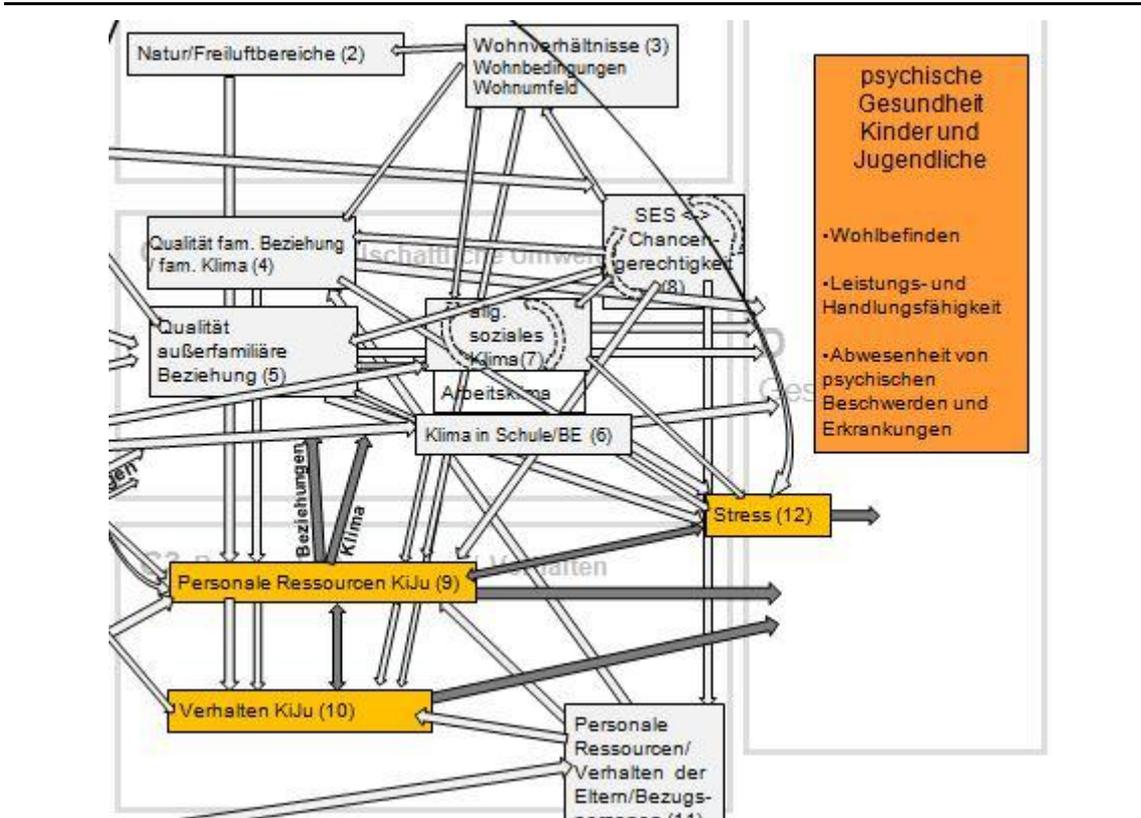
Medien sind einerseits in Bezug auf die Häufigkeit der Nutzung, andererseits mit der mit neuen Herausforderungen einhergehenden Notwendigkeit der Entwicklung von Medienbewusstsein und des Erlernens neuer Verhaltens-, Umgangs- und Bewältigungsstrategien beim gesundheitsrelevanten Verhalten der Kinder und Jugendlichen zu thematisieren.

Wirkung der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen auf die **psychische Gesundheit**: Wie bereits oben beschrieben, spielen Bewegung und ausreichende körperliche Aktivität sowie eine ausgewogene Ernährung eine wichtige Rolle bei der körperlichen und geistigen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Weitere positive Effekte von physischer Aktivität sind verbesserte Schlafqualität und Verminderung von Angstzuständen und Depression (Ramelow et al. 2011,

36). Als Folge von Bewegungsmangel können psychische Probleme wie Unausgeglichenheit, Nervosität und Depressionen entstehen und Übergewicht zur Folge haben (Haas et al. 2012, 28). Übergewicht kann zu verminderter Selbstachtung führen und darüber hinaus zu sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung (Haas et al. 2012, 28). Übermäßiger Alkoholkonsum ist häufig mit anderen Risikoverhalten wie Gewalttätigkeit und ungeschütztem Geschlechtsverkehr assoziiert (Haas et al. 2012, 29; Ramelow et al. 2011, 43). Durch Drogenkonsum wird die Lern- und Leistungsfähigkeit herabgesetzt (Haas et al. 2012, 30). Problematischer Suchtmittelkonsum (Alkohol-, Drogen-, Arzneimittelabhängigkeit) als psychische Erkrankung ist häufig mit Depression, erhöhter Suizidalität und häuslicher Gewalt assoziiert (Jané-Llopis/Anderson 2005, 20; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 24).

Wechselwirkungen zwischen **personalen Ressourcen (9)** und **gesundheitsrelevantem Verhalten (10)**: Die personalen Ressourcen und das gesundheitsrelevante Verhalten von Kindern und Jugendlichen werden im Wirkungsmodell unterschieden und getrennt voneinander dargestellt, dennoch sind sie nicht unabhängig voneinander zu betrachten und stehen – wie in den angeführten Textstellen deutlich zum Ausdruck kommt – in einem komplexen Verhältnis der Wechselwirkung zueinander (Im Wirkungsmodell dargestellt durch einen Doppelpfeil).

Abbildung 5.10:  
Einfluss des gesundheitsrelevanten Verhaltens auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

#### *Indikatoren:*

- » Körperliche Aktivität und Sport: In der HBSC-Studie werden Schülerinnen und Schüler befragt, an wie vielen Tagen in der Woche sie mindestens 60 Minuten körperlich aktiv sind (Winkler/Anzenberger 2013, 103 ff).
- » Konsum von Obst und Gemüse: HBSC-Studie (Winkler/Anzenberger 2013, 87 ff).

### 5.3.3 Personale Ressourcen und Verhalten der Eltern / Bezugspersonen (11)

#### **Personale Ressourcen und Verhaltensweisen der Mutter (prä-, peri- und postnatal)**

Für den heranwachsenden Fötus sind der Gesundheitszustand (körperlich und psychisch), die Gesundheitskompetenz und die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Mutter während der Schwangerschaft von großer Bedeutung. Eine gesunde, ausgewogene Ernährung und eine gesunde Lebensweise der Mutter bieten die besten Voraussetzungen für eine normale Entwicklung und einen guten Start ins Leben (Wirkung auf **personale Ressourcen (9)** der Kinder und Jugendlichen). Die eigenen personalen Ressourcen sowie Erziehungskompetenzen der Mutter sind wesentliche Voraussetzungen für eine positive Mutter-Kind-Beziehung (Wirkung auf **Qualität der familiären Beziehungen (4)**). (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19 ff)

#### **Personale Ressourcen und Verhaltensweisen der Eltern / Bezugspersonen**

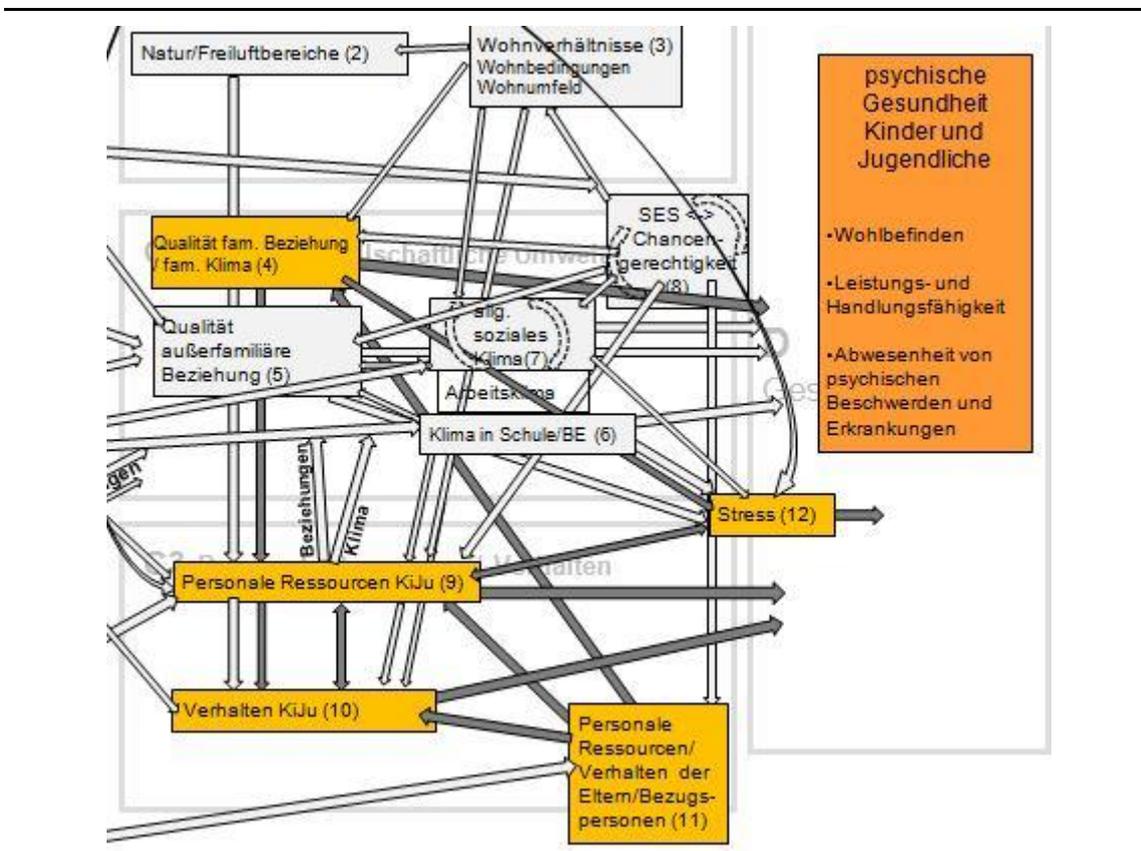
Für die heranwachsenden Kinder und Jugendlichen sind die personalen Ressourcen und Verhaltensweisen der Eltern bzw. Bezugspersonen von zentraler Bedeutung. Hierzu zählen der Gesundheitszustand (körperlich und psychisch), die Lebens- und Gesundheits- sowie Erziehungskompetenz und die Verhaltens- und Lebensweise der Bezugspersonen (Wirkung auf **Qualität der familiären Beziehungen (4)**) (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Auswirkungen auf die **personalen Ressourcen (9)** und das **gesundheitsrelevante Verhalten (10)** von Kindern und Jugendlichen: Die pränatale Phase hat einen signifikanten Einfluss auf die körperliche, kognitive und psychische Entwicklung in jungen und späteren Jahren im Leben des Kindes (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19). Schlechte Ernährung und psychische Erkrankungen (Depressionen) der Mutter während der Schwangerschaft können zu einem geringen Geburtsgewicht und Unterentwicklung des Neugeborenen führen (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 19). Substanzmissbrauch der Mutter während der Schwangerschaft kann zu einem geringen Geburtsgewicht und einer verzögerten Entwicklung der Sprache führen, sich auf die schulische Leistung, die Selbstwirksamkeit und den weiteren Bildungserfolg des Kindes auswirken und birgt ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme im Jugend- und Erwachsenenalter der Kinder (Jané-

Llopis/Anderson 2005, 10). Auch Frühgeburten sind mit einem deutlich höheren Risiko für spätere Entwicklungsstörungen verbunden (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 16).

Kinder von Eltern mit psychischer Erkrankung haben ein höheres Risiko, selbst psychische Erkrankungen zu erleiden (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20). Das Familienklima, das Bildungsniveau, die gesundheitsrelevanten Kompetenzen und die Erziehungskompetenzen der Eltern haben einen zentralen Einfluss auf die körperliche, schulische und psychische Entwicklung der Kinder (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Abbildung 5.11:  
Einfluss der personalen Ressourcen und des gesundheitsrelevanten Verhaltens der Eltern/Bezugspersonen auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikatoren:*

- » Selbstberichteter Gesundheitszustand: Wird im Rahmen von EU-SILC (EU Statistics on Income and Living Conditions) und der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 17 ff).

- » Bildungsniveau: Zum Bildungsniveau der österreichischen Bevölkerung sind Daten zur höchsten abgeschlossenen Schulbildung aus dem Bildungsstandregister, zur Bildungsmobilität aus EU-SILC und zu tertiären Bildungsabschlüssen aus der Eurostat-Datenbank (Statistisches Amt der Europäischen Union) verfügbar (Winkler/Anzenberger 2013, 34 ff).
- » Gesamtindex Gesundheitskompetenz: Der Gesamtindex Gesundheitskompetenz wurde im Jahr 2011 im Rahmen des „European Health Literacy Survey (HLS\_EU) erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 44 ff).
- » Körperliche Aktivität und Sport: In der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/2007 wurden körperliche Aktivität und Sport der Erwachsenen erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 103 ff).
- » Adipositas und Untergewicht werden über den BMI gemessen und dargestellt (ATHIS) (Winkler/Anzenberger 2013, 93 ff).
- » Konsum von Obst und Gemüse: In der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2006/2007 wurde die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung ab 15 Jahren erhoben (Winkler/Anzenberger 2013, 87 ff)

## 5.4 Stress (12)

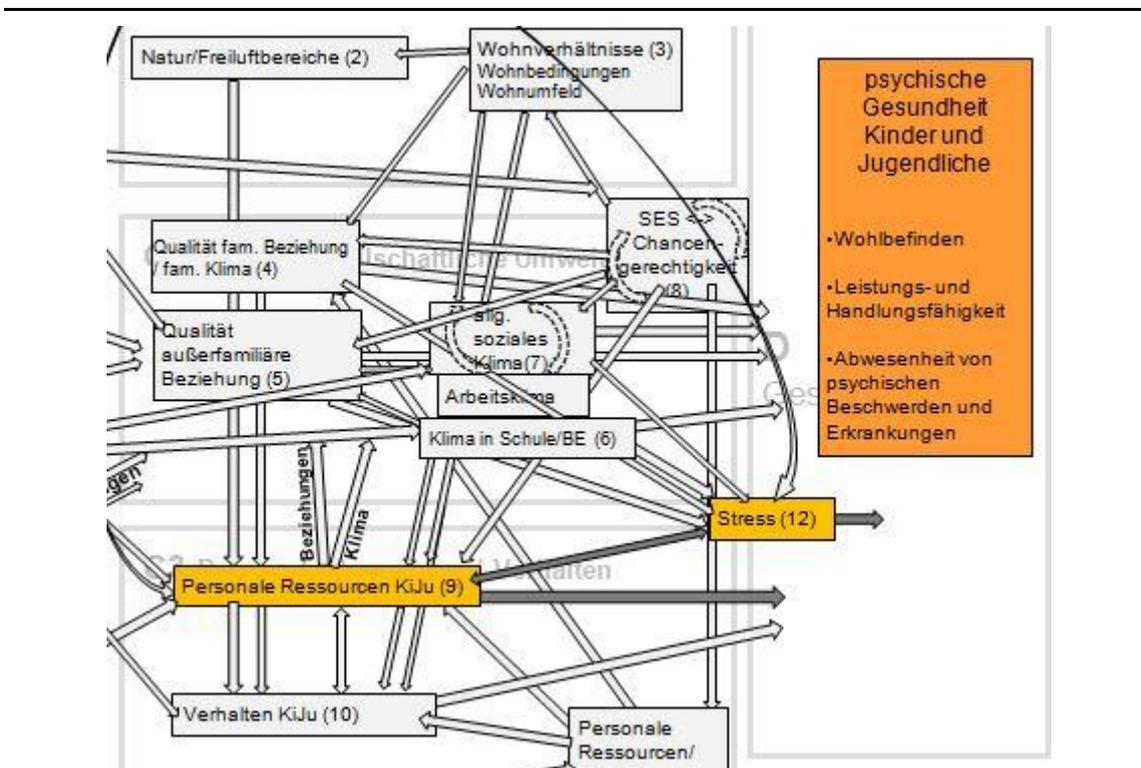
Stress wird im Wirkungsmodell als eigener Faktor behandelt, da es bei einem komplexen und individuellen Geschehen wie psychischer Gesundheit wichtig ist, sich die Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt vor Augen zu halten. Stress wird hier als interaktiver Prozess verstanden, wie er 1984 von Richard Lazarus und Susan Folkman definiert wurde: „Psychologischer Stress bezieht sich auf die Beziehung mit der Umwelt, die vom Individuum im Hinblick auf sein Wohlergehen als bedeutsam bewertet wird, aber zugleich die Anforderungen an das Individuum stellt, die dessen Bewältigungsmöglichkeiten beanspruchen oder überfordern.“ (dt. Übersetzung aus Franke 2012, 118)

Was als Stress empfunden wird, hängt demnach von der Qualität und Quantität der Belastungen einerseits und den Lebenskompetenzen, den Bewältigungsstrategien, den Einstellungen und Überzeugungen und schließlich von der Bewertung des Individuums andererseits ab. Kinder und Jugendliche sind den Alltagsbelastungen der Erwachsenenwelt noch nicht gewachsen und benötigen daher noch einen ihrem Alter angemessenen Schutz vor Stressoren. Eltern bzw. zentrale Bezugspersonen (später auch die vorschulischen, schulischen und außerschulischen Institutionen) übernehmen diese Schutzfunktion, indem sie den Stress puffern und Lebenskompetenzen altersgemäß vermitteln (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 19; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 18 f).

Wirkung auf die **psychische Gesundheit**: Ab wann Stressbelastungen die psychische Gesundheit gefährden, hängt nicht nur von der Häufigkeit und Dauer der Stressoren im Verhältnis zu den **personalen Ressourcen (9)** ab, sondern auch von den dem Individuum zur Verfügung stehenden sozialen Ressourcen (emotionale Ressourcen, Information, instrumentelle Ressourcen). Die Akkumulation von Benachteiligungsfaktoren bei niedrigem sozioökonomischem Status und die Verstärkung der sozialen Ungleichheiten wurden bereits an anderer Stelle ausgeführt (siehe

5.2.3.1). Auch die Akkumulation von Stresserfahrungen im Lebensverlauf, z. B. schlechte Kindheitserfahrungen in Kombination mit aktuellen Stresserfahrungen bei Jugendlichen, führt häufiger zu depressiven Symptomen im Jugendalter (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22). Kritische Lebensphasen wie die Pubertät müssen bewältigt werden (Dietscher 2013, 8). Besonders belastende Lebensereignisse sind Krieg, Migrationserfahrung, Naturkatastrophen, Verlust einer Bezugsperson, Beziehungskrisen, Gewalterfahrungen (sexuell, physisch, psychisch) sowie andere traumatische Erlebnisse (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 43 und 45; Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 3; Dietscher 2013, 8; Haas et al. 2012, 22; Jané-Llopis/Anderson 2005, 20 und 22; World Health Organization 2013, 17; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20 und 22).

Abbildung 5.12:  
Einfluss von Stress auf die psychische Gesundheit



Darstellung: IfGP und GÖ FP

*Indikator:*

- » Psychische Belastungen durch die Schule: Erhebung im Rahmen der HBSC-Studie (Winkler/Anzenberger 2013, 113 ff).

## 6 Maßnahmengruppen (Spalte A) und Wirkungsketten

Die in der Basisliteratur (siehe Anhang 1) vorkommenden Maßnahmen und Wirkungsketten wurden gruppiert und im Folgenden zusammenfassend dargestellt. In der Visualisierung des Wirkungsmodells (Abbildung 1.1) werden statt der Maßnahmengruppen Fragen formuliert, die bei der Verortung von Maßnahmen im Wirkungsmodell Unterstützung bieten sollen. Die Verbindung zwischen den Fragen in der Visualisierung und den hier dargestellten Maßnahmengruppen wird durch die Abkürzungen M1 bis M9 hergestellt. Die Wirkungsketten werden in den Grafiken farblich hervorgehoben und im Text beschrieben. Die dabei angesprochenen Einflussfaktoren und Determinanten werden im Text **fett** hervorgehoben.

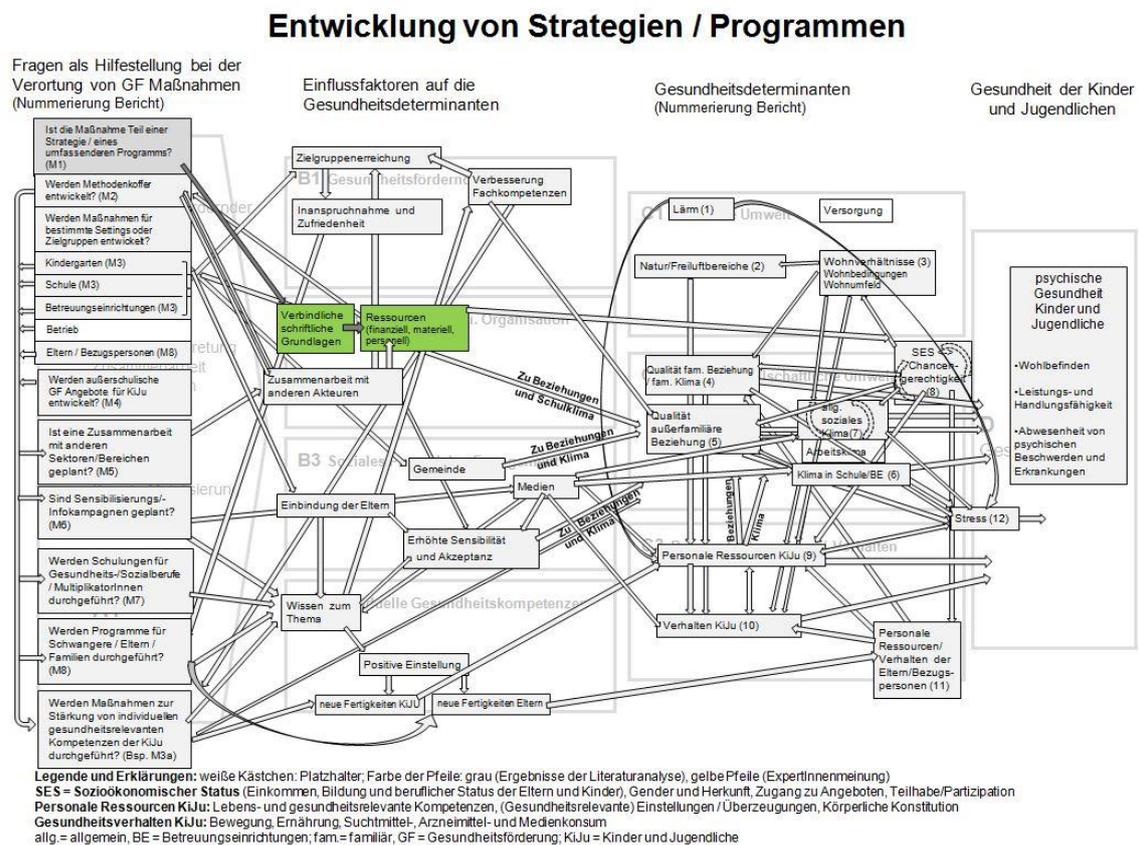
### 6.1 Entwicklung gesundheitsfördernder Angebote

#### 6.1.1 Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen (M1)

Von Seiten der IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action) wird den europäischen Ländern empfohlen, nationale Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention von psychischen Erkrankungen zu entwickeln, die verbindlich von den höchsten Ebenen der Politik mitgetragen werden (Jané-Llopis/Anderson 2005, 9).

Wirkungsketten: Die Stärke von Strategien und umfassenden Programmen sind **verbindliche schriftliche Grundlagen** und die Bereitstellung von **Ressourcen** für die Umsetzung der jeweiligen Ziel-, Handlungsfeld- und Maßnahmenpakete. Weitere Wirkungsketten hängen von den konkreten Inhalten ab.

Abbildung 6.1:  
 Maßnahmengruppe Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen  
 (siehe Anhang 2: Abbildung A 1)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

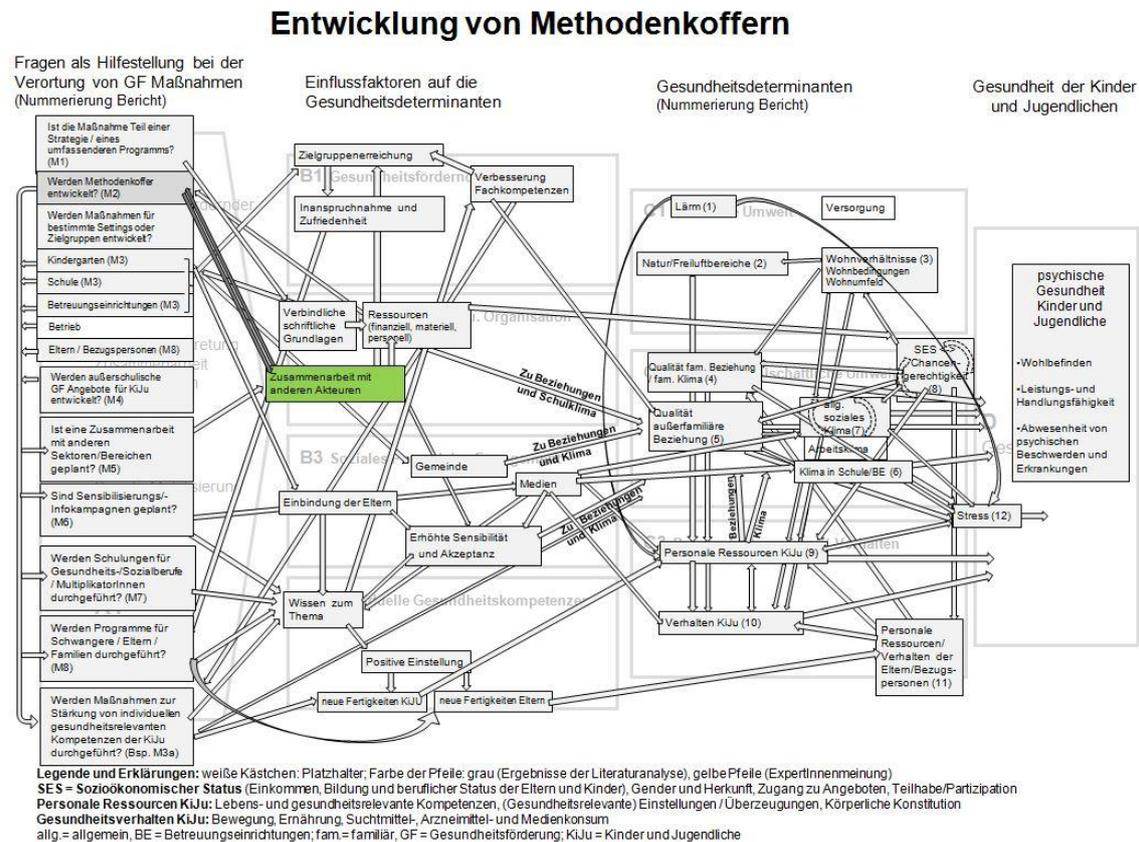
## 6.1.2 Entwicklung von Methodenköffern (M2)

Die Entwicklung von Methodenköffern mit evidenzbasierten Maßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Verbesserung der Kindererziehung, evidenzbasierte psychische Gesundheitsförderungskomponenten und gezielte präventive Interventionen für Kinder und Jugendliche sowie für Risikogruppen und Diagnosegruppen) als Unterstützung für die Umsetzung durch geschulte Anbieter/innen aus Gesundheits- und Sozialberufen wird empfohlen (Jané-Llopis/Anderson 2005, 11, 13, 19, 21).

Wirkungsketten: In **Zusammenarbeit mit anderen Akteuren** (Forschung und Entwicklung) werden Methodenköffer für die Kompetenzprogramme (**Entwicklung persönlicher Kompetenzen**) entwickelt, verbessert und bereitgestellt.

Abbildung 6.2:

Maßnahmengruppe Entwicklung von Methodenköffern (siehe Anhang 2: Abbildung A 2)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

### 6.1.3 Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betreuungseinrichtungen (M3)

Für die Umsetzung universeller Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme für Kinder und Jugendliche im schulpflichtigen Alter bietet sich das Setting Schule an. Dafür wird ein ganzheitlicher bzw. Multikomponentenansatz empfohlen, bei dem nicht nur die Kinder und Jugendlichen in Lebenskompetenzen geschult werden, sondern vielschichtig vorgegangen wird, um eine Veränderung des Schulklimas zu erzielen. Genannte Ansatzpunkte sind: Einbindung der Lehrer/innen (Durchführung von Schulungen), Einbindung der Eltern, Einbindung der Gemeinden bzw. nichtformaler Organisationen im Schulumfeld, curriculare Änderungen, Schaffung von stress- und angstfreien Entwicklungsräumen durch Betreuungs- und Unterrichtsgestaltung, gesundheitsförderliche Gestaltung des organisatorischen Rahmens, weitere Maßnahmen zur Änderung des Klassen- bzw. Schulklimas und Maßnahmen zur Verbesserung der Angebote des

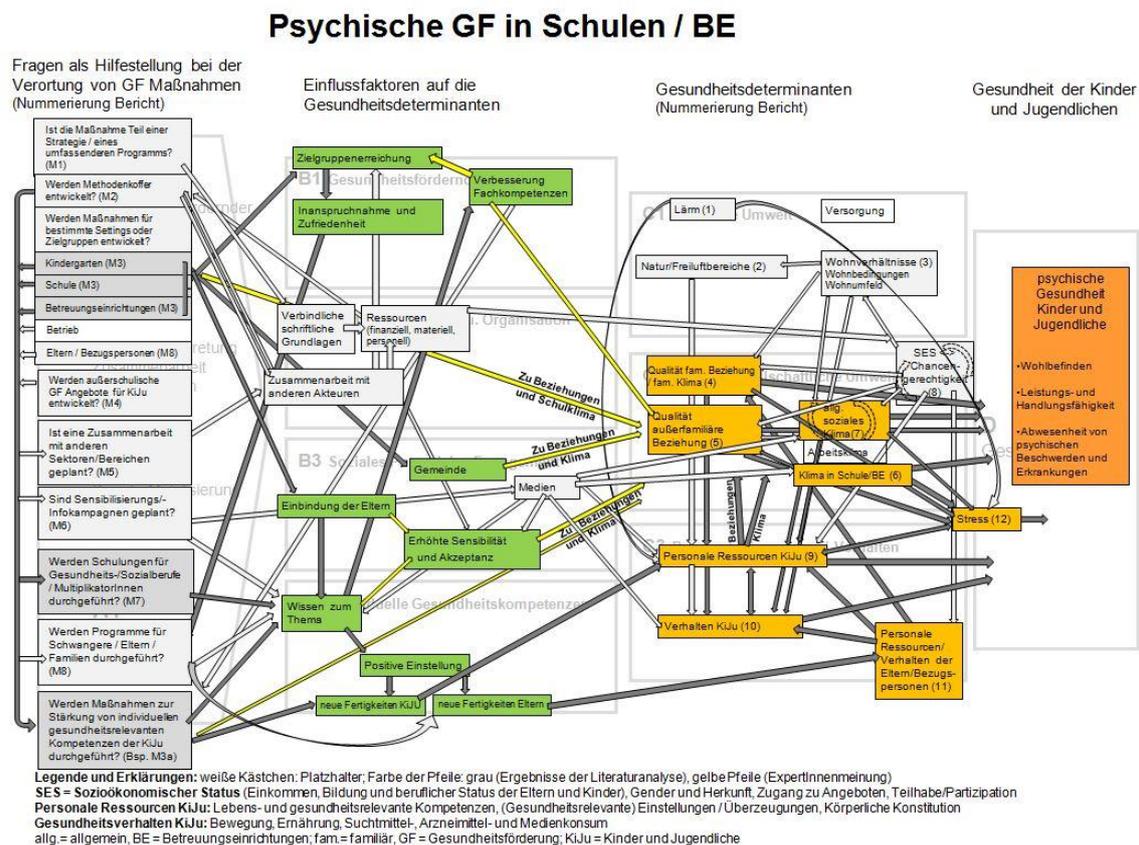
schulischen Stützsystems (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 38; Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22 f; Flaschberger et al. 2013, 15 ff; Haas et al. 2012, 23 und 31; HVB 2011, 11; Jané-Llopis/Anderson 2005, 12 f und 23; WHO 2013, 6; World Health Organization 2013, 17; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 22 f).

Neben Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogrammen zur allgemeinen Förderung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens werden auch spezielle Themenbereiche wie Integration von Bewegung in den Schulalltag, Sexualerziehung, Gewalt- und Bullyingprävention sowie Suizid- und Suchtprävention genannt (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 38, 40 f; Flaschberger et al. 2013, 15 ff; HVB 2011, 11; Jané-Llopis/Anderson 2005, 23; World Health Organization 2013, 17).

Es wird auch empfohlen, selektive und indizierte Präventions- und Frühinterventionsprogramme für internalisierende (Angst, Depression) und externalisierende Störungen (Verhaltensauffälligkeiten) auf allen Stufen des Bildungssystems anzubieten (EU/WHO 2008, 4; Flaschberger et al. 2013, 16; Jané-Llopis/Anderson 2005, 13 und 19; WHO 2013, 6).

Wirkungsketten: Durch die Nutzung des Settings Schule zur Durchführung von Gesundheitsförderungsprogrammen können beinahe alle Kinder- und Jugendlichen mit dem jeweiligen Angebot erreicht werden (universeller Ansatz -> **Zielgruppenerreichung**). Durch **Einbindung der Eltern** werden über vermehrtes **Wissen zum Thema** und Erlernen **neuer Fertigkeiten** die **personalen Ressourcen der Eltern (11)** gestärkt. Auch die **erhöhte Sensibilität** im unmittelbaren Umfeld des Kindes durch **Einbindung der Eltern**, der **Lehrer/innen** oder auch der **Gemeinde** kann sich positiv auf das **Schulklima (6)**, das **soziale Klima (7)** und die **Qualität der Beziehungen (4,5)** auswirken. Die **Einbindung der Lehrer/innen** kann sich durch vermehrtes Wissen zum Thema und durch **Verbesserung ihrer Fachkompetenzen** auch auf die **Zielgruppenerreichung**, die **Inanspruchnahme und Zufriedenheit mit dem Angebot** und dadurch verstärkend auf den Erfolg der Gesundheitsförderungsmaßnahme auswirken. Lebenskompetenzschulungen (M3a) für die Kinder und Jugendlichen wirken über die Aneignung **neuer Fertigkeiten** auf die **persönlichen Ressourcen (9)** und das **Verhalten der Kinder und Jugendlichen (10)**. Weitere Maßnahmen zur Verbesserung des **Schulklimas (6)**, z. B. durch Veränderung des organisatorischen Rahmens und der Unterrichtsgestaltung, müssten in detaillierterem Dokumentationsgrad vorliegen, um die Wirkungswege analysieren zu können.

Abbildung 6.3:  
 Maßnahmengruppe Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen  
 in Schulen und Betreuungseinrichtungen (siehe Anhang 2: Abbildung A 3)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

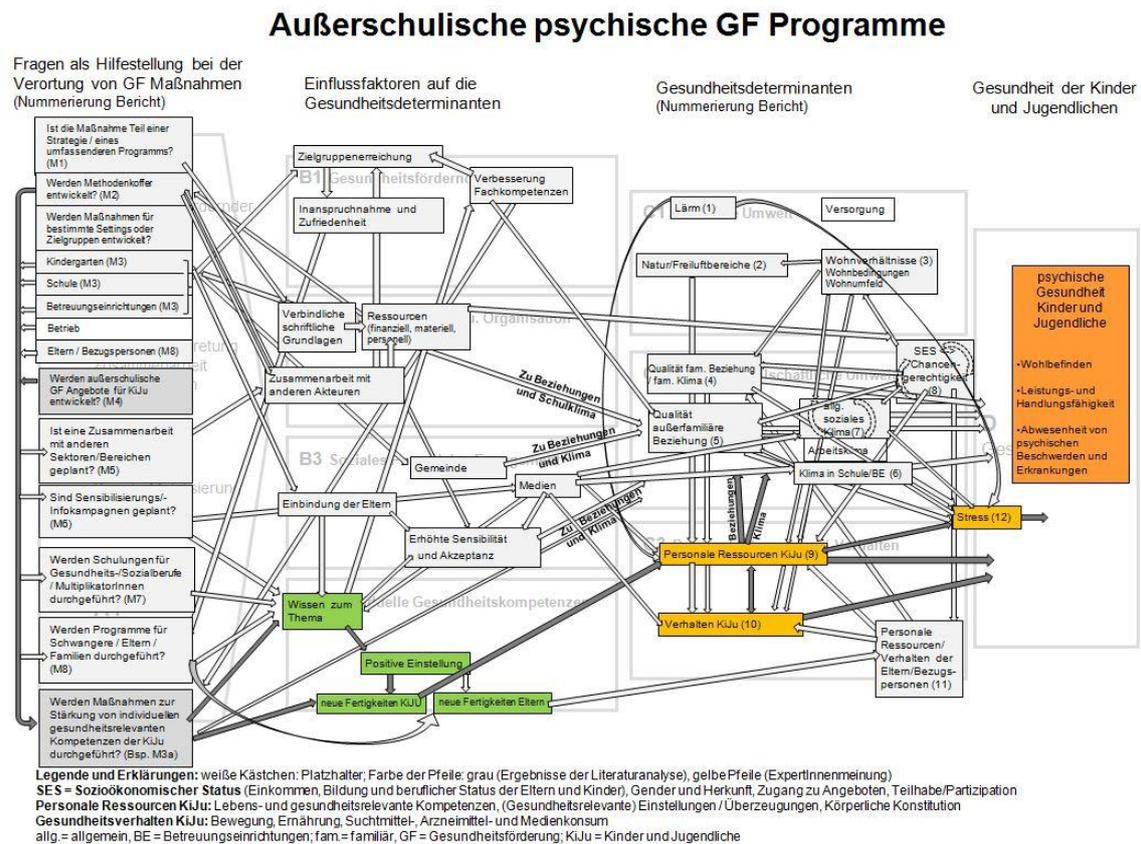
## 6.1.4 Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen (M4)

Als außerschulische Angebote werden die offene Jugendarbeit mit Schwerpunkt auf Stärkung der Lebenskompetenzen der Kinder und Jugendlichen (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 22; Haas et al. 2012, 18), die Förderung von gesunder Ernährung und körperliche Betätigung durch Sport und andere Aktivitäten, das Angebot sicherer Spielorte für Kinder (WHO 2013, 6) und Maßnahmen zur Verbesserung der Verbindung mit der Natur und Freizeitgestaltung im Freien (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 34) angeführt.

Wirkungsketten: Stärkung der Lebenskompetenzen sowie Stärkung des gesundheitsrelevanten Verhaltens wie Ernährung, Sport und Freizeitgestaltung im Freien wirkt wie bei der schulischen Gesundheitsförderung über Bewusstseinsbildung und Aneignung **neuer Fertigkeiten** auf die

personalen Ressourcen (9) und das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (10). Für die Schaffung sicherer Spielorte wäre eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren (z. B. Städteplanung, Gemeinden) anzustreben.

Abbildung 6.4:  
Maßnahmengruppe Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen (siehe Anhang 2: Abbildung A 4)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

## 6.2 Interessensvertretung, Zusammenarbeit, Organisationen

### 6.2.1 Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen (M5)

Für die Umsetzung von Strategien, Maßnahmen sowie spezifischen Initiativen für psychische Gesundheitsförderung und Prävention von psychischen Erkrankungen wird die Identifizierung von Personale Ressourcen und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen (Umwelt, Städteplanung, Soziales,

Arbeit, Bildung, Strafrecht, Ernährung, Transport, Menschenrechtsorganisationen), Unternehmen, Kindergärten und Schulen, Gemeinden, Anbietern und Vereinen sowie Betroffenen- und Angehörigenorganisationen empfohlen (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 56; Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 2; EU/WHO 2008, 6; HVB 2011, 5; Jané-Llopis/Anderson 2005, 29).

Auch die Implementierung psychischer Gesundheitsförderungskomponenten in bestehende Gesundheitsförderungs- und Gesundheitsstrategieprogramme (z. B. von der Europäischen Kommission geförderte Gesundheitsförderungsprogramme und solche, die von den Gesundheitsförderungsnetzwerken der WHO unterstützt werden) werden empfohlen (Jané-Llopis/Anderson 2005, 29).

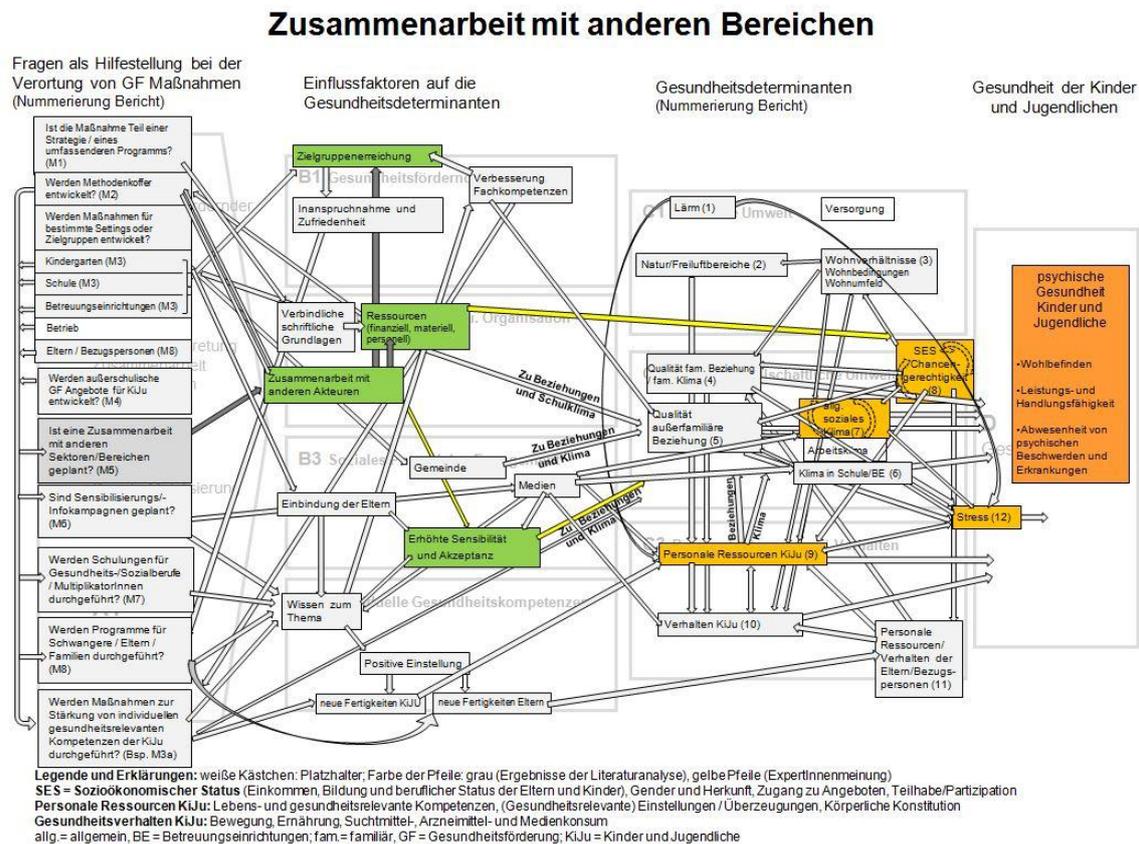
Wirkungsketten: Die Wirkungsketten können aufgrund der skizzenhaften Darstellungen nur angedeutet werden und müssten bei der konkreten Interventionsplanung im Detail analysiert werden. Die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren bei der Entwicklung und Umsetzung von Maßnahmen der psychischen Gesundheitsförderung bewirkt an sich schon **erhöhte Sensibilität für das Thema und Akzeptanz** durch die aktive Beteiligung bei den Partnerinstitutionen.

In der gesichteten Literatur wurden folgende Beispiele für Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen angeführt (Die Zieldeterminanten, die durch die Zusammenarbeit beeinflusst werden sollen, sowie die Einflussfaktoren auf die Determinanten wurden fett hervorgehoben):

- » Zusammenarbeit mit dem Finanzressort, um Kinderarmut zu verhindern, z. B. durch Steueranrechnung oder Zuschüsse (Jané-Llopis/Anderson 2005, 11).  
Zieldeterminante: **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**
- » Zusammenarbeit mit dem Jugendressort, um marginalisierte (und außer Schule befindliche) Kinder und Jugendliche zu erreichen und ihnen psychische Gesundheitsförderungs- und Präventionsinterventionen anzubieten (Jané-Llopis/Anderson 2005, 13).  
Wirkungskette: **Verbesserte Zielgruppenerreichung**, Zieldeterminante: **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**
- » Zusammenarbeit mit Familienplanung, um die Umsetzung von Aufklärungsprogrammen zu unterstützen, die frühe Schwangerschaften verhindern und den Zugang zu Kontrazeptiva ermöglichen (Jané-Llopis/Anderson 2005, 11).  
Zieldeterminanten: **Stress (12)** durch außergewöhnliche Lebensbelastungen, prekäre Lebenslage und **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**
- » Zusammenarbeit mit Gesundheits- und Sozialressorts, um Risikogruppen den Zugang zu Gesundheits- und Sozialleistungen zu verbessern (Jané-Llopis/Anderson 2005, 19).  
Zieldeterminanten: **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)** und **soziales Klima (7)** (Zugang zu sozialen Ressourcen)
- » Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitssektor, um die Vorteile von psychischer Gesundheit sowie die sozialen und ökonomischen Vorteile von Strategien, die Zugangsbarrieren zu Gesundheitsangeboten, Sozialleistungen und leistbarem Wohnen reduzieren, zu demonstrieren (Jané-Llopis/Anderson 2005, 29).  
Zieldeterminante: **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**

- » Zusammenarbeit mit dem Arbeits-, Bildungs- und Familienwohlfahrtssektor, um die Verbesserung der psychischen Gesundheit zu demonstrieren, die durch die Reduktion der sozialen Stratifizierung im Rahmen von zielgruppenspezifischen Strategien und Programmen erreicht wird (Jané-Llopis/Anderson 2005, 29).  
Wirkungskette: **Verbesserte Zielgruppenerreichung**, Zieldeterminante: **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**
- » Zusammenarbeit mit dem Bildungssektor, um den Zugang zur Vorschule zu erhöhen, insbesondere für Risikofamilien (Jané-Llopis/Anderson 2005, 11).  
Zieldeterminanten: **Persönliche Ressourcen der Kinder und Jugendlichen (9)** und **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**
- » Zusammenarbeit mit dem Bildungsressort, um die Umsetzung von qualitativ hochwertigen Bildungscurricula durchzusetzen und alle Kinder in den Bildungsprozess einzuschließen. Sammlung und Verbreitung von Evidenz zu psychischer Gesundheit und langfristigen sozialen Benefits durch die Förderung von psychischer Gesundheit (Jané-Llopis/Anderson 2005, 13).  
Zieldeterminanten: **Persönliche Ressourcen der Kinder und Jugendlichen (9)** und **SES / Gesellschaftliche Ungleichheit (8)**

Abbildung 6.5:  
 Maßnahmengruppe Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen  
 (siehe Anhang 2: Abbildung A 5)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

## 6.3 Soziale Mobilisierung

### 6.3.1 Sensibilisierungs- und Informationskampagnen (M6)

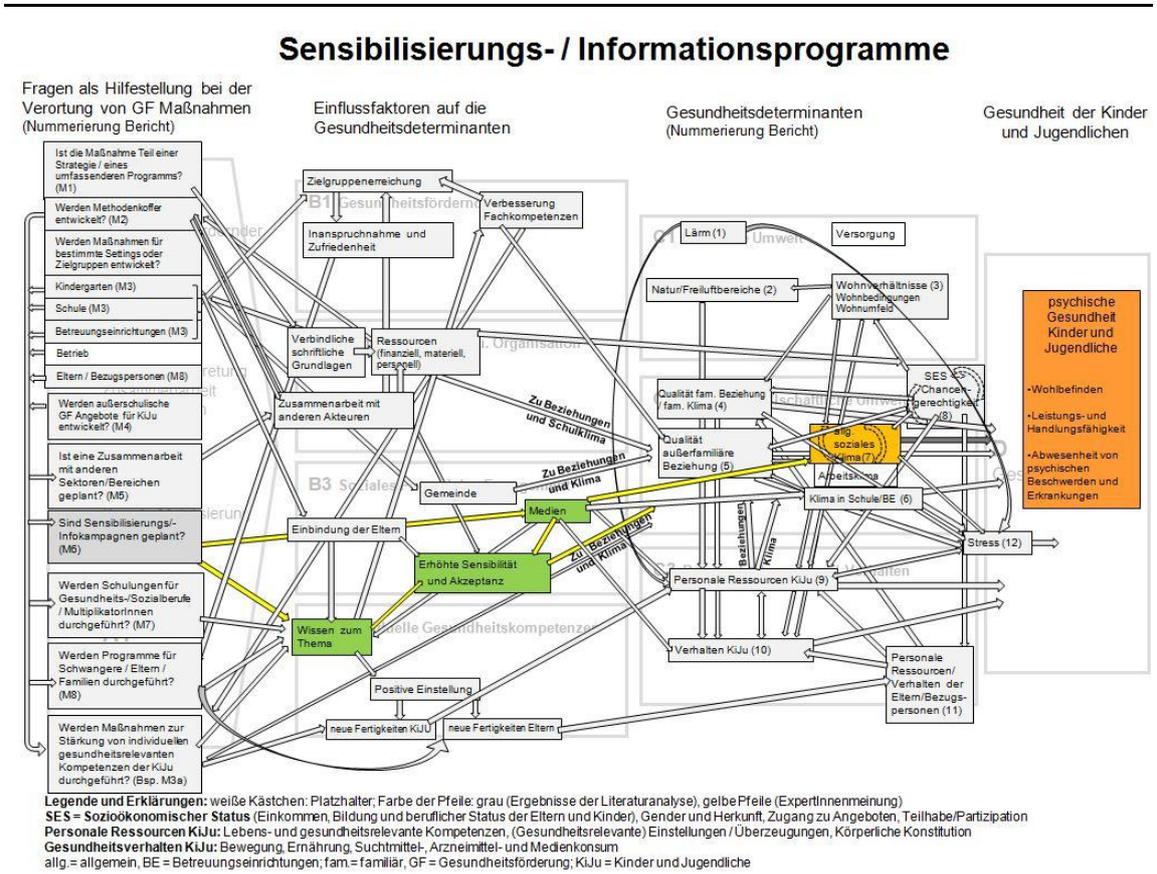
Maßnahmen zur Förderung des Bewusstseins für psychische Gesundheit in der Bevölkerung, bei den Gesundheitsberufen und in anderen einschlägigen Sektoren sowie Öffentlichkeitsarbeit zu Ursachen, Prävalenz, Symptomen, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen (EU/WHO 2008, 4; Jané-Llopis/Anderson 2005, 11 und 21) erhöhen die Sensibilität für das Thema in der Bevölkerung. Antistigma-Kampagnen und Aktivitäten zur Förderung der Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen – einschließlich der Etablierung von Gesetzen zur Reduktion von Stigmatisierung, Diskriminierung und Marginalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen – werden empfohlen. Diese

sollen die Teilhabe an privatem (Wohnen), dem Arbeits-, dem öffentlichen und dem sozialen Leben verbessern und die soziale Inklusion fördern (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 57; Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 2; EU/WHO 2008, 6; Jané-Llopis/Anderson 2005, 27). Auch die Unterstützung von Betroffenen- und Angehörigen-Netzwerken bei Programmen zur Reduktion von Stigma und sozialer Exklusion (Jané-Llopis/Anderson 2005, 27) stellen Maßnahmen zur Sensibilisierung für das Thema mit Einfluss auf das soziale Klima dar.

Wirkungsketten: Sensibilisierungs- und Informationskampagnen wirken in erster Linie über Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung zu einem bestimmten Thema (**Wissen zum Thema**). Die **erhöhte Sensibilität** führt zu einer Verbesserung des **sozialen Klimas (7)** (Toleranz, Teilhabe und soziale Inklusion).

Abbildung 6.6:

Maßnahmengruppe Sensibilisierungs- und Informationskampagnen (siehe Anhang 2: Abbildung A 6)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

## 6.4 Entwicklung persönlicher Kompetenzen

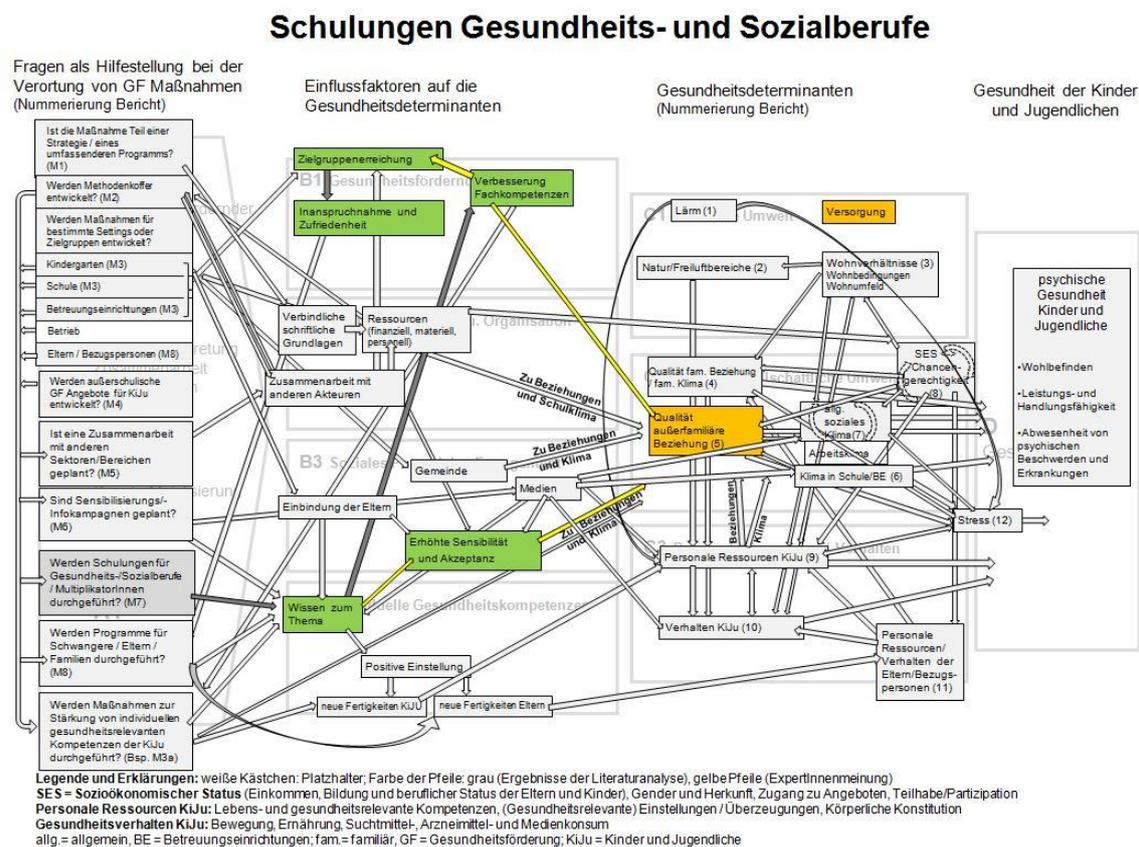
### 6.4.1 Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/Multiplikatorinnen (M7)

Die verstärkte Schulung von Beschäftigten in den Bereichen Gesundheit, Bildung, Jugend und anderen relevanten Sektoren zu den Themen psychische Gesundheit und Wohlbefinden (EU/WHO 2008, 4 und 13; Jané-Llopis/Anderson 2005, 29), sowie die Schulung und Bereitstellung von Unterstützungsangeboten für Berufsgruppen, die mit der Früherkennung von psychischen Erkrankungen zu tun haben, werden empfohlen (Bundesministerium für Gesundheit 2011, 47; Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 3 f; EU/WHO 2008, 13; HVB 2011, 9; Jané-Llopis/Anderson 2005, 21 und 24 f ; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 20).

Wirkungsketten: Schulungen von Schlüsselpersonen und Multiplikatoren/Multiplikatorinnen (**Wissen zum Thema**) führen einerseits zu einer **erhöhten Sensibilität** und Verbreitung des Themas (Bewusstseinsarbeit zur gesellschaftlichen Bedeutung der psychischen Gesundheit durch Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in Politik) und andererseits durch eine bewusstere Wahrnehmung von Aspekten der psychischen Gesundheit zu einer Verbesserung der **Beziehungsqualität (5)** der Fachkräfte (z. B. Lehrer/innen) zu den Kindern und Jugendlichen. Die **Verbesserung der Fachkompetenz** kann im Falle von Früherkennung zu einer besseren **Zielgruppenerreichung** und **Inanspruchnahme und Zufriedenheit** von **Präventions- und Versorgungsangeboten** führen.

Abbildung 6.7:

Maßnahmengruppe Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen (siehe Anhang 2: Abbildung A 7)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

## 6.4.2 Angebote für Schwangere, Eltern und Familien (M8)

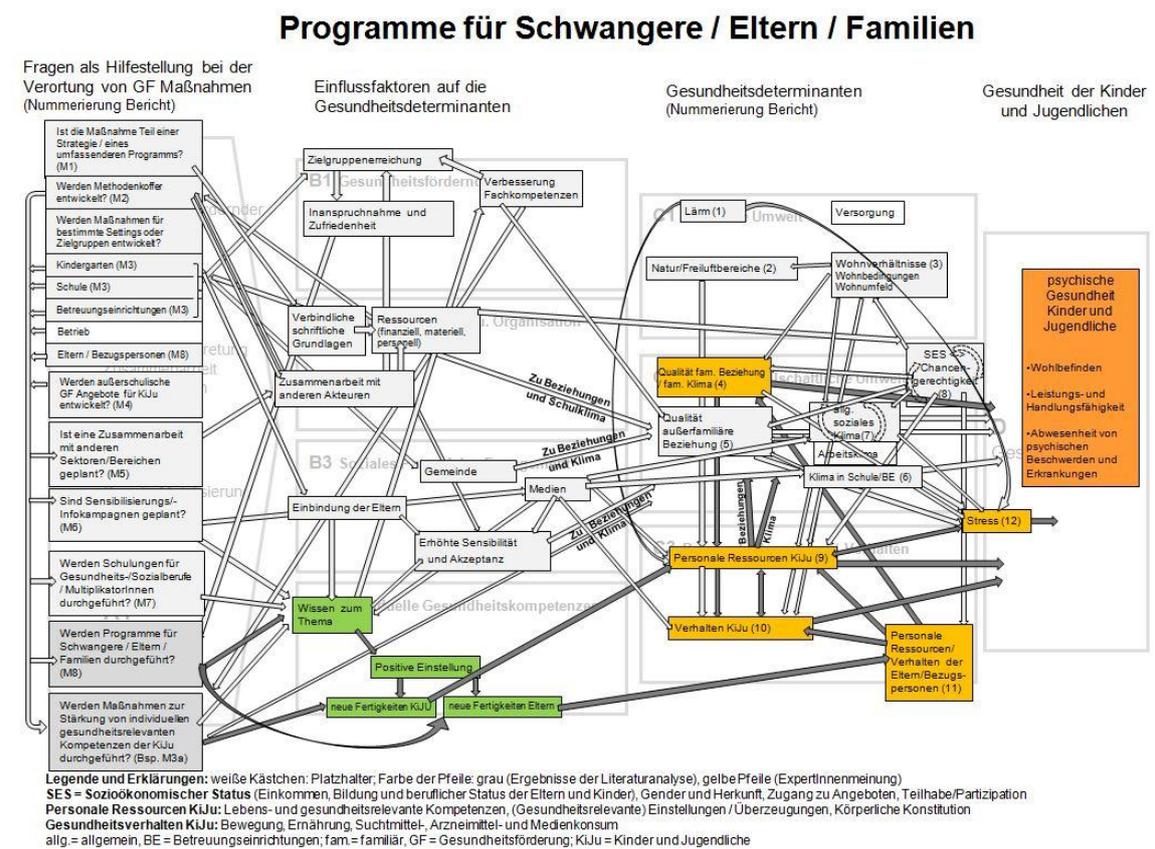
Psychische Gesundheitsförderung beginnt nach dem life-course-Ansatz mit einem guten Start ins Leben. Programme für Schwangere, werdende Eltern und Familien, insbesondere für Familien mit besonderem Unterstützungsbedarf (z. B. sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, Eltern mit psychischen Erkrankungen) bieten Familienbegleitung mit Unterstützung zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung sowie zur Reduktion von sozialer Benachteiligung an (z. B. Verbesserung der Wohnverhältnisse, der Berufssituation und des Einkommens der Eltern). Über die Schulung der Eltern werden eine Verbesserung der Erziehungskompetenzen der Eltern und eine Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung und -Interaktion angestrebt. Auch Maßnahmen zur Entwicklungsförderung und Vorbereitung der Kinder auf die Vorschule werden angeboten. Manche Programme bieten die Unterstützung bis ins Jugendalter an (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 19 und 22; EU/WHO 2008, 4 und 6; HVB 2011, 11; Jané-Llopis/Anderson

2005, 10 f; World Health Organization 2013, 17; World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014, 21 und 27).

Wirkungsketten: Eine Kompetenzschulung der Eltern/Bezugspersonen (**Wissen zum Thema**) zur Verbesserung der Erziehungskompetenzen wirkt über die Aneignung **neuer Fertigkeiten der Eltern/Bezugspersonen** auf die **persönlichen Ressourcen und das Verhalten der Eltern/Bezugspersonen (11)**. Die neuen Kompetenzen der Eltern/Bezugspersonen wirken einerseits direkt auf die **personalen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen (9)** (z. B. Förderung der Entwicklung), andererseits durch die Verbesserung der Mutter–Kind–Beziehung über die Verbesserung der **Qualität der familiären Beziehungen (4)**. Maßnahmen zur Entwicklungsförderung der Kinder (und Jugendlichen) wirken über die **Aneignung von neuen Fertigkeiten der Kinder** (und Jugendlichen) auf die **personalen Ressourcen der Kinder (9)** (und Jugendlichen). Unterstützungsangebote zur Reduktion von sozialer Benachteiligung der Eltern/Bezugspersonen (z. B. Hilfe bei der Arbeitssuche, Erhalt von Transferleistungen,...) wirken ebenfalls auf die **personalen Ressourcen der Eltern/Bezugspersonen (11)**.

Abbildung 6.8:

Maßnahmengruppe Angebote für Schwangere/Eltern/Familien (siehe Anhang 2: Abbildung A 8)



Darstellung: IfGP und GÖ FP

## 6.5 Prävention und Frühintervention

Der Fokus des vorliegenden Wirkungsmodells liegt auf Gesundheitsförderung. Aus diesem Grund wurden die Präventions- und Frühinterventionsmaßnahmen im Modell nicht verortet, aber auf Wunsch der AG „Psychische Gesundheit – Kinder und Jugendliche“ im Bericht behandelt. In der Basisliteratur werden nationale Strategien und Aktionspläne zur Gewalt-, Sucht-, und Suizidprävention als wichtige Präventionsmaßnahmen angeführt (Bundesministerium für Gesundheit 2011; Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 51; EU/WHO 2008, 4; Jané-Llopis/Anderson 2005, 22 f; WHO 2013, 6; World Health Organization 2013, 17). Die Zieldeterminanten sind vor allem **soziales Klima (7)** und **gesundheitsrelevantes Verhalten der Kinder und Jugendlichen (10)**.

Die in der Basisliteratur empfohlenen Handlungsfelder zur Früherkennung von und Intervention bei Risikokindern und -jugendlichen sind:

- » Identifikation und Definition von Hochrisikogruppen (z. B. Eltern aus sozial und ökonomisch benachteiligten Gruppen, Eltern mit psychischen Erkrankungen, Alleinerzieher/innen mit Niedrigeinkommen oder im Teenager-Alter) (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 56; HVB 2011, 12; Jané-Llopis/Anderson 2005, 11),
- » (Entwicklung von) Früherkennungs- und Frühinterventionsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Risiko für psychische und Verhaltensstörungen auf Basis von vorhandener Evidenz (HVB 2011, 9; Jané-Llopis/Anderson 2005, 13),
- » Prävention bereits ab der frühen Kindheit (Bundesministerium für Gesundheit 2012, 57) sowie
- » evidenzbasierte psychosoziale Frühinterventionen zur Identifikation, Prävention und Behandlung von emotionalen oder Verhaltensproblemen (Haas et al. 2012, 23; HVB 2011, 8; Jané-Llopis/Anderson 2005, 12, 19, 21, 25; World Health Organization 2013, 16 f).

## 6.6 Schaffung von Evidenzbasis (Forschung und Entwicklung)

Ein ebenfalls nicht im Wirkungsmodell verorteter, aber für die Interventionsplanung wesentlicher und daher erwähnenswerter Bereich sind Forschung und Entwicklung.

Je besser ein zugrundeliegendes Problem verstanden wird, desto leichter können Ansatzpunkte für Interventionen zur Bewältigung identifiziert werden. Aber nicht nur ein besseres Verständnis, sondern auch die Quantifizierung des Problems bzw. der Ausgangslage stellen notwendige Voraussetzungen für eine solide Planung dar. Empfohlen werden daher die Durchführung von repräsentativen Erhebungen zur Prävalenz psychischer Störungen und psychischer Gesundheit, die Sammlung von Indikatoren und Qualitätssicherung durch die Erstellung von Berichten, die Evaluierung von Maßnahmen der Förderung von psychischer Gesundheit und Prävention sowie die Integration von evidenzbasierten Komponenten der psychischen Gesundheitsförderung in bestehende Projekte und Programme (Bundesministerium für Gesundheit 2013a, 17; Bundesministerium für Gesundheit 2013b, 4; Jané-Llopis/Anderson 2005, 29).

## 7 Schlussfolgerungen und Ausblick

Der vorliegenden Arbeit liegt das Ziel des HVB zugrunde, psychische Gesundheit insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu fördern und die Wirksamkeit sowie die Wirkmechanismen bestehender Programme laufend zu überprüfen und diese weiterzuentwickeln. Als erster Schritt des vorliegenden Projekts wurde daher auf Basis des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz ein Wirkungsmodell erarbeitet, das innerhalb der Sozialversicherung ein gemeinsames Verständnis von psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen und den dafür relevanten Wirkungszusammenhängen herstellen soll (Ziel 1). Das Wirkungsmodell soll auch als Ausgangspunkt und Orientierung für zukünftige gemeinsame Interventionsplanungen der Österreichischen Sozialversicherungen dienen (Ziel 2).

Das Wirkungsmodell verdeutlicht, dass die personalen Ressourcen und das Verhalten von Kindern und Jugendlichen durch alle identifizierten Determinanten der materiellen und sozialen Umwelt sowie durch personale Ressourcen / Verhalten der Bezugspersonen und Stress in einem komplexen Zusammenspiel beeinflusst werden. Jene Determinanten, die nicht direkt auf die Gesundheit wirken, entfalten ihre Wirkung indirekt über die Ressourcen und das Verhalten der Kinder und Jugendlichen (siehe Abbildung 1.1).

Aufgabe der in einem nächsten Schritt folgenden Interventionsplanung (für ausgewählte Determinanten und Zielbereiche) wird es sein, die dargestellten Wirkzusammenhänge und Einflussgrößen zu berücksichtigen. Die durchgeführte Situationsanalyse, die sich in dem Wirkungsmodell spiegelt, wird die Basis für die Weiterarbeit der Arbeitsgruppe innerhalb der Sozialversicherung bilden.

# Literatur

- Ackermann, Günter (2005): Das Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz: Ein Wegweiser zur guten Praxis. In: Focus 24/14-17
- Ackermann, Günter; Bergman, Manfred M; Heinzmann, Claudia; Läubli-Loud, Marlène (2009): Komplexitätsreduktion durch Klassifikationsmodelle in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Aspekte der Prävention. Hg. v. Kirch, W.;Middeke, M.;Rychlik, R. Aufl. Thieme, Stuttgart: 20-29
- Ackermann, Günter; Conrad, Cornelia (2011): Wirkungsorientierte Gesundheitsförderung in der Schule. In: Lehrbuch Schulische Gesundheitsförderung. Hg. v. Dür, Wolfgang;Felder-Puig, RosemarieAufl. Huber, Bern: 277-290
- Bundesministerium für Gesundheit (2011): SUPRA – Suizidprävention Austria. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2013a): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2013b): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit. Fassung vom 21.06.2013, Wien
- Cloetta, Bernhard; Spörri-Fahrni, Adrian; Spencer, Brenda; Ackermann, Günter; Broesskamp-Stone, Ursel; Ruckstuhl, Brigitte (2005): Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. In: Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention Bern: Gesundheitsförderung Schweiz
- Dietscher, Christina (2013): Die psychische Gesundheit fördern: Strategien und Umsetzungsbeispiele für Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen. Themenpapier, Wien: Verein ONGKG – Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen
- EU/WHO (2008): Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden. hochrangigen EU-Konferenz "Gemeinsam für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden", Brüssel. 12.-13. Juni 2008
- Flaschberger, Edith; Teutsch, Friedrich; Hofmann, Felix; Felder-Puig, Rosemarie (2013): Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule. Zusammenfassung rezenter systematischer Reviews. Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH, Wien
- Franke, Alexa (2012): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3 Aufl. Verlag Hans Huber, Bern

- Gesundheitsförderung Schweiz (2014): Das Ergebnismodell im Überblick.  
[www.gesundheitsfoerderung.ch](http://www.gesundheitsfoerderung.ch)
- Haas, Sabine; Busch, Martin; Kerschbaum, Johann; Türscherl, Elisabeth; Weigl, Marion; Rupp, Bernhard (2012): Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Ein Überblick über Einflussfaktoren auf die Kinder- und Jugendgesundheit und relevante Policies in den Bereichen Bildung und Soziales. Serie Wissen 9. Bd. 9. Gesundheit Österreich GmbH / FGÖ, Wien
- HVB (2011): Psychische Gesundheit. Strategie der Österreichischen Sozialversicherung. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Jané-Llopis, Eva; Anderson, Peter (2005): Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe. Radboud University Nijmegen, Nijmegen
- Ramelow, Daniela; Griebler, Robert; Hofmann, Felix; Unterweger, Katrin; Mager, Ursula; Felder-Puig, Rosemarie; Dür, Wolfgang (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion, International Conference on Health Promotion, Ottawa
- WHO (2013): Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit. Weltgesundheitsorganisation Regionalkomitee für Europa 63. Tagung, Çeşme, Türkei. 16.-19. September 2013, WHO Regionalbüro für Europa
- WHO (2014): Mental health: strengthening our response. Fact sheet N°220. World Health Organization. Updated August 2014
- Winkler, Petra Winkler; Anzenberger, Judith (2013): Monitoring der Rahmen-Gesundheitsziele. Baseline für die Beobachtung der Indikatoren. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- World Health Organization (2013): Mental health action plan 2013–2020. WHO, Geneva
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014): Social determinants of mental health. WHO, Geneva



# Anhang

---

## Anhang 1 Basisdokumente

- » Nationale Strategiepapiere
- » Internationale Strategiepapiere
- » Zentrale Studien

## Anhang 2 Abbildungen A 1 bis A 8

Abbildung A 1: Maßnahmengruppe Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen

Abbildung A 2: Maßnahmengruppe Entwicklung von Methodenkoffern

Abbildung A 3: Maßnahmengruppe Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betreuungseinrichtungen

Abbildung A 4: Maßnahmengruppe Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen

Abbildung A 5: Maßnahmengruppe Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen

Abbildung A 6: Maßnahmengruppe Sensibilisierungs- und Informationskampagnen

Abbildung A 7: Maßnahmengruppe Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/Multiplikatorinnen

Abbildung A 8: Maßnahmengruppe Angebote für Schwangere/Eltern/Familien



# Anhang 1 Basisdokumente

---

## Nationale Strategiepapiere

### **Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ 6 und R-GZ 9 sowie Querbezüge zu anderen R-GZ); Monitoringbericht der Rahmen-Gesundheitsziele (Winkler/Anzenberger 2013)**

Auf Basis eines Beschlusses der Bundesgesundheitskommission und des Ministerrates wurden im Sinne des „Health in All Policies“-Ansatzes in den Jahren 2011–2012 unter der Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zehn Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich entwickelt (BMG 2012). Diese stellen die Basis für einen gemeinsamen Handlungsrahmen für die nächsten zwanzig Jahre in Richtung einer gemeinsamen Strategie zum proklamierten Ziel „Gesundheit für alle“ dar.

### **Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des BMG (Bundesministerium für Gesundheit 2013a)**

Die nationale Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des BMG aus dem Jahr 2013 beinhaltet 20 Strategieziele und eine Auflistung von Maßnahmen in Österreich, die der Umsetzung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie dienen. Die übergeordneten strategieleitenden Ziele sind: gesundheitliche Chancengleichheit verbessern, gesundheitliche Ressourcen stärken und erhalten, gesunde Entwicklung so früh wie möglich fördern, gesundheitliche Risiken verringern und Sensibilität für Gesundheit in allen Politikbereichen erhöhen.

### **Psychische Gesundheit. Strategie der österreichischen Sozialversicherung (HVB 2011)**

Das Strategiepapier der Sozialversicherung enthält 15 Handlungsfelder und 25 langfristige Ziele, die die strategische Ausrichtung und Grundlage für Umsetzungskonzepte der Sozialversicherungsträger gemeinsam mit dem Hauptverband darstellen.

### **Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit. Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2013b)**

Die Empfehlungen des Beirates für psychische Gesundheit des BMG für eine nationale Strategie zur psychischen Gesundheit 2013 stellen zehn zentrale Ziele dar.

### **Themenpapier psychische Gesundheit 2013 (Dietscher 2013)**

Positionierung der Vertreter/innen des österreichischen Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen und Aufruf an alle österreichischen Krankenbehandlungs- und Betreuungseinrichtungen, die Förderung der psychischen Gesundheit klar als unternehmerische Verantwortung anzuerkennen und systematisch auszubauen.

### **Suizidpräventionsprogramm SUPRA (Bundesministerium für Gesundheit 2011)**

Das österreichische Suizidpräventionsprogramm SUPRA ist eine Leitlinie für das Bundesministerium für Gesundheit, um die Umsetzung eines politisch getragenen, nationalen Suizidpräventionsprogramms in Österreich einzuleiten. Das Programm thematisiert zehn Arbeitsgebiete der Suizidprävention.

## **Internationale Strategiepapiere**

### **Europäischer Aktionsplan psychische Gesundheit (WHO 2013)**

Das Dokument enthält den Entwurf eines Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit mit Maßnahmvorschlägen zu sieben Zielen für die Mitgliedstaaten. Der Europäische Aktionsplan geht von den vier vorrangigen Bereichen im Europäischen Rahmenkonzept für Gesundheit und Wohlbefinden „Gesundheit 2020“ aus und trägt direkt zu dessen Verwirklichung bei.

### **Mental Health Action Plan 2013–2020 (World Health Organization 2013)**

Im Jahre 2012 wurde im Rahmen der Resolution WHA65.4 der World Health Assembly die Entwicklung eines umfassenden, intersektoralen Aktionsplans für psychische Gesundheit beschlossen. Der Aktionsplan berücksichtigt die Bereiche Versorgung, Grundsätze, Gesetzgebung, Strategie- bzw. Aktionspläne und Programme. Der Aktionsplan ist von den Mitgliedstaaten an ihre nationalen Gegebenheiten anzupassen und umzusetzen.

### **Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (EU/WHO 2008)**

Das Dokument stellt eine gemeinsame Erklärung der Teilnehmer/innen der EU-Konferenz „Gemeinsam für psychische Gesundheit und Wohlbefinden“ in Brüssel am 13. Juni 2008 zu Stellenwert der psychischen Gesundheit und der Forderung von Maßnahmen in fünf Schlüsselbereichen dar. Die Mitgliedstaaten sowie einschlägige Akteure werden aufgefordert, dem Europäischen Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden beizutreten und zu seiner Umsetzung beizutragen.

### **Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe (Jané-Llopis/Anderson 2005)**

Das Strategiedokument der IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action, EU-Projekt mit 45 Partnereinrichtungen aus 30 europäischen Ländern) führt zehn Arbeitsgebiete (und dazugehörige Maßnahmen) und fünf Prinzipien an, anhand derer die europäischen Länder aufgerufen werden, einen nationalen Aktionsplan für Gesundheitsförderung (psychische Gesundheit) und Prävention psychischer Erkrankungen zu entwickeln.

## **Social Determinants of Mental Health (World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation 2014)**

In Zusammenarbeit mit der Calousta Gulbenkian Foundation's Global Mental Health Platform stellt die WHO auf Basis von zahlreichen Studien und Maßnahmen die wichtigsten Determinanten und Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit – sowohl auf der individuellen als auch auf der kollektiven Ebene – in einem ‚life course approach‘ dar.

## **Zentrale Studien**

### **Die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule (Flaschberger et al. 2013)**

Diese Arbeit des LBI HPR hatte zum Ziel, einen Überblick über den Stand der Forschung zu Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Setting Schule zu geben. Dabei interessierte vor allem die Effektivität der Maßnahmen hinsichtlich ihrer Ziele. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden relevante systematische Übersichtsarbeiten zusammengefasst, die allesamt ab 2003 veröffentlicht wurden. Eine vielzitierte Arbeit von Wells et al. aus dem Jahr 2003 war dafür der Ausgangspunkt.

### **Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011)**

Die Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) Studie wird unter der Schirmherrschaft der WHO durchgeführt. Ziele der Studie sind: Monitoring der Gesundheit, des Wohlbefindens, des Gesundheitsverhaltens und des sozialen Kontextes der Gesundheit von Schülerinnen und Schülern; Analyse der Verteilung und Entstehungsbedingungen von Gesundheit in der Population der Kinder und Jugendlichen; Unterstützung der Entwicklung von Maßnahmen und Policies zur Verbesserung der Lebenssituation und der Gesundheit dieser Population.

### **Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Haas et al. 2012)**

Die Arbeit leistet einen Beitrag zur vertiefenden Auseinandersetzung mit und zur Konkretisierung von Health in All Policies (HiAP). Am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Bereiche Bildung und Soziales wird ein Bezug zwischen den Gesundheitsdeterminanten und den verschiedenen Policies (wie Gesetzen, Strategien, Plänen etc.) hergestellt.

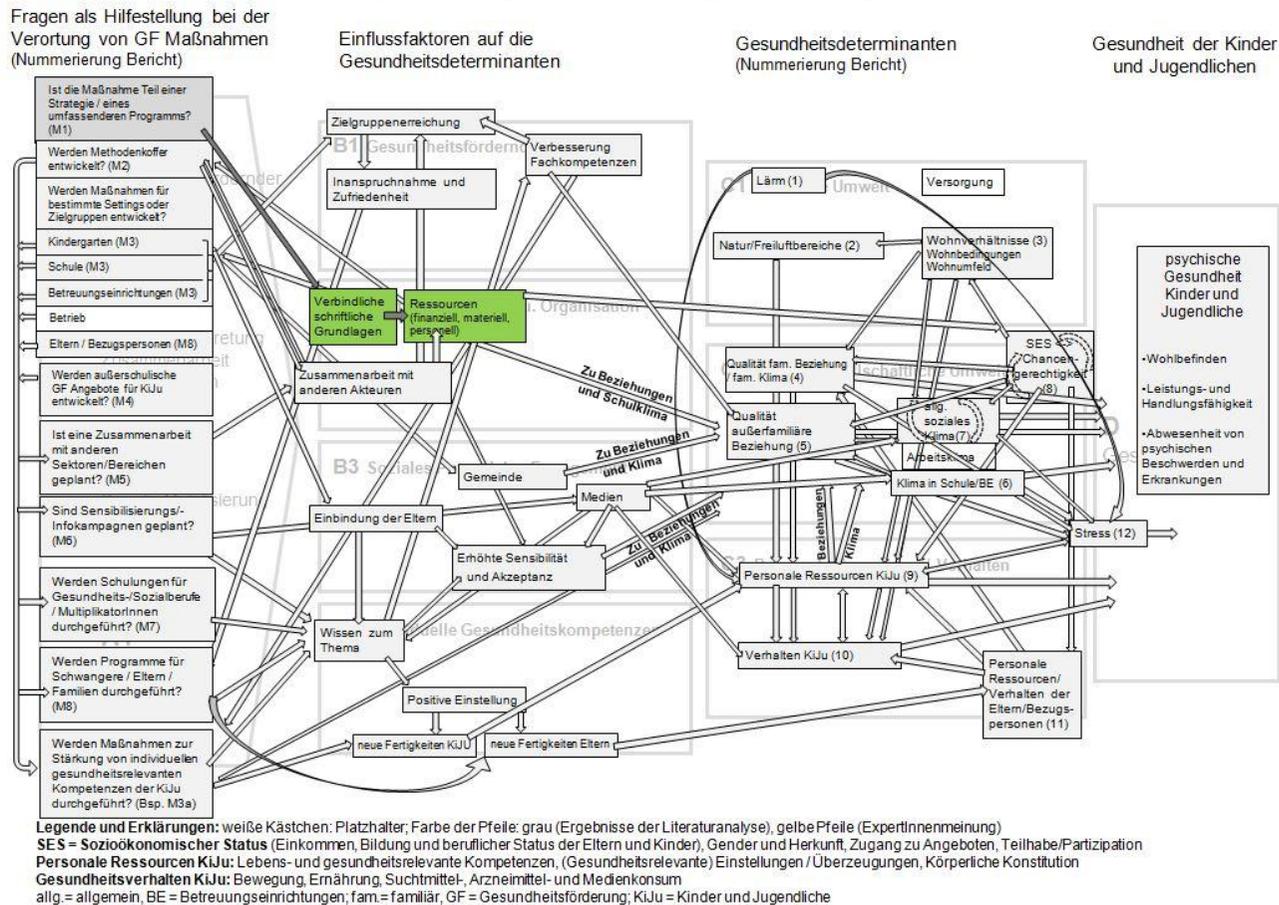


## Anhang 2 Abbildungen A 1 bis A 8

---

Abbildung A 1:  
Maßnahmengruppe Entwicklung von Strategien / umfassenden Programmen

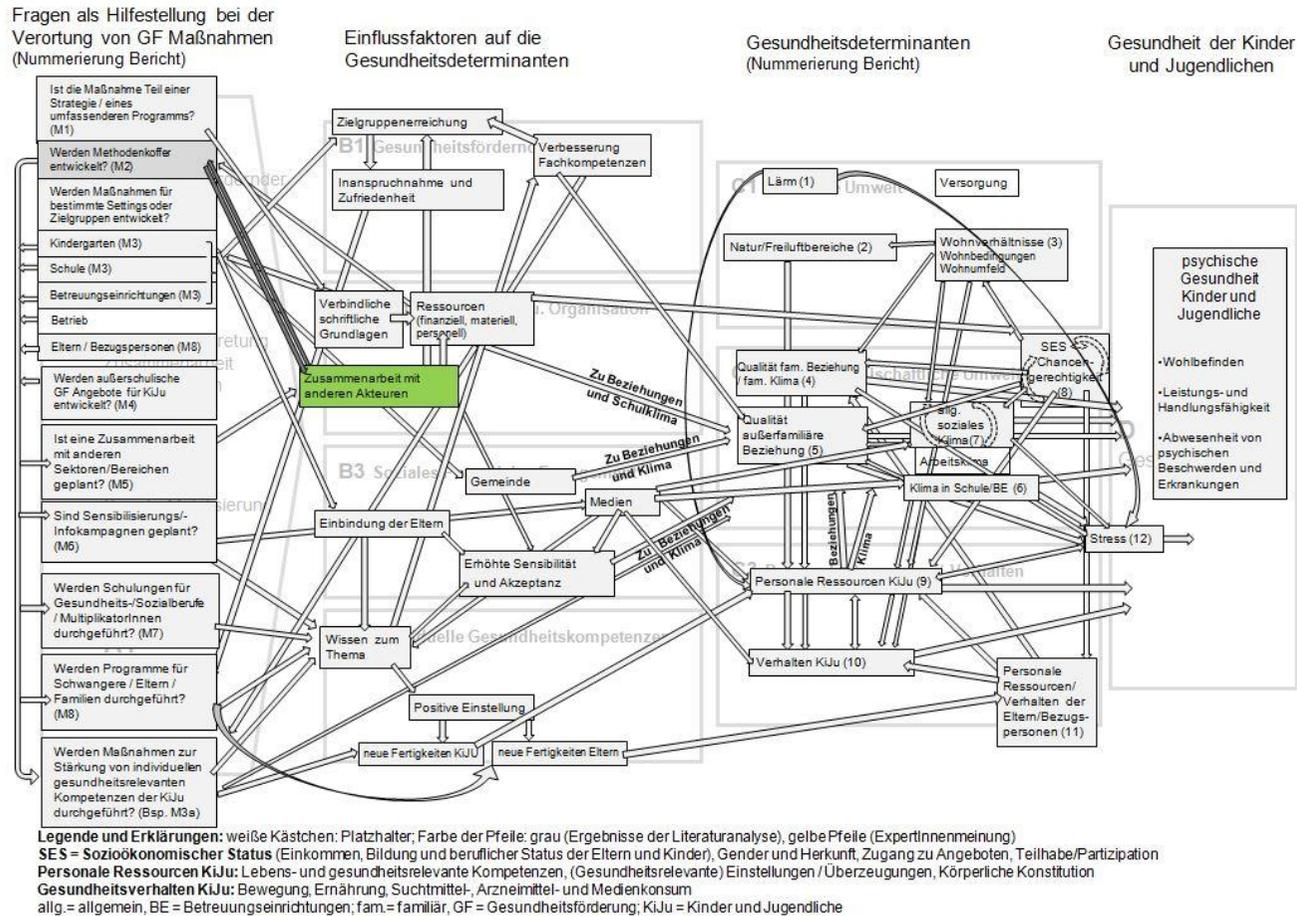
## Entwicklung von Strategien / Programmen



Darstellung: IfGP und GÖ FP

Abbildung A 2:  
Maßnahmengruppe Entwicklung von Methodenkoffern

## Entwicklung von Methodenkoffern

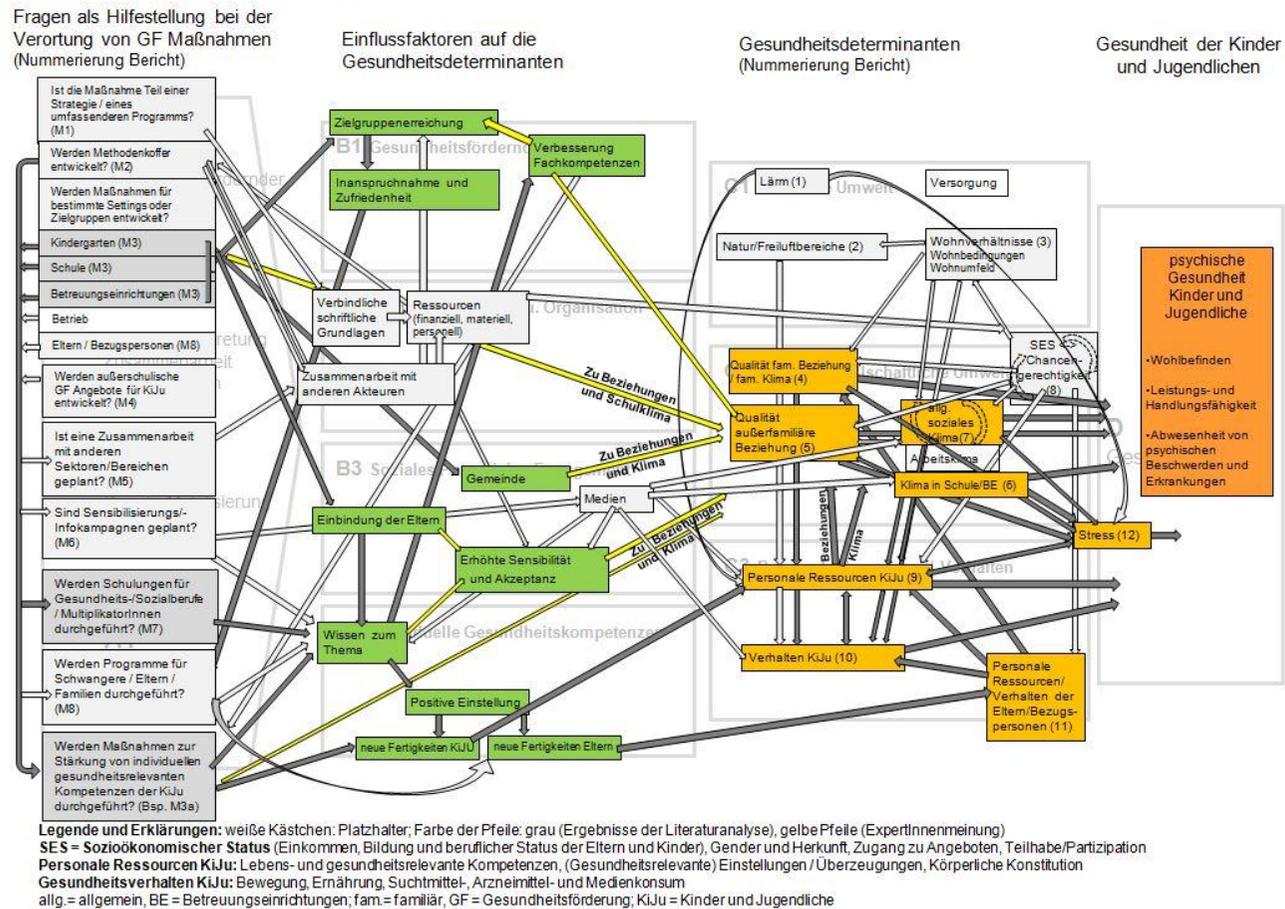


Darstellung: IfGP und GÖ FP

Abbildung A 3:

Maßnahmengruppe Entwicklung von psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen in Schulen und Betreuungseinrichtungen

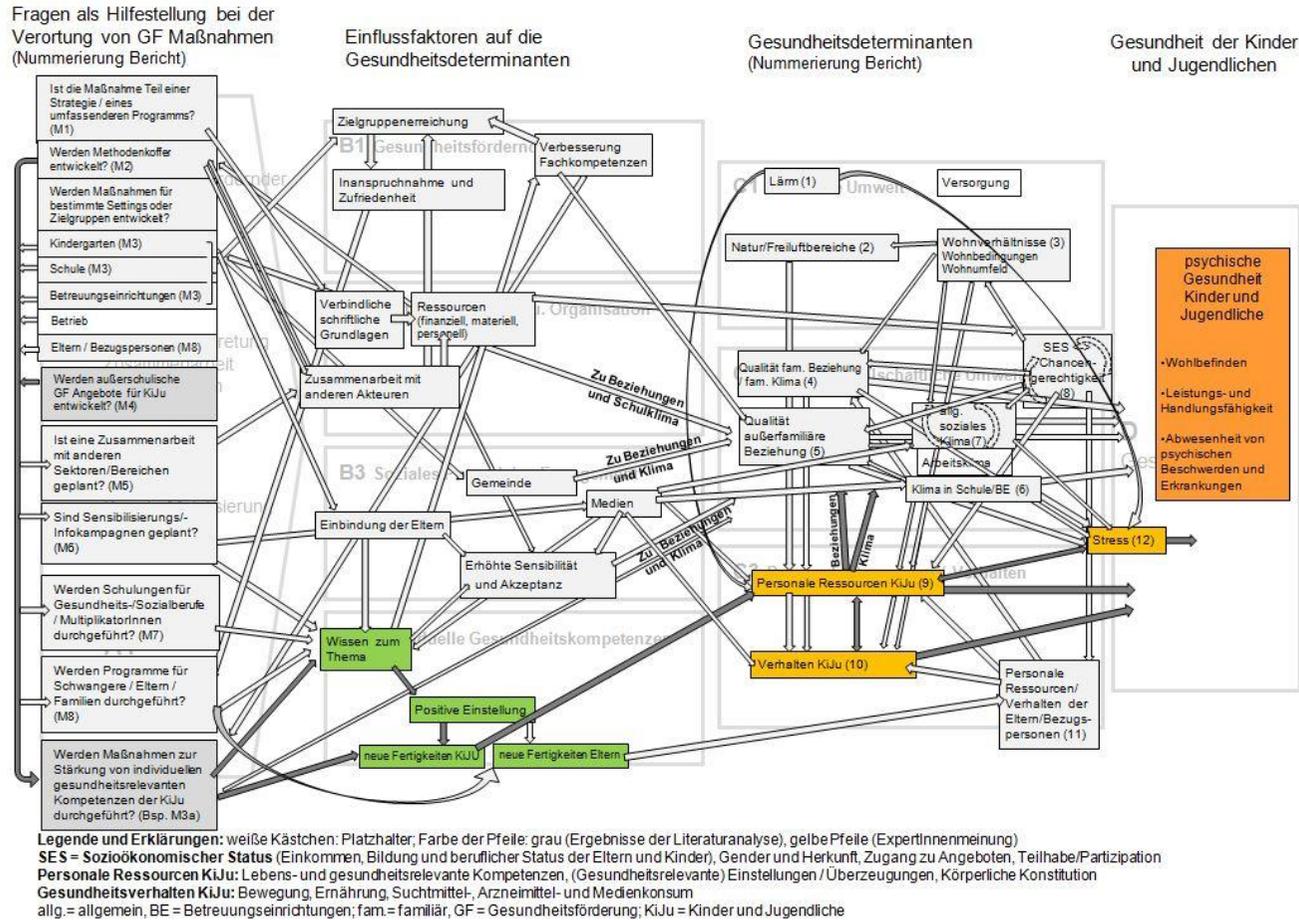
### Psychische GF in Schulen / BE



Darstellung: IFGP und GÖ FP

Abbildung A 4:  
Maßnahmengruppe Entwicklung von außerschulischen psychischen Gesundheitsförderungsprogrammen

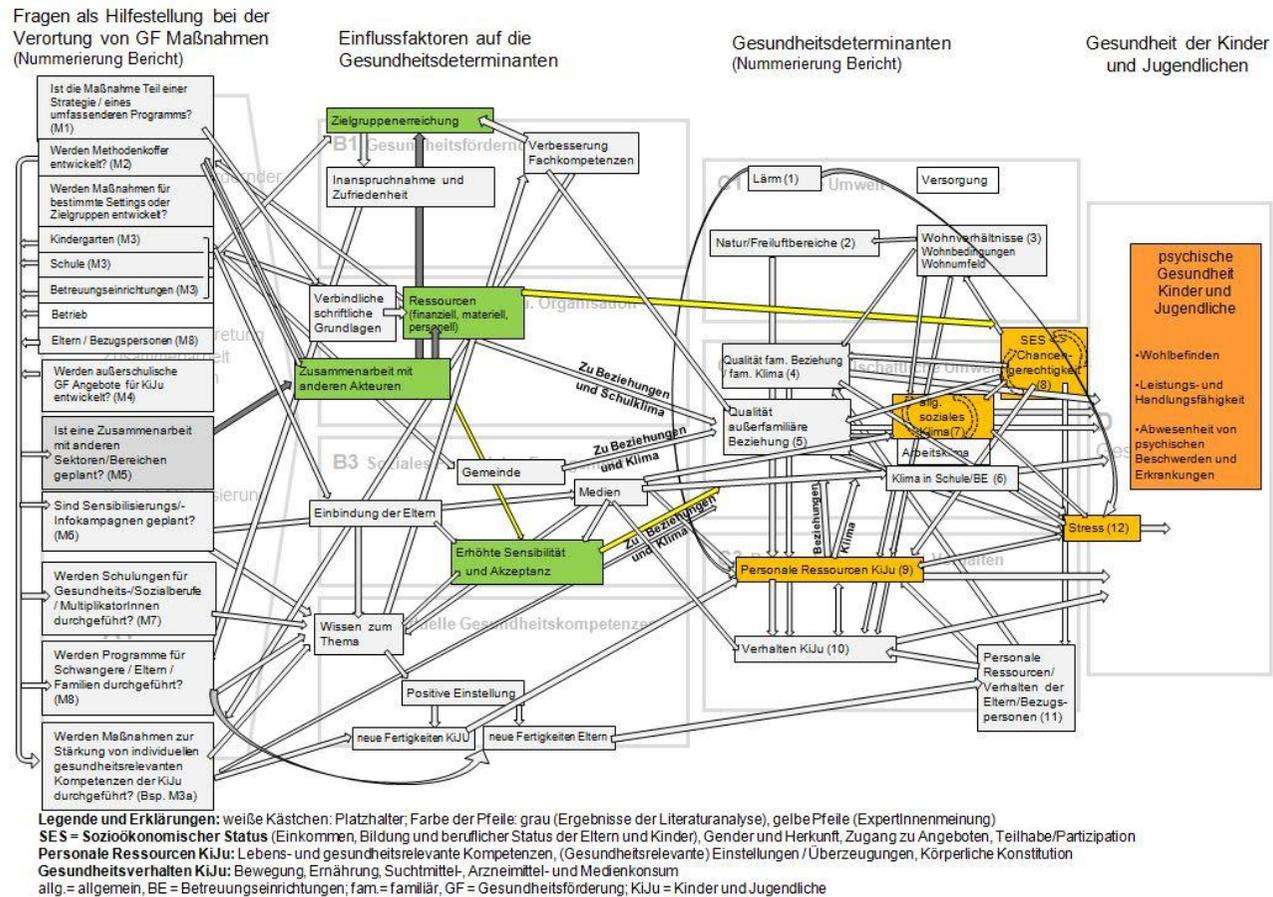
## Außerschulische psychische GF Programme



Darstellung: IFGP und GÖ FP

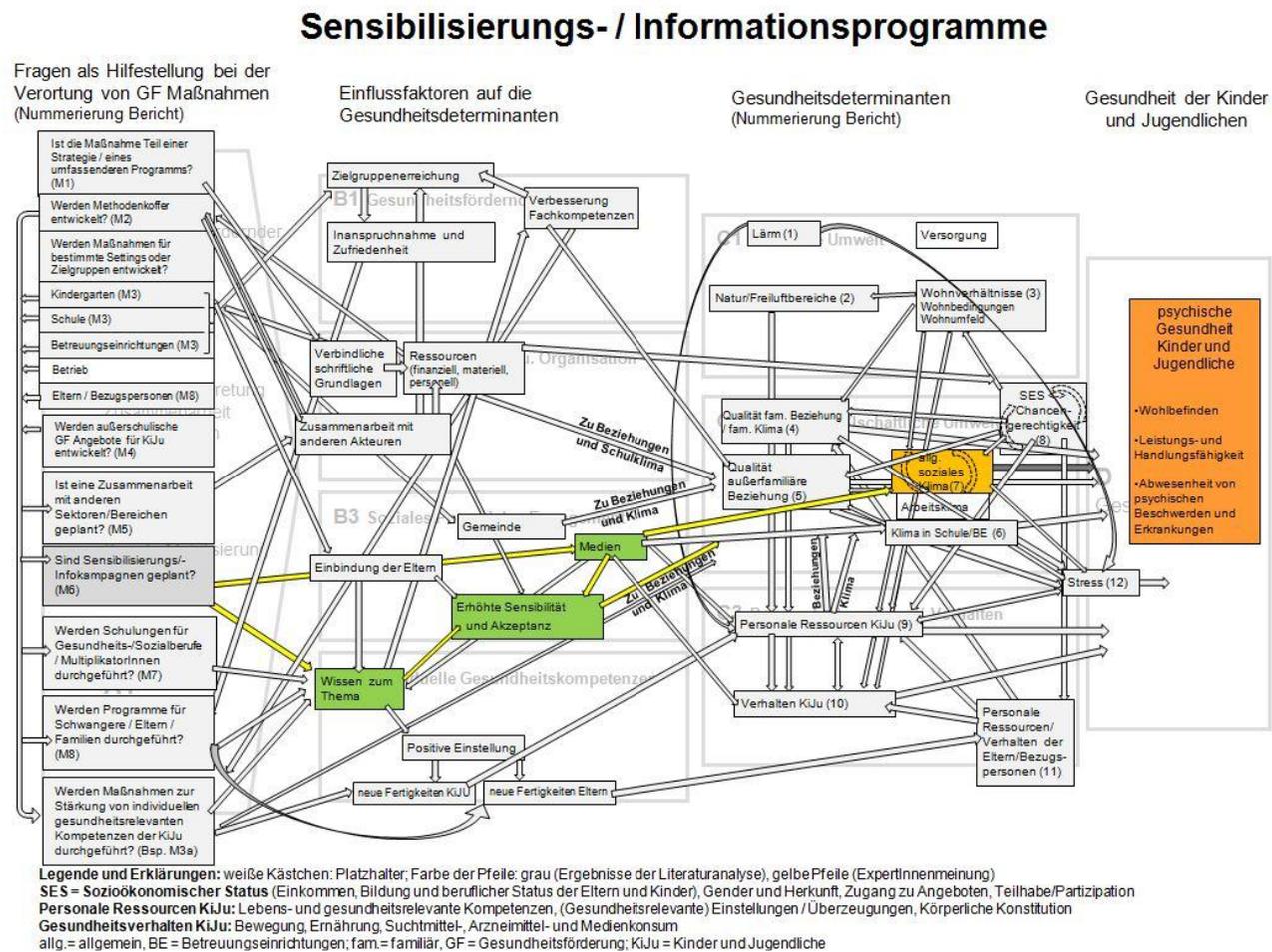
Abbildung A 5:  
Maßnahmengruppe Zusammenarbeit mit anderen Sektoren und Bereichen

## Zusammenarbeit mit anderen Bereichen



Darstellung: IfGP und GÖ FP

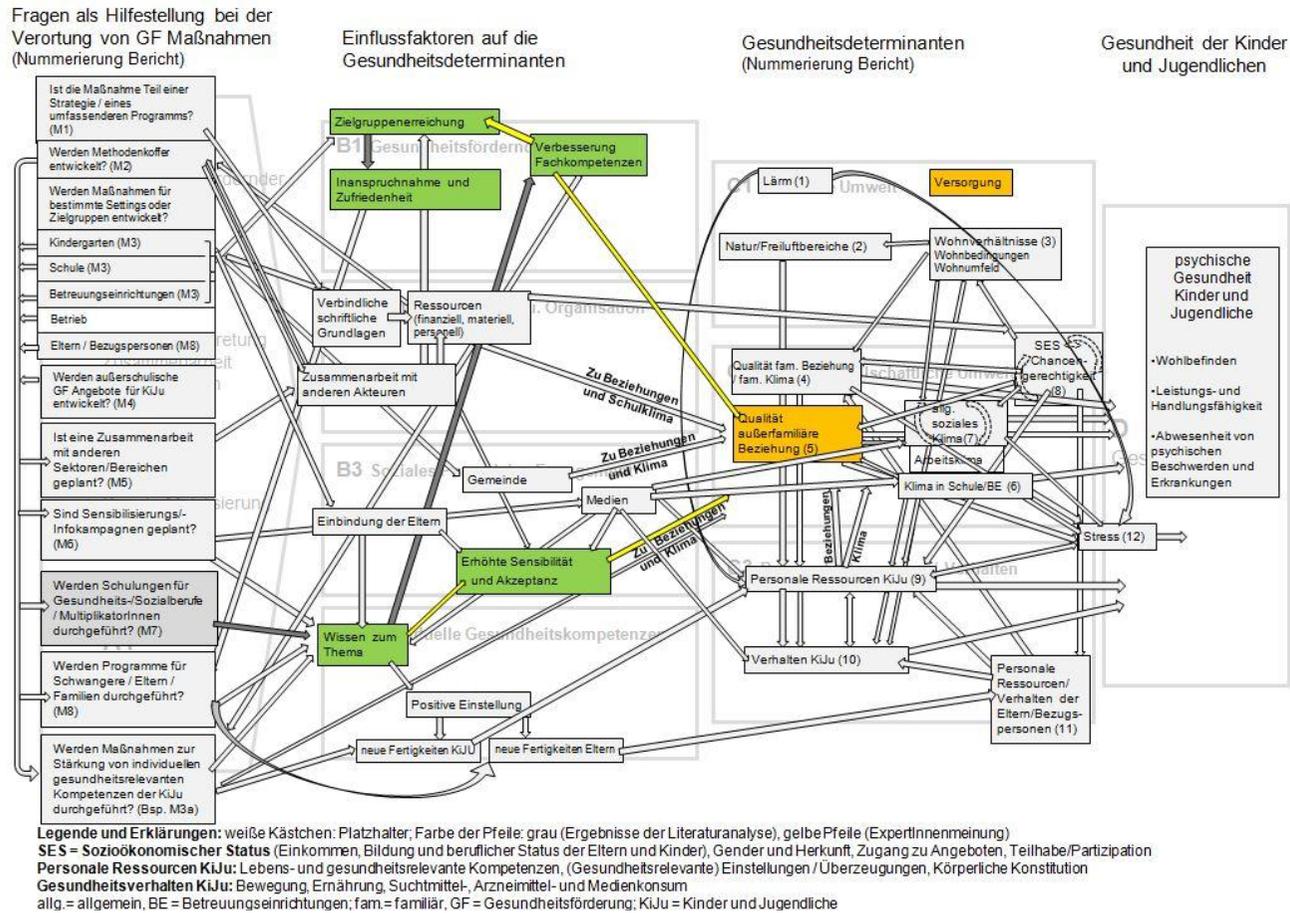
Abbildung A 6:  
Maßnahmengruppe Sensibilisierungs- und Informationskampagnen



Darstellung: IFGP und GÖ FP

Abbildung A 7:  
Maßnahmengruppe Schulungen für Gesundheits- und Sozialberufe und andere Multiplikatoren/Multiplikatorinnen

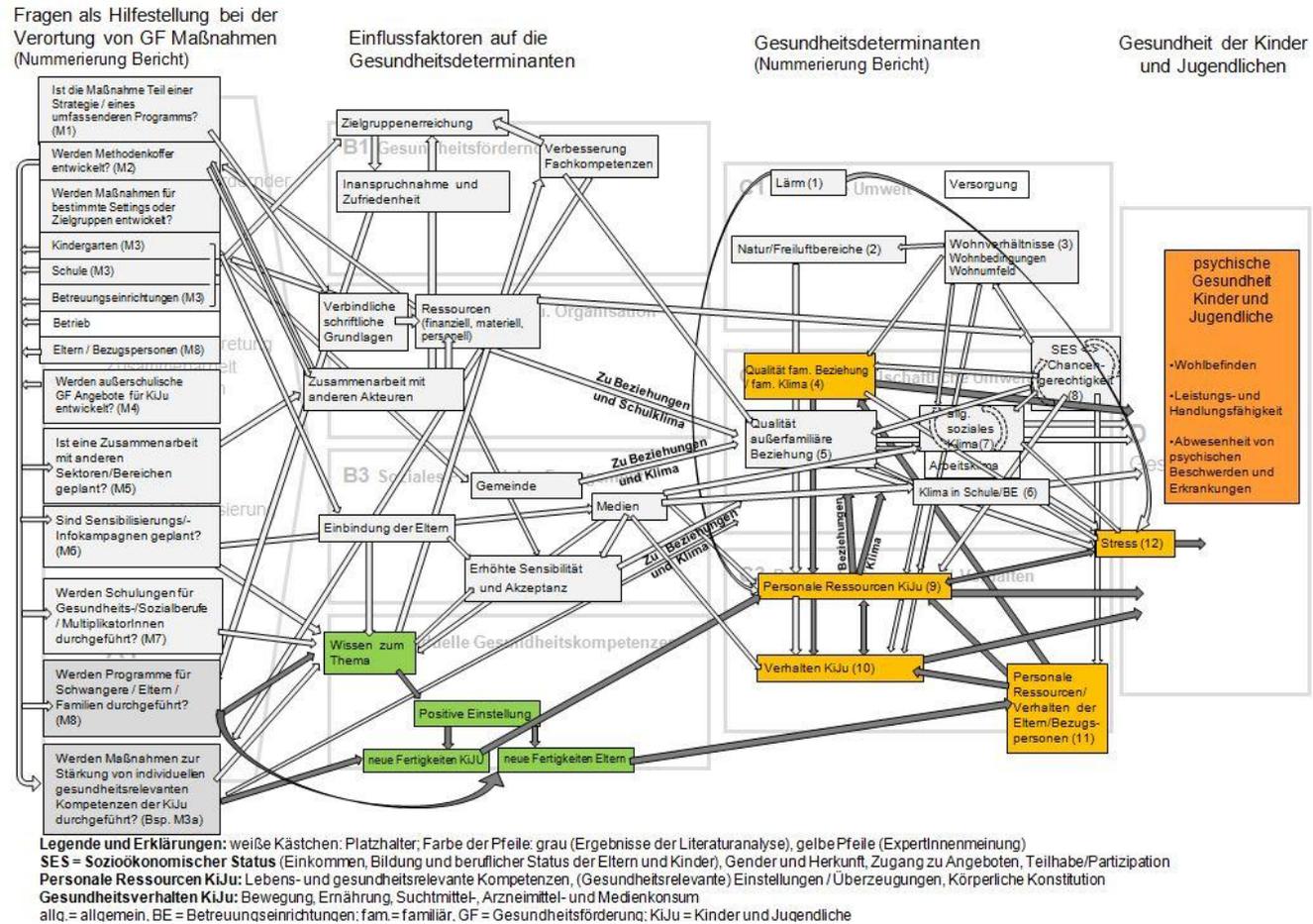
## Schulungen Gesundheits- und Sozialberufe



Darstellung: IfGP und GÖ FP

Abbildung A 8:  
Maßnahmengruppe Angebote für Schwangere/Eltern/Familien

## Programme für Schwangere / Eltern / Familien



Darstellung: IFGP und GÖ FP