

Bayerisches Staatsministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

**Bericht der Arbeitsgruppe 9
„Prävention und Früherkennung“**

**zur Fortschreibung des
Zweiten Bayerischen Landesplans zur Versorgung
psychisch Kranker und psychisch Behinderter**

**Leitung:
Prof. Dr. Becker
Chefarzt am Bezirkskrankenhaus Günzburg**

Hinweis:

Der Bericht der Arbeitsgruppe gibt ausschließlich das konsentierete Ergebnis der Arbeitsgruppe wieder. Die Bayerische Staatsregierung hat keinen Einfluss auf die Inhalte des Arbeitsgruppenberichts genommen und macht sich diese daher nicht zu Eigen.

1. Präambel

Wissenschaftliche Studien und die Statistiken der Kranken- und Rentenversicherungsträger ergeben insbesondere bei jungen Menschen eine gleich bleibend hohe Häufigkeit und bei Erwachsenen sogar eine stetige Zunahme psychischer Erkrankungen. Angesichts der großen volkswirtschaftlichen und individuellen Auswirkungen dieser Entwicklung müssen die Prävention und Früherkennung psychischer Erkrankungen zentrale Bausteine der psychiatrischen Versorgung werden. Der für viele Erkrankungen bestehende gesetzliche Anspruch auf Vorsorgemaßnahmen muss auch für den Bereich der psychischen Erkrankungen gewährleistet werden. Eine chronische psychische Erkrankung ist in der Regel mit einem hohen Armutsrisiko für die Betroffenen und ihre Familien verbunden. Mehrfacherkrankungen und die chronischen Verläufe psychischer Erkrankungen bringen ein Höchstmaß an Belastungen für Erkrankte und für ihre Familien mit sich. Eine hohe Suizidrate, Verelendung, Ausgrenzung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Auszehrung kennzeichnen das Leben Erkrankter und in Folge das ihrer Familien. Vorsorgemaßnahmen greifen an der Wurzel an, um die Benachteiligung durch psychische Erkrankungen zu verhindern. Die Zunahme psychischer Erkrankungen schlägt sich in steigenden Kosten der Gesundheits- und Sozialversorgung und in steigenden volkswirtschaftlichen Kosten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten nieder.

Wirksame Vorsorge stellt eine wichtige Investition in die Zukunft dar, die mittel- und langfristig zur Verminderung volkswirtschaftlicher Kosten und zur Erhöhung der Lebensqualität der Bevölkerung beiträgt. An der Entstehung psychischer Erkrankungen sind biologische, psychologische und soziale Faktoren beteiligt. Die Maßnahmen der Prävention müssen diesem Sachverhalt Rechnung tragen. Prävention bedarf einer intensiven Zusammenarbeit von Gesundheitssystem und sozialem Sektor. Das psychiatrische Versorgungssystem weist im internationalen Vergleich Schwächen bei der Koordination auf. Eine besondere Bedeutung erlangen damit Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Gemeindepsychiatrische Verbände oder Regionalverbände. Gesellschaftliche Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen können eine rechtzeitige Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen erschweren. Eine wirksame Prävention erfordert daher den Schutz von psychisch Erkrankten vor Diskriminierung und Stigmatisierung

sowie deren rechtliche Gleichstellung mit anderen, von chronischer Erkrankung betroffenen Menschen.

Formen von Prävention

Prävention soll die Entstehung von Krankheiten verhindern (primäre Prävention), die frühzeitige Erkennung von Erkrankungen ermöglichen (sekundäre Prävention) und die Folgen von Erkrankungen für die Betroffenen besser bewältigbar machen und dadurch frühzeitige Berentung und Pflegebedürftigkeit verhindern (tertiäre Prävention) (Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung 2003).

Primäre Prävention

Die primäre Prävention psychischer Erkrankungen umfasst alle Maßnahmen, die dazu beitragen, die Entstehung gravierender psychischer Erkrankungen zu verhindern. Hierzu gehört zum einen die Reduzierung bekannter Risikofaktoren besonders im Kindes- und Jugendalter, aber auch im Bereich des Arbeitslebens, beim Übergang vom Arbeits- ins Rentenalter und im hohen Lebensalter, zum anderen die Stärkung von Bewältigungsressourcen und die frühzeitige Intervention, wenn Risikofaktoren auftreten. Maßnahmen zur Vermeidung der Vernachlässigung, Misshandlung und des Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen gehören ebenso in den Bereich der primären Prävention wie Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Schule und Berufsleben und die Aufklärung der Bevölkerung über bekannte Risikofaktoren und die individuellen Möglichkeiten zu ihrer Verminderung. Der Prävention süchtigen Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen kommt eine große Bedeutung zu.

Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention psychischer Erkrankungen umfasst:

- Maßnahmen der frühzeitigen Entdeckung und Behandlung von Erkrankungen, um den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen;
- Maßnahmen, die nach einmalig (oder mehrfach) eingetretener Krankheit dem Ziel dienen, Wiedererkrankungen zu verhindern (Rückfallprophylaxe); sowie
- Maßnahmen mit dem Ziel, Chronifizierung zu vermeiden oder die Schwere von Krankheitsverläufen zu vermindern.

Hierzu gehören unter anderem Maßnahmen zur Verbesserung der Frühdiagnostik psychischer Erkrankungen z.B. durch Hausärzte, aber auch durch psychologische Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe sowie in Kindergärten, Schulen und Betrieben, zum anderen der möglichst frühzeitige Einsatz niederschwelliger Betreuungsangebote und geeigneter Behandlungsmaßnahmen im Frühstadium von Erkrankungen. Da die Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen in der Bevölkerung häufig mit negativen Vorurteilen besetzt ist, sind auch Maßnahmen zum Abbau der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen von großer Bedeutung.

Tertiäre Prävention

Die tertiäre Prävention psychischer Erkrankungen umfasst alle Maßnahmen, die dazu beitragen, den von einer psychischen Erkrankung betroffenen Menschen das Leben mit der Krankheit zu erleichtern, ihre Fähigkeit zu einer eigenverantwortlichen und selbst bestimmten Lebensführung möglichst lange aufrecht zu erhalten und ihnen eine weit reichende Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben zu ermöglichen. Hierzu gehören zum einen Maßnahmen der effektiven, wohnortnahen Rückfallprophylaxe, ausreichende Angebote zur Unterstützung einer selbständigen Lebensführung sowie zum anderen wirksame Maßnahmen zur Vermeidung beruflicher oder sozialer Desintegration bzw. zur beruflichen oder sozialen Wiedereingliederung. Auch im Bereich der tertiären Prävention ist die Bekämpfung der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu nennen, da diskriminierendes Verhalten im sozialen Umfeld oder im Berufsleben Desintegration fördert und Re-Integration erschwert.

2. Voraussetzungen einer wirksamen Prävention

2.1 Ausgangspunkt

Die Entstehung psychischer Erkrankungen ist multifaktoriell. Für viele Krankheitsbilder liegen klare Erkenntnisse über genetische Faktoren bei der Krankheitsentstehung vor. Biologische, individualpsychologische und soziale Faktoren kommen in der Entstehung spezifischer Erkrankungen zu jeweils unterschiedlichen Anteilen zur Wirkung. Epidemio-

logische Studien zeigen, dass negative psychosoziale Einflüsse in Kindheit und Jugend die Manifestation psychischer Erkrankungen begünstigen können (Egle, Hoffmann, & Steffens 1997). Prävention muss sich an den aktuell verfügbaren Möglichkeiten orientieren. Gleichzeitig müssen durch weitere Forschung die wissenschaftlichen Kenntnisse vertieft und Präventionsstrategien dem Erkenntnisfortschritt angepasst werden. Bei psychischen Erkrankungen finden sich ebenso wie beim Gesundheits- und Vorsorgeverhalten geschlechtsspezifische Ausprägungen. Präventionsangebote sollten sich an geschlechtsspezifischen Erfordernissen orientieren, sie sind darauf hin zu überprüfen, ob sie für Frauen und Männer gleichermaßen erreichbar sind.

2.2 Voraussetzungen wirksamer Primärprävention

Emotionale und physische Geborgenheit sowie soziale Zugehörigkeit, das Erlernen emotionaler, sozialer und alltagspraktischer Kompetenzen sowie die Verinnerlichung grundlegender gesellschaftlicher Normen und Wertvorstellungen in Kindheit und Jugend bilden wichtige Grundlagen psychischer Gesundheit (Egle, Hoffmann, & Steffens 1997). Prä- und perinatale biologische Belastungen, niedriger sozioökonomischer Status, schlechte Schulbildung der Eltern, ungünstige Wohnverhältnisse, familiäre Spannungen, unsicheres Bindungsverhalten, die psychische oder körperliche Erkrankung oder das Fehlen eines Elternteils, Erziehungsverhalten, Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen und andere Variablen stellen Risikofaktoren in Kindheit und Jugend dar. Die Bedeutung der einzelnen Risikofaktoren ergibt sich auch durch interaktive und kumulative Wirkungen. Den genannten Risikofaktoren stehen Schutzfaktoren gegenüber, welche negative Auswirkungen von Risikofaktoren vermindern können. Bekannte Schutzfaktoren sind z.B. eine dauerhaft gute Beziehung zu einer primären Bezugsperson, gutes familiäres Milieu, positive elterliche Einstellungen in Verbindung mit einem autoritativen Erziehungsstil, überdurchschnittliche Intelligenz, robustes, aktives und kontaktfreudiges Temperament, sicheres Bindungsverhalten, soziale Förderung, verlässlich unterstützende erwachsene Bezugspersonen (Egle, Hoffmann, & Steffens 1997). Resilienzstudien (Seligmann) kommen zu einem ähnlichen Ergebnis und stützen damit die Wirksamkeit frühzeitiger Prävention.

Im Bereich der primären Prävention ist die Familie oder die familienähnliche Lebensgemeinschaft wichtig für die Vermeidung psychischer Erkrankungen. Die Stärkung der familiären Erziehungs- und Bewältigungskompetenz muss unter Berücksichtigung von

Kontextbedingungen als Ausgangspunkt primärpräventiver Aktivitäten angesehen werden. Erziehungsaufgaben werden andererseits auch von vorschulischen Betreuungseinrichtungen und dem Schulsystem übernommen. Die derzeitige Zunahme von Arbeitsausfällen aufgrund psychischer Erkrankungen verweist darauf, dass die Arbeitswelt für die Primärprävention psychischer Störungen an Bedeutung gewinnt. Nach dem Eintritt in das Rentenalter und im hohen Lebensalter erhöht sich das Risiko depressiver und demenzieller Erkrankungen. Primärpräventive Maßnahmen zur Unterstützung eines gesunden Alterungsprozesses und zur Bewältigung von Krisensituationen, z.B. bei schwerer körperlicher Erkrankung, beim Tod des Partners oder aber bei einem als krisenhaft erlebten Übergang vom Berufsleben in den Ruhestand können hier einen wirksamen Beitrag leisten.

2.3 Voraussetzungen wirksamer Sekundärprävention

Um die Möglichkeiten frühzeitiger Entdeckung und Behandlung psychischer Erkrankungen, d.h. der sekundären Prävention zu nutzen, ist die Identifizierung der Anzeichen psychischer Störungen in der Familie, im Erziehungssystem, auf der betrieblichen Ebene und in Einrichtungen der Altenpflege Voraussetzung. Das große Erfahrungspotential und die Expertise der von Krankheit betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen sind zu nutzen, wenn Wiedererkrankung verhindert und Rückfällen vorgebeugt werden soll. Eine rechtzeitige Hinzuziehung psychologischer oder psychiatrischer Fachkompetenz ist wichtig. Der Erfolg sekundärer Prävention hängt wesentlich davon ab, dass ein entsprechendes Angebot an frühdiagnostischer und –therapeutischer Kompetenz verfügbar ist und dass deren Inanspruchnahme nicht durch finanzielle, organisatorische und bürokratische Hürden oder durch Angst vor Stigmatisierung erschwert wird. Da die meisten Menschen bei der Wahrnehmung von ersten Anzeichen psychischer Erkrankungen zunächst Rat und Hilfe in allgemeinen Hilfeeinrichtungen suchen, müssen Kompetenzen bei Pädiatern und Hausärzten, bei Psychologen und Sozialarbeitern in der Jugendhilfe, bei den im Bildungssystem Tätigen sowie in Altenpflegeeinrichtungen vorhanden sein. Neben spezifisch-psychiatrischen Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte können bevölkerungsbezogene Informationsprogramme über Anzeichen, Merkmale und Behandlungsmethoden psychischer Erkrankungen helfen, Unsicherheiten und Berührungsängste im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Beratung bzw. Behandlung zu vermindern. Zu berücksichtigen sind geschlechtsspezifische Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens: So greifen Frauen bei psychischen

Problemen eher auf soziale Netzwerke und professionelle Hilfe zurück, während Männer den Eintritt in das Hilfesystem scheuen. Darüber hinaus deuten neuere Studien darauf hin, dass die Depression bei Männern aufgrund der geschlechtsspezifischen Ausprägung der depressiven Symptomatik häufig unerkannt bleibt.

2.4 Voraussetzungen wirksamer Tertiärprävention

Die tertiäre Prävention psychischer Erkrankungen basiert im Wesentlichen auf Maßnahmen zur Rückfallvermeidung bzw. zur sozialen und beruflichen Reintegration im Rahmen der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Voraussetzungen einer wirksamen Tertiärprävention sind ein flächendeckendes wohnortnahes Angebot stationärer und ambulanter psychiatrischer Behandlung, die Verfügbarkeit moderner therapeutischer Verfahren und Medikamente, ein flächendeckendes System abgestufter alltagspraktischer und psychosozialer Hilfsangebote sowie ein entsprechendes Angebot beruflicher Wiedereingliederungsmaßnahmen. Erfolgreiche Tertiärprävention bedarf der Verminderung der Stigmatisierung psychisch Kranker. Ein zentraler Aspekt der Tertiärprävention besteht in der engen Kooperation zwischen dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Expertensystem, den psychisch Erkrankten (auch Psychiatrie-Erfahrenen) sowie den betroffenen Angehörigen. Langfristige Behandlungs- und Beratungs- und Betreuungsprozesse profitieren von einer kooperativen Beziehung zwischen Arzt, Betreuer, Patient und Angehörigen. Maßnahmen zur Förderung des Krankheitsverständnisses, die Nutzung der individuellen und familiären Ressourcen und der Expertise aller Betroffenen zur Rückfallprävention haben sich als erfolgreich erwiesen und müssen Teil des Hilfsangebots sein. Hervorzuheben ist die Rolle der sozialpsychiatrischen Dienste, von Suchtberatungsstellen und Kriseninterventionsangeboten mit hoher präventiver multiprofessioneller Kompetenz als niederschwellig erreichbaren Angeboten, die gemeindenah sind und aufsuchend tätig werden. Die Entfernung zu den Zielgruppen und in der örtlichen Gemeinde verankerten Multiplikatoren ist hier gering. Die Stärkung der individuellen Selbsthilfe trägt erheblich zur Rückfallprophylaxe bei. Eine wirksame Rückfallprophylaxe fordert die Behandlungskontinuität von stationärer und ambulanter Behandlung sowie die Kommunikation zwischen Behandlern, Erkrankten und Familie. Ein sachlicher Informationsstand zu psychischen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung fördert gute Tertiärprävention. So kann die Information über Anzeichen, Merkmale und Behandlungsmöglichkeiten

psychischer Erkrankungen zum Abbau von Unsicherheiten und Ängsten beitragen und dadurch die Rechtzeitigkeit und Kontinuität therapeutischer Maßnahmen fördern. Gleichzeitig kann die Aufklärung über psychische Erkrankungen in Verbindung mit Informationen über die Lebenssituation betroffener Menschen und ihrer Familien die Toleranz und die Integrationsbereitschaft in der Allgemeinbevölkerung, bei Arbeitgebern und Arbeitskollegen erhöhen. Bei Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung müssen neben den Fähigkeiten und Ressourcen Betroffener auch die wechselnden Anforderungen des Arbeitsmarktes berücksichtigt werden. Die Mitbetroffenheit der Familie, auch das mit einer elterlichen Erkrankung einhergehende Risiko für Kinder der Betroffenen, psychische Störungen zu entwickeln, ist stärker zu berücksichtigen. Die (Wieder-) Erlangung von Erziehungskompetenz und die Unterstützung bei alltagspraktischen Tätigkeiten sollte neben der beruflichen Wiedereingliederung zu den Rehabilitationszielen gehören.

3. Situationsanalyse gegenwärtiger Präventionsmaßnahmen

3.1 Primärprävention

Eine Analyse der Effektivität primärpräventiver Maßnahmen ist schwierig, da anzunehmen ist, dass ein Spektrum unspezifischer Maßnahmen, z.B. im Bereich der Familien-, Sozial- und Bildungspolitik, der Gesundheitspolitik und der Kinder- und Jugendarbeit, zur Vermeidung psychischer Erkrankungen beitragen kann. An der Trägerschaft dieser Maßnahmen sind sowohl staatliche Einrichtungen als auch Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Vereine und private Initiativen beteiligt. Die hohe Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen, der seit einigen Jahren zu verzeichnende Anstieg der Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen und die Prognosen der Weltgesundheitsorganisation hinsichtlich eines künftigen Anstiegs depressiver Erkrankungen machen deutlich, dass eine Verstärkung der Primärprävention bei psychischen Erkrankungen unabdingbar ist. Im Folgenden sollen deshalb die offensichtlichen Defizite der gegenwärtigen Präventionspolitik hervorgehoben werden.

- Maßnahmen zur Stärkung der familiären Erziehung wurden im Rahmen von Modellprojekten erfolgreich erprobt (Suckfüll & Stillger 1999), eine systematische Umsetzung erfolgte in Deutschland bislang nicht. Erziehungskompetenz wird häufig als ei-

ne „naturegegebene“ menschliche Fähigkeit angesehen, die keiner speziellen Förderung bedarf. Die vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen in Familien zu stärken, kann primärpräventiv wirksam sein.

- Die Präventionskompetenz in vorschulischen Betreuungseinrichtungen und Schulen ist derzeit noch gering. Das Verhältnis von Schulpsychologen zu Schülern beträgt in Bayern ca. 1:5000. Lehrer fühlen sich durch Aufgaben im Bereich der Primärprävention oft überfordert.
- Eine Bestandsaufnahme und Beurteilung von Maßnahmen in diesem Bereich wird dadurch erschwert, dass verschiedene administrative Ebenen mit überlappenden Zuständigkeiten und Verantwortungsbereichen beteiligt sind. So bestehen Zuständigkeiten der Justiz, der Gesundheitsämter, der Jugendfürsorge, der Schulverwaltung sowie der Träger vorschulischer Erziehungseinrichtungen. Darüber hinaus leisten Organisationen und Einrichtungen wie z.B. der Kinderschutzbund, Familien- oder Erziehungsberatungsstellen, Kirchen, Vereine u.v.a. Beiträge.
- Die Mehrzahl der genannten Institutionen kann erst dann aktiv werden, wenn Risikofaktoren wie z.B. Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch bereits in erheblichem Umfang aufgetreten sind. Die primärpräventive Effektivität der verschiedenen Institutionen hinsichtlich der Vermeidung psychischer Erkrankungen wird nicht genutzt.

3.2 Sekundärprävention

Wie bei der Primärprävention tragen auch in der Sekundärprävention viele unspezifische Maßnahmen und Angebote, z.B. der Sozial- und Gesundheitsversorgung zur Früherkennung psychischer Erkrankungen bei. Bislang gibt es in Deutschland im Bereich von Psychiatrie und Psychotherapie wenige Programme zur Sekundärprävention im Sinne der gezielten Früherkennung psychischer Erkrankungen. Wichtige Initiativen sind in diesem Zusammenhang die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Kompetenznetze Depression, Schizophrenie und Demenz. Das „Nürnberger Bündnis gegen Depression“ im Rahmen des Kompetenznetzes Depression stellt eine wichtige Präventionsinitiative dar (Hegerl et al. 2003). Wichtig sind die Initiativen der Betroffenenorganisationen psychisch Erkrankter (Psychiatrie-Erfahrener) sowie ihrer Angehörigen,

deren Aktivitäten die Sekundärprävention stärken können. Neben pharmakologischen Behandlungsverfahren sind psychologische Angebote (z.B. kognitive Verhaltenstherapie, Training sozialer Fertigkeiten) wirksam.

Die 1998 eingeführte Jugendgesundheitsuntersuchung (U 10, zwischen 13. und 14. Lebensjahr) sieht u.a. die Erfassung des psychischen Entwicklungsstandes vor, jedoch wird diese Untersuchung bislang nur von ca. 10-15% der Jugendlichen in Anspruch genommen. Angesichts der körperlichen und psychischen Veränderungen während der Pubertät dürfte die sekundärpräventive Wirkung einer einmaligen Untersuchung, deren Schwerpunkt bei der körperlichen Gesundheit liegt, selbst dann begrenzt sein, wenn mehr Jugendliche teilnehmen. Zusätzliche Probleme und Möglichkeiten für Frühdiagnose und Frühbehandlung psychischer Erkrankungen sind:

- In ländlichen Regionen ist frühdiagnostische und -therapeutische Hilfe durch Kinder- und Jugendpsychiater gegenwärtig nicht hinreichend verfügbar (Frick 2000).
- Psychiatrisch-frühdiagnostische Kompetenz bei Kinder- und Allgemeinärzten sollte in der fachärztlichen Weiter- und Fortbildung gefördert werden.
- In vorschulischen Betreuungseinrichtungen und Schulen fehlen ausreichende Fortbildungsangebote für Mitarbeiter, um das Wissen über Zeichen psychischer Erkrankung zu mehren.
- Organisationen der Angehörigen-Selbsthilfe können Erfahrungen aus dem Verlauf psychischer Erkrankungen auch als sekundär präventive Maßnahme einbringen.
- In der betrieblichen Gesundheitsvorsorge sollten psychologisch-psychiatrische Angebote gestärkt werden, um Frühdiagnostik und Therapie zu ermöglichen.
- Im Bereich der betrieblichen Sekundärprävention könnte auf Stigma-Erfahrungen eingegangen werden.
- Die Altenpflege ist ein wichtiges Feld sekundärer Prävention. Psychologisch-psychiatrische Fachkompetenz kann dazu beitragen, frühzeitig altersspezifische psychische Erkrankungen wie Depression oder Demenz zu entdecken. Dies kann zur

Vermeidung unsachgemäßer Medikamentenverordnung und zur Einleitung frühzeitiger Therapiemaßnahmen beitragen.

3.3 Tertiärprävention

Die tertiäre Prävention psychischer Erkrankungen wird von psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen, niedergelassenen Fachärzten, von extramuralen oder ambulanten und Rehabilitationseinrichtungen, aber zu einem wesentlichen Teil auch von Familienangehörigen und Selbsthilfegruppen geleistet. Hier kommt dem Dialog zwischen Betroffenen, Professionellen und Angehörigen eine besondere Bedeutung zu. Neben der psychopharmakologischen Rückfallprophylaxe umfasst das Spektrum tertiärpräventiver Maßnahmen verschiedene psychiatrisch-psychotherapeutische Verfahren, Soziotherapie sowie Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation. Rehabilitative Maßnahmen fallen für unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder sehr unterschiedlich aus. Im Verlauf der letzten 20 Jahre wurde die Dauer stationärer psychiatrischer Aufenthalte reduziert, jedoch ist die Häufigkeit stationärer Einweisungen im gleichen Zeitraum ebenso deutlich angestiegen. Dies spricht dafür, dass das Ziel wirksamer Rückfallvermeidung bislang nicht in zufrieden stellendem Umfang erreicht werden konnte. Als Ursachen dieser Entwicklung werden folgende Gründe angesehen:

- Die Koordination zwischen verschiedenen Behandlungs- oder Betreuungsformen und Kostenträgern ist nicht einfach und der Wille zur Kooperation ist noch nicht ausreichend vorhanden.
- Die Umsetzung rückfallprophylaktischer Maßnahmen bleibt hinter den evidenzbasierten Möglichkeiten zurück. Drehtüreffekte (wiederholte stationäre Einweisungen in kurzen Zeitabständen) sind deutlich.
- Mangelnde Behandlungcompliance trägt zu Rückfällen und zur Notwendigkeit stationärer Behandlungen bei. Maßnahmen zur Förderung der Behandlungcompliance werden nicht ausreichend gefördert.
- Betreuende Familien erhalten nicht ausreichend Hilfen zur Bewältigung ihrer Betreuungsaufgaben für erkrankte Familienangehörige.

- Die frühzeitige ambulante Krisenintervention ist nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet.
- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation sind zu wenig an den Ressourcen Betroffener und an den Anforderungen des Arbeitsmarktes orientiert.
- Eine ausreichende Förderung von Selbsthilfegruppen gibt es gegenwärtig nicht.
- Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber auch gegenüber modernen, insbesondere medikamentösen Behandlungsmethoden sind in der Bevölkerung nach wie vor weit verbreitet. Maßnahmen zur Reduzierung von Vorurteilen und Stigmatisierungen werden gegenwärtig nicht in ausreichendem Umfang gefördert.
- Niederschwellige Beratungs- und Betreuungsangebote werden aufgrund der schwierigen Situation der Finanzhaushalte bei den Leistungsträgern zurückgefahren.

4. Ziele zukünftiger Präventionsanstrengungen

Viel ist gewonnen, wenn die vorhandenen Möglichkeiten zur Vermeidung psychischer Erkrankungen und zur Verhinderung negativer Krankheitsfolgen genutzt und finanziert werden. Die gesetzliche Verankerung von Prävention als zentrales Ziel der Gesundheits- und Sozialpolitik ist geplant. Daraus können sich Veränderungen der gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten zur Prävention ergeben. Die Ziele für künftige Anstrengungen zur Prävention psychischer Erkrankungen können wie folgt formuliert werden.

4.1 Primärziele:

- Die Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen soll nachhaltig gesenkt werden.
- Die Rate der im Frühstadium entdeckten psychischen Erkrankungen soll erhöht und die frühzeitige Behandlung intensiviert werden. Dabei sind die Risiken der Nichtent-

deckung und der falsch positiven Diagnose ernsthafter psychischer Erkrankungen sorgfältig gegeneinander abzuwägen.

- Die Rückfallhäufigkeit und die Chronifizierungsrate bei psychischen Erkrankungen und die berufliche und soziale Desintegration von Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen reduziert und die Reintegration bereits von Desintegration betroffener Patienten soll verbessert werden.

4.2 Sekundärziele:

- Präventionsmaßnahmen müssen auf den drei Ebenen von Prävention definiert werden.
- Das Ziel der Prävention psychischer Erkrankungen muss zu einem Hauptziel der Gesundheits- und Sozialpolitik gemacht werden.
- Auf allen Präventionsebenen muss der Abbau belastender Faktoren mit der Stärkung von Bewältigungsressourcen und der Erweiterung von Möglichkeiten zu eigenverantwortlichem Handeln (empowerment) einhergehen. Die Stärkung von Bewältigungsressourcen und die Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten soll Vorrang vor Versorgung und Reglementierung haben.
- Selbsthilfebemühungen von psychisch Erkrankten (Psychiatrie-Erfahrenen) und ihrer Angehörigen müssen gezielt gefördert werden.
- Die Prävention psychischer Erkrankungen muss bei der gesetzlichen Regelung der Prävention als wichtiger Bestandteil gesundheitlicher Prävention hervorgehoben werden.
- Die Finanzierung der Prävention psychischer Erkrankungen muss verbindlich geregelt werden. Die Prävention psychischer ist der Prävention somatischer Erkrankungen gleichzustellen.

- Die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten soll gefördert werden.
- Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegenüber psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlungsmethoden müssen abgebaut werden
- Die Erforschung innovativer Ansätze der primären, sekundären und tertiären Prävention psychischer Erkrankungen muss intensiviert werden.

5. Empfehlung von Maßnahmen

Risikofaktoren für die Entstehung psychischer Störungen ändern sich mit den Lebensphasen. Präventive Maßnahmen sollten sich an den biografischen Phasen und an den ihnen entsprechenden Risikofaktoren orientieren. Je früher geeignete Maßnahmen einsetzen, desto effektiver können präventive Maßnahmen sein. Besonderes Augenmerk ist auf die Entwicklung im Kindes- und Jugendalter zu richten.

5.1 Prä- und perinatale Phase und Säuglingsalter

In dieser Lebensphase steht die Befriedigung elementarer körperlicher und psychischer Bedürfnisse zunächst im Mittelpunkt. Es folgen Entwicklungsprozesse wie der Spracherwerb und die Ausbildung motorischer Fähigkeiten. Ursachen vielfältiger späterer Störungen können auf Fehlentwicklungen während der frühen Lebensphase zurückgeführt werden. Neben biologischen Ursachen können vor allem Überforderung der Eltern oder umweltbedingte Belastungsfaktoren Gründe für Fehlentwicklungen sein. Der besondere Unterstützungsbedarf allein Erziehender ist zu berücksichtigen.

5.1.1 Primärprävention:

- Die Vermeidung von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen ist von zentraler Bedeutung. Maßnahmen zur Vorbereitung auf mögliche psychische Belastungen durch die Übernahme der Elternrolle sollten intensiviert werden.

- Eine wichtige Funktion erfüllt die Unterstützung der Eltern bzw. der Familie in den ersten Wochen nach der Geburt. Alltagspraktische Fertigkeiten und Kompetenzen zur Bewältigung der aus der Elternrolle resultierenden Belastungen sind wichtig. Weiterführende Hilfsangebote sollten verfügbar sein.
- Die finanzielle Absicherung der Grundbedürfnisse von Kindern und Eltern muss unabhängig vom Erwerbsstatus der Eltern gewährleistet sein.

5.1.2 Sekundärprävention:

- Bei den Kindervorsorgeuntersuchungen sollte der Erfassung der psychischen Entwicklung und möglicher Anzeichen psychischer Störungen ein größerer Stellenwert eingeräumt werden.
- Die flächendeckende Verfügbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungskompetenz ist sicherzustellen.
- Die rechtzeitige Inanspruchnahme psychiatrischer Fachkompetenz sollte durch Information und Verminderung von Vorurteilen gefördert werden.

5.1.3 Tertiärprävention:

- Die flächendeckende Verfügbarkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungskompetenz muss sichergestellt werden.
- Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen und ihrer Behandlung müssen durch Aufklärungsmaßnahmen abgebaut werden, da sie zur Vermeidung einer rechtzeitigen Inanspruchnahme rehabilitativer Angebote beitragen.

5.2 Kleinkindalter und Grundschulalter

In diesem Altersbereich finden wichtige kindliche Entwicklungsprozesse statt. Mit dem Eintritt in Kindergarten und Grundschule beginnt der Prozess der Ablösung von der

Kernfamilie als ausschließliches soziales Bezugssystem. Erziehungs- und Betreuungsfunktionen werden von Kindergarten und Schule übernommen. Sowohl für das Kind als auch für die Eltern stellen sich in diesem Alter viele Anpassungsanforderungen, für deren Bewältigung emotionale und soziale Kompetenzen benötigt werden. Defizite müssen frühzeitig erkannt und durch gezielte Fördermaßnahmen abgebaut werden. Es treten altersspezifische Formen psychischer Störungen wie z.B. Hyperaktivität oder Sprach- und Sprechstörungen bzw. Störungen des Sozialverhaltens sowie emotionale Störungen auf. Zur Gesamtprävalenz psychischer Störungen gibt es im Alter von 8 Jahren Angaben bis ca. 20%. Die Ebenen der Sekundär- und Tertiärprävention sind wichtig.

5.2.1 Primärprävention:

- Maßnahmen zur Stärkung der familiären Bewältigungskompetenz sollten für alle Bevölkerungsschichten verfügbar sein.
- Informationsangebote werden vor allem von Mittelschichtfamilien in Anspruch genommen. Das Erreichen anderer Zielgruppen sollte angestrebt werden.
- Maßnahmen zur Erziehungsberatung und Erziehungshilfe müssen flächendeckend und unbürokratisch verfügbar sein.
- Die Förderung sozialer und emotionaler Kompetenz von Kindern sollte im Bereich vorschulischer Erziehungseinrichtungen und in Grundschulen intensiviert werden.
- Der Verhinderung von Gewalt und sexualisierter Gewalt an Mädchen und Jungen durch geeignete sozialpädagogische, schulische und polizeiliche Präventionsprogramme ist besondere Aufmerksamkeit zu widmen.
- Grundkenntnisse zur Hilfestellung in individuellen oder familiären Belastungssituationen bzw. bei Vernachlässigung und Misshandlung sollten bei Mitarbeitern von Kindergärten sowie Lehrkräften von Grundschulen gefördert werden.

5.2.2 Sekundärprävention:

- Bei den vom 2. bis 5. Lebensjahr vorgesehenen Kindervorsorgeuntersuchungen sollte der Erfassung der psychischen Entwicklung und von Anzeichen psychischer Störungen Raum gegeben werden. Spezifische Fortbildungsangebote für Kinderärzte sind notwendig.
- Eine Erweiterung der Kindervorsorgeuntersuchungen für 6–10-Jährige mit einer besonderen Gewichtung der Früherkennung psychischer Erkrankungen ist wünschenswert.

5.2.3 Tertiärprävention:

- Die flächendeckende Verfügbarkeit ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Fachkompetenz muss sichergestellt werden.
- Vorurteile gegenüber psychisch Erkrankten und ihrer Behandlung müssen durch Aufklärungsmaßnahmen für Schüler und Eltern abgebaut werden, da Vorurteile die rechtzeitige Inanspruchnahme behindern können.

5.3 Pubertät und Frühadoleszenz

Anpassungsanforderungen ergeben sich aus dem Übergang von der Grundschule in weiterführende Schulformen und aus der verzögerten Synchronisation körperlicher, psychischer und sozialer Entwicklungsprozesse. Mit der allmählichen Ablösung von der Kernfamilie gewinnt die gleichaltrige Bezugsgruppe (peer group) als soziales Bezugssystem an Bedeutung. Die Vereinbarung unterschiedlicher, teilweise widersprüchlicher Verhaltenserwartungen verschiedener Bezugssysteme muss in angemessener Form bewältigt werden. In diesem Altersbereich treten sowohl altersspezifische psychische Erkrankungen, wie z.B. Essstörungen, als auch erste Anzeichen gravierender späterer Erkrankungen, wie z.B. der Schizophrenie, der Depression oder Zwangserkrankungen auf, die sich in voller Ausprägung häufig erst später manifestieren. Auch in dieser Altersgruppe sind

deshalb Maßnahmen im Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention neben primärpräventiven Ansätzen möglich.

5.3.1 Primärprävention:

- Die gezielte Förderung emotionaler und sozialer Kompetenzen von Jugendlichen muss in Familie und Schule gestärkt werden.
- Eltern und Lehrer sollten über die Herausforderungen dieser Lebensphase informiert werden.
- Programme zur Förderung gesundheitsbewusster Lebensgewohnheiten, insbesondere zu einem verantwortlichen Umgang mit Sexualität und zur Vermeidung von Nikotin und Drogen müssen intensiviert (und die Effektivität überprüft) werden.
- Die geschlechtsspezifische Präventionsarbeit mit Jugendlichen zur Verhinderung von sexuellem Missbrauch durch jugendliche Täter muss verstärkt werden.
- Die Förderung des verantwortlichen und kritischen Umgangs mit Informations- und Unterhaltungsmedien ist wichtig.
- Die Anbieter von Informations- und Unterhaltungsmedien müssen auf das Ziel der Prävention psychischer Erkrankungen verpflichtet werden.
- Angebote altersangemessener sinnvoller Freizeitgestaltung sind essentiell.

5.3.2 Sekundärprävention:

- Die Inanspruchnahme der Jugendvorsorgeuntersuchung muss intensiviert werden.
- Die Früherkennung psychischer Erkrankungen muss im Rahmen der Jugendvorsorgeuntersuchung ein stärkeres Gewicht erhalten.

- Die ärztliche (bzw. Laien-)Kompetenz zur Früherkennung psychischer Störungen bei Kinder- und Allgemeinärzten bzw. Eltern und Lehrern sollte verbessert werden.
- Bestehende Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit frühdiagnostischer und frühtherapeutischer Kompetenz müssen geschlossen werden.

5.3.3 Tertiärprävention:

- Das Angebot an Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche in psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxen ist – vor allem in ländlichen Regionen – zu stärken.
- Die Notwendigkeit wohnortferner stationärer Behandlung muss auf ein Minimum reduziert werden.
- Fachärztliche Behandlung ist sicherzustellen.
- Bemühungen zur Vermeidung schulischer, beruflicher und sozialer Desintegration psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sind zu verstärken.
- Die Familien betroffener Patienten müssen aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden.
- Eine bedarfsgerechte Unterstützung von Familienangehörigen ist erforderlich.
- Maßnahmen zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychiatrischen und psychologischen Therapieangeboten sind wichtig.

5.4 Spätadoleszenz und junges Erwachsenenalter

In diesem Lebensabschnitt verstärkt sich die Ablösung von der Kernfamilie und die Hinwendung zur peer-group bzw. zum Lebenspartner und zur eigenen Familie. Wichtige biographische Stationen werden absolviert. Viele Jugendliche bzw. junge Erwachsene sehen sich in diesem Altersbereich durch Schulversagen, frühzeitige Schwangerschaft oder Arbeitslosigkeit bereits mit dem Scheitern erster Lebensentwürfe konfrontiert. Ne-

ben im Jugendalter angesiedelten psychischen Erkrankungen manifestieren sich in diesem Altersbereich viele der schweren psychischen Erkrankungen, wie z.B. die Schizophrenie, Depression, Sucht- oder Angst und -Zwangserkrankungen. Chronische Krankheitskarrieren nehmen in diesem Altersbereich häufig ihren Anfang. Bei betroffenen Jugendlichen besteht ein hohes Risiko der beruflichen und sozialen Desintegration. Obwohl die Primärprävention, insbesondere für die Vermeidung von Tabakkonsum und Suchterkrankungen auch in diesem Alter noch wichtig ist, gewinnt vor allem die Sekundär-, aber auch die Tertiärprävention in diesem Alter zunehmend an Bedeutung.

5.4.1 Primärprävention:

- Prävention von Gewalt und sexualisierter Gewalt durch Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen für pädagogische und psychosoziale Fachkräfte sowie präventive Arbeit mit Eltern.
- Maßnahmen zur Förderung des verantwortungsvollen Gebrauchs von Alkohol und Genussmitteln und zur Vermeidung von Tabakkonsum und Konsum illegaler Drogen müssen intensiviert werden.
- Kompetenzen, insbesondere zur Bewältigung von Erfahrungen des Scheiterns früher Lebensentwürfe sollten gezielt gefördert werden.
- Maßnahmen zur Vermeidung von Jugendarbeitslosigkeit und zum Abbau des Defizits an beruflichen Bildungsangeboten sind dringend erforderlich.

5.4.2 Sekundärprävention:

- Wirkungsvollere Methoden zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung beginnender schwerwiegender psychischer Erkrankungen müssen entwickelt und erprobt werden.
- Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit frühdiagnostischer und -therapeutischer Kompetenz (Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) müssen geschlossen werden.

- Lehrer und Erzieher sollten in regelmäßigen Pflicht-Weiterbildungsmaßnahmen über psychische Störungen und Hilfemöglichkeiten aufgeklärt werden.
- Die Kooperation zwischen Eltern und Lehrern zur Früherkennung muss gezielt gefördert und gegenseitige Vorbehalte müssen mit gemeinsamen Veranstaltungen abgebaut werden.
- Frühinterventionen im Suchtbereich in dieser Altersgruppe sind teilweise installiert; sie sollten flächendeckend in jeder Region angeboten werden (z.B. „FRED“ und ähnliche Programme). Die Schnittstellen bei präventiven Maßnahmen zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und psychiatrischen Hilfeangeboten sind mehr als bisher zu beachten. Kooperationen sind zu verbessern und auszubauen.
- Unklarheiten der Zuständigkeit zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie müssen beseitigt werden.

5.4.3 Tertiärprävention:

- Das Risiko von Behandlungsdiskontinuität beim Übergang vom Jugend- zum Erwachsenenalter muss gesenkt werden. Die Kooperation zwischen Jugend- und Erwachsenenpsychiatrie sollte gestärkt werden.
- Die Notwendigkeit wohnortferner stationärer Behandlung sollte auf ein notwendiges Minimum reduziert werden.
- Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten sind zu schließen.
- Bemühungen zur Vermeidung beruflicher und sozialer Desintegration bzw. zur Förderung der Reintegration psychisch kranker Jugendlicher und junger Erwachsener müssen verstärkt werden.
- Programme zum Abbau von Vorurteilen gegenüber psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychologischen Therapieangeboten und zur Vermeidung der Stig-

matisierung psychischer Erkrankungen müssen verstärkt werden.

- Bei Arbeitgebern sollte es eine Motivation zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen geben
- Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen Menschen mit somatischen Erkrankungen gleichgestellt werden.

5.5 Erwachsenenalter

Auch im höheren Alter kann es zu einer Erstmanifestation psychischer Erkrankungen kommen. Gravierende Lebensereignisse, soziale Notlagen sowie berufliche oder familiäre Belastungssituationen können dabei auslösende Faktoren sein. Daten der Kranken- und Rentenversicherungsträger deuten drauf hin, dass bei bestimmten Berufsgruppen das Risiko der Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen erhöht ist. Allerdings hat in diesem Altersbereich eine Erstmanifestation schwerer psychischer Erkrankungen häufig bereits stattgefunden, und es besteht insbesondere die Gefahr chronischer Krankheitsverläufe, sowie beruflicher und sozialer Desintegration. Bei bestimmten psychischen Erkrankungen besteht ein hohes Risiko einer für eine effektive Behandlung zu späten Entdeckung, z.B. Depression oder Suchterkrankungen. Bestimmte Krankheiten bringen es mit sich, dass die betroffenen Menschen ihre Krankheit nicht wahrnehmen können. Ihnen muss durch zu Hause aufsuchende Hilfen und den Angehörigen muss durch entsprechende Schulungen geholfen werden. Neben der Primärprävention kommen deshalb sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen in diesem Altersbereich eine besondere Bedeutung zu.

5.5.1 Primärprävention:

- Bei sozialen Notlagen sollte neben der ökonomischen Unterstützung der sozialen Unterstützung und der Stärkung psychischer Bewältigungskompetenz Gewicht eingeräumt werden.
- Die flächendeckende Verfügbarkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Unterstützung nach dem Auftreten gravierender belastender Lebensereignisse muss sicherge-

stellt werden.

- Ausbau der Präventionsmaßnahmen gegen Gewalt im Geschlechterverhältnis durch Sensibilisierung von Fachkräften in Beratungsstellen. Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit und Schaffung von Unterstützungsangeboten für von Gewalt betroffene Frauen und Kinder.
- Die Inanspruchnahme von Beratungs- oder Therapieangeboten nach dem Auftreten belastender Lebensereignisse darf nicht durch bürokratische oder finanzielle Hürden erschwert werden.
- Im Bereich des Arbeitsschutzes muss die Prävention berufsbedingter psychischer Erkrankungen ein stärkeres Gewicht erhalten. Maßnahmen zum Schutz vor Mobbing durch Kollegen oder Vorgesetzte gewinnen dabei zunehmend an Bedeutung.
- Angehörige von Berufsgruppen mit erhöhtem psychischem Erkrankungsrisiko sollten spezifische Angebote zur Stärkung der Bewältigungskompetenz bei psychischen Belastungen erhalten.

5.5.2 Sekundärprävention:

- Wirkungsvolle Methoden zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung beginnender schwerwiegender psychischer Erkrankungen müssen weiterhin entwickelt und erprobt werden.
- Bestehende Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit frühdiagnostischer und -therapeutischer Kompetenz müssen geschlossen werden.
- Niederschwellige Beratungsangebote von multiprofessionellen Teams sollten flächendeckend für mögliche Betroffene wie für Angehörige zur Verfügung stehen.
- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen sollten besonders bei Berufsgruppen mit erhöhtem psychischem Krankheitsrisiko hinsichtlich der Früherkennung psychischer Erkrankungen intensiviert werden.

- Die sekundärpräventiven Maßnahmen im Bereich psychischer Störungen seitens der medizinischen Grundversorgung in Arztpraxen und Allgemeinkrankenhäusern sind zu verstärken

5.5.3 Tertiärprävention:

- Wirksame Rückfallprophylaxe aufgrund evidenzbasierter psychiatrisch-psychotherapeutischer, psychopharmakologischer und soziotherapeutischer Maßnahmen muss überall verfügbar sein (z.B. Psychoedukation).
- Die Notwendigkeit wohnortferner stationärer Behandlung muss auf ein notwendiges Minimum reduziert werden.
- Bestehende Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit ambulanter und stationärer psychiatrischer sowie ambulanter sozialpsychiatrischer Angebote müssen geschlossen werden.
- Das Netz der sozialpsychiatrischen Dienste muss erhalten bzw. ausgebaut werden.
- Rehabilitationsmaßnahmen müssen nach Art, täglichen Präsenz-Anforderungen, Belastungen und Maßnahmendauer den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker und behinderter Menschen Rechnung tragen.
- Bemühungen zur Vermeidung beruflicher und sozialer Desintegration bzw. zur Förderung der Re-Integration psychisch kranker Menschen müssen verstärkt werden.
- Selbsthilfeorganisationen der Psychiatrie-Erfahrenen und der Angehörigen tragen zur Stabilisierung der Rekonvaleszenten bei und müssen daher gefördert werden.
- Maßnahmen zur Vermeidung (oder zum Abbau) der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen betroffener Menschen müssen verstärkt werden.
- Bei Arbeitgebern muss die Motivation zur Beschäftigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erhöht werden.

- Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen hinsichtlich der Zugangsmöglichkeiten zu beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen Menschen mit somatischen Erkrankungen gleichgestellt werden.

5.6 Das höhere Lebensalter

Mit dem Eintritt in das Rentenalter stellt sich das Problem der Bewältigung des Übergangs vom Berufsleben in den Ruhestand. Mit zunehmendem Lebensalter kann das Auftreten schwerwiegender körperlicher Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, aber auch der Verlust des Lebenspartners oder langjähriger Freunde zur Ursache psychischer Belastungen werden. Im späten Lebensalter steigt das Risiko depressiver Erkrankungen, mit zunehmendem Alter wächst das Risiko von Demenzerkrankungen. Das Risiko einer zu späten Erkennung schwerwiegender psychischer Erkrankungen bei älteren Menschen wird häufig durch soziale Isolation und Pflegebedürftigkeit erhöht. Fehlende diagnostische Kompetenz bei Ärzten und Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen kann zur Verzögerung effektiver Behandlung führen. Zu denken ist auch an die Unterstützung und an Schulungsprogramme pflegender Angehöriger: Ehefrauen, Mütter, Töchter und Schwiegertöchter übernehmen den Großteil häuslicher Pflegetätigkeit und sind dadurch vielfach psychischen Belastungen ausgesetzt.

5.6.1 Primärprävention:

- Das Angebot von Beratung und Therapie bei altersbedingten psychischen Problemen sollte erweitert werden.
- Öffentlichkeitsprogramme sollten auf die Risiken depressiver Erkrankungen und auf Hilfsangebote bei leichten kognitiven Störungen hinweisen.

5.6.2 Sekundärprävention:

- Wirkungsvollere Methoden zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung beginnender schwerwiegender psychischer, insbesondere depressiver und demenzieller Erkran-

kungen im höheren Lebensalter müssen entwickelt und erprobt werden.

- Bestehende Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit gerontopsychiatrischer, frühdiagnostischer und -therapeutischer Kompetenz müssen geschlossen werden.
- Die frühdiagnostische Kompetenz von Haus- und Allgemeinärzten, sowie von Mitarbeitern ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen kann z.B. durch Fort- und Weiterbildung gestärkt werden

5.6.3 Tertiärprävention:

- Eine wirksame gerontopsychiatrische Rückfallprophylaxe auf der Grundlage evidenzbasierter pharmakologischer, psycho-, ergo- und soziotherapeutischer Maßnahmen muss flächendeckend gewährleistet werden.
- Die Notwendigkeit wohnortferner stationärer Behandlung muss dabei auf ein notwendiges Minimum reduziert werden.
- Bestehende Lücken der wohnortnahen Verfügbarkeit ambulanter und stationärer gerontopsychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten müssen geschlossen werden.
- Die Kompetenz der Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen im adäquaten Umgang mit psychisch erkrankten Menschen muss gestärkt werden.

6. Zusammenfassung

- Die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention psychischer Erkrankungen gehört zu den zentralen Aufgaben der Gesundheitspolitik.
- Prävention muss Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung von psychischen Erkrankungen sowie zur Reduktion ihrer negativen Auswirkungen umfassen.
- Psychische Erkrankungen können bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen. Im Zentrum der Primärprävention sollten Maßnahmen zur Reduktion psychischer Belas-

tungen, zur Stärkung der Bewältigungskompetenz in der Familie, in Schule und Kindergarten, im Berufsleben sowie Maßnahmen der Suchtprävention stehen.

- Im Bereich der Sekundärprävention ist in erster Linie eine Verbesserung der Früherkennung und frühzeitigen Behandlung psychischer Erkrankungen, unter Einbezug psychosozialer, betreuender Maßnahmen in allen Altersgruppen notwendig. Dazu muss das Angebot frühdiagnostischer und –therapeutischer Maßnahmen erweitert werden.
- Bessere Möglichkeiten zur Früherkennung psychischer Erkrankungen in Betreuungs-, Bildungs- und Pflegeeinrichtungen, aber auch der beruflichen Gesundheitsvorsorge sind erforderlich. Möglichkeiten zur frühzeitigen ambulanten Behandlung psychischer Erkrankungen müssen verfügbar sein.
- Im Bereich der Tertiärprävention müssen vor allem die Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und zur Vermeidung dauerhafter beruflicher und sozialer Desintegration intensiviert werden. Neben der Sicherstellung eines wohnortnahen, evidenzbasierten psychiatrischen Behandlungs- und psychosozialen Betreuungsangebotes muss hierbei vor allem die aktive Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in den Behandlungsprozess verstärkt werden.
- Die Gewährleistung effektiver Prävention erfordert neben der Intensivierung von einzelnen Maßnahmen eine enge Kooperation aller beteiligten Institutionen. Dazu bedarf es koordinierender Instanzen wie Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder regionaler Verbände.
- Darüber hinaus müssen Barrieren der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, wie z.B. die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen und negative Vorurteile gegenüber modernen psychiatrischen Diagnose- und Behandlungsmethoden abgebaut werden.

7. **Schluss**

Angesichts der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie der steigenden Tendenz von Arbeits- und Berufsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen erscheint eine Intensivierung der Prävention psychischer Erkrankungen erforderlich. Die Darstellung der Voraussetzungen und der Situation psychiatrischer Prävention sowie die Vorschläge zu künftigen Präventionsschwerpunkten und Maßnahmen orientieren sich am gegenwärtigen Erkenntnisstand. Wissenschaftliche Ergebnisse können jedoch immer nur Auskunft darüber geben, mit welcher Wahrscheinlichkeit bestimmte Maßnahmen zu bestimmten Ergebnissen führen, sie können dagegen nicht die Frage beantworten, welche Priorität der Prävention psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft beigemessen werden soll. Die Vermeidung der Entstehung bzw. die Verminderung der negativen Folgen psychischer Erkrankungen erfordert den Einsatz finanzieller Ressourcen, die dann für andere Zwecke nicht mehr zur Verfügung stehen. Andererseits verursachen nicht oder zu spät erkannte und behandelte psychische Erkrankungen weit höhere direkte und indirekte Folgekosten als Präventionsmaßnahmen, von dem menschlichen Leid ganz zu schweigen. Die Entscheidung darüber, in welchem Umfang finanzielle Ressourcen für die Prävention psychischer Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden, muss auf der politischen Ebene getroffen werden. Die vorliegende Darstellung bildet deshalb eine Diskussionsgrundlage, welche dazu beitragen soll, den politischen Entscheidungsprozess im Hinblick auf die Entwicklung und die Umsetzung eines effizienten Präventionskonzeptes zu unterstützen. Angesichts einer langfristigen Vernachlässigung der Prävention in der psychiatrischen Forschung weist der wissenschaftliche Kenntnisstand zur Vermeidung der Entstehung und zur Verminderung der negativen Folgen psychischer Erkrankung deutliche Lücken auf. Es fehlen Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von modellhaft erprobten, erfolgreichen Präventionsmaßnahmen in die Routineversorgung. Neben der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen erfordert eine langfristig erfolgreiche Präventionspolitik die Intensivierung der Erforschung von Maßnahmen auf allen Ebenen der Prävention.

8. Zusammenfassung der Ziele und Grundsätze für die praktische Umsetzung von Präventionsmaßnahmen aus der Sicht der Angehörigen psychisch Kranker

Der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und die Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch Kranker in München, haben an der Erarbeitung

des gemeinsamen Textes der Arbeitsgruppe teilgenommen und stimmen diesem grundsätzlich zu. Aus dem Blickwinkel der besonderen Situation der Angehörigen und ihrer spezifischen Erfahrungen legen sie jedoch Wert auf die Hervorhebung der folgenden Ziele und Grundsätze:

8.1 Präventionsziele

- Risiken für eine psychische Erkrankung minimieren;
- Vermeidung des Krankheitsausbruchs;
- Vermeidung von Rückfällen;
- Soziale Teilhabe;
- Präventionsfördernde Arbeitsplätze schaffen (Angebote unter 15 Wochenstunden);
- Vermeidung von Präventionsrisiken in der Unterbringung (Drogen);
- Vermeidung von dauerhafter Behinderung;
- Vermeidung von finanzieller Not und Abhängigkeit von der Sozialhilfe;
- Reduzierung stationärer Heimunterbringung zu Gunsten flexibler personensorientierter ambulanter Hilfen (z.B. persönliches Budget, Casemanagement, Soziotherapie);
- Vermeidung von Unwirtschaftlichkeit durch Verbesserung der Koordination zwischen Kosten- und Leistungsträgern und
- Einsparung zukünftiger Krankheitskosten.

8.2 Grundsatz 1

Präventionsmaßnahmen und –einrichtungen müssen so gestaltet werden, dass Betroffene

- sie erkennen und wahrnehmen;
- sie niederschwellig in Anspruch nehmen können;
- sie in erreichbarer Nähe zum Lebensumfeld auffinden;
- keine stigmatisierenden Barrieren vorfinden.

8.3 Grundsatz 2

Träger von / Akteure bei Präventionsmaßnahmen sind:

- Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie;
- Kinder- und Jugendhilfe (Frühförderung);
- Kindergärten und Schulen;
- Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie;
- Einrichtungen der Gerontopsychiatrie und Psychotherapie;
- Früherkennungszentren für alle Altersgruppen;
- Krisenambulanzen, Krisenstationen und aufsuchende Krisendienste;
- Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) und ambulant-extramurale Verbände (AKV) und psychosoziale Arbeitsgemeinschaften (PSAG);
- Einrichtungen der Berufsberatung und –förderung;
- Die Gesellschaft (Anti-Stigmaintiativen);
- Selbsthilfegruppen (Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige);
- Die Politik (Staat, Länder, Kommunen, Landkreise);
- Die Krankenkassen und Sozialversicherungen;
- Die Gesundheitsämter;
- Forschungseinrichtungen; und
- Stiftungen.

8.4 Grundsatz 3

Der Prävention dienen folgende Angebote und Interventionen:

- Medizinisch:
 - ⇒ Früherkennungsansätze;
 - ⇒ Nebenwirkungsarme Medikation;
 - ⇒ Kompetenznetze (Depression, Schizophrenie) und ähnliche Forschungsinitiativen;
 - ⇒ Verminderung von Zwangsmaßnahmen (Deeskalationstraining);
 - ⇒ Mehr Zeit niedergelassener Psychiater bei der Behandlung;
 - ⇒ Maßnahmen der Suchtprävention;
 - ⇒ Angebote der Psychosomatik;
 - ⇒ Ausreichende Dauer stationärer Behandlung.
- Psychosozial:
 - ⇒ Ambulante Kriseneinrichtungen;

- ⇒ Aufsuchende und nachgehende Hilfen;
 - ⇒ Geplante und vernetzte Nachsorge;
 - ⇒ Mehr Zeit für therapeutische Zuwendung und Gespräche;
 - ⇒ Keine Wartezeiten bei Psychotherapeuten;
 - ⇒ Ausreichende und bedarfsgerechte Rehabilitation unter Berücksichtigung spezifischer Hilfebedarfe psychisch Kranker;
 - ⇒ Kognitives Training;
 - ⇒ Kinder- und Jugendhilfe und –psychotherapie;
 - ⇒ Sozialpädagogische Erziehungshilfen;
 - ⇒ Vernetzung und Kooperation zwischen den regionalen Anbietern, insbesondere mit den in die Nachsorge eingebundenen, betreuenden Angehörigen;
 - ⇒ Vermeidung von Präventionsrisiken in der Unterbringung (Drogen);
 - ⇒ Überwindung von Barrieren zwischen Professionellen, Betroffenen und Angehörigen;
 - ⇒ Arbeit-, Berufsförderung und betriebliche Aufklärung;
 - ⇒ Schaffung von bedarfsgerechten Arbeitsplätzen (Angebote unter 15 Wochenstunden);
 - ⇒ Ausreichende ambulante Hilfen;
 - ⇒ Niederschwellige professionelle Hilfe (SpDi);
 - ⇒ Psychoedukationsangebote;
 - ⇒ Psychoseseminare;
 - ⇒ Wochenendbetreuung und Wochenend-Kontaktstellen für Betroffene;
 - ⇒ Getrennte Rehabilitationsangebote für Suchtkranke und Menschen mit psychischen Erkrankungen
- Empowerment-Selbsthilfe:
 - ⇒ Persönliche Selbsthilfe stärken – Empowerment (als Behandlungskern in allen Verlaufsphasen therapeutischer Begeleitung);
 - ⇒ Organisierte Selbsthilfe der Psychiatrie-Erfahrenen und Angehörigen psychisch Kranker stärken;
 - ⇒ Praktische Unterstützung der betreuenden Angehörigen;
 - ⇒ Informations- und Weiterbildungsangebote für Angehörige;
 - ⇒ Sozialgesetzliche und gesundheitspolitische Voraussetzungen;
 - ⇒ Keine finanzielle Heranziehung der Betroffenen und der Angehörigen zu Maßnahmen der Eingliederungshilfe und Arbeitsförderung;

- ⇒ Keine Zuzahlung zu medikamentöser und medizinischer Behandlung;
- ⇒ Erstzugang zum Psychiater ohne obligatorischen Umweg über den Hausarzt.

- Gesellschaft:

- ⇒ Anti-Stigma Aktionen und Abbau von Vorurteilen;
- ⇒ Aufklärung der Gesellschaft.

- Forschung:

- ⇒ Untersuchungen zur Wirkung und zum geeigneten Zeitpunkt von Präventionsmaßnahmen;
- ⇒ Erprobung von Modellprogrammen zur Prävention.

9. Referenzen

Arnold, T, Schmid, M, Simmedinger, R. (1999): Suchthilfe im Krankenhaus. Wissenschaftliche Begleitung des Bundesmodellprogramms „Drogennotfallprophylaxe / Nachgehende Sozialarbeit“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 120), Baden-Baden: Nomos.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Erster Entwurf. Eckpunkte für ein Präventionsgesetz. 2003

Egle UT, Hoffmann SO, Steffens M. Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. Nervenarzt 1997; 68:683-695.

Fegert, JM (im Druck): Förderung der seelischen Gesundheit und Prävention im Kindes- und Jugendalter. Vortrag bei der Tagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung, Berlin, 12.-13. Mai 2004.

Frick U. Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern: Aspekte der ambulanten Versorgungssituation. (2000) Vortrag auf dem 10. Münchner Kinder- und Jugendpsychiatrischen Symposium. "Seelisch kranke Kinder - Forschung und Versorgung -" vom 14. Oktober 2000.

Hapke, U. (2000): Sekundärpräventive Interventionen bei einer Alkoholproblematik im Allgemeinkrankenhaus. Freiburg.

Hergerl U, Althaus D, Stefanek J (2003) Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. Pharmacopsychiatry, 36: 288-291

John U, Hapke U, Rumpf H-J, Hill A, Dilling H. (1996): Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit (Band 71), Baden-Baden: Nomos.

Klosterkötter J, Schultze-Lutter F (2001) Gibt es eine Primärprävention schizophrener Psychosen. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 69 (suppl. 2):S104-S112.

McGrath, J (2003): Prevention of Schizophrenia – not an impossible dream. In: Murray, RM; Jones, PB; Susser, E; van Os, J (Hg): The Epidemiology of Schizophrenia. Cambridge University Press.

Royal College of Psychiatrists (2002): Prevention in Psychiatry. Report of the Public Policy Committee Working Party. Council Report CR104.

Schubert I, Horch K, Kahl H, Meyer C, Reiter S. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. 2004. Berlin, Robert Koch Institut

Sozialministerium Baden-Württemberg (2000): Psychiatrieplan 2000 Baden Württemberg, Teil 1 – Rahmenplanung; Beschluss v.25.07.2000.

Suckfüll, T. & Stillger, B. 1999, Starke Kinder brauchen starke Eltern. Familienbezogene Suchtprävention - Konzepte und Praxisbeispiele. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.

Warner, R (2004): Prevention in Psychiatry. Vortrag bei der Tagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. Prävention bei psychischen Erkrankungen – Neue Wege in Praxis und Gesetzgebung. Berlin, 12.-13. Mai 2004.

World Psychiatric Association - Consensus Statement on Psychiatric Prevention (Newsletter 4/2003).