

# **Eckpunkte der Bundesregierung für eine Präventionsstrategie**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
17.01.2013**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b> .....	3
<b>2. Eckpunkte der Bundesregierung für eine Präventionsstrategie</b> .....	5
2.1 Zielorientierte Prävention und Gesundheitsförderung .....	5
2.2 Qualitätssicherung .....	6
2.3 Finanzierung .....	7
2.4 Individuelle Beratung.....	8
<b>3. Vorschlag der BPTK: Nationales Aktionsprogramm     „Psychische Gesundheit“</b> .....	10
3.1 Handlungsbedarf.....	10
3.2 Eckpunkte .....	12
3.3 Maßnahmen .....	14
3.4 Initiativen der BPTK.....	16
<b>4. Beispiele wirksamer Prävention/guter Praxis</b> .....	18
4.1 Universelle Prävention .....	18
4.2 Selektive Prävention .....	19
4.3 Indizierte Prävention .....	20
<b>5. Literatur</b> .....	21

## 1. Einleitung

Die Potentiale von Prävention und Gesundheitsförderung werden bislang in Deutschland noch unzureichend genutzt. Angesichts einer älter werdenden Gesellschaft wird es immer dringlicher, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, die Entwicklung von Krankheiten zu vermeiden, Krankheitsanzeichen frühzeitig zu erkennen und zu begegnen sowie Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung rasch zu rehabilitieren. Dabei bedeutet frühzeitiges Handeln, schon bei Kindern und Jugendlichen initiativ zu werden, um ihnen ein gesundes Aufwachsen zu ermöglichen. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt daher die Absicht der Bundesregierung, die Prävention in Deutschland zu stärken, indem auf Gesundheitsziele orientierte, qualitätsgesicherte verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen implementiert und neben der universellen Prävention vor allem gesundheitlich besonders gefährdete Menschen erreicht werden sollen.

Die Präventionsstrategie der Bundesregierung wählt aus den vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten nationalen Gesundheitszielen die zwei Ziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ als prioritäre Handlungsfelder aus. Internationale Erfahrungen zeigen allerdings, dass eine ministerielle Festsetzung von Gesundheitszielen die Bereitschaft zur Umsetzung deutlich reduziert. Die BPTK fordert daher, die Akteure des Kooperationsverbundes auch an der Schwerpunktsetzung innerhalb des Katalogs bereits formulierter nationaler Gesundheitsziele zu beteiligen. Die geplante „Ständige Präventionskonferenz“ ist ein Gremium, das mit einer solchen Aufgabe betraut werden kann.

Psychische Erkrankungen gehören zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Heute gehen circa 13 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) auf psychische Erkrankungen zurück. Psychische Erkrankungen sind seit zehn Jahren der Hauptgrund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Mehr als jede dritte Frührente ist inzwischen durch dauerhafte psychische Erkrankungen verursacht. Psychische Erkrankungen stellen die Gesellschaft und insbesondere die sozialen Sicherungssysteme damit vor große Herausforderungen. Für ein konkretes Gesundheitsziel ist „psychische Gesundheit“ zu breit und unkonkret. In Gestalt eines eigenständigen Gesundheitsziels kann dem dringenden Handlungsbedarf daher nicht be-

gegnert werden. Die BPTK setzt sich dafür ein, in Ergänzung zu den vorgeschlagenen Eckpunkten einer Präventionsstrategie im Rahmen eines nationalen Aktionsprogramms „Psychische Gesundheit“ wirksame Präventionsansätze ressortübergreifend zusammenzuführen und damit zu stärken. Wird psychischen Erkrankungen frühzeitig durch niedrigschwellige Maßnahmen begegnet, können Wartezeiten auf eine leitliniengerechte Behandlung deutlich gesenkt und damit individuelles Leid reduziert und die Versorgungssysteme entlastet werden.

Die Bundesregierung stellt zudem fest, dass Gesundheitsförderung und Prävention als „gesamtgesellschaftliche (Querschnitts-)Aufgaben“ anzusehen sind und „nicht allein dem Gesundheitswesen oder einzelnen Akteuren aus diesem Bereich, wie der gesetzlichen Krankenversicherung zugeteilt werden können“. Diesem Anliegen folgt die Bundesregierung selber nicht, wenn sie beabsichtigt, die vorgeschlagenen Maßnahmen ausschließlich durch Anhebung der Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen zu finanzieren. Dieser Widerspruch dürfte verhindern, dass Kooperation und Vernetzung der beteiligten Akteure mit dem Ziel der Übernahme gesamtgesellschaftlicher Verantwortung erreicht werden.

## 2. Eckpunkte der Bundesregierung für eine Präventionsstrategie

Die Entwicklung von Krankheiten zu vermeiden, Krankheitsanzeichen frühzeitig zu erkennen und zu begegnen sowie Patientinnen und Patienten nach einer Behandlung rasch zu rehabilitieren wird angesichts einer älter werdenden Gesellschaft und eines zunehmenden Fachkräftemangels immer entscheidender. Dafür ist die flächendeckende und nachhaltige Implementierung qualitätsgesicherter, verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen notwendig. Die BPTK begrüßt die Absicht der Bundesregierung, dazu geeignete Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung besser verfügbar zu machen.

Primäres Ziel der Präventionsstrategie der Bundesregierung ist die Aktivierung der gesundheitlichen Eigenkompetenz und Eigenverantwortung in allen gesellschaftlichen Schichten. Dafür muss sie insbesondere auch Menschen in schwierigen Lebenslagen und in ihren Lebenswelten erreichen. Künftige Regelungen sollten neben universeller Prävention die Prävention für Risikopopulationen verstärken.

### 2.1 Zielorientierte Prävention und Gesundheitsförderung

Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind ein wichtiger Baustein in einem komplexen Gesundheitssystem, dessen Akteure unterschiedliche Prioritäten setzen. Vor diesem Hintergrund können nationale Gesundheitsziele eine wichtige Orientierung für die Handlungskoordination bieten.

Mit dem Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ gibt es in Deutschland bereits Erfahrungen in der Entwicklung, Implementierung und Evaluation nationaler Gesundheitsziele. Die BPTK begrüßt es daher ausdrücklich, dass die Bundesregierung beabsichtigt, die Erfahrungen und bisherigen Ergebnisse des Kooperationsverbundes zu nutzen und weiterzuentwickeln. Wie dabei allerdings die Verbindlichkeit der Zielumsetzung erhöht und gleichzeitig die Kooperationsbereitschaft der Akteure aufrechterhalten werden kann, ist derzeit offen.

Problematisch ist jedoch, wenn mit der Präventionsstrategie bereits vorab und damit „top down“ aus den vom Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“ entwickelten sieben Gesundheitszielen „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Er-

krankte früh erkennen und behandeln“, „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“, „Tabakkonsum reduzieren“, „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung“, „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken“, „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ sowie „Gesund älter werden“ die zwei Ziele „Gesund aufwachsen“ und „Gesund älter werden“ als prioritäre Handlungsfelder ausgewählt werden. Internationale Erfahrungen zeigen, dass eine solche Festsetzung von Gesundheitszielen den aktivierenden Impuls partizipativer Zielentwicklung konterkariert und die Bereitschaft zur Umsetzung reduziert. Die BPTK fordert daher, die an der Entwicklung der Ziele beteiligten Akteure auch mit der Schwerpunktsetzung innerhalb des Katalogs bereits formulierter nationaler Gesundheitsziele zu beauftragen. Die „Ständige Präventionskonferenz“ ist ein Gremium, das mit einer solchen Aufgabe betraut werden kann.

Eine beim Bundesminister für Gesundheit eingerichtete „Ständige Präventionskonferenz“ der relevanten Akteure, die die Entwicklung von Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen und deren Umsetzung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene regelmäßig vorstellt, bewertet sowie Wege und Möglichkeiten für die Weiterentwicklung aufzeigt, ist vor diesem Hintergrund ein zweckmäßiges Gremium. Sinnvoll ist daneben auch die Einrichtung einer Koordinierungsstelle auf Bundesebene zur Unterstützung von Kooperation und Vernetzung der Akteure.

## **2.2 Qualitätssicherung**

In der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind viele Akteure mit kreativen, innovativen und vielversprechenden Konzepten tätig. Das breite Spektrum möglicher Handlungsfelder wird dabei mit einer Vielzahl von Maßnahmen, häufig im Rahmen befristeter Projekte, bedient.

Einen gesetzlichen Rahmen in Bezug auf Inhalte und Qualität der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzierenden Maßnahmen geben die §§ 20 bis 26 SGB V mit der Definition von Leistungen zur Verhütung von Krankheiten, betrieblicher Gesundheitsförderung und arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren sowie der Förderung der Selbsthilfe bzw. Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten.

Die BPTK befürwortet den Vorschlag, dabei künftig die Qualitätssicherung zu stärken, damit nur jene Präventionsleistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, für die es eine hinreichend belegte Wirksamkeit gibt. Eine solche wissenschaftliche Fundierung ist dabei gleichermaßen für verhaltenspräventive wie für lebensweltbezogene Maßnahmen notwendig. Damit wird das Maßnahmen-spektrum auf wissenschaftlich fundierte Maßnahmen reduziert und gleichzeitig nachhaltig finanzierbar. Vor dem Hintergrund eines verantwortlichen Mitteleinsatzes hält die BPTK ein solches Vorgehen für gerechtfertigt und geboten. In dem vorgeschlagenen Bericht der „Ständigen Präventionskonferenz“ sollten dazu regelmäßig Daten zur Qualität und Wirksamkeit der Maßnahmen veröffentlicht werden.

Nicht verkannt werden darf dabei, dass im Gegensatz zur Kuration im Bereich der Prävention vergleichsweise wenige Maßnahmen umfassend evaluiert wurden. Daher kann diese Forderung nur bei gleichzeitiger Stärkung der Präventionsforschung und der Erarbeitung wissenschaftlich fundierter Präventionsprogramme eingelöst werden. Um zugleich auch eine Weiterentwicklung von präventiven Konzepten und Maßnahmen zu ermöglichen, sollte der Gesetzgeber vorsehen, dass in ausreichendem Umfang Steuermittel für Modellprojekte und ihre Evaluation zur Verfügung gestellt werden.

### **2.3 Finanzierung**

Vor allem Primärprävention wird heute zum Teil über Beitragsmittel der Sozialversicherungen, aber insbesondere im Kinder- und Jugendbereich auch über Steuermittel finanziert. Eine Abgrenzung der Finanzierungszuständigkeit hängt davon ab, ob eine Maßnahme der sozialen oder der gesundheitlichen Prävention zugeordnet wird. Diese Zuweisung ist jedoch oft nicht trennscharf vorzunehmen und meist auch nicht sachgerecht. Oft nutzen verschiedene Kostenträger sogar ähnliche Maßnahmen für unterschiedliche Zielsetzungen (z. B. soziale Kompetenztrainings sowohl zur Gewaltprävention als auch zur Suchtprävention). Darüber hinaus bedingen sich die Erfolge – beispielsweise von Maßnahmen zur Bildungs-, Entwicklungs- und Gesundheitsförderung – in der Regel wechselseitig.

Zumindest Primärprävention sollte unter eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung gestellt werden, damit durch verstärkte Koordination und Kooperation von Kostenträgern und Leistungserbringern eine umfassendere Gesamtstrategie möglich wird. Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verlangt eine entsprechend breite Finanzierungsgrundlage. Daher sollten neben den Sozialversicherungen, Bund, Ländern und Kommunen auch die private Krankenversicherung und die private Pflegeversicherung an der Finanzierung beteiligt werden.

Die Eckpunkte der Bundesregierung bieten dafür keine Lösung, sondern sehen lediglich eine Erhöhung der verfügbaren Mittel durch Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherungen für Präventionsleistungen vor. Sollte sich der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds nicht in einem entsprechenden Umfang erhöhen, fehlt die für eine präventive Gesamtstrategie notwendige Verbreiterung der Finanzierungsgrundlage.

## **2.4 Individuelle Beratung**

Ein niedrigschwelliger und möglichst kostenloser Zugang zu qualitätsgesicherten Angeboten ist eine Voraussetzung für die breite Nutzung von Maßnahmen der Primärprävention. Es ist zu begrüßen, dass vor diesem Hintergrund immer mehr Menschen im Rahmen eines individuellen Ansatzes oder eines Settingansatzes Angebote der Gesundheitsförderung wahrnehmen. Allerdings zeigt sich – insbesondere bei Risikopatientinnen und -patienten – dass die Verfügbarkeit von Angeboten allein oft nicht ausreicht, damit diese in Anspruch genommen werden. Hier könnte eine Verbesserung erreicht werden, wenn Patientenkontakte von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Teilnahmemotivierung genutzt werden. Voraussetzung wäre die Information der relevanten Leistungserbringer über qualitätsgesicherte und regional verfügbare Angebote.

Allein die Weitergabe von Informationen über Gesundheitsrisiken und geeignete Präventionsmaßnahmen reicht in der Regel nicht aus, um für eine Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu motivieren – insbesondere dann, wenn Maßnahmen auf eine Änderung von Lebensstilen (z. B. zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 oder Adipositas bei Kindern und Jugendlichen) abzielen. Vielmehr ist die Bereitschaft zur

Änderung konkreter Verhaltensweisen von einer Reihe motivationaler Faktoren abhängig, die oft nur schwer zu beeinflussen sind. Während Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hier qua Ausbildung bereits Spezialisten für Verhaltensänderung sind, müssten insbesondere Haus- oder Kinderärztinnen und -ärzte für eine motivierende Patientenberatung ausreichend qualifiziert werden. Darüber hinaus müssen entsprechende Beratungsleistungen, damit sie erbracht werden können, auch angemessen vergütet werden.

Das Spektrum präventiver Leistungen sollte auch dahingehend ausgeweitet werden, dass psychotherapeutische Interventionen als gezielte präventive Maßnahmen bei auffälliger, aber nicht krankheitswertiger Symptomatik möglich werden. Hier ist z. B. an Patientinnen und Patienten mit „Burnout“-Symptomen zu denken, die nicht das Vollbild einer depressiven Episode erreicht haben. Mittels präventiver psychotherapeutischer Intervention könnte erreicht werden, dass adäquate Konfliktbewältigungsstrategien erworben werden. Solche präventiven Maßnahmen sollten nach Möglichkeit auch aufsuchend in den Lebenswelten der Betroffenen angeboten werden können. Ergänzend sollten auch Gesundheitszentren, die die Arbeit von Selbsthilfegruppen koordinieren, aufgebaut bzw. gefördert werden. Die BPTK wertet es positiv, dass die Bundesregierung hier auf den erforderlichen Finanzierungsbedarf verweist, um ärztliche Beratungskompetenz stärker zu nutzen, wobei sich dieser Bedarf sowohl auf die Qualifizierung der Ärztinnen und Ärzte als auch auf die Erbringung wirksamer Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beziehen sollte.

Die BPTK unterstützt in diesem Zusammenhang auch die Erklärung der Bundesregierung, die bisherige Altersgrenze für die sogenannten U-Untersuchungen auf das Kindesalter von zehn Jahren anzuheben und damit die bestehende Versorgungslücke im Grundschulalter zu schließen. Nach einer Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahr 2009 soll dazu eine weitere U-Untersuchung im neunten Lebensjahr durchgeführt und ihre Einführung wissenschaftlich begleitet werden. Neben einer körperlichen Untersuchung soll dabei der Fokus insbesondere auf ADHS, Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens und damit auf den Bereich der psychischen Gesundheit gelegt werden.

### **3. Vorschlag der BPTK: Nationales Aktionsprogramm „Psychische Gesundheit“**

Psychische Erkrankungen gehören zu den Volkskrankheiten des 21. Jahrhunderts. Für ein konkretes Gesundheitsziel ist ihr Gegenstandsbereich jedoch zu breit und unkonkret. Über ein eigenes Gesundheitsziel kann dem dringenden Handlungsbedarf daher nicht begegnet werden. Die BPTK setzt sich vor diesem Hintergrund dafür ein, in Ergänzung zu den vorgeschlagenen Eckpunkten einer Präventionsstrategie nach dem Vorbild des Aktionsplans IN FORM im Rahmen eines nationalen Aktionsprogramms „Psychische Gesundheit“ wirksame Präventionsansätze ressortübergreifend zusammenzuführen und nachhaltig zu implementieren.

Wird psychischen Erkrankungen frühzeitig durch niedrigschwellige Maßnahmen begegnet, können schwere Krankheitsverläufe verhindert bzw. hinausgezögert oder Erkrankungsphasen verkürzt werden. Dies führt letztlich auch dazu, dass das Versorgungssystem entlastet wird und Wartezeiten auf eine leitliniengerechte Behandlung deutlich gesenkt werden können.

#### **3.1 Handlungsbedarf**

Nach der aktuellen repräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) leidet jeder dritte Erwachsene innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Nach der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS) zeigen sich psychische Auffälligkeiten in einer vergleichbaren Größenordnung bereits bei Kindern und Jugendlichen.

Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für die etwa 10.000 Selbsttötungen pro Jahr in Deutschland und fordern damit mehr Todesopfer als Straßenverkehrsunfälle. Die häufigsten psychischen Erkrankungen sind Depressionen und Angststörungen. Psychische Erkrankungen verursachen großes Leid für Betroffene und Angehörige. Sie stellen zugleich die Gesellschaft und insbesondere die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fehlen in Deutschland immer häufiger aufgrund von psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz. Inzwischen gehen circa 13 Prozent aller AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurück (BPTK, 2012). Von 2000 bis 2011 hat sich der Anteil von psychischen Er-

krankungen an allen Krankschreibungstagen etwa verdoppelt. Nach Berechnungen der BPTK gab es 2011 rund 200 AU-Tage je 100 Versicherte aufgrund psychischer Erkrankungen. Diese führen zu besonders langen Krankschreibungen.

Psychische Erkrankungen sind darüber hinaus seit mehr als zehn Jahren der Hauptgrund für das vorzeitige Ausscheiden aus dem Arbeitsleben. Mehr als jede dritte Frührente ist inzwischen durch dauerhafte psychische Erkrankungen verursacht. Das Alter bei Frühberentungen wegen psychischer Erkrankungen liegt mit 48 Jahren um drei Jahre unter dem Alter körperlich kranker Frühberenteter.

Auch psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben Auswirkungen für die Betroffenen und deren Familien und führen mittel- und langfristig zu hohen sozialen Folgekosten. Dazu gehören die Ausgaben für die Behandlung, aber auch schulische Misserfolge, fehlende Berufschancen, Arbeitslosigkeit, Heimaufenthalte und letztlich u. U. Inhaftierung. Der Umgang mit psychischen Erkrankungen ist daher nicht nur Aufgabe des Gesundheitswesens, sondern auch ein wichtiges Thema in der Kinder- und Jugendhilfe. Zu deren Aufgaben zählen u. a. die Gewährung von Eingliederungshilfen bei sogenannten seelischen Behinderungen sowie Hilfen zur Teilhabe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Allein bei den Eingliederungshilfen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche haben sich die Leistungsausgaben von 186 Millionen Euro in 1997 auf 664 Millionen Euro in 2009 mehr als verdreifacht (Statistisches Bundesamt, 2009).

Die gesamten mit psychischen Erkrankungen verbundenen direkten und indirekten Kosten steigen seit Jahren an. Psychische Erkrankungen standen 2008 mit Kosten von 28,5 Milliarden Euro an dritter Stelle in der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes. Die Ausgaben für Krankengeld stiegen von 2009 auf 2010 um acht Prozent auf inzwischen knapp acht Milliarden Euro. Grund ist insbesondere die Zunahme langwieriger psychischer Erkrankungen. Nach Schätzung der BPTK erfolgen gut ein Viertel der Krankengeldzahlungen und damit rund zwei Milliarden Euro jährlich aufgrund psychischer Erkrankungen. Die Ausgaben für Erwerbsunfähigkeitsrenten aufgrund psychischer Erkrankungen liegen bei etwa vier Milliarden Euro pro Jahr.

Vor diesem Hintergrund sollten wirksame verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen ergriffen werden, um die Entwicklung einer psychischen Erkrankung zu verhindern oder psychischen Erkrankungen frühzeitig durch niedrigschwellige Maßnahmen zu begegnen.

### 3.2 Eckpunkte

Ein nationales Aktionsprogramm „Psychische Gesundheit“ sollte über die Gesundheitsgefahren aufklären und Maßnahmen anbieten, die diesen Gefahren wirkungsvoll begegnen.

- *Über psychische Erkrankungen informieren:* Psychische Erkrankungen sind oft ein Tabuthema, denn psychisch kranke Menschen werden immer noch stigmatisiert. Zudem ist in der Bevölkerung nur wenig über Erkrankungsrisiken, Vorbeugung, Behandlungsmöglichkeiten oder Heilungschancen psychischer Erkrankungen bekannt. Damit werden große Chancen verpasst, der Entwicklung einer psychischen Erkrankung vorzubeugen, eine rasche Heilung zu ermöglichen oder die Folgen einer psychischen Erkrankung abzumildern. Dabei braucht nicht jeder Mensch, der mit der Bewältigung seiner psychosozialen Probleme überfordert ist, eine intensive und aufwändige Behandlung. In vielen Fällen reicht es aus, das Selbsthilfepotential der Menschen zu nutzen.
- *Settingorientiert und zielgruppenspezifisch handeln:* Prävention psychischer Erkrankungen ist insbesondere dann erfolgreich, wenn Menschen in ihren Lebenswelten erreicht werden. Vor allem dann können psychische Anforderungen innerhalb der Lebenswelten angemessen gestaltet, Belastungen ggf. reduziert sowie Ressourcen zum Umgang mit den Belastungen in diesen Lebenswelten gestärkt werden. Ein Aktionsprogramm sollte daher die relevanten Lebenswelten adressieren: z. B. die Familie, das Wohnviertel, die Kita und Schule oder den Arbeitsplatz. Zugleich kann Prävention nur dann erfolgreich sein, wenn sie sowohl die Kompetenzen des Einzelnen stärkt (Verhaltensprävention), als auch angemessene Umweltbedingungen (Verhältnisprävention) anstrebt. Dabei gilt es, Risiken in unterschiedlichen Stadien angemessen zu begegnen. Primärprävention ist sinnvoll, wenn keine Zielgruppe mit entsprechenden Risikofaktoren identifiziert werden konnte. Indizierte Prävention ist angezeigt, wenn Gruppen

mit besonderen Risiken für psychische Erkrankungen identifiziert werden können, wie z. B. Kinder psychisch kranker bzw. suchtkranker Eltern, Alleinerziehende, Erwerbslose oder Migranten. Indizierte Prävention sollte dabei nicht nur zielgruppenorientiert sein. Sie sollte darüber hinaus partizipativ konzipiert werden und eine gendersensible Perspektive einnehmen. Auch sollten weitere Aspekte von Diversität (z. B. Alter, ethnische Herkunft, kultureller Hintergrund, sozialer Status, Bildungshintergrund) integraler Bestandteil sein.

- *Interdisziplinär und vernetzt agieren:* Zielgruppenspezifische Maßnahmen zu unterschiedlichen Erkrankungsstadien erfordern die Beteiligung und Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen. Dabei sind zuvorderst jene Berufsgruppen einzubeziehen, die für die Gestaltung der jeweiligen Lebenswelten Verantwortung tragen. Damit kommt z. B. Kitapersonal, Lehrkräften und Führungskräften in den Betrieben eine wichtige Rolle zu. Darüber hinaus sind ggf. auch Einrichtungen wie Erziehungs-, Familien- oder Suchtberatungsstellen als unterstützende Institutionen einzubeziehen. Um sicherzustellen, dass im Bedarfsfall rechtzeitig wirksame Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden können, braucht es eine geeignete Vernetzung mit den entsprechenden Gesundheitsberufen, vor allem um das Vorliegen einer psychischen Erkrankung ausschließen zu können. Das ist die Voraussetzung dafür, dass bei subklinischen Symptomen effektive Präventionsmaßnahmen bzw. niedrigschwellige Hilfen angeboten werden und bei krankheitswertigen Störungen leitliniengerechte Behandlungs- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen eingeleitet werden.
- *Ressortübergreifend verantworten:* Die unterschiedlichen Maßnahmen und Settings eines nationalen Aktionsprogramms machen deutlich, dass Prävention nicht allein in die Zuständigkeit eines einzelnen Ressorts und damit einzelner Kostenträger und Leistungserbringer fällt. Ein Aktionsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit benötigt ressort- und trägerübergreifende Verantwortung. Für die adressierten Lebenswelten gibt es jeweils unterschiedliche zuständige Bundesressorts (z. B. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Bildung und Forschung) und unterschiedliche soziale Sicherungssysteme. Auch die Mitwirkung auf Länder- und

kommunaler Ebene ist erforderlich. Das Aktionsprogramm IN FORM hat gezeigt, dass ein konzertiertes Handeln nur dann möglich ist, wenn alle Akteure gemeinsame Ziele verfolgen.

### 3.3 Maßnahmen

Nachfolgend werden eine Reihe von Maßnahmen aufgeführt, die in einem nationalen Aktionsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland gebündelt werden sollten.

- a) *Information und Aufklärung:* Gerade in Bezug auf psychische Erkrankungen gibt es in der Bevölkerung noch große Unkenntnis über die verschiedenen Erkrankungen, Erkrankungsrisiken, Möglichkeiten der Prävention, Behandlungsansätze und Heilungschancen. Psychische Erkrankungen sind oft Tabuthema, psychisch kranke Menschen werden stigmatisiert. Damit werden große Chancen verpasst, bei potenziell Betroffenen die Entwicklung psychischer Erkrankungen zu verhindern, eine rasche Heilung zu ermöglichen oder die Folgen einer psychischen Erkrankung abzumildern.

Ein nationales Aktionsprogramm zur Förderung der psychischen Gesundheit sollte als zentrale Botschaften vermitteln, dass psychische Erkrankungen etwas Alltägliches und Normales sind, dass sie jeden treffen können, ob jung oder alt, männlich oder weiblich, hier geboren oder zugezogen. Über psychische Erkrankungen zu sprechen, darf nicht länger Tabu sein.

Ein nationales Aktionsprogramm sollte auch vermitteln, dass nicht jeder Mensch, der mit der Bewältigung seiner psychosozialen Probleme zeitweilig überfordert ist, eine intensive und aufwändige z. B. psychotherapeutische Behandlung braucht. In vielen Fällen kann es ausreichen, das Selbsthilfepotential der Menschen zu aktivieren.

Psychische Erkrankungen können unter spezifischen Bedingungsfaktoren entstehen. Daher sind auch gezielte Kampagnen sinnvoll, die spezifische Informationen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen liefern.

*Beispielmaßnahmen:* Schulprojekt „Verrückt? Na und!“, IQWiG Merkblatt: Vorbeugen von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

- b) *Verhaltensprävention:* Verhaltensprävention kann die Kompetenzen eines Menschen im Umgang mit Belastungen stärken. Dies kann im Rahmen salutogenetischer Konzepte erfolgen oder im Sinne von z. B. Stressbewältigungstrainings auf spezifische Belastungen fokussieren. Verhaltensprävention beginnt damit schon bei der Gestaltung des Alltags, der Aktivitäten für den Belastungsausgleich vorsehen sollte, z. B. Sport oder Zeiten zum Ausspannen. Auch werden spezifische Kompetenzen, z. B. in Entspannungs-, Kommunikations-, Selbstmanagement-, Konflikt- oder Stressbewältigungstrainings, eingeübt.

Mögliche Inhalte, die z. T. in angeleiteter Selbsthilfe oder als präventive psychotherapeutische Interventionen vermittelt werden, sind z. B. die Klärung eigener Ziele, Werte und Perspektiven, die Stärkung des Vertrauens auf die eigenen Handlungsmöglichkeiten oder die Fähigkeit zur Selbstregulation, das Hinterfragen von Perfektionismus, Förderung der emotionalen Kompetenz oder Konfliktfähigkeit. Darüber hinaus sollten störungsspezifische Interventionen zur gezielten Prävention bestimmter psychischer Erkrankungen, beispielsweise Depressionen, Angst- oder Suchterkrankungen genutzt werden. Entsprechende Maßnahmen, die in der Rehabilitation erfolgreich eingesetzt werden und in vielen Modellvorhaben erfolgreich erprobt wurden, sollten hier verstärkt auch im Bereich der Primär- und insbesondere Sekundärprävention erprobt und genutzt werden.

*Beispielmaßnahmen:* Aufbau allgemeiner Lebenskompetenzen und Fähigkeiten, Förderung von Stressbewältigungskompetenzen (Multimodales Stressmanagement), Unterstützung von Selbsthilfegruppen

- c) *Verhältnisprävention:* Zur Prävention psychischer Erkrankungen sollten auch die äußeren Anforderungen so gestaltet werden, dass sie nicht per se Belastungen, sondern nach Möglichkeit eine Quelle der Ressourcenbildung darstellen, weil z. B. Anerkennung und Wertschätzung erlebt werden.

Geeignete Maßnahmen mit Blick auf Kinder und Jugendliche sind Elterntrainings und die Fortbildung von Lehrern und Erziehern. Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist hier analog an die Fortbildung von Führungskräften zu denken, an Maßnahmen zur Teamentwicklung, an die Optimierung von Arbeitsumgebungen und Tätigkeitsanforderungen und an das betriebliche Gesundheitsmanagement im Allgemeinen.

Daneben sollten aber auch Gesetze und Verordnungen (z. B. Schulgesetze, Arbeitsschutzgesetz) mit Blick auf Regelungen zur Reduktion psychischer Belastungen und zur Bildung von Ressourcen geprüft und die Umsetzung der Vorgaben evaluiert sowie stärker kontrolliert werden.

*Beispielmaßnahmen:* Schulentwicklungsmaßnahmen zum Aufbau einer gesundheitsförderlichen Lernumgebung, Gefährdungsanalyse psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, Patenprogramme für Kinder psychisch kranker Eltern.

### **3.4 Initiativen der BPtK**

Die BPtK hat die Initiative ergriffen und Informationsmaterialien entwickelt, die im Kontext eines Aktionsprogrammes einsetzbar sind. Die Broschüren können im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt bzw. im Sinne der Sekundärprävention zur Beratung von Patientinnen und Patienten mit subklinischen Symptomen verwendet werden.

- BPtK-Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (EAP)

Immer mehr Unternehmen beauftragen externe Dienstleister, um Beschäftigte individuell bei arbeitsplatzbezogenen oder privaten Problemen zu beraten. Typische Beratungsanlässe sind private Sorgen, wie z. B. familiäre oder finanzielle Probleme, und Probleme am Arbeitsplatz, wie z. B. Konflikte mit Vorgesetzten oder das Gefühl des „Ausgebranntseins“ (Burnout). Die BPtK hat deshalb mit Unterstützung der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) eine Checkliste für Mitarbeiterberatungsprogramme (engl.: Employee Assistance Programs; EAP) herausgegeben, mit denen Unternehmen besser zwischen den Dienstleistern auswählen können.

Mithilfe der BPTK-Checkliste sollen Unternehmen EAP-Anbieter finden, die bedarfsgerechte Maßnahmen und ausreichende Qualifikationen ihrer Mitarbeiter oder Kooperationspartner sicherstellen. Ein Kriterium ist, dass bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung ohne Verzögerung die Abklärung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder entsprechend qualifizierte Fachärztinnen und -ärzte erfolgt und falls indiziert, rasch eine Behandlung vermittelt wird. Ein weiteres der insgesamt zehn Kriterien fordert, dass gefährdete, aber noch nicht erkrankte Mitarbeiter eine weitergehende Beratung, angeleitete Selbsthilfeprogramme oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen sowie Präventionsangebote erhalten, die von Entspannung und körperlicher Aktivität bis zu psychotherapeutischen Interventionen reichen können.

- Patienteninformation bei subklinischen Symptomen (in Vorbereitung)

Die BPTK wird in Kürze einen Patientenflyer herausgeben, der Patientinnen und Patienten mit subklinischen Symptomen bzw. ohne Indikation für Psychotherapie über weitergehende Maßnahmen informiert. Der Flyer richtet sich also an Personen, die wegen Beschwerden eine ärztliche oder psychotherapeutische Abklärung gesucht haben, bei denen aber keine Indikation für eine psychotherapeutische oder psychopharmakotherapeutische Behandlung besteht. Der Flyer gibt diesen Patientinnen und Patienten Anregungen, was sie selbst tun können, um mit psychischen Belastungen besser umzugehen oder ihre Folgen zumindest zu mildern.

## 4. Beispiele wirksamer Prävention/guter Praxis

Die nachfolgende Zusammenstellung zeigt exemplarisch eine Auswahl von evaluierten und wirksamen Praxisbeispielen, gegliedert nach universeller, selektiver und indizierter Prävention, die in einem nationalen Aktionsprogramm „Psychische Gesundheit“ berücksichtigt werden könnten.

### 4.1 Universelle Prävention

#### Verrückt? Na und!

„Verrückt? Na und!“ ist ein Aufklärungsprojekt der BARMER GEK und des Leipziger Vereins „Irrsinnig Menschlich“. In diesem Schulprojekt begegnen Schüler Menschen, die eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen haben, und Menschen, die auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit arbeiten. Ziel ist es, Jugendliche über psychische Erkrankungen zu informieren sowie Vorurteile und Ängste abzubauen. In einer Evaluationsstudie konnte gezeigt werden, dass es bereits mit einem eintägigen Projekt gelingen kann, die soziale Distanz zu psychisch kranken Menschen zu reduzieren (Conrad et al., 2010). Die Hemmschwelle, psychische Belastungen und Erkrankungen bei sich oder im Umfeld anzusprechen und somit Hilfen einzuleiten, sinkt. Die BPTK ist Kooperationspartner des Projektes. Weitere Informationen: <http://www.verrueckt-na-und.de/fact.html>.

#### MindMatters

MindMatters ist ein ursprünglich in Australien entwickeltes, aber inzwischen auch in Deutschland verbreitetes Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit für Schulen der Primarstufe und Sekundarstufe I. Es ist als Settingansatz der Gesundheitsförderung entwickelt worden und bezieht die gesamte Schule (Schülerinnen und Schüler, Lehrkräfte, Schulleitungen, nicht unterrichtendes Personal und Eltern) sowie das schulische Umfeld mit ein. Es basiert auf dem Konzept der „guten gesunden Schule“ und thematisiert Aspekte wie den Aufbau und Erhalt von Freundschaften, den Umgang mit Stress, Mobbing, Trauer sowie psychischen Beeinträchtigungen und Störungen. In Evaluationsstudien konnten die positiven Effekte auf die psychische Gesundheit der Schüler nachgewiesen werden (Franze & Paulus, 2009). Weitere Informationen: [www.mindmatters-schule.de](http://www.mindmatters-schule.de)

### **Klasse2000 – Stark und gesund in der Grundschule**

Klasse2000 ist ein bundesweit durchgeführtes Programm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung in der Grundschule. Es begleitet Kinder von der ersten bis zur vierten Klasse, um ihre Gesundheits- und Lebenskompetenzen frühzeitig und kontinuierlich zu stärken. Bewegung, gesunde Ernährung und Entspannung sind ebenso wichtige Bausteine von Klasse2000 wie der Umgang mit Gefühlen und Stress, Strategien zur Problem- und Konfliktlösung. Randomisierte Interventionsstudien belegen, dass der Beginn des Alkoholkonsums durch den Einsatz des Programms herausgezögert werden kann. Ergebnisse zeigen, dass Klasse2000 auch an Grundschulen in sozialen Brennpunkten akzeptiert und erfolgreich implementiert werden kann (Storck et al., 2008). Weitere Informationen: [www.klasse2000.de](http://www.klasse2000.de)

## **4.2 Selektive Prävention**

### **STEEP**

Sichere Eltern-Kind-Bindungen gelten als Schutzfaktor bei der Entwicklung psychischer Störungen. Das Programm richtet sich an hoch belastete junge Mütter und beginnt in der Regel im letzten Drittel der Schwangerschaft und endet zum zweiten Geburtstag des Kindes. Hauptziel ist die Entwicklung sicherer Eltern-Kind-Bindungen. Die Wirksamkeit wurde 1987 in den USA erstmals im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (randomized controlled trial, RCT) überprüft und konnte auch für Deutschland belegt werden (Suess et al., 2010). Weitere Informationen: <http://www.fruehehilfen.de/projekte/modellprojekte-fruehe-hilfen/praxisprojekte/wie-elternschaft-gelingt-wiege-steep-hamburg/>

### **AktivA**

Ziel dieses Gesundheitsförderungsprogrammes ist die Stärkung der psychosozialen Ressourcen von Erwerbslosen und der Erhalt ihrer Handlungsfähigkeit. Inhalte des viertägigen Programmes sind Aktivitätenplanung, konstruktives Denken, soziale Kompetenz und soziale Unterstützung sowie systematisches Problemlösen. Die Programmevaluation zeigt trotz der eher kurzen Trainingsdauer signifikante Verbesserungen bei der psychischen Gesundheit und im mittelfristigen Zeitraum von drei Monaten positive Effekte auf das psychosoziale gesundheitliche Befinden der Teilnehmer (Mühlpfordt et al., 2012). Weitere Informationen: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/aktiva/>

## 4.3 Indizierte Prävention

### **Freunde für Kinder**

Das Programm (Barrett et al., 2003) richtet sich an ängstliche Kinder und Jugendliche und soll Angststörungen und Depression vorbeugen, indem die emotionale Widerstandsfähigkeit und die Problemlösungsstrategien von Kindern erhöht werden. Das Programm zeigt, wie Kinder mit Angst erzeugenden Situationen umgehen und Probleme lösen können, stärkt das Selbstvertrauen und beugt damit Angst und Depression vor. Das Programm wurde in Australien evaluiert. Studien belegen die Wirksamkeit auch für die deutsche Adaptation. Die soziale Kompetenz der Kinder ist verbessert und psychische Symptome wie soziale Ängstlichkeit oder Zwangssymptome sind vermindert. Weitere Informationen:

<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.de.toolkit.297>

### **Probleme bewältigen – Fit im Job**

Das Gruppenprogramm (Schuster et al., 2011) hilft Personen, die aufgrund einer psychischen Störung von Arbeitsunfähigkeit bedroht sind oder bei denen bereits eine Arbeitsunfähigkeit aufgetreten ist, arbeitsplatzbezogene Konflikte und Probleme zu lösen oder Stressmanagementfähigkeiten zu erlernen, um den beruflichen Anforderungen wieder besser gewachsen zu sein. Neben störungsspezifischen Behandlungskomponenten (z. B. Depression, Angst, körperliche Symptome, Stress) setzen sich die Patientinnen und Patienten im Rahmen dieser psychotherapeutischen Soforthilfe gezielt mit Arbeitsplatzkonflikten (z. B. Mobbing) und psychisch bedingten Leistungsstörungen (z. B. Konzentrationsproblemen) auseinander. Weitere Informationen: <http://www.klinische-psychologie-mainz.de/abteilung/arbeitsunfaehigkeit.html>

## 5. Literatur

- Barrett, P., Webster, H., Turner, C., Essau, C.A. & Conradt, J. (2003). *Freunde für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression*. München: Reinhardt.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2012). *BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit: Psychische Erkrankungen und Burnout*. Zugriff am 03.09.2012. Verfügbar unter <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>.
- Conrad, I., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M.C. & Riedel-Heller, S. (2010). Präventiv und stigmareduzierend? Evaluation des Schulprojekts «Verrückt? Na und!». *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58, 2010, 257-264.
- Franze, M. & Paulus, P. (2009). Mind Matters – A programme for the promotion of mental health in primary and secondary schools. Results of an evaluation of the German language adaption. *Health Education*, 109, 369-379.
- Mühlpfordt, S., Rothländer, K. & Richter, P. (2012). Gesundheitsförderung bei älteren Langzeitarbeitslosen. *Public Health Forum*, 74, 29-31.
- Statistisches Bundesamt (2009). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe: Ausgaben und Einnahmen 2009*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Schuster, N., Haun, S. & Hiller, W. (2011). *Psychische Belastungen im Arbeitsalltag. Trainingsmanual zur Stärkung persönlicher Ressourcen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Storck, C., Duprée, T. & Bölskei, P.L. (2008). Erreicht schulische Gesundheitsförderung Kinder aus sozial benachteiligten Gruppen? Verbreitung und Umsetzung des Programms Klasse2000. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 3, 95-102.
- Suess, G. J., Bohlen, U., Mali, A. & Frumentia Maier, M. (2010). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt*, 53, 1143-1149.