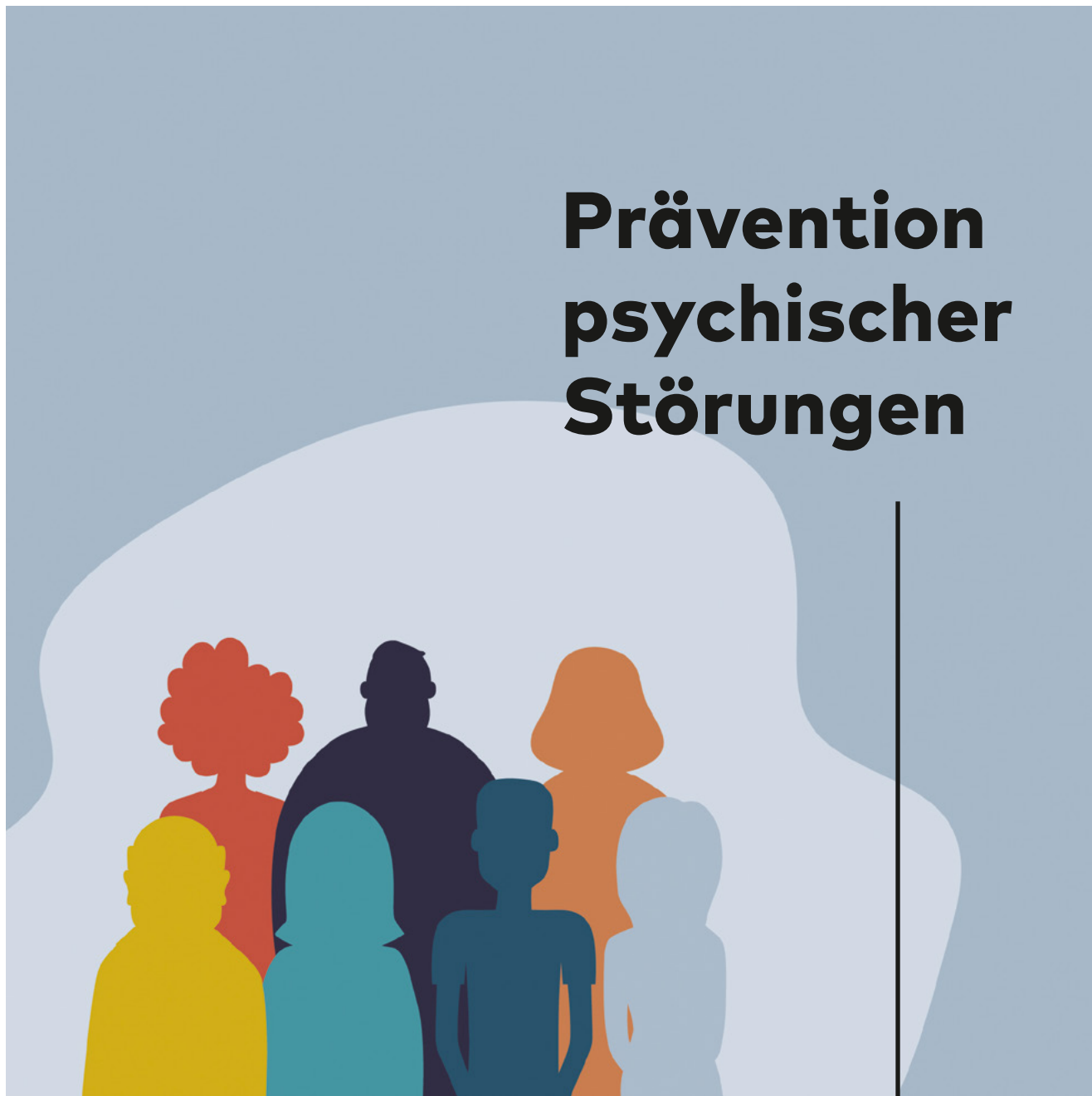




Positionspapier der DGPPN | Juni 2026

Prävention psychischer Störungen



Evidenz nutzen –
Zukunft gestalten

Prävention psychischer Störungen



Evidenz nutzen – Zukunft gestalten

Stand: Juni 2026

Autorinnen und Autoren:

Steffi Riedel-Heller, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank,
Sabine Herpertz, Andreas Bechdolf, Thomas Götz,
Eva Meisenzahl-Lechner, Andrea Pfennig, Frauke Schultze-Lutter

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Präsidentin
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)
Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E praesidentin@dgppn.de

Inhalt

Executive Summary	3
1. Warum die Prävention psychischer Störungen jetzt Priorität haben muss	5
2. Ist die Prävention psychischer Störungen möglich?	7
2.1. Modelle psychischer Gesundheit – Ansatzpunkte für Prävention	7
2.2. Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlage präventiver Strategien	8
2.3. Vom Risiko- und Schutzfaktor zum Präventionsprogramm	9
2.4. Gibt es wirksame Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit?	10
3. Warum Deutschland sein Präventionspotenzial bislang nicht ausschöpft	12
4. Die Rolle der DGPPN	16
5. Politische Kernforderungen der DGPPN	17
6. Fazit und Call to Action	19
Literatur	20

Executive Summary

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und folgenschwersten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Rund ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung ist innerhalb eines Jahres von einer psychischen Störung betroffen, etwa die Hälfte erkrankt im Laufe des Lebens. Psychische Erkrankungen beginnen häufig bereits im Kindes- und Jugendalter, verursachen erhebliche Einschränkungen von Lebensqualität und Teilhabe und sind mit hohen gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kosten verbunden. Gleichzeitig zeigt die wissenschaftliche Evidenz eindeutig: Ein substanzieller Anteil dieser Krankheitslast ist vermeidbar. Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit sind wirksam, häufig kosteneffektiv und über die gesamte Lebensspanne hinweg möglich.

Das zentrale Problem in Deutschland ist heute nicht ein Mangel an Wissen, sondern ein Mangel an Umsetzung. Obwohl wirksame Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention, Frühintervention und Rückfallprophylaxe vorliegen, sind diese bislang weder systematisch gesteuert noch ausreichend finanziert noch konsequent in Versorgung und andere Politikfelder integriert. Prävention bleibt vielfach projektförmig, fragmentiert und erreicht die Bevölkerung nur begrenzt. Besonders sichtbar werden diese Defizite im Jugend- und jungen Erwachsenenalter, bei Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern, in der Förderung von *Brain Health* und der Demenzprävention sowie in der Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen der Suizidprävention.

Gleichzeitig wächst die Bedeutung psychischer Gesundheit. Demografischer Wandel, soziale Ungleichheit, Einsamkeit, Veränderungen der Arbeitswelt, Digitalisierung, Klimawandel und gesellschaftliche Krisen erhöhen den Bedarf an wirksamen Präventionsstrategien. Psychische Gesundheit ist nicht nur ein Gesundheitsziel, sondern eine Voraussetzung für Bildung, Erwerbsfähigkeit, gesellschaftliche Teilhabe, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und sozialen Zusammenhalt. Psychische Störungen verursachen hohe Kosten durch Gesundheitsausgaben, Produktivitätsverluste, Arbeitsunfähigkeit, Frühverrentung und verringerte Erwerbsbeteiligung. Internationale Analysen zeigen, dass viele Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit, Prävention und Frühintervention nicht nur wirksam, sondern auch kosteneffektiv oder sogar kostensparend sind. Investitionen in psychische Gesundheit erzielen einen messbaren gesellschaftlichen und ökonomischen Nutzen und generieren langfristig einen positiven *Return on Investment*. Prävention psychischer Störungen ist daher nicht allein gesundheitspolitisch geboten, sondern auch ökonomisch vernünftig – sie ist eine Investition in gesellschaftliche Resilienz und die Zukunftsfähigkeit unseres Landes [1, 2, 3].

Die DGPPN fordert deshalb einen grundlegenden Paradigmenwechsel: Die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen müssen von einer projektförmigen Zusatzaufgabe zu einer verbindlichen Kernaufgabe staatlichen Handelns werden. Erforderlich ist eine nationale Gesamtstrategie nach dem Prinzip *Mental Health in All Policies* (MHiAP), die psychische Gesundheit als ressortübergreifende Querschnittsaufgabe auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene verankert. Prävention muss über die gesamte Lebensspanne hinweg gedacht werden und universelle, selektive, indizierte sowie tertiärpräventive Ansätze systematisch miteinander verbinden. Ebenso bedarf es einer nachhaltigen Finanzierung, eines leistungsfähigen Monitorings sowie einer konsequenten Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen in den Lebenswelten der Menschen.

Vor diesem Hintergrund formuliert die DGPPN acht politische Kernforderungen:

- 1. Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen mit klaren Zielgrößen, Zuständigkeiten und Rechenschaftspflichten als integrale Bestandteile einer nationalen Präventionsstrategie etablieren**
- 2. Prävention psychischer Störungen gesetzlich stärken und finanziell nachhaltig verankern – ein neues Präventionsgesetz muss diese Aspekte aufgreifen**
- 3. Psychische Gesundheit im Sinne eines „Mental Health in All Policies“-Ansatzes verbindlich und konkret in allen relevanten Politikfeldern durch die Entwicklung und Implementierung einer ressortübergreifenden Whole-of-Government-Strategie berücksichtigen**
- 4. Gesundheitsförderung, Früherkennung und Frühintervention bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen konsequent ausbauen**
- 5. Familienorientierte Prävention stärken, Kinder von psychisch und suchterkrankten Eltern systematisch unterstützen und rechtskreisübergreifende Grundlagen schaffen**
- 6. Brain Health und Demenzprävention als Bestandteil einer lebensspannenorientierten Präventionsstrategie fördern**
- 7. Nationale Suizidpräventionsstrategie flächendeckend, nachhaltig und dauerhaft finanziert umsetzen, gesetzlich verankern und als Teil der nationalen Präventionsstrategie zur Förderung psychischer Gesundheit verstehen**
- 8. Monitoring, Implementierung sowie Präventions-, Evaluations- und Implementierungsforschung strategisch ausbauen**

Die Evidenz liegt vor. Die Herausforderung besteht heute darin, wirksame Prävention flächendeckend, nachhaltig und gerecht umzusetzen. Prävention psychischer Störungen ist keine Option, sondern eine gesundheitspolitische Notwendigkeit. Jetzt gilt es, Wissen in Handeln zu überführen.

1. Warum die Prävention psychischer Störungen jetzt Priorität haben muss

Psychische Störungen zählen in Deutschland zu den häufigsten Gesundheitsproblemen. Bevölkerungsrepräsentative Daten zeigen, dass innerhalb eines Jahres rund 27,8% der 18- bis 79-jährigen Bevölkerung die Kriterien einer psychischen Störung erfüllen; für unipolare Depression liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 8,2% [4, 5]. Über die Lebensspanne verteilt erkrankt etwa die Hälfte der Bevölkerung bis zum 75. Lebensjahr an einer psychischen Erkrankung [6]. Aktuelle Monitoringdaten des Robert Koch-Instituts zeigen, dass etwa ein Viertel der Erwachsenen von depressiven oder Angstsymptomen berichtet, wobei rund 8% eine mittelgradige bis schwere Symptomatik aufweisen. Besonders betroffen sind junge Erwachsene sowie Frauen im Alter zwischen 18 und 29 Jahren [7].

Auch im Kindes- und Jugendalter ist die Krankheitslast erheblich. Daten der Studie *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) zeigen für Deutschland eine hohe Prävalenz psychosomatischer Beschwerden sowie eine ungünstige Entwicklung über die Zeit. Besonders betroffen sind Mädchen, ältere Jugendliche sowie sozial benachteiligte Gruppen [8]. Im europäischen Kontext wird geschätzt, dass etwa jedes fünfte Kind bzw. jeder fünfte Jugendliche von einer psychischen Störung betroffen ist [9]. Kinder psychisch erkrankter Eltern gehören zu der wichtigsten Hochrisikogruppe. Aktuelle Meta-Analysen zeigen, dass sie ein deutlich erhöhtes Lebenszeitrisiko für psychische Störungen und ein 1,5- bis 3-fach erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen aufweisen [10]. Gleichzeitig können Schutzfaktoren wie stabile Bezugspersonen, soziale Unterstützung und frühzeitige Hilfen die psychische Entwicklung maßgeblich beeinflussen und wichtige Ansatzpunkte für Prävention bieten. Dies verdeutlicht, dass psychische Erkrankungen weder unvermeidbar noch ausschließlich genetisch determiniert sind. Psychische Störungen verursachen enorme Krankheitslast, wurden aber lange in Präventionsstrategien unterrepräsentiert [11, 12].

Psychische Störungen sind folgenschwer, für jede und jeden Einzelnen und das jeweilige soziale Umfeld, aber auch für die Solidargemeinschaft. Die *BURDEN-2020*-Studie zeigt, dass psychische Störungen über den gesamten Lebensverlauf hinweg zu den häufigsten Ursachen für krankheitsbedingte Einschränkungen gehören [13]. Psychische Erkrankungen erhöhen zudem das Risiko für körperliche Erkrankungen und verschlechtern deren Verlauf [14]. Die ökonomische Relevanz ist erheblich. Für Deutschland wurden direkte Gesundheitskosten psychischer Störungen in Höhe von 44,4 Mrd. Euro (2015) berichtet, was 13,1% der Gesamtkosten entspricht [5]. Hinzu kommen erhebliche indirekte Kosten: Für 2019 wurden 117,2 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage und 14,4 Mrd. Euro Produktionsausfallkosten berichtet [15]. Neuere Schätzungen gehen davon aus, dass die gesamtwirtschaftlichen Kosten psychischer Erkrankungen bis zu 4,8% des Bruttoinlandsprodukts betragen [16].

Nach aktuellen Schätzungen lassen sich mindestens 20,8% der durch psychische Erkrankungen bedingten Krankheitslast durch Prävention vermeiden. Diese Berechnung berücksichtigt jedoch nur ausgewählte Risikofaktoren (Alkohol- und Drogenkonsum, sexueller Missbrauch in der Kindheit, Partnerschaftsgewalt) und unterschätzt daher das tatsächliche Präventionspotenzial [17]. Besonders deutlich wird dieses Potenzial am Beispiel der Demenzen: Nach der *Lancet Commission* sind bis zu 45% der Demenzfälle mit modifizierbaren Risikofaktoren assoziiert [18]. Diese Zahl beschreibt jedoch ein theoretisches Maximum, das die weitgehende Eliminierung dieser Risiken voraussetzt und in der Praxis nicht erreichbar ist. Gleichwohl zeigen realistischere Modellierungen substantielle Effekte: Für Deutschland schätzen Blotenberg et al. (2023), dass bereits eine Reduktion zentraler Risikofaktoren um 15% zu einer deutlichen Verringerung der Fallzahlen führen könnte (Größenordnung: etwa 138.000 bis 170.000 vermeidbare Fälle, abhängig vom Zeithorizont) [19]. Prävention ist ein zentraler Hebel zur Reduktion zukünftiger Krankheitslast.

Große gesellschaftliche Entwicklungslinien, sogenannte Megatrends, lassen einen weiteren Bedeutungszuwachs psychischer Störungen erwarten. So ist die zunehmende Individualisierung mit einem erhöhten Risiko für Einsamkeit und soziale Isolation verbunden, der demografische Wandel („Silver Society“) führt unweigerlich zu mehr alten und hochaltrigen Menschen in der Gesellschaft und damit zum Bedeutungszuwachs von demenziellen und depressiven Erkrankungen im Alter. Die Digitalisierung ist mit tiefgreifenden Veränderungen in der Arbeitswelt verbunden, und die Kommunikation der Menschen untereinander birgt Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit. Hinzu kommen die psychischen Auswirkungen globaler Krisen und Unsicherheiten, etwa durch Klimawandel, geopolitische Konflikte und gesellschaftliche Polarisierung. Diese Entwicklungen unterstreichen die Notwendigkeit, Prävention als langfristige gesellschaftliche Zukunftsaufgabe zu verstehen.

Die Versorgung in Deutschland ist stark auf Behandlung ausgerichtet. Gesundheitsförderung und Prävention spielen im Vergleich dazu eine untergeordnete Rolle. Psychische Störungen sind dabei kein Sonderfall, verdeutlichen die bestehenden Defizite jedoch besonders eindrücklich. Während präventive Angebote in der somatischen Medizin beispielsweise bei kardiovaskulären Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall vielfach Teil der Regelversorgung sind, besteht in der psychischen Gesundheit weiterhin eine erhebliche Präventions- und Versorgungslücke [3]. Gleichwohl wurden das Potenzial und die Notwendigkeit zur Prävention psychischer Störungen schon lange erkannt. Die Enquete zur Lage der Psychiatrie widmete schon 1975 der Primärprävention psychischer Störungen ein eigenes Kapitel [20]. Die WHO konstatierte 2005, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt. Und doch kommt das Thema Prävention erst jetzt politisch in Bewegung.

Die geplante Weiterentwicklung des Präventionsgesetzes, Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung sowie Initiativen zur Förderung der mentalen Gesundheit bei jungen Menschen zeigen eine zunehmende politische Aufmerksamkeit. Auch Strategien zur Reduktion von Einsamkeit und zur Suizidprävention verdeutlichen, dass psychische Gesundheit zunehmend als eigenständiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld anerkannt wird. Der Wissenschaftsrat konstatierte jüngst, dass eine systematische, nationale Strategie für Prävention und Gesundheitsförderung fehlt, die auch die psychische Gesundheit angemessen berücksichtigt, und dass es massiv an wirtschaftlichen Anreizen zur Implementierung von evidenzbasierten präventiven Interventionen fehlt [21]. Insgesamt zeigt sich eine deutliche Diskrepanz zwischen der hohen und eher zunehmenden Krankheitslast psychischer Störungen und der bislang unzureichenden systematischen Verankerung von Prävention. Die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen müssen daher von einer projektförmigen Zusatzaufgabe zu einer verbindlich gesteuerten Kernaufgabe des Gesundheitssystems und anderer Politikfelder werden.

Psychische Gesundheit ist darüber hinaus nicht nur ein Gesundheitsziel, sondern auch eine Voraussetzung für soziale Teilhabe, gesellschaftlichen Zusammenhalt und Vertrauen in demokratische Institutionen [22]. Prävention psychischer Erkrankungen ist dabei eine Investition in das Humankapital einer Gesellschaft – also in die Gesundheit, Leistungsfähigkeit, Bildungs- und Teilhabechancen ihrer Bevölkerung. Angesichts von Gesundheitskosten in Milliardenhöhe, Produktivitätsverlusten und einem geschätzten Rückgang der Wirtschaftsleistung um 1,7% pro Jahr gehört die Förderung psychischer Gesundheit zu den ökonomisch sinnvollsten Maßnahmen überhaupt [3].

2. Ist die Prävention psychischer Störungen möglich?

2.1. Modelle psychischer Gesundheit – Ansatzpunkte für Prävention

Bei der Suche nach wirksamen Präventionsstrategien ist die Untersuchung der Ursachen psychischer Störungen von zentraler Bedeutung. In diesem Zusammenhang kommt dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell eine herausragende Bedeutung zu [23]. Das Modell geht davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, durch das Zusammenspiel von angeborener Vulnerabilität und äußeren Stressoren auf der einen Seite sowie protektiven Faktoren, wie individuellen Kompetenzen und förderlichen Umweltbedingungen, auf der anderen Seite bestimmt wird. So kann eine Person mit genetischer Prädisposition für psychotische Störungen (Vulnerabilität) ein deutlich erhöhtes Erkrankungsrisiko entwickeln, wenn zusätzliche Belastungen hinzukommen wie wiederholte psychosoziale Stressoren oder regelmäßiger Cannabiskonsum im Jugendalter (Stressor). Im Gegensatz dazu kann eine andere Person mit einer vergleichbaren genetischen Ausgangslage gesund bleiben, wenn sie in einem stabilen sozialen Umfeld aufwächst und über protektive Faktoren wie soziale Unterstützung und adaptive Bewältigungsstrategien verfügt.

Dieses Zusammenspiel von biologischer Anfälligkeit, umweltbedingten Belastungen und Schutzfaktoren ist zentraler Bestandteil des von Zubin und Spring (1977) eingeführten Vulnerabilitäts-Stress-Modells, das später von Nuechterlein und Dawson (1984) weiterentwickelt wurde [24]. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell steht im Einklang mit dem biopsychosozialen Verständnis psychischer Gesundheit [25]. Danach entstehen psychische Störungen durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren. Prävention muss daher sowohl individuelle Ressourcen stärken als auch belastende Lebensbedingungen reduzieren und gesundheitsförderliche Umweltbedingungen schaffen.

Darüber hinaus sind sozialökologische Modelle entscheidend. Psychische Gesundheit wird nicht isoliert im Individuum bestimmt, sondern durch ein Geflecht von Einflüssen auf mehreren Ebenen, von individuellen Faktoren über soziale Beziehungen bis hin zu gesellschaftlichen Rahmenbedingungen [26]. Bildungs- und Teilhabechancen, Arbeitsbedingungen, Wohnumfeld, soziale Sicherung, Umweltbedingungen sowie der Zugang zu Gesundheits- und Unterstützungsangeboten beeinflussen die psychische Gesundheit der Bevölkerung maßgeblich.

Die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen können daher nicht allein Aufgabe des Gesundheitssystems sein. Vielmehr erfordern sie einen ressortübergreifenden Ansatz im Sinne von MHiAP, bei dem die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die psychische Gesundheit systematisch in allen relevanten Politikfeldern berücksichtigt werden. Psychische Gesundheit ist damit nicht nur ein Ziel von Gesundheitspolitik, sondern eine Querschnittsaufgabe von Bildungs-, Familien-, Sozial-, Arbeitsmarkt-, Umwelt- und Wirtschaftspolitik. Zudem ist eine Lebensspannenperspektive unerlässlich. Risiken und Schutzfaktoren wirken in unterschiedlichen Lebensphasen unterschiedlich stark. Generell gilt, dass frühe Interventionen häufig einen besonders hohen *Return on Investment* aufweisen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass präventive Maßnahmen im Erwachsenen- oder höheren Lebensalter unwirksam oder nicht kosteneffektiv sind. Vielmehr ergeben sich über die gesamte Lebensspanne hinweg Möglichkeiten zur Förderung psychischer Gesundheit und zur Prävention psychischer Störungen.

2.2. Wissen zu Risiko- und Schutzfaktoren – Grundlage präventiver Strategien

Es wurden eine große Zahl von Faktoren identifiziert, die das Risiko für psychische Störungen beeinflussen. Aus Präventionssicht sind besonders modifizierbare, also beeinflussbare Faktoren interessant. Diese modifizierbaren Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Störungen lassen sich aus verschiedenen Blickwinkeln einordnen: Erstens kann man sie nach ihrer Wirkung unterscheiden: Risikofaktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit, psychisch zu erkranken – dazu gehören zum Beispiel anhaltender Stress, Einsamkeit oder problematischer Substanzkonsum. Schutz- bzw. Resilienz-faktoren wirken dagegen stabilisierend und können Belastungen abpuffern, etwa verlässliche soziale Beziehungen, gute Bewältigungsstrategien oder ein Gefühl von Selbstwirksamkeit. Viele dieser Faktoren sind zwei Seiten derselben Medaille: So kann soziale Einbindung schützen, während Isolation ein Risiko darstellt.

Zweitens spielen unterschiedliche Ebenen des Lebens eine Rolle. Manche Faktoren liegen beim einzelnen Menschen selbst, etwa im Verhalten oder im Umgang mit Stress. Andere entstehen im direkten sozialen Umfeld, zum Beispiel in Form von Vernachlässigung oder Missbrauch in der Familie oder Gewalt in der Partnerschaft. 15% bis 23% aller Kinder leben in einem gemeinsamen Haushalt mit einem psychisch kranken Elternteil und haben ein erhöhtes Risiko, selbst eine psychische Störung zu entwickeln [10, 27]. In Deutschland geht es dabei um 3 bis 4 Mio. Kinder und Jugendliche. Wieder andere hängen mit Lebensbereichen wie Schule oder Arbeitsplatz zusammen – etwa dem Schulklima oder den Arbeitsbedingungen. Schließlich gibt es gesellschaftliche Faktoren wie Armut, Arbeitslosigkeit, Flüchtlingsstatus oder soziale Ungleichheit, die das Risiko für psychische Erkrankungen insgesamt beeinflussen. Befunde zur Rolle von Umweltfaktoren wie z.B. Luftverschmutzung oder Zugang zu Grünflächen mehren sich. Diese breite Perspektive macht deutlich, dass Prävention nicht nur beim Individuum ansetzen darf, sondern auch die Lebensbedingungen im Blick haben muss.

Drittens ist der Zeitverlauf über das Leben hinweg wichtig. Risiko- und Schutzfaktoren wirken je nach Lebensphase unterschiedlich. Frühe Erfahrungen, vorgeburtlich im Mutterleib und in der Kindheit, können langfristige Weichen stellen. Deshalb beginnt die Prävention psychischer Erkrankungen nicht erst in der Adoleszenz im Jugend- oder Erwachsenenalter, sondern bereits vor der Geburt und in den ersten Lebensjahren. In der Adoleszenz spielen Gleichaltrige, erste riskante Verhaltensweisen und auch Einsamkeit eine größere Rolle. Einsamkeit zeigt einen U-förmigen Verlauf über die Lebensspanne und betrifft vermehrt Jugendliche/junge Erwachsene sowie Hochaltrige [28, 29, 30]. Im Erwachsenenalter stehen Arbeit, Familie und soziale Teilhabe im Vordergrund. Im höheren Alter gewinnen Themen wie soziale Isolation und Einsamkeit oder körperliche Beeinträchtigungen an Bedeutung.

Schließlich lassen sich Faktoren danach unterscheiden, ob sie sehr spezifisch für einzelne Erkrankungen sind oder ob sie breit wirken. Einige Risikofaktoren betreffen vor allem bestimmte Störungen. Ein Beispiel dafür ist die Erhöhung des Risikos für psychotische Störungen durch Cannabiskonsum. Andere – wie chronischer Stress, traumatische Erfahrungen oder soziale Isolation – erhöhen das Risiko für viele verschiedene psychische Erkrankungen gleichzeitig. Diese Einordnung folgt etablierten *Public-Mental-Health*-Konzepten, insbesondere sozialökologischen Mehrebenenmodellen, der Lebensspannenperspektive sowie Ansätzen zu Risiko- und Schutzfaktoren und transdiagnostischen Mechanismen. Obgleich es einen erheblichen Wissensschatz zu Risiko- und Schutzfaktoren gibt, ist die Forschung dazu nicht abgeschlossen. Neue Herausforderungen für die psychische Gesundheit, wie zum Beispiel die Effekte von sozialen Medien und persönlichen KI-Begleitern auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit im Jugendalter, aber auch Entwicklung von Einsamkeit [31, 32], oder die Auswirkungen der Digitalisierung im Arbeitsumfeld bedürfen weiterer Forschung.

2.3. Vom Risiko- und Schutzfaktor zum Präventionsprogramm

Präventionsstrategien beruhen auf der systematischen Übersetzung identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren in konkrete präventive Interventionen. Dabei lassen sich verschiedene Präventionsarten unterscheiden.

Die klassische Einteilung nach Caplan (1964) orientiert sich an Krankheitsstadien und unterscheidet Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention [33]. Die Primärprävention psychischer Störungen umfasst alle Maßnahmen, die auf die Verhinderung des erstmaligen Auftretens abzielen. Sekundärpräventive Maßnahmen fokussieren frühzeitige Erkennung und Intervention. Tertiärprävention zielt auf die Vermeidung von Folgeschäden psychischer Erkrankungen. Die Begriffe Primärprävention und Gesundheitsförderung werden oft in einem Atemzug genannt. Beide Begriffe stellen unterschiedliche Blickwinkel auf dasselbe Ziel dar, nämlich Erkrankungen vorzubeugen. Prävention betont dabei die Reduktion von Risikoverhalten und Risikofaktoren in Person und Umwelt, Gesundheitsförderung hebt auf die Stärkung von Ressourcen und gesundheitsunterstützenden Umwelten ab.

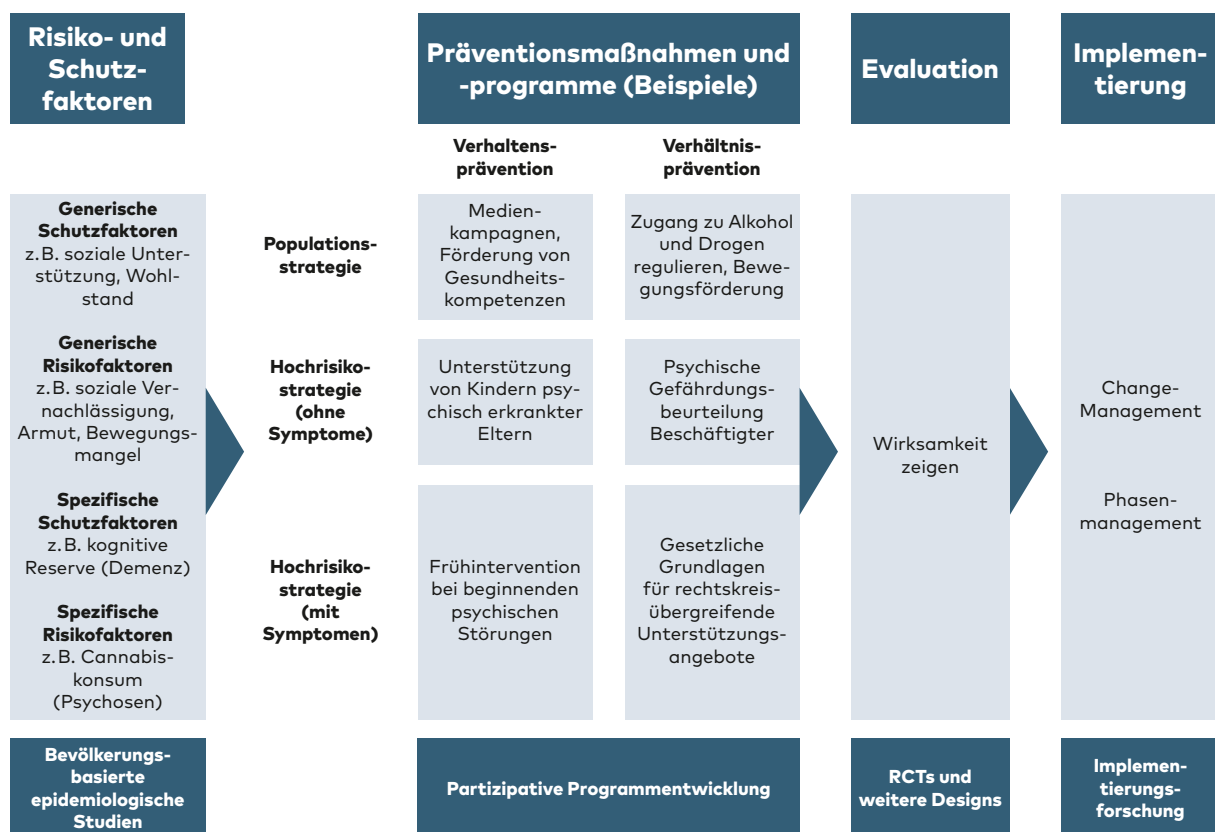


Abbildung 1: Vom Risiko- und Schutzfaktor zum Präventionsprogramm

Ergänzend differenziert der risikoorientierte Ansatz nach Gordon (1983) zwischen universeller, selektiver und indizierter Prävention [34]. Universelle Präventionsmaßnahmen sind dabei auf die gesamte Population gerichtet (z.B. schulbasierte Programme oder bevölkerungsweite Brain-Health-Kampagnen). Davon abgrenzen lassen sich Präventionsmaßnahmen, die sich ausschließlich an eine bestimmte Ziel- oder Risikogruppe wenden. Bei diesen Programmen gibt es zwei Arten: Ist diese

Risikogruppe symptomfrei (wie z.B. die Kinder psychisch erkrankter Eltern, Menschen mit erhöhtem Demenzrisiko), spricht man von einer selektiven Prävention. Weist die Risikogruppe erste Symptome auf (z.B. Personen mit möglichen Prodromalsymptomen einer Psychose), sprechen wir von indizierter Prävention. Für eine moderne Public-Mental-Health-Strategie ist die Kombination beider Logiken entscheidend [35].

Zudem wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Während Verhaltensprävention auf individuelle Veränderungen abzielt, adressiert Verhältnisprävention die strukturellen Bedingungen psychischer Gesundheit. Auch im Hinblick auf psychische Störungen müssen Verhaltensprävention (z.B. Programme zur Stressreduktion, Elterntrainings) und Verhältnisprävention (z.B. gesetzliche Regelungen zur psychischen Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz) Hand in Hand gehen.

Prävention und Gesundheitsförderung sind keine unspezifischen Handlungsfelder, sondern sie werden systematisch aus Evidenz zu Risiko- und Schutzfaktoren abgeleitet. Abbildung 1 veranschaulicht diese konkrete Übersetzung identifizierter Risiko- und Schutzfaktoren in präventive und gesundheitsfördernde Interventionen. Auf dieser Grundlage steht heute eine breite Palette evidenzbasierter wirksamer Präventionsprogramme zur Verfügung.

2.4. Gibt es wirksame Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit?

Meta-analytische Studien zeigen, dass Prävention psychischer Störungen grundsätzlich möglich ist. Universelle Prävention, die auf die Gesamtbevölkerung abzielt, umfasst beispielsweise schulbasierte Programme zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen. Diese erzielen in der Regel eher kleine Effekte auf die psychische Gesundheit, können jedoch aufgrund ihrer großen Reichweite auf Bevölkerungsebene eine relevante Wirkung entfalten [36]. Regulatorische Maßnahmen wie zum Beispiel die Einschränkung der Verfügbarkeit von Alkohol (Mindestalter, Preisgestaltung oder Verkaufsbeschränkungen) gehören zu den wirksamsten Instrumenten der Verhältnisprävention. Sie reduzieren nachweislich den Alkoholkonsum und alkoholbedingte Schäden [37, 38, 39] und tragen über eine Verzögerung des Erstkonsums sowie eine Senkung des Gesamtkonsums auch zur langfristigen Reduktion alkoholbezogener Störungen bei [40].

Selektive Prävention richtet sich an Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko und zeigt häufig stärkere Effekte, da sie spezifische Belastungen adressiert. Gut belegt sind beispielsweise Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern, die das Risiko für psychische Probleme signifikant reduzieren können [41]. *Parenting*-Interventionen in den ersten drei Lebensjahren können die kognitive, sprachliche und motorische Entwicklung von Kindern sowie das Erziehungsverhalten signifikant verbessern [42]. Langfristige Studien zu frühkindlichen Förderprogrammen bei Risikokindern belegen zudem, dass frühe Investitionen in kognitive und soziale Kompetenzen nachhaltige positive Effekte auf Lebensverläufe haben, einschließlich besserer psychosozialer Anpassung und geringerer Verhaltensprobleme im späteren Leben [43, 44].

Indizierte Prävention setzt bei Personen mit ersten subklinischen Symptomen an und gehört zu den am besten evaluierten und evidenzbasierten Ansätzen der Prävention psychischer Störungen. Hier können insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen – auch in digitaler Form – das Risiko für die Entwicklung manifester psychischer Störungen reduzieren. Für Personen

mit erhöhtem Psychoseerisiko (klinische Hochrisikozustände) liegen evidenzbasierte Interventionen vor, die Symptome und Funktionsniveau verbessern und das Risiko eines Übergangs in eine manifeste Psychose reduzieren können [45, 46, 47]. Deutschland hat mit dem Aufbau spezialisierter Früherkennungszentren und entsprechender Netzwerke eine wichtige Rolle in der Entwicklung und Implementierung von Ansätzen der Psychoseprävention eingenommen. Mit dem Netzwerk CARE (Computer-assistierte Risiko-Evaluation in der Früherkennung psychotischer Erkrankungen) wurden Früherkennung, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie systematisch verknüpft [48]. Die CARE-Initiative stellt einen wichtigen Versorgungsansatz für die strukturierte Früherkennung und personalisierte Versorgung von Personen mit klinischem Hochrisiko dar und trägt dazu bei, evidenzbasierte Psychoseprävention in die Versorgung zu implementieren [49].

Interventionen in frühen Krankheitsphasen verdeutlichen die enge Verzahnung von Prävention und Behandlung: Spezialisierte Versorgungsangebote bei ersten psychotischen Episoden (*First Episode Psychosis*) verbessern klinische und funktionelle Verläufe signifikant [50, 51]. Diese Ansätze sind der Sekundärprävention beziehungsweise Frühbehandlung zuzuordnen und zielen darauf ab, Krankheitsfolgen, Chronifizierung und soziale Beeinträchtigungen möglichst früh zu verhindern. Damit illustriert der Bereich der Psychosefrühintervention exemplarisch ein Kontinuum von Prävention und Behandlung – von der Identifikation vulnerabler Risikogruppen und der indizierten Prävention bei klinischem Hochrisikostatus bis zur evidenzbasierten Versorgung in frühen Krankheitsstadien. Die Evidenz zur Bedeutung früher Intervention ist eindeutig. Früh erkannte und behandelte psychische Störungen zeigen bessere Verläufe und geringere Chronifizierungsraten [46, 52]. Besondere Aufmerksamkeit erfordert die Transition von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie. Gerade im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, in dem viele psychische Störungen erstmals manifest werden, kommt es häufig zu Versorgungsabbrüchen. Der Ausbau transitionspezifischer Versorgungsangebote und eine verbindliche Vernetzung von kinder- und jugend- sowie erwachsenenpsychiatrischen Strukturen und niederschweligen Beratungsstrukturen sind deshalb zentrale Voraussetzungen für erfolgreiche Frühintervention und Sekundärprävention [53].

Insgesamt zeigt die Evidenz ein konsistentes Muster: Während universelle Maßnahmen vor allem durch ihre Reichweite und langfristige Effekte auf Bevölkerungsebene bedeutsam sind, weisen selektive und insbesondere indizierte Präventionsansätze die stärkste unmittelbare Wirksamkeit auf individueller Ebene auf.

Exkurs: Rückfallprophylaxe und die Vermeidung von Chronifizierung senkt Krankheitslast

Prävention umfasst nicht nur die Verhinderung von Neuerkrankungen, sondern auch im Sinne einer Tertiärprävention die Vermeidung von Rückfällen und Chronifizierung. Gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kommt der Tertiärprävention eine zentrale Bedeutung zu. Sie zielt darauf ab, Krankheitsverläufe zu stabilisieren, Rückfälle zu reduzieren und gesellschaftliche Teilhabe zu erhalten. Evidenzbasierte pharmakologische, psychotherapeutische und psychosoziale Interventionen können hierzu wirksam beitragen [54, 55, 56, 57, 58]. Insbesondere verbessern gemeindenahе und multiprofessionelle psychosoziale Angebote die soziale und berufliche Teilhabe sowie die langfristigen funktionellen Outcomes [59, 60]. Tertiärprävention ist damit ein evidenzbasierter Kernbestandteil psychiatrischer Versorgung und ein wichtiger und nicht zu unterschätzender Beitrag zur Reduktion langfristiger Krankheitslast.

3. Warum Deutschland sein Präventionspotenzial bislang nicht ausschöpft

Wir verfügen über eine solide wissenschaftliche Evidenzbasis zur Prävention psychischer Störungen [61, 62]. Dennoch bleibt deren Umsetzung strukturell unzureichend. Es besteht eine deutliche Diskrepanz zwischen Wissen und Handeln: Prävention ist bislang kein strategisch gesteuertes Politikfeld, sondern fragmentiert, projektförmig organisiert und in ihrer Reichweite begrenzt.

Ein zentrales Defizit ist das Fehlen einer kohärenten, langfristigen Gesamtstrategie. Bestehende Initiativen sind unzureichend aufeinander abgestimmt und entfalten nur begrenzte strukturelle Wirkung. Zudem dominiert eine verhaltenspräventive Logik, während zentrale strukturelle Determinanten psychischer Gesundheit wie soziale Ungleichheit, Arbeits- und Bildungsbedingungen wenig adressiert werden. Hinzu kommt ein ausgeprägtes Governance-Defizit: Zuständigkeiten sind über verschiedene Sozialgesetzbücher und politische Ebenen verteilt, eine übergeordnete Steuerung fehlt. Der Ansatz eines MHiAP ist in Deutschland bislang nicht institutionell verankert [63]. Psychische Gesundheit ist nach Einschätzung der WHO keine Randaufgabe des Gesundheitssystems mehr, sondern eine strategische Zukunftsaufgabe Europas [64].

Ein weiteres Kernproblem ist die mangelnde Verstetigung und Skalierung wirksamer Maßnahmen. Präventionsangebote bleiben häufig auf Modellprojekte beschränkt und werden nicht systematisch in die Regelversorgung überführt. Es fehlen nachhaltige Finanzierungsmechanismen, standardisierte Implementierungsstrategien und eine systematische Förderung von Implementationsforschung.

Besonders deutlich werden diese Defizite an Beispielen, die folgend ausgeführt werden sollen:

1. Das Jugend- und junge Erwachsenenalter ist eine Schlüsselphase für die Prävention psychischer Störungen. Die Mehrzahl psychischer Erkrankungen beginnt vor dem 25. Lebensjahr, gleichzeitig werden in dieser Lebensphase wichtige Weichen für Bildung, soziale Teilhabe und berufliche Entwicklung gestellt. Dennoch bestehen entlang der gesamten Präventionskette erhebliche Defizite. Bereits im Bereich der Gesundheitsförderung und universellen Prävention werden Schulen, Hochschulen, Kommunen und digitale Lebenswelten bislang nur unzureichend als Orte der Förderung psychischer Gesundheit genutzt. Evidenzbasierte Programme zur Stärkung sozial-emotionaler Kompetenzen, Resilienz und psychischer Gesundheitskompetenz erreichen bislang nur einen kleinen Teil der jungen Menschen. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass solche Ansätze positive Effekte auf Wohlbefinden, Resilienz und psychische Symptome erzielen können und aufgrund ihrer hohen Reichweite ein relevantes Potenzial auf Bevölkerungsebene entfalten [36].

Auch im Bereich der selektiven und indizierten Prävention bestehen erhebliche Versorgungslücken. Junge Menschen mit erhöhtem Risiko oder ersten psychischen Symptomen werden häufig nicht rechtzeitig erkannt oder erhalten keine angemessene Unterstützung. Die Schnittstellen zwischen Kinder- und Jugendhilfe, Bildungssystem, Eingliederungshilfe und Gesundheitsversorgung sind vielfach unzureichend koordiniert. Besonders kritisch ist der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie, der häufig mit Behandlungsabbrüchen, dem Verlust therapeutischer Beziehungen und mit Versorgungslücken verbunden ist. Gerade in dieser vulnerablen Entwicklungsphase erhalten viele junge Menschen dadurch nicht die Unterstützung, die sie benötigen [65].

Die *Lancet Commission for Youth Mental Health* empfiehlt deshalb den Ausbau sogenannter *Integrated Youth Mental Health Services* (IYMHS) als integrierten Ansatz, der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung, Frühintervention und Behandlung miteinander verbindet [53]. In diesen Modellen werden niedrigschwellige Beratungsangebote, Peer-Unterstützung, kinder- und jugendpsychiatrische sowie erwachsenenpsychiatrische Versorgung und sozialraumorientierte Hilfen unter einem Dach zusammengeführt. Internationale Modelle wie *headspace* zeigen, dass solche Strukturen eine hohe Reichweite erzielen und klinisch relevante Verbesserungen bewirken können [66, 67]. Mittlerweile existieren IYMHS-Angebote in rund 20 Ländern [53]. Das niederländische Modell *@ease* wurde von der OECD als „Best Practice“ ausgezeichnet [62]. Europäische Initiativen wie *YOUTHreach* [68] sowie erste deutsche Projekte wie *soulspace* verdeutlichen, dass diese Ansätze auch im europäischen und deutschen Kontext umsetzbar sind [69]. Sie zeigen exemplarisch, wie Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung entlang eines kontinuierlichen, lebensphasengerechten Versorgungspfades integriert werden können.

Für einzelne Hochrisikokonstellationen, insbesondere im Bereich psychotischer Störungen, liegen evidenzbasierte Ansätze der Früherkennung und Frühintervention vor [46]. Deutschland hat mit dem Aufbau spezialisierter Früherkennungszentren und entsprechender Netzwerke wichtige Strukturen für die frühe Identifikation und Versorgung junger Menschen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko geschaffen. Diese Ansätze sollten weiterentwickelt, wissenschaftlich evaluiert und nachhaltig finanziert werden. Deutschland hat den Aufbau europäischer Netzwerke zur Früherkennung und Frühintervention psychischer Störungen maßgeblich mit vorangetrieben. Aktuelle Initiativen stärken die Zusammenarbeit von Forschung und Versorgung über nationale Grenzen hinweg.

2. Ein weiteres Beispiel für das Umsetzungsdefizit betrifft Kinder von psychisch und suchterkrankten Eltern. Sie gehören mit einem deutlich erhöhten Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Störungen zu den wichtigsten Zielgruppen selektiver Prävention. Schätzungsweise 3 bis 4 Mio. Kinder und Jugendliche in Deutschland wachsen mit einem psychisch oder suchterkrankten Elternteil auf. Obwohl für familienorientierte Präventionsprogramme eine gute Evidenz vorliegt und die *Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchterkrankter Eltern* (AG KpkE) bereits 2019 insgesamt 19 Empfehlungen zur Verbesserung der Situation dieser Kinder und ihrer Familien vorgelegt hat, wurden diese bislang nur teilweise umgesetzt [70]. Die Versorgung bleibt durch Zuständigkeitsgrenzen zwischen Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe sowie weiteren Sozialleistungssystemen fragmentiert. Das *Bündnis KipsFam* hat deshalb in seinem Appell „Hinsehen – schützen – stärken“ (2025) erneut auf den Handlungsbedarf hingewiesen [71]. Erforderlich sind sozialgesetzbuchübergreifende, familienorientierte und koordinierte Unterstützungsangebote sowie gemeinschaftsfinanzierte Komplexleistungen, die bestehende Schnittstellen überwinden und Hilfen „wie aus einer Hand“ ermöglichen. Die im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD festgehaltene Erprobung der Ausweitung Früher Hilfen für Kinder im Alter von 4 bis 6 Jahren stellt hier einen wichtigen Ansatzpunkt dar [72]. Das Beispiel verdeutlicht exemplarisch, dass die Herausforderung weniger im Fehlen wirksamer Interventionen als vielmehr in ihrer strukturellen Verankerung und nachhaltigen Finanzierung liegt.

3. Ein weiteres zentrales Zukunftsfeld ist die Förderung der Gehirngesundheit (Brain Health) über die gesamte Lebensspanne. Demenzprävention bildet dabei einen wichtigen Anwendungsbereich eines umfassenden Brain-Health-Ansatzes. Die Evidenz zeigt, dass ein erheblicher Anteil der Demenzfälle mit modifizierbaren Risikofaktoren wie körperlicher Inaktivität, Übergewicht, sozialer Isolation, Hörminderung sowie unzureichend kontrolliertem Blutdruck oder Blutzucker assoziiert ist [18]. Viele dieser Faktoren wirken bereits in frühen und mittleren Lebensphasen und verdeutlichen die Notwendigkeit einer an der Lebensspanne orientierten Präventionsstrategie. Multimodale Interventionen für Risikopersonen, die mehrere Risikofaktoren gleichzeitig adressieren, wurden international und in Deutschland erfolgreich evaluiert [73, 74, 75]. Darüber hinaus werden in Ländern wie den Niederlanden bevölkerungsbezogene Brain-Health-Kampagnen und digitale Unterstützungsangebote wie die *MijnBreincoach*-App bereits umgesetzt [76]. In Deutschland fehlt bislang eine vergleichbare nationale Brain-Health-Strategie, die individuelle Verhaltensänderungen mit verhältnispräventiven Maßnahmen in den Bereichen Bildung, Arbeitswelt, Soziale Teilhabe, Hörgesundheit und Kardiovaskuläre Gesundheit systematisch verbindet.

Auch im Bereich der Suizidprävention bestehen erhebliche Umsetzungsdefizite. Obwohl für zahlreiche Maßnahmen – darunter die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmethoden, Schulungen von Gatekeepern, Krisendienste, Nachsorgeprogramme nach Suizidversuchen sowie Medienleitlinien zur Berichterstattung über Suizide – eine gute Evidenz vorliegt [77, 78], fehlt in Deutschland bislang eine flächendeckend implementierte und nachhaltig finanzierte Präventionsstruktur. Mit der Verabschiedung des Bundestagsbeschlusses *Suizidprävention stärken*, der Nationalen Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung [79] sowie dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention wurden wichtige politische Schritte eingeleitet. Ihre langfristige Finanzierung, gesetzliche Verankerung und flächendeckende Umsetzung stehen jedoch noch aus.

Im Bereich Monitoring bestehen erhebliche Defizite. Ein umfassendes Public-Mental-Health-Monitoring fehlt bislang, und psychische Gesundheit ist im bestehenden NCD-Monitoring (Monitoring of Noncommunicable Diseases) des Robert Koch-Instituts nur unzureichend abgebildet. Zentrale Indikatoren zu psychischer Gesundheit, psychischen Störungen, Risikofaktoren und zur Inanspruchnahme von Hilfen werden nicht kontinuierlich erfasst, sodass datengestützte Planung, Steuerung und Evaluation von Präventionsmaßnahmen nur eingeschränkt möglich sind. Zwar lieferten bevölkerungsrepräsentative Erhebungen wie die Bundes-Gesundheitssurveys und die *DEGS-Mental-Health*-Studien wichtige Erkenntnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland [4], eine kontinuierliche Fortführung dieser Erhebungen erfolgte jedoch nicht. Der Ausbau einer nachhaltigen *Mental-Health-Surveillance* am Robert Koch-Institut ist daher von zentraler Bedeutung [80].

Gleichzeitig bleiben Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung dynamische Forschungsfelder. Ein positives Beispiel für die Förderung von Gesundheitskompetenz ist *Mental Health First Aid* (MHFA): Das Programm befähigt Laien, etwa Angehörige, psychische Krisen früh zu erkennen, angemessen anzusprechen und Betroffene gezielt in Behandlung zu bringen. Die Effekte von MHFA auf Wissen, Einstellungen und Handlungsbereitschaft der Teilnehmenden sind bereits gut belegt; Forschungsbedarf besteht vor allem hinsichtlich der Wirkung auf die betroffenen Personen selbst.

Es besteht weiterhin Bedarf an der Identifikation neuer Risiko- und Schutzfaktoren (z.B. Applikationen künstlicher Intelligenz in Form von täglichen Begleitern oder dem Klimawandel), der Weiterentwicklung von validen Früherkennungsinstrumenten für psychiatrische Erkrankungen, an der Entwicklung innovativer präventiver Interventionen sowie an einer stärkeren Implementationsforschung. Besonders sichtbar wird dies im Bereich digitaler Prävention: Trotz wachsender Evidenz fehlt es bislang an systematischen Implementierungsstrategien, nachhaltigen Finanzierungsmodellen und einer konsequenten Berücksichtigung digitaler Umgebungen als relevante Lebenskontexte für Gesundheitsförderung und Prävention.

Die Defizite liegen primär auf struktureller Ebene: mangelnde Koordination, unzureichende politische Priorisierung, fehlende Verstetigung sowie Defizite in Monitoring und Implementierung. Ausbaufähig sind zudem die Niedrigschwelligkeit präventiver Angebote und die Berücksichtigung der besonderen Schutzbedürfnisse von Kindern und Jugendlichen. Besonders unterentwickelt sind verhältnispräventive Ansätze, lebensphasen- und settingspezifische Strategien sowie sozialgesetzbuchübergreifende, familien- und lebensweltorientierte Unterstützungsstrukturen. Insbesondere fehlen vielfach koordinierte Komplexleistungen über die Grenzen einzelner Sozialgesetzbücher hinweg, wodurch z.B. Brüche an den Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe und weiteren Unterstützungssystemen entstehen. Um das vorhandene Wissen wirksam zu nutzen, ist ein systemischer Ansatz gefragt: eine nationale Gesamtstrategie, die Verankerung von MHiAP, ein leistungsfähiges Monitoring sowie nachhaltige, unbürokratische Finanzierungs-, Implementierungs- und Evaluationsstrukturen. Hierzu gehören auch sektorenübergreifende und gemeinschaftsfinanzierte Komplexleistungen, die bedarfsgerechte Hilfen „wie aus einer Hand“ ermöglichen.

4. Die Rolle der DGPPN

Die Umsetzung einer wirksamen Präventionsstrategie für psychische Gesundheit erfordert starke institutionelle Akteure, die wissenschaftliche Evidenz, Versorgungspraxis und Gesundheitspolitik miteinander verbinden. Der DGPPN kommt hierbei eine zentrale Rolle zu. Als größte Fachgesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde in Deutschland verfügt sie über die notwendige Expertise, Reichweite und Legitimation, um Prävention und Gesundheitsförderung systematisch voranzubringen und einen Beitrag zur Förderung psychischer Gesundheit zu leisten.

Erstens übernimmt die DGPPN eine zentrale Funktion in der Bündelung und Weiterentwicklung wissenschaftlicher Evidenz. Sie trägt dazu bei, den aktuellen Stand der Forschung zu synthetisieren, Forschungslücken zu identifizieren und evidenzbasierte Empfehlungen zu formulieren. Insbesondere im Bereich *Public Mental Health* kann die DGPPN mit ihren Fachreferaten *Public Mental Health* und *Prävention* Impulse setzen und die Bedeutung präventiver Ansätze zur Stärkung der psychischen Gesundheit in den wissenschaftlichen Diskurs einbringen.

Zweitens spielt die DGPPN eine wichtige Rolle in der Leitlinienentwicklung. Durch die Integration präventiver Ansätze in evidenzbasierte Leitlinien kann Prävention systematisch in die klinische Praxis eingebettet werden. Leitlinien sind ein zentraler Hebel, um Prävention von einem optionalen Zusatz zu einem festen Bestandteil evidenzbasierter Versorgung zu machen.

Drittens ist die DGPPN ein zentraler Akteur in der Politikberatung. Sie kann evidenzbasierte Positionen in gesundheitspolitische Prozesse einbringen und zur Entwicklung einer nationalen Präventionsstrategie beitragen.

Viertens trägt die DGPPN zur Fort- und Weiterbildung bei. Prävention muss stärker in die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Gesundheitsberufen integriert werden. Die DGPPN wird im Rahmen ihrer Kongressangebote zur Fortbildung und ihrer Akademie Fortbildungsangebote bereitstellen, um präventive Kompetenzen systematisch zu stärken.

Fünftens hat die DGPPN eine wichtige Vernetzungsfunktion. Prävention psychischer Gesundheit erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren und Akteure. Die DGPPN kann als Plattform dienen, um Wissenschaft, Versorgung, Politik und Gesellschaft zusammenzubringen und gemeinsame Strategien, wie z. B. MHiAP, zu entwickeln.

Sechstens bringt die DGPPN die Perspektive der Prävention psychischer Störungen aktiv in europäische und internationale Netzwerke ein. Über ihre Beteiligung an der vom WHO-Regionalbüro für Europa initiierten *Public Health Innovation Platform* wirkt sie daran mit, innovative Ansätze, digitale Lösungen und sektorenübergreifende Strategien für die öffentliche Gesundheit weiterzuentwickeln. Die DGPPN setzt sich dabei dafür ein, dass die Förderung psychischer Gesundheit und die Prävention psychischer Störungen als zentrale Handlungsfelder der europäischen Public-Health-Agenda verankert werden. Gleichzeitig eröffnet die Plattform die Möglichkeit, internationale Erfahrungen und erfolgreiche Modelle für Prävention, Implementierung und Versorgung nach Deutschland zu transferieren und den nationalen Diskurs mitzugestalten.

Insgesamt ergibt sich daraus eine klare Rolle: Die DGPPN ist aktive Gestalterin einer zukunftsorientierten Präventionsstrategie. Sie kann entscheidend dazu beitragen, Prävention psychischer Störungen in Deutschland von einem randständigen Thema zu einem zentralen Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

5. Politische Kernforderungen der DGPPN

Die vorliegenden Analysen zeigen: Prävention psychischer Störungen ist wirksam, evidenzbasiert und gesellschaftlich hoch relevant. Das zentrale Problem in Deutschland ist kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsdefizit. Prävention ist bislang weder systematisch gesteuert noch ausreichend finanziert noch konsequent in die Versorgung und andere Politikfelder integriert. Daraus leitet die DGPPN folgende prioritäre gesundheitspolitische Maßnahmen ab:

- 1. Psychische Gesundheit und Prävention psychischer Störungen muss mit klaren Zielgrößen gefördert werden, Zuständigkeiten und Rechenschaftspflichten müssen integrale Bestandteile einer zu etablierenden nationalen Präventionsstrategie sein.**

Deutschland benötigt eine langfristig angelegte nationale Strategie zur Förderung psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Störungen mit klaren Zielgrößen, Zuständigkeiten, Indikatoren und Berichtspflichten. Die ressortübergreifende Steuerung sollte auf Bundesebene verbindlich verankert und unter Einbeziehung von Ländern und Kommunen umgesetzt werden.

- 2. Prävention psychischer Störungen muss gesetzlich gestärkt und finanziell nachhaltig verankert werden. Das neue Präventionsgesetz muss diese Aspekte aufgreifen.**

Die bestehenden gesetzlichen Grundlagen, insbesondere das Präventionsgesetz, müssen weiterentwickelt und stärker auf psychische Gesundheit ausgerichtet werden und das gesamte Spektrum präventiver Ansätze umfassen. Evidenzbasierte Präventionsmaßnahmen benötigen eine nachhaltige Finanzierung durch Sozialversicherungsträger sowie Bundes-, Landes- und kommunale Mittel. Projektförderungen müssen durch dauerhafte Implementierungsstrukturen ergänzt werden.

- 3. Psychische Gesundheit ist im Sinne eines „Mental Health in All Policies“-Ansatzes verbindlich und konkret in allen relevanten Politikfeldern durch die Entwicklung und Implementierung einer ressortübergreifenden Whole-of-Government-Strategie zu berücksichtigen.**

Psychische Gesundheit muss in allen relevanten Politikfeldern strukturiert berücksichtigt werden. Dazu gehören insbesondere Bildung, Familie, Jugend, Arbeit, Soziales, Umwelt, Stadtentwicklung, Digitalpolitik und Pflege. Die Auswirkungen politischer Entscheidungen auf die psychische Gesundheit sollten systematisch geprüft werden. Hierzu bedarf es einer missions-orientierten Erarbeitung einer konkreten und bürokratiearmen Implementierungs- und Monitoringstrategie.

- 4. Gesundheitsförderung, Früherkennung und Frühintervention bei jungen Menschen muss ausgebaut werden.**

Schulen, Hochschulen, Kommunen und digitale Lebenswelten müssen systematisch als Orte der Förderung psychischer Gesundheit genutzt werden. Evidenzbasierte Programme zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen, psychischer Gesundheitskompetenz und Resilienz sollten flächendeckend verfügbar sein. Gleichzeitig sind niedrigschwellige Früherkennungszentren und integrierte Modelle im Sinne von YMHS flächendeckend zu implementieren und nachhaltig zu finanzieren.

5. Familienorientierte Prävention muss gestärkt werden, Kinder psychisch und suchterkrankter Eltern müssen systematisch unterstützt und rechtskreisübergreifende Grundlagen geschaffen werden.

Familien mit psychisch erkrankten Eltern benötigen eine koordinierte und familienorientierte Versorgung, die bestehende Schnittstellenprobleme überwindet. Dies erfordert eine Systemveränderung hin zu einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit von Gesundheits-, Jugendhilfe-, Bildungs- und Sozialsystem. Die im Koalitionsvertrag vorgesehene Weiterentwicklung der Frühen Hilfen kann hierfür wichtige Impulse setzen [72].

6. Brain Health und Demenzprävention muss systematisch gefördert werden.

Die Förderung der Gehirngesundheit über die gesamte Lebensspanne sollte ein zentraler Bestandteil nationaler Präventionspolitik werden. Bevölkerungsbezogene Strategien zur Reduktion modifizierbarer Risikofaktoren, multimodale Interventionen für Risikogruppen sowie digitale Unterstützungsangebote sind auszubauen und nachhaltig zu implementieren.

7. Die Nationale Suizidpräventionsstrategie ist flächendeckend, nachhaltig und dauerhaft finanziert umzusetzen, gesetzlich zu verankern und als Teil der nationalen Präventionsstrategie zur Förderung psychischer Gesundheit zu verstehen.

Die Nationale Suizidpräventionsstrategie muss flächendeckend, nachhaltig und dauerhaft finanziert umgesetzt und im Rahmen des ausstehenden Suizidpräventionsgesetzes rechtlich verankert werden. Evidenzbasierte Maßnahmen wie Krisendienste, Nachsorgeprogramme nach Suizidversuchen, Gatekeeper-Schulungen, Medienleitlinien zur Suizidberichterstattung, Einschränkungen des Zugangs zu Suizidmethoden sowie niedrigschwellige Hilfsangebote sollten bundesweit verfügbar sein.

8. Monitoring, Implementierung und Präventions-, Evaluations- und Implementierungsforschung müssen strategisch ausgebaut werden.

Deutschland benötigt ein leistungsfähiges Public-Mental-Health-Monitoring mit regelmäßiger Berichterstattung, belastbaren Indikatoren und einer systematischen Verknüpfung von Bevölkerungs-, Versorgungs- und Routinedaten. Gleichzeitig bedarf es einer nachhaltigen Stärkung der Präventions-, Implementations- und Evaluationsforschung. Neben der Überführung wirksamer Interventionen in die Regelversorgung müssen neue Risiko- und Schutzfaktoren sowie innovative Präventionsansätze systematisch untersucht werden. Evidenzbasierte psychosoziale Interventionen sollten konsequent implementiert werden, um Chronifizierung zu verhindern, Teilhabe zu fördern und die langfristige Krankheitslast psychischer Störungen zu reduzieren.

6. Fazit und Call to Action

Psychische Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe, wirtschaftliche Leistungsfähigkeit und individuelle Lebensqualität. Gleichzeitig sind psychische Störungen weit verbreitet, verursachen erhebliche Krankheitslast und sind in einem substantiellen Anteil vermeidbar.

Die Evidenz ist klar: Prävention ist wirksam, in vielen Bereichen kosteneffektiv und über den Lebensverlauf hinweg umsetzbar. Wir wissen, welche Risikofaktoren relevant sind und welche Interventionen wirken – dennoch bleibt ihr Potenzial in Deutschland weitgehend ungenutzt.

Das zentrale Problem ist kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsdefizit. Prävention ist bislang nicht systematisch in Strukturen, Finanzierung und politische Steuerung integriert. Stattdessen dominieren fragmentierte, projektbasierte Ansätze ohne nachhaltige Wirkung.

Daraus ergibt sich ein klarer Handlungsauftrag: Prävention psychischer Störungen muss von einem randständigen Thema zu einer zentralen Säule der Gesundheits- und Sozialpolitik werden. Dies erfordert eine langfristige Strategie, strukturelle Verankerung und die konsequente Umsetzung evidenzbasierter Maßnahmen.

Die gesellschaftlichen Herausforderungen – demografischer Wandel, Veränderungen der Arbeitswelt und zunehmende psychosoziale Belastungen – werden den Handlungsdruck weiter erhöhen. Gleichzeitig besteht die Chance, vorhandenes Wissen in wirksame Strukturen und Governance zu übersetzen. Die DGPPN ist bereit, diesen Prozess aktiv mitzugestalten.

Die Prävention psychischer Störungen und die Förderung psychischer Gesundheit sind keine Option – sie sind eine Notwendigkeit. Jetzt gilt es, Evidenz in konsequentes Handeln zu überführen und nachhaltig auszubauen.

Literatur

1. Knapp M, McDaid D, Parsonage M (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. London: Department of Health.
2. Ha NT, Huong NT, Anh VN et al. (2022) Modelling in economic evaluation of mental health prevention: current status and quality of studies. *BMC Health Services Research* 22:1-19
3. OECD (2026) The Economic Case for Preventing Mental Ill Health. oecd.org/content/dam/oe.cd/en/publications/reports/2026/04/the-economic-case-for-preventing-mental-ill-health_d35fd6ec/16668f16-en.pdf. Zugriffen: 15.06.2026
4. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23:304-319
5. Cohrdes C, Hapke U, Nübel J et al. (2022) Psychische Gesundheit in Deutschland – Fokus: Depression und kognitive Leistungsfähigkeit (Erkennen – Bewerten – Handeln, Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene). edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/9259/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Zugriffen: 15.06.2026
6. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J et al. (2023) Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry* 10:668-681
7. Walther L, Vogelgesang F, Schaffrath Rosario A et al. (2025) Depressive and anxiety symptoms among adults in Germany: Results from the RKI Panel 'Health in Germany' 2024. *Journal of Health Monitoring* 10:e13573
8. Reiß F, Behn S, Erhart M et al. (2024) Subjective health and psychosomatic complaints of children and adolescents in Germany: Results of the HBSC study 2009/10 – 2022. *Journal of Health Monitoring* 9:7-22
9. Sacco R, Camilleri N, Eberhardt J et al. (2024) A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry* 33:2877-2894
10. Uher R, Pavlova B, Radau J et al. (2023) Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies. *World Psychiatry* 22:433-448
11. United Nations (General Assembly) (2018) Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases: resolution / adopted by the General Assembly. digitallibrary.un.org/search?f1=author&as=1&sf=title&so=a&rm=&m1=e&p1=UN.+General+Assembly.+High-Level+Meeting+of+Heads+of+State+and+Government+on+the+Prevention+and+Control+of+Noncommunicable+Diseases+%282018+%3A+New+York%29&ln=en. Zugriffen: 15.06.2026
12. Riedel-Heller SG, Reininghaus U, Schomerus G (2023) Public Mental Health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 66:356-362
13. Porst M, von der Lippe E, Leddin J et al. (2022) The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level: Results in Terms of Disability-adjusted Life Years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. *Deutsches Ärzteblatt International* 119:785-792
14. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A et al. (2019) The Lancet Psychiatry Commission: A Blueprint for Protecting Physical Health in People with Mental Illness *The Lancet Psychiatry* 6:675-712
15. Melzner L, Kröger C (2024) Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen – ökonomische, individuelle und behandlungsspezifische Aspekte. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 67:751-759
16. OECD & European Observatory on Health Systems and Policies (2023) Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU. health.ec.europa.eu/system/files/2023-12/2023_chp_de_german.pdf. Zugriffen: 15.06.2026
17. Vigo D, Thornicroft G, Atun R (2016) Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry* 3:171-178
18. Livingston G, Huntley J, Liu KY et al. (2024) Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *The Lancet* 404:572-628
19. Blotenberg I, Hoffmann W, Thyrian JR (2023) Dementia in Germany: Epidemiology and Prevention Potential. *Deutsches Ärzteblatt International* 120:470-476
20. Deutscher Bundestag 7. Wahlperiode Drucksache 7/4200 (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. dserver.bundestag.de/btd/07/042/0704201.pdf. Zugriffen: 15.06.2026
21. Wissenschaftsrat (2026) Für Prävention und Gesundheitsförderung handeln in Wissenschaft, Versorgung und Gesellschaft: Positionspapier. wissenschaftsrat.de/download/2026/3003-26.pdf?__blob=publicationFile&v=15. Zugriffen: 15.06.2026
22. Menon A, Kavanagh NM, Falkenbach M et al. (2025) The role of health and health systems in shaping political engagement and rebuilding trust in democratic institutions. *The Lancet Regional Health – Europe* 53:101326
23. Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86:103-126
24. Nuechterlein KH, Dawson ME (1984) A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin* 10:300-312

25. Engel GL (1977) The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science* 196:129–136
26. Bronfenbrenner U (1979) *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
27. Leijdesdorff S, van Doesum K, Popma A et al. (2017) Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry* 30:312–317
28. Shovestul B, Han J, Germine Laura et al. (2020) Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLoS One* 15:e0229087
29. Graham EK, Beck ED, Jackson K et al. (2024) Do We Become More Lonely With Age? A Coordinated Data Analysis of Nine Longitudinal Studies. *Psychological Science* 35:579–596
30. Riedel-Heller SG, Hajek A, König H-H (2026) Das leise Risiko: Einsamkeit und Gesundheit. *Psychiatrische Praxis* 53:207–211
31. Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN et al. (2019) Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. *JAMA Psychiatry* 76:1266–1273
32. Roberts JA, Young PD, David ME (2026) The Epidemic of Loneliness: A 9-Year Longitudinal Study of the Impact of Passive and Active Social Media Use on Loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin* 52:1111–1125
33. Caplan G (1964) *Principles of Preventive Psychiatry*. London: Tavistock Publications.
34. Gordon RS (1983) An Operational Classification of Disease Prevention. *Public health reports* 98:107–109
35. Stephan J, Gehrmann J, Sinha M et al. (2025) A Scoping Review of Prevention Classification in Mental Health: Examining the Application of Caplan's and Gordon's Prevention Frameworks (2018–2024). *Journal of Prevention* 46:427–454
36. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB et al. (2011) The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development* 82:405–432
37. Anderson P, Christholm D, Fuhr DC (2009) Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The Lancet* 373:2234–2246
38. World Health Organization (2020) Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1cba1d3a-29b6-407e-9b3e-250753af02ae/content. Zugegriffen: 15.06.2026
39. World Health Organization (2024) Global alcohol action plan 2022–2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content. Zugegriffen: 15.06.2026
40. Hingson RW, Heeren T, Winter MR (2006) Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence: Age at Onset, Duration, and Severity. *JAMA Pediatrics* 160:739–746
41. Siegenthaler E, Munder T, Egger M (2012) Effect of Preventive Interventions in Mentally Ill Parents on the Mental Health of the Offspring: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51:8–17.e18
42. Jeong J, Franchett EE, Ramos de Oliveira CV et al. (2021) Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLOS medicine* 18:e1003602
43. Black MM, Walker SP, Fernald LCH et al. (2017) Early childhood development coming of age: science through life course. *The Lancet* 389:77–90
44. Heckman JJ, Moon SH, Pinto R et al. (2010) The rate of return to the HighScope Perry Preschool Program. *Journal of Public Economics* 9:114–128
45. Mei C, an der Gaag Mv, Nelson B et al. (2021) Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis. *Clinical Psychology Review* 86:1–16
46. Minichino A, Davies C, Karpenko O et al. (2025) Preventing psychosis in people at clinical high risk: an updated meta-analysis by the World Psychiatric Association Preventive Psychiatry section. *Molecular Psychiatry* 30:2773–2782
47. Theodoridou A, Kurniati Ambarini T, Schultze-Lutter F (2026) Die jüngsten Entwicklungen in der Früherkennung und Frühbehandlung von klinischen Hochrisikostadien von Psychosen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* (Epub ahead of print)
48. LVR-Klinikum Düsseldorf (2026) CARE – Computer-assistierte Risiko-Evaluation in der Früherkennung psychotischer Erkrankungen. care-network.eu/projekt/. Zugegriffen: 18.06.2026
49. Schultze-Lutter F, Wrulich M (2025) Früherkennung und Behandlung von Psychosen. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie* 26:34–41

50. Correll CU, Galling B, Pawar A et al. (2018) Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry* 75:555–565
51. Salazar de Pablo G, Guinart D, Armendariz A et al. (2024) Duration of Untreated Psychosis and Outcomes in First-Episode Psychosis: Systematic Review and Meta-analysis of Early Detection and Intervention Strategies. *Schizophrenia Bulletin* 50:771–783
52. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM (2017) Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry* 16:251–265
53. McGorry PD, Mei C, Dalal N et al. (2024) The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry* 11:731–774
54. Leucht S, Tardy M, Komossa K et al. (2012) Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 379:2063–2071
55. Sim K, Lau WK, Sim J et al. (2016) Prevention of Relapse and Recurrence in Adults with Major Depressive Disorder: Systematic Review and Meta-Analyses of Controlled Trials. *International Journal of Neuropsychopharmacology* 19:1–13
56. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. (2018) Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 28:21–30
57. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS et al. (2016) Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse. *JAMA Psychiatry* 73:565–574
58. Gühne U, Weinmann S, Becker T et al. (2025) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (V3.0). register.awmf.org/assets/guidelines/038-020I_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2025-12.pdf. Zugriffen: 17.06.2026
59. Metcalfe JD, Drake RE, Bond GR (2018) Economic, Labor, and Regulatory Moderators of the Effect of Individual Placement and Support Among People With Severe Mental Illness: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 44:22–31
60. Gühne U, Weinmann S, Prestin E et al. (2025) S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ 3.0 – Wege zu Recovery / Editorial. *Psychiatrische Praxis* 52:413–415
61. Fusar-Poli P, Correll CU, Arango C et al. (2021) Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry* 20:200–221
62. OECD (2025) Mental Health Promotion and Prevention: Best Practices in Public Health. oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/10/mental-health-promotion-and-prevention_a9090c86/88bbe914-en.pdf. Zugriffen: 15.06.2026
63. Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2025) Psychische Gesundheit als Schlüsselthema in der Politik: Empfehlungen der Arbeitsgruppe Psychische Gesundheit. bvpraevention.de/newbv/images/Publikationen/BVPG_Empfehlungen_2025_AG_Psychische_Gesundheit.pdf. Zugriffen: 15.06.2026
64. World Health Organization – Regional Office for Europe (2025) Europäischer Gesundheitsbericht 2024: Gesundheit ganz oben auf der Tagesordnung. Wesentliche Perspektiven. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/1a20af12-b1e2-4874-a29e-67da84838d65/content. Zugriffen: 15.06.2026
65. Zhao R, Amanvermez Y, Pei J et al. (2025) Research Review: Help-seeking intentions, behaviors, and barriers in college students – a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* 66:1593–1605
66. Rickwood D, McEachran J, Saw A et al. (2023) Sixteen years of innovation in youth mental healthcare: Outcomes for young people attending Australia's headspace centre services. *PLOS ONE* 18:e0282040
67. Boonstra A, van Amelsvoort TAMJ, Klaassen RMC et al. (2024) Evaluating changes in functioning and psychological distress in visitors of the @ease youth mental health walk-in centres. *BMJ Open* 10:1–9
68. van Amelsvoort T, Boonstra A, Lekadir K et al. (2026) Bridging gaps in youth mental health care: YOUTHreach – a comprehensive European strategy. *European Child & Adolescent Psychiatry*
69. Bechdolf A, Correll CU, Hellenschmidt T et al. (2025) Integrated Youth Mental Health Services – niederschwellige, integrierte Angebote für junge Menschen in psychischen Krisen, Internationale Erfahrungen und die aktuelle Situation in Deutschland. *Nervenarzt* 96:557–563

70. AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. (2020) Abschlussbericht Arbeitsgruppe Kinder psychisch- und suchtkranker Eltern. [ag-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf](https://www.afet-kpke.de/wp-content/uploads/2020/02/Abschlussbericht-der-AG-Kinder-psychisch-kranker-Eltern.pdf). Zugegriffen: 15.06.2026
71. Bündnis KipsFam (2025) Hinsehen – schützen – stärken: Kinder aus psychisch und suchtblasteten Familien. [buendnis-kipsfam.de/files/materialien/202511_appell_hinsehen_heldinnen-tagung.pdf](https://www.buendnis-kipsfam.de/files/materialien/202511_appell_hinsehen_heldinnen-tagung.pdf). Zugegriffen: 15.06.2026
72. CDU, CSU, SPD (05.05.2025). Verantwortung für Deutschland. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. [koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf](https://www.koalitionsvertrag2025.de/sites/www.koalitionsvertrag2025.de/files/koav_2025.pdf). Zugegriffen: 15.06.2026
73. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al. (2015) A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *The Lancet* 385:2255–2263
74. Zülke AE, Pabst A, Lupp A et al. (2024) Effects of a multidomain intervention against cognitive decline on dementia risk profiles – Results from the AgeWell.de trial. *Alzheimer's and Dementia* 20:5684–5694
75. Baker LD, Espeland MA, Whitmer RA et al. (2025) Structured vs Self-Guided Multidomain Lifestyle Interventions for Global Cognitive Function: The US POINTER Randomized Clinical Trial. *JAMA* 334:681–691
76. Heger I, Köhler S, van Bortel M et al. (2020) Raising awareness for dementia risk reduction through a public health campaign: a pre-post study. *BMJ Open* 10:e041211
77. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. (2016) Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 3:646–659
78. World Health Organization (2021) Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Executive summary. iris.who.int/server/api/core/bitstreams/8f4bb596-e6e4-4328-a5ed-00e01ec0068d/content. Zugegriffen: 15.06.2026
79. Bundesministerium für Gesundheit (2024) Nationale Suizidpräventionsstrategie. [bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf?utm_source=chatgpt.com](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/abschlussbericht/240430_Nationale_Suizidpraeventionsstrategie.pdf?utm_source=chatgpt.com). Zugegriffen: 15.06.2026
80. Thom J, Mauz E, Peitz D et al. (2021) Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset *Journal of Health Monitoring* 6:36–68

DGPPN

Deutsche Gesellschaft für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und
Nervenheilkunde e.V.

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de