



Universitätsprofessor
Dr. Eva Meisenzahl



Dr. Gabriele Oepen

Der Gewinn psychisch gesunder Lebensjahre basiert auf der Erkennung von psychischen Risikofaktoren, der Früherkennung von psychiatrischen Krankheiten sowie den daraus folgenden frühzeitigen Interventionen. Der moderne Begriff Prävention umfasst für das Fachgebiet der Psychiatrie ein aktives Gesundheitsprogramm zur generellen Förderung von mentaler Gesundheit (primäre Prävention). Inhalte der primären Prävention sind Aufklärungsprogramme, Psychoedukation sowie Zielorientierung der psychiatrischen Hilfesysteme hin zum Aufbau von „Resilienz“ (Def.: Belastbarkeit, Widerstandsfähigkeit), „Stärkung des Empowerments“ (Def.: Selbstbefähigung durch Einflussnahme auf meine Lebenswelt) oder „Kohärenzsinn“, verstanden als Maß des individuellen Vertrauens, dass sich das eigene Engagement und die Anstrengung gegenüber Anforderungen lohnen (Vaillant 2012; Antonovsky 1995). In wichtiger Ergänzung begreift sich Prävention in der heutigen Zeit auch als präventive Früherkennung und Frühintervention zur Reduktion von aufgetretener „Dysfunktion“ und subjektivem Leid (sekundäre Prävention, oder auch „selektive“ bzw. „indizierte“ Prävention). Ist eine psychiatrische Erkrankung aufgetreten, übernehmen tertiärpräventive Maßnahmen die zentrale Aufgabe, das Wiederauftreten der Erkrankung zu verhindern oder hinauszuzögern.

Prävention in der Psychiatrie

Was ist gesichert – was ist Mythos?

Diese Zielrichtungen stehen in Zusammenhang mit einem aktuellen Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für ein „Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention im Gesundheitswesen“, kurz Gesundheitsförderungs- und Präventionsstärkungsgesetz genannt. Hiermit sollen den „besonderen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen sowie von älteren Menschen und von Menschen mit starken beruflichen oder familiären Belastungssituationen“ Rechnung getragen werden. Ebenso soll betriebliche Gesundheitsförderung verstärkt in den Fokus von Gesundheitsmaßnahmen rücken und die Krankenkassen sich intensiver für die Gesundheitsförderung engagieren. Weitere Ziele des Gesetzes beinhalten, dass sich der GKV-Spitzenverband konkrete Präventionsziele und Kriterien für die Zertifizierung von Präventionsangeboten der Krankenkassen festlegen soll. Eine „Ständige Präventionskonferenz“, die alle Akteure des Feldes vereint, wird nunmehr

alle vier Jahre über die Entwicklung dieser Präventionsziele und deren Umsetzung berichten. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) unterstreicht diesen notwendigen Akzent der Prävention mit ihrem Kongress im November 2013 (DGPPN-Kongress November 2013 mit dem Titel „Verschiebung von der Therapie zur Prävention“ – www.dgppn.de).

Differenzielle Präventionsstrategien in Psychiatrie und Psychotherapie

Der Präventionsgedanke der Psychiatrie steht im Vergleich zu den anderen medizinischen Gebieten in einer sehr früh einsetzenden und damit langen Tradition. Umfassende psychiatrische und psychosoziale Forschungsaktivitäten bereits im 19. und frühen 20. Jahrhundert zeigten, dass die Entwicklung psychiatrischer

Erkrankungen sowohl biologisch als auch hinsichtlich bestimmter Stressoren (life-events wie familiäre Belastung durch psychiatrische Erkrankungen, soziale Ausgrenzung, hohe berufliche Belastung) ihren Ursprung häufig bereits in der Adoleszenz hat.

Die Schwerpunkte von Präventionsprogrammen wurden demzufolge bereits früh durch soziale Bewegungen mit dem Ziel psychiatrische Erkrankungen zu verhindern, vorangetrieben (Caplan, 1969). Die Bewegung der „mentalen Hygiene“ wurde 1909 von führenden Psychiatern gegründet und beeinflusste die psychiatrische Gesundheitsperspektive bis hin zu der Forderung nach gemeindenaher psychiatrischer Grundversorgung als ein grundlegender präventiver Gedanke. Diese und weitere soziale Bewegungen wurden im Laufe des 20. Jahrhunderts in eine moderne gesamtgesellschaftliche Psychiatrie integriert (Weitz et al. 2005). Nicht unerwähnt bleiben darf, dass sich in dieser Vielfalt von positiven präventiven Möglichkeiten ab Ende des 19. Jahrhunderts auch ein eugenischer Ansatz entwickelte, mit fatalen Folgen für psychiatrisch Erkrankte und für den moralischen Status der westlichen Zivilgesellschaft.

Diese historisch bereits früh entstandenen Präventionskategorien zielen alle auf den Erhalt mentaler Gesundheit, der Vermeidung psychiatrisch manifester Störungen sowie der Verbesserung des sozialen Verlaufes ab. Sie umfassten und umfassen bis heute:

1. eine **aktive Gesundheitsprävention** mit universellen Präventivstrategien (primäre Prävention). Sie zielt bis heute auf Jugendliche und Erwachsene ungeachtet ihres „Risikostatus“ für eine psychiatrische Erkrankung ab und ist durch gemeinnützige Organisationen und staatliche Säulen wie Schule und Jugend-/Gesundtsämter sowie große Betriebe getragen.

Für die Adoleszenten werden Jugendentwicklungsprogramme mit Modulen, wie Selbstverteidigung oder Lernen von interpersonellen Fähigkeiten sowie umfassende Informationsprogramme zu psychiatrisch relevanten Störungen, wie Sucht und Essverhalten oder Traumata, wie sexuelle Übergriffe, angeboten. Im Erwachsenenbereich steht heute die Reduktion von Krankheitsrisiken durch veränderte Lebensstile im Mittelpunkt. Moderne Begriffe wie „Salutogenese“ (Def.: Entstehung und Erhaltung von Gesundheit) sind in diesem Bereich zunehmend führend. Hier sind insbesondere betriebliche Gesundheitsförderung sowie Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsge-

fahren in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung identifiziert. Zusätzlich besteht eine zunehmende Förderung von Selbsthilfegruppen und Organisationen, die gesundheitliche Prävention oder Rehabilitation zum Ziel haben.

Eine weitere erfolgreiche primäre psychiatrische Präventionsstrategie beinhaltet die immer wieder aufgelegten Entstigmatisierungskampagnen um psychiatrische Störungen, wie Depression oder Sucht. Diese Kampagnen unterstützen die Akzeptanz seelischer Probleme in der Bevölkerung, reduzieren den Stress der Stigmatisierung von Betroffenen und damit die Schwelle für Hilfesuchende, um sich an Experten mit ihren Problemen zu wenden.

2. Zusätzlich entwickelte sich eine „**selektive Präventionsstrategie**“, die sich mit Präventivprogrammen an risikogefährdete Jugendliche wandte, nach Trauma- und Trauererfahrung oder im Kontext ihrer familiären Belastungen als Angehörige von

psychisch kranken Eltern. Sie hat eine große Teilschnittmenge mit der dritten Präventionsstrategie:

3. der sogenannten „**indizierten**“ Prävention (Def: Intervention bei Risikogruppen). Hier wurden und werden Aufklärungsprogramme und besonders psychotherapeutische Therapiestrategien für Betroffene mit bereits bestehenden psychiatrischen Symptomen entwickelt, die jedoch das klinische Vollbild einer psychiatrischen Erkrankung noch nicht erreicht haben. Weltweit federführend in diesem Sektor der indizierten Prävention bei Risikopersonen für eine Psychose ist Australien. Psychiater gründeten 1992 das gemeindenaher und ambulante Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC) in Melbourne zur frühen Behandlung von ersterkrankten schizophrenen Patienten. In einem zweiten Bereich wurde die Personal Assessment and Crisis Evaluation (PACE) clinic zur Evaluation und Frühintervention bei Hochrisikoprobanden für eine Psychose entwickelt (www.oyh.org.au).

Anzeige

Exzellenter Service mit Mehrwert- garantie.

Profitieren Sie von den Besten und genießen Sie die Sicherheit.



PRIVATABRECHUNG VON EXPERTEN FÜR EXPERTEN



Messerschmittstraße 4 | 80992 München | www.medas.de



© L.Klauser – Fotolia.com

Frühzeitige Interventionen

Weitz und Kollegen haben die gute wissenschaftliche Evidenz der drei differenziellen interventionellen Präventionskategorien besonders für den Jugendbereich belegt und durch umfassende Studien und Metaanalysen dargestellt (Weitz et al. 2005). Die Evidenzen für die indizierte Prävention in der Erwachsenenpsychiatrie wird beispielhaft an der Früherkennung psychotischer Störungen dargestellt.

Zusammengefasst zeigt sich, dass psychiatrische Prävention auf verschiedenen Ebenen ineinandergreift. Die Übergänge von Primärprävention – definiert als Maßnahmen bei Gesunden, mit dem Ziel Krankheiten tatsächlich zu verhindern – hin zur Sekundärprävention (dazugehörig die indizierte Prävention) sind fließend. Zudem wird deutlich, dass die Prävention psychiatrischer Störungen mitten in den zentralen sozialen und beruflichen Bereichen der Gesellschaft stattfindet.

Indizierte Präventionstrategien in der Psychiatrie

Die indizierte Prävention ist Bestandteil der Sekundärprävention – auch Früherkennung genannt – die zum Ziel hat, psychiatrische Erkrankungen in einem möglichst frühen Stadium zu erkennen, sodass durch eine entsprechende Therapie das Fortschreiten der Erkrankung verhindert werden kann oder sogar eine vollständige Heilung möglich ist. Mittlerweile gibt es zuneh-

mend erfolgreiche Programme mit etablierter Frühdiagnostik und/oder Frühintervention bei Psychosen, Suchterkrankungen oder Depressionen, die erste beachtete Erfolge aufweisen (Psychosen: www.oyh.org.au; Psychosen und Sucht: www.fetz.org; Depression: www.deutsche-depressionshilfe.de). Eine flächendeckende Implementierung von diesen zentralen ambulanten Präventionsstrategien muss jedoch noch umfassender und nachhaltiger für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in der lokalen und nationalen Gesundheitspolitik integriert sein. Die Frühinterventionen reichen vom Aufbau etablierter Früherkennungszentren, Awarenesskampagnen oder Entstigmatisierungsprogrammen (siehe Kasten rechts) hin zu Angeboten der therapeutischen Verhaltensinterventionen, Psychotherapie und Psychopharmakologie.

Indizierte Prävention in der Psychiatrie am Beispiel psychotischer Störungen

In den vergangenen zehn Jahren hat sich international die psychiatrische Präventionsforschung im Bereich der Früherkennung von psychotischen Störungen engagiert. Die Frühintervention für Hochrisiko-Probanden einer psychotischen Störung hatte die direkte Einflussnahme auf Entstehung, Beginn und Verlauf der psychotischen Störung zum Ziel.

Klinisch zählt zu den zehn konsistent aufgezeigten prodromalen Zeichen (Def.: Frühzeichen) der psychotischen Störung das Auftreten von Unruhe und depressiver Symptomatik

(jeweils 19 Prozent), Ängstlichkeit (18 Prozent), moderat ausgeprägte Denkstörungen, Konzentrationseinbußen (16 Prozent), Grübeln (15 Prozent), vermindertes Selbstvertrauen (13 Prozent) und Antriebsminderung (12 Prozent) (Häfner et al. 2004). Zur Einordnung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko haben sich zwei prospektiv evaluierte Vorgehensweisen etabliert. In der ersten, vom australischen Psychiater Patrick McGorry (Director, Orygen Youth Health Research Centre Melbourne), entwickelten Herangehensweise wird bei hilfesuchenden Personen mit klinischen Symptomen ein erhöhtes Psychoserisiko („ultra high risk“, UHR) diagnostiziert, wenn sie klinisch kurze und abgeschwächte psychotische Symptome erleben (zum Beispiel Beziehungsideen, paranoide Ideen, Wahrnehmungsstörungen, magisches Denken) oder eine manifeste vorübergehende kurze psychotische Symptomatik aufweisen, die zeitlich weniger als sieben Tage und nicht häufiger als zwei Mal pro Woche in einem Monat auftritt (Früherkennungsbuch empfohlen). Zudem wird berücksichtigt, ob eine positive Familienanamnese für eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliegt. Zudem muss eine signifikante Verschlechterung des Leistungsniveaus (Messwert GAF – Globales Funktionsniveau, Punktwertesystem zwischen 100 und 0 Punkten: -30 Prozent im vergangenen Jahr über mindestens einen Monat) gegeben sein. Das zweite Früherkennungsinstrumentarium definiert ein zusätzliches „psychosefernes Risikostadium“, welches sogenannte Basissymptome zusammenfasst (Haefner et al. 2012). Basissymptome beinhalten oft subklinische Störungen des Antriebs, des Affektes, des Denkens und Sprechens, der Wahrnehmung von Körperfunktionen, die dauerhaft oder in den Intervallen der kurzen psychosenahen Phasen auftreten können und bereits den pathogenetischen Prozess der Psychose widerspiegeln. Sie werden mit der Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen (BSAPS) gemessen.

Langzeitstudien zeigen mit hoher Evidenz, dass die UHR-Kriterien eine hohe Vorhersagekraft für eine spätere Konversion in eine manifeste Psychose (Sensitivität: 86 Prozent, Spezifität: 91 Prozent, positiver prädiktiver Wert: 80 Prozent, negativer prädiktiver Wert: 94 Prozent) haben. In diesem Zusammenhang scheinen bis zu ca. 40 Prozent der Personen mit erfüllten UHR-Kriterien nach zwölf Monaten eine manifeste Psychose zu entwickeln (Yung et al. 2003, Ruhrmann et al. 2010, Cannon et al. 2008). Für das Konzept des psychosefernen Risikozustandes konnte in prospektiven Langzeitstudien bis zu zehn Jahren in 78 Prozent der Fälle der Übergang in eine schizophrene Psychose richtig vorhergesagt werden (Haefner et al. 2012).

In der klinischen Praxis geht es um die Reduktion aktueller Risikosymptome und deren damit assoziierter sozialer Beeinträchtigung, die für den Einzelnen über lange Zeiträume mit erheblichen persönlichen Leiden verbunden sind.

Klinisch kontrollierte Studien haben in dem Kontext der indizierten Prävention das Ziel, das Auftreten psychotischer Ersterkrankungen zu verzögern oder zu verhindern. In einer kürzlich erschienen Übersichtsarbeit (Hirjak et al. 2012) sind die Evidenzen klinischer Studien im Rahmen der Frühbehandlung von Personen mit einem erhöhten Psychoserisiko in guter Übersicht dargestellt. Die Autoren führten eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed/MEDLINE (2000 bis 2011) durch. In den klinischen Studien wurden die Hochrisikopersonen mit Psychopharmaka (Antipsychotika oder Antidepressiva), Psychotherapie oder einer kombinierten medikamentös-psychotherapeutischen Interventionsstrategie behandelt. Die analysierte Studienlage erfüllt die Voraussetzungen der Evidenzkategorie 1a, das heißt, dass mindestens eine Metaanalyse von mehr als drei randomisierten, kontrollierten Studien vorliegt.

Bezüglich der Übergangsraten in eine manifeste psychotische Störung zeigte sich eine „statistisch signifikante Überlegenheit spezifischer Interventionen (kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie) im Vergleich zu den jeweiligen Kontrollbedingungen (Standardintervention: häufig als Wiedervorstellungen bei Bedarf) bezogen auf die Übergangsraten in die Psychose nach zwölf Monaten“.

In Zusammenschau zeigt die indizierte Prävention mit Frühbehandlung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko, dass eine Frühinter-



Hochrisikopatienten mit Psychopharmaka

vention signifikant wirksam sein kann. Umfangreiche weitere Studien in Früherkennungszentren sind aktuell mit der Evaluation von Frühinterventionen befasst, denn bisher lässt sich noch keine spezifische Empfehlung für eine der evaluierten Behandlungsstrategien ableiten.

Die Autoren des Kölner Früherkennungszentrums schlussfolgern aus der Analyse der bisher vorliegenden Studien, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie und die Kombination von Einzel- mit Gruppentherapie und kognitivem Training im Rahmen der psy-

chotherapeutischen Behandlung am besten evaluiert sind und die spezifischen Interventionen zu einem signifikanten Absenken der Übergangsrate in die Psychose führen (Hajjak et al. 2012).

Für Personen mit erhöhtem Psychoserisiko, welche die UHR-Kriterien erfüllen, liegen positive Befunde für die präventive Wirkung psychotherapeutischer Verfahren und einzelner Antipsychotika der zweiten Generation vor (Amisulprid, Olanzapin, Risperidon). Eine allgemeine Empfehlung zur Behandlung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko mit Antipsychotika kann aufgrund der beschränkten Studienlage noch nicht gegeben werden. In jedem Fall ist eine Antipsychotikabehandlung bei Patienten mit erhöhtem Psychoserisiko derzeit als Off-Label-Use einzuordnen (Hajjak et al. 2012). Gründe für den Einsatz von Antipsychotika können bei fehlendem Ansprechen von psychotherapeutischen Interventionen sowie bei schwerwiegenden klinischen Beeinträchtigungen liegen und können gemeinsam mit dem Betroffenen erörtert werden. Fazit: Im Kontext der Basissymptome können Patienten beeinträchtigt sein und immer noch keine ICD-10 F-Diagnose F20 aufweisen. Insofern handelt es sich um „indizierte Prävention“.

Indizierte Prävention am Beispiel Suizidalität

Die Mortalität durch durchgeführte Suizide ist weltweit sehr hoch. Derzeit sterben weltweit mehr Menschen durch Suizid als durch jeden

Awarenesskampagnen/Entstigmatisierungsprogramme

- » **Aktionsbündnis für Seelische Gesundheit** – Bundesweite Initiative zur Förderung von seelischer Gesundheit und zum Abbau von Stigma und Diskriminierung; Koordination: DGPPN; Schirmherrschaft: BMG – www.seelischesgesundheits.net
- » **Irrsinnig-Menschlich e. V., Leipzig** – Verein für Öffentlichkeitsarbeit in der Psychiatrie; Zielgruppen und Projekte: Schulen, Medien, Filmfestival, „Mut-Preis“ – www.irrsinnig-menschlich.de
- » **Irre menschlich Hamburg e. V.** – Verein für Öffentlichkeitsarbeit im Bereich psychische Erkrankung; Zielgruppen und Projekte: Schulen, Unternehmen, Polizei, Medien, Kunst & Kultur – www.irremenschlich.de
- » **BASTA** – Das Bündnis für psychisch erkrankte Menschen, München; Zielgruppen und Projekte: Medien, Schulen, Polizei, SANE (internetbasiertes Stigma-Alarm Netzwerk) – www.opentheodoors.de

anderen Verletzungstod. Laut einer Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind es eine Million Menschen pro Jahr, wobei von einer beträchtlichen Dunkelziffer und etwa dem Zehnfachen an Suizidversuchen auszugehen ist.

Jedes Jahr nehmen sich in Deutschland nach den offiziellen Statistiken ungefähr 10.000 Menschen das Leben. Im Jahr 2007 waren es 7.009 Männer und 2.393 Frauen. Diese Zahlen sind deutlich höher als die der Verkehrstoten (2007: 5.011). Die Suizidziffer beträgt in Deutschland 17,4/100.000 für Männer und 5,7/100.000 für Frauen. In Deutschland stirbt daher jeder 87. Mann (bei einer mittleren Lebenserwartung von 76,2 Jahren) und jede 243. Frau (bei einer Lebenserwartung von 81,8 Jahren) durch Suizid (Zahlen aus dem nationalen Suizidpräventionsprogramm Deutschland (www.suizidpraevention-deutschland.de)).

Ein Großteil dieser suizidalen Handlungen erfolgt im Rahmen häufig unerkannter depressiver Erkrankungen. Darüber hinaus stehen mit Antidepressiva und bestimmten Formen (kognitiv-behaviorale Einzelpsychotherapie und Gruppentherapie) der Psychotherapie Behandlungsmöglichkeiten mit gut belegter Wirksamkeit zur Verfügung. Diese werden jedoch nur bei einem kleinen Prozentsatz dieser Patienten genutzt, häufig in der Krankheitsschwere und ob des oft lebensbedrohlichen Charakters unterschätzt, da sie einen diagnostischen und therapeutischen hohen Kenntnisstand voraussetzen. Problematisch sind zudem negative Krankheitskonzepte (Vorstellung der Depression als persönliches Versagen) und nicht gerechtfertigte Ängste vor Psychopharmaka. In einer repräsentativen Umfrage ergab sich, dass 80 Prozent der durchschnittlichen Bevölkerung davon ausgehen, dass Antidepressiva süchtig machen, und 70 Prozent vermuten, dass sie die Persönlichkeit verändern. Hieraus ergeben sich oft gravierende Probleme mit der Compliance. Schließlich wirkt sich die depressive Symptomatik selbst – mit Hoffnungslosigkeit, Kraftlosigkeit und Rückzugstendenzen – negativ auf das Hilfesuchverhalten aus. Das Vollbild der Depression entwickelt sich – häufig aber nicht immer unter belastenden Lebensereignissen – über eine zeitliche Spanne. Erste Vorläufer können sogenannte Burn-out Symptome sein, mit

dem Gefühl, sich nicht mehr richtig konzentrieren zu können, innerer Kraftlosigkeit, Leeregefühl und dem Eindruck der fehlenden Wertschätzung. Die letztlich zentralen Symptome der Depression, die erfragt werden sollen, sind über mehrere Wochen anhaltende niedergedrückte Stimmung, fehlender Antrieb und Interesselosigkeit mit Rückzugsverhalten.

In dem langjährig geförderten Kompetenznetz Depression (Stiftung Deutsche Depressionshilfe – www.deutsche-depressionshilfe.de) untersuchten Wissenschaftler beispielhaft die Auswirkungen von Awarenessprogrammen (Def.: Aufklärungsprogramme) auf die Suizidraten in unterschiedlichen Städten. Diese Präventionsprogramme erhöhen die Aufmerksamkeit für und den Kenntnisstand über psychische Erkrankungen und es werden Informationen über das Krankheitsbild, Ursachen und Therapiemöglichkeiten vermittelt. Ziel war es, durch ein intensives 4-Ebenen-Programm (siehe Tabelle) die Versorgung depressiver Patienten zu verbessern und über diesen Weg präventiv Suizide und Suizidversuche zu verhindern. Nach Erhebung von Ausgangsdaten im Jahr 2000 erfolgte das Interventionsprogramm in den Jahren 2001 und 2002 simultan auf der Ebene der hausärztlichen Versorgung, der breiten Öffentlichkeit, bei wichtigen Multiplikatoren und bei den Betroffenen. Die Evaluation nach dem ersten Interventionsjahr ergab eine ca. 20-prozentige Reduktion von Suiziden und Suizidversuchen, ein Effekt, der sich gegenüber den Ausgangswerten und einer Kontrollregion (Würzburg) für die Gesamtzahl suizidaler Handlungen und für die Suizidversuche statistisch sichern ließ.

Mit dieser umfassenden Präventionsstudie (Hegerl et al. 2006) ließ sich erstmalig nachweisen, dass ein Mehrebenenkonzept mit nachgewiesener Wirksamkeit und erprobten Materialien wie Fortbildung für Ärzte, Lehrer, Pfarrer, Altenpfleger, Videos für Patienten und Ärzte, professionelles PR-Konzept mit Großplakaten, Handzetteln, Kinospot zur Verfügung steht. Aufgrund ihres Erfolges verbreitete sich die Ausweitung des Nürnberger 4-Ebenen-Konzeptes erfolgreich auf zahlreiche andere Regionen in Deutschland und Europa (Van der Feltz-Cornelis et al. 2011).

Interdisziplinäres Zentrum

Neue Wege psychiatrischer Prävention in Bayern werden mit der Gründung des ersten interdisziplinären Zentrums zur Prävention psychischer Erkrankungen (CEP) an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München (ab Herbst 2013) beschritten. Mit der Gründung dieses interdisziplinären CEP ist es gelungen, einen umfassenden Service für die Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Störungen für die Zukunft zu etablieren.

Auf der Grundlage der Zusammenarbeit verschiedener Experten mit ihren unterschiedlichen Fachgebieten aus klinischer Versorgung und akademischer Psychiatrie, Psychosomatik und Neuropädiatrie, Arbeitsmedizin, Pädiatrie, Neurologie sowie klinischer Psychologie und Radiologie wird eine Experten-Plattform entstehen mit den Schwerpunkten primärer und sekundärer Prävention psychischer Erkrankungen. Fokus des Zentrums wird sein, Hilfesuchenden ab dem zwölften Lebensjahr mit erstmalig auftretenden unklaren psychischen Beschwerden durch konkrete medizinisch-psychiatrische Diagnostik und fachlichen Rat eine fachlich getragene Einschätzung zu geben.

Tertiäre Prävention in der Psychiatrie

Als dritte Säule psychiatrischer Prävention ist die Tertiärprävention zu nennen. Ist eine psychiatrische Erkrankung eingetreten, übernehmen tertiärpräventive Maßnahmen die zentrale Aufgabe, die Entwicklung von Komplikationen zu verhindern oder hinauszuzögern bzw. das Wiederauftreten der Erkrankung (zum Beispiel Rezidiv) zu verhindern. Diese tertiärpräventiven Maßnahmen sind in der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei (schweren) psychischen Erkrankungen“ der Fachgesellschaft DGPPN zusammengefasst (http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LLPsychosozTherapien_Langversion.pdf).

Das Besondere dieser S3-Leitlinie ist, dass sie diagnoseübergreifend den aktuell fachlich konsentierten Standard bei psychosozialen Interventionen im Detail und wissenschaftlich fundiert zusammengetragen hat. Beeindruckend zeigt die umfassende Darstellung die präzise Feststellung der differenziellen Evidenzstufen für die Wirksamkeit der einzelnen psychosozialen Therapieformen.

Auf dem Prüfstand der Evidenz standen methodisch Systeminterventionen (zum Beispiel Evidenz gemeindenaher Versorgungsansätze,

4-Ebenen-Aktionsprogramm
<i>Ziel: Bessere Versorgung für depressiv erkrankte Menschen</i>
1. Kooperation mit Hausärzten: Fortbildungen
2. PR-Aktivitäten: Aufklärung der Öffentlichkeit
3. Zusammenarbeit mit Multiplikatoren: zum Beispiel Pfarrer, Lehrer, Altenpflegekräfte
4. Angebote für Betroffene und Angehörige

Tabelle: Nürnberger 4-Ebenen-Konzept

Arbeitsrehabilitation, Wohnangebote für psychisch kranke Menschen) und Einzelinterventionen (zum Beispiel Methoden der psychoedukativen Interventionen für Betroffene und Angehörige, Peer-to-peer-Ansätze und Trialog, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten, künstlerische Therapien, Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Selbsthilfekonzepte):

Peer-to-peer-Ansätze – Aufbau eines Angebotes gegenseitiger Unterstützung und Hilfe sowie sinnvoller Beeinflussung und Anpassung durch Patienten untereinander.

Triolog – Teilhabe auf gleicher Augenhöhe und Form der Beteiligungskultur von Betroffenen und Behandlern.

Ergotherapie – Therapieform mit dem Ziel, Menschen bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer persönlichen Umwelt zu stärken.

Psychoedukation – Schulung und Aufklärung der Betroffenen und Familienangehörigen bezüglich der Symptome und des Verlaufs der Erkrankung sowie der Stärkung sozialer Kompetenzen, der Verbesserung im Umgang der Familienmitglieder untereinander und effektiverer Stressbewältigung.

Evidenzgrad 1a besteht für die differenziellen gemeindenahen Versorgungsansätze, die in vielen Bereichen unter der Fragmentierung der psychiatrischen Gesundheitsversorgung zwischen ambulanten und stationären Settings leidet. Hohe Evidenzgrade mit 1a oder 1b zeigen sich bei der Arbeitsrehabilitation, Psychoedukation unter Einbeziehung Angehöriger, Kunst- und Ergotherapien sowie Sport- und Bewegungstherapien.

Das Wichtigste in Kürze

Es gibt gesicherte Evidenz für differenzielle Strategien auf den verschiedenen Ebenen der Prävention im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Sie reichen von:

- » allgemeinpräventiven Gesundheitsinterventionen, wie alltagstauglichen Aufklärungsprogrammen, über
- » indizierte Präventionsmaßnahmen für Individuen mit erhöhtem Krankheitsrisiko für eine psychiatrische Störung bis hin zu
- » umfassenden tertiären, multimodalen Präventionsprogrammen für bereits Betroffene, um deren Rezidivprophylaxe zu verbessern und die Lebensqualität zu erhöhen.

Der tatsächliche Mythos besteht in der häufig verbreiteten und stigmatisierenden Ansicht, dass es in der psychiatrischen Fachdisziplin keine Gesundheit und Gesundung gäbe. Psychische Krisen und Krankheitsphasen können jedoch erkannt, benannt und bewältigt werden. Das Erreichen von Lebensqualität ist ein aktiver Prozess, der durch das Individuum selbst, in Unterstützung und Hilfestellung von Experten erreicht werden kann. Hier ist aktive und rationale Prävention auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie für das gesamte Gesundheitswesen unverzichtbar, weil sie sich durch ihre Evidenzbasierung als sinnvoll erwiesen hat.

Zusammenfassend zeigt sich für das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie auch im Bereich der Tertiärprävention eine umfassende Reihe von Interventionen mit guter Evidenz, die nachweislich der Qualitätsverbesserung der Behandlung und Versorgung der belasteten Patientengruppen dienen.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen oder persönlichen Beziehungen zu Dritten haben, deren Interessen vom Manuskript positiv oder negativ betroffen sein könnten.

Autoren

Universitätsprofessor Dr. Eva Meisenzahl ^{1, 2}
Dr. Gabriele Oepen ^{1, 3}
Dr. Nikolaos Koutsouleris ^{1, 2}

¹ Interdisziplinäres Zentrum für Prävention psychischer Erkrankungen, Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München (CEP)

² Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU München, Nußbaumstraße 7, 80336 München

³ Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, LMU München, Nußbaumstraße 7, 80336 München

KARRIERESPRUNG GEFÄLLIG? ZUM BEISPIEL IN DEN KONGO.



ÄRZTE OHNE GRENZEN hilft Menschen in Not. Schnell, unkompliziert und in mehr als 60 Ländern weltweit. Unsere Mitarbeiter arbeiten oft in Konfliktgebieten – selbst unter schwierigsten Bedingungen: ein Einsatz, der sich lohnt.

Weitere Informationen unter: www.aerzte-ohne-grenzen.de/mitarbeiten

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Informationen

- für einen Projekteinsatz
- über ÄRZTE OHNE GRENZEN
- zu Spendenmöglichkeiten

Name

Anschrift

E-Mail

ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V. • Am Köllnischen Park 1 • 10179 Berlin

Spendenkonto 97 0 97
Bank für Sozialwirtschaft
BLZ 370 205 00

