

Klosterkötter ■ Maier



Handbuch Präventive Psychiatrie

Forschung – Lehre – Versorgung

 **DGPPN**
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde



 **Schattauer**

Klosterkötter ■ Maier

Handbuch Präventive Psychiatrie

Mit Beiträgen von

Nicolas Arnaud
Anil Batra
Michael Bauer
Jürgen Bengel
Jürgen Deckert
Stephan Detert
Katharina Domschke
Heiner Fangerau
Sara Hanke
Ulrich Hegerl
Andreas Heinz
Beate Herpertz-Dahlmann
Frank Jessen
Christian Katzenmeier
Joachim Klosterkötter
Martin Knapp

Gerd Lehmkuhl
Karolina Leopold
Andreas Maercker
Wolfgang Maier
Chantal Michel
Hendrik Müller
Franz Petermann
Andrea Pfennig
Christine Rummel-Kluge
Björn Schmitz-Luhn
Frauke Schultze-Lutter
Emanuel Severus
Rainer Thomasius
Ulrike de Vries
Martina de Zwaan

Handbuch Präventive Psychiatrie

Forschung – Lehre – Versorgung

Herausgegeben von
Joachim Klosterkötter
Wolfgang Maier

Mit 29 Abbildungen und 34 Tabellen

Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

Kerpener Straße 62, 50924 Köln

joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
und Psychotherapie

der Universität Bonn

Sigmund-Freud-Straße 25, 53105 Bonn

wolfgang.maier@ukb.uni-bonn.de



Ihre Meinung zu diesem Werk ist uns wichtig!

Wir freuen uns auf Ihr Feedback unter www.schattauer.de/feedback
oder direkt über QR-Code.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entspre-

chenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2017 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: www.schattauer.de
Printed in Germany

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani
Lektorat: Dr. Marion Sonnenmoser
Umschlagabbildung: © Michelle Calkins – Golden
Sunset
Satz: abavo GmbH, Buchloe
Druck und Einband: Westermann Druck Zwickau
GmbH, Zwickau

Auch als E-Book erhältlich:
ISBN 978-3-7945-6852-9

ISBN 978-3-7945-3050-2

Geleitwort I

Prävention in der Psychiatrie hat eine neue Dynamik gewonnen. Zugleich blickt sie auf eine lange Tradition zurück. Vor etwa einem Jahrhundert führten entsprechende Beobachtungen und Maßnahmen zur Bekämpfung von Skorbut, Pellagra und progressiver Paralyse. Dank der erfolgreichen Prävention von Begleiterkrankungen wie Depressionen, Psychosen und Demenz gelang es, das Muster psychischer Störungen bei Menschen in den großen Heilanstalten in Europa und den USA nachhaltig zu verändern. In den letzten Jahrzehnten ließen sich mithilfe neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zu den genetischen, biologischen, psychologischen und sozialen Aspekten psychischer Störungen Fortschritte bei Therapie und Heilung verzeichnen. Diese Erkenntnisse tragen auch heute noch zur Prävention von Störungen der Psyche bei.

Das Modell der öffentlichen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention betont den Bedarf an Interventionen auf mehreren ökologischen Ebenen, die sich im Hinblick auf ihre jeweilige Nähe zum Menschen unterscheiden. So können Interventionen auf individueller Ebene und damit nahe an den Betroffenen und ihrem Verhalten ansetzen. Sie können aber auch auf familiärer Ebene erfolgen, sich an bestimmte Bevölkerungsgruppen richten oder auf die Gesamtgesellschaft abzielen. Maßnahmen, die näher an den Betroffenen ansetzen, sind einerseits eher auf die Bedürfnisse von Menschen abgestimmt, die ein erhöhtes Risiko für bestimmte Störungen der Psyche aufweisen. Andererseits lässt sich dabei mit höherer Wahrscheinlichkeit Nutzen aus zunehmend präziserem Wissen über Pathogenese und

Symptomatik psychischer Erkrankungen ziehen. Im Rahmen der gesundheitlichen Primärversorgung oder anderer sozialdienstlicher Angebote lässt sich z. B. erkennen, wenn eine Person ein hohes Risiko für psychische Störungen aufweist. Bei besonders gefährdeten Personen kann u. a. festgestellt werden, dass sie unter widrigen Umständen leben (z. B. Flüchtlinge), woraufhin entsprechende Maßnahmen möglich sind, um das Risiko für zahlreiche Störungen wie Depressionen, Ängste und posttraumatische Syndrome zu senken. Ergänzt werden Interventionen dieser Art durch universelle Strategien zur Gesundheitsförderung und Prävention, die sich an die Gesamtgesellschaft richten. Es sind in der Tat, wie dies die Herausgeber dieses wichtigen neuen Buches betonen, unterschiedliche Sprachen, die man in diesen verschiedenen Aktionsbereichen spricht. Sie haben Recht damit, dass wir eine gemeinsame Sprache sprechen und allen Möglichkeiten der Prävention gleichermaßen unsere Aufmerksamkeit zuwenden müssen. Das gilt insbesondere auch für die störungsspezifischen Präventionsstrategien, zu denen uns die jüngsten Fortschritte der biologischen, medizinischen und epidemiologischen Forschung aufschlussreiche Ergebnisse liefern.

Wie bei der Gesundheitsförderung und mehr allgemeinen Krankheitsprävention lassen sich mit dem breiten Ansatz von Interventionen auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Verbesserungen für größere Gruppen der Bevölkerung erzielen. Die angewandten Strategien sind hierbei auf soziale, wirtschaftliche, kulturelle oder den Lebensstil betreffende Faktoren gerichtet. Je nach den sozialen

Umständen einer Person oder Bevölkerungsgruppe können dieselben Maßnahmen oder Interventionen die Gesundheit fördern oder Krankheiten vorbeugen oder in manchen Fällen sogar beides bewirken. Wir wissen zunehmend mehr über die einzelnen Arten von Interventionen und ihre Anwendungsbereiche, etwa in Familien und Schulen, die bei der Förderung seelischer Gesundheit und der Prävention von Depressionen, Angststörungen oder anderen psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle spielen. Wissenschaftliche Untersuchungen ermöglichen immer tiefere Einblicke in einzelne Teilaspekte wie z. B. die Bedeutung effektiver Kindererziehung für die Entwicklung seelischer Gesundheit. Auch wissen wir heute zunehmend mehr über die verheerenden Auswirkungen von Kindesmisshandlung auf die Entwicklung psychischer Gesundheitsprobleme bei Kindern und Erwachsenen.

Das Wissen um die tiefgreifenden Langzeitfolgen verschiedener Arten von Kindesmisshandlung für die körperliche und seelische Gesundheit wächst beständig. Auf Grundlage dieser Kenntnisse werden inzwischen Maßnahmen zur Prävention von Kindesmisshandlung und ihren Folgen entwickelt und erprobt. Auf mehreren Ebenen stehen verschiedene Arten von Interventionen zur Verfügung, die sich für diverse Kontexte eignen. Sie reichen von Verfahrensweisen zur Kontrolle von Substanzmissbrauch über Trainingsmaßnahmen zur Erlangung von Lebenskompetenz und Beziehungsfähigkeit bei Mädchen und Jungen in Schulen bis hin zu Hilfeleistungen für Familien in Schwierigkeiten und Schulungsmaßnahmen zur Erhöhung des diesbezüglichen Problembewusstseins für das Personal von Gesundheits- und sozialen Diensten. Weitere aktuelle Forschungsfelder liefern wichtige neue Erkenntnisse zu den

Auswirkungen unterschiedlicher Traumata auf Kinder einschließlich auch ihrer Wechselwirkungen mit den jeweiligen individuellen Anlagen und den sich daraus ergebenden unterschiedlichen Entwicklungswegen. Das Ergebnis kann in einer noch ausreichenden seelischen Gesundheit oder eben in einer ganzen Reihe von spezifischen psychischen Störungen bestehen.

Erkenntnisse dieser Art sind also wichtig und ermöglichen es, im Bereich der Prävention psychischer Störungen Neuland zu betreten.

Die Publikation dieses Buches verschafft uns einen Überblick über alle Fakten und Erfahrungen, denen bei diesem Schritt besondere Relevanz zukommt. Dabei wird der Wert des Buches noch dadurch gesteigert, dass einleitend die Grundlagen der präventiven Psychiatrie dargelegt werden und abschließend bisweilen vernachlässigten Überlegungen zu den rechtlichen, ethischen und wirtschaftlichen Aspekten dieser Disziplin die verdiente Aufmerksamkeit gewidmet wird. Ich sehe der Veröffentlichung dieses Werkes daher mit großer Freude entgegen. Es besitzt das Potenzial, das Feld einen wichtigen Schritt voranzubringen und dadurch den derzeitigen Beitrag von Prävention zur Verbesserung der psychischen Gesundheit weltweit auf ein neues Niveau anzuheben.

Professor Helen Herrman

MD, MBBS, BMedSc, FRANZCP, FFPH
(UK), FAFPHM

Director of Research at Orygen Youth
Health Research Centre
Head, Vulnerable and Disengaged Youth
Research,
The University of Melbourne
Director, WHO Collaborating Centre for
Mental Health in Melbourne
President, World Psychiatric Association

Geleitwort II

Zwischen 16 und 25 Prozent aller Menschen entwickelt im Erwachsenenalter mindestens eine psychische Störung. Fast 75 Prozent aller psychischen Störungen bei Erwachsenen beginnen bereits vor dem 24. Lebensjahr – fast die Hälfte davon sogar schon vor dem 18. Lebensjahr. Bei psychischen Erkrankungen und Gesundheitsproblemen ist die globale Krankheitslast wesentlich höher als bei Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, denen einerseits mehr Aufmerksamkeit zukommt und in die andererseits in größerem Umfang investiert wird. Hinzu kommt, dass Menschen, die schwere psychische Erkrankungen entwickeln, oftmals 15 bis 20 Jahre früher sterben als Menschen, die nicht an psychischen Störungen leiden.

Kinder mit Verhaltensstörungen entwickeln später mit größerer Wahrscheinlichkeit Persönlichkeitsstörungen. Dies zeigt, dass bereits in jungen Jahren vorbeugend interveniert werden kann, um die Entwicklung psychischer Störungen im Erwachsenenalter frühzeitig aufzuhalten. Man weiß heute auch, dass sich der Ausbruch von Demenz mittels präventiver Maßnahmen wie guter körperlicher Gesundheit, Bewegung sowie der Bekämpfung von Bluthochdruck und Diabetes mellitus verhindern lässt.

Inzwischen liegt eine beachtliche Menge an Daten vor, wonach pro in Prävention investiertem Dollar langfristige Kostenersparnisse von 1:6 bis 1:15 möglich sind. Demnach kann die Prävention psychischer Störungen die Krankheitslast langfristig reduzieren. Zahlreiche weitere Vorteile ergeben sich daraus, dass Menschen dank vorbeugender Maßnahmen wieder in die Erwerbstätigkeit

zurückkehren und so einen wertvolleren Beitrag zur Wirtschaft leisten können.

Soziale Ungleichheiten können sowohl psychische Erkrankungen verursachen als auch das seelische Wohlbefinden und die geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Dadurch wird eine gefährliche Abwärts Spirale ausgelöst, die rasch zu zahlreichen weiteren Ungleichheiten führen kann. Auch Armut, Überbevölkerung, Arbeitslosigkeit und das Leben in Ballungsgebieten begünstigen die Entwicklung psychischer Störungen. Erkrankungen der Psyche werden zudem mit zahlreichen körperlichen Komorbiditäten und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie z. B. dem Konsum von Tabak und illegalen Drogen assoziiert, die ihrerseits mit weiteren negativen Folgen einhergehen. Zu dem breiten Spektrum an Präventionsstrategien zählen u. a. Frühinterventionen, mit denen sich gesundheitliche Risikofaktoren wie Tabakkonsum, Adipositas und Diabetes reduzieren lassen. Darüber hinaus ermöglichen Frühinterventionen oftmals eine schnelle Integration in das gesellschaftliche Leben.

In vielen Ländern haben der Mangel an Finanzmitteln für die öffentliche Gesundheit und die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit zur Folge, dass der Krankheitsprävention nicht die nötige Aufmerksamkeit zukommt. Politische Entscheidungsträger müssen auf den dringenden Bedarf an Investitionen im Bereich der Prävention und die Relevanz vorbeugender Maßnahmen aufmerksam gemacht werden. Die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die Diskriminierung der Betroffenen

tragen nach wie vor dazu bei, dass zu wenig in Forschung und medizinische Hilfeleistungen investiert wird. Einige der Strategien zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen lassen sich auf einfache und relativ kostengünstige Weise umsetzen. Als überaus wirksam können sich z. B. die Förderung der elterlichen Kompetenz oder Informationsangebote für Schulkinder zu den Themen Gewalt in der Schule und Umgang mit schulischen Belastungen wie Prüfungsangst erweisen. Inzwischen liegen aus diversen Ländern überzeugende Beispiele für Schulungsangebote dieser Art vor, die z. B. dank eines Rückgangs schulischer Gewalt nachweislich zu verbesserter psychischer Gesundheit führten.

Ein Drittel aller Menschen mit körperlichen Erkrankungen leidet mit hoher Wahrscheinlichkeit auch an psychischen Störungen oder Gesundheitsproblemen. Umgekehrt liegt die Wahrscheinlichkeit körperlicher Probleme bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sogar bei fast 50 Prozent. Dementsprechend kann sich ein eindringliches und einheitliches Plädoyer für Prävention sowohl für die körperliche als auch für die seelische Gesundheit als förderlich erweisen.

Zum Nutzen präventiver Maßnahmen bei psychischen Gesundheitsproblemen liegen heute überzeugende Nachweise vor. So deutet mittlerweile vieles darauf hin, dass sich eine stabile psychische Gesundheit positiv auf die Ergebnisse und Leistungen im Bereich der Bildung, auf die Produktivität, die geistige Leistungsfähigkeit, die körperliche Gesundheit, die Teilnahme am sozialen Leben, das Risikoverhalten sowie die psychische Belastbarkeit auswirken kann. Die Förderung psychischer Gesundheit und Belastbarkeit sowie die Prävention von Störungen der Psyche können demnach gleichermaßen dazu beitragen, die Krankheitslast psychischer Störungen zu senken. Zu den

Schutzfaktoren, die dem Risiko psychischer Störungen entgegen wirken, zählen u. a. der Familienstand, genetische Faktoren, starke soziale Unterstützung, ein geringes Maß an Ungleichheit, vertrauensvolle Beziehungen im Berufs- und Privatleben, körperliche Gesundheit und emotionale Kompetenz. Diese Konstellation bietet für alle Beteiligten Vorteile.

Prävention kann sowohl auf individueller und familiärer Ebene als auch auf gesellschaftlicher Ebene erfolgreich sein, wie z. B. in Schulen und anderen öffentlichen Bereichen. Die in diesem Handbuch vertretene Klassifikation ist tatsächlich zielführend. Sie unterteilt präventive Maßnahmen je nach Zielgruppe in universelle Ansätze, selektive Vorgehensweisen (bei Gruppen, die ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen) und indizierte Interventionen (für Menschen, bei denen individuell gesicherte Risikoindikatoren für bestimmte psychische Erkrankungen oder Störungen vorliegen). Interventionen im Bereich der Lebensführung, die sich an die Gesamtbevölkerung und insbesondere an potenziell gefährdete Personen richten, spielen bei der erfolgreichen Prävention psychischer Gesundheitsprobleme eine entscheidende Rolle. Auch lohnt es sich zu bedenken, dass Frühinterventionen bei zahlreichen Erkrankungen dazu beitragen können, die Sterblichkeitsrate der Betroffenen zu senken.

Altersspezifische Interventionen und Maßnahmen für gefährdete Bevölkerungsgruppen sind unerlässlich. Mithilfe von Frühinterventionen sind darüber hinaus erhebliche Kosteneinsparungen möglich. Die Stärkung sozialer Beziehungen und die Förderung individueller Stärke und Belastbarkeit durch seelisches Wohlbefinden, Achtsamkeit und Spiritualität können sich ebenfalls als wirksam erweisen.

Vieles deutet darauf hin, dass Investitionen in die Förderung seelischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen mit erheblichen Einsparungen für einzelne Personen, die Gesellschaft und die Volkswirtschaft einhergehen können. Die damit verbundene Senkung der Krankheitslast psychischer Erkrankungen ist unerlässlich, um die freigesetzten Mittel in weitere Präventionsstrategien investieren zu können. Da die meisten psychischen Störungen im Erwachsenenalter bereits vor dem 24. Lebensjahr beginnen, lassen sich psychische Erkrankungen und die damit einhergehenden Beeinträchtigungen der geistigen und sozialen Leistungsfähigkeit mithilfe von Investitionen in die Gesundheit von Schwangeren, Neugeborenen, Eltern und Schulkindern wirksamer bekämpfen. Präventive Maßnahmen erweisen sich weit über rein finanzielle Vorteile hinaus in vielerlei Hinsicht als nützlich.

Den Herausgebern dieses Handbuchs ist zu der gelungenen Themenauswahl zu gratulieren. Angefangen von den konzeptionellen Prinzipien über die Entstehungsgrundlagen

psychischer Erkrankungen und die Beschreibung potenzieller und realer Risiken, die zu ihrer Entwicklung beitragen können, bis hin zur Prävention spezifischer psychiatrischer Störungen bietet das Werk eine instruktive Unterrichtung über jedes zugehörige Thema. Außerdem schließt es auch klare Aussagen zur ethischen und ökonomischen Bewertung der Prävention mit ein.

Die Herausgeber haben eine eindrucksvolle Liste von Wissenschaftlern und Autoren zusammengestellt, die zum Gelingen dieses Werkes beigetragen haben und dafür verdienen sie unseren Dank.

Dinesh Bhugra, CBE

MA, MSc, MPhil, MBBS, FRCP, FRCPE,
 FRCPsych, FFPHM, PhD,
 FRCPsych(Hon), FACP(Hon),
 FHKCPsych(Hon), FAMS(Sing), FRSA,
 FAcad Med Ed,
 Emeritus Professor of Mental Health and
 Cultural Diversity,
 Institute of Psychiatry, Kings College
 London.
 Past President, World Psychiatric
 Association

Vorwort und Einführung

Die präventive Medizin reicht ebenso wie die kurative Medizin zumindest bis in die Zeiten von Hippokrates zurück. Unter dem griechischen Begriff der „Diätetik“ empfahl er seinen Zeitgenossen einen gesundheits-sichernden Lebensstil: geregeltes Leben, körperliche Belastung, gesunde Ernährung, Sport, Baden, geregelten Schlaf und Sexualität. Diese Lebensregel, die man heute der „Salutogenese“ zuordnen würde, wirkte in der Folgezeit fort. Bedeutende Mediziner gaben dieser ärztlichen Haltung immer wieder neuen Ausdruck, wie z. B. Hufeland in dem Buch „Die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern“.

Heute wirkt diese Denktradition in der Public-Health-Bewegung fort, in der die Gesundheitsförderung und der Erhalt von seelischer und körperlicher Gesundheit das entscheidende Ziel darstellen. In diesem Kontext definiert auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Gesundheit wie folgt: psychisches und soziales Wohlbefinden – also mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit. Auch die gegenwärtige öffentliche und politische Diskussion zur Prävention ist von diesem Denken bestimmt: Der Einfluss von Lebensstil und Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit hat eine zentrale Position in der öffentlichen Diskussion errungen. Die dabei verfolgten Ziele sind auf Lebensqualität und allgemeine Gesundheit (jenseits spezifischer Erkrankungen) gerichtet. Entsprechend betreffen die Präventionsmaßnahmen zunächst die äußeren Verhältnisse (Verhältnisprävention) und das alltägliche Verhalten (Verhaltensprävention). Das kürzlich verabschiedete Präventionsgesetz ist auch von diesem Gedanken der Gesundheitsförderung bestimmt.

Die Reichweite von gesundheitsfördernden Ansätzen ist jedoch begrenzt, denn auch die

Beachtung aller salutogenetischen Vorschläge stellt keinen absoluten Schutz vor psychischer und körperlicher Erkrankung in der Zukunft dar. Die damit verbundene Risikoreduktion führt oft auch nur zur Erhöhung des Erst-erkrankungsalters.

Eine andere Strategie ist daher notwendig, die direkt versucht, spezifische Krankheiten zu verhüten. Solche Ansätze sind historisch jünger, denn sie setzen viel mehr Wissen um spezifische Krankheitsprozesse voraus. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren es hygienische Maßnahmen, die Seuchenerkrankungen verhüteten. Für andere Krankheiten brauchte es einen längeren Anlauf. Einschlägiges Wissen ist dazu meist erst in den letzten Jahrzehnten für die häufigen Erkrankungen entstanden: Groß angelegte prospektive Studien in der Allgemeinbevölkerung haben in verlässlicher Form Risikofaktoren für die großen Volkserkrankungen aufgedeckt und ebenso erste klinische Zeichen als Vorwarnstufen für die späteren, voll entwickelten spezifischen Krankheits-syndrome identifizieren können. Aufsetzend auf diese Erkenntnisse konnten für viele Volkskrankheiten, auch für die psychischen Erkrankungen, krankheitsspezifische Präventionsmaßnahmen entwickelt werden. Befruchtend wirkt dabei die für fast alle medizinischen Krankheiten gewonnene Erkenntnis, dass der zugrunde liegende biologische Prozess, im folgenden Risikomechanismen genannt, schon lange vor einer möglichen Erstdiagnose fortgeschritten ist, meist in zunächst klinisch stummer Form. Diese biologischen Prozesse werden durch die Risikofaktoren und vorbestehende Vulnerabilität angestoßen. Die darauf aufbauenden präventiven Interventionen gehen über Lebensstil- oder Verhaltensmodifikationen hinaus; sie bedienen sich meist krankheits-

spezifischer medizinischer bzw. psychologischer Interventionen mit möglichst niedrigen Risiken.

Für die Nutzen-/Risiko-Abwägung solcher krankheitsspezifischen präventiven Interventionen sind Voraussagemodelle für spätere Erkrankungen auf der Grundlage bekannter Risikofaktoren und ggf. von Frühwarnzeichen erforderlich. Somit hat sich im Kontext dieser neuen präventionsorientierten Medizin auch eine *prädiktive* Medizin entwickelt.

Die sich rasch entwickelnden krankheitsspezifischen Prädiktions- und Präventionsmöglichkeiten treten zunehmend in den Vordergrund und ergänzen das an einer gesunden Lebensführung orientierte Modell der Gesundheitsförderung. Beide Ansätze sind für die Optimierung der gesundheitlichen Lebensqualität von gleichrangiger Bedeutung.

Klassische Lehrbücher der präventiven Medizin sind vorzugsweise auf den Bereich der Gesundheitsförderung sowie der Prävention von teilhabebegrenzenden Lebensbedingungen (z. B. chronische Stressbelastung) fokussiert. Sie sind deshalb oft gar nicht im reinen medizinischen Bereich angesiedelt, sondern werden in anderen Professionen, wie Gesundheits- und Sozialwissenschaften, betrieben. Hier geht es oft um einen gesunden Arbeitsplatz, um die gesunde Schule, um gesundheitsorientiertes Wohnen und um Reduktion der gesundheitlichen Gefährdungen im Verkehr. Die krankheitsspezifische Prävention, die auf der Basis des fortentwickelten medizinischen Wissens aufbaut, ist dagegen weniger populär. Weder in den allgemeinen Präventionsbüchern noch in den krankheitsspezifischen medizinischen Lehrbüchern wird diesem potenziell hocheffizienten Feld der Krankheitsbekämpfung hinreichend Beachtung geschenkt. Diese Lücke versucht in Bezug auf alle psychischen Erkrankungen dieses Buch zu schließen.

Angesichts des Stillstandes in der Entwicklung wirksamer Psychopharmaka mit

neuen Wirkmechanismen stellen spezifische Präventions- und Frühinterventionen die wichtigsten Innovationen dar. Für psychische Störungen wurden und werden zunehmend die spezifischen Risiko- und Krankheitsmechanismen erkannt, so dass die darauf aufbauenden Strategien der verschiedenen Präventionsmaßnahmen und der Interventionen weithin Enthusiasmus entfachten. So rief das führende Wissensmagazin „Nature“ im Januar 2010 (Vol. 463, Issue 7277, 07.01.2010) „A decade of psychiatric disorders“ aus. Dabei wurde die These formuliert: „Early detection and a clearer understanding of environmental factors may allow prevention of psychiatric disorders.“

Vor diesem Hintergrund stellt das hier vorgelegte Handbuch erstmals den gesamten Wissensstand zu den Möglichkeiten und Grenzen der Prävention psychischer Störungen zusammen. Der dafür gewählte Titel „Präventive Psychiatrie“ hat in der Vergangenheit nur selten einmal Verwendung gefunden und wird für dieses Werk nunmehr ganz bewusst in programmatischer Absicht wieder aufgegriffen. Er soll gleich zu Anfang die Ansicht der Herausgeber zum Ausdruck bringen, dass die gegenwärtig noch viel zu geringe Orientierung am Ziel der Krankheitsverhinderung mit der Medizinferne der Gesundheitsförderung zusammenhängt und dieses Hindernis durch eine bessere Verbindung der Präventionsagenda mit dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Psychiatrie ausgeräumt werden kann und muss.

Damit wird auch der *Übergang von der Therapie zur Prävention* vorbereitet. Die hieraus erwachsende Perspektive ist jedoch sehr verschieden von den Konzepten und Strategien, die man bei der öffentlichen Gesundheitsförderung verfolgt. Interessierte müssen bei der Literatursichtung geradezu den Eindruck bekommen, dass gegenwärtig in *zwei Sprachen* mit jeweils ganz anderer Begrifflichkeit von Prävention gesprochen

wird. Bei der einen steht die anspruchsvolle WHO-Definition seelischer Gesundheit im Mittelpunkt, und es geht um die Erzeugung von *Widerstandskraft* für die Stressbewältigung im Sinne des Resilienz-Konzeptes, um *Selbstertüchtigung* („Empowerment“) und *Kompetenzentwicklung*, um berufliche *Integration* und *Teilhabe* am Gemeinschaftsleben. Die andere bezieht sich auf die *Entwicklungspfade* der einzelnen *psychischen Störungen* selbst und berücksichtigt den gesamten genetischen, epigenetischen, neurobiologischen und psychosozialen Wissensstand, den die Psychiatrie hierzu anzubieten hat. In zwei verschiedenen Sprachen redet man leicht aneinander vorbei. Darin dürfte in der Tat auch der Hauptgrund dafür liegen, dass die Prävention psychischer Störungen trotz ihrer langen Ideengeschichte auch heute, zu Beginn des 21. Jahrhunderts, immer noch nicht den ihr zukommenden hohen Stellenwert besitzt. Deshalb soll in diesem Handbuch die „Public Mental Health“-Perspektive erstmals so konsequent mit der wissenschaftlichen Entwicklung in der Psychiatrie verbunden werden, dass man in der Zukunft *eine gemeinsame Sprache* spricht.

Um diese Zielsetzung zu erreichen, werden im *Anfangsteil des Buches* (A) zunächst die *Grundlagen für die Etablierung präventiver Psychiatrie* als separates Wissensgebiet mit eigenen Konzepten und Umsetzungsstrategien entwickelt. Dies geschieht in vier Kapiteln, die von den beiden WHO-Programmen „Förderung seelischer Gesundheit“ und „Prävention psychischer Störungen“ ausgehen und sie mit dem heutigen psychiatrischen Wissensstand zur Krankheitsentwicklung in Verbindung bringen. *Kapitel 1* macht deutlich, dass die öffentlichen Bemühungen um die Schaffung und den Erhalt seelischer Gesundheit bestenfalls auf indirekte, unspezifische und unkontrollierte Weise psychische Störungen ver-

hindern können und deshalb zwingend im Sinne ihrer eigenen Zielsetzung durch ein psychiatrisches Präventionsprogramm ergänzt und verstärkt werden müssen. Folgerichtig geht *Kapitel 2* auf das ursprünglich für chronische Körperkrankheiten entwickelte Präventionskonzept ein und stellt dar, wie es am „Institute of Medicine“ (IOM) revidiert, durch eine alternative Klassifikation der Krankheitsprävention ersetzt und schließlich im Auftrag des Kongresses der Vereinigten Staaten speziell auf psychische Störungen zugeschnitten worden ist. *Kapitel 3* beschäftigt sich mit der weiten Verbreitung psychischer Störungen und dem enormen Belastungsdruck sowie auch mit dem hohen Versorgungsaufwand und dem erheblichen volkswirtschaftlichen Produktivitätsausfall, den sie inzwischen bewirken. Da die verfügbaren Akut- und Langzeittherapien diese große und weiter anwachsende Problematik trotz ihrer fortlaufenden Verbesserungen nicht eindämmen konnten, ergibt sich hieraus das erste der beiden zentralen Argumente, die heute die Präventionsprogrammatisierung begründen. Das zweite, heute noch ungleich wichtigere, positive Argument dafür, von der Therapie allmählich zur Prävention überzugehen, resultiert aus den grundlagenwissenschaftlichen Fortschritten bei der Aufklärung der Krankheitsentwicklung in der psychiatrischen Forschung selbst. Dementsprechend werden in *Kapitel 4* alle die Prozesse und Mechanismen dargestellt, die nach dem jüngsten epidemiologischen und neurobiologischen Wissensstand Ansätze für Prävention nahelegen und eröffnen.

Auf ihre grundlegende Charakterisierung folgt im *zentralen Hauptteil des Buches* (B) die Präsentation des *aktuellen Entwicklungsstandes präventiver Psychiatrie*. Um die Gesamtheit der inzwischen gewonnenen Erkenntnisse auf diesem in den letzten Jahren immer weiter angewachsenen Wissensgebiet über-

schaubar zu gestalten, wird die allgemeine diagnoseübergreifende Perspektive des von den Herausgebern verfassten Anfangsteils verlassen und nunmehr störungsspezifisch im Stil eines Handbuchs nacheinander auf alle heute bereits in die Präventionsprogrammatik mit einbezogenen psychiatrischen Diagnosegruppen eingegangen. Dabei handelt es sich um die *psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter*, die *Essstörungen*, die *Angststörungen*, die *posttraumatischen Belastungsstörungen*, die *depressiven Störungen mit der Suizidproblematik*, die *bipolaren affektiven Erkrankungen*, die *schizophrenen und anderen psychotischen Störungen*, die *Alkohol- und Drogenabhängigkeit*, die *Nicotinabhängigkeit* und die *demenziellen Erkrankungen*. Für jedes der insgesamt zehn auf diese Diagnosegruppen bezogenen Kapitel wurden Autorinnen und Autoren gewonnen, die eine hohe Expertise für die betreffende psychische Störungsform besitzen und zumeist auch durch ihre eigene Forschung maßgeblich zur Entwicklung der von ihnen beschriebenen störungsspezifischen Präventionsmöglichkeiten beigetragen haben. Sie folgen bei ihrer Zusammenstellung des relevanten Wissens in allen Kapiteln immer wieder demselben Darstellungsschema, so dass man sich bei der sukzessiven Lektüre des Hauptteils leicht ein Bild von den Unterschieden und Übereinstimmungen der Präventionsansätze bei den einzelnen Störungsgruppen machen und ihre jeweiligen Ausreifungsgrade auch vergleichend beurteilen kann. Jede störungsspezifische Darstellung beginnt mit einer *Charakterisierung* der jeweiligen Diagnosegruppe und ihrer gegenwärtigen Bedeutung, gibt sodann den Stand der *Risikoforschung* auf diesem Störungsgebiet wieder, beschreibt anschließend die daraus resultierenden *Präventionsmöglichkeiten* mit ihrer inzwischen erreichten *Evidenzbasierung* und nimmt

am Ende zu der bereits erfolgten oder erst noch anzustrebenden *Umsetzung in der Versorgungspraxis* Stellung. Auf diese Weise wird in der Gesamtschau deutlich, inwieweit die im Anfangsteil entwickelten Konzepte und Strategien inzwischen sinnvoll und erfolgversprechend für die Prävention gerade der am weitesten verbreiteten und schwerwiegendsten psychischen Störungen verwendbar sind.

Erwartungshorizonte für die vielen möglichen Gefährdungen der menschlichen Existenz auszubilden, um ihnen rechtzeitig im Sinne des lateinischen „*praevenire*“ zuvorkommen zu können, gilt geradezu als Inbegriff humaner Rationalität. Prädiktion und Prävention sind in diesem übergreifenden anthropologischen Sinne vernünftig. Dies trifft natürlich auch zu, wenn es um unsere Abschirmung gegen das Existenzrisiko seelischer Erkrankung geht. Gleichwohl bedarf es einer überzeugenden Rechtfertigung, um die eigentlich selbstverständliche Präventionsprogrammatik in den heute zumeist noch ganz vorrangig auf bereits manifeste Krankheiten und ihre medizinische Behandlung ausgerichteten Gesundheitssystemen zur Geltung zu bringen. Deshalb folgt auf den störungsspezifischen Hauptteil noch ein *dritter Buchteil (C)*, der sich mit der *rechtlichen, ethischen und ökonomischen Bewertung präventiver Psychiatrie* beschäftigt. In vier Kapiteln gehen auch hier wieder ausgewählte Autorinnen und Autoren mit hoher Kompetenz für die Darstellung der jeweiligen Thematik nacheinander auf alle dabei interessierenden Gesichtspunkte ein. In *Kapitel 15* werden die allgemeinen *juristischen Vorgaben* für die ärztliche Behandlung zusammengestellt und davon die Besonderheiten abgehoben, die bei prädiktiven und präventiven Maßnahmen Beachtung finden müssen. An diese Orientierung über die rechtlichen Rahmenbedingungen schließt sich in *Kapitel 16* eine Darstellung der *me-*

dizinethischen Problemlagen beim Übergang von der herkömmlichen Diagnostik und Therapie zur Präventionsdiagnostik und Präventivbehandlung in der Psychiatrie an. Die sich hieraus ergebende *ethische Gesamtbewertung* wird in *Kapitel 17* durch eine Anwendung aller Grundprinzipien biomedizinischer Ethik auf die drei Formen der universellen, selektiven und indizierten Primärprävention ausdifferenziert. So entsteht ein vergleichendes Bild davon, wie die Präventionsangebote an die Allgemeinbevölkerung, an Risikogruppen oder an Rat- und Hilfesuchende mit Risikosymptomen jeweils hinsichtlich ihres Nutzens und ihrer Risiken beim heutigen Entwicklungsstand einzuschätzen sind. Auf diese ethischen Bewertungen folgen in *Kapitel 18* schließlich noch Analysen zur ökonomischen Relevanz des psychiatrischen Präventionsprogramms. Sie beziehen sinnvollerweise auch die Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit mit ein und knüpfen argumentativ an den im Anfangsteil des Buches schon diagnoseübergreifend gegebenen Gesamtüberblick zum heutigen Versorgungswand und volkswirtschaftlichen Produktivitätsausfall an, der im störungsspezifischen Hauptteil bereits für jede der dargestellten Diagnosegruppen präzisiert worden ist. Auch für Deutschland liegen ja inzwischen verlässliche Einschätzungen dieser Kostenverursachung vor. Nachweise ihrer Absenkungsmöglichkeit durch die jeweiligen Präventionsangebote für die betreffende Diagnosegruppe gibt es aber in der für fundierte Entscheidungsfindungen der Kostenträger nötigen Form noch nicht. Deshalb ist es sicher reizvoll, die gesundheitsökonomische Bewertungsproblematik in diesem Kapitel von einem Autor vorgestellt zu bekommen, der schon seit vielen Jahren die englische Gesundheitspolitik bei der Umsetzung präventiver Psychiatrie berät.

Die Herausgeber sind davon überzeugt, dass es nur eine erfolgversprechende Antwort auf den zunehmenden Belastungsdruck durch psychische Störungen und die neuen wissenschaftlichen Einblicke in ihre Entstehungsbedingungen gibt. Man muss auch in der Psychiatrie den gegenwärtig stattfindenden Übergang zu einer prädiktiven und präventiven Medizin vollziehen und ihn mit allen seinen Konsequenzen zunehmend mehr in unserem Gesundheitssystem zur Geltung bringen. Das Handbuch „Präventive Psychiatrie“ möchte die Voraussetzungen dafür schaffen, dass sich alle Interessierten, Beteiligten und Betroffenen ein Bild von dieser großen Aufgabe machen und bei ihrer Verwirklichung im jeweils eigenen Handlungsfeld in Zukunft eine gemeinsame Sprache sprechen können. Wenn dies gelänge, wäre damit bereits viel für die nötige Verbesserung der seelischen Gesundheit in Deutschland erreicht.

Besonderer Dank gilt allen beteiligten Autorinnen und Autoren. Ohne ihr Interesse, Engagement und ihre Expertise wäre die Buchgestaltung in der vorliegenden Form nicht möglich gewesen. Von Verlagsseite hat insbesondere Frau Dr. Nadja Urbani die Erstellung des Werks in sehr hilfreicher Weise begleitet. Dank gebührt auch Frau Karin Nasskau, die von Anfang an stets engagiert und zuverlässig in die Buchproduktion mit eingebunden war und sie erfolgreich mitgestaltet hat. Auf Bonner Seite wurde die Herausgebere tätigkeit mit Tatkraft und Präzision durch Frau Maria Linz unterstützt. Die Übersetzungen wurden von Frau Sue Manderfeld aus Köln und Herrn Philipp Wahl aus Mannheim sehr professionell ausgeführt.

Köln und Bonn,
im Winter 2016

Joachim Klosterkötter
Wolfgang Maier

Anschriften

Dr. phil. Dipl.-Psych. Nicolas Arnaud
 Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
 Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
 Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
 Martinistraße 52
 20246 Hamburg
 n.arnaud@uke.de

Prof. Dr. med. Anil Batra
 Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin
 Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
 mit Poliklinik
 Universitätsklinikum Tübingen
 Calwer Str. 14
 72076 Tübingen
 Anil.Batra@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Michael Bauer
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
 Technische Universität Dresden
 Fetscherstraße 74
 01307 Dresden
 Michael.Bauer@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. phil. Dr. med. Jürgen Bengel
 Abteilung für Rehabilitationspsychologie
 und Psychotherapie
 Institut für Psychologie
 Universität Freiburg
 Engelbergerstraße 41
 79085 Freiburg
 juergen.bengel@psychologie.uni-freiburg.de

Prof. Dr. med. Jürgen Deckert
 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie,
 Psychosomatik und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Würzburg
 Margarete-Höppel-Platz 1
 97080 Würzburg
 Deckert_J@ukw.de

Stephan Detert, stud. med.
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Campus Charité Mitte
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 stephan.detert@charite.de

**Prof. Dr. Dr. med. Katharina Domschke, M.A.
 (USA)**
 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstraße 5
 79104 Freiburg
 katharina.domschke@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau
 Institut für Geschichte,
 Theorie und Ethik der Medizin
 Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
 Universitätsstraße 1
 40225 Düsseldorf
 heiner.fangerau@hhu.de

Dipl.-Psych. Sara Hanke
 Sektion Suchtforschung und Suchtmedizin
 Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie
 mit Poliklinik
 Universitätsklinikum Tübingen
 Calwer Str. 14
 72076 Tübingen
 Sara.Hanke@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. med. Ulrich Hegerl

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Simmelweisstr. 10
04103 Leipzig
ulrich.hegerl@medizin.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Universitätsmedizin Berlin
Charité Campus Mitte
Chariteplatz 1
10117 Berlin
andreas.heinz@charite.de

Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie des Kindes- und
Jugendalters
Uniklinik RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
bherpertz@ukaachen.de

Prof. Dr. med. Frank Jessen

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln
frank.jessen@uk-koeln.de

Prof. Dr. iur. Christian Katzenmeier

Institut für Medizinrecht
Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
medizinrecht@uni-koeln.de

Martin Knapp

Professor of Social Policy
Personal Social Services Research Unit
The London School of Economics and
Political Science
University of London
Houghton Street
London WC2A 2AE, UK
M.Knapp@lse.ac.uk

Prof. Dr. med. Gerd Lehmkuhl

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
Klinikum der Universität zu Köln
Robert-Koch-Straße 10
50931 Köln
gerd.lehmkuhl@uk-koeln.de

Dr. med. Karolina Leopold

Kliniken und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
karolina.leopold@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. phil. Dr. med. Andreas Maercker

Fachrichtung Psychopathologie und
Klinische Intervention
Psychologisches Institut
Universität Zürich
Binzmühlestr. 14, Box 17
8050 Zürich, Schweiz
maercker@psychologie.uzh.ch

Dr. phil. Chantal Michel, M.sc.

Universitätsklinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bern
Bolligenstrasse 111, Haus A
3000 Bern 60, Schweiz
chantal.michel@kjp.unibe.ch

Dipl.-Psych. Hendrik Müller

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Klinikum der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50924 Köln
hendrik.mueller@uk-koeln.de

Prof. Dr. phil. Franz Petermann

Zentrum für Klinische Psychologie und
Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Straße 6
28359 Bremen
fpeterm@uni-bremen.de

Prof. Dr. med. Andrea Pfennig

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Dresden
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Andrea.Pfennig@uniklinikum-dresden.de

PD Dr. med. Christine Rummel-Kluge

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Leipzig AöR
Semmelweisstraße 10, Haus 13
04103 Leipzig
christine.rummel-kluge@medizin.uni-leipzig.de

Dr. iur. Björn Schmitz-Luhn

Cologne Center for Ethics, Rights,
Economics and Social Science of Health
(ceres)
Universität zu Köln
Albertus-Magnus-Platz
50923 Köln
b.schmitz-luhn@uni-koeln.de

PD Dr. phil. Dipl.-Psych.

Frauke Schultze-Lutter

Universitätsklinik für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie
Universität Bern
Bolligenstrasse 111, Haus A
3000 Bern 60, Schweiz
frauke.schultze-lutter@kjp.unibe.ch

PD Dr. med. Emanuel Severus

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
Technische Universität Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Emanuel.Severus@uniklinikum-dresden.de

Prof. Dr. med. Rainer Thomasius

Deutsches Zentrum für Suchtfragen des
Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
thomasius@uke.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Ulrike de Vries

Zentrum für Klinische Psychologie und
Rehabilitation
Universität Bremen
Grazer Str. 6
28359 Bremen
udevries@uni-bremen.de

Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Klinik für Psychosomatik und Psycho-
therapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
dezwaan.martina@mh-hannover.de

This page intentionally left blank

Inhalt

Teil A Konzepte und Strategien präventiver Psychiatrie

Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier

1	Seelische Gesundheit und psychische Erkrankung	3	3.2	Belastung der Bevölkerung durch psychische Störungen	30
1.1	Gesundheit und seelische Gesundheit: Die Konsensus-Definitionen der WHO.	3	3.3	Versorgungsaufwand und volkswirtschaftlicher Produktivitätsausfall	34
1.2	Seelische Gesundheit als Zielsetzung öffentlicher Gesundheitsförderung	5	3.4	Begründung der Präventionsprogramm	40
1.3	Krankheit, seelische Erkrankung und psychische Störungen	7	4	Konzeptionelle Grundlagen der Krankheitsentwicklung und Resilienz bei psychischen Störungen – Präventionsansätze	43
1.4	Gesundheitsförderung versus Krankheitsprävention	9	4.1	Ansatzpunkte für Prävention	43
2	Das traditionelle Präventionskonzept und seine Revision	15	4.2	Vulnerabilitäts-, Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen	46
2.1	Die originäre Definition und Klassifikation von Prävention	15	4.3	Vorauslaufende Krankheitszeichen: Normabweichungen, Biomarker, prodromale Symptomatik	47
2.2	Kritik des traditionellen Präventionskonzepts und Vorschlag einer Alternative	18	4.4	Pathogenetische und protektive Prozesse im Einzelnen	49
2.3	Operationale Klassifikation der Krankheitsprävention	20	4.5	Resilienz und Stressinokulation	68
2.4	Nutzung der alternativen Klassifikation für die Prävention psychischer Störungen	23	4.6	Integrative Modelle, prädiktive Diagnostik und multimodale Interventionen	72
3	Prävention psychischer Störungen	29	4.7	Zugrundeliegende systemische, zelluläre und molekulare Mechanismen	74
3.1	Nationale und internationale Größenordnung des Problems	29	4.8	Konsequenzen für die Prävention psychischer Störungen	92

Teil B

Entwicklungsstand der präventiven Psychiatrie

5	Prävention psychischer Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter (Adoleszenz)	105	7	Prävention von Angststörungen	153
	<i>Ulrike de Vries, Gerd Lehmkuhl und Franz Petermann</i>			<i>Katharina Domschke und Jürgen Deckert</i>	
5.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	105	7.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	153
5.2	Epidemiologie (»Size«)	106	7.2	Stand der Risikoforschung	154
5.3	Psychosoziale Belastung (»Burden«)	107	7.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatis	157
5.4	Gesundheitsökonomie (»Costs«)	107	7.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	166
5.5	Stand der Risikoforschung	108	7.5	Konklusion, Key-points und Perspektiven	167
5.6	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatis bei der Störungsgruppe	114	8	Prävention der trauma- und belastungsbezogenen Störungen	177
5.7	Umsetzung in die Versorgungspraxis	122		<i>Andreas Maercker und Jürgen Bengel</i>	
5.8	Konklusion, Key-points und Perspektiven	124	8.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	177
6	Prävention von Essstörungen	131	8.2	Stand der Risikoforschung	179
	<i>Martina de Zwaan und Beate Herpertz-Dahlmann</i>		8.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatis	183
6.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	131	8.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	190
6.2	Stand der Risikoforschung	136	8.5	Konklusionen, Key-points und Perspektiven	191
6.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatis bei der Störungsgruppe	139	9	Depressions- und Suizidprävention	197
6.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	146		<i>Christine Rummel-Kluge und Ulrich Hegerl</i>	
6.5	Konklusion, Key-points und Perspektiven	148	9.1	Bedeutung von Depression und Suizid	197

9.2	Aktueller Stand der Depressionsprävention	199	12.2	Stand der Risikoforschung	288
9.3	Aktueller Stand Suizidprävention . . .	202	12.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatik bei Suchtstörungen	293
9.4	Schlussfolgerung und Ausblick.	207	12.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	306
10	Prävention bipolarer Störungen	211	12.5	Konklusion, Key-points und Perspektiven.	308
	<i>Andrea Pfennig, Karolina Leopold, Emanuel Severus und Michael Bauer</i>				
10.1	Bedeutung der Störungsgruppe	211	13	Prävention der Tabakabhängigkeit	319
10.2	Stand der Risikoforschung	212		<i>Sara Hanke und Anil Batra</i>	
10.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatik bei der Störungsgruppe	217	13.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	319
10.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	221	13.2	Stand der Risikoforschung	326
10.5	Schlussfolgerungen, Key-points und Perspektiven.	223	13.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatik	329
11	Prävention schizophrener und anderer psychotischer Störungen	227	13.4	Umsetzung in der Versorgungspraxis	336
	<i>Joachim Klosterkötter und Hendrik Müller</i>		13.5	Konklusion, Key-points und Perspektiven.	345
11.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	227	14	Prävention von Demenz-Erkrankungen	349
11.2	Stand der Risikoforschung	238		<i>Frank Jessen</i>	
11.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatik.	257	14.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	349
11.4	Umsetzung in die Versorgungspraxis	271	14.2	Stand der Risikoforschung	353
12	Prävention von Alkohol- und Drogenabhängigkeit	285	14.3	Entwicklungsstand der Präventionsprogrammatik	358
	<i>Rainer Thomasius, Andreas Heinz, Stephan Detert und Nicolas Arnaud</i>		14.4	Präventionsregister.	365
12.1	Bedeutung der Störungsgruppe – Aufriss des Problems	285	14.5	Umsetzung in die Versorgungspraxis	365
			14.6	Konklusion, Key-points, Perspektiven.	366

Teil C

Rechtliche, ethische und ökonomische Rahmenbedingungen präventiver Psychiatrie

15	Rechtliche Rahmenbedingungen prädiktiver und präventiver Medizin bei psychischen Erkrankungen	373		
	<i>Christian Katzenmeier und Björn Schmitz-Luhn</i>			
15.1	Allgemeine Vorgaben für die ärztliche Behandlung	373	17.1	Grundprinzipien biomedizinischer Ethik 400
15.2	Besonderheiten bei prädiktiven und präventiven Maßnahmen	378	17.2	Moderatoren bei der Wahl des Präventionsansatzes und der Gewichtung ethischer Grundprinzipien 410
15.3	Prävention und Prädiktion in der modernen Medizin	381	17.3	Risikostratifizierung, Gen- und Biobanken – Ein Ausblick 413
16	Ethische Bewertung prädiktiver und präventiver Psychiatrie	389	17.4	Fazit 414
	<i>Heiner Fangerau</i>		18	Zur ökonomischen Relevanz von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention 419
16.1	Einleitung	389		<i>Martin Knapp</i>
16.2	Medizinethik und Psychiatrie	390	18.1	Einleitung 419
16.3	Prävention und Krankheitskonzeption	391	18.2	Zur Notwendigkeit gesundheitsökonomischer Evidenz 419
16.4	Präventionsstandards und Psychiatrie	392	18.3	Gesundheitsökonomische Evaluationen 421
16.5	Gegenpositionen: Notwendigkeit der prädiktiven Testung und Forschung	394	18.4	Gesundheitsförderung und Krankheitsvorsorge – Eine Analyse der ökonomischen Relevanz 425
16.6	Schluss – Ein prozeduraler Ansatz	395	18.5	Fazit 435
17	Nutzen-Risiko-Abschätzung bei der Prävention psychischer Störungen	399	19	Schlusswort und Ausblick 439
	<i>Frauke Schultze-Lutter, Chantal Michel und Joachim Klosterkötter</i>			<i>Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier</i>
			Sachverzeichnis	449

Teil A

Konzepte und Strategien präventiver Psychiatrie

Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier

This page intentionally left blank

1 Seelische Gesundheit und psychische Erkrankung

Wenn man zu Beginn eines solchen Handbuchs die Konzepte herausarbeiten will, die heute für eine stärkere präventive Ausrichtung der Psychiatrie sprechen und sie argumentativ begründen können, gilt es zunächst, zwei inzwischen weltweit eingeführte Programme voneinander abzuheben. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 2004 der Weltöffentlichkeit zwei voneinander unabhängige, umfassende Berichte zur **Förderung seelischer Gesundheit** (»Promoting Mental Health«; WHO 2004a) und zur **Prävention von psychischen Störungen** (»Prevention of Mental Disorders«; WHO 2004b) präsentiert. Spätestens seit diesem Zeitpunkt müssen sich die Akteure in den nationalen Gesundheitssystemen fragen, worin die Unterschiede zwischen diesen beiden Programmen bestehen, ob es nicht auch einen Überlappungsbereich zwischen ihnen gibt und welchen der vorgeschlagenen Interventionen dann ihre eigenen Aktivitäten konzeptionell und umsetzungspraktisch zuzuordnen sind. Da es in der Psychiatrie um die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen geht, würde man ihre präventive Ausrichtung natürlich mehr mit dem zweiten der genannten Programme in Verbindung bringen und präventive Psychiatrie geradezu durch das Programm der Verhinderung psychischer Störungen definieren. Auch die Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit können aber einen wichtigen Beitrag zur Verhinderung psychischer Störungen leisten (Kalra et al. 2012), und umgekehrt wirken sich die Präventionsmaßnahmen wiederum günstig auf die Förderung seelischer Gesundheit aus (Campion et al. 2012). Deshalb macht es

zweifelloser Sinn, die Entwicklung der konzeptionellen Grundlagen präventiver Psychiatrie mit einer kontrastierenden Darstellung der beiden Programme zu beginnen.

1.1 Gesundheit und seelische Gesundheit: Die Konsensus-Definitionen der WHO

Die WHO orientiert sich bei allen ihren Aktivitäten an einem normativen Begriff von Gesundheit, der von Anfang an breite Zustimmung fand und im Laufe der Jahre den Status eines weltweit verpflichtenden Leitbildes angenommen hat. Danach ist Gesundheit nicht nur medizinisch definiert und mit einer von Krankheit und Gebrechlichkeit freien Verfassung des Menschen gleichzusetzen. Der volle Begriffssinn geht vielmehr darüber noch hinaus und fordert einen Zustand völligen physischen, seelisch-geistigen und sozialen Wohlbefindens, der die Selbstverwirklichungsmöglichkeiten gesunder Menschen in die Definition mit einbezieht (► Tab. 1-1). Wir streben so gesehen Gesundheit nicht allein um ihrer selbst willen, sondern vor allem als die wichtigste Voraussetzung für die Gestaltungs- und Umsetzungsfähigkeit unserer Lebensentwürfe an. Erst hieraus, aus diesem konditionalen Bezug zur Menschenwürde, ergibt sich für die Gesundheit der Status eines fundamentalen Guts für alle Mitglieder aller Gesellschaften, das durch staatliche Für- und Vorsorge geschützt werden muss. Jede Gesellschaft hat dementsprechend ein öffentliches Gesundheitswesen zu organisieren und darin Gesundheitsfürsorge für

Tab. 1-1 Gesundheit und seelische Gesundheit: Konsensus-Definition der WHO (2004a,b)

Gesundheit	»ein Zustand völligen körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit«
Seelische Gesundheit	»ein Zustand des Wohlbefindens, in dem das Individuum seine oder ihre eigenen Fähigkeiten verwirklichen, normalen Lebensstress bewältigen, produktiv sowie fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, einen Beitrag zu seiner oder ihrer Gemeinschaft zu leisten«

alle, Versorgungssicherheit, faire Zugangsmöglichkeiten und im Fall von individuell vorgegebenen Gesundheitsunterschieden nach Möglichkeit auch deren Ausgleich zu garantieren (Lanzerath 2007).

Wenn Gesundheit in dieser Weise definiert wird, dann schließt sie ihre seelische Ausprägung schon allein deshalb von vornherein mit ein, weil es sich bei einem Zustand des Wohlbefindens ja immer um eine psychische Verfassung handelt. Darüber hinaus will der Begriff aber auch die wechselseitige Abhängigkeit des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens voneinander so zum Ausdruck bringen, wie sie nicht nur der subjektiven Erlebnisrealität, sondern auch der objektiven Befundlage entspricht. Jedenfalls darf man sich angesichts dieser Definition zu der Feststellung berechtigt fühlen, dass es **keine Gesundheit ohne seelische Gesundheit** geben kann und dementsprechend auch die hierauf ausgerichtete Für- und Vorsorge einen hohen Stellenwert in der Gesundheitspolitik einnehmen muss. Folgerichtig hat die WHO auch für die seelische Gesundheit eine länder-, kultur-, klassen- und geschlechterübergreifende Konsensus-Definition formuliert. Danach ist in seelischer Gesundheit derjenige Zustand des Wohlbefindens zu sehen, in dem es den Individuen gelingt, ihre eigenen Fähigkeiten zu verwirklichen, den normalen Lebensstress zu bewältigen, produktiv und fruchtbar zu

arbeiten und sich mit eigenen Beiträgen in ihr jeweiliges Gemeinwesen einzubringen (► Tab. 1-1). Natürlich war es nicht einfach, mit einer solchen Definition den vielen unterschiedlichen Konzeptionalisierungen mentaler Gesundheit seit der ersten WHO-Deklaration von Gesundheit aus dem Jahre 1948 gerecht zu werden. Manche der beteiligten Autoren hatten mehr auf positive Emotionen wie Glücksgefühle oder Persönlichkeitszüge des Selbstbewusstseins und der Durchsetzungsfähigkeit, andere mehr auf Resilienz als Fähigkeit zur Unglücksbewältigung und Einbruchsvermeidung oder salutogenetische Faktoren wie Optimismus und natürlich auch Lebensqualität im Sinne der eigenen Positionswahrnehmung im Kontext der Kultur und des Wertesystems, in dem man lebt, und den Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Normen und Interessen abgehoben (WHO 2004a). Die Konsensus-Definition schließt alle diese Konzepte **positiver seelischer Gesundheit** (► Kap. 4.5) in verkürzter Form mit ein und läuft letztlich auf ein umfassendes Zufriedenheitsgefühl dank eigener Stressbewältigungs- und Selbstverwirklichungsmöglichkeiten hinaus (Vaillant 2012). Die Lebensumstände sind allerdings gerade in der gegenwärtigen Welt oft so beschaffen, dass sie etwa bei Jugendlichen in sozialen Randgruppen die eigene Entfaltung eher behindern und gar keine positiven Emotionen erlauben. Deshalb ist

kürzlich vorgeschlagen worden, statt von einem Zustand des Wohlbefindens zukünftig in der Definition der seelischen Gesundheit besser von einem dynamischen inneren Gleichgewichtszustand zu sprechen (Galderisi et al. 2015).

1.2 Seelische Gesundheit als Zielsetzung öffentlicher Gesundheitsförderung

Dass Gesundheit öffentlich gefördert werden muss, ergibt sich, wie gezeigt, allein schon aus dem normativen Charakter ihrer Definition. Ganz offenkundig klafft zwischen dem humanen Anspruch auf Gesundheit in diesem umfassenden biopsychosozialen Sinn und seiner Umsetzung in der Allgemeinbevölkerung auch in einkommensstarken Ländern mit vergleichsweise gut ausgestatteten und effizient organisierten Gesundheitssystemen wie den zentralen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) immer noch ein breiter Abstand (Kalra et al. 2012). Diese Umsetzungsproblematik fällt für die seelische Gesundheit noch umso stärker ins Gewicht, als sich die Einsicht in ihre konstitutive Bedeutung für Gesundheit allgemein trotz der vielen programmatischen Deklarationen, die es inzwischen auf internationaler und nationaler Ebene zu diesem Zusammenhang gibt, erst allmählich im Bewusstsein der Verantwortungsträger durchzusetzen beginnt. Naheliegender war es in der Vergangenheit eigentlich immer, das psychosoziale mehr aus dem physischen Wohlbefinden abzuleiten und dementsprechend auch die Förderung seelischer Gesundheit bereits durch die allgemeinen Maßnahmen der Für- und Vorsorge im öffentlichen Gesundheitswesen mit abgedeckt zu sehen. Diese traditionelle Sichtweise hat sich jedoch inzwischen mit einer Vielfalt von Informationen auseinandersetzen müs-

sen, die alle für eine ungemein starke eigenständige Belastung der Individuen, Familien, Gesellschaften und Nationen durch mangelndes psychosoziales Wohlbefinden sprechen. Deshalb würde heute wohl niemand, der in den Gesundheitswissenschaften, im öffentlichen Gesundheitswesen oder in der Gesundheitspolitik tätig ist, mehr ernsthaft in Zweifel ziehen, dass die allgemeine Für- und Vorsorge ein spezielles Programm zur Förderung seelischer Gesundheit mit einschließen muss.

Die Ausrichtung und die Gestaltung dieses speziellen Förderprogramms ergeben sich aus der Definition seelischer Gesundheit und heben folgerichtig darauf ab, möglichst günstige Voraussetzungen für die psychologische Entwicklung der Individuen in ihren jeweiligen Gesellschaften zu schaffen. Was dies bedeutet, hat die WHO in einem weiteren Konzeptpapier in der folgenden Weise zum Ausdruck gebracht:

Mental health or psychological well-being makes up an integral part of an individual's capacity to lead a fulfilling life, including the ability to form and maintain relationship, to study, work or pursue leisure interests, and to make day-to-day decisions about educational, employment, housing or other choices. Disturbance to an individual's mental well-being can adversely compromise these capacities and choices, leading not only to diminished functioning at the individual level but also broader welfare losses at the household and societal level.

(WHO 2012)

Auf der einen Seite gilt es also, **persönliche Lebensstile** und **individuelle Verhaltensmuster** in Betracht zu ziehen. Auf der anderen Seite hängt aber die seelische Gesundheit natürlich auch von zahlreichen und oft noch wechselseitig aufeinander

Setting	Familie	Schule	Media	Arbeit	Gemeinde
Kultur				Diskrimination/Soziale Ungleichheit	
	Niedrige Sozialisation		Schädliche Medieneinflüsse		Soziale Exklusion
Gesellschaft		Aversive Sozialisation		Gewalt/Kriminalität	Armen-Einrichtungen
	Ungünstige Wohnung/ Lebensbedingung		Schädliche Presse-kampagnen	Arbeitsintensivierung und Unsicherheit	
Soziale Umgebung	Krankheit der Eltern	Schul-schwierigkeiten		Arbeitslosigkeit	
	Alkohol/ Drogen in der Schwangerschaft		Gewalt in Familien		Armut
Individuum	Unsichere Bindung	Trauma/ Vernachlässigung	Antisoziales kriminelles Verhalten		Verlust von Bezugspersonen
	Fehlernährung	Schlechte Ernährung	Drogengebrauch	Schädlicher Alkohol-gebrauch	Körperlicher Missbrauch (ältere)
	Niedriger Selbstwert		Somatische Beeinträchtigung		Somatische Beeinträchtigung
	Pränatal	Kindheit	Adoleszenz	Erwachsen	Fortgeschrittenes Alter

Abb. 1-1 Risiken für seelische Gesundheit über die Lebensspanne (WHO 2012)

Einfluss nehmenden **Umweltbedingungen** und **sozioökonomischen Faktoren** ab. Sowohl diesen individuellen als auch solchen sozialen Determinanten gerecht zu werden, stellt eine große und oft nur sehr schwer zu bewältigende Aufgabe für die öffentliche Gesundheitsförderung dar (► Abb. 1-1).

Wie geht man z. B. gegen schädlichen Substanzkonsum, Gewaltbereitschaft und Missbrauch von Frauen und Kindern vor, wenn man im jeweiligen gesellschaftlichen Umfeld wahrnimmt, dass diese Verhaltens-

muster mit mangelnder familiärer und schulischer Unterstützung der seelischen Entwicklung und diese ungünstigen Rahmenbedingungen wiederum mit Arbeitslosigkeit, geringem Einkommen und Armut zusammenhängen? Gleichwohl lässt sich aus den fortlaufenden Gesundheitsberichten der WHO und ähnlich auch des »Institute of Medicine« in den USA (2009) ersehen, dass die Strategien und Umsetzungspraktiken des Förderprogramms durchaus Erfolg versprechend sind. Sie wenden sich zum einen an

die Bevölkerung insgesamt und bestehen in Makrointerventionen, z. B. zur Verbesserung der Ernährungs-, Wohn- und Erziehungssituation, zur Reduktion von schädlichem Substanzgebrauch gerade in der Schwangerschaft und von Gewaltanwendung in den Familien oder auch zum Aufbau von psychosozialen Unterstützungsprogrammen durch Eigeninitiativen in den Kommunen. Zum anderen spricht das Programm darüber hinaus aber auch die wichtigsten Zielgruppen in der Bevölkerung an und versucht sie mit Interventionen kleinerer oder mittlerer Größenordnung zu erreichen, die möglichst genau auf den jeweiligen Förderungsbedarf zugeschnitten sind. Dazu gehören, wie sich dies insbesondere aus dem diesbezüglichen »Guidance Paper« der »European Psychiatric Association« (EPA) ersehen lässt, die Schulkinder und Heranwachsenden, die Erwachsenen in der Arbeitswelt, die Alten nach dem Berufsleben, die Frauen mit ihren geschlechtlichen Besonderheiten und dem Gleichberechtigungsproblem, die Migrantinnen und auch die Menschen mit homo-, bi- und transsexuellen Orientierungen sowie dem sich hieraus oft noch ergebenden sozialen Integrationsproblem (Kalra et al. 2012). Je nachdem, welches Definitionsmerkmal seelischer Gesundheit man in einer gegebenen Fördersituation für wichtiger hält, kann es bei den Interventionen mehr um die vom IOM betonte aktive Bewältigung von Belastungen, Stress und Herausforderungen im Sinne des **Resilienzkonzepts** (vgl. ► Kap. 4.5) oder mehr um die von der WHO betonte Entscheidungsfähigkeit zur **gesellschaftlichen Teilhabe** (Erziehung, Wohnen, Beschäftigung) gehen. In Abbildung 1-1 sind alle in Frage kommenden individuellen und sozialen Ansatzpunkte modellhaft geordnet und nach Lebenswelt und Lebensspanne zusammenfassend dargestellt.

1.3 Krankheit, seelische Erkrankung und psychische Störungen

Die WHO hat den Gesundheitsbegriff allgemein und mehr noch den der seelischen Gesundheit so normativ gestaltet, dass er letztlich die Verwirklichung der Menschenrechte impliziert. Das ist sicherlich im Vergleich zu früheren Zeiten und auch im Blick auf die heutige Weltlage ein großer Gewinn, der überall Anerkennung und Wertschätzung verdient. Man darf aber nicht übersehen, dass Gesundheit immer auf ihren Gegenbegriff, den der Krankheit, und damit auch **seelische Gesundheit auf psychische Erkrankung** verweist. Wenn psychosoziales Wohlbefinden mehr als nur das Freisein und Freibleiben von psychischer Erkrankung bedeuten soll, dann heißt das nicht, dass die Einschränkungen dieses Wohlbefindens durch derartige Erkrankungen etwa vernachlässigt werden könnten. Ganz im Gegenteil stellt der Umstand, gerade nicht von einer psychischen Erkrankung betroffen zu sein, eine so elementare Voraussetzung für psychische Gesundheit dar, dass die WHO-Definition ihn gewissermaßen als eine Selbstverständlichkeit unterstellt und nur die noch darüber hinausgehenden Merkmale psychosozialen Wohlbefindens näher benennt. Auch psychisch erkrankte Menschen können erfreulicherweise bei günstigen Krankheitsverläufen ihre eigenen Fähigkeiten entfalten, Lebensstress bewältigen, erfolgreich arbeiten und sich mit eigenen Beiträgen im Gemeinwesen zur Geltung bringen. Darin, dass sie auch solchen, von der Psychiatrie ja immer wieder angestrebten Entwicklungen Rechnung trägt, ist ein weiterer Vorteil der WHO-Definition zu sehen. In der Regel jedoch schränken psychische Erkrankungen das psychosoziale Wohlbefinden der Betroffenen