

Prävention bei psychischen Störungen

Georg Juckel

Zusammenfassung

Prävention bei psychiatrischen Erkrankungen ist gewissermaßen Neuland. Seit über 20 Jahren hat die frühe Sekundär-Prävention im Sinne von Früherkennung, Frühbehandlung schizophrener Erkrankungen in Australien und dann zunehmend in Deutschland und in den USA an Bedeutung gewonnen. Früherkennungszentren für dieses Erkrankungsbild haben sich an einigen deutschen Universitätskliniken gebildet. Trotzdem ist dieser Effekt nicht wirklich in die Breite gegangen. Dies liegt sicherlich daran, dass Früherkennung aufwendig ist, d. h. in der Zusammenarbeit mit vielen Institutionen, die Jugendliche und junge Erwachsene betreuen, ist ein großer Aufwand an Aufklärung und Beratung notwendig. Zum anderen ist die Diagnostik aufwendig, obwohl Studien erst in den letzten Jahren spezifische Prodromalsymptome nachweisen konnten. Zum anderen ist die Stigmatisierung der Psychiatrie hier nicht förderlich. Eher aktuell gibt es eine Entwicklung gerade auch hier in Deutschland, die Früherkennung und Frühbehandlung nunmehr auch bei bipolaren Erkrankungen etablieren will. Hier ist das Wissen weit geringer als bei schizophrenen Erkrankungen, vorsichtig werden einige wenige prospektive Studien derzeit gestartet. Der Vortrag möchte auf die Notwendigkeit und aber auch die Schwierigkeit einer Primär-Prävention bei psychiatrischen Erkrankungen eingehen. Neben der Tatsache, dass es eine ganze Reihe von Ansätzen zur körperlichen Fitness durch gesunde Ernährung und Bewegung gibt, entsteht angesichts der Tatsache der Zunahme psychischer Störungen, steigender Arbeitsunfähigkeitszahlen sowie den vielfältigen Belastungen psychischer Natur am Arbeitsplatz die Notwendigkeit, auch primär über die Fähigkeiten mentaler Fitness im Sinne von Stressreduktion, Zeitmanagement etc. nachzudenken.

Schlüsselwörter

Prävention, Früherkennung, Frühintervention, Schizophrenie, Stressprävention

Prevention of Mental Disorders

Summary

To some extent prevention of mental disorders breaks new ground. Since more than 20 years former secondary prevention methods like early detection and intervention in schizophrenia gained importance first in Australia, then in Germany and the United States. Some German university hospitals institutionalized special intervention centres for the early detection of schizophrenia. Early detection of schizophrenia is a most challenging task and requires extensive education and counselling in the cooperation with other institutions in charge with care for adolescents and young persons. Though some research studies could detect a specific prodromal syndrome assessment is very time-consuming. Stigmatisation of psychiatric care is another problem. A recent development in Germany is to start with early detection and intervention in bipolar disorders.

This paper shows the necessity but as well the difficulty of primary prevention in psychiatric disorders. We know e.g. a lot about strategies to ameliorate physical health by healthy nutrition and training, but in the face of growing mental health problems, invalidity and psychological stress in the workplace we should focus as well on strategies in mental fitness.

Key words

Prevention, early detection, early intervention, schizophrenia, prevention of psychological stress

Einleitung

Mit Beginn des neuen Jahrtausends haben sich in Deutschland tief greifende, auch das Gesundheitswesen nachhaltig beeinflussende Veränderungen vollzogen. Mit folgenden Herausforderungen wird das Gesundheitswesen derzeit konfrontiert:

- Durch die steigende Lebenserwartung und den Geburtenrückgang wird die Altersstruktur unserer Gesellschaft nachhaltig beeinflusst. In NRW wird mit einem Zuwachs von 15 % bei den über 60-Jährigen und von 50 % bei den 75-jährigen und älteren Menschen gerechnet (Reichert, 2005). Mit steigendem Alter steigt die Morbiditätsrate linear, bei einigen Krankheiten wie beispielsweise der Demenz sogar exponentiell an (Kornhuber, 2004).
- Durch den demographischen Wandel verbunden mit den sich wandelnden Lebens- und Arbeitsbedingungen verändert sich das Krankheitsspektrum. Der Mangel an Bewegung, falsche Ernährungsgewohnheiten und Probleme der Stressbewältigung führen zu einer Zunahme so genannter Zivilisationskrankheiten wie zum Beispiel kardiovaskulärer Erkrankungen. Zugleich haben psychische Krankheiten verglichen mit früheren Jahren heute drastisch an Bedeutung gewonnen und auch der Stellenwert chronischer Krankheiten wird prognostisch weiter wachsen.
- Die Finanzierung der Gesundheitsleistungen wird aufgrund der bei sinkender Beschäftigungsquote erodierten Einnahmeseite zunehmend problematisch. Den

wachsenden Anforderungen und dem Ressourcenverbrauch steht die Erwartung gegenüber, die Ausgaben – zumindest innerhalb der paritätischen Finanzierung – zu begrenzen. Diese Situation erfordert es mehr denn je, die „Gesundheitsziele“ zu präzisieren, d.h. zu definieren, welche Ziele priorisiert und deshalb hinreichend finanziert werden. Die Ressourcen im Gesundheitswesen müssen sowohl effizient als auch vorausschauend zugewiesen werden.

- Der medizinische Fortschritt rückt die Frühverläufe der Erkrankungen immer weiter in den Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses. Durch das frühzeitige Erkennen und richtige Deuten erster Symptome bestehen bessere Voraussetzungen für ein angemessenes Krankheitsverständnis. Zukünftig werden sich vermutlich vermehrt spezifische, wissenschaftliche Therapien zur Prävention entwickeln.

Sehr viel mehr als durch den Fortschritt der kurativen Medizin werden der Gesundheitszustand und die Sterblichkeit zukünftig durch Fortschritte in der Präventivmedizin, das heißt durch die gezielte Entwicklung und den Ausbau hochwertiger und effektiver Präventivmaßnahmen, beeinflusst werden. Angesichts der Herausforderungen des Gesundheitssystems sowie der wissenschaftlich neu erschlossenen Möglichkeiten wird ein zunehmend größerer Stellenwert für die Prävention und alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung gefordert: „Der Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen kommt als Handlungsfeld zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zunehmend größere Bedeutung zu“ (Deutscher Bundestag, 2001).

Die Gesundheit einer Gesellschaft wird heute nicht mehr allein dadurch determiniert, wie hoch die jeweilige Lebenserwartung ist bzw. wie frühzeitig der Tod eintritt. Vielmehr wird immer bedeutender, in welchem Ausmaß Lebensqualität durch die mit der Erkrankung verbundenen Einschränkungen oder durch den Verlust von gesunden Lebensjahren verloren geht. Mit dem 1996 von WHO und Weltbank erstmals herausgegebenen Bericht zu den weltweit beobachteten Veränderungen der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung wurde deutlich, dass die krankheitsbedingten Todesursachen zwar nach wie vor von Herz-Kreislaufkrankungen, verschiedenen Infektionserkrankungen und Krebs angeführt werden. Doch bei den Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre (DALY, disability-adjusted life years) steht die Depression nach Geburtskomplikationen, Atemwegserkrankungen und HIV weltweit bereits an vierter Stelle. In Europa liegt sie – nach den Herz-Kreislaufkrankungen – schon heute an zweiter Stelle. Unter den Erkrankungen, die am dauerhaftesten zur Einschränkung von Lebensqualität und Behinderung führen, liegt die Depression an erster Stelle und viele andere psychische Störungen auf folgenden Plätzen (Murray & Lopez, 1996). Die Zahl der Tage, die Arbeitnehmer aufgrund von psychischen Erkrankungen arbeitsunfähig waren, hat sich in den vergangenen Jahren verdoppelt (1978 bis 2006: 0,6 versus 1,1 Tage). Dies verdeutlicht, dass das psychische Wohlbefinden und die Belastung durch psychische Erkrankungen weltweit an Bedeutung gewinnen. Hinsichtlich der Beeinflussung der gesundheitlichen Verfassung, insbe-

sondere der Bewältigung chronischer Krankheiten, kommt der psychischen Gesundheit eine immer größer werdende, in vieler Hinsicht generalpräventive Rolle zu. „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ – diese Orientierung der WHO komprimiert die Schlüsselstellung des psychischen Wohlbefindens bei der Förderung menschlicher Gesundheit und der Bewältigung bedeutender Krankheiten.

Prävention

Für Leistungen im Sinne von Prävention und Früherkennung sowie Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit werden in der Fachdiskussion unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet, sodass eine „babylonische Sprachverwirrung“ konstatiert werden kann. Der Sachverständigenrat erklärt dieses Phänomen folgendermaßen: „Die Komplexität der Ätiologie und der Wirkmechanismen bei der Prävention sowie die Vielfalt der oft unabhängig voneinander entstandenen Organisationen und Interventionen erschweren die Bildung trennscharfer Kategorien und einer einheitlichen Terminologie“ (Deutscher Bundestag, 2001). Der unterschiedliche Gebrauch dieser Begrifflichkeiten erschwert das Verständnis. Die ihnen zugrunde liegenden Konzeptionen beinhalten differierende Strategien, die hier nicht detailliert dargelegt werden können. Vereinfachend können aber insbesondere das Konzept der Pathogenese und das der Salutogenese als prägend bezeichnet werden. Mit dem Pathogenese-Konzept wird insbesondere die Orientierung aller Maßnahmen auf die Reduzierung krankmachender (Risiko-)Faktoren skizziert, während das Salutogenese-Modell für die Orientierung auf die gesundheitsfördernden Ressourcen bei Individuum und Gesellschaft steht: „Anstatt sie als Gegensätze zu begreifen, die einander ausschließen, sollten Belastungsminderung und Ressourcenvermehrung als einander ergänzende Herangehensweisen zur Risiko- und damit Inzidenzabsenkung betrachtet werden“ (SVR, 2007).

Leppin definiert Prävention folgendermaßen: „Prävention versucht, durch gezielte Interventionsmaßnahmen das Auftreten von Krankheiten oder unerwünschten physischen oder psychischen Zuständen weniger wahrscheinlich zu machen bzw. zu verhindern oder zumindest zu verzögern“ (2004, 31). Zentral und prägend für die gegenwärtige gesundheitspolitische Ausrichtung ist die im § 20 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 vorgenommene Neudefinition von Prävention, die teils unter Bezug auf die Gesundheitskonzeption der WHO als Leistungen der Prävention solche Maßnahmen definiert, die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen. Bereits bei der Berücksichtigung der Frage, zu welchem Zeitpunkt, mit welchem Ziel und für welche Zielgruppen eine Intervention im Sinne einer Prävention eingeleitet wird, werden allerdings auch weitergehende Inhalte und Präventionsstrategien deutlich.

Eine weitestgehend übliche Kategorisierung präventiver Maßnahmen orientiert sich an dem Zeitpunkt im Krankheitsgeschehen. In Abhängigkeit davon, ob im gesunden

oder kranken Zustand interveniert wird, wird zwischen einer Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention differenziert (s. Tab. 1).

Gordon hat bereits 1983 eine andere Kategorisierung entwickelt, die in der Fachdiskussion in jüngerer Zeit wieder stärker an Bedeutung gewinnt (Gordon, 1983). Sie differenziert zwischen unterschiedlichen Zielgruppen und unterscheidet die universelle Prävention von zielgruppenspezifischen Präventionsmaßnahmen (s. Tab. 2).

Ziel aller präventiven Bemühungen bleibt es nach diesen Definitionen, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Ausschalten schädigender Faktoren im weitesten Sinne zu vermeiden, zu vermindern, zu verzögern. Deshalb beschreibt man das zugrundeliegende Modell auch als „Risikofaktorenmodell“ oder „Pathogenesemodell“.

Gesundheitsförderung: Von der Prävention wird das Konzept der Gesundheitsförderung unterschieden. Gesundheitsförderung setzt an den Schutzfaktoren oder Ressourcen an, die gefördert werden sollen. Sie hat das Ziel, die Gesundheit und das Wohl-

Tabelle 1

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor Eintreten der Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Manifestation/Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung von Krankheiten	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Adressaten der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden

Tabelle 2

Universelle Prävention beinhaltet Maßnahmen, die flächendeckend möglichst alle Adressaten zu erreichen suchen.

Zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen sind auf ausgewählte Gruppen ausgerichtet und werden folgendermaßen unterschieden:

- Die *selektive Prävention* richtet sich an Personen, die Risikofaktoren aufweisen, jedoch noch nicht erkrankt sind.
- Die *indizierte Prävention* umfasst Personen, die bereits Vorstufen einer Krankheit zu verzeichnen hatten oder haben.

befinden zu steigern. Umschrieben wird das im Wesentlichen von Antonowsky eingeführte Modell als das bereits oben erwähnte „Salutogenesemodell“ (Antonowsky, 1979).

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention: Für die konzeptionelle Ausrichtung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen ist es von hoher Bedeutung zu unterscheiden, ob:

- sich die Intervention an das Individuum richtet und seine persönlichen Verhaltensweisen modifizieren soll (Verhaltensprävention) oder
- die Maßnahmen auf bestimmte, vom Lebensumfeld geprägte Bedingungen, die als krankmachend bzw. gesundheitsfördernd identifiziert wurden, gerichtet sind (Verhältnisprävention oder auch „Setting-Ansatz“).

Die Präventionsforschung und insbesondere die Gesundheitspolitik in Deutschland betonen heute zunehmend jene Maßnahmen als besonders Erfolg versprechend, die auf die Gestaltung des Lebensumfeldes (z.B. in Familie, Stadtteil, Schule und Betrieb) ausgerichtet sind. Neben medizinischen Professionen wird dies insbesondere auch von pädagogisch geprägten Professionen getragen. In der medizinischen und therapeutischen Praxis werden hingegen mehr auf das Individuum und die gezielte Beeinflussung bestimmter Krankheitsspektren ausgerichtete Maßnahmen bevorzugt.

Prävention bei psychiatrischen Erkrankungen

Der wesentliche Aspekt der Prävention aus wissenschaftlicher Sicht liegt darin, dass auf diesem Weg die Frühverläufe psychiatrischer Erkrankungen in das Zentrum des Interesses rücken (Saxena et al., 2006). Patienten mit beginnenden Erkrankungen zeigen oft Symptome, die von reaktiven Sekundärphänomenen oder einer psychotropen Medikation noch unbeeinflusst sind. Diese Patienten liefern ebenso wie Untersuchungen von Verwandten ersten Grades wichtige Hinweise auf eventuelle klinische, psychosoziale und/oder neurobiologische Faktoren der Pathophysiologie. Die so genannte Früherkennungsforschung insbesondere der Schizophrenie hat sich mit Beginn der 90er Jahre ausgehend von Australien zunächst in Europa und dann etwas verspätet in den USA ausgedehnt. Derzeit widmen sich zahlreiche Artikel dem klinischen Verlauf und den biologischen Charakteristika von Patienten mit beginnender schizophrener Erkrankung. Die Früh- und Prädiktorforschung der Demenz hat sich bereits seit ein paar Jahren etabliert. Durch Untersuchung von Patienten mit Mild Cognitive Impairment versucht man, frühe entscheidende Schritte der Demenzentstehung zu identifizieren. Um invasive mögliche Risiko- und Bedingungsfaktoren psychischer Störungen untersuchen zu können, wird diese Forschung durch den Aufbau valider Tiermodele begleitet.

Erhalt der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die derzeit an die Prävention gestellten Forderungen zielen anlehnd an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Nuechterlein & Dawson, 1984) immer dringender auf primärpräventive Maßnahmen, die in so genannten „Lebenswelten“ von Kindern stattfinden. Dies entspricht auch der Vorgabe der WHO, psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche als ein zu priorisierendes Präventionsziel zu betrachten (WHO, 2005). Solche Maßnahmen bestehen zwar bereits bei somatischen Erkrankungen, müssten aber im Bereich psychischer Erkrankungen aufgrund der multifaktoriellen Ätiologie noch stärker ausgearbeitet werden. Hierzu bedarf es aber einer Stärkung der Präventionsforschung durch vermehrte Untersuchungen zu den Ursachen psychischer Erkrankungen (Roick et al., 2005). Bei den Überlegungen zu einem neuen Präventionsgesetz ist geplant, die Präventionsforschung durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung stärker zu fördern. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit von Kindern wurden bislang lediglich wenige und allenfalls regionale Maßnahmen eingeleitet. Hierzu zählen beispielsweise Stressbewältigungsprogramme der Techniker Krankenkasse, das hessische Projekt „Kinder- und Jugendärzte im Netz“ oder das Nationale Kinder- und Jugend survey des BMBF zur Informationsgewinnung. Interventions- und Handlungsfelder insbesondere für die Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind u.a.:

- Optimierung von Vorsorge und Früherkennung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen
- Schulprojekte zum Stressmanagement, Suchtgefahren (Cannabis) u.ä. evtl. gemeinsam mit den Krankenkassen
- Aufklärung über psychische Belastungsfaktoren im Freizeitbereich und Beratungsstellen.

Spezielle Prophylaxe bei Kindern psychisch kranker Eltern

Wie zunehmend deutlicher wird, stellen die Kinder psychisch kranker Eltern Hochrisikopersonen für psychiatrische Erkrankungen dar (Carter et al., 2001). In früheren Jahren hat sich die Forschung wie z.B. in der New Yorker High Risk Studie (Erlenmeyer-Kimling et al., 1997) vor allem für Veränderungen klinischer und neurobiologischer Parameter interessiert. Die Angehörigen-Forschung hat sich im Sinne des Endophänotypen-Konzepts vor allem auf genetische Untersuchungen konzentriert, um pathophysiologische Ansätze für diese Erkrankungen zu gewinnen. Heute finden sich dagegen verstärkt Initiativen, die therapeutische Ansätze für Kinder psychisch kranker Eltern in den Mittelpunkt stellen. In den LWL-Kliniken Lengerich und Herthen ist bei einem Klinikaufenthalt die Mitaufnahme und Betreuung von Kindern psychiatrischer Patienten bereits seit einigen Jahren konzeptionell möglich und wird mit Angeboten zur Förderung der Eltern-Kind-Beziehung gekoppelt.

Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Kinder von Patienten der erwachsenpsychiatrischen Einrichtungen
- Einrichtung von Sprechstunden für die Angehörigen und für Kinder von Patienten im Sinne von Beratung, psychoedukativen Angeboten zum Stress- und Krisenabbau sowie Informationen über die Erkrankung von Vater oder Mutter, eventuell unter Hinzuziehung von Kinderkrankenschwestern oder dem KJP-Personal.

Suchtprävention

Bislang beziehen sich die Aktivitäten in der sozialpsychiatrischen Versorgung sowie der Forschung im Bereich der psychiatrischen Primärprävention im Wesentlichen auf Suchterkrankungen und die Suizidprävention. Auf die vielfältigen Initiativen zur Aufklärung über die Gefahren des Rauchens, Trinkens sowie von Jugenddrogen einzugehen, würde den Rahmen dieses Kapitels übersteigen. Kritische Darstellungen insbesondere hinsichtlich der Relation von Leistung und Erfolg finden sich bei Batra und Buchkremer (2003) sowie Heinz und Batra (2002). Angemerkt werden muss allerdings, dass die absolute Zahl der Raucher sowie das allgemeine Bewusstsein über die Gefahren des Rauchens unter diesen, z.T. einschneidenden Maßnahmen in den letzten Jahren zugenommen haben. Auf das Problem der oft iatrogen induzierten Abhängigkeit von Tabletten, wie z.B. von Benzodiazepinen oder (oft opiathaltigen) Schmerzmitteln, wird selten eingegangen. Forschungsansätze oder primärpräventive Initiativen finden sich zu diesen Themen kaum. Das LWL-Universitätsklinikum Bochum verfolgt seit einiger Zeit das Ziel, durch präventive Maßnahmen sowohl dem schädlichen Umgang mit Cannabis als auch den als Folge des Cannabis-Missbrauchs auftretenden psychischen Störungen wie Depression, amotivationales Syndrom und schizophrene Psychosen vorzubeugen. Cannabis wird heutzutage von vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsumiert. So hat sich der Cannabis-Gebrauch in den letzten fünf Jahren verdoppelt, 38% der 16-Jährigen haben bereits einen Joint geraucht. Präventionsstrategien verfolgen im Wesentlichen das Ziel, das positive Image von Cannabis „anzukratzen“, Informationen über die psychischen Folgen bis hin zu lebenslangen schweren Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie zu liefern und bereits in der frühen Pubertät eine selbständige, möglichst kreative Auseinandersetzung mit diesem Thema zu ermöglichen (Juckel et al., 2004, Juckel, 2005). Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Schulprojekte zum Thema Alcopops, Cannabis, Ecstasy etc. mit Einrichtung von Sprechstunden
- Entwicklung kreativer Umgangsformen mit dem Thema Suchtprävention (Theater/Rollenspiel, Kunstwettbewerb)
- Image-Verstärkung alternativer nicht süchtig machender Substanzen.

Suizidprävention

Die Suizidprävention ist ein wichtiger Forschungsansatz in der deutschen Psychiatrie geworden. Während sich das entsprechende Teilprojekt des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ stärker mit den neurobiologischen Korrelaten suizidalen Verhaltens auseinandergesetzt hat, konnte das Nürnberger Bündnis gegen Depression eindrücklich zeigen, dass eine gezielte und breit angelegte Aufklärung der Allgemeinbevölkerung über Depressionen sowie ihrer minoren Formen die Rate suizidalen Verhaltens in einer Region signifikant senken kann (Althaus et al., 2006). Das nationale Suizidpräventionsprogramm um Prof. Schmidtke (Würzburg) versuchte noch grundsätzlicher gesellschaftlich darauf hinzuwirken, dass suizidales Verhalten erkannt wird, dass es Ausdruck eines Hilferufes und in der Regel einer Krankheit ist. Aufbauend auf den aktuellen Stand der Forschung und die klinische Erfahrung der Kliniken sollte eine abgestimmte Konzeption zur Prävention des Suizides flächendeckend eingeführt werden. Suizidalität und suizidales Verhalten (z.B. Suizidversuch) müssen als Ausdruck einer psychischen Krise verstanden werden. Damit ein erneutes Auftreten von Suizidalität und suizidalem Verhalten verhindert werden kann, wird der Patient im Sinne einer Sekundärprävention/Sekundärprophylaxe in ein umfassendes Nachsorgeprogramm aufgenommen. Krisenberatung wird hier als stressreduzierendes Instrument zur Suizidprävention eingesetzt. Die Einbettung in kommunale Netzwerke wird als Voraussetzung für eine hohe Wirksamkeit solcher Konzepte gesehen. Auch Professionelle, die durch den Suizid eines anderen Menschen betroffen werden, wie z.B. medizinisches Personal, Lokführer, Feuerwehr etc., können psychisch ernsthaft erkranken, was wiederum präventiv angegangen werden sollte (Illes et al., 2010 in Vorbereitung). Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Etablierung und Umsetzung eines Suizidstandards
- Psychoedukation bei suizidalem Verhalten
- Kriseninterventionszentrum/-beratung
- Aufklärung über Depressivität und Suizidalität in der Allgemeinbevölkerung und in speziellen Risikopopulationen (männliche Senioren o.Ä.).

Frühe Sekundärprävention: Schizophrenie, Bipolare Störung, Demenz

Frühe Sekundärprävention findet vor allem bei schizophrenen Störungen statt (Klosterkötter et al., 2001, Juckel, 2005, Schmidt et al., 2005). Die im Bereich der Schizophrenie bislang eingesetzten pharmakologischen Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention müssen weiter durch psychotherapeutische und soziale Maßnahmen ergänzt werden. Besonders hinsichtlich der Tertiärprävention besteht in diesem Bereich ein großer Bedarf an rehabilitativen Einrichtungen. Ziel früher sekundärpräventiver Strategien wie der Früherkennung beginnender schizophrener Erkrankungen und ihrer frühzeitigen Behandlung ist es, durch eine möglichst rasch einsetzende

Behandlung chronische Verläufe zu verhindern oder abzumildern. Derzeit beginnt die Behandlung von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen häufig erst, wenn die Krankheit bereits stark fortgeschritten ist. Die aktuellen Behandlungsstrategien gehen zwar mit einer verbesserten psychotischen Symptomatik sowie einem verminderten Rückfallrisiko einher, können aber bereits eingetretene soziale und neurobiologische Folgeschäden nur noch sehr begrenzt beeinflussen. Nach verschiedenen Studien besteht ein Zusammenhang zwischen der Dauer der unbehandelten Erkrankung und den Folgeschäden wie verzögerter Remission, Ausbildung von Negativsymptomatik, schlechter Compliance und einer ungünstigen Prognose. Nach diesen Studiendaten kann der mittel- und längerfristige Krankheitsverlauf durch eine möglichst frühzeitige Behandlung günstig beeinflusst werden. In der Konsequenz müssen sich die Bemühungen darauf richten, die Dauer der unbehandelten Erkrankung durch eine möglichst frühzeitige Diagnose und Therapie zu verkürzen. So gibt es beispielsweise in Norwegen Ansätze (TIPS-Projekt, Larsen et al., 2006), die psychotische Vorphase, in der bereits das Vollbild einer schizophrenen Erkrankung besteht, durch Einsatz mobiler Psychiaterteams und umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit zu verkürzen und damit die Prognose zu verbessern. Hier konnten erste Erfolge erzielt werden. Früherkennungszentren in Melbourne (EPPIC, McGorry et al., 1996) und in Deutschland (Köln, Düsseldorf, Bonn, München, Berlin, Bochum (BoFit)) versuchen Personen mit erhöhtem Risiko, eine schizophrene Störung zu entwickeln, bereits in der davor liegenden, im Durchschnitt ca. fünf Jahre dauernden Prodromalphase anhand spezifischer Frühsymptome zu identifizieren und mit Psychoedukation, Psychotherapie, evtl. Medikation und verschiedenen Trainingsmethoden zu behandeln (McGorry et al., 2002, Juckel, 2005, Juckel et al., 2005, Klosterkötter et al., 2005). Neben einem chronischen Verlauf soll auf diesem Weg möglicherweise sogar auch der Übergang in die erste psychotische Episode verhindert oder abgemildert werden. Zusätzlich kann durch diese Maßnahmen möglicherweise erreicht werden, dass die Patienten aufgrund ihrer „guten“ Erfahrungen mit dem behandelnden Zentrum bei Persistieren psychotischer Symptome im weiteren Verlauf mehr Krankheitseinsicht und Compliance zeigen, als es in der Akut-Psychiatrie bislang oft der Fall ist. Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Etablierung von Früherkennungszentren nach den Vorbildern Köln (FETZ) oder Bochum (BoFit)
- Beteiligung an entsprechenden Studien zur Verbreiterung der Datenbasis
- Entwicklung von psychotherapeutischen und psychoedukativen Behandlungsangeboten
- Öffentlichkeitsarbeit.

Die *manisch-depressive Erkrankung* wurde lange Zeit nicht nur unterdiagnostiziert, sondern auch in ihrem chronischen Verlaufscharakter unterschätzt. Über den Frühverlauf dieser Erkrankung ist nur wenig bekannt. Ähnlich wie bei der Schizophrenie liegt

ein wichtiges Ziel darin, therapeutisch früh einzugreifen, um den chronischen Verlauf abzumildern oder zu verhindern. In eigenen Ansätzen und Untersuchungen (Bauer & Juckel, 2005, Hauser et al., 2007, Bauer et al., 2008) versuchen wir gegenwärtig, erste Erkenntnisse über die beginnende Symptomatik, mögliche Risikofaktoren und eventuelle Bedingungsketten zu gewinnen. Es wurde zunächst für retro- und prospektive Untersuchungen eine Skala zum Frühverlauf und zur Früherkennung der bipolaren Störung konstruiert. Dabei wurde deutlich, dass rhythmische Wechsel von Stimmung, Antrieb und Schlaf eventuell ein Frühzeichen dieser Erkrankung darstellen könnten (Özgürdal et al., 2009). Vermutlich werden noch einige Jahre vergehen, bis ähnlich wie bei der Schizophrenie gesicherte klinische und neurobiologische Erkenntnisse vorliegen werden. Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Mithilfe bei der Etablierung und Validierung eines Früherkennungsinventars für bipolare Störungen
- Entwicklung psychoedukativer Angebote und Spezialsprechstunden
- Öffentlichkeitsarbeit.

Im Bereich *demenzieller Erkrankungen* liegt noch wenig fundiertes Forschungswissen vor. Demenzerkrankungen, besonders vom Alzheimer-Typ, zählen zu den häufigsten Erkrankungen im Bereich der Gerontopsychiatrie. Auf diesem Gebiet besteht vor allem primär- und sekundärpräventiv dringender Bedarf (Ehmann et al., 2004). Präventiv bedeutsam ist auch die Arbeit mit den Angehörigen. Ziel muss es sein, das hohe Erkrankungsrisiko der Angehörigen durch eine psychotherapeutische Betreuung zu senken. Da im höheren Alter Depressionen ebenfalls häufig auftreten, könnte sich eine frühzeitige Therapie auch auf den Verlauf anderer Erkrankungen positiv auswirken. Zudem mehren sich die Hinweise, dass die Depression einen erheblichen Risikofaktor für das Entstehen einer dementiellen Erkrankung darstellt (Barnes et al., 2006). Interventions- und Handlungsfelder sind (u.a.):

- Einrichtung einer Gedächtnissprechstunde
- Einrichtung von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Altersdepression
- Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit über Altersdepression
- Aufsuchende Arbeit in Seniorenheimen
- Zusammenarbeit mit Haus- und Allgemeinärzten in Bezug auf Früherkennung von Demenzen und Altersdepressionen.

Ein weiterer, zukünftig an Bedeutung gewinnender Bereich betrifft die *Depression*. Hier besteht ein dringender präventiver Bedarf und zwar sowohl hinsichtlich der primären als auch der sekundären Prävention. Allerdings stehen die klinischen und wissenschaftlichen Überlegungen diesbezüglich noch sehr am Anfang. Möglicherweise sollte man zudem die Entwicklung der bipolaren Störungen abwarten. In einer Meta-

analyse zur Primärprävention der Depression wurde gefolgert, dass Programme, die auf Hochrisikogruppen wie z.B. Kinder affektiv Erkrankter abzielen, sich als Prädiktoren für eine wirksame Prävention herausstellten (Jane-Llopis et al., 2003, Schmidt et al., 2005). Als ein möglicher weiterer Bereich soll zum Schluss noch die *transkulturell-psychiatrisch präventive Arbeit* genannt werden. Mittlerweile haben über 10% der bundesrepublikanischen Bevölkerung einen Migrationshintergrund. Bei diesem Personenkreis treten u.a. hierdurch bedingt verstärkt Depressionen, Angststörungen, Somatisierungsstörungen u.ä. auf. Präventive Maßnahmen können dazu beitragen, „Kultur-Stress“ und maladaptive Assimilationsstrategien abzubauen bzw. zu korrigieren.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Insgesamt sollte überlegt werden, wie die Primärprävention, die bisher vor allem außerhalb der Psychiatrie betrieben wurde, besser mit sozialpsychiatrischen und allgemeinen Gesundheits-Einrichtungen im Sinne der Vorsorge vernetzt werden kann. Ein Beispiel hierfür ist das Einüben des autogenen Trainings, um Belastungs- und Stressfaktoren bei Schulkindern zu vermeiden. Wichtig ist es zukünftig, präventive Programme und Maßnahmen durch eine Begleitevaluation und wissenschaftliche Studien zu ergänzen. In einem ersten Schritt ist es wichtig, in einer definierten Catchment-Area die Nachhaltigkeit eines Präventionsprogrammes im Sinne der Primärprävention zu überprüfen. Hierzu müssten Befragungen zu den Einstellungen/Verhaltensweisen und den Einstellungs-/Verhaltensänderungen von Personen in dem jeweiligen Gebiet oder Betroffenen hinsichtlich bestimmter Gesundheitskomponenten durchgeführt werden. Hinsichtlich der frühen Sekundärprävention lässt sich der Erfolg bestimmter Programme (Behandlungs- und Beratungsangebote, Aufklärungskampagnen usw.) leichter wissenschaftlich überprüfen. Die Zahl der betroffenen Patienten, die in Frühstadien Behandlung oder Beratung suchen bzw. durch den Aufbau lokaler Netze mit den komplementären Einrichtungen identifiziert und einer entsprechenden Behandlung zugeführt werden können, kann als Erfolgsmaß genommen werden. Wichtig werden die genaue Analyse der klinischen Parameter sowie einige einfache neurobiologische Untersuchungen sein. In der Analyse der Pathways to Care werden Mechanismen deutlich werden, wie stark psychiatrische Präventionsangebote und -programme wahrgenommen und angenommen werden. Kooperationspartner sind alle lokalen komplementären Einrichtungen, die die Förderung der Prävention psychischer Gesundheit als ihre Aufgabe sehen. Wissenschaftlich sollten die Universitäten wichtige Kristallisationspunkte sein. Für die Finanzierung stehen derzeit vor allem die Krankenkassen zur Verfügung. Inwiefern das Präventionsgesetz tatsächlich Gelder für den Krankenhausbereich bereithält, bleibt abzuwarten. Sonstige Drittmittelgeber wie BMBF (bis auf die Ausschreibung Prävention, die sich jedoch nur auf Primärprävention und nicht auf psychische Störungen bezog), DFG, EU oder Industrie sind bislang hinsichtlich des Themas psychiatrische Prävention kaum in Erscheinung getreten. Dies sollte sich nachhaltig ändern, um die psychische Gesundheit und Leistungsfähigkeit unserer Gesellschaft zu erhalten und zu verbessern.

Prävention psychischer Krankheiten und die Förderung seelischer Gesundheit ist auf mehrere Weise sinnvoll:

1. Vorbeugen ist besser als Nachsorge und trägt dazu bei, den Verlust von Lebensqualität sowie das Leiden von Betroffenen und Angehörigen zu verhindern.
2. Da Krankheiten im Frühstadium, die Entstehung von Krankheiten insgesamt und Rezidive verhindert werden, werden Gesundheitskosten gespart.
3. Wissenschaftliche Begleitforschung ist damit grundsätzlich näher an den Entstehungsbedingungen und Verlaufsfaktoren psychiatrischer Erkrankungen, speziell im Frühverlauf.
4. Frühes Erkennen von Entstehungsbedingungen psychiatrischer Erkrankungen sowie frühes Auftreten psychiatrischer Symptome führt zu frühzeitigem Eingreifen: Veränderung der Entstehungsbedingungen, Frühbehandlung, neuroproduktive Strategien, etc.

Der weitere Aufbau von Prävention als 4. Säule im Gesundheitswesen dürfte die gegenwärtige Gesundheitspolitik sehr gut ergänzen. Die Verhinderung von Krankheiten eventuell bis in das hohe Alter wäre sowohl im Sinne der Patienten und Angehörigen als auch finanziell für die gesamte Ökonomie der Gesellschaft sinnvoll. Die dann im Alter auftretenden Erkrankungen würden klassischerweise entsprechend versorgt. Da die vollständige Eliminierung von Krankheiten im frühen und mittleren Lebensverlauf vermutlich nicht möglich ist, könnte ein anderes Modell von Prävention lauten:

- Abmilderung von Krankheitszuständen,
- Verhinderung von akuten Stadien z.B. bei psychiatrischen Erkrankungen und Management von subklinischer bzw. chronischer, jedoch in der Intensität nicht stark ausgeprägter Symptomatik.

Ein Argument könnte sein: Präventive Ansätze sind durchaus sinnvoll, jedoch für einen Leistungsanbieter im Gesundheitsdienst möglicherweise finanziell von Nachteil. Denn aufgrund der abnehmenden Zahl der zu behandelnden Patienten könnte es sein, dass bei guter breitenwirksamer Präventionsleistung bestehende Kapazitäten in der Grundversorgung abgebaut werden müssten. Argumente dagegen könnten lauten:

1. Aufgrund der generellen Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen würden die guten Präventionsleistungen von der Zahl bislang nicht „entdeckter“, neu erkrankter Patienten „ausgeglichen“.
2. Die stärkere Orientierung auf Präventionsleistung verschiebt den Schwerpunkt des Leistungsangebotes und führt dadurch zu neuen Zusatzeinnahmen. Die Verstärkung der frühen Sekundärprävention bedeutet Screening, Diagnostik und Therapie von Frühzuständen psychiatrischer Erkrankungen wie z.B. Schizophrenie,

bipolarer Erkrankung, Sucht, Gedächtnisstörungen oder Demenz sowie von Primärprävention. Dazu zählt die Betreuung von Risikopopulationen, wie den Kindern psychisch kranker Eltern, pflegenden Angehörigen von Demenzkranken, die Entwicklung von spezifischen Cannabis-Therapieprogrammen und die Behandlung von „Heavy users“, die Entwicklung von Ernährungs- und Aufklärungsprogrammen zum Schutz der kognitiven Leistungsfähigkeit und der Vorbeugung von Demenz, die Entwicklung von Angeboten zur psychischen Wellness wie Anti-Stress-Programme durch Ärzte, Psychologen, Psychotherapeuten etc.

3. Gutes Image bringt Geld: Wenn sich ein Leistungsanbieter in der Prävention profiliert, ist neben den mit den erweiterten Angeboten verbundenen Zusatzeinnahmen auch die Förderung durch Drittmittelgeber (BMBF, NRW, Präventionsstiftung, etc.) sowie im Rahmen von Modellprojekten möglich. Außerdem werden die Präventionsprogramme auch denjenigen Patienten einen Weg in die Psychiatrie und die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote eröffnen, die diesen bislang nicht gefunden haben. Viele dieser Personen werden bislang unzureichend beispielsweise durch spirituuell-esoterische Angebote, IGEL-Leistungen aller Art bzw. unzureichend durch Krisendienste/Telefonseelsorge/Internet-Angebote etc. versorgt. Durch niederschwellige, Fragen der seelischen Gesundheit eher allgemein thematisierende und den minderen psychischen Störungen eher gerecht werdende Angebote wird dieser Personenkreis zu unseren Gesundheitsleistungen leichter Zugang finden. Beispielsweise findet sich in den Früherkennungszentren eine große Anzahl von erstmanifestierten schizophrenen oder bipolaren Patienten. In einem Großangebot für Anti-Stressmanagement oder einem Kriseninterventionszentrum könnten sich dementsprechend eine ganze Reihe von Patienten mit schweren psychischen Störungen befinden, die abgesehen von der Inanspruchnahme unserer „soften“ Leistungsangebote auch darüber hinausgehende ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote frequentieren würden.

Danksagung

Ich danke Hr J.-H. Heudtlaß für die Zusammenarbeit bei einer früheren Fassung des Manuskripts.

Literatur

- Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A. & Hegerl, U. (2006). Veränderung der Häufigkeit suizidaler Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression“. *Nervenarzt* 2006 Mar 8 (Epub ahead of print).
- Antonovski, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, London: Jossey-Bass.
- Barnes, D. E., Alexopoulos, G. S., Lopez, O. L., Williamson, J. D. & Yaffe, K. (2006). Depressive symptoms, vascular disease, and mild cognitive impairment: findings from the Cardiovascular Health Study. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (3), 273-9

- Batra, A. & Buchkremer, G. (2003). Tabakentwöhnung. Mit CD-ROM. Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bauer, M. & Juckel, G. (2005). Früherkennung von bipolaren Störungen. CME Schizophrenie und bipolare Störungen. Stuttgart: Thieme.
- Bauer, M., Juckel, G., Correll, C. U., Leopold, K. & Pfennig, A. (2008). Diagnosis and treatment in the early illness phase of bipolar disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 258 Suppl 5, 50-4.
- Carter, J. D., Joyce, P. R., Mulder, R. T. & Luty, S. E. (2001). The contribution of temperament, childhood neglect, and abuse to the development of personality dysfunction: a comparison of three models. *J Personal Disord*, 15 (2), 123-35.
- Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5660 (2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation 2001, S. 71.
- Ehmann, M., Riedel-Heller, S. G. & Angermeyer, M. C. (2004). „Dem Massenmord der Nervenzellen auf die Spur kommen“ Demenzen in der Regionalzeitung – eine Medienanalyse. *Psychiat Prax*, 31, 366-368.
- Erlenmeyer-Kimling, L., Adamo, U. H., Rock, D., Roberts, S. A., Bassett, A. S., Squires-Wheeler, E., Cornblatt, B. A., Endicott, J., Pape, S. & Gottesman, I. I. (1997). The New York High-Risk Project. Prevalence and comorbidity of axis I disorders in offspring of schizophrenic parents at 25-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry*, 54 (12), 1096-102.
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98, 107-109.
- Hauser, M., Pfennig, A., Özgürdal, S., Heinz, A., Bauer, M. & Juckel, G. (2007). Early recognition of bipolar disorder. *Eur Psychiatry*, 22, 92-8.
- Heinz, A. & Batra, A. (2002). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. & Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 183, 384-397.
- Juckel, G., Schultze-Lutter, F. & Ruhrmann, S. (2004). Früherkennung beginnender schizophrener Erkrankungen. *PsychoNeuro*, 30, 153-159.
- Juckel, G. (2005). Früherkennung von schizophrenen Störungen. CME Schizophrenie und bipolare Störungen. Stuttgart: Thieme.
- Juckel, G., Lempa, G. & Troje, E. (Hrsg.) (2005). Psychodynamische Therapie von Patienten im schizophrenen Prodromalzustand. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klosterkötter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M. & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry*, 58 (2), 158-64.
- Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R. K. R., Linszen, D., Birchwood, M., Juckel, G., Morrison, A., Vazques-Barquero, J. L., Hambrecht, M. & von Reventlow, H. (2005). The European prediction of Psychosis Study (EPOS): Integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, 4, 161-167.

- Kornhuber, H. H. (2004). Prävention von Demenz. *Das Gesundheitswesen*, 66, 346.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P. & McGlashan, T. (2006). Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull*, 32 (4), 758-64, Epub 2006 Jun 29.
- Leppin, A. (2004). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelman, Th. Klotz & J. Maisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). Bern: Huber.
- McGorry, P. D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. M. & Jackson, H. J. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull*, 22 (2), 305-26.
- McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S., Cosgrave, E. M., Germano, D., Bravin, J., McDonald, T., Blair, A., Adlard, S. & Jackson, H. (2002). Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59 (10), 921-8.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020. *Lancet*, 349, 1436-42.
- Nuechterlein, K. H. & Dawson, M. E. (1984). A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull*, 10 (2), 300-12.
- Ozgürdal, S., van Haren, E., Hauser, M., Ströhle, A., Bauer, M., Assion, H. J. & Juckel, G. (2009). Early mood swings as symptoms of the bipolar prodrome: preliminary results of a retrospective analysis. *Psychopathology*, 42 (5), 337-42.
- Reichert, A. (2005). Demographischer Wandel in NRW – Auswirkungen auf die wirtschaftliche und soziale Lage in NRW. In *Heimspflege in Westfalen*, 18/2005, 2.
- Roick, C., Angermeyer, M. C. & Riedel-Heller, S. (2005). Welche Bedeutung hat das Thema Prävention in der sozialpsychiatrischen Forschung? *Gesundheitswesen*, 67, 879-886.
- Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Kurzfassung%202007-060707-website.pdf>, S. 83 ff.
- Saxena, S., Jane-Llopis, E. & Hosman, C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5 (1), 5-14.
- Schmidt, C. K., Angermeyer, M. C. & Riedel-Heller, S. G. (2005). Prävention – ein Thema für die sozialpsychiatrische Forschung? *Psychiatr Prax*, 32, 358-362.
- WHO (2005). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit. Helsinki, Finnland, Januar 2005.