

Die Prävention psychischer Erkrankungen

Grundlagen-Ansätze-Wirksamkeit

Reinhold Kilian

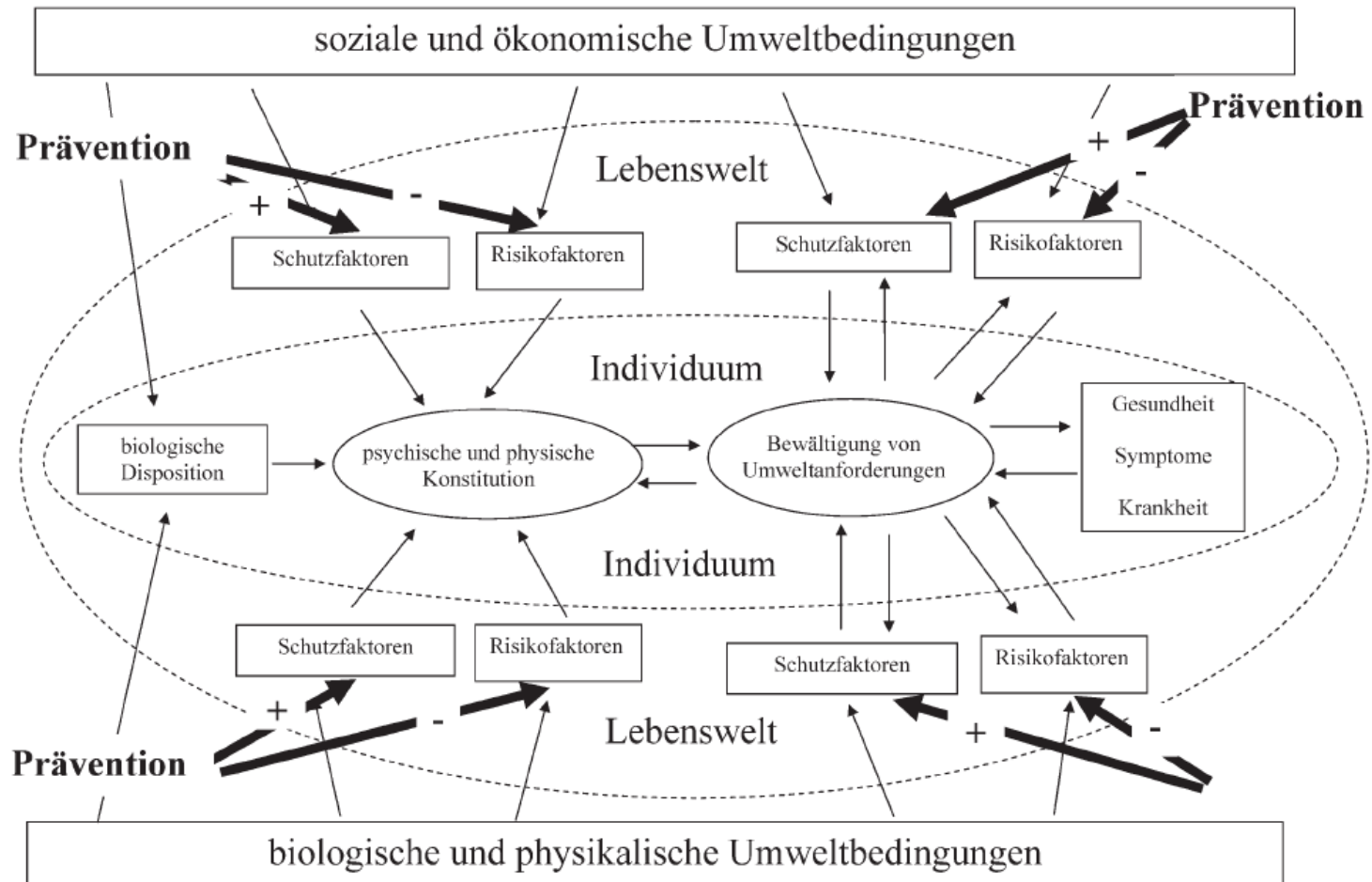
Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II
Sektion: Versorgungsforschung und
Gesundheitsökonomie

Die Notwendigkeit der Prävention psychischer Erkrankungen

“Although, since the 1970s, more and more people in Western countries have received mental health care, most notably pharmacotherapy, **epidemiological data do not indicate a drop in the population prevalence of depression.** It is clear that the effectiveness of current therapies relative to placebo is modest, and substantial treatment quality gaps still exist. However, **even with optimal treatment delivery, other approaches are necessary to address the public health burden of depression and other common mental disorders.**”

**“Prevention is a largely neglected option,
but has its own complexities.”**

Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und Möglichkeiten zur Prävention



■ Abb. 1. Modell der Entstehungsbedingungen und der Prävention psychischer Erkrankungen

Häufigkeit, Erbllichkeit und Beginn psychischer Erkrankungen

Erkrankung	Prävalenz	Heritabilität	Beginn
Schizophrenie	1 %	70-85%	Jugend frühes Erw. Alter
Bipolare Störung	1%	60-85%	Jugend frühes Erw. Alter
Schwere Depression	17%	40%	Mitte 20 J Mitte 40 J
Autismus	0,8%	90%	Kleinkind
Essstörungen	1%	55-60%	Jugend
Alkohol- abhängigkeit	5%	50-60%	Mitte 20
Angststörung	29%	40-50%	Kindheit
Zwangsstörungen	1,6%	60-70%	Jugend frühes Erw. Alter
ADHS	8%	60-90%	< 7 Jahre

Risikofaktoren

Biologische Konstitution: geringes Geburtsgewicht, Perinataalkomplikationen,
Psychische Konstitution: fehlende emotionale Kontrolle, geringes Selbstbewusstsein,
Familiäre Situation: psychische Erkrankung der Eltern, Missbrauch bzw. Misshandlung, frühe Schwangerschaft, familiäre Desorganisation, unsicheres Bindungsverhalten, niedriger sozioökonomischer Status, Vernachlässigung, mangelnder Wohnraum
Soziale Beziehungen: gestörtes Kommunikationsverhalten, Isolation, Entfremdung, Ablehnung durch Gleichaltrige, Mobbing
Schulverhalten: mangelnde Leistungsfähigkeit, Lese- und Schreibschwäche, Aufmerksamkeitsdefizit, Schulversagen, aggressive Belästigung
Lebensumfeld: Armut, soziale Desorganisation, Arbeitslosigkeit, Rassismus, Diskriminierung, soziale Benachteiligung, Gewalt, beruflicher Stress, schlechte Ernährung,

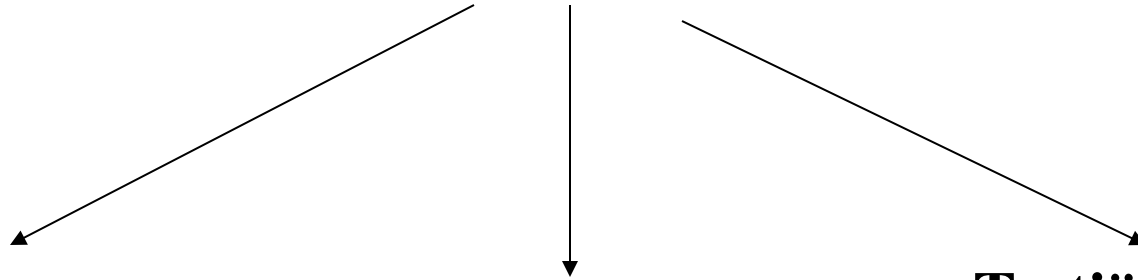
Schutzfaktoren

Psychische Konstitution: Autonomie, Sicherheitsgefühl, interne Kontrollüberzeugung, Selbstbewusstsein, Intelligenz,
Fähigkeiten: Fähigkeit zur Stressbewältigung, Anpassungsfähigkeit, Lese- Schreibfähigkeit,
Familiäre Situation: positive Eltern-Kind Interaktion, sicheres Bindungsverhalten, frühe intellektuelle Anregung,
Beziehungen zu Gleichaltrigen: Kontaktfreudigkeit,
Lebensumfeld: soziale Unterstützung, empowerment, Integration ethnischer Minderheiten, gute zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Partizipation, soziale Verantwortung, Toleranz, soziale Dienste

(Egle et al. 1997;Greenberg et al. 2001;Häfner et al. 2004;World Health Organization 2004)

Differenzierung von Prävention

nach Krankheitsstadien



Primärprävention

Maßnahmen zur Vermeidung der Entstehung von Erkrankungen

Sekundärprävention

Maßnahmen zur frühzeitigen Entdeckung und Behandlung von Erkrankungen

Tertiärprävention

Maßnahmen zur Vermeidung der Verschlimmerung von Erkrankung und zur Verringerung negativer Krankheitsfolgen

Differenzierung von Prävention

nach Zielgruppen

```
graph TD; A[nach Zielgruppen] --> B[Universell]; A --> C[Selektiv]; A --> D[Indikativ/targeted];
```

Universell

Gesamtbevölkerung
oder auf einzelne
Bevölkerungs-
gruppen ohne
spezifische
Risikomerkmale

Selektiv

Bevölkerungs-
gruppen mit
spezifischen
Risikomerkmale

**z.B. soziale
Deprivation; familiäre
Disposition**

Indikativ/ targeted

Personen mit
Prodromal-
symptomen
oder
subklinischen
Symptomen

Differenzierung von Prävention nach Interventionsebenen

Individuum

Verhaltensprävention

Maßnahmen zur
Förderung einer
gesundheitserhaltenden
Lebensweise

Umwelt

Verhältnisprävention

Maßnahmen zur
Förderung
gesundheitserhaltender
Lebensbedingungen

Zielgrößen der Prävention psychischer Erkrankungen

Diagnose /Inzidenz

- Depression
- Schizophrenie
- Angststörung
- Drogenabhängigkeit
- ADHS
- Suizid

Symptome

- Depression
- Angst
- Verhalten
- Funktion
- Suizidalität

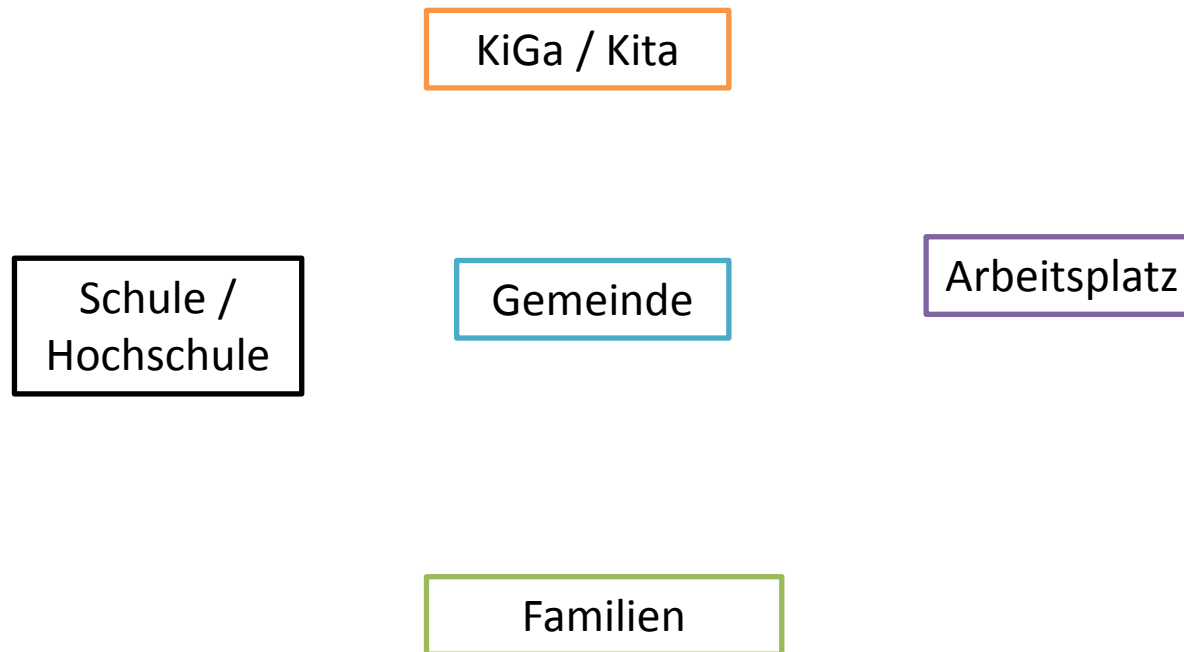
Risikofaktoren

- Geburtskomplikationen
- Vernachlässigung
- Missbrauch/Misshandlung
- Drogenkonsum
- Schulversagen
- Stress
- Armut

Der Setting / Lebenswelt Ansatz

„Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, play and love.“

(WHO, 1986)



Lebenswelt oder Internet?

Internet

KiGa / Kita

Internet

Schule /
Hochschule

Gemeinde

Arbeitsplatz

Internet

Familien

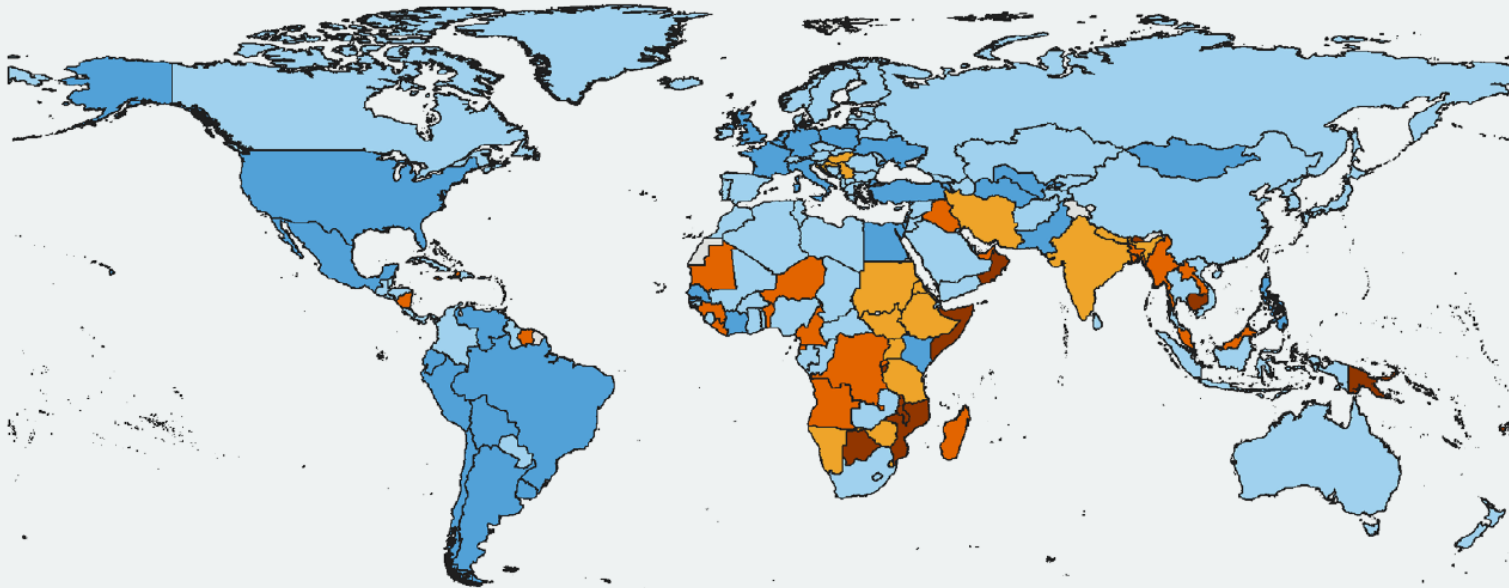
Internet

Schule als Setting für Prävention psychischer Erkrankungen

FIGURE 15

Duration of compulsory education (excluding pre-primary education), 2014

■ No compulsory education ■ 5-6 years ■ 7-8 years ■ 9-10 years ■ 11-13 years ■ No data



Note: The depiction and use of boundaries and related data shown on this map are not warranted to be error free nor do they necessarily imply official endorsement or acceptance by UNESCO.
Source: UNESCO Institute for Statistics.

Programme zur Resilienzförderung von Schulkindern

- Wegen der allgemeinen Schulpflicht ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe im Schulsetting sehr hoch
- Im Schulsetting lassen sich herkunftsbedingte Benachteiligungen ausgleichen
- Im Schulsetting lassen sich universelle, selektive und indikative Präventionsprogramme implementieren

Methodischer Exkurs

Vom RCT zur Metanalyse

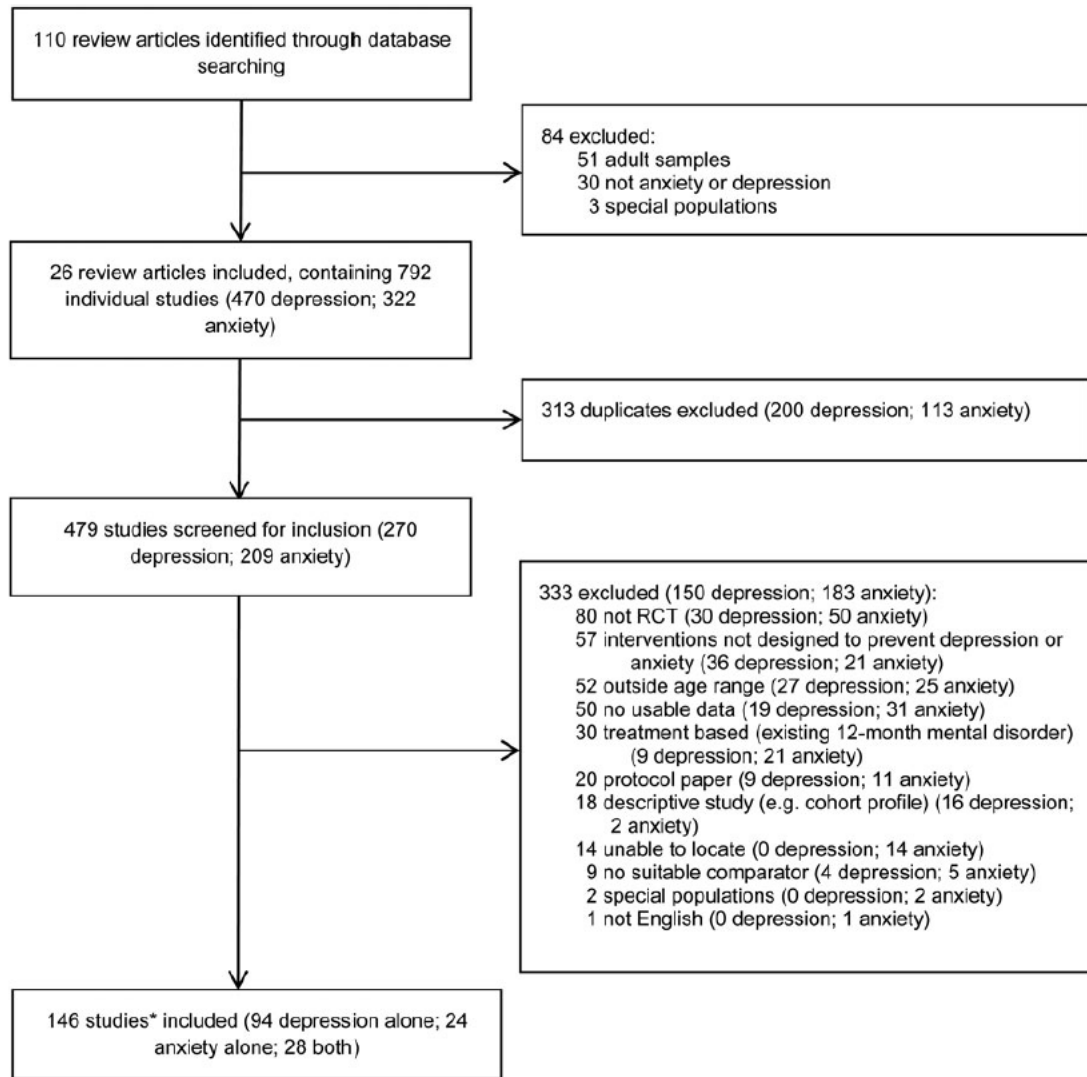
Metaanalysen kombinieren die Ergebnisse mehrerer Studien zu einer bestimmten Form der Prävention. Durch die systematische Anwendung statistischer Methoden zur Zusammenfassung von Studienergebnissen liefern **Metaanalysen** gegenüber Einzelstudien einen **höheren Grad** an wissenschaftlicher **Evidenz**.

Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention

E. A. Stockings^{1*}, L. Degenhardt^{1,2}, T. Dobbins^{1,3}, Y. Y. Lee^{4,5}, H. E. Erskine^{2,4,5}, H. A. Whiteford^{2,4,5}
and G. Patton^{6,7}

The population cost-effectiveness of delivering universal and indicated school-based interventions to prevent the onset of major depression among youth in Australia

Y. Y. Lee^{1,2*}, J. J. Barendregt^{1,3}, E. A. Stockings⁴, A. J. Ferrari^{1,2,5}, H. A. Whiteford^{1,2,5}, G. A. Patton^{6,7} and
C. Mihalopoulos⁸



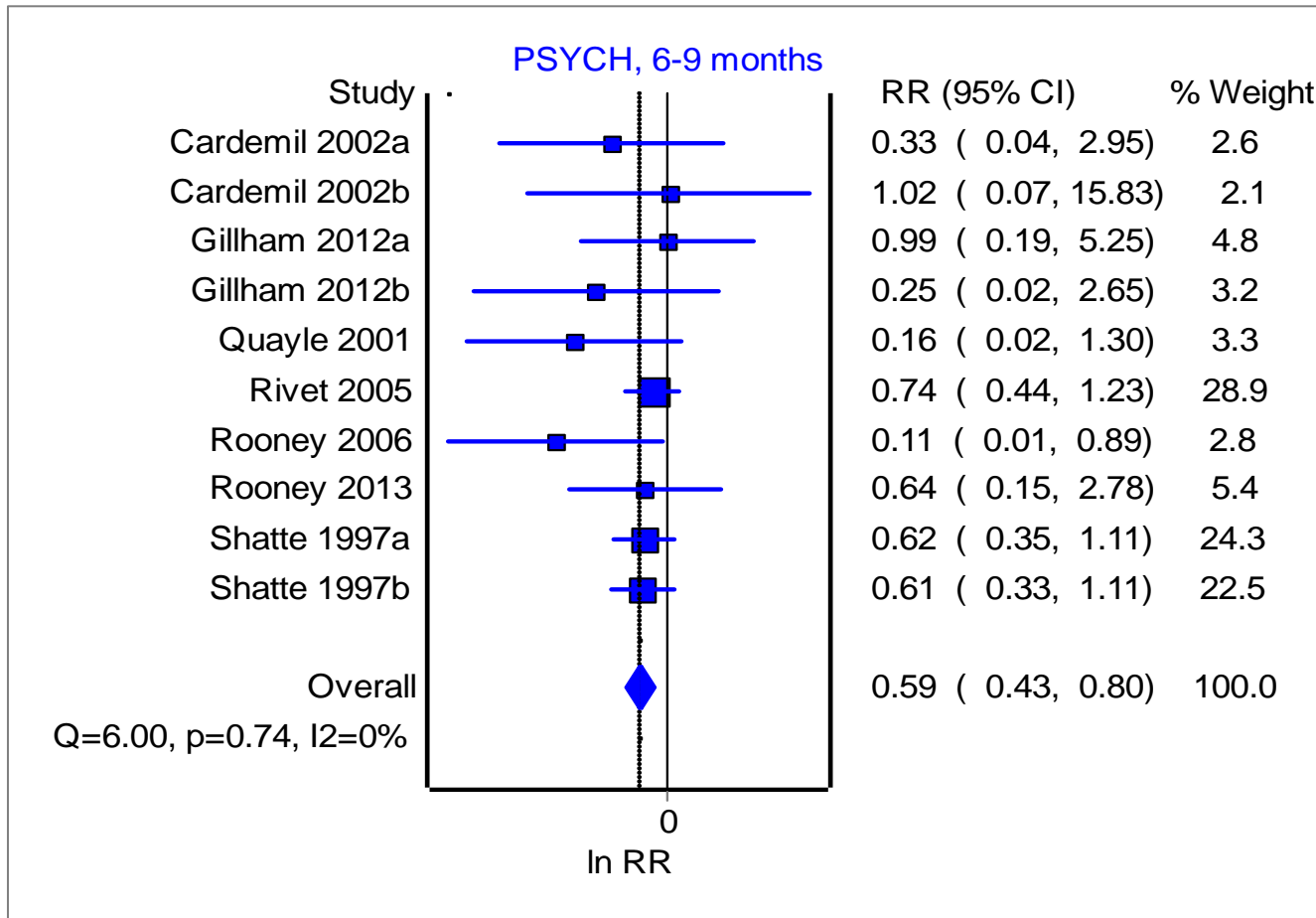
*Based on 117 publications

Fig. 1. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses) flowchart for selection of studies in the review.

Effektstärke

- Die Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen wird über Stärke des statistischen Effekts gemessen.
- Die **Effektstärke** lässt sich als die Differenz der **Veränderung der Zielgröße** einer Intervention über einen definierten Zeitraum zwischen einer Interventions- und einer Kontrollgruppe berechnen
- Zur Berücksichtigung der stochastischen Unsicherheit muss die Effektdifferenz im Hinblick auf die Streuung der Messwerte in beiden Gruppen standardisiert werden
- Effektstärken werden meistens in Standardabweichungen angegeben, wobei Werte ab **0,2 als kleine**, ab **0,5 als mittlere** und Werte **ab 0,8 als große Effekte** bezeichnet werden
- Bei dichotomen Zielgrößen ergibt sich die Effektstärke aus der Veränderung des Risikos für das Eintreten des Zielereignisses (z.B. Krankheitseintritt). Die Zielgröße ist der **Risk Ratio (RR)** Ein Wert von 1 indiziert dabei keinen Effekt, **ein Wert < 1 eine Verminderung** des Risikos ein **Wert > 1 eine Erhöhung** des Risikos
- Die Effektstärke ist **nicht** gleichbedeutend mit der **klinischen Bedeutung** eines Effektes

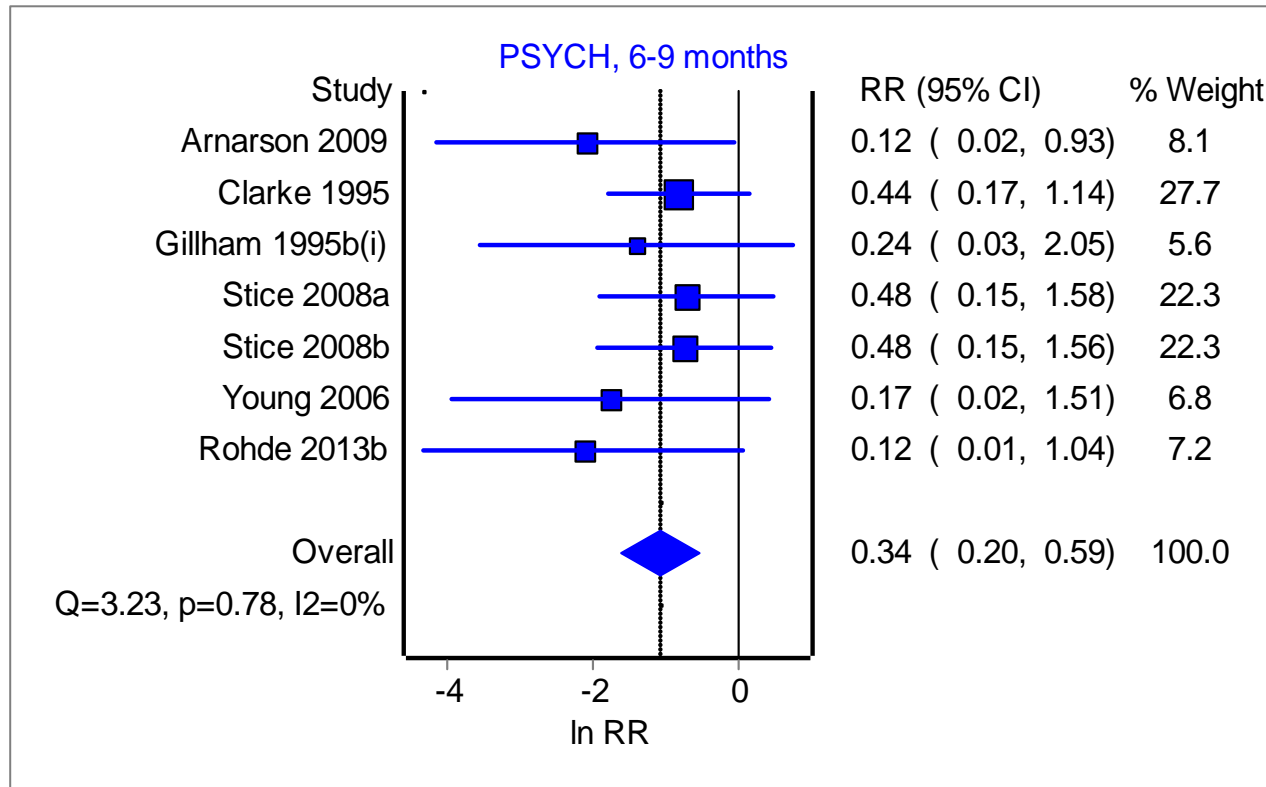
Effekte universeller schulbasierter Präventionsprogramme auf die Inzidenz einer Depression , 6-9 Monate nach Programmende



Risikoreduktion 41%, 6-9 Monate nach Programmende

Lee et al 2017, suppl.

Effekte indikativer schulbasierter Präventionsprogramme auf die Inzidenz einer Depression , 6-9 Monate nach Programmende



Risikoreduktion 64%, 6-9 Monate nach Programmende

Zusammenfassung der Wirksamkeit schulbasierter Programme zur Prävention psychischer Erkrankungen

- Durch universelle Programme zur Resilienzförderung lässt sich das Risiko des Eintretens depressiver Erkrankungen in einem Zeitraum von 6-9 Monaten um ca. 40% reduzieren
- Durch indikative Programme zur Resilienzförderung lässt sich das Risiko des Eintretens depressiver Erkrankungen in einem Zeitraum von 6-12 Monaten um ca. 65% reduzieren
- Keine Effekte für längere Zeiträume 12 – 24 Monaten
- Für das Australische Gesundheitssystem erweisen sich universelle schulbasierte Ansätze (\$7350 per DALY prevented) kosteneffektiver als indikative Ansätze (\$19550 per DALY prevented)
- Es gibt keine Untersuchungen zu den Langzeiteffekten nach mehr als 24 Monate

Elterntrainingsprogramme

- Breites Spektrum theoretischer Grundlagen (Klassische und kognitive Lerntheorien, Systemtheorien)
- Breites Spektrum an Techniken (Rollenspiele, Videobeispiele, Gruppendiskussion)
- Vermittlung von wissenschaftlich fundierten Kenntnissen und Techniken moderner Erziehungsmethoden
- Unterstützung der Eltern bei der Identifikation und Änderung kontraproduktiver Erziehungsvorstellungen und Praktiken
- Einzel- oder Gruppenprogramme über 8 – 10 Wochen mit zwei Stunden pro Woche
- Settings sind Praxen, Schulen, soziale oder kirchliche Einrichtungen



Cochrane
Library

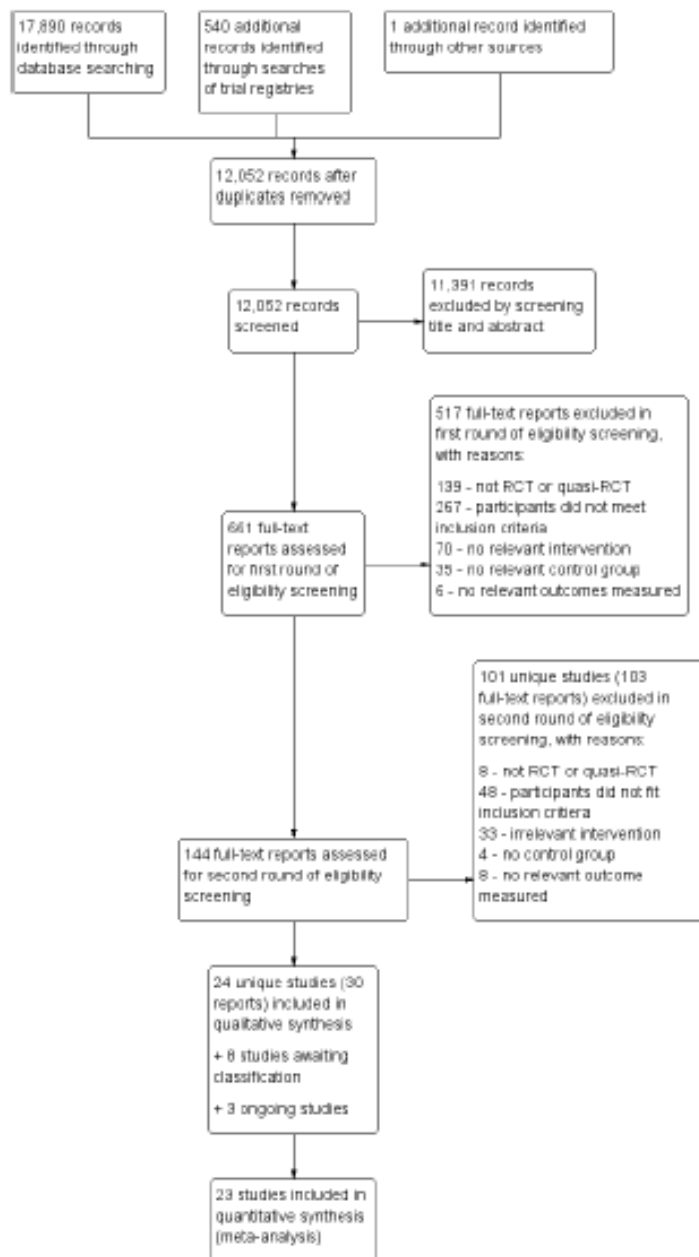
Cochrane Database of Systematic Reviews

Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children (Review)

Barlow J, Bergman H, Kornør H, Wei Y, Bennett C

Barlow et al. 2016

Figure 1. Study flow diagram.



Barlow et al 2016

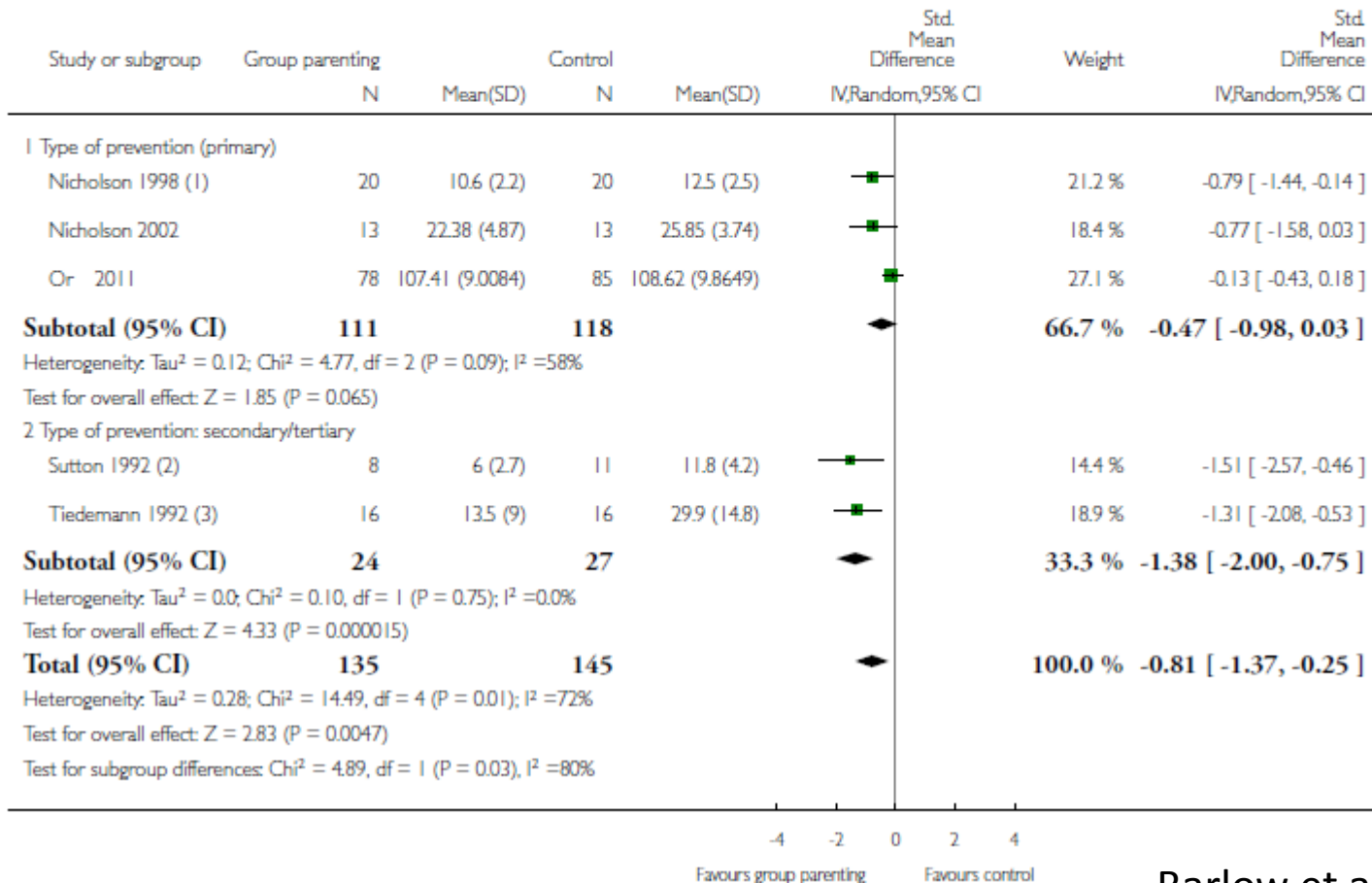
Effekte von Elterntrainingsgruppenprogrammen auf emotionale Probleme der Kindern im Urteil der Eltern

Analysis 1.17. Comparison 1 Group-based parent training programmes compared to control (postintervention), Outcome 17 Subgroup analyses at postintervention - emotional and behavioural problems (parent report): by type of intervention.

Review: Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children

Comparison: 1 Group-based parent training programmes compared to control (postintervention)

Outcome: 17 Subgroup analyses at postintervention - emotional and behavioural problems (parent report): by type of intervention





Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

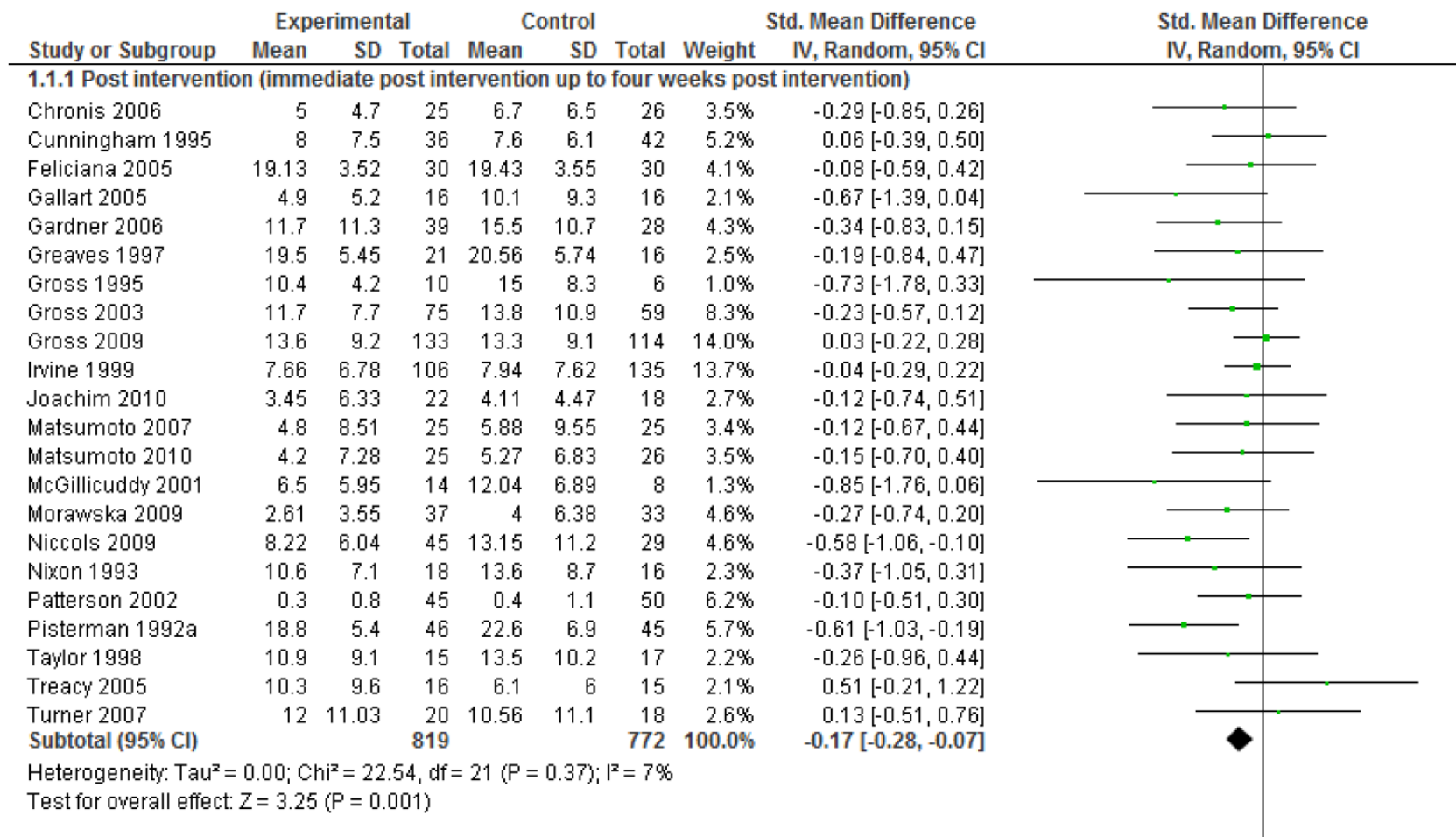
Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health (Review)

Barlow J, Smailagic N, Huband N, Roloff V, Bennett C

Barlow et al. 2014

Geringe Wirksamkeit selektiver Elterntrainingsprogramme auf das psychische Wohlbefinden der Eltern nach Programmende

1.1 Depressive symptoms



Die Wirksamkeit familienbezogener Präventionsprogramme

- Geringe Effektstärken für Eltern für Wirksamkeit bei Programmende
- Geringe Effektstärken für Eltern bei Wirksamkeit bis zu 6 Monaten
- Keine Wirksamkeit bei Eltern nach 6 Monaten
- Gute Effektstärken bei Kindern im Elternreport
- Geringe oder keine Effekte bei Kindern im Beobachter Report (z.B. Lehrer)



Preventing the development of depression at work: a systematic review and meta-analysis of universal interventions in the workplace

Leona Tan^{1*}, Min-Jung Wang¹, Matthew Modini¹, Sadhbh Joyce¹, Arnstein Mykletun², Helen Christensen³ and Samuel B Harvey^{1,3,4}

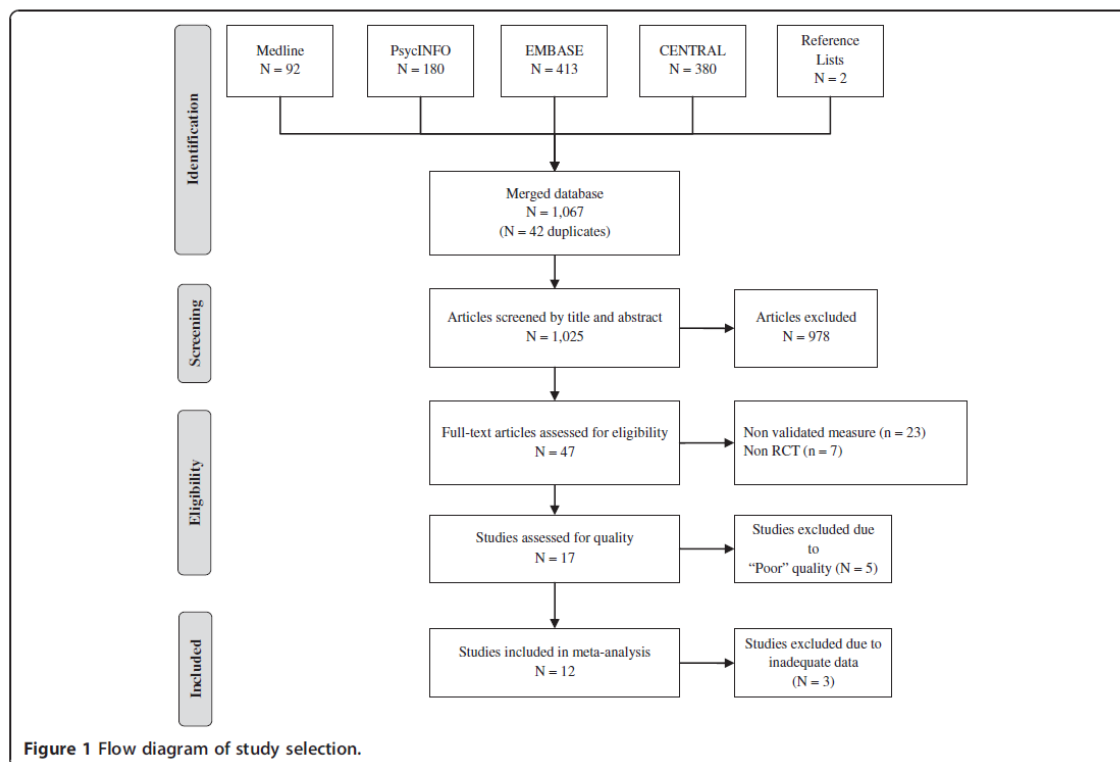


Figure 1 Flow diagram of study selection.

Die Wirksamkeit universeller Programme zur Reduzierung von Depression am Arbeitsplatz

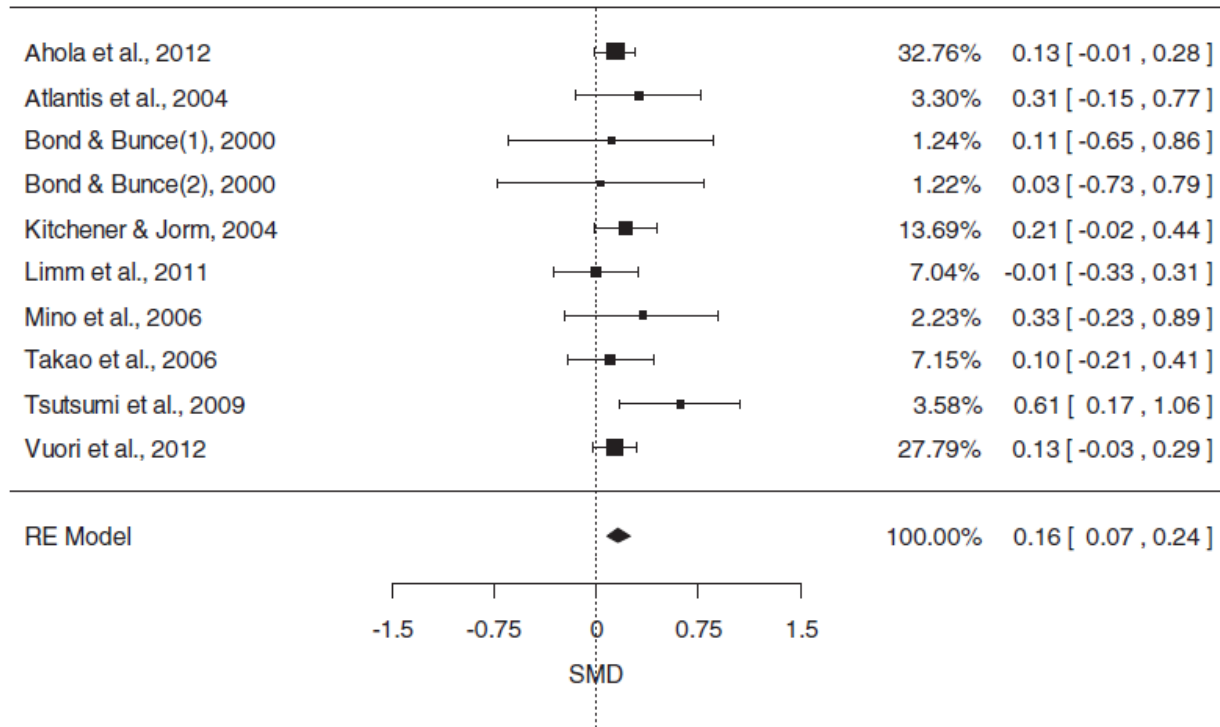


Figure 2 Meta-analysis examining the impact of workplace universal interventions on depression measures.

Geringe Effektstärke (0,16) bei universellen Programmen

Tan et al 2014

Indicated Prevention Interventions in the Workplace for Depressive Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis



Yeshambel T. Nigatu, PhD, MPH,¹ Junping Huang, PhD,¹ Sanjay Rao, MD,^{1,2} Katharine Gillis, MD,^{1,2}
Zul Merali, PhD,^{1,2} JianLi Wang, PhD^{1,2,3}

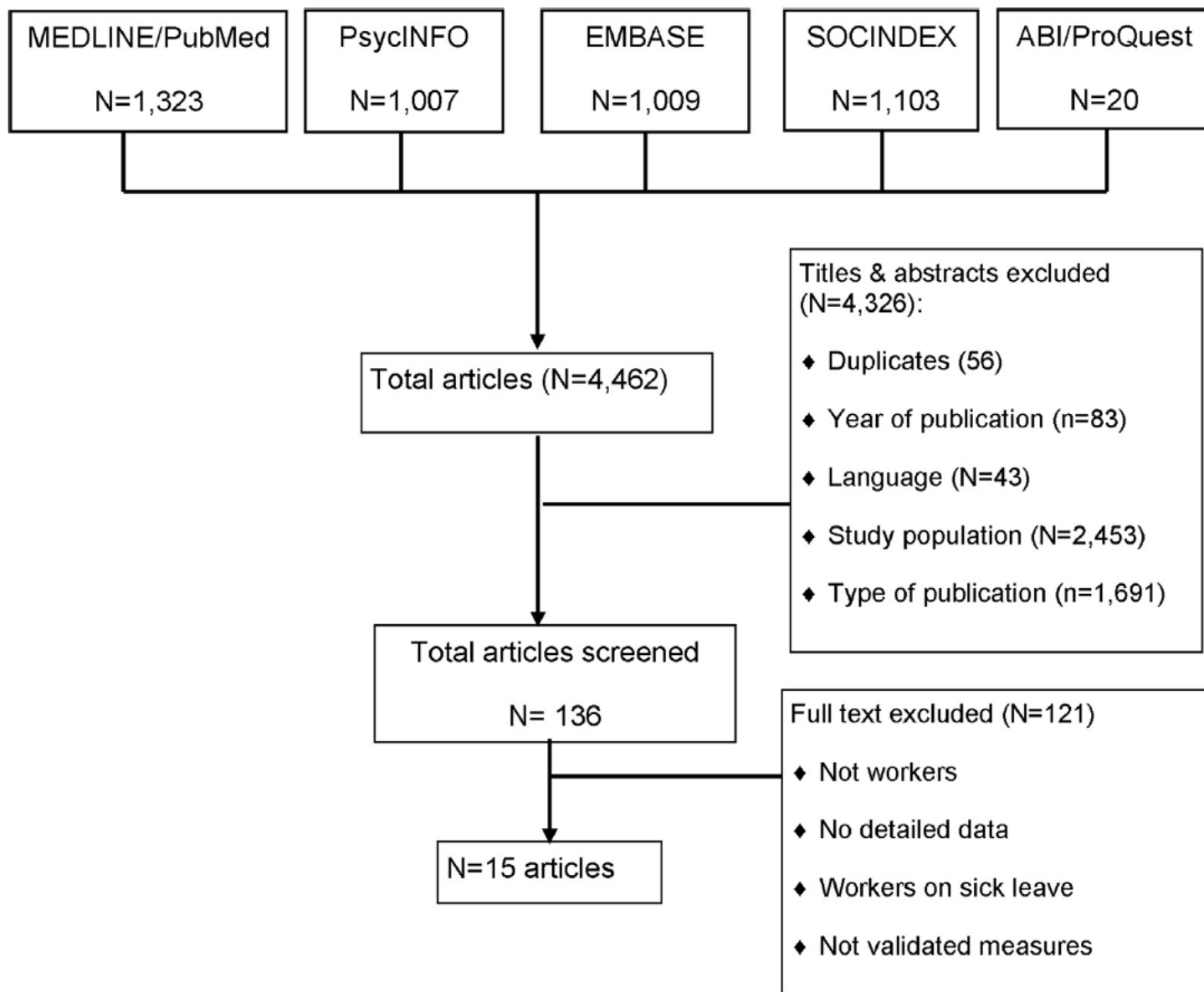
Context: Depressive symptoms are highly prevalent and cause substantive morbidities and loss of functioning among employees. Depression may be prevented at its early stages. However, there is a paucity of information regarding indicated preventive interventions for depression among employees. The objective of this review is to examine the effectiveness of indicated interventions for the reduction of depressive symptoms in the workplace.

Evidence acquisition: A systematic review and meta-analysis of articles published between January 2000 and September 2017 was conducted using major electronic databases, including PubMed/MEDLINE, PsycINFO, EMBASE, SOCINDEX, and ABI/ProQuest. Studies were selected based on a set of predefined inclusion criteria. Primary outcome measures were depressive symptomatology, and the interventions were preventive in nature. Studies were pooled based on the intervention type and the effect size was measured using the standardized mean difference.

Evidence synthesis: A computer and hand search of the literature yielded 4,462 papers, from which 16 trials were identified to be suitable for meta-analysis. Eight of 16 studies reported significant effects for workplace preventive interventions targeting depressive symptoms in which six were cognitive behavioral therapy (CBT)-based interventions and two were non-CBT-based interventions. Small to medium effect sizes were found for both CBT- and non-CBT-based interventions (standardized mean difference = -0.44, 95% CI = -0.61, -0.26, $I^2=62.1\%$ and standardized mean difference = -0.32, 95% CI = -0.59, -0.06, $I^2=58\%$, respectively).

Conclusions: This review demonstrates that indicated interventions can significantly reduce the level of depressive symptoms among workers. The implementation of evidence-based workplace interventions should consequently be considered to prevent the development of depressive symptoms among employees.

Am J Prev Med 2019;56(1):e23–e33. © 2019 American Journal of Preventive Medicine. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.



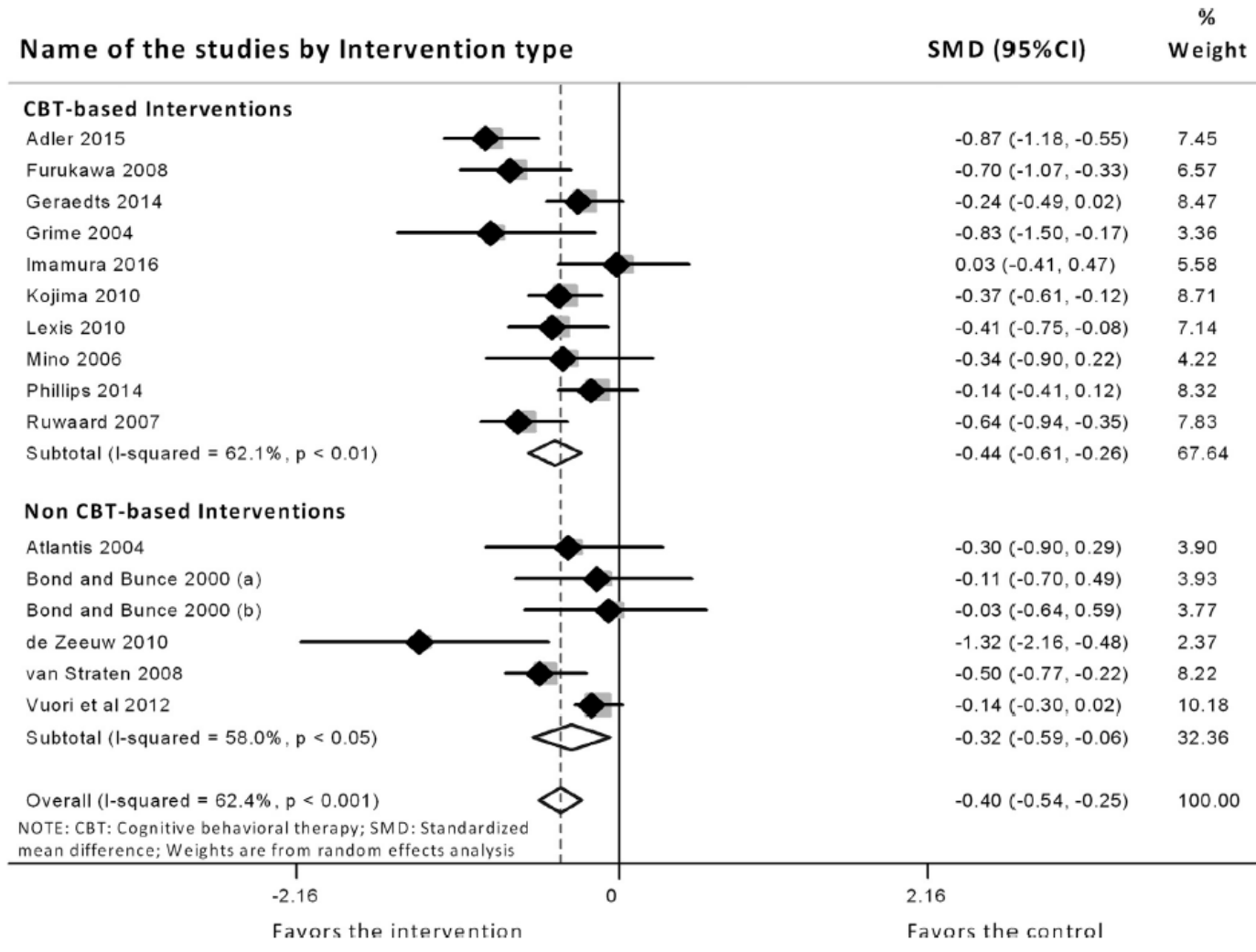


Figure 2. Meta-analysis examining the impact of workplace preventive interventions on depressive symptoms.

Kleine bis mittlere Effektstärke (0,40) bei indikativen Programmen



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)

Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C

Ruotsalainen et al 2015

- **Cognitive-behavioural interventions** that aim to change the way in which participants think, feel and consequently behave in stressful situations.
- **Relaxation interventions** that aim to induce a state of mental or bodily calmness, or both, to counteract the agitation caused by stress. This can be achieved by, for example, being a passive recipient of a massage or by actively performing various exercises. Thus focus is directed towards a specific relaxing activity and away from the unpleasant thoughts and feelings associated with stress.
- **Organisational interventions** that are measures to change resources, the working environment, work tasks or working methods. The intention here is to prevent or decrease stress by ensuring that workers are better equipped to deal with the tasks associated with their jobs.

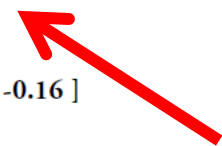
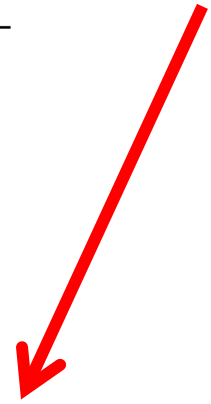
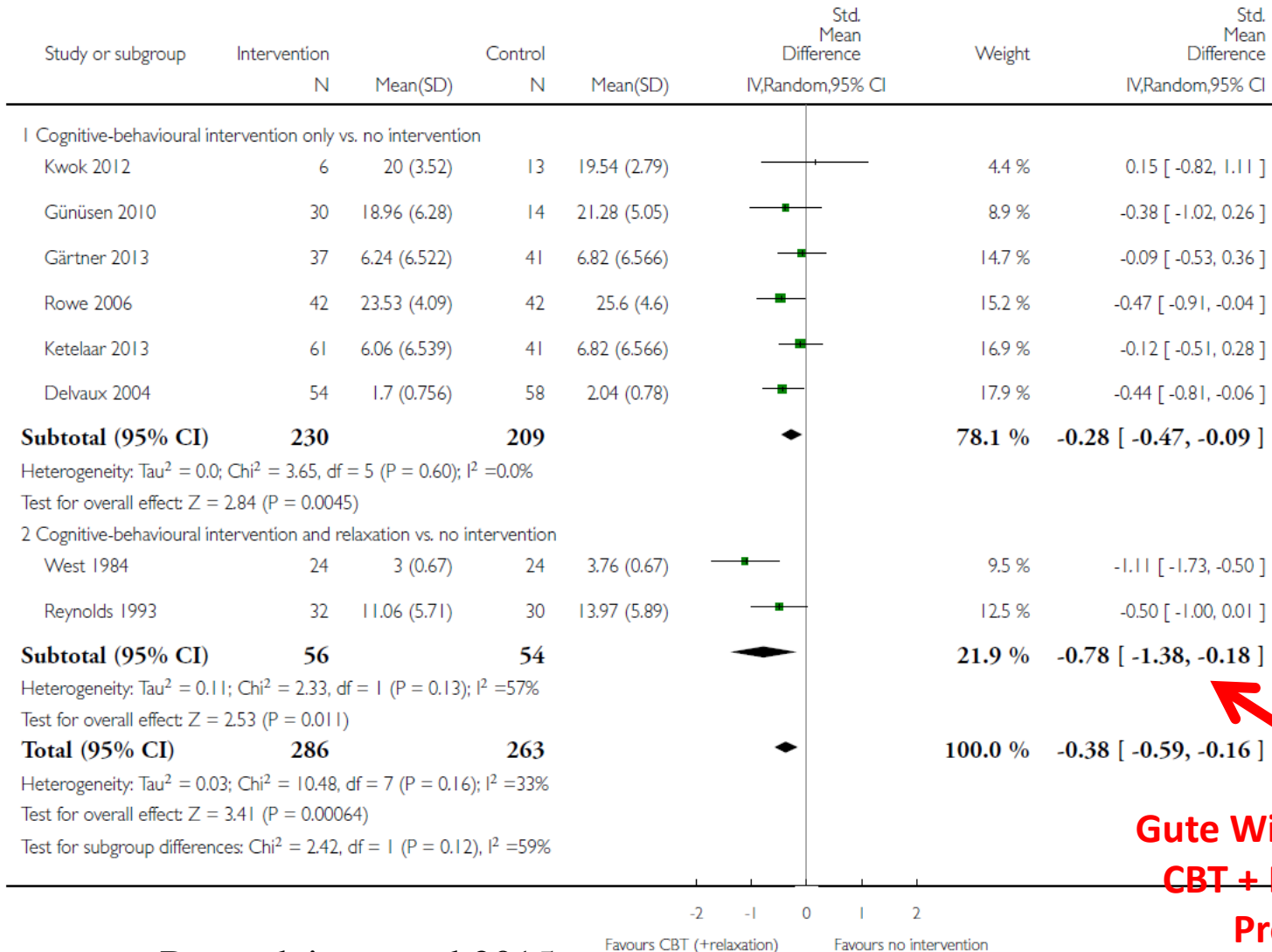
Analysis 1.2. Comparison 1 Cognitive-behavioural intervention vs no Intervention (SMD), Outcome 2 Any Stress-related Outcome (follow-up 1 - 6 months).

Review: Preventing occupational stress in healthcare workers

Comparison: 1 Cognitive-behavioural intervention vs no Intervention (SMD)

Outcome: 2 Any Stress-related Outcome (follow-up 1 - 6 months)

**Geringe
Wirksamkeit
von CBT
Programmen**



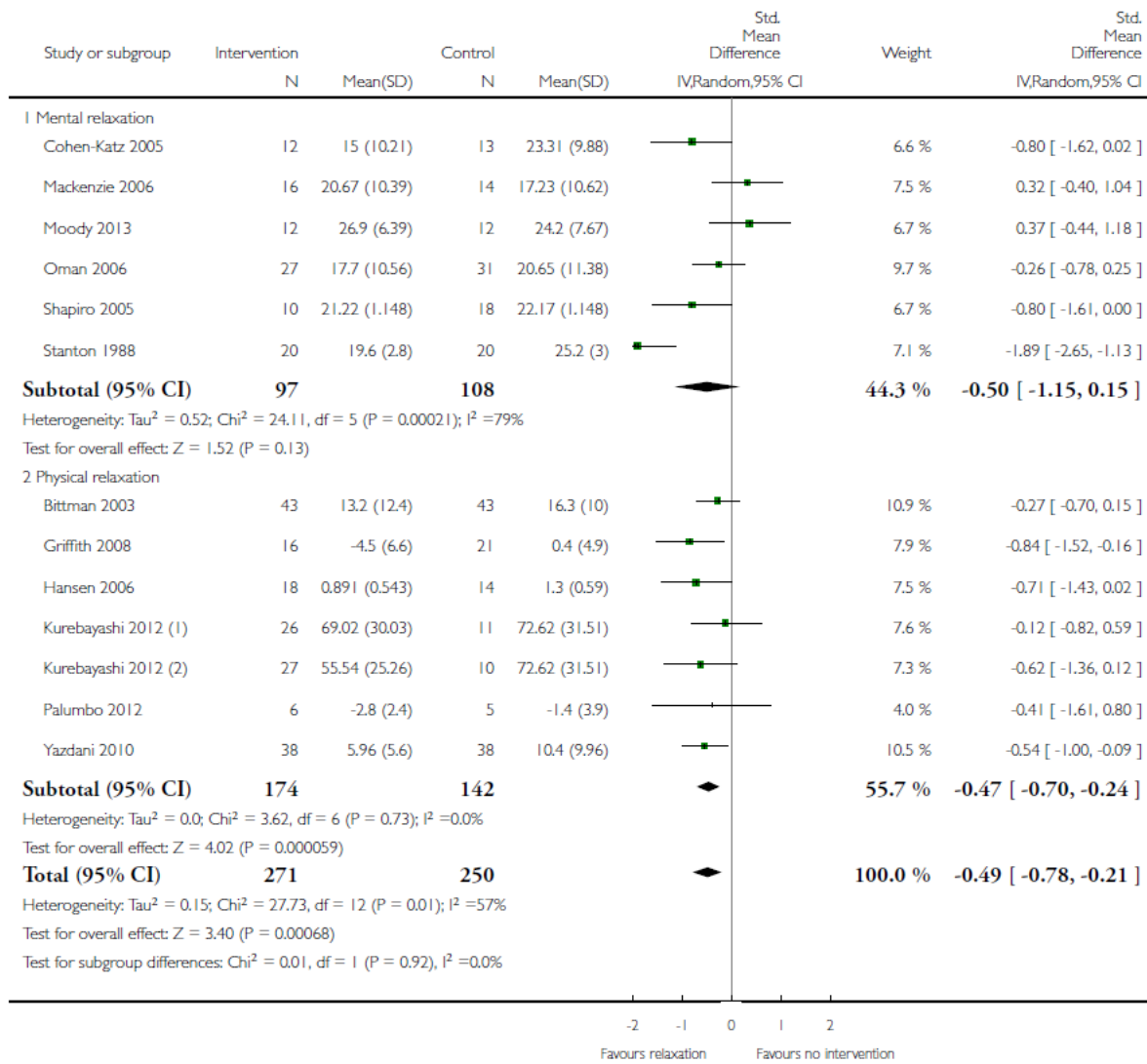
**Gute Wirksamkeit von
CBT + Entspannung
Programmen**

Analysis 3.2. Comparison 3 Relaxation vs. no intervention (SMD), Outcome 2 Any stress outcome (follow-up 1 - 6 months).

Review: Preventing occupational stress in healthcare workers

Comparison: 3 Relaxation vs. no intervention (SMD)

Outcome: 2 Any stress outcome (follow-up 1 - 6 months)



**Unklare
Wirksamkeit von
psychischen
Entspannungs-
programmen**



**Mittlere
Wirksamkeit von
körperlichen
Entspannungs-
programmen**

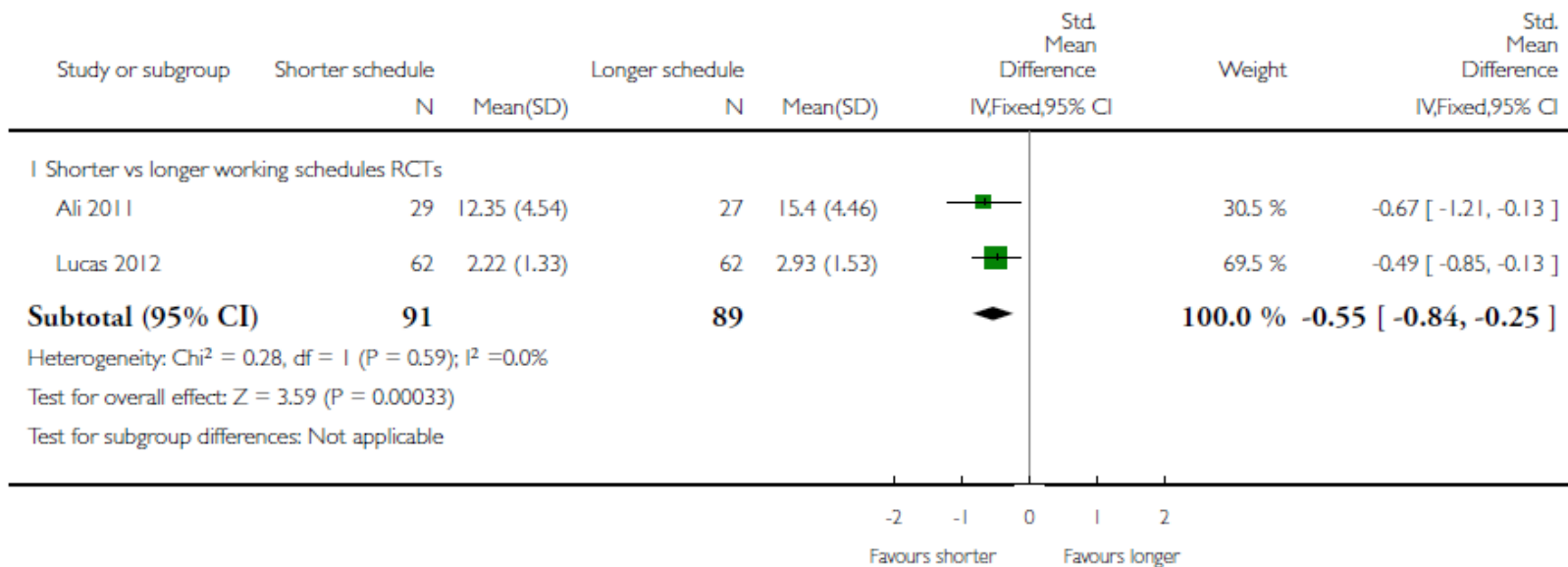


Analysis 6.3. Comparison 6 Organisational intervention vs. other intervention (SMD), Outcome 3 Any stress-related outcome (follow-up more than 6 months).

Review: Preventing occupational stress in healthcare workers

Comparison: 6 Organisational intervention vs. other intervention (SMD)

Outcome: 3 Any stress-related outcome (follow-up more than 6 months)



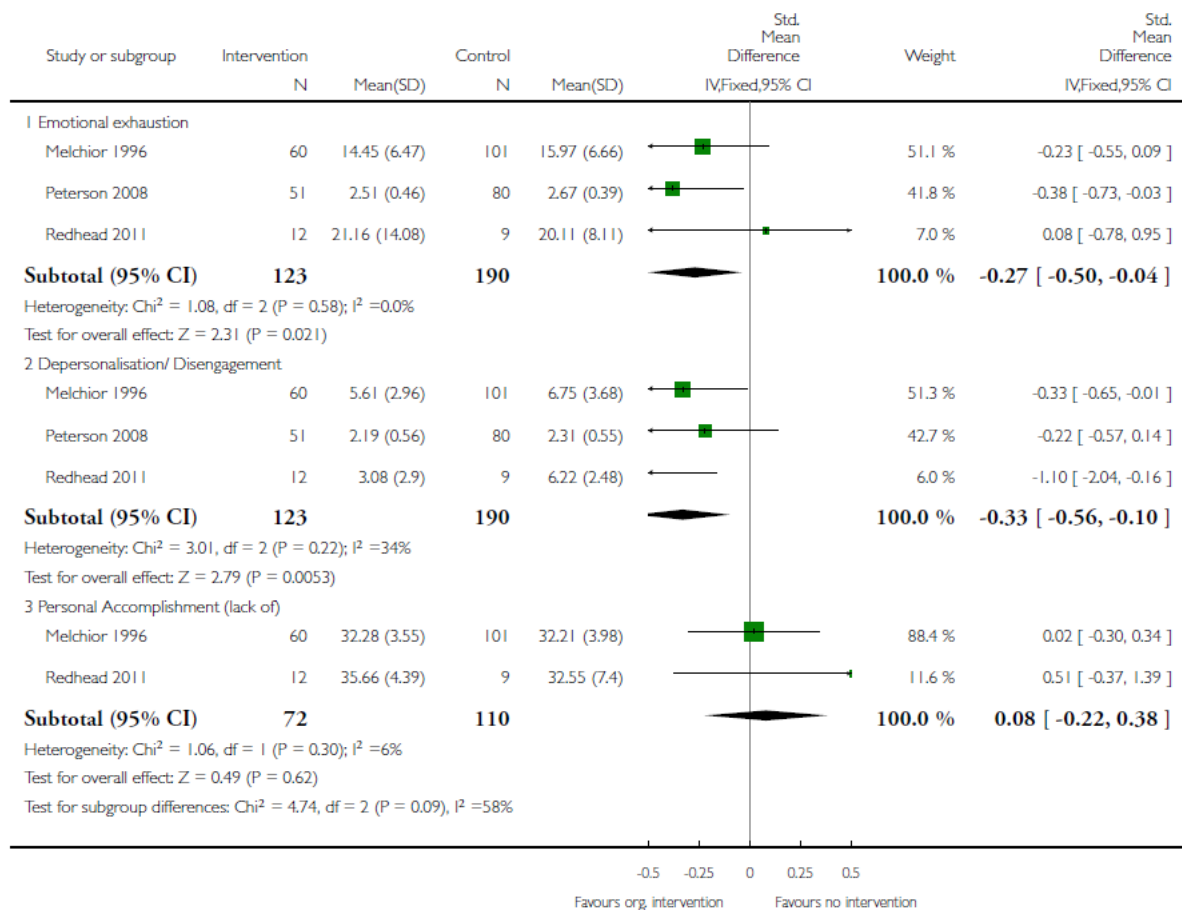
Gute Wirksamkeit von organisatorischen Maßnahmen nach 6 Monaten

Analysis 11.3. Comparison 11 Organisational intervention vs. no intervention (MD), Outcome 3 Maslach Burnout Inventory or Oldenburg Burnout Inventory (follow-up more than 6 months).

Review: Preventing occupational stress in healthcare workers

Comparison: 11 Organisational intervention vs. no intervention (MD)

Outcome: 3 Maslach Burnout Inventory or Oldenburg Burnout Inventory (follow-up more than 6 months)






**Keine Wirksamkeit
auf Burnout
Symptome**

Evidenz der Wirksamkeit von betrieblichen Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit

- Heterogenität der Programme und Zielgruppen groß
- Zielkriterium depressive Symptomatik, Angstsymptome
- in der Mehrzahl Verhaltensprävention, häufig CBT basiert
- Gute Evidenz für kleine Effektstärke bei universellen Programmen
- Gute Evidenz für kleine bis mittlere Effektstärken bei indikativen Programmen
- Wirksamkeit organisationsbezogener Programme im Gesundheitswesen erst nach 6 Monaten
- Keine Wirksamkeit von Programmen gegen Burnout im Gesundheitswesen

JMIR Ment Health. 2016 Jul-Sep; 3(3): e38.

Published online 2016 Aug 17. doi: 10.2196/mental.6061  10.2196/mental.6061 

PMCID: PMC5007382 

PMID: [27535468](#)

Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis

Monitoring Editor: Julie Prescott

Reviewed by Menna Brown


[Lasse Sander](#), Dipl Psych, ^{1,2} [Leonie Rausch](#), MSc,¹ and [Harald Baumeister](#), PhD³

¹Institute of Psychology, Department of Rehabilitationpsychology and Psychotherapy, University of Freiburg, Freiburg, Germany

²Medical Faculty, Department of Medical Psychology and Medical Sociology, University of Freiburg, Freiburg, Germany

³Institute of Psychology and Education, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, Germany

Lasse Sander, Institute of Psychology, Department of Rehabilitationpsychology and Psychotherapy, University of Freiburg, Engelberger Str. 41, Freiburg, 79085, Germany, Phone: +49 7612033049, Fax: +49 7612033040, Email: lasse.sander@psychologie.uni-freiburg.de.

 Corresponding author.

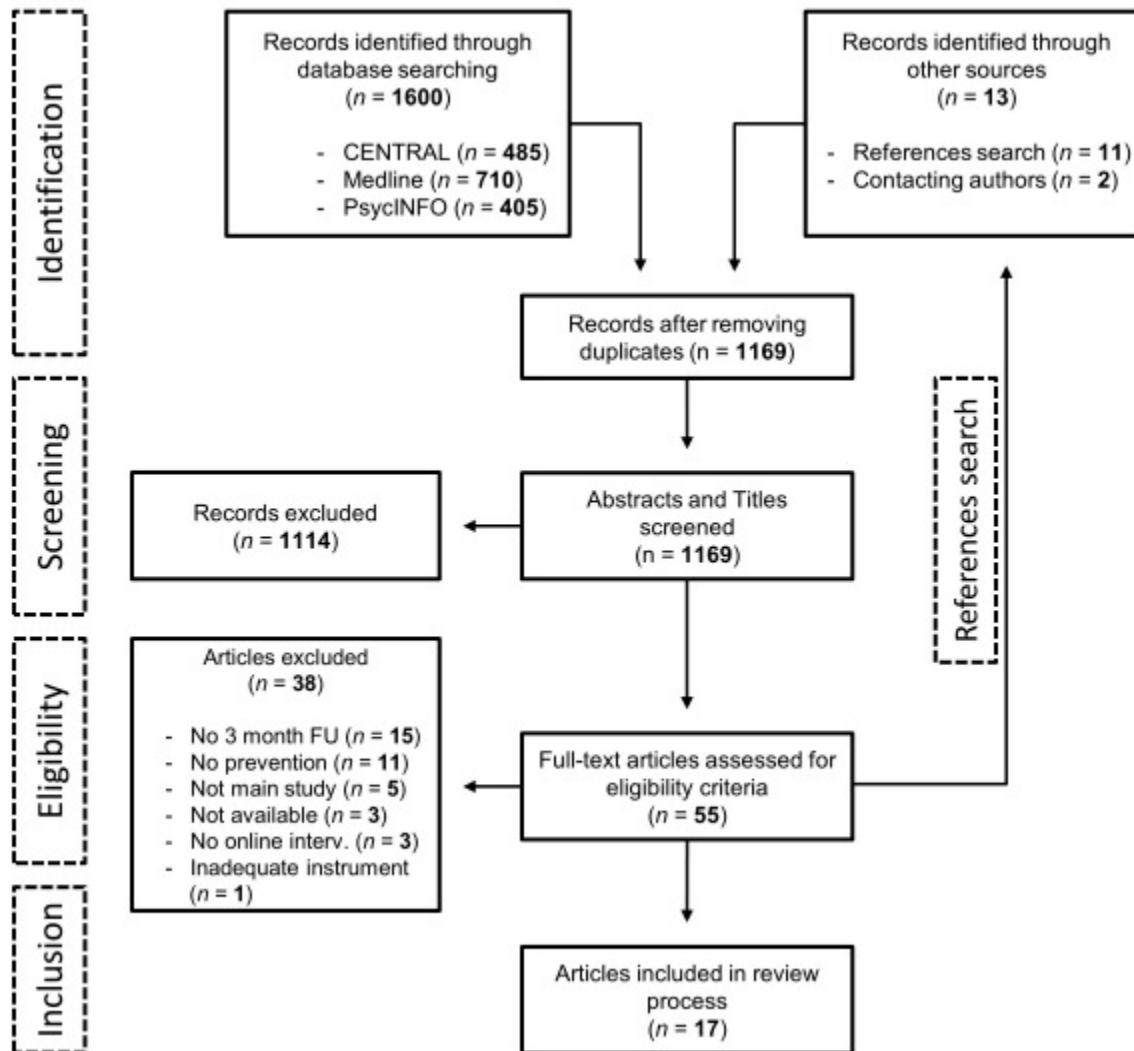
Corresponding Author: Lasse Sander lasse.sander@psychologie.uni-freiburg.de

Auswahlkriterien

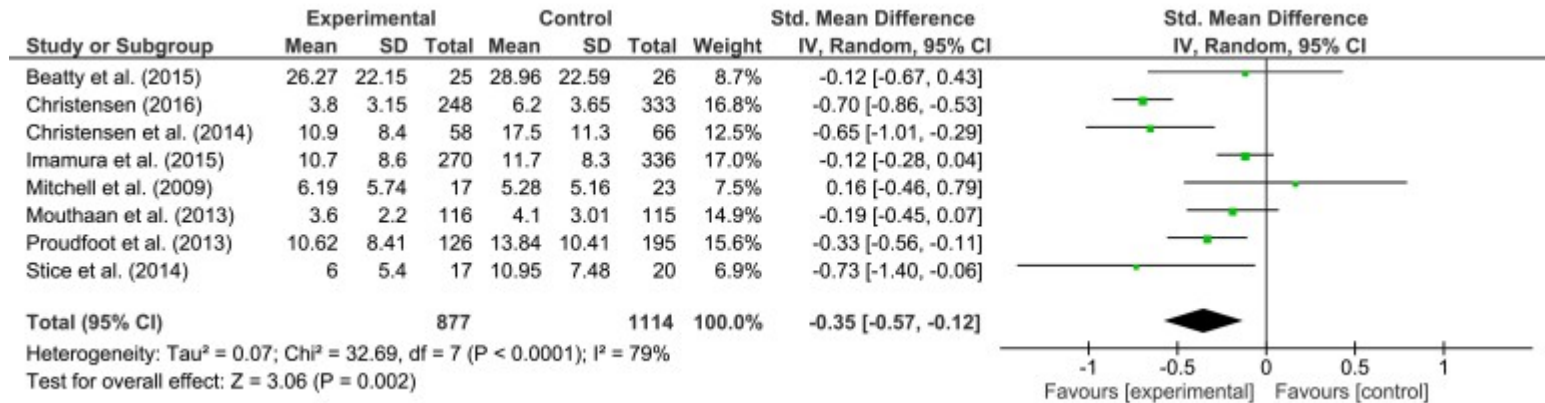
Table 1

Eligibility criteria.

No.	Item	Inclusion	Exclusion
1	Population	Adults (≥ 18 years)	Children and adolescents (< 18 years)
2	Prevention	Universal, selective, or indicated prevention	Parts of the population already affected at baseline
3	Assessment	Instrument with standardized cut-offs for clinical significance or symptom severity ($>$ moderate symptomatology)	Descriptive symptom-oriented instruments without standardized cut-offs
4	Prevented	Mental disorder other than substance-related/addictive disorder	Other types of disorders; substance-related/addictive disorders
5	Intervention	Web-based, psychological, preventive	Not Web-based, no psychological principles, treatment rather than prevention
6	Control group	Waiting list, other treatment, placebo, care as usual	No control group
7	Outcomes	Onset, Number Needed to Treat, Incidence Rate Ratio, severity	Other outcomes (no statements possible about preventive effect)
8	Follow-up	At least 3 month follow-up assessment	No or < 3 -month follow-up assessment
9	Study design	Randomized controlled trial	No randomized controlled trial (eg, cross-sectional studies, case studies, or

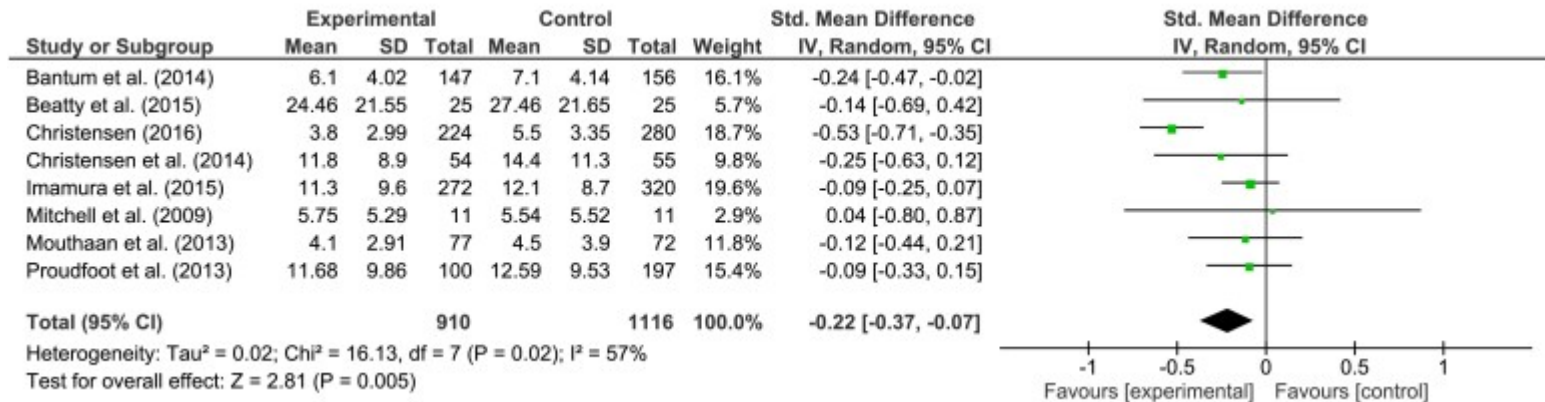


Die Wirksamkeit von Internetprogrammen auf die Schwere der depressiven Symptomatik



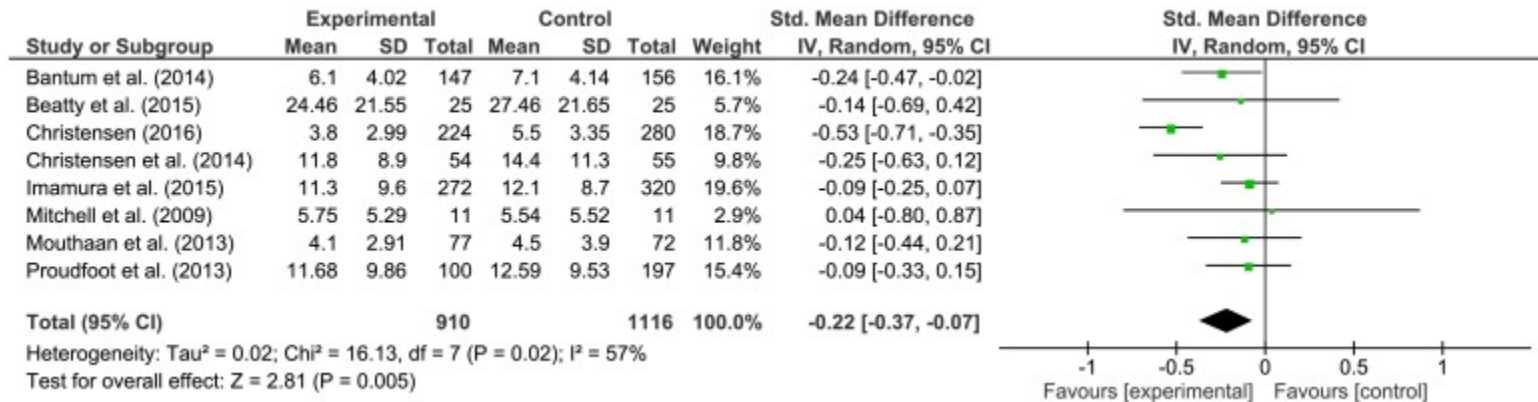
Geringe bis mittlere Effektstärke (0,35) bei Interventionsende

Die Wirksamkeit von Internetprogrammen auf die Schwere der depressiven Symptomatik





Geringe Effektstärke (0,22) bei 1-6 Monate nach Interventionsende


Die Wirksamkeit von Internetprogrammen auf die Schwere der depressiven Symptomatik



Geringe Effektstärke (0,22) bei > 6 Monate nach Interventionsende

J Med Internet Res. 2017 Jul; 19(7): e271.

Published online 2017 Jul 26. doi: 10.2196/jmir.7583:  10.2196/jmir.7583 


PMCID: PMC5550734 

PMID: [28747293](#)

Improving Employee Well-Being and Effectiveness: Systematic Review and Meta-Analysis of Web-Based Psychological Interventions Delivered in the Workplace


Monitoring Editor: Gunther Eysenbach

Reviewed by Susanne Kraft and Lois Tetrick

[Stephany Carolan](#), MSc, ¹ [Peter R Harris](#), PhD,¹ and [Kate Cavanagh](#), DPhil, DClinPsych¹

¹ School of Psychology, University of Sussex, Brighton, United Kingdom

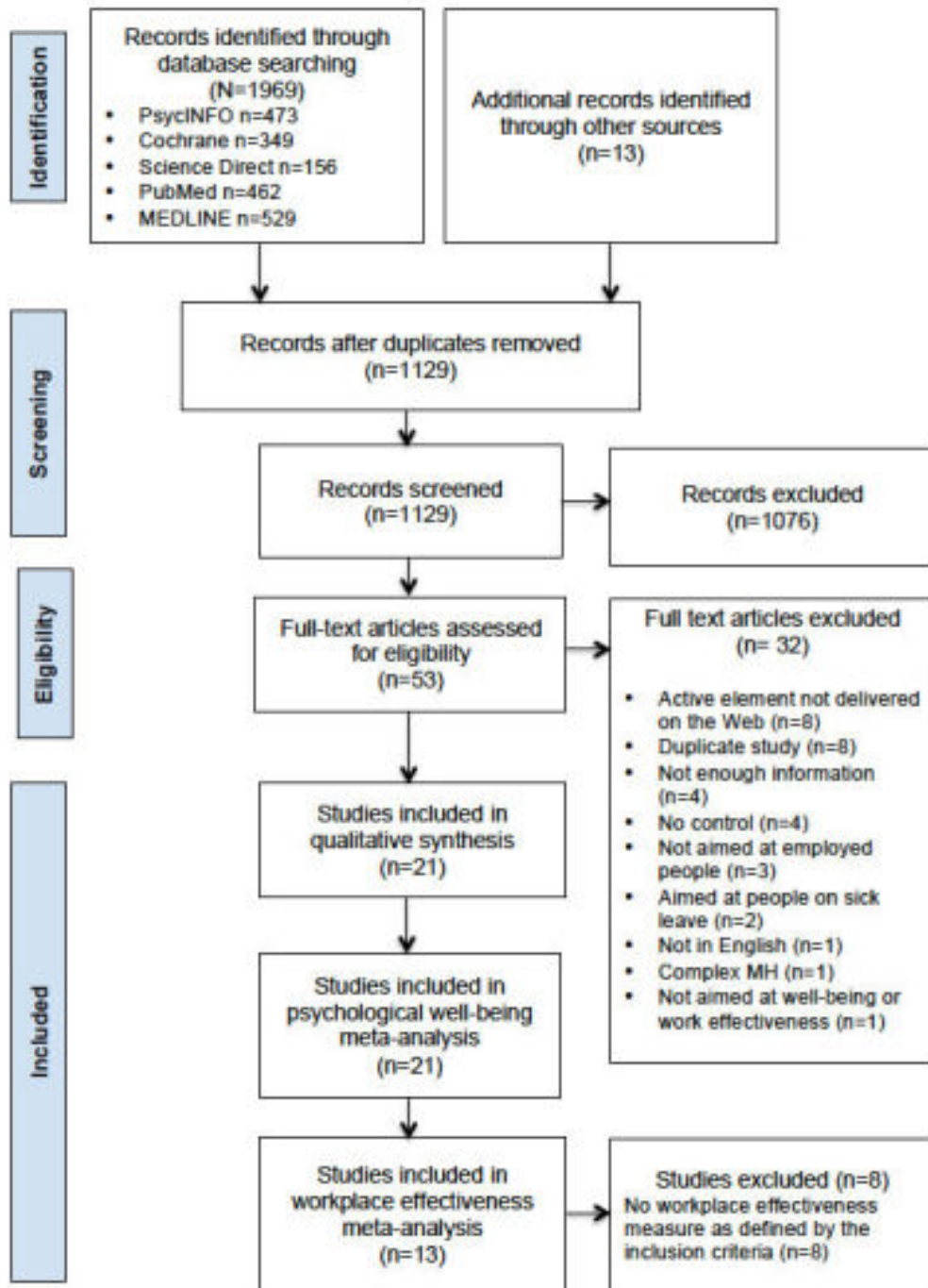
Stephany Carolan, School of Psychology, University of Sussex, Falmer, Brighton, BN1 9QH, United Kingdom, Phone: 44 (0)1273 876638, Fax: 44 (0)1273 678058, Email: sc587@sussex.ac.uk.

 Corresponding author.

Corresponding Author: Stephany Carolan sc587@sussex.ac.uk

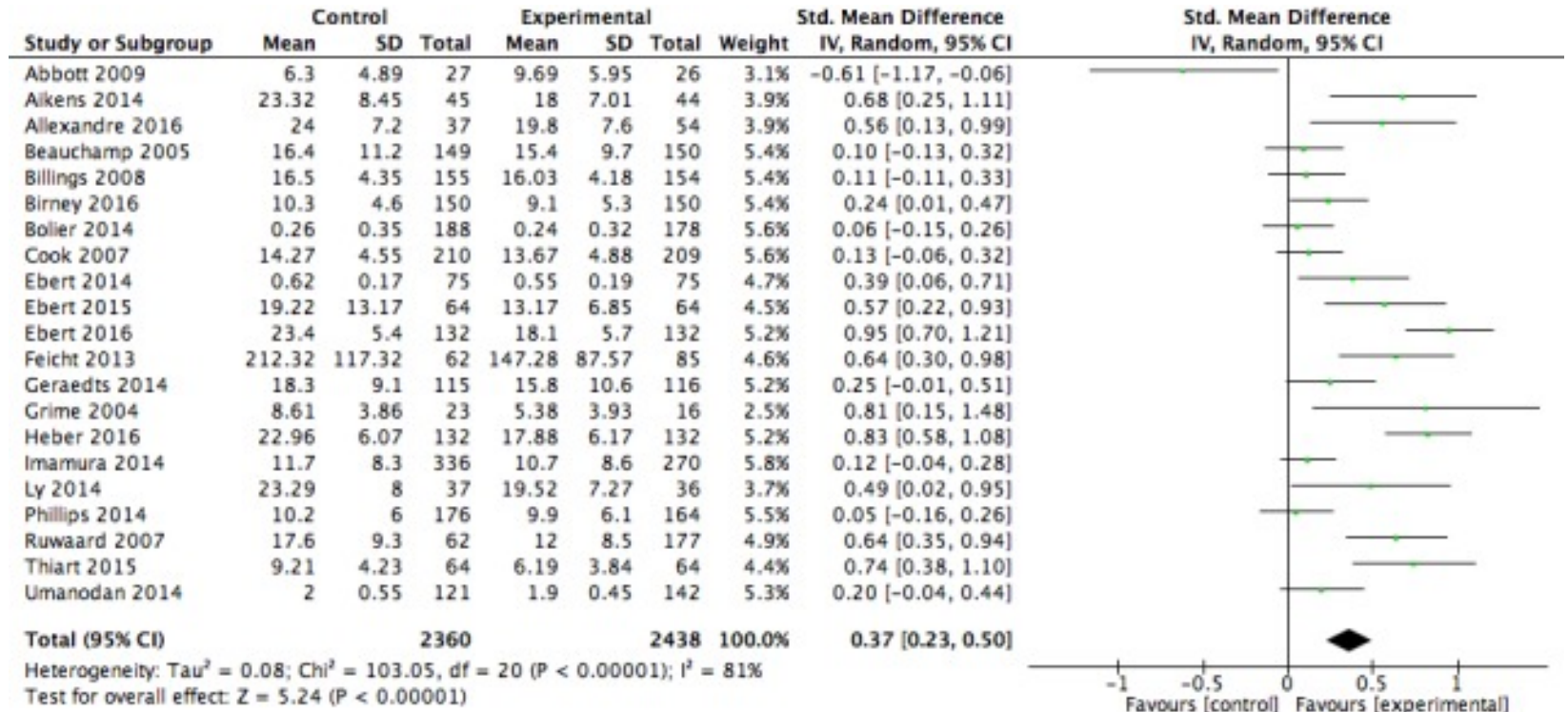
Received 2017 Feb 24; Revisions requested 2017 May 9; Revised 2017 May 22; Accepted 2017 May 23.

[Copyright](#) ©Stephany Carolan, Peter R Harris, Kate Cavanagh. Originally published in the Journal of Medical Internet Research (<http://www.jmir.org>), 26.07.2017.



Carolan et al 2017

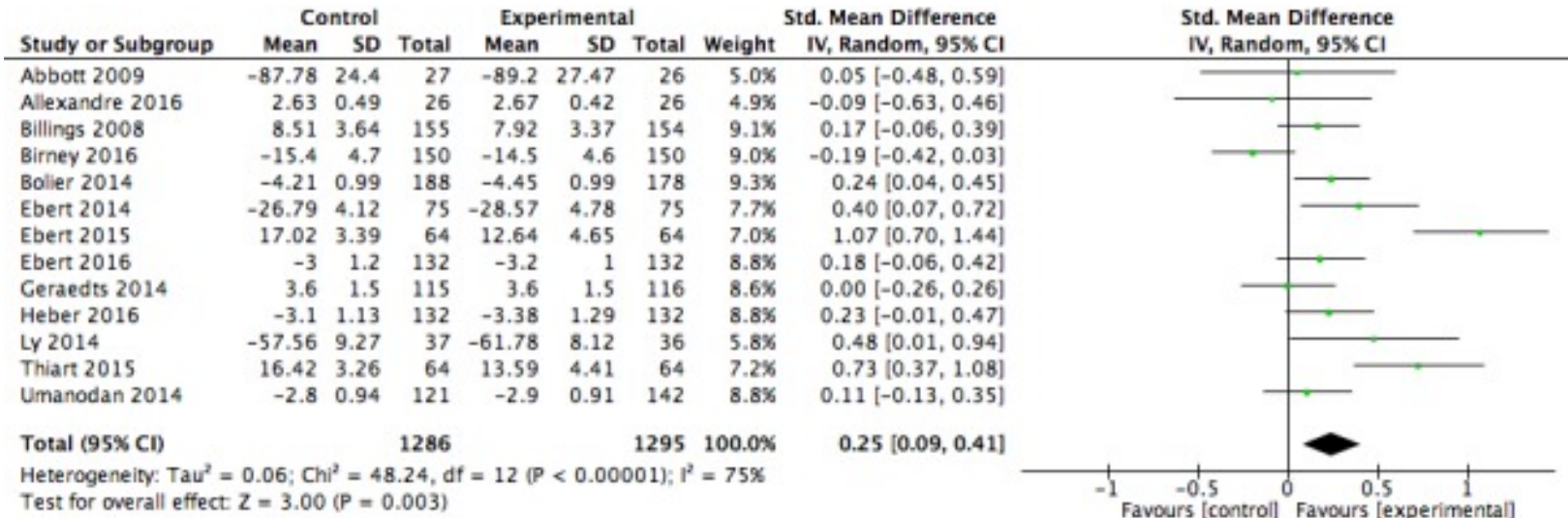
Wirksamkeit internetbasierter betrieblicher Präventionsprogramme auf das psychische Wohlbefinden



Geringe bis mittlere Wirksamkeit (SMD 0,37)

Carolan et al 2017

Wirksamkeit internetbasierter betrieblicher Präventionsprogramme auf die Arbeitsproduktivität

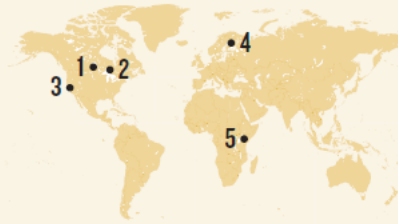


Geringe Wirksamkeit (SMD 0,25)

Carolan et al 2017

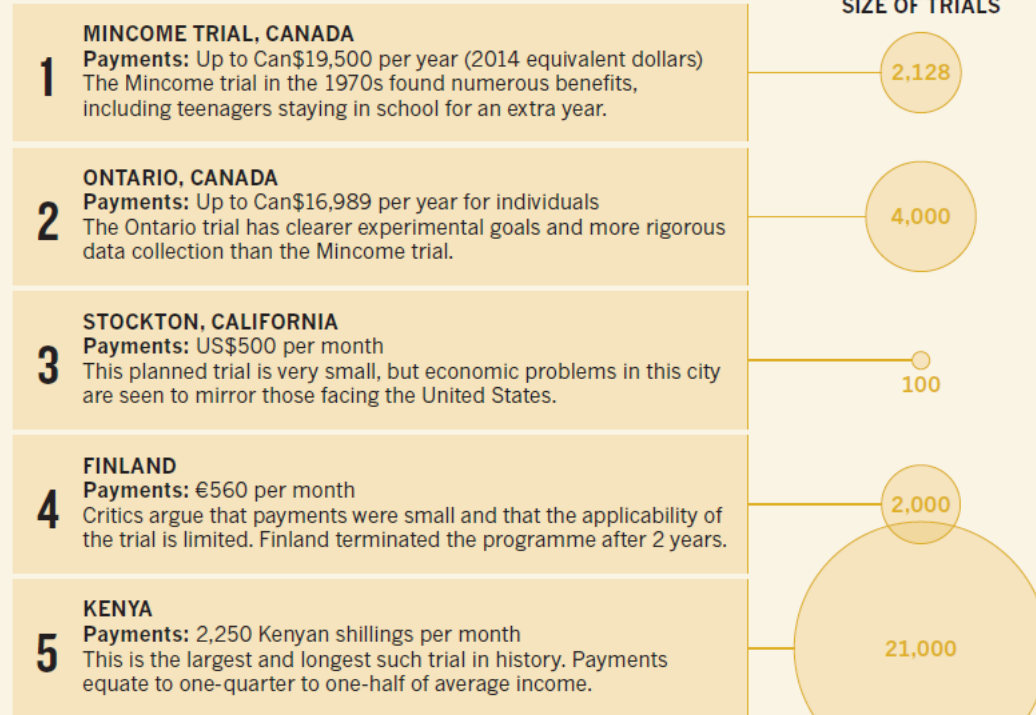
Zusammenfassung der Wirksamkeit internetbasierter Präventionsprogramme

- Große Varianz von Zielgruppen und Inhalten
- Gute Evidenz für Wirksamkeit bei geringen bis mittleren Effektstärken
- Kurzzeiteffekte stärker als längerfristige Effekte
- Keine Langzeitstudien



MONEY FOR NOTHING

Canada conducted an early test of universal basic income in the 1970s. Several governments and charities are now experimenting with other schemes.



DURATION OF TRIALS





HHS Public Access

Author manuscript

J Adolesc Health. Author manuscript; available in PMC 2017 February 01.

Published in final edited form as:

J Adolesc Health. 2016 February ; 58(2): 223–229. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.023.

Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya

Kelly Kilburn, M.A.^a, Harsha Thirumurthy, PhD.^b, Carolyn Tucker Halpern, PhD.^c, Audrey Pettifor, PhD.^d, and Sudhanshu Handa, PhD.^e

Results—The cash transfer reduced the odds of depressive symptoms by 24 percent among young persons living in households that received cash transfers. Further analysis by gender and age revealed that the effects were only significant for young men and were larger among men aged 20-24 and orphans.

Conclusions—This study provides evidence that poverty targeted unconditional cash transfer programs, can improve the mental health of young people in low-income countries.

Fazit zur Evidenz für die Wirksamkeit von Programmen zur Prävention psychischer Erkrankungen

- Es gibt eine gute Evidenz für die Wirksamkeit universeller und indikativer Programme zur Verhaltensprävention in Schulen, Familien, am Arbeitsplatz
- Zielkriterien sind hauptsächlich die Reduzierung der Inzidenz und der Symptome von Depression und Angststörungen
- Es gibt eine gute Evidenz für die Wirksamkeit Internetbasierter Programme zur Verhaltensprävention in unterschiedlichen Settings
- Die Effektstärken universeller Präventionsprogramme sind eher klein
- Indikative Präventionsprogramme weisen kleine bis mittlere Effektstärken auf
- Es gibt nur wenige Studien zur Verhältnisprävention am Arbeitsplatz
- Es gibt kaum Studien zur Verhältnisprävention außerhalb des Arbeitsplatzes
- Aus globaler Sicht zeigen cash-transfer Programme insbesondere in Niedrigeinkommensländern Effekte hinsichtlich der Reduktion depressiver Symptome bei Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen

Vielen Dank

Für ihre Fragen:

reinhold.kilian@uni-ulm.de