

Psychosoziale Prävention

Matthias Franz

Psychosoziale Prävention widmet sich zunächst den Erkrankungen, die in Entstehung und Verlauf vorwiegend durch psychosoziale Faktoren beeinflusst werden. Zu den wichtigsten dieser psychosomatischen Erkrankungen zählen Angsterkrankungen, Depressionen, Suchterkrankungen, somatoforme Erkrankungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Etwa ein Viertel der erwachsenen Normalbevölkerung leidet an mindestens einer solchen Störung. Gemeinsam ist dieser heterogen anmutenden Gruppe die maßgebliche Verursachung durch frühkindlich erfahrene Belastungen und die hierdurch besonders in sozialen Konfliktsituationen bedingte Beeinträchtigung der Affektregulation, der kognitiven Funktionen und der Verhaltenssteuerung. Ursächlich bedeutsam sind also transgenerational wirksame, kindheitlich erfahrene und verinnerlichte affektiv aversive Stressbelastungen und Versagungen. Frühe Stresserfahrungen und die mit ihnen assoziierten aversiven Affektzustände des Kindes werden in Abhängigkeit von Gen-Umwelt-Interaktionen in das implizite Affektgedächtnis und das stressmodulierende System des sich entwickelnden kindlichen Gehirns eingeschrieben (Franz 2016). Diese Einschreibung erfolgt in erster Linie infolge andauernder früher Trennungen des Kindes von elterlichen Bezugspersonen oder eines wenig feinfühligem, nicht bindungsgerechten oder sogar missbräuchlichen Umgangs der primären Bezugspersonen mit dem Kind in dessen ersten Lebensjahren. Dies kann lebenslang zu einer erhöhten Angstbereitschaft und einer dysfunktionalen Stressverarbeitung führen. Unter dem Einfluss kindlicher Stresserfahrungen werden auch noch beim späteren Erwachsenen soziale Stresssituationen verzerrt interpretiert und die Affektverarbeitung, die Wahrnehmungsorganisation sowie das Denken realitätsinadäquat kompromittiert. Die Verhaltenssteuerung des betroffenen Individuums wird so insbesondere in sozialen Stresssituationen durch anachronistische Affektzustände und unreflektierte kindliche Handlungsimpulse dysfunktional. Dies gilt insbesondere für Situationen, in denen triebregulierte Abhängigkeit, die mit frühkindlicher Angst, Panik und Hilflosigkeit assoziiert ist, assoziativ angesprochen und erneut erlebt wird. Dem Betroffenen sind diese Zusammenhänge zumeist unbewusst. Der Erwachsene versucht gewissermaßen die Belastungen seiner Kindheit zu vermeiden, indem er sie angstgetrieben in seiner aktuellen Lebenssituation vermeintlich wiedererkennt, dort bekämpft – und schließlich an den Anstrengungen dieses vergeblichen Versuchs erkrankt. Aus dieser Sicht stellen psychosomatische Symptome auch steckengebliebene Selbstheilungsversuche dar. Auf Dauer manifestieren sich diese Zusammenhänge schließlich in psychosomatischen Erkrankungen und lebensverkürzenden somatischen Sekundärkomplikationen.

Die schwierige Entdeckung der transgenerationalen Auswirkungen kindlicher Stressbelastungen

Es erscheint heute fast als eine Trivialität, dass sich psychische Beeinträchtigungen der Eltern, familiäre Gewalt oder Ablehnung negativ auf die Entwicklung und die gesamte Biographie mitbetroffener Kinder auswirken können. Die zugrunde liegenden Zusammenhänge wurden allerdings erst in den letzten 20 Jahren im Sinne des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Psychosomatischen Medizin bis in die molekularbiologischen Zusammenhänge erarbeitet und verstanden. Der wissenschaftliche Erkenntnisweg bis dahin wurde äußerst mühsam erarbeitet. Kollektive Abwehrbedürfnisse einer Erziehungskultur, die Gewalt, Triebängste, Affektarmut und Bindungsfeindlichkeit als sozialisierende Prinzipien für die gesunde Entwicklung ihrer Kinder tradierten, trugen lange zur Verleugnung des Offensichtlichen bei. Es sei hier nur daran erinnert, dass die Prügelstrafe in Deutschland erst im Jahre 2000 – gegen erhebliche Widerstände – durch das Gesetz zur Ächtung von Gewalt in der Erziehung verboten wurde; ebenso bestimmten in breitem Konsens bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts die bindungsfeindlichen Abhärtungsdogmen einer Johanna Harrer den strukturell aversiven Umgang mit Kleinkindern in Deutschland. Die Auswirkungen dieser kollektiven Affektabwehr und Verleugnung der Bedeutung von Bindung führten noch bis in die sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts zu langfristigen Trennungen von Säuglingen und ihren Eltern, z.B. durch

Heimunterbringung oder inadäquate Hospitalisierung. Die vor etwa 200 Jahren einsetzende, durch Gewalt und Gefühlsarmut gekennzeichnete nationalstaatliche Militarisierung und Industrialisierung führte zu einer Fragmentierung früher familiärer Bindungen. Die Spätfolgen der daraus folgenden soziokulturellen Tradierung von Bindungsstörungen sind angesichts der immer noch weitverbreiteten emotionalen Vernachlässigung von Kleinkindern wohl noch bis heute wirksam (Häuser et al. 2011).

Die wissenschaftliche Erforschung der negativen Auswirkungen kindheitlich erfahrener Belastungen begann in ihren ersten Anfängen vor etwa 120 Jahren um 1900 mit den Fallbeschreibungen und Theoriebildung der *Psychoanalyse*. Sigmund Freud beschrieb als Erster die ursächliche Bedeutung kindlicher Missbrauchserfahrungen wie auch phantasmatisch verarbeiteter kindlich-sexueller Triebkonflikte für die Entstehung der neurotischen Symptome seiner erwachsenen Patienten (Freud 1905). Dabei benannte er die transgenerationale Weitergabe elterlicher Phantasien und Beziehungsmuster als unvermeidliche Bedingung. Freud postulierte eine obligatorische soziale Infektion, eine *psychische Kontinuität innerhalb der Generationenreihen*, durch welche konflikthafte und abgewehrte unbewusste Triebimpulse und Phantasien von den Eltern an die Kinder weiter gegeben und in deren späterem Leben Anlass neurotischer Symptombildungen würden (1912–13a). Die weitere, durch klinische Einzelfallstudien aber auch durch systematische Kleinkindbeobachtung inspirierte, psychoanalytische Theoriebildung sah in der mehr oder weniger beeinträchtigten trieb- und affektgesteuerten Interaktion zwischen Eltern und Kind sowie den zugehörigen phantasmatisch vom Kind verarbeiteten Beziehungsbildern (*Introjekten*) das wesentliche Agens für eine gesunde oder neurotisierende Entwicklung des Kindes. Relativ früh entwickelte die Psychoanalyse den Begriff der auf die Affektsignale des Kindes reagierenden *ausreichend guten Mutter*¹ als entscheidend für eine gesunde seelische Entwicklung des initial existenziell von der Zugewandtheit der Bezugsperson vollständig abhängigen Säuglings (Winnicott 1953).

An diesen epochalen Perspektivwechsel knüpfte nach dem Zweiten Weltkrieg die Deprivations- und die *Bindungsforschung* an. Joyce und James Robertson beschrieben in London – unterstützt von Bowlby – erstmals unterschiedliche Reaktionen hospitalisierter Kleinkinder auf Trennungstress und hielten diese bereits in den fünfziger Jahren des letzten Jahrhunderts in bis heute erschütternd eindrucksvollen Filmen fest. Dies führte in England zu einer Umstellung der funktionszentrierten Heimpflege hin zu einem Bezugspflegesystem. Im Folgenden erarbeitete die sich ausdifferenzierende Bindungsforschung Belege für die transgenerationale Weitergabe unterschiedlicher Bindungsmuster (Bretherton 1985). Die Bindungstheorie ergänzte das psychoanalytische Konzept der narzisstischen Spiegelung des Kindes durch die zentrale Bedeutung einer affektiv resonant mit dem Kind verbundenen und regulativ kompetenten Bezugsperson für die Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters und eines positiven Selbstwertgefühls des Kindes. Insbesondere von Main und Hesse (1990) wurden weitere Hinweise auf die transgenerationale Weitergabe psychischer Traumata erarbeitet. Sie konnten zeigen, dass psychisch kranke Eltern aufgrund eigener unverarbeiteter Traumata in der feinfühligsten Wahrnehmung und Regulation kindlicher Affektsignale beeinträchtigt sind, weil sie ihr Kind affektiv als Angreifer erleben und es daraufhin durch wiederholte Beziehungsabbrüche während der Interaktion erneuten dysregulierten Stresszuständen aussetzen. Die unmittelbaren Folgen derartiger *Mikrodissoziationen* konnte Tronick mit Hilfe seines berühmten und bis heute in empirischen Studien genutzten *Still-face-Experiment* verdeutlichen (Apter et al 2016).

Die etwa ab 1970 international anlaufenden *epidemiologischen Langzeitstudien* (zusammenfassend in Franz und Tress 2016) trugen sehr wirksam dazu bei, kindheitliche Belastungen – wie z.B. die Erfahrung familiärer, körperlicher oder sexueller Gewalt, Abwesenheit oder Trennung der Eltern, Ablehnung des Kindes und dessen emotionale oder körperliche Vernachlässigung – als Ursachen für psychogene Erkrankungen, aber auch protektive Einflüsse zu identifizieren (Egle et al. 1997). Fast alle psychosozialen Risikofaktoren beeinträchtigen auf Dauer und besonders bei Fehlen kompensierender Schutzfaktoren die Qualität der Beziehung des Kindes zu seinen elterlichen Bezugspersonen und seine

¹ The good enough mother [...] starts off with an almost complete adaptation to her infant's needs, and as time proceeds she adapts less and less completely, gradually, according to the infant's growing ability to deal with her failure. (Winnicott 1953).

Bindungssicherheit. Über eine komplexe bio-psycho-soziale Wirkungskette können diese Risikofaktoren eine Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung bewirken. Die Arbeitsgruppe um Felitti bestätigte die epidemiologisch gefundenen Risikozusammenhänge im Hinblick auf die in dramatischer Weise lebensverkürzenden Auswirkungen kindheitlich erlittener Gewalt und Vernachlässigung (Felitti et al. 1998; Brown et al. 2009).

Weitere Beiträge zur Bedeutung psychotraumatischer Kindheitsbelastungen lieferten ab ca. 1980 die *Holocaustforschung* sowie die Kriegsfolgenforschung. Krieg und Holocaust bewirkten extreme Bindungsirritationen bei zahlreichen Kindern, deren Folgen sich erst im Laufe ihres späteren Lebens bemerkbar machten (Moré 2013). Psychoanalyse und Bindungstheorie ermöglichten ein vertieftes Verständnis der transgenerational psychotraumatischen Folgen des Holocaust bei den überlebenden Kindern der Holocaustopfer. Ihre Eltern waren aufgrund eigener traumatischer Befangenheit häufig nicht in der Lage, sich feinfühlig gegenüber den Bedürfnissen ihrer Säuglinge oder Kleinkinder zu verhalten und vermittelten ihren Kindern die frühe Erfahrung und Verinnerlichung von Verlust, Hilflosigkeit und Untergang mit erheblichen negativen Folgen für deren Selbstwertgefühl und die auf eine eigene Zukunft gerichtete Lebensfreude. Die parentifizierte Sorge um die affektiv erloschenen Eltern bewirkte bei vielen Kindern der zweiten Generation der Holocaustopfer anhaltende Schuldgefühle, Beschämung und den Verzicht auf die Verwirklichung eigener Lebensziele sowie in Folge vermehrte psychische Beeinträchtigungen (Grubrich-Simitis 1979; Wardi 1997).

Die Aufklärung der hinter der transgenerationalen Transmission psychosomatischer Erkrankungen stehenden bio-psycho-sozialen Wirkungsmechanismen ist heute erstaunlich weit fortgeschritten. Etwa seit der Jahrtausendwende ermöglichen es die topisch und zeitlich hochauflösenden *bildgebenden Verfahren* die psychosomatischen Folgen kindheitlicher Stressbelastungen für das Gehirn nachzuweisen. Besonders bei kindheitlich misshandelten oder vernachlässigten Erwachsenen zeigen sich nachweisbare Veränderungen in den neurofunktionellen Systemen, die für eine sozial kompetente Affektverarbeitung (z.B. präfrontaler-frontomesialer Kortex und Amygdala) und eine adäquate Begrenzung der Stressreaktion (z.B. Hippocampusformation) bedeutsam sind (McCrary et al. 2011). Mittlerweile existieren sogar Bildgebungsstudien, die bei unsicher gebundenen Müttern oder Müttern mit unbewältigten psychischen Traumata nach Darbietung kindlicher Affektsignale auf eine gehemmte Aktivierung des Bindungssystems bzw. auf eine übermäßige Aktivierung des Stress-/Angstsystems hindeuten (Lenzi et al. 2015). Die bei unsicher gebundenen oder psychisch erkrankten Müttern beobachtbare beeinträchtigte Aktivierung in neuronalen Funktionssystemen, die in Zusammenhang mit intuitiven Elternkompetenzen gebracht werden können, stellt gewissermaßen das sichtbare Korrelat einer transgenerationalen Weitergabe emotionaler Stresszustände vom elterlichen in das kindliche Gehirn dar.

Inzwischen tragen auch *neuroendokrinologische und molekulargenetische Studien* zur Gen-Umwelt-Interaktion zum Verständnis der Resilienz Erwachsener und der Varianz im Ausprägungsgrad psychosomatischer Erkrankungen angesichts erlittener Kindheitsbelastungen bei. Bei der Pufferung der potenziellen Auswirkungen kindlicher Stressbelastungen spielen bestimmte Genvarianten, die sich z.B. auf das Serotoninsystem im Gehirn auswirken, eine wichtige Rolle. Ausgehend von den Studien von Caspi et al. (2003; 2010) konnten in zahlreichen Folgeuntersuchungen Hinweise darauf gefunden werden, dass ein bestimmtes Allel (insbesondere der Genotyp s/s) des polymorph ausgeprägten Gens, welches den Serotonintransporter kodiert, mit einer verminderten Stressresistenz gegenüber kindheitlichen Belastungserfahrungen sowie einer erhöhten Anfälligkeit für psychische und emotionale Probleme assoziiert ist (Kumsta et al. 2010). Ähnliche Vulnerabilitätseffekte in Richtung einer geringer ausgeprägten Resilienz gegenüber aversiven Kindheitsbelastungen wurden auch für andere neuroendokrinologische Systeme (z.B. Oxitocin oder CRH) bzw. für unterschiedliche Allele der assoziierten Genloci beschrieben (Dannowski et al. 2016; Grabe et al. 2010; Appel et al. 2011). Die Ausprägungsvariante bestimmter, für die Funktionalität stressmodulierender neuronaler Systeme wichtiger Gene beeinflusst also durchaus über die Bereitstellung unterschiedlich funktionaler Genprodukte (z.B. den Serotonintransporter) die Fähigkeit des Organismus, sich mehr oder weniger erfolgreich und folgenreich mit kindheitlich erfahrenen aversiven Stressoren auseinanderzusetzen.

In neuerer Zeit wurde zudem gezeigt, dass nicht nur genotypisch festgeschriebene Merkmale für die Funktionalität stressmodulierender Systeme des Gehirns von Bedeutung sind. Vielmehr wirken sich Umweltbedingungen über *epigenetische Mechanismen* auf die Genexpression im reifenden Gehirn des Fetus wie des Neugeborenen aus. In Ergänzung zur *trägen* mutationsbedingten Anpassung des Organismus an sich ändernde Umweltbedingungen ermöglichen epigenetische Prozesse (DNA-Methylierung, Histonacetylierung, RNA-Interferenz) eine schnelle Anpassung an relevante Umweltreize. Die Umwelt *spricht* gewissermaßen mit den Genen und moderiert die Effektivität ihrer Expression. Umwelteinflüsse – oder die Art wie Eltern mit ihrem Kind umgehen – repräsentieren sich also transgenerational *psychosomatisch* in unterschiedlichen Entwicklungszielen des stressmodulierenden Systems im kindlichen Gehirn. Dies konnte von der Arbeitsgruppe von Meaney (Meaney et al. 1988; Liu et al. 2000) insbesondere für die Ausreifung der Hippocampusformation gezeigt werden. Die auf der Zelloberfläche hippocampaler Neuronen sehr zahlreich vorhandenen Glucocorticoidrezeptoren sind von zentraler Bedeutung für die cortisolabhängige Feedback-Hemmung des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems und damit für die Begrenzung der hormonalen Stressantwort des Organismus. Dies wiederum erleichtert eine realitätsgerechte Anpassung und eine (symptomarme) Bewältigung psychosozialer Stresssituationen im späteren Leben. Frühe sozial kompetente elterliche Betreuung führte über eine gesteigerte primäre Serotoninausschüttung im Gehirn von Rattenjungen zu einer Demethylierung der für die Expression des Glucocorticoidrezeptors (GCR) verantwortlichen Genregion (Weaver et al. 2004; Hyman 2009). Infolge dessen kam es zu einer deutlich stärkeren Ausprägung von GCR im Hippocampus, die ihrerseits eine begrenzte Stressreaktion (und kompetentes Elternverhalten gegenüber den Jungen der Folgegeneration) zur Folge hatte. Noch weiter gehende transgenerationale Zusammenhänge fanden sich auch in Humanstudien an Kindern von Müttern, die partnerschaftlicher Gewalt während ihrer Schwangerschaft ausgesetzt waren (Radtko et al. 2015). Diese Kinder zeigten im Vergleich zu jenen, deren Mütter keinen Gewalterfahrungen in der Schwangerschaft ausgesetzt waren, eine persistierende Methylierung im Bereich der Genregion, welche die Expression des für die Begrenzung der Stressreaktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse wichtigen GCR kodiert. McGowan et al. (2009) konnten in Post-mortem-Studien an hippocampalen Neuronen von Suizidenten zeigen, dass diejenigen mit kindheitlichen Belastungserfahrungen deutlich häufiger eine Methylierung des GCR-Genabschnitts (NR 3C1 Promotor) aufwiesen als diejenigen ohne derartige frühkindliche Belastungen. Das sind bedeutsame Hinweise auf eine auch beim Menschen mögliche transgenerationale epigenetisch vermittelte Programmierung von Genabschnitten, die bedeutsam für die Ausreifung des stressmodulierenden Systems und die Begrenzung der Stressantwort der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse sind. Zudem stützen diese Befunde die Ergebnisse von Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, in denen gezeigt werden konnte, dass die Hippocampusformation bei in der Kindheit misshandelten Personen weniger stark ausgeprägt ist (Vythilingam et al. 2002; Dannlowski et al. 2012). Dieser neuronale Zellverlust könnte im Zusammenhang mit einer aufgrund mangelnder hippocampaler GCR-Ausprägung nicht ausreichend supprimierbaren Stressreaktion und einem dadurch anhaltend erhöhten Cortisolspiegel stehen. Bereits kurzzeitige Cortisolexzesse können zu einem neuronalen Zelluntergang und entsprechenden Volumenverlusten in der Hippocampusformation und so zu einer weiter eskalierenden Schwächung der Begrenzung der Stressantwort führen (Starkman et al. 1992; Brown et al. 2015).

Diese und weitere über mehr als ein Jahrhundert hinweg interdisziplinär zusammengetragene Forschungsergebnisse und Erkenntnisse zeigen übereinstimmend: Frühkindlich erfahrene, adäquate Zuwendung wird psychosomatisch in speziellen Regulationssystemen des Gehirns repräsentiert und in Form seelischer Gesundheit und sozial kompetentem Verhalten transgenerational weitergegeben. Kindheitlich erfahrene Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung beeinflussen die Entwicklung des Kindes bis hinein in seine affektverarbeitenden und stressmodulierenden Gehirnsysteme und bewirken dort – in Abhängigkeit von genetischen Prädispositionen – eine lebenslang gesenkte Angst- und Stressschwelle sowie beeinträchtigte soziale und emotionale Kompetenzen in der Auseinandersetzung mit psychosozialen Konfliktsituationen und Belastungen im Erwachsenenleben. Dies erhöht das Risiko für die Entwicklung späterer Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen,

Depressionen, somatoformer Störungen und in der Folge auch Suchterkrankungen. Durch diese psychosomatischen und psychosozialen Spätfolgen früher Missbrauchs- und Vernachlässigungserfahrungen werden letztlich auch die emotionalen Fähigkeiten und die intuitiven Elternkompetenzen der Betroffenen im Erwachsenenalter beeinträchtigt – mit entsprechenden Folgen für die nächste Generation.

So besteht die transgenerationale Risikoverkettung im Sinne eines autoreplikativen psychosomatischen Störungsgeschehens über den gesamten Lebenszyklus hinweg. Unter bestimmten Umweltbedingungen ist dieser Mechanismus möglicherweise sogar sinnvoll. Wenn beispielsweise umfassende Bedrohungen und andauernde Gewalt das Überleben großer Kollektive in Frage stellen und über lange Zeiträume die vorgeburtliche Entwicklung und Kindheit vieler Individuen bestimmt, scheint es sich evolutionär bewährt zu haben, die Anpassung und das Überleben der menschlichen Spezies über eine gesteigerte Stressreagibilität, Bedrohungssensitivität und aggressive Impulsivität sowie eine herabgesetzte Empathie zu sichern.

Die allgemeine Wirksamkeit psychosozialer Prävention

Die Konsequenzen für die Prävention psychosomatischer Erkrankungen in befriedeten Zivilgesellschaften sind demzufolge eigentlich klar ersichtlich. Aufgrund der transgenerational vermittelten Erkrankungsrisiken zielt die Primärprävention psychosomatischer Erkrankungen (und deren somatischer Sekundärkomplikationen und Folgekrankheiten) auf die allgemeine Unterstützung von jungen Eltern und deren Kindern über die Förderung bindungs- und entwicklungsgerechter Lebensbedingungen in Kindheit und Jugend. Die allgemeine Reduktion psychosozialer Risikofaktoren in der Bevölkerung, welche die Entwicklung und Gesundheit von Kindern langfristig schädigen können, wird auch als universelle Prävention bezeichnet (Egle 2015). Hierzu zählen beispielsweise nicht selektiv angebotene Elternkurse zur allgemeinen Förderung elterlicher Kompetenzen oder die obligatorischen kinderärztlichen U-Untersuchungen von Kindern. Psychosoziale Sekundärprävention – oder selektive Prävention – widmet sich mittels spezieller Programme Zielgruppen, die besonderen Risiken ausgesetzt sind. Hierzu zählen z.B. junge Familien in problematischen oder benachteiligten Lebenslagen (z.B. im Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit, Migration, elterlicher Trennung, sozialer Marginalisierung, Armut, familiärer Gewalt, Suchterkrankungen), die nachweislich mit erhöhten psychosomatischen Erkrankungsrisiken der Eltern und elterlicher Überforderung mit negativen Folgen für die seelische und gesundheitliche Entwicklung der mitbetroffenen Kinder assoziiert sind (Cierpka 2009). Die tertiäre – oder indizierte – psychosoziale Prävention erstreckt sich auf die, z.B. psychotherapeutische, Behandlung psychosomatisch bereits erkrankter Eltern und Kinder, nicht nur um akute Krankheitszustände zu verbessern, sondern auch, um Rückfällen und irreversiblen Folgeschäden vorzubeugen.

Etwa bei 15 – 20 % aller Kinder und Jugendlichen bestehen ernsthaftere Verhaltens- oder Gesundheitsprobleme (Hölling et al. 2008; Ravens-Sieberer et al. 2008). Von zentraler Bedeutung für die Vorbeugung kindlicher Verhaltensauffälligkeiten, emotionaler Entwicklungsstörungen und späterer Gesundheitsrisiken ist die Förderung der Entwicklung eines sicheren Bindungsmusters des Kindes. Hierfür sind die elterliche Feinfühligkeit (De Wolff und van Ijzendoorn 1997), ein affektiv resonantes und kontingentes Elternverhalten dem Kind gegenüber (Beebe et al. 2010), mütterlich identifizierte Zugewandtheit (*maternal mind-mindedness*; Meins et al. 2001, S. 138) und empathisch spiegelnde Deutungsbereitschaft in Bezug auf die intentionalen Affektsignale des Kindes (*reflective function*; Slade 2005) von großer Bedeutung. Ein unsicheres oder desorganisiertes Bindungsmuster von Seiten der Eltern oder psychosoziale Belastungen, denen sie ausgesetzt sind, können zu einer Einschränkung ihrer elterlichen Kompetenzen beitragen. Die hierdurch beeinträchtigte Affekt- und Stressregulation des Kindes kann dann die Ausbildung eines sicheren Bindungsmusters und eines positiven Selbstbildes des Kindes beeinträchtigen und zu emotionalen sowie gesundheitlichen Problemen führen. Deshalb erscheinen auf die Stärkung von Kindern und elterlichen Kompetenzen

abzielende Elterntrainings grundsätzlich sinnvoll (Fonagy 1998). Für die Sinnhaftigkeit und Gültigkeit dieser Forderung besteht auch eine ausreichende empirische Evidenz (Yap et al. 2016).

Ausgehend von den Hinweisen auf die Effektivität familienbezogener Elterntrainings in Bezug auf die primäre Prävention emotionaler Probleme und Verhaltensauffälligkeiten bei Kleinkindern und Kindern im Vorschulalter untersuchten Barlow et al. (2016) im Rahmen einer Cochrane-Metaanalyse die Wirksamkeit entsprechender gruppenbasierter Elterntrainings. Dabei berücksichtigten sie 24 methodisch gut kontrollierte internationale Studien (RCTs), welche die Zielkriterien anhand standardisierter Instrumenten erfassten. Es handelte sich um verhaltenszentrierte, kognitiv-behaviorale oder videogestützte Gruppenprogramme zur Förderung von Elternkompetenzen für Eltern von Kindern bis zu einem Alter von knapp vier Jahren. Eine generelle Wirksamkeit der untersuchten Elterntrainings auf die emotionale oder Verhaltensentwicklung von Kindern konnten die Autoren belegen (SMD = -0.81 CI95 (-1.37) - (-0.25)), wenngleich nicht mit qualitativ überzeugender Evidenz. Moderate positive Effekte zeigten sich in Bezug auf externalisierendes Problemverhalten, Hyperaktivität-Aufmerksamkeitsstörungen, soziale Fähigkeiten der Kinder und eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion. Ähnlich ausgeprägte positive Effekte von Elterntrainings wurden auch für ältere Kinder beschrieben (Lundahl et al. 2006; Dretzke et al 2009; Furlong et al. 2012).

Eine aktuelle, methodisch anspruchsvolle Metaanalyse der deutschsprachigen Wirksamkeitsforschung zur allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen in Kitas und Schulen ergab auf der Basis von 146 Publikationen bis 2010 mit 173 Interventions-Kontrollgruppen-Vergleichen eine mittlere gewichtete Gesamteffektstärke von $d = 0.24$ (Beelmann et al. 2014). Die erreichten Effektstärken differierten allerdings in Abhängigkeit von unterschiedlichen Erfolgsmaßen.

Relativ höhere Interventionseffekte ergaben sich für

- kognitive (Wissensvermittlung) im Ggs. zu gesundheitsbezogenen Zielmaßen (Gesundheitsverhalten),
- zielgruppenspezifisch konzipierte Interventionen im Vergleich zu universell ausgelegten,
- Programme der Frühförderung von Risikogruppen im Ggs. zu Suchtpräventionsprogrammen,
- die Programmdurchführung in Kitas (erfolgreichstes Setting),
- Elterntrainings hinsichtlich familienbezogener Erfolgsmaße,
- den Altersbereich bis sechs Jahren,
- die Durchführung und Evaluation des Programms durch dessen Entwickler,
- inhaltlich programmadaquate (*proximale*) Zielmaße,
- Effektstärkenmessung auf der Grundlage von Interviews im Gegensatz zu Fragebögen,
- Evaluationsstudien mit geringem Stichprobenumfang.

Die zeitliche Intensität eines Programms beeinflusste die Wirksamkeit bemerkenswerterweise nicht. Geringe und nicht signifikante Effektstärken erzielten Entspannungsverfahren, Multikomponentenprogramme sowie peer-administrierte Programme. Bezüglich der längerfristigen Wirkung von Präventionsprogrammen liegen nur einzelne aussagekräftige Follow-up-Studien aus dem deutschsprachigen Raum vor, die allerdings substanzielle Langzeiteffekte belegen.

Kaminski et al. (2008) stellten auf der Basis einer weiteren Metaanalyse mögliche Erfolgsprädiktoren von Elterntrainings zusammen (Vgl. Petermann et al. 2010). Insbesondere die Förderung der

- Elternkompetenzen möglichst vor der Einschulung des Kindes,
- positiven Interaktion der Eltern mit ihrem Kind,
- emotionalen Kommunikation mit dem Kind,
- Konsistenz des elterlichen Erziehungsverhaltens,
- Erziehungsfertigkeiten durch alltagsnahes Einüben mit dem Kind

sind für den Erfolg eines Elterntrainings bedeutsam. Insgesamt zeichnet sich eine positive Wirksamkeit psychosozialer Präventionsprogramme auf unterschiedliche emotionale, Verhaltens- und Entwicklungsparameter von Kindern und Jugendlichen ab. Für die weitere Forschung zur Wirksamkeit

primärpräventiver Programme sind angesichts der aktuellen Befundlage unabhängige Replikationsstudien erfolgreicher Programme gefordert, die settingspezifische, kulturelle und administrative Besonderheiten berücksichtigen. Darüberhinaus sollte in künftigen Studien eine differenziertere Analyse von Erfolgsprädiktoren und Outcome-Maßen inhaltlich unterschiedlicher Konzepte (verhaltensorientierte, bindungsorientierte Interventionen) erfolgen. Schließlich fehlen Langzeitstudien zur Abschätzung des Effektes von primärpräventiven Elterntrainings auf die gesundheitliche und seelische Entwicklung der Kinder über den Lebenszyklus hinweg.

Volkswirtschaftliche Bedeutung psychosozialer Prävention

Die hohen volkswirtschaftlichen Kosten (direkte und indirekte medizinische Behandlungskosten, Krankschreibungen, Frühberentungen), die im Zusammenhang mit kindheitlich erlittenen aversiven Stressbelastungen, Deprivation und Traumatisierungen stehen und häufig von somatischen Folgeerkrankungen (z.B. COPD, kardiovaskuläre Erkrankungen, Lebererkrankungen) begleitet werden, sind belegt (Felliti et al. 1998; Fang et al. 2012; Thielen et al. 2016). Einige Langzeitstudien erlauben heute Aussagen zur langfristigen Wirksamkeit psychosozialer Präventionsprogramme hinsichtlich gesundheitlicher und volkswirtschaftlicher Aspekte. Eine eindrucksvolle, jedoch weithin unbekanntes Langzeituntersuchung läuft seit über 50 Jahren ausgehend von der US-amerikanischen Stadt Ypsilanti. 1962 initiierte dort David Weikart das sog. Perry Preschool Project (Weikart et al. 1964; Weikart 1975; Schweinhart und Weikart 1999). Insgesamt 123 Vorschulkinder aus Familien in psychosozialen Hochrisikokonstellationen wurden randomisiert einer Interventions- bzw. einer Kontrollgruppe zugeteilt. Die Intervention bestand in elterlicher Unterstützung durch akademisch qualifizierte und gut bezahlte ErzieherInnen. Die Kinder der Interventionsgruppe wurden auf der Basis eines entwicklungspsychologischen Konzeptes in Kleingruppen fünf Tage in der Woche jeweils 2,5 Stunden täglich über zwei Jahre hinweg in unterschiedlich strukturierten Projektbereichen intensiv zu eigeninitiativem Planen, Spielen und Reflektieren angeregt und dabei begleitet. Die ErzieherInnen besuchten die Eltern der Interventionsgruppe – darunter zahlreiche Alleinerziehende – einmal in der Woche zu Hause für 1,5 Stunden, berieten die Eltern und ermutigten sie in ihren elterlichen Fähigkeiten unter Alltagsbedingungen. Zusätzlich erhielten die beteiligten ErzieherInnen externe Supervision. Die Effekte der Intervention wurden in mehreren Follow-up-Untersuchungen über Jahrzehnte hinweg wiederholt sorgfältig dokumentiert und evaluiert (z.B. Schweinhart und Weikart 1997). Bereits im Schulalter waren die Kinder der Interventionsgruppe motivierter und erfolgreicher als die Kinder der Kontrollgruppe, später als Erwachsene im Alter von etwa 40 Jahren deutlich seltener kriminell oder drogenabhängig. Sie wiesen die höheren Schulabschlüsse und ein höheres Einkommen auf und besaßen dreimal häufiger Wohneigentum. Die Frauen waren häufiger verheiratet und seltener alleinerziehend als die ehemaligen Kinder der Kontrollgruppe. Die letzte Evaluation der volkswirtschaftlichen Rendite dieser primärpräventiven Frühintervention wurde von dem Mathematiker und Wirtschaftsnobelpreisträger James Heckman und seiner Arbeitsgruppe durchgeführt (Heckman et al. 2010; Garcia et al. 2016). Wiederum zeigten sich nachhaltige positive Langzeiteffekte in der Interventionsgruppe hinsichtlich des Gesundheitsstatus, der Lebensqualität und der Bildung. Volkswirtschaftlich besonders bedeutsam waren eine deutliche Erhöhung der von den späteren Müttern erzielten Einkommen sowie die deutliche Reduktion der Kriminalitätsrate bei den Männern.

Insgesamt löste das Programm durch seine Effekte auf unterschiedlichen Ebenen eine volkswirtschaftliche Gesamtrendite von jährlich 13 % aus, seine Nutzen-Kosten-Relation war mit 6,3 eindrucksvoll hoch. Die Autoren folgern, dass angesichts dieser Positiveffekte eine mit öffentlichen Mitteln finanzierte Primärprävention sinnvoll sei.

Eine Langzeitstudie zu den Effekten psychosozialer Prävention von Jugendkriminalität legten Forgatch et al. vor (2009). Diese Studie überprüfte die Langzeitwirksamkeit eines sekundär präventiven, zielgruppenspezifischen Elterntrainings für alleinerziehende Mütter mit Söhnen im Alter von acht Jahren. Hintergrund war die mit einer konflikthaften elterlichen Trennung häufig verbundene Risikoverkettung von Armut, Einsamkeit, Demoralisierung, mütterlicher Depression, Fehlen des Vaters,

eingeschränkten elterlichen Kompetenzen, externalisierendem Problemverhalten von Jungen, Kontakten zu dissozialen Peers und schließlich überdurchschnittlich häufig resultierender Delinquenz von Kindern und Jugendlichen aus Trennungsfamilien. 238 alleinerziehende Mütter wurden in eine Interventionsgruppe (N=153) und eine Kontrollgruppe (N=85) randomisiert. Die Mütter der Interventionsgruppe erhielten ein Elternttraining, das über 14 Gruppensitzungen hinweg elterliche Kompetenzen wie positive elterliche Präsenz, ermutigender und nicht sanktionierender Erziehungsstil, Unterstützung bei der Problemlösung etc. förderte. Das in der Interventionsgruppe verbesserte mütterliche Elternverhalten war noch neun Jahre später mit einem deutlichem Rückgang der Delinquenz und Arrestierungsrate der Söhne in der Interventionsgruppe assoziiert. Eindrucksvoll an dieser Studie ist der starke, mit hohem gesellschaftlichen Benefit verbundene Langzeiteffekt einer relativ wenig umfangreichen Intervention in einer allerdings hochkritischen, vulnerablen Familienkonstellation.

Psychosoziale Prävention im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ist in Deutschland auch ein gesetzlich verankertes normatives Element kommunaler Daseinsfürsorge (z.B. KJHG § 1, § 13, § 14, SGB VIII § 1). Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang das *Dormagener Modell* (Hilgers 2013). Die Stadt Dormagen vollzog 2005 eine strategische Grundsatzentscheidung für einen primärpräventiven Generalansatz im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe. Durch den damaligen Bürgermeister Heinz Hilgers wurden anschließend in einer langfristig angelegten gemeinsamen Aktion die Angebote und Kompetenzen relevanter kommunale Akteure (Ämter, Kitas, Schulen, Gesundheitswesen, Ehrenamtliche) im Sinne einer Präventionskette zusammengeführt. Diese konkretisiert sich auf den Handlungsfeldern *Dialog und fachlicher Austausch, Bildung, Präventionskette* und *Gesundheitsförderung* (Eichin und Fröhlich-Gildhoff 2013). Es handelt sich bei der Präventionskette um eine gestuftes, der Altersgruppe angepasstes Interventionsspektrum mit aktiver, nicht stigmatisierender Kontaktaufnahme in der kommunalen Regelversorgung (Trzeszkowski 2008). Die Angebote richten sich bereits an werdende Mütter und umfassen Hilfen von der Geburt bis zum dritten Lebensjahr des Kindes, Hilfen im Kindergartenalter (Primärprävention und Angebote für besonders belastete Zielgruppen) und Hilfen ab dem sechsten Lebensjahr. Die aufeinander abgestimmten Interventionen und Angebote zahlen sich mittlerweile auch ökonomisch aus. Bereits zwei Jahre nach Etablierung der Präventionskette wies Dormagen die niedrigsten kommunalen Kosten pro Hilfefall im Bereich der frühen Familienhilfen in NRW auf. Dies war begründet in der drastischen Rücksteuerung teurer stationärer *End-of-pipe*-Hilfen (Heimplätze, Pflegefamilien) zugunsten der Ausweitung von Präventionsangeboten im ambulanten Bereich.

Insgesamt liegen heute also durchaus belastbare Hinweise auch auf die volkswirtschaftliche Rentabilität psychosozialer Prävention vor und es stellt sich damit die Frage nach einer öffentlichen Finanzierung entsprechend effektiver Angebote.

Beispiele für erfolgreiche Präventionsprogramme

Psychosoziale Präventionsprogramme sind hinsichtlich bestimmter Qualitäts- und Erfolgskriterien kategorisierbar. Erfolgreiche Interventionen

- adressieren die spezifische Bedarfslage einer besonders belasteten Zielgruppe in einem Setting, das größtmögliche Erreichbarkeit ermöglicht,
- basieren unter Berücksichtigung wissenschaftlicher Befunde auf einer theoretisch-konzeptionellen Grundlage,
- sind in ihrer positiven Wirksamkeit mittels valider, standardisierter Erfolgskriterien in einer randomisierten, kontrollierten Studie wissenschaftlich evaluiert,
- besitzen eine nachhaltige Wirksamkeit, die in Langzeituntersuchungen nachgewiesen wurde,
- liegen als standardisierte Intervention vor (Manualisierung, strukturierte Multiplikatorenschulung),
- tragen zu einer Professionalisierung der Multiplikatoren bei (Verhältnisprävention),
- sind einer fortlaufenden Qualitätssicherung und Evaluation unterworfen,
- sind gemeinnützig, mit möglichst geringen Kosten verbunden und für die Zielgruppe kostenfrei,

- sind skalierbar und in unterschiedlichen Settings zu implementieren,
- werden auf gesetzlicher Grundlage von Kostenträgern finanziert.

Petermann und Petermann (2011) nennen weitere Prinzipien qualitativ guter Präventionsprogramme für Kinder. Diese treffen offensichtlich sowohl auf die Präventionsprogramme für Kinder allgemein als auch auf die Elterntrainings zu:

- Durchführung in einem natürlichen Umfeld, um die Inhalte maximal übertragbar zu machen,
- Wahl eines optimalen Interventionszeitpunkts im Entwicklungsverlauf eines Kindes, zu welchem die höchsten Effekte erzielbar sind,
- ein alters- und entwicklungsangemessenes, wiederholbares Angebot der Programminhalte.

Welche Präventionsprogramme können in Deutschland empfohlen werden?

In Deutschland existiert ein internetgestütztes Portal (www.gruene-liste.de), das vom niedersächsischen Präventionsrat getragen wird und einen Überblick über psychosoziale Präventionsprogramme bietet. Die Programme sind je nach vorliegender Evaluationsgüte in unterschiedliche Evidenzkategorien eingeteilt. Der Landespräventionsrat Niedersachsen in Kooperation mit der Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Soziale Brennpunkte Niedersachsen e. V. setzt somit die in den USA entwickelte Arbeitsmethode *Communities That Care* in Deutschland um.

Die *Grüne Liste Prävention* verfolgt das Ziel, die Verbreitung wissenschaftlich geprüfter Präventionsprogramme zu fördern. Sie erfasst in deutscher Sprache verfügbare, manualisierte und als erfolgreich oder erfolgversprechend eingestufte Präventionsprogramme für verschiedene Altersgruppen, Einsatzfelder, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Problemverhaltensweisen. Die *Grüne Liste Prävention* hat mittlerweile einen referenziellen Status für die landes- und bundesweite Planung und Umsetzung von Präventionsprogrammen in Deutschland.

Um in diese Auflistung aufgenommen zu werden, müssen Programmentwickler die Wirksamkeit ihres Programms auf Basis nachvollziehbarer Kriterien nachweisen. Hierfür soll das Programm

- psychosoziale Risikofaktoren reduzieren oder Schutzfaktoren fördern,
- auf einer replizierbaren Intervention beruhen,
- auf ein messbares Ziel hin orientiert sein,
- für die Teilnehmer zeitlich begrenzt sein,
- auf Dauer angeboten werden,
- die Teilnahme der Zielgruppe vor dem Eintritt des angezielten Problemverhaltens ermöglichen,
- durch mindestens eine wissenschaftliche Studie aus dem deutschsprachigen Raum evaluiert sein
- und in Deutschland implementierbar sein.

Die Programme sind je nach vorliegender Evaluationsgüte in unterschiedliche Evidenzklassen eingeteilt. Empfohlen werden in der Datenbank Programme der Evidenzklassen 1–3. Diese Programme sind theoretisch fundiert, durch plausible Methoden und messbare Ziele definiert, sofort umsetzbar und mindestens einmal mit einem (überwiegend) positiven Ergebnis evaluiert. Ist einer der drei Punkte (Konzept, Umsetzung, Evaluation) nicht erfüllt, wird das Programm in die Kategorie *Auf der Schwelle* eingeordnet. *Keine Aufnahme* erfolgt, wenn das Wirksamkeitsmodell und die Methoden nicht ausreichend theoretisch begründet sind und der logische Zusammenhang der einzelnen Komponenten des Programms nicht erkennbar ist.

Zur niedrigsten Evidenzklasse 1 gehören Programme, deren Effektivität theoretisch gut begründet ist und mindestens in einer Evaluationsstudie mit überwiegend positivem Ergebnis evaluiert wurden (z.B. reine Teilnehmer-Zufriedenheits-Messung, Vorher-Nachher-Design ohne Kontrollgruppe, Zielerreichungs-Messung oder Qualitätssicherungs-Studie). In Evidenzklasse 2 werden Programme aufgenommen, deren Effektivität wahrscheinlich ist. Evidenzklasse 3 bezeichnet Programme, deren

Effektivität nachgewiesen wurde (z.B. Stichprobengröße über 50, mindestens ein groß angelegtes Feldexperiment im deutschsprachigen Raum, RCT- Design oder quasi-experimentelle Studie mit Follow-up nach mindestens 6 Monaten).

Aber auch außerhalb der Kategorie der bestuntersuchten und nachweislich wirksamen Präventionsprogramme der Grünen Liste existieren interessante und originelle Interventionsprogramme wie Faustlos (Schick und Cierpka 2003), ein Programm zur Vorbeugung von gewalttätigem Verhalten von Schulkindern, oder das Elterntaining Starke Eltern – starke Kinder (Honkanen-Schoberth 2014). Auch die bindungsfördernden Elternprogramme SAFE und BASE von Brisch seien hier erwähnt (Brisch 2008)

Die Wirksamkeit der folgenden Auswahl manualisierter Präventionsprogramme ist mittels randomisierter kontrollierter Studien geprüft worden. Diese Programme erfüllen zum größten Teil die Qualitätskriterien psychosozialer Interventionen auf dem Level Evidenzklasse 3 der *Grünen Liste Prävention*.

Balu und Du

Dieses Programm wurde für Kinder im Grundschulalter entwickelt und dient der Förderung und Stärkung des kindlichen Sozialverhaltens (Müller-Kohlenberg und Schlüter 2010). Es beugt antisozialen Problemverhalten vor und festigt moralische Werte. Das Programm bietet den Kindern die Möglichkeit, sich durch den Kontakt zu einem Paten auch im außerschulischen Bereich und neben der Familie zu entfalten und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. In einem Online-Tagebuch und in den Gruppentreffen verarbeiten die Kinder die gelernten Inhalte und gesammelten Erfahrungen. Eine Evaluation des Programms zeigte einen signifikanten Anstieg der Prosozialität der teilnehmenden Kinder.

EFFEKT

EFFEKT spricht Eltern von Kindern im Alter von 3–10 Jahren und Kinder im Alter von 3–7 Jahren an (Lösel et al. 2006). Das Ziel des Programms ist die Förderung elterlicher Erziehungskompetenzen und sozialer Kompetenzen der Kinder. Das Programm liegt in verschiedenen Modifikationen für Grundschul Kinder, emotional belastete Eltern und Familien mit Migrationshintergrund sowie als Online-Kurs vor. Den Eltern werden Vorträge, Gruppendiskussionen, und Rollenspiele angeboten, die Kinder mit Bildvorlagen, Bewegungsspielen und Rollenspielen angeleitet. In der Evaluationsstudie wurden positive Effekte u.a. auf prosoziales Verhalten, Hyperaktivität, Aggression und Delinquenz mit sehr starker Beweiskraft belegt.

Fairplayer.manual

Dieses Programm ist für Schüler der 7.–9. Klasse gedacht und bezweckt die Prävention von Mobbing und Schulgewalt (Scheithauer und Bull 2010). Die Förderung von sozialen Kompetenzen und Zivilcourage steht im Vordergrund. Mit Hilfe von kognitiv-behavioralen Methoden (Modelllernen, soziale Verstärker), Rollenspielen und Wissensvermittlung werden Empathie und Perspektivenübernahme der Schüler gefördert. Sie erwerben sozial-emotionale Kompetenzen wie Toleranz, Sensibilität und gewaltfreies Konfliktmanagement. Diese Maßnahme wird unterrichtsbegleitet angeboten. In einer Studie wurden soziale Intelligenz, Empathie, Perspektivenübernahme, sozio-moralische Reflektion, Bullying und Aggression in Bezug auf die Wirksamkeit des Programms evaluiert. Die höchsten Effekte zeigten sich bei der relationalen Aggression und Bullying.

Familien stärken

Sucht- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen stehen im Fokus dieser Intervention (Stappenbeck et al. 2013). Kindern und Jugendlichen im Alter von 10–14 Jahren und deren Eltern werden Fertigkeiten und Kenntnisse für ein harmonisches Familienleben vermittelt. Hierzu werden Erziehungskompetenzen der Eltern und allgemeine Lebenskompetenzen der Kinder gestärkt. Es finden sowohl getrennte Kurseinheiten für Eltern und Kinder als auch ein kombiniertes Eltern-Kind-Training

statt. Zu den Methoden zählen Videomaterial und darauf aufbauende interaktive Rollenspiele. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass Kinder und Jugendliche, die mit ihren Familien an dem Programm teilnehmen, besser in der Schule zurechtkommen und seltener Tabak, Alkohol oder illegale Drogen konsumieren. Die teilnehmenden Eltern berichten über verbesserte Erziehungskompetenzen und ein harmonischeres Miteinander in der Familie.

KlasseKinderSpiel

Dieses Programm setzt lerntheoretische Methoden ein mit dem Ziel, Grund- und Förderschüler verschiedener Altersgruppen hinsichtlich ihres Arbeits- und Sozialverhaltens zu fördern (Kellam et al. 2008). In einem Klassenspiel basierend auf einem Punktebelohnungssystem üben die Kinder ihre Aufmerksamkeit im Unterricht, verbessern ihre Selbstkontrolle, steigern ihre Motivation und ihr Erfolgserleben. Eine Evaluation mit sehr starker Beweiskraft zeigte signifikante Verbesserungen der sozial-emotionalen Kompetenz, des prosozialen Lern- und Arbeitsverhaltens sowie eine Reduktion problematischer Verhaltensweisen.

MEDIENHELDEN

Ziel dieser Gruppenintervention ist die Vorbeugung von Cybermobbing und die Förderung von Medienkompetenzen im Schulkontext (Jäkel et al. 2012). Schüler der Sekundarstufe I werden mithilfe von Informationsvermittlung und Aufklärung, Filmvorführungen und strukturierte Rollenspielen dabei unterstützt, ein prosoziales Medienverhalten zu entwickeln. Das Programm bewirkt eine signifikante Reduktion des Cyberbullying-Verhaltens, steigert soziale Kompetenzen und trägt zur subjektiven Gesundheit bei.

PEP

PEP wurde zur Prävention von kindlich-expansivem Problemverhalten, insbesondere von oppositionellen und hyperkinetischen Verhaltensauffälligkeiten entwickelt (Hanisch et al. 2010). Zur Zielgruppe gehören Eltern und Erzieher von Kindern im Alter von 3–6 und Schulkinder bis zum Alter von 10 Jahren, die frühe Anzeichen von ADHS zeigen. Während des Trainings werden positive und konstruktive Eltern/Erzieher-Kind-Interaktionen gestärkt. Das Gruppentraining liegt in zwei Versionen für Eltern und Erzieher vor. Das Programm führt zu einer Verminderung der externalisierenden Verhaltensweisen bei Kindern, Verbesserung des Erziehungsstils und Steigerung der elterlichen Zuwendung. Im Gegensatz zu den anderen Präventionsprogrammen ist dieses Programms für die Teilnehmer kostenpflichtig.

Trampolin

Diese Präventionsmaßnahme unterstützt Kinder im Alter von 7–13 Jahren aus suchtbelasteten Familien bei der Entwicklung effektiver Stressbewältigungsstrategien (Mösgen et al. 2012). Es zielt auf eine Stabilisierung des kindlichen Selbstwertgefühls, eine Verminderung psychischer Belastungen und fördert eine kritische Einstellung zu Suchtmitteln. Die verschiedenen Module setzen sich aus Gesprächen, Rollenspielen, Phantasiereisen, Entspannungsübungen, Bewegungs-, Interaktions- und Kommunikationsspielen, Malangeboten und Erzählungen zusammen. Die Eltern werden für die Bedürfnisse ihrer Kinder sensibilisiert und in einer ablehnenden Haltung Suchtmitteln gegenüber gestärkt. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen eine verbesserte Emotionsregulation, einen Wissenszuwachs sowie eine bedeutsame psychische Entlastung.

Triple P (0-12)

Dieses stark lerntheoretisch ausgerichtete Programm wird Eltern von Kindern bis 12 Jahren auch in Deutschland angeboten (Heinrichs et al. 2006). Es basiert auf den Arbeiten von Sanders an der University of Queensland in Brisbane, Australien. Es soll die elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenz insbesondere im Umgang mit kritischen Situationen fördern, den elterlichen Stress reduzieren und Gewalt gegenüber Kindern vorbeugen. Die Gespräche, Beratungs- und Trainingsangebote für Eltern liegen in drei Formaten vor: als Einzelkontakt, als Gruppenkontakt und als Selbstlernangebot. Mehrere Evaluationen der Wirksamkeit des Programms zeigten mit einer sehr

starken Beweiskraft eine Verbesserung des elterlichen Erziehungsverhaltens und einen Rückgang des Problemverhaltens der Kinder. Das Programm wurde allerdings aufgrund seiner teilweise sanktionierenden oder unempathisch erscheinenden Verhaltensvorschläge sowie seiner methodischen Rigidität auch im Umgang mit Babys und Kleinkindern kritisiert (Deegener und Hurrelmann 2002).

Unplugged

Unplugged wird zur Prävention des Konsums und Missbrauchs legaler und illegaler Substanzen bei Jugendlichen im Alter von 12–14 Jahren durchgeführt und ist bereits in 11 europäischen Ländern erfolgreich implementiert (Faggiano et al. 2007). Während der Gruppensitzungen erhalten die Jugendlichen Informationen über verschiedene Suchtmittel ergänzt durch die Vermittlung einer kritischen Sicht auf den Substanzkonsum. Übungen zur Förderung von Problemlösestrategien, Kommunikationsfertigkeiten und Emotionskontrolle sollen dazu beitragen, eine ablehnende Haltung dem Substanzkonsum gegenüber zu entwickeln und eine bewusste Wahl einer gesunden Lebensweise einzuleiten. Die Inhalte werden in Form von Präsentationen, Vertragsmanagement, Gruppenarbeit, häuslichen Übungen, Rollenspielen, Diskussionen im Plenum, Spiel, Quiz und Feedback mit den Jugendlichen umgesetzt. Das Programm zeigt positive Effekte bezüglich der Verringerung des Erstkontaktes mit psychotropen Substanzen und einen deutlichen Rückgang des Alkohol-, Tabak- und Cannabiskonsums. Es zeigt sich insgesamt eine bessere Wirkung bei Jungen als bei Mädchen und eher auf Alkohol- und Cannabiskonsum als auf Tabakkonsum.

wir2 Bindungstraining

Das manualisierte Gruppenprogramm wurde zunächst für psychosozial belastete alleinerziehende Mütter von Kindern im Vor- und Grundschulalter entwickelt (Franz 2014). Im Vordergrund dieses bindungstheoretisch fundierten Programms stehen die Förderung elterlicher Kompetenzen und Feinfühligkeit sowie der Bindungssicherheit zwischen Mutter und Kind und die Reduktion von psychischen Belastungen bei Eltern und Kindern. Anhand dieses Programms soll im Folgenden exemplarisch der typische versorgungswissenschaftliche Entwicklungszyklus vom epidemiologischen Risikobefund bis hin zur Intervention dargestellt werden.

Vom epidemiologischen Risikobefund zum Programm: Der Entwicklungszyklus eines psychosozialen Präventionsprogramms am Beispiel von wir2

Die Entwicklung und Umsetzung nachhaltiger und strukturwirksamer Programme für die Prävention psychosozialer Gesundheitsrisiken können und sollen aufgrund des vorhandenen rechtlichen Rahmens vor allem innerhalb kommunaler Settings erfolgen. Das Programm *wir2* wurde konsequent entlang der vorab dargestellten Kriterien entwickelt (z.B. theoriegeleitetes Handlungskonzept, Alleinerziehende und ihre Kinder als besonders belastete und benachteiligte Zielgruppe mit nachgewiesenen hohen Gesundheitsrisiken, Nutzung vorhandener kommunaler Strukturen wie Kindertagesstätten und Gesundheitsämter, operationalisierte Zieldefinition, Manualisierung, Schulungskonzept für Multiplikatoren, RCT-Studie, 12-Monats-Katamnese, evaluierte und nachhaltige Effekte, Qualitätssicherung, Gemeinnützigkeit). Es soll deshalb anhand dieser Gruppenintervention der versorgungswissenschaftliche Entwicklungszyklus eines psychosozialen Präventionsprogrammes vom epidemiologischen Risikobefund bis zur Implementierung in die institutionelle Versorgungswirklichkeit exemplarisch dargestellt werden.

Ausgehend von der großen Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung (Sarkadi et al. 2008) und den Langzeitauswirkungen seines Fehlens (Franz et al. 1999; Franz et al. 2007; Franz 2013), liegt angesichts der Zunahme von Einelternfamilien in der Bevölkerung die Frage nach den Auswirkungen der heutigen, zumeist trennungsbedingten Vaterlosigkeit nahe. Der Anteil Alleinerziehender an allen Familien mit minderjährigen Kindern ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen und liegt in Deutschland mittlerweile bei über 20,3 %. Das entspricht über 1,6 Millionen Alleinerziehenden mit Kind(ern) unter 18 Jahren (Statistisches Bundesamt 2015). Mehr als jedes sechste minderjährige Kind

(2,3 Millionen) wächst bei nur einem Elternteil auf (Statistisches Bundesamt 2015), in neun von zehn Fällen bei der Mutter, wobei in Ostdeutschland inzwischen fast jedes vierte Kind bei einem alleinerziehenden Elternteil lebt und in Westdeutschland fast jedes sechste (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] 2012).

Zahlreiche nationale und internationale Studien belegen seit Langem konstant und übereinstimmend eine ökonomische (Lenze 2014) und gesundheitliche (Ringbäck Weitoft et al. 2003; Calmbach et al. 2014) Benachteiligung Alleinerziehender sowie eine überdurchschnittlich hohe psychische Belastung. Dies konnte bereits im Rahmen der Düsseldorfer Alleinerziehendenstudie nachgewiesen werden (Franz et al. 2003). Darüber hinaus sind alleinerziehende Mütter im Vergleich zu Müttern in Paarfamilien häufiger durch weitere Belastungen wie Vollzeitarbeit, Zukunftsängste, Einsamkeit, die partnerschaftliche Konfliktsituation sowie damit verbundenen Schuldgefühle und die alleinige Verantwortung im Alltag belastet (Helfferich et al. 2003).

Vor dem Hintergrund dieser komplexen und etwa bei der Hälfte der alleinerziehenden Mütter jahrelang anhaltenden Belastungskonstellation (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ], 2012) bestehen in dieser Gruppe erhöhte Prävalenzraten für chronische somatische und psychosomatische Erkrankungen, Schmerzen, Befindlichkeitsstörungen und psychische Störungen (Helfferich et al. 2003; Burstrom et al. 2010; Calmbach et al. 2014; Sperlich et al. 2011; Sperlich 2014). Vor allem Depressionen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch treten bei alleinerziehenden Müttern zwei- bis dreimal so häufig auf wie bei Müttern in Partnerschaften (Helfferich et al. 2003; Cook et al. 2009; Cairney et al. 2003; Wade et al. 2011; Loxton et al. 2006). Das bestätigen auch die Ergebnisse der AOK-Familienstudie 2014 (Calmbach et al. 2014), einer Repräsentativbefragung von Eltern mit Kindern von 4 bis 14 Jahren in Deutschland. Nach Auswertung der Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) von 2008 waren nur 49 % der befragten Mütter mit ihrer gegenwärtigen Lebenssituation zufrieden im Vergleich zu 75 % der Mütter in Partnerschaften (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ] 2012).

Auch Kinder und Jugendliche aus Einelternfamilien zeigen z.T. bis ins Erwachsenenalter hinein häufiger Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit sowie ihrer sozialen und kognitiven Entwicklung als Kinder aus Zweielternfamilien (Ringbäck Weitoft et al. 2003; Franz 2005). Es bestehen bei Kindern aus Trennungsfamilien, die bei nur einem Elternteil aufwachsen, häufiger emotionale oder Verhaltensprobleme (Franz et al. 2003; Hagen et al. 2007; Rasmussen et al. 2014). Diese Kinder sind zudem häufiger chronisch krank (Victorino et al. 2009; Scharte et al. 2013; Rattay et al. 2014) und weisen häufiger Übergewicht auf (Hagen et al. 2007). Auch Schulprobleme (McLanahan 1999; Amato 2005; Hagen et al. 2007), delinquentes Verhalten (Sarkadi et al. 2008; Burt et al. 2008; Walser et al. 2009) und erhöhter Alkohol- und Nikotinkonsum (Bjarnasson et al. 2003; Kristjansson et al. 2009) treten bei Kindern aus Einelternfamilien häufiger auf. Ebenso steigt das Risiko, eine psychische Störung zu entwickeln (Kim et al. 2005). Selbst als Erwachsene leiden ehemalige Trennungskinder aus konfliktbelasteten Familien häufiger unter psychischen Störungen wie Depressionen oder Substanzmissbrauch (Gilman et al. 2003; Afifi et al. 2009; Sadowski et al. 1999; Thompson et al. 2008). Außerdem sind sie häufiger arbeitslos (Huurre et al. 2006), haben eine geringere Lebenszufriedenheit (Wallerstein et al. 2002), mehr Beziehungskonflikte (Wallerstein et al. 2002) und ein höheres eigenes Scheidungsrisiko (Amato und DeBoer. 2001; Huurre et al. 2006). Einige Studien weisen nicht nur auf eine schlechtere physische Gesundheit (Nunes-Costa et al. 2009) sondern sogar auf ein höheres Mortalitätsrisiko hin, insbesondere aufgrund kardiovaskulärer Erkrankungen (Larson et al. 2013), bzw. Nikotinkonsum (Martin et al. 2005; Thomas et al. 2015), als Folge der Erfahrung einer elterlichen Trennung/Scheidung in der Kindheit. Dabei zeigt sich, dass das Ausmaß familiärer Gewalt und Konflikte, bzw. die elterliche Überforderung sowie eingeschränkte Elternkompetenzen, das kindliche Risiko für psychische Beeinträchtigungen und Problemverhalten bis ins spätere Erwachsenenleben maßgeblich beeinflussen können (Gilman et al. 2003; Demuth et al. 2004).

Diese Zusammenhänge zwischen konflikthafter elterlicher Trennung und langfristig erhöhten psychosozialen und gesundheitlichen Risiken sowohl für die betroffenen Eltern als auch für die Kinder lassen sich nur teilweise durch das Zusammentreffen von Alleinerziehendenstatus mit ungünstigen

sozioökonomischen Faktoren wie Armut oder geringe Schulbildung erklären (Ringbäck Weitoft et al. 2003; Loxton et al. 2006; Scharte et al. 2013). Weitere wichtige Einflussfaktoren in diesem Zusammenhang stellen das Ausmaß an Konflikten zwischen den biologischen Eltern dar, das elterliche Erziehungsverhalten, der eventuelle Verlust des sozialen Netzwerks und nicht zuletzt das elterliche Wohlbefinden bzw. die elterliche psychische Gesundheit (McLanahan 1999; Lansford 2009). Insbesondere eine anhaltende mütterliche Depression – unter der alleinerziehende Mütter gehäuft leiden – ist ein gesicherter Risikofaktor für die kindliche kognitive, emotionale und soziale Entwicklung (Wachs et al. 2009; Kouros et al. 2010). Depressive Mütter wenden nicht nur vermehrt ungünstige Erziehungspraktiken an (Lovejoy et al. 2000; McLearn et al. 2006), sondern sind auch in der Emotionsverarbeitung und in ihren empathischen Fähigkeiten eingeschränkt (Coyne et al. 2007). Hierdurch ist die Mutter-Kind-Beziehung bzw. -Bindung beeinträchtigt (Martins et al. 2000). Studien zeigen, dass eine erfolgreiche Behandlung der mütterlichen Depression zwar das elterliche Stressempfinden reduziert, aber nicht automatisch auch zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung führt (Forman et al. 2007). Hierzu sollten Interventionen für depressiv beeinträchtigte Mütter auch auf eine Verbesserung der mütterlichen Elternkompetenzen und Feinfühligkeit fokussieren.

Mit dieser Zielsetzung wurde im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunktes Prävention das *wir2* Bindungstraining an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf entwickelt² und als Manual veröffentlicht (Franz, 2014). *wir2* ist ein Gruppenprogramm für psychosozial belastete alleinerziehende Mütter und Väter³. Das Programm fokussiert auf eine Reduktion der elterlichen Depressivität sowie auf eine Verbesserung der Sensibilität für kindliche Affektsignale und die dahinter stehenden kindlichen Bedürfnisse. Es zielt auf der Grundlage eines bindungstheoretisch fundierten Ansatzes in einem emotionszentrierten Programm also nicht nur darauf ab, die häufig bestehende Depressivität vieler alleinerziehender Eltern zu mildern und Änderungen im Umgang mit Belastungen zu ermöglichen. Vielmehr geht es auch darum, die emotionalen und elterlichen Kompetenzen Alleinerziehender zu stärken, hierdurch die Eltern-Kind-Bindung abzusichern und damit schließlich auch kindliche Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten zu verringern. Dabei kommt auch der Trennung des Paarkonfliktes von der gemeinsamen Elternverantwortung eine große Bedeutung zu.

Konkret handelt es sich bei *wir2* um eine strukturierte, manualisierte und evaluierte Intervention für konflikthaft getrennte, psychosozial belastete Alleinerziehende mit Kindern im Vor- und Grundschulalter

- auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Bindungstheorie und kindlichen Affektentwicklung
- und eines gruppenspezifisch-interaktionsbezogenen Interventionskonzeptes,
- geleitet von einem speziell geschulten Gruppenleiterpaar,
- mit Ansprache und Motivation der Eltern, z.B. in Kitas durch vertraute Erzieherinnen,
- mit wohnortnahen Gruppen zumeist in kommunalen Settings (Kitas oder Familienzentren),
- mit Angebot von Kinderbetreuung während der *wir2*-Gruppen.

Vier Module zielen aufeinander aufbauend (1) auf die emotionale Achtsamkeit und das Wohlbefinden der Alleinerziehenden selbst, (2) auf die Wahrnehmung und feinfühliges Beantworten der kindlichen Affektsignale, (3) auf die Verarbeitung des Paarkonfliktes inklusive der hiermit häufig bestehenden Schuldgefühle und der Beziehung des Kindes zum anderen Elternteil sowie (4) abschließend auf die Erarbeitung angemessener Verhaltensweisen in typischen alltäglichen Konfliktsituationen. Dies erfolgt im Rahmen eines intensiven gruppenspezifischen Prozesses, der den Gruppenteilnehmern in einer durch das strukturierte Programm begrenzten Regression über die Remobilisierung eigener Affekte und biografischer Bezüge den Perspektivwechsel hin zum Erleben des Kindes sowie praktische Schlussfolgerungen ermöglicht. Hierzu werden u.a. Informationseinheiten, angeleitete Rollenspiele, Phantasiereisen, Paarübungen, Kleingruppen und Eltern-Kind-Übungen für zu Hause genutzt, die in

² BMBF Förderkennzeichen 01EL0411; früherer Programmname zunächst PALME

³ www.wir2-bindungstraining.de

wertschätzender Weise in der Gruppe besprochen und bearbeitet werden. Die Gruppe übernimmt hierbei unter Anleitung der Gruppenleitung die Rolle eines teilnehmend spiegelnden und narzisstisch bestärkenden Bezugsobjekts.

Das Programm läuft über 20 wöchentliche Sitzungen zu je 1,5 Stunden und wird mittels eines hochstrukturierten Manuals (Franz 2014) standardisiert und qualitätsgesichert von einem geschulten Leitungspaar – fungierend als soziales Lernmodell – mit etwa 12 bis 15 Alleinerziehenden durchgeführt.

Die Qualifikation zur Gruppenleitung wird im Rahmen von dreitägigen Trainingsseminaren an qualifizierte Multiplikatoren, zumeist Angehörige psychosozialer Berufe, vermittelt. Basis hierfür ist das ausführliche Manual zusammen mit Theorieeinheiten und Übungen zu Grundlagen der Gruppendynamik, Interventionstechniken, kindlicher Affektentwicklung und Bindungstheorie.

Die kurz- und längerfristige Wirksamkeit des *wir2*-Bindungstrainings auf mütterliche und kindliche Belastungskennwerte wurde in einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie nachgewiesen (Franz et al. 2009; Franz et al. 2010; Wehrauch et al. 2014). Sowohl unmittelbar nach der Intervention als auch sechs Monate später zeigten sich bei den Müttern der Interventionsgruppe (IG) im Vergleich zu ihren Ausgangswerten und zur Kontrollgruppe (KG) signifikante Verbesserungen ihrer psychischen Gesundheit. Ihre mit der SCL-90-R (Franke 2002) erfasste depressive Belastung sank im Mittel von 1.42 (SD=0.79) zum ersten Messzeitpunkt (t1) um etwa die Hälfte auf einen Mittelwert von 0.69 (SD=0.58) nach der Intervention (t2) und blieb auch in der Follow-up-Untersuchung sechs Monate nach der Intervention im Vergleich zum Ausgangswert stark reduziert. Im Prä-Post-Vergleich ließ sich zudem eine signifikante Verbesserung der emotionalen Kompetenzen der Mütter feststellen. Die Effektstärken des *wir2*-Elterntrainings lagen beim Prä-Post-Vergleich in einem mittleren bis hohen Bereich und waren vergleichbar mit denen anderer englischsprachiger Elterntrainings (Wehrauch et al. 2014) oder gingen sogar darüber hinaus. Aus klinischer Sicht erwiesen sich die erzielten Verbesserungen ebenfalls als bedeutsam. Nach der Teilnahme am *wir2*-Bindungstraining reduzierte sich der Anteil an Müttern mit klinisch auffälligen Depressionswerten in der IG von 35 % auf 15 % während sich der Anteil hoch depressiver Mütter in der KG von t1 zu t2 nicht veränderte (jeweils 34 %). Die positiven Veränderungen bei den Müttern der IG waren selbst 12 Monate nach der Intervention noch stabil nachweisbar. Auch bei den Kindern der *wir2*-Teilnehmerinnen konnten indirekte positive Effekte des Programms auf das kindliche Selbstkonzept und das Ausmaß des Problemverhaltens festgestellt werden.

Aufgrund der positiven Ergebnisse und seiner methodisch anspruchsvollen Evaluation im Rahmen eines RCT-Designs wurde das *wir2*-Programm in die höchste Evidenzkategorie der *Grünen Liste Prävention* des Landespräventionsrats Niedersachsen (www.gruene-liste-praevention.de) eingestuft.

Das *wir2*-Bindungstraining erfüllt wichtige Qualitätskriterien psychosozialer Prävention. Es wurde für eine spezifische Bedarfslage und eine psychosozial und gesundheitlich besonders belastete Zielgruppe entwickelt und basiert auf theoretischen und empirischen Grundlagen, der Bindungstheorie und wissenschaftlichen Erkenntnissen zur kindlichen Affektentwicklung. Die grundsätzliche Wirksamkeit der Intervention wurde wissenschaftlich evaluiert; die Qualität des Programms wird durch fortlaufende Evaluation sichergestellt. Weitere Qualitätskriterien sind die Nachhaltigkeit (Langzeiteffekte), Professionalisierung der Gruppenleiter durch Schulung und Supervision (Verhältnisprävention), Standardisierung und Adhärenz (Manual, Schulung), Gemeinnützigkeit (Stiftungsträger, Kostenfreiheit für die Teilnehmer) und Skalierbarkeit und Modifikation für unterschiedliche Settings (z.B. als sechswöchige, von der DRV getragene Eltern-Kind-Rehabilitationsmaßnahme in psychosomatischen Fachkliniken).

Ausgangspunkt des dargestellten versorgungswissenschaftlichen Entwicklungszyklus einer präventiv wirksamen psychosozialen Intervention war eine vor zwanzig Jahren durchgeführte epidemiologische Langzeitstudie zu den signifikant erhöhten psychischen und psychosomatischen Beschwerden vaterloser deutscher Kriegskinder noch 60 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges (Franz et al. 1999; Franz et al. 2007). Der im Anschluss daran erfolgte empirische Nachweis erhöhter Gesundheitsrisiken

heutiger Alleinerziehender und der mitbetroffenen Trennungskinder im Rahmen der Düsseldorfer Alleinerziehendenstudie führte dann zur aufwändigen Entwicklung einer Intervention im Rahmen eines vom BMBF geförderten Forschungsprogramms zur Prävention (Walter et al. 2015). Mit *wir2* wurde schließlich ein auf der Bindungstheorie und entwicklungspsychologischen Forschungserkenntnissen beruhendes Gruppenprogramm speziell für die typischen Belastungen und Bedarfslagen konflikthaft getrennter Alleinerziehender und ihrer Kinder entwickelt. Die Wirksamkeit und der langfristiger Nutzen dieser Intervention wurde mittels einer randomisierten kontrollierten Interventionsstudie nachgewiesen (Franz et al. 2009; Franz et al. 2010; Weihrauch et al. 2014). Anschließend erfolgte die Skalierung und Transformation der Intervention vom Forschungsprojekt zum Programm, das qualitätsgesichert in die Versorgungsangebote kommunaler und klinischer Settings integriert wurde. Im Zuge der bundesweiten Ausbreitung soll *wir2* mit Hilfe der Walter Blüchert Stiftung möglichst vielen Alleinerziehenden und ihren Kindern zu Gute kommen. Die Implementierung von *wir2* erfolgt vorwiegend in Kitas und Familienzentren. In einer kompakten Form wird *wir2* auch erfolgreich als Eltern-Kind-Maßnahme im Bereich der psychosomatischen Rehabilitation angeboten.

Der Transfer vom drittmittelgeförderten Projekt zum präventiven Programm in die Versorgungswirklichkeit erfolgte in einem sehr unsicheren, nicht nur von Eigeninitiative sondern auch von glücklichen Zufällen abhängigen Prozess. Und mehrfach drohte auch diesem Projekt das gleiche Schicksal wie vielen anderen wirksamen und sinnvollen wissenschaftlich entwickelten Präventionsprogrammen, nämlich der dokumentierte Weg hinein in einen Abschlussbericht und nicht in die reale Umsetzung. Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist dies in mehrfacher Hinsicht eine Verschwendung finanzieller Ressourcen.

Die Entwicklung und Implementierung wirksamer, qualitätsgesicherter präventiver Angebote für gesundheitlich besonders belastete und benachteiligte Bevölkerungsgruppen und insbesondere junge Familien in schwierigen Lebenslagen stellt angesichts schwerwiegender transgenerational und psychosozial vermittelter Gesundheitsrisiken (Brown et al. 2009; Cierpka et al. 2011) aber eine gesamtgesellschaftlich und versorgungspolitisch zu erbringende Notwendigkeit dar, die sich auch volkswirtschaftlich auszahlt (Heckman et al. 2010).

Die gestaltende Verantwortung für diesen Bereich wurde jedoch viel zu lange zwischen den unterschiedlichen politischen Akteuren auf kommunaler, Landes- oder Bundesebene sowie zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern teilweise kontrovers, häufig ineffektiv und unkoordiniert oder nicht nachhaltig genug wahrgenommen (Walter et al. 2015). Es bleibt abzuwarten, ob diese Bringschuld durch das 2015 endlich verabschiedete Präventionsgesetz künftig besser eingelöst und der Entwicklungszyklus psychosozialer Interventionen hinein in die gesellschaftliche Versorgungswirklichkeit effektiver gestaltet werden kann.

Rechtliche Rahmung Psychosozialer Prävention in Deutschland

Am 25.07.2016 trat in Deutschland das Präventionsgesetz (Gesetz zur Gesundheitsförderung und Prävention – PräVG) in Kraft. Es sieht u.a. Investitionen für Gesundheitsförderung und Prävention seitens der Kranken- und Pflegekassen mit einer Summe von ca. 500 Mio. Euro pro Jahr vor. Davon sollen schwerpunktmäßig mindestens 300 Mio. Euro auf Lebenswelten wie Kita, Schule, Kommunen, Betriebe und Pflegeeinrichtungen entfallen. Der Richtwert der Ausgaben der Krankenkassen für Prävention wird ab dem Jahr 2016 entsprechend auf jährlich 7 Euro je Versicherten erhöht, davon ein Mindestbetrag von 2 Euro je Versicherten für Leistungen zur Prävention in Lebenswelten.

Im Präventionsgesetz wird auf diverse zu erstellende bzw. teilweise bereits erstellte Rahmenempfehlungen hingewiesen, die wiederum auf weitere verbindliche Rahmenvereinbarungen oder Leitfäden verweisen. Zu nennen sind hier insbesondere:

- die Bundesrahmenempfehlung der Nationalen Präventionskonferenz,
- Landesrahmenvereinbarungen aller Bundesländer,
- der Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes.

In den genannten Dokumenten sind die Schritte zur Umsetzung eines Präventionsprogramms nicht konkret ausformuliert.

Das *Präventionsgesetz*⁴ wurde nach jahrzehntelangen Anläufen formuliert vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung sowie des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen/psychosomatischen Erkrankungen. Ziel des Gesetzes ist es, die Gesundheitsförderung und Prävention insbesondere in Lebenswelten unter Nutzung bewährter Strukturen und Angebote zu stärken. Dabei sollen alle Sozialversicherungsträger sowie die private Krankenversicherung und private Pflege-Pflichtversicherung einbezogen werden. Das Gesetz schafft die rechtlichen Voraussetzungen bzw. den Rahmen für eine Verbesserung der Kooperation sowie Koordination der Leistungen der Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.

Aufgrund des Präventionsgesetzes wurde auch der § 20 des SGB V *Primäre Prävention und Gesundheitsförderung* neu gefasst. In Absatz 1 § 20 SGB V steht, dass die Leistungen zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen sollen. Laut Absatz 2 sollen für diese Leistungen einheitliche Handlungsfelder und Kriterien durch den Spitzenverband *Bund der Krankenkassen* festgelegt werden. Der Spitzenverband der Krankenkassen soll sicherstellen, dass eine Übersicht der zertifizierten Leistungen auf seiner Internetseite veröffentlicht wird. Für die Aufgabenwahrnehmung wird in Absatz 3 – neben anderen Gesundheitszielen – auf eine Berücksichtigung der Erhöhung der gesundheitlichen Kompetenz und der Verhinderung depressiver Erkrankungen hingewiesen sowie auf die Bekanntmachung über die Gesundheitsziele und Teilziele im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung vom 26. Februar 2013 (BAnz. AT 26.03.2013 B) verwiesen. Darin sind u.a. als Risikofaktoren die Belastung durch psychische Erkrankung eines Elternteils oder die Belastung durch kritische Lebensereignisse wie z.B. Scheidung erwähnt.

In § 20a SGB V (Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten) wird die bereits erwähnte Begrifflichkeit der Lebenswelten definiert als *für die Gesundheit bedeutende, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports*. In diesen Lebenswelten ist eine Förderung seitens der Krankenkassen vorgesehen. Unter Beteiligung der Versicherten und der für die Lebenswelt Verantwortlichen sollen Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten entwickelt und deren Umsetzung unterstützt werden. Laut Absatz 3 § 20a SGB V soll der Spitzenverband *Bund der Krankenkassen* zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung ab dem Jahr 2016 mit der Entwicklung krankenkassenübergreifender Leistungen sowie deren Implementierung und wissenschaftlicher Evaluation beauftragen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung soll dabei sicherstellen, dass die vom Spitzenverband *Bund der Krankenkassen* hierfür geleistete Vergütung ausschließlich zur Durchführung des Auftrags nach diesem Absatz eingesetzt und dies nach Maßgabe des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen dokumentiert wird. In § 20g SGB V wird auf Modellvorhaben eingegangen, anhand derer die Qualität und Effizienz der Versorgung mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert werden sollen.

Die Vereinbarung der eingangs erwähnten Bundesrahmenempfehlung der *Nationalen Präventionskonferenz* ist zentraler Baustein der in § 20d SGB V beschriebenen Nationalen Präventionsstrategie. Im Zuge des Präventionsgesetzes wurde auf Grundlage des § 20e SGB V im Sommer 2015 die Nationale Präventionskonferenz eingeführt, in der folgende Mitglieder Stimmrecht haben:

4

[http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1480948799339, Zugriff am 15.02.2017\).](http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl115s1368.pdf%27%5D__1480948799339, Zugriff am 15.02.2017).)

- GKV-Spitzenverband als Spitzenverband Bund der Krankenkassen (zwei Sitze) und als Spitzenverband Bund der Pflegekassen (zwei Sitze),
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (je ein Sitz),
- Deutsche Rentenversicherung Bund (zwei Sitze)
- und optional Verband der privaten Krankenversicherungen e.V. (ein Sitz im Falle einer angemessenen Beteiligung an Programmen und Projekten im Sinne der Bundesrahmenempfehlung).

Weitere Mitglieder mit beratender Stimme sind: Bundes- und Landesministerien, Deutscher Städtetag, Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund, Bundesagentur für Arbeit, Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Deutscher Gewerkschaftsbund, Patientenvertretung nach § 140f SGB V und Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (als Vertretung des Präventionsforums).

Die Nationale Präventionskonferenz hat am 19.02.2016 sofort in Kraft tretende bundeseinheitliche trägerübergreifende Bundesrahmenempfehlungen (nach § 20d Abs. 3 SGB V) zur Gesundheitsförderung in Lebenswelten und Betrieben verabschiedet. Die Bundesrahmenempfehlungen verstehen sich selbst als Beitrag, die Zusammenarbeit von gesetzlicher Kranken-, Unfall-, Renten- sowie sozialer Pflegeversicherung auf der Grundlage gemeinsamer Ziele untereinander und mit den Zuständigen für die jeweiligen Lebenswelten in Bund, Ländern, Kommunen und weiteren Sozialversicherungsträgern zu stärken.

Alle vier Jahre soll von der Nationalen Präventionskonferenz ein Präventionsbericht über die Entwicklung der Gesundheitsförderung und Prävention erstellt werden. Die Entwicklung und Fortschreibung der Nationalen Präventionsstrategie soll ebenfalls von der Nationalen Präventionskonferenz wahrgenommen werden (§ 20e SGB V).

Bundesrahmenempfehlungen der Nationalen Präventionskonferenz

Als *Lebenswelten* gelten laut Bundesrahmenempfehlungen⁵ Kommunen, Kindertagesstätten, sonstige Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sowie Freizeitgestaltung, allgemeinbildende und berufsbildende Schulen sowie Hochschulen. Als wichtige Zielgruppen präventiver und gesundheitsförderlicher Programme von Gesetzlichen Krankenkassen werden junge Familien, Kinder, Jugendliche, Auszubildende und Studierende genannt. Ausgehend von der Lebenswelt Kita sollen auch die gesundheitlichen Rahmenbedingungen in den Familien positiv beeinflusst werden. Alleinerziehende sollen bei der Planung präventiver Unterstützungsprogramme besondere Berücksichtigung finden.

Wichtige Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherungen bei deren Umsetzung sind

- Bedarfsermittlung und Zielentwicklung im Setting,
- Fortbildung von Multiplikatoren,
- Planung und Umsetzung verhaltenspräventiver Maßnahmen,
- Dokumentation, Evaluation und Qualitätssicherung,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Förderung von Vernetzungsprozessen und
- aktive Mitwirkung in kommunalen Gremien zur Gesundheitsförderung.

Als inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen werden Bewegungsförderung, Förderung gesunder Ernährung, Stärkung psychischer Ressourcen, Stressreduktion, Entspannung, Förderung eines gesundheitsgerechten Umgangs miteinander, Gewaltprävention, Prävention von Suchtmittelkonsum,

⁵

http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Praevention/160219_Bundesrahmenempfehlungen_.pdf, Zugriff am 15.02.2017.

gesundheitsbezogene Elternkompetenzen, Förderung und Inanspruchnahme empfohlener Schutzimpfungen sowie weitere Themen nach Bedarf der Zielgruppe genannt. Da Erwerbstätige einen großen Teil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz verbringen, sind auch Betriebe ein geeignetes Setting für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

Präventive und gesundheitsfördernde Leistungen aller Träger müssen laut Bundesrahmenempfehlung einen belegbaren Nutzen haben, allgemein anerkannten Qualitätsmaßstäben entsprechen sowie in fachlich gebotener Qualität und wirtschaftlich erbracht werden. Für die Qualitätskriterien der Gesetzlichen Krankversicherung wird auf den Leitfaden Prävention des Spitzenverbandes GKV in der Fassung vom 10.12.2014 verwiesen (s.u.).

Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie

Zur Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie werden auf Länderebene verpflichtend weitere Landesrahmenvereinbarungen gemäß § 20f SGB V verfasst. Bis Ende 2016 hatten sieben Bundesländer (Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Thüringen) eine Landesrahmenvereinbarung verabschiedet. An der Beschließung beteiligt sind Krankenkassen, regionale Träger der Deutschen Rentenversicherung, Träger der Unfallversicherung und das entsprechende Bundesland zumeist vertreten durch das Landesgesundheitsministerium.

Ziel der Landesrahmenvereinbarungen ist die Umsetzung der Nationalen Präventionsstrategie unter Berücksichtigung gesundheitsbezogener Schwerpunktsetzungen auf Landesebene und in den Kommunen. Sie lehnen sich inhaltlich im Wesentlichen eng an die Bundesrahmenempfehlungen an.

GKV-Leitfaden Prävention

Der *Leitfaden Prävention*⁶ in der Fassung vom 10. Dezember 2014 definiert die Handlungsfelder des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000. Obwohl das SGB V durch Verabschiedung des Präventionsgesetzes ergänzt bzw. geändert wurde, behält der *Leitfaden Prävention* seine Gültigkeit. In den Bundesrahmenempfehlungen wird mehrfach auf den *Leitfaden Prävention* Bezug genommen.

An der Erstellung des Leitfadens waren die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband, IKK, SVLFG, Knappschaft, vdek) beteiligt. Ein zentraler Bestandteil des Leitfadens ist die Unterscheidung zwischen individuellem Ansatz und Setting-Ansatz, jeweils nach § 20 Abs. 1 SGB V. Synonym zum Begriff Setting wird hier auch wieder der Begriff Lebenswelten verwendet – mit identischer Definition wie im Präventionsgesetz.

Präventionsangebote nach dem individuellen Ansatz richten sich in Form zeitlich eng begrenzter Programme an einzelne Versicherte, und zwar in den Handlungsfeldern *Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement* und *Suchtmittelkonsum*. Die Prüfung und Zertifizierung von Angeboten nach dem individuellen Ansatz erfolgt für die überwiegende Zahl der Krankenkassen über die *Zentrale Prüfstelle Prävention*.

Im Setting-Ansatz initiieren, unterstützen und begleiten Gesetzliche Krankenkassen Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte in Lebenswelten zeitlich befristet im Sinne einer Hilfe zur Selbsthilfe. Die Krankenkassen sind hier nicht der alleinige Finanzierungsträger. Sie bringen sich ein, wenn weitere Projektpartner innerhalb des gewählten Settings sich inhaltlich und finanziell engagieren.

Ein besonderes Augenmerk soll bei der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen gelegt werden. Als zentrales Ziel nennt der *Leitfaden Prävention* die nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung in Lebenswelten.

⁶ Empfehlung der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankversicherung zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune, Mai 2013: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/Praev_Gefoe_Kooperationsempfehlung_Komm_SpiV-GKV_Kommune.pdf.

Kriterien für eine projektbezogene Gesundheitsförderung seitens der Gesetzlichen Krankenkassen im Setting sind laut *Leitfaden Prävention*:

- Bedarfsermittlung,
- Zielgruppenbestimmung (insbesondere sozial benachteiligte Personengruppen),
- Vielfalt/Diversität (z.B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund als relevante Merkmale),
- Partnerschaften (Einbindung vorhandener Strukturen, Einrichtungen, Netzwerke),
- Partizipation (der Zielgruppe in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess),
- Zieldefinition (möglichst operationalisiert, mit Verhältnis- und Verhaltensbezug),
- Finanzierungskonzept (für alle Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses),
- Transparenz (laufender gegenseitiger Austausch),
- Ausrichtung der Intervention (Gesundheitsförderung über die Krankheitsvermeidung hinaus),
- Nachhaltigkeitskonzept (Verstetigung des Prozesses, kommunale Strukturbildung) und
- Qualitätssicherung (verpflichtende Teilnahme).

Als übergreifende Kriterien sind im *Leitfaden Prävention* genannt:

- die Aufnahme des Ziels *Gesundheit* in den Zielkatalog der Kommune,
- eine systematische in die Sozialberichterstattung integrierte Gesundheitsberichterstattung,
- daraus abgeleitete, kommunal und partizipativ abgestimmte Gesundheitsziele,
- die Schaffung geeigneter Abstimmungs-, Koordinierungs- und Umsetzungsstrukturen,
- Gesundheitsverträglichkeit als Entscheidungskriterium für öffentliche Planungen.

Die Kommune wird als besonders geeignetes Setting der Gesundheitsförderung herausgehoben. Zur Intensivierung der Zusammenarbeit in der Primärprävention und Gesundheitsförderung besteht eine vom GKV-Spitzenverband und den kommunalen Spitzenverbände im Mai 2013 verabschiedete Empfehlung zur Zusammenarbeit im Bereich der Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune.

Forderungen an die Politik und Gesellschaft

Auf der Grundlage forschungsbasierter Evidenz und praxisorientierter Erfahrungen formulierte eine Expertengruppe im Rahmen des Förderschwerpunkts *Präventionsforschung* des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) Empfehlungen zur strukturellen Verankerung und Weiterentwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland (Walter et al. 2015). Das Memorandum richtet sich an die Zielgruppe der zentral Verantwortlichen in Politik und Verwaltung (Bund, Land, Kommune), Zivilgesellschaft und Betrieben. Wesentliche Ziele präventionsorientierter Gesundheitsförderung sind die Förderung von Lebensqualität, Entfaltung der Persönlichkeit, sozialer Teilhabe sowie eine Zunahme der beeinträchtigungsfreien Lebensjahre und vermiedenen Leids anstelle einer ökonomischen Kostenperspektive. Für die Erreichung dieser Ziele forderte die Expertengruppe die

- Entwicklung einer nationalen Gesamtstrategie Prävention und Gesundheitsförderung,
- Erweiterung bisheriger Finanzierungsquellen,
- rechtliche Verankerung der Zuständigkeiten,
- übergreifende Koordinierung sowie der Bildung eines nationalen Kompetenzzentrums Prävention,
- Koordination der Bildungs-, Arbeits- und Sozialpolitik.

Für eine dauerhafte Umsetzung und Weiterentwicklung nachhaltiger Prävention und Gesundheitsförderung ist eine dauerhafte Verankerung erfolgreicher Ansätze in etablierte Strukturen unter Begleitung und Trägerschaft durch Wissenschaft und Praxispartner notwendig. Hierzu bedarf es aus Sicht der beteiligten Expertinnen und Experten einer vermehrten *Nutzung vorhandener Ressourcen* und einer Stärkung von Qualitätsentwicklung und -sicherung von Prävention und Gesundheitsförderung. Weiterhin erforderlich sind eine *obligatorische Einbindung von Expertenwissen*

um Prävention und Gesundheitsförderung in politische Entscheidungen sowie die Schaffung von Ressortgrenzen überbrückenden verlässlichen Strukturen. Die beteiligten Wissenschafts- und Praxispartner der Expertengruppe empfahlen als zielführende Maßnahmen:

- Investitionen in Prävention und die Gesundheit der Gesellschaft als politikfeldübergreifende Gestaltungsaufgabe unter Abstimmung unterschiedlicher Politikfelder, Lebensbereiche, Handlungsfelder und Akteure,
- nachhaltige Finanzierung von Prävention und Gesundheitsförderung durch Erweiterung der Finanzierungsgrundlagen mittels Erschließung ergänzender Finanzierungsquellen,
- Etablierung eines angemessenen rechtlichen Rahmens für Prävention und Gesundheitsförderung als ressortübergreifende Pflichtaufgabe für die öffentliche Hand und als tarifvertraglicher Regelungsgegenstand für die Sozialpartner sowie für eine verstärkte Umsetzung in neuen und erweiterten Leistungsstrukturen durch die Sozialversicherungsträger,
- Verbesserung der Nutzung vorhandener Ressourcen durch Programmabstimmung, Handlungsfelder übergreifende Koordinierung und Klärung der Verantwortlichkeiten, des Vorgehens und der Aufgaben,
- Etablierung einer langfristigen national und regional ausbalancierten und auf allen politischen Ebenen legitimierten Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung auf der Basis kooperativer wissenschaftlicher Zielfindung, anstelle isolierter kurzfristiger Einzelprojekte,
- Bildung und Finanzierung nachhaltig stabiler interprofessioneller Strukturen und Gremien, in welchen Akteure aus Wissenschaft, aus der Praxis und in politisch-administrativen Entscheidungsfunktionen in kontinuierliche und wechselseitige Lernprozesse eintreten können,
- Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums zur Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung.

Schließlich bedarf es aus Sicht der beteiligten Fachleute einer rechtlich normativ ausformulierten Haltung, welche die *Akzeptanz von Prävention und Gesundheitsförderung* als essentielle Elemente ressortübergreifender staatlicher Daseinsvorsorge und gesamtgesellschaftlicher Verantwortung sicherstellt. Psychosoziale Prävention und Gesundheitsförderung können angesichts der gesamtgesellschaftlichen Bedeutung dieses Bereichs nicht als eine rein freiwillige Aufgabe, die unkoordiniert und mit unklaren Zuständigkeiten von unterschiedlichen Akteuren mit wechselndem Engagement angegangen wird, realisiert werden. Vielmehr bedarf es einer empirisch fundierten, qualitätsgesicherten, strukturell verankerten Implementierung nachweislich wirksamer psychosozialer Präventionsprogramme innerhalb der kommunalen Versorgungswirklichkeit, insbesondere für besonders belastete junge Familien mit kleinen Kindern.

Eine gesellschaftlich verantwortete Wissenschaftskultur kann sich angesichts der eingangs dargestellten, transgenerational wirksamen Risikoverkettungen nicht auf Dauer auf plakativ zu vermarktende, aber nur kurzfristig wirksame Scheinaktivitäten oder die Förderung erfolgreicher wissenschaftlicher Einzelprojekte ohne den Transfer in Form eines nachhaltig verfügbaren Präventionsangebotes beschränken.

[Literatur beim Verfasser]