

Doch was wird unter psychischer Gesundheit verstanden? Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und in dem etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“. In dieser Definition kommt die individuelle und die gesamtgesellschaftliche Perspektive zum Tragen: Psychische Gesundheit ist für jeden von uns Voraussetzung dafür, unser intellektuelles und emotionales Potenzial zu entfalten und unsere Rolle in der Gesellschaft und im Arbeitsleben finden. Dies wiederum führt auf gesellschaftlicher Ebene zu wirtschaftlichem Wohlstand, Solidarität und sozialer Gerechtigkeit. Indem das Individuum im Hinblick auf körperliche, seelisch-geistige und materielle Faktoren eine Balance erlebt, kann es erst seinen kleinen, jedoch bedeutenden Beitrag zum Mosaik der Gesellschaft beitragen. Erkrankten Individuen jedoch an

psychischen Krankheiten, verursacht dies nicht nur individuelles Leid und individuelle Kosten, sondern, neben der Belastung für das Gesundheitssystem, ebenso gesellschaftliche Kosten und Verluste. Diese Erkenntnisse und Entwicklungen sollten uns eigentlich für die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit sensibilisieren: Wir, als Individuum und Gesellschaft, sollten sie erhalten, fördern und Menschen helfen, sie wiederzuerlangen, wenn sie in ihr beeinträchtigt sind. Doch uns fällt es oftmals schwer, das aufgrund der Krankheit veränderte Verhalten von Mitmenschen einzuordnen und wir begegnen ihnen mit Unverständnis und Unsicherheit. So sind auch heute noch psychisch Kranke Außenseiter – psychisch krank zu sein, bedeutet oftmals stigmatisiert zu werden. Eine Studie der WHO zeigt, dass im Jahr 2030 unter den weltweit häufigsten Krankheiten in den Industriestaaten fünf psychische Erkrankungen sein werden: Depression, Alkoholabhängigkeit, bipolare Störungen, Schizophrenie und Demenz. Also

müssen wir weiter lernen, uns mit psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen, sie zu verstehen, zu akzeptieren, zu lindern. Diese Ausgabe des Public Health Forums möchte dazu einen Beitrag leisten. Die Vielfalt der Artikel spiegelt auch die Vielgestaltigkeit der Thematik wider. Ausgehend von Betrachtungen zur seelischen Gesundheit im Kindes- bis hin zum Erwachsenenalter werden die jeweilig kritischen Lebensereignisse oder Lebensaufgaben, die zum psychischen Gesund- bzw. Kranksein beitragen, dargestellt. So spielen gerade Schutzfaktoren im Kindesalter eine bedeutsame Rolle beim gesunden Aufwachsen. Ansätze zur Prävention von seelischen Erkrankungen im Jugendalter werden ebenso aufgegriffen wie Themen der Arbeitswelt und des sozioökonomischen Status. Darüber hinaus gibt diese Ausgabe einen breiten Überblick zu Strukturqualität und Rahmenbedingungen bei der Versorgung seelisch Kranker.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.002>

## Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz



Carina Schlipfenbacher und Frank Jacobi

Die Bedeutung der „Psychischen Gesundheit“ ist ein vieldiskutiertes Thema, dessen Aktualität vermehrt in das gesellschaftliche Bewusstsein rückt. Im Folgenden wird ein Überblick über Definitionsversuche gegeben, um anschließend die Public-Health-Relevanz beeinträchtigter psychischer Gesundheit – bzw. psychischer Störungen – herauszustellen. *Was heißt das – Gesundheit?* Bereits 1948 definierte die WHO Gesundheit aus einem bio-psycho-sozialen Verständnis heraus: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“ (The Preamble of the Constitution of the World Health Organisation, 1946-48).

Psychische Gesundheit wird hier mit psychischem Wohlbefinden gleichgesetzt. Andere Definitionen von psychischer Gesundheit sind jedoch möglich und auch in zahlreicher Form versucht worden. Der Weg zu einer genaueren Eingrenzung der psychischen Gesundheit gelingt am besten durch Abgrenzung zu psychischer Krankheit. *Psychische Krankheit.* Zahlreiche Definitionsversuche können durch

das Krankheitsmodell von [Schulte \(1998\)](#) geordnet und systematisiert werden (siehe [Abbildung 1](#)). [Schulte \(1998\)](#) unterscheidet klar zwischen Krankheitsursache, Krankheit, Kranksein und Krankheitsfolgen. Es gibt also verschiedene Perspektiven, aus welchen der Sachverhalt “Krankheit” oder “krank” betrachtet werden kann. Der Begriff Krankheit umfasst hier den körperlichen Aspekt, er bezeichnet die



Abbildung 1. Die Ebenen des allgemeinen Krankheitsmodells.

pathologischen Veränderungen, den Defekt in einer Person. Kranksein bezeichnet den psychologischen Aspekt, das Erleben von Unwohlsein und Beeinträchtigung. Unter den Krankheitsfolgen wird der soziale Aspekt aufgegriffen. Krankheitsfolgen beziehen sich auf die veränderten Rollenerwartungen mit bestimmten Ansprüchen und Privilegien.

Die Folgen einer Krankheit, also die veränderten Rollenerwartungen wirken sich rückwirkend auf die Beschwerden und die wahrgenommenen Symptome aus, sowie in Folge auch auf die Krankheit an sich und weitere pathologische Veränderungen.

*Psychische Gesundheit.* Das Krankheitsmodell von [Schulte \(1998\)](#) dient nicht nur der Definition von Krankheit, sondern kann ebenso für Gesundheit angewendet werden. Dementsprechend geht er von Gesundheitsursachen, Gesundheit, Gesundsein und Rolle des Gesunden aus.

Der Begriff der Gesundheit ist dabei schwerer klar zu umgrenzen. Im Unterschied zur Krankheit gibt es keine spezielle Art der Gesundheit. Gesundheit wird von [Schulte \(1998\)](#) daher, anders als in der Definition der WHO, als Abwesenheit von Krankheit verstanden.

Differenziert man zwischen dem objektiven und dem subjektiven Gesundsein bzw. Kranksein, sind diese beiden Begriffe unabhängig voneinander zu verwenden. Ein eigentlich Gesunder kann sich krank fühlen, ein eigentlich Kranker kann sich gesund fühlen. Psychisches Gesundsein bezeichnet nicht den Normalzustand, sondern vielmehr einen psychischen Idealzustand. Psychisches Gesundsein und psychisches Kranksein können als die Extrempole eines Kontinuums verstanden werden. Im mittleren, neutralen Bereich kann der durchschnittlich Normale angesiedelt werden. Das Verständnis von Normalität ist stark kulturabhängig und

auch nicht als unabänderlich zu betrachten.

Die soziale Perspektive nach dem Krankheitsmodell von Schulte beschäftigt sich mit den unterschiedlichen Erwartungsspektren an einen Kranken und an einen Gesunden. Ohne sichtbare Hinweise auf Krankheit wird einer Person automatisch die Rolle des Gesunden verliehen. Auch hier kann man von einem neutralen Mittelbereich sprechen. Die Rolle der Mutter, des Partners, etc. kann unterschiedlich gut erfüllt werden. Die Kultur ist entscheidend für die Definition und Normierung der Rollen.

Die Ursachen von Krankheit und Gesundheit können vielfältig sein. Gesundheit kann zum einen durch das Heilen von Krankheit wiederhergestellt werden, zum anderen ist auch bei Gesunden die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ein Ziel.

*Salutogenese.* [Antonovsky \(1997\)](#) beschäftigte sich seit den 70er Jahren mit der Frage: Wie entsteht Gesundheit? Das Konzept der Salutogenese, entwickelt als Gegensatz zur Pathogenese, versteht dabei Gesundheit als Prozess, nicht als Zustand. Einen ganz Gesunden gibt es nicht, und auch in einer sterbenskranken Person sind noch gesunde Anteile zu finden. Jede Person befindet sich auf einem Kontinuum und ist nicht entweder gesund oder krank, sondern befindet sich im Prozess von gesund und krank. Zentrales Element der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl, ein Gefühl des generellen Vertrauens auf die Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit der Stimuli in unserem Leben. Dieses Kohärenzgefühl stellt auch einen wichtigen Schutzfaktor gegenüber psychischen Störungen dar. Im Zusammenhang mit Salutogenese stehen Begriffe wie Resilienz und Empowerment. Letztendlich sind dies Konzepte der Prävention

vor psychischer und körperlicher Erkrankung.

*Gestörte psychische Gesundheit: Häufigkeit und Krankheitslast psychischer Erkrankungen.* Die psychische Gesundheit zu erhalten ist eine der größten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Nicht umsonst lautet eine zentrale Botschaft der Europäischen Kommission (2005) „Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“. Eine verstärkte Beschäftigung mit psychischer Gesundheit drängt sich auch durch immer wieder neue Diskussionen über „Burn-Out“ in den Medien auf. Durch den – im Grunde konzeptuell problematischen – Begriff „Burn-Out“ hielt die psychische Störung Einzug in die Arbeitswelt. Die Dringlichkeit, psychische Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe wahrzunehmen und ernst zu nehmen, ergibt sich vor allem durch die hohen Kosten bzw. die extrem hohe Krankheitslast, die psychische Erkrankungen mit sich bringen. Wenn nicht-übertragbare, d.h. auch wesentlich durch soziale und Verhaltensfaktoren mit beeinflusste Krankheiten aufgrund ihrer großen Verbreitung und ihrer großen wirtschaftlichen Auswirkungen (Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) sozial ins Gewicht fallen und somit Public-Health-Relevanz erlangen, werden sie als „Volkskrankheiten“ bezeichnet. Psychische Störungen verursachen höhere Krankheitskosten als chronische körperliche Erkrankungen wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen ([Gustavsson et al., 2011](#); [Wittchen et al., 2011](#)) und können also nach dem aktuellen Kenntnisstand zu den „Volkskrankheiten“ gezählt werden.

*Ursache und Wirkung.* Interessant bleibt die Frage nach Ursache und Wirkung psychischer Erkrankungen. Zum Beispiel finden wir bei Arbeitslosen deutlich erhöhte Krankheitsraten. Macht nun Arbeitslosigkeit

psychisch krank, oder landen vor allem psychisch Kranke in der Arbeitslosigkeit? In Anbetracht des multifaktoriellen Geschehens im Bereich psychischer Störungen verwundert es nicht, dass beide Aspekte eine Rolle spielen.

Angesichts der Tatsache, dass vermehrt Diagnosen für psychische Störungen vergeben werden (Versorgungsdaten der Kostenträger), liegt die Vermutung nahe, dass immer mehr Menschen unter psychischen Störungen leiden. Andererseits scheint aber die Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung im Zeitverlauf nicht zugenommen zu haben (Jacobi et al., 2014). Der Anstieg diagnostizierter psychischer Verhaltensauffälligkeiten oder psychischer Störungen lässt sich dennoch erklären.

Wie in der **Abbildung 2** anhand der Erwerbsunfähigkeitsrenten-Statistik zwischen 1993 und 2011 deutlich wird, sind wir heute möglicherweise einfach „anders krank“. Die absoluten Zahlen zeigen, dass die Rentenzugän-

ge aufgrund von Krankheiten im Allgemeinen zurückgegangen sind. Prozentual zeigt sich, dass sich das Verhältnis psychischer und körperlicher Erkrankungen stark in Richtung psychischer Erkrankungen verschoben hat. Dies hat insbesondere damit zu tun, dass psychische Probleme heutzutage eher erkannt und benannt werden und somit auch Ärzte die Diagnose eher vergeben als früher. Dies bedeutet aber keinen Artefakt („Psychische Störungen werden heute überdiagnostiziert, weil sie in Mode sind.“), sondern eher ein Aufholen an den wahren Erkenntnisstand („Psychische Störungen wurden früher häufiger übersehen bzw. Betroffene wurden, obwohl eine psychische Störung vorlag, eher wegen anderer körperlicher Diagnosen krankgeschrieben.“)

*Relevanz psychischer Erkrankungen.* Es gibt seit einiger Zeit Ansätze, „Krankheitslast“ nicht mehr nur über Sterblichkeitsziffern zu quantifizieren, sondern auch über die Lebenszeit, die Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderung verbringen

(z.B. „Years lived with disability“, YLD). Psychische Erkrankungen machen in Bezug auf diese YLD über 40% Prozent der Krankheitslasten aller Erkrankungsgruppen aus (Wittchen et al., 2011) – und dennoch fließen nur etwa 10% der Gesundheitsausgaben in die Versorgung psychischer Störungen. Schätzungen der direkten und der indirekten Kosten für psychische Störungen und neurologische Erkrankungen zusammen ergaben den Betrag von 800 Milliarden Euro für die gesamte Europäische Union (standardisiert auf das Jahr 2010; Gustavsson et al., 2011). Dies ist mehr als die Kosten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Diabetes zusammen. Diese enormen Kosten lassen sich vor allem durch die Besonderheiten psychischer Erkrankungen gegenüber körperlichen Erkrankungen erklären: Die hohe Erkrankungsrate – etwa jeder dritte Frau und jeder vierte Mann sind betroffen (Jacobi et al., 2014) – spielt selbstverständlich eine maßgebliche Rolle. Selbst bei geringen Kosten im Einzelfall ist die Summe der Behandlungskosten psychischer Erkrankungen beachtlich. Um den Einwand der Dramatisierung vorwegzunehmen, zum Vergleich: 70% aller Erwachsenen unter 65 Jahren haben im Laufe eines Jahres zumindest eine körperliche Diagnose – von der Allergie bis hin zur Krebserkrankung. Warum sollten Gehirn und Nervensystem weniger häufig betroffen sein als andere, weit weniger komplexe Organbereiche? Die Dauer psychischer Erkrankungen ist zudem häufig episodisch oder chronisch, so dass Betroffene viel Zeit mit ihrer Störung verbringen. Außerdem sind von psychischen Erkrankungen zumeist Personen betroffen, die sich im leistungsfähigsten, mittleren Lebensalter befinden, was wirtschaftlich stärker ins Gewicht fällt als beispielsweise Erkrankungen im Rentenalter.

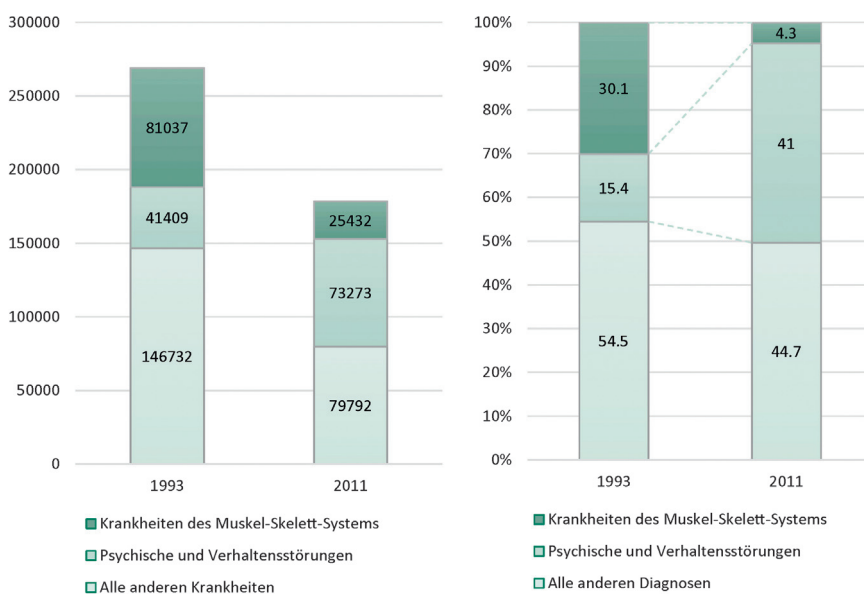


Abbildung 2. Absolute und relative Häufigkeiten von psychischen und körperlichen Diagnosen bei Rentenzugängen von 1993 - 2011.

Die Anforderungen in unserer heutigen Arbeitswelt sind häufig kommunikativer, psycho-mentaler und emotionaler Art, was sich mit den Einschränkungsprofilen psychischer Störungen überschneidet. Bei ehemals eher körperlichen Anforderungen spielten Einschränkungen, die durch psychische Störungen hervorgerufen wurden, nur eine nachgeordnete Rolle.

*Psychische Störungen und körperliche Erkrankungen.* Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ist die körperlich-psychische Komorbidität (gleichzeitiges Vorliegen mehrerer Erkrankungen): psychisch erkrankte Personen weisen häufiger körperliche Beschwerden auf und umgekehrt. Hierfür gibt es vielfältige Erklärungshypothesen. Möglicherweise fehlt einer depressiven Person zum Beispiel die notwendige Compliance, um eine körperliche Erkrankung durch konsequente Medikamenteneinnahme und aktives Gesundheitsverhalten zu kontrollieren. Man muss somit von einer wechselseitigen Beeinflussung ausgehen. Studien zeigen zum Beispiel, dass körperliche Erkrankungen schlechter verlaufen, wenn eine psychische Erkrankung hinzukommt. So ist die Mortalität bei Herzerkrankun-

gen höher, wenn auch eine Depression diagnostiziert wurde (Barth et al., 2004). Eine weitere Möglichkeit, das gehäufte Auftreten psychischer Störungen mit körperlichen Erkrankungen zu erklären, betrifft körperliche Folgeschäden durch die chronischen Stressreaktionen, wie sie zum Beispiel bei posttraumatischen Belastungsstörungen hervorgerufen werden.

Verdeutlicht wird die Wechselwirkung auch durch den körperlichen Risikofaktor Übergewicht: wenn auch in hohem Maße genetisch determiniert, tragen doch psychologische bzw. Verhaltensfaktoren sowie soziale Einflüsse entscheidend zu krankhaftem Übergewicht bei. Allerdings sind psychische Störungen nicht mit erhöhten Raten an Adipositas assoziiert (Hach et al., 2007).

*Seelischem Leid mehr Gewicht geben.* Es ist Zeit, die Gesundheitsdefinition der WHO erneut aufmerksam zu prüfen und Maßnahmen anzupassen, zu aktualisieren und neue Schwerpunkte zu setzen. Der bestmögliche Gesundheitszustand wird hier als Grundrecht des Menschen proklamiert, unabhängig von seiner sozialen Stellung. Der Notwendigkeit, diese Chancenungleichheit zu verringern, sollte auf

allen Ebenen mehr Nachdruck verliehen werden. Da wir heute „anders krank“ sind, müssen auch die Schwerpunkte im Gesundheitsbereich neu gesetzt werden. Dies betrifft übrigens nicht nur das Gesundheitssystem im engeren Sinne, sondern auch andere Instanzen (z.B. Schule, berufliches Umfeld, soziale Träger, etc.). Dem psycho-sozialen Teil der Gesundheit sollte den aktuellen Untersuchungen entsprechend mehr Gewicht zugewiesen werden, um eine Anpassung der Versorgungs-, Angebots- und Präventionsstruktur im Sinne des Public Health-Nutzens zu erzielen. Die gewissenhafte Umsetzung der Gesundheitsdefinition der WHO ist vielleicht eine der herausforderndsten, aber auch vielversprechendsten Aufgaben einer Gesellschaft.

Der korrespondierende Autor erklärt, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.phf.2013.12.012>

Prof. Dr. Frank Jacobi  
Psychologische Hochschule Berlin (PHB)  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin  
f.jacobi@psychologische-hochschule.de

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky A. *Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* In: (Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke). Tübingen: dgvt; 1997.
- Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. *Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis.* *Psychosomatic Medicine* 2004;66(6):802–13.
- Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al., on behalf of the CDBE2010 study group. *Cost of disorders of the brain in Europe. European Neuropsychopharmacology* 2011;21:718–79.
- Hach I, Ruhl U, Klotsche J, Klose M, Kirch W, Jacobi F. *Obesity and the risk for mental disorders in a representative German adult sample.* *European Journal of Public Health* 2007;17:297–305.
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, et al. *Häufigkeit, Beeinträchtigung und Inanspruchnahmeraten psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH).* *Der Nervenarzt* 2014;19(1). <http://dx.doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>.
- Schulte, D. *Psychische Gesundheit, Psychische Krankheit, Psychische Störung.* In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch klinische Psychologie - Psychotherapie* (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Huber, 1998.
- Wittchen H-U, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology* 2011;21:655–79.

### **Einleitung**

Ausgehend von der Definition der Weltgesundheitsorganisation wird eine Konkretisierung der Begriffe psychische Gesundheit und psychische Erkrankung anhand des allgemeinen Krankheitsmodells von Schulte (1998) bereitgestellt. Der Artikel beschäftigt sich anschließend näher mit den aktuellen Veränderungen in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen und die damit verbundene Krankheitslast, die deutliche Public-Health-Relevanz besitzt. Die Besonderheiten psychischer Erkrankungen werden herausgestrichen, und es wird die wechselseitig Beeinflussung körperlicher und psychischer Erkrankungen behandelt. Es gibt gute Argumente dafür, seelischem Leid auf verschiedensten strukturellen, gesellschaftlichen bis hin zu ethischen Ebenen mehr Gewicht einzuräumen.

### **Abstract**

Based on the definition of health by the WHO, mental health and mental illness are put into concrete terms by Schulte's (1998) disease model. Furthermore, the article deals with current changes in prevalence of mental disorders and the associated burden of disease which has significant public-health-relevance. The peculiarities of mental disorders are highlighted and the mutual interaction of mental and somatic diseases is addressed. There are good reasons for providing more resources for disturbed mental health on various structural, social and ethical levels.

### **Schlüsselwörter:**

Psychische Gesundheit = mental health, psychische Störung = mental disorders, Public-Health-Relevanz = public-health-relevance, Prävalenz = prevalence, Komorbidität = comorbidity