

2 Was ist Prävention?

Einführung

In diesem Kapitel findet eine Einführung in die Prävention psychischer Störungen statt sowie eine Darstellung üblicher Klassifikationssysteme von Präventionsprogrammen. Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Weltbevölkerung ergibt sich der deutliche Bedarf präventiver Ansätze, um die Inzidenz psychischer Störungen zu vermindern. Eine besondere Herausforderung erfolgreicher Prävention ist, Menschen zu einer Verhaltensveränderung zu bewegen. Hier können psychodynamische Theorien der Entwicklung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen beitragen zu verstehen, warum sich Menschen trotz besseren Wissens nicht nur einmalig, sondern häufig dauerhaft schädlich gegenüber ihrer eigenen psychischen und auch physischen Gesundheit verhalten. Risiko- und Schutzfaktoren müssen dabei auf den Einzelfall abgestimmt berücksichtigt werden, da diese kontext- und personenabhängig unterschiedliche Wirkungen entfalten können.

Lernziele

- Prävention definieren und von Gesundheitsfürsorge abgrenzen können
- Prävention klassifizieren können (Verhaltens- vs. Verhältnisprävention, primär, sekundär und tertiär sowie universelle, selektive und indizierte Prävention)

- Die Bedeutung früher Prävention im Bereich der psychischen Störungen aus den epidemiologischen Daten ableiten können
- Krankheit und Gesundheit als Kontinuum definieren
- Die Komplexität der Entwicklung von Krankheit und Gesundheit erkennen und die daraus abgeleiteten Konsequenzen für die Prävention
- Die Grundgedanken der Entwicklungspsychopathologie kennenlernen

Von dem lateinischen Wort »praevenire« für »zuvorkommen« oder »verhüten« abgeleitet, bedeutet Prävention im Gesundheitswesen, das Auftreten einer Krankheit und den damit einhergehenden Schaden zu verhindern, Risiken einer Krankheit zu reduzieren bzw. den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, die Wahrscheinlichkeit für ein Rezidiv zu verringern und negative Folgeerscheinungen zu minimieren. Alle Maßnahmen, die dazu beitragen, werden als Präventionsmaßnahmen bezeichnet. Anders als intuitiv gedacht, sind Prävention und Gesundheitsförderung keine Synonyme: Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die dazu dienen, die Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern (vgl. BZgA, 2018), während präventive Maßnahmen darauf abzielen, die Inzidenz und Prävalenz von Krankheiten einzudämmen (Arrango et al., 2018). Sie setzen somit strategisch an unterschiedlichen Stellen an. Public Health bzw. Bevölkerungsgesundheit ist ein interdisziplinäres Arbeitsfeld und vereint Praxis und Wissenschaft zur Erhaltung der Gesundheit, zur Eindämmung von Krankheit und der Verlängerung des Lebens durch gesellschaftlich-organisierte Bemühungen (Acheson, 1988).

In der Regel wird zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention unterschieden. Verhältnisprävention fokussiert auf den Kontext und strebt an, Rahmenbedingungen zu verändern, so dass die Wahrscheinlichkeit für einen Krankheitsausbruch reduziert wird – beispielweise Maßnahmen, die das Unfallrisiko am Arbeitsplatz minimieren. Verhaltensprävention setzt an den Möglichkeiten einzelner an, das eigene gesundheitliche Verhalten zu steigern bzw. gesundheitsproblematisches Verhalten zu reduzieren oder zu unterlassen beispielweise durch Wissens- und Kompetenzsteigerung und ist somit im Bereich der medizinischen Psychologie anzusiedeln.

Wir werden aus diesem Grund in diesem Band fortführend auf Programme der Verhaltensprävention fokussieren – die Einflussnahme durch Steigerung der Self-Agency ist hierbei entscheidend. Der Begriff Verhaltensprävention mag vor dem Hintergrund eines psychodynamischen Verständnisses missverständlich wirken: Bei psychodynamischen Präventionsansätzen geht es darum, Möglichkeiten der Einflussnahme während wichtiger Veränderungsfenster im Verlauf der Entwicklung zu definieren – etwa die Entwicklung struktureller Aspekte wie die Bindungs- oder Mentalisierungsfähigkeit zu unterstützen und dies mithilfe psychodynamischer Techniken der Beziehungs- und Aufdeckungsarbeit. Auch sollen Transmissionen dysfunktionaler Prozesse unterbrochen und gleichzeitig Kinder, Jugendliche wie auch Erwachsene darin befähigt werden, mit den intrapsychischen dynamischen (teils konfligierenden) Wirkkräften günstig(er) umgehen zu können. Das interventive Einwirken auf Beziehungsprozesse zwischen Eltern, Lehrer*innen und anderen Fachexpert*innen und Kindern wird nicht etwa vordergründig psychoedukativ im Sinne von Informationsvermittlung umgesetzt, sondern mithilfe von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen und der Spiegelung, Deutung etc. von Affekten (Affektwahrnehmung, Affektdifferenzierung etc.).

Kommen wir noch einmal zurück zur allgemeinen Definition von Prävention. Gemäß dem Zeitpunkt des Einsatzes einer Präventionsmaßnahme wird häufig zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden (Caplan, 1964). Diese Einteilung folgt der Idee, (1) Krankheiten vor ihrem ersten Auftreten in der Allgemeinbevölkerung vorzubeugen wie etwa bei Impfungen der Fall, (2) bei vorliegenden Risikofaktoren bzw. bei definierten Risikogruppen durch beispielweise Früherkennung frühe, symptomfreie Stadien einer Krankheit zu detektieren z. B. Gebärmutterhalskrebs-Screening bei Frauen ab 35 mittels eines Tests auf humane Papillomviren, oder (3) der Abwendung einer Verschlechterung, Chronifizierung bzw. Behinderung einer manifest gewordenen Krankheit durch wirksame Therapie und Rehabilitation wie z. B. Sportgruppenangebote für Herzinfarktpatienten.

Eine aktuellere Einteilung unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen bezieht sich auf definierte Zielgruppen und dem jeweils verbundenen Risiko, eine Krankheit zu bekommen bzw. durch eine solche geschädigt

zu werden (Gordon, 1983). Hier setzt präventives Handeln ein, bevor es zur Krankheit kommt: (1) universelle, (2) selektive und (3) indizierte Prävention. Am Beispiel der Drogenprävention wird im Folgenden die Einteilung verdeutlicht: universelle Maßnahmen wie »keine Macht den Drogen« setzen als Kampagne bei gesunden Personen der Allgemeinbevölkerung an. Maßnahmen für Jugendliche suchtkranker Eltern bzw. für solche, die eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, eine Abhängigkeit zu entwickeln, gehören zur Gruppe selektiver Maßnahmen. Indizierte Maßnahmen kommen dann zum Einsatz, wenn bereits ein problematisches Konsummuster und erste Symptome aufgetreten sind, ohne jedoch das Vollbild einer Abhängigkeit zu erfüllen (vgl. Bühler, 2009).

2.1 Der Bedarf an Prävention bei psychischen Störungen

Psychische Störungen sind allgegenwärtig, viele Menschen sind direkt oder indirekt betroffen: Es erkranken rund 29.2% der Weltbevölkerung mindestens einmal im Verlauf ihres Lebens an einer psychischen Störung (einer Metaanalyse zufolge basierend auf 85 epidemiologischen Studien aus 63 Ländern, siehe Steel et al., 2014). In der Europäischen Union sind jährlich 164,8 Millionen Menschen betroffen (Wittchen et al., 2011), in Deutschland sind es 17,8 Millionen – das sind rund 28 % der erwachsenen Bevölkerung (Jacobi et al., 2014). Am häufigsten sind Angststörungen, Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen verbreitet. Viele der bestehenden Leiden werden allerdings nicht diagnostiziert oder gar angemessen behandelt – nur jeder Fünfte begibt sich überhaupt in Behandlung (DGPPN, 2018), was zu Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes und zu Chronifizierungen führen kann. Auch die Lebenserwartung ist bei schweren psychischen Erkrankungen deutlich eingeschränkt (DGPPN, 2018). Darüber hinaus ist aufgrund der wechselseitigen Beziehung meist auch die körperliche Ge-

sundheit durch psychische Probleme beeinträchtigt, wie auch körperliche Erkrankungen nicht selten mit psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Kinder und Jugendliche sind ebenso bedenklich häufig betroffen: in Deutschland liegt die Prävalenz bei mindestens 10% (Ravens-Sieberer et al., 2015), weltweit wird sie bis zu 20% geschätzt (Kieling et al., 2011). Auch hier sind Angststörungen, Depressionen, außerdem Störungen des Sozialverhaltens und hyperkinetische Störungen vertreten. Dies ist allein schon deshalb relevant zu bedenken, da davon ausgegangen wird, dass rund die Hälfte der weltweit betroffenen Erwachsenen bereits an psychischen Symptomen in der Jugend litt (Fuchs & Karwautz, 2017).

Der Schaden, der durch psychische Erkrankungen entsteht, geht weit über den individuellen hinaus und wird von der WHO als »Burden« bezeichnet: neben den Beeinträchtigungen im direkten sozialen – privaten wie beruflichen – Umfeld des Betroffenen entstehen erhebliche Kosten durch krankheitsbedingte Fehltage am Arbeitsplatz (die durchschnittlich deutlich höher liegen als bei anderen Erkrankungen), geringere Produktivität sowie Inanspruchnahme von (wiederholten) Gesundheitsleistungen. Darüber hinaus sind psychische Störungen der häufigste Grund für Frühberentungen. Laut Statista ist die Zahl der Diagnosen seit 2006 kontinuierlich gestiegen, teils mit Angaben einer 50%igen Zunahme von Krankschreibungen aufgrund psychischer Beschwerden – was allerdings nicht auf einen allgemeinen Anstieg an psychischen Störungen zurückzuführen ist (DGPPN, 2018). Laut dem BKK Gesundheitsreport (2018) sind psychische Störungen mittlerweile der zweithäufigste Grund für Krankschreibungen oder Attestierungen für Arbeitsunfähigkeit.

Allein 2017 wurden in Deutschland insgesamt 1,21 Millionen Menschen mit einer Diagnose einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose im ICD-10) vollstationär behandelt (Radtke, 2018). Laut statistischem Bundesamt (2017) lagen 2015 die Ausgaben für Behandlungen psychischer Störungen bei 44,4 Milliarden Euro (13,1%), das ist der zweitgrößte Kostenfaktor direkt nach dem Spitzenreiter der Herz-Kreislaufkrankungen. Ferner spiegelt sich in den zunehmend steigenden Produktionsausfallkosten der krankheitsbedingte Arbeitsausfall wider, sie lagen 2016 bereits bei 12,2 Milliarden Euro (BAuA, 2017). Nach einem gemeinsamen Bericht der Organisation for Economic Cooperation and Development

(OECD, 2018) und der Europäischen Kommission von 2018 wendet Deutschland ca. 4.8% seines Bruttoinlandproduktes für die wirtschaftlichen Kosten infolge psychischer Störungen auf (darunter geringere Produktivität; Ausfall aufgrund weniger Beschäftigungsquoten; Ausgaben für Sozialversicherungsprogramme; direkte Ausgaben der Gesundheitsversorgung).

Trotz einer Vielfalt an Therapieangeboten und gesteigener Behandlungsangebote in den letzten Jahrzehnten konnten die Fallzahlen insgesamt nicht maßgeblich reduziert werden (Jorm et al., 2017). Anstatt psychische Störungen zu behandeln, wenn sie bereits manifest geworden sind, besteht die Möglichkeit, sie in einem früheren Stadium abzuwenden bzw. negative Verläufe oder Folgeerscheinungen zu minimieren. Obwohl eine frühzeitige positive Einflussnahme in Form verschiedener Präventionsprogramme vielversprechende Ergebnisse liefert und zu erheblichen Kosteneinsparungen beiträgt, werden sie immer noch zu wenig berücksichtigt – womöglich gar unterschätzt (WHO, 2004). Die OECD schlussfolgert daher, dringend mehr in Prävention und Gesundheitsförderung zu investieren – vor allem bei Kindern und Jugendlichen in Schulen, sowie spezifisch am Arbeitsplatz oder bei speziell gefährdeten Gruppen wie bei Arbeitslosen oder älteren Menschen anzusetzen. Inhaltlich sollten Präventionsprogramme das aktuelle Wissen bezüglich der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen nutzen. Das Wissen um die reziproke Wechselwirkung von Risiko- und Protektivfaktoren sowie von ätiopathogenetischen Prozessen psychischer Störungen eröffnet die Chance, präventiv einzuwirken und leidvolle Erfahrung mit Krankheitswert frühzeitig einzudämmen.

2.2 Krankheit und Gesundheit als Pole eines Kontinuums

Bevor wir das Thema Prävention genauer unter die Lupe nehmen, sollen die Begriffe Krankheit und Gesundheit kurz beleuchtet werden. Ob-

wohl während des diagnostischen Prozesses die An- oder Abwesenheit von Symptomen zu einer Entscheidung für oder gegen eine spezifische Diagnose gestellt und damit über »gesund« und »krank« quasi dichotom entschieden wird, können Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums aufgefasst werden, insbesondere im Hinblick auf die subjektive Perspektive. Im Kontext psychischer Störungen geht es um die quantitative Abweichung vom Normbereich bzw. um extreme Ausprägungen bestimmter Erlebens- oder Verhaltensweisen – beispielsweise ängstlich zu sein, macht noch lange keine Angststörung aus. Dies kann sich ändern, nimmt die Angst im Sinne von Intensität, Dauer und Frequenz zu oder ist bezogen auf eine spezifische Situation inadäquat.

Gesundheit ist ein hohes persönliches Kapital. Heutzutage ist die Mehrheit der Menschen bereit, vergleichsweise viel in ihre Gesundheit zu investieren und verschiedene zeitliche, ökonomische und andere Ressourcen dafür zu nutzen. Es erscheint offenkundig, dass Gesundheit über die Abwesenheit von Krankheit hinausgeht. Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit »als einen Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen« (WHO, 1948). Nichts desto trotz gehören aversive, unangenehme emotionale oder kognitive Zustände zu alltäglichen Erfahrungen eines gesunden Menschen. Psychodynamische Ansätze liefern hier eine wichtige Perspektivenerweiterung. Es geht nicht darum, zwischen den Polen von Krankheit und Gesundheit zu schwimmen, sondern eine Flexibilisierung – ganz gemäß eines Kontinuums – nahe zu legen: Der Umgang mit herausfordernden Situationen im Leben ist durch interpersonelle Rahmenbedingungen wie prägende Beziehungserfahrungen und intrapsychische Ausstattungen die psychische Struktur betreffend bedingt und vollzieht sich in einem dynamischen Prozess, der zwischen in Intensität über Lebensphasen hinweg fluktuierenden subjektiven Leidensdruck bis hin zu Symptomen mit Krankheitswert oszillieren kann. Sowohl die Beziehungsfähigkeit als auch die Kompetenz, mit dynamischen Wirkkräften der eigenen Psyche umgehen zu können, spielen für alle Menschen eine entscheidende Rolle und werden zuweilen stärker oder schwächer herausgefordert sein. Gesundheit – genauso wie Dysfunktionalität und Störung auch – ist daher ein dynamischer Prozess, kein Zustand. Unwohl-

sein, Aversion, negative Affekte und Kognitionen als grundlegende Unlusterfahrungen sind unweigerlich mit dem menschlichen Dasein verbunden und Teil gesunder Entwicklung. Daher erscheint es plausibel, Techniken oder Interventionen einzusetzen, welche die Entwicklung von Störungen eindämmen und aus der psychodynamischen Perspektive gesprochen, möglichst früh im Leben ansetzen, um einen positiven Einfluss auf wichtige Entwicklungsschritte nehmen zu können, die ein Individuum robust im Hinblick auf aversive Erfahrungen machen. Ein Gegenstand psychodynamischer Prävention bezieht sich daher nicht auf absolute, sondern auf relative Zustände zwischen Gesundheit und Krankheit. Aufgrund der stark interpersonellen Ausrichtungen psychodynamischer Theorien der Entwicklung und Krankheitsentstehung richten sich psychodynamische Ansätze besonders auf frühe prägende Beziehungserfahrungen.

2.3 Modelle des Gesundheitsverhaltens

In einer Vielzahl von Modellen zu gesundheitsrelevanten Verhalten werden kontinuierliche von Stufen- bzw. Stadienmodellen differenziert: Einerseits wird versucht zu erklären, wie gesundheitsrelevante Verhaltensweisen stetig zunehmen (vgl. Health-Belief Modell; Modell des geplanten Verhaltens; Modell der Selbstwirksamkeitserwartung; Theorie der Schutzmotivation etc.), andererseits werden verschiedene Motivationsstufen beleuchtet, die in gesteigertem Gesundheitsverhalten münden (vgl. Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung; Prozessmodell präventiven Handelns; Prozessmodell gesundheitlichen Handelns). Die größte Schwierigkeit kontinuierlicher Modelle besteht darin, dass sie es nicht vermögen, die Lücke zwischen Intention und Verhalten zu berücksichtigen bzw. zu erklären. Ein Raucher setzt trotz des Wissens über die Risiken das Rauchen fort. Hier kommen Aspekte ins Spiel, die schon lange im psychodynamischen Kontext als entscheidend aufgedeckt wurden: unbewusste, dynamische psychische (Konflikt-)Prozesse und

Abwehrmechanismen, die in enger Verbindung verschiedener motivationaler Faktoren stehen. Wichtiger Ausgangspunkt psychodynamischer Theorien ist die affektive Einsicht in den Problemkontext bzw. eigene problematische Verhaltensweisen.

2.4 Reichweite von Prävention am Beispiel Deutschland

In Deutschland sollen seit 2015 – mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) – Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung unterstützt und gewährleistet werden. Eine vereinbarte, gemeinsame nationale Strategie von Bund, Ländern und Kommunen soll über eine enge Zusammenarbeit von sowohl gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen als auch von Renten-, Unfall- und sozialer Pflegeversicherungen gewährleistet werden. Ziel ist es, Ungleichheiten die Gesundheit betreffend, die beispielweise durch das Geschlecht oder soziale bzw. sozioökonomische Faktoren zustande kommen, zu minimieren, aber auch insgesamt präventive Programme zu fördern und deren Qualität jeweils zu sichern. Hierzu gehört auch schwerpunktmäßig Risikofaktoren aufzudecken und daran anknüpfend gezielte Präventionsmaßnahmen einzusetzen, um früh gegen die Entwicklung von Krankheiten vorzugehen. Kostenträger sind die gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherungen – die sich jährlich mit 500 Mio. Euro mit Angeboten und entsprechenden Leistungen einsetzen sollen (entspricht ungefähr 7 Euro pro Versicherten). Besondere Settings wie Kitas, Schulen und Betriebe sollen durch anteilige Investitionen in Höhe von fast 300 Mio. Euro jährlich besonders profitieren (GKV Spitzenverband, 2018).

2018 wurden insgesamt 544 Mio. Euro für Prävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen investiert (u. a. betriebliche Gesundheitsförderung; individuelle Präventionskurse etc.). Insgesamt wurden rund 8 Mio. Menschen direkt erreicht, mit teils großen Ge-