



Entwicklungsförderung im Fokus:

PROMPt – das Projekt für die seelische Gesundheit für Kinder mit emotionalen und Verhaltensproblemen

Nominiert für den MSD Gesundheitspreis 2021

Autorin: Prof. Dr. Susanne Knappe

Federführende Organisation: Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

Die inhaltliche Verantwortung des Beitrags liegt allein bei der genannten Autorin. MSD weist ausdrücklich auf die finanzielle Unterstützung dieser Publikation hin.

Management Summary

In dem Projekt *PROMPt – Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern* soll ein neuer, präventiv ausgerichteter Versorgungspfad gestaltet und erprobt werden. Ziel ist es, Kinder mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung emotionaler und Verhaltensauffälligkeiten frühzeitig zu identifizieren und mithilfe präventiver Maßnahmen entgegenzuwirken. Bestehende Präventionsprogramme erreichen derzeit nur einen Bruchteil der Risikopopulation. Eine gezielte Behandlung setzt vielfach erst ein, wenn bereits eine manifeste psychische Störung vorliegt. Um die Zugangswege zu Präventivprogrammen zu verkürzen und zu optimieren, setzt *PROMPt* ein Screening im Rahmen der regulären U-Untersuchungen ein. Kinder, für die ein Präventionsprogramm indiziert ist, werden durch einen strukturierten Versorgungspfad gesteuert. Das Projekt wird in Form einer prospektiven Implementationsstudie durchgeführt. Die Rechtsgrundlage stellt ein Selektivvertrag dar.

Versorgungsherausforderung

Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten beginnen bereits im Kindesalter. In Deutschland sind etwa 7,4 Prozent der drei- bis sechsjährigen Kinder und 7,8 Prozent der Sieben- bis Zehnjährigen betroffen (Ravens-Sieberer et al., 2007). Emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten können die kindliche Entwicklung maßgeblich ungünstig beeinflussen (Hertzman & Power, 2003), da sie vielfach ein vorzeitiges Verlassen der Schule, Substanzmissbrauch und eine schwierige Erwerbsbiografie zur Folge haben (Asselmann et al. 2018). Zudem sind Betroffene einem höheren Risiko für weitere psychische Störungen ausgesetzt, z. B. für die Entwicklung ausgeprägter Angst-, für depressive, somatoforme Substanzkonsumstörungen oder für externalisierende Störungen (Beesdo-Baum & Knappe, 2012). Damit verbunden sind enorme individuelle und gesellschaftliche Kosten, wie etwa Behandlungskosten, Einbußen durch eine geringere Teilhabe und eingeschränkte Produktivität im Arbeitsleben (Gustavsson et al., 2011; McDaid et al., 2019).

Lösungsstrategien, die ausschließlich auf therapeutischen Maßnahmen bei bereits erkrankten Personen basieren, erscheinen unzureichend. Zum einen wird dabei nur ein Teil der Betroffenen erreicht. Zum anderen erfolgt die Behandlung oft zu spät und es profitieren nicht alle Betroffenen gleichermaßen. Zudem gehen die Maßnahmen mit hohen Kosten für das Gesundheitswesen einher.

Studien haben gezeigt, dass indikativ ausgerichtete Präventionsprogramme im Vergleich zu universellen Präventionsmaßnahmen die Inzidenz psychischer Erkrankungen senken können (Johnstone et al., 2018; Moreno-Peral et al., 2017; Hölling et al., 2007). Dies gilt vor allem, wenn präventive Interventionen zu einem Zeitpunkt angeboten werden, zu dem Auffälligkeiten noch nicht in rigide Verhaltensmuster oder manifeste psychische Erkrankungen übergegangen sind, zumal für Letztere nur mit großem Aufwand eine Veränderung herbeigeführt werden kann. Weiterhin zeigen Kosten-Nutzen-Analysen, dass früher einsetzende Interventionen günstiger und effektiver sind als später einsetzende Interventionen (McDaid, Park & Wahlbeck, 2019).

Wenn es um die frühzeitige Erkennung von Risikogruppen und die Einleitung geeigneter Maßnahmen geht, kommt Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin (FfPaed) die Rolle eines „Torwächters“ (Gatekeepers) zu. Sie sind häufig die erste und regelmäßige Anlaufstelle für Kinder und ihre Familien, und können eine steuernde Funktion im Versorgungssystem übernehmen.

Es ist eine Reihe von etablierten, evaluierten Präventionsprogrammen für die seelische Entwicklung verfügbar; allerdings sind nur wenige davon auf spezifische Risikogruppen zugeschnitten. Zudem scheint der Bekanntheitsgrad dieser Programme unter Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin und unter Eltern eher gering zu sein. Auch spiegeln die Teilnahmeraten solcher Programme nicht den geschätzten Anteil von (Hoch-) Risikopatient:innen in der Bevölkerung wider. Es fehlt an einer routinierten und regelmäßigen Zuweisung Betroffener, um nachhaltig die Inzidenz psychischer Störungen und damit auch gesundheitsbezogene Kosten zu senken. Damit bleiben verfügbare und geeignete Präventionsprogramme trotz ihrer guten Wirksamkeit und eines überzeugenden Kosten-Nutzen-Verhältnisses insbeson-

dere in Risikogruppen unzureichend verbreitet. Hinsichtlich der Zugangswege und -modalitäten gibt es keine strukturierten Abläufe innerhalb des breiten ambulanten Versorgungsangebotes.

Beschreibung der neuen Versorgungsform

Im Rahmen des Projektes *PROMPt – Primärindikative und optimierte Zuweisung zu gezielten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern* wird ein neuer präventiv ausgerichteter ambulanter Versorgungspfad etabliert. Ziel von PROMPt ist es, eine frühzeitige Identifikation und Versorgung von Kindern mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten sicherzustellen. Das Projekt ist als Versorgungsforschungsstudie konzipiert, die sich schwerpunktmäßig drei Fragestellungen widmet:

Wie verlaufen die Zugangswege von Kindern und Familien in die Versorgung psychischer Auffälligkeiten und wie lässt sich die Zuweisung zu einer indikativen Präventionsmaßnahme für Kinder mit emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten optimieren?

Wie gut lässt sich ein Screening-Instrument zur Identifikation und Zuweisung von Risikopersonen in der Routineversorgung einsetzen und in welchem Verhältnis stehen Kosten und Nutzen?

Wo liegen hemmende bzw. fördernde Faktoren für die Zuweisung und Teilnahme an einer indikativen Präventionsmaßnahme aus individueller, familiärer und Versorgungsperspektive?

Dazu wird eine prospektive Implementationsstudie durchgeführt. Im Zentrum der Evaluation stehen die Machbarkeit, Nützlichkeit und Akzeptanz eines Routine-Risiko-Screenings sowie die Identifikation von hemmenden und fördernden Faktoren für die Zuweisung zu bzw. Teilnahme an einer zwei-armigen indikativen Präventionsmaßnahme.

Um Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren mit einem erhöhten Risiko für emotionale oder Verhaltensauffälligkeiten zu identifizieren, werden die Eltern im Rahmen der regulären Gesundheitsuntersuchungen (U-Untersuchungen, U9: fünf bis sechs Jahre, U10: sieben bis acht Jahre, U11: neun bis zehn Jahre) anhand des etablierten Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997) zu Verhaltensauffälligkeiten und -stärken ihres Kindes befragt. Abhängig von ihrem Risikostatus werden die Kinder entweder zu keiner Intervention, zu einem etablierten indikativen Präventionsprogramm oder zur weiteren Diagnostik an regionale Ansprechpartner:innen verwiesen.



Abbildung 1 Praxisposter zur Ansprache der Eltern

Quelle: Eigene Darstellung

Je nach Symptomatik findet eines von zwei empirisch fundierten indikativen Präventionsprogrammen Anwendung: Das indikative Präventionsprogramm „Mutig werden mit Til Tiger“ (Ahrens-Eipper, Leplow & Nelius, 2009) zielt auf sozial ängstliche, schüchterne und gehemmte Kinder ab (s. Abb. 2). Schrittweise werden in zwei Einzel- und neun Gruppenstunden Selbstbewusstsein, der Um-

gang mit Stress und Gefühlen vermittelt sowie praktische Handlungsstrategien für den Alltag eingeübt. Das Programm „Stressbewältigungstraining für Trotzköpfe und Zornteufel“ basiert auf dem Baghira-Gruppentraining als Präventionsprogramm für Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten (Aebi et al., 2011) (s. Abb. 3). Es umfasst neun Gruppenstunden sowie begleitende Elternarbeit, in denen mit den Kindern Strategien zur Wut- und Ärgerkontrolle sowie zur angemessenen Konfliktlösung erarbeitet und in verschiedenen Situationen und Rollenspielen vertieft werden.

PROMPt



Abbildung 3 Comic zum Präventionsprogramm „Stressbewältigungstraining für Trotzköpfe und Zornteufel“

Quelle: Eigene Darstellung

Beide Programme sind nach § 20 Abs. 1 SGB V als theorie- und evidenzbasierte Frühpräventionsmaßnahmen mit kognitiv-behavioraler Ausrichtung zum multimodalen Stressmanagement anerkannt und somit Teil der Regelversorgung. Dies stellt zugleich die sozialrechtliche Grundlage für die Erstattung der Teilnahmegebühren durch die meisten gesetzlichen Kranken- und Ersatzkrankenkassen dar. Einige Krankenkassen, darunter die AOK PLUS, sehen auch den Einsatz eines Präventionsgutscheines vor, damit die Familien die Teilnahmegebühren nicht verauslagern müssen.

Im Falle einer Präventionsempfehlung und Kontaktaufnahme der Familie mit dem Studienteam findet ein Vorgespräch mit Studienmitarbeitenden statt, an dem min-

PROMPt



Abbildung 2 Comic zum Präventionsprogramm „Mutig werden mit Til Tiger“

Quelle: Eigene Darstellung

destens ein:e gesetzliche:r Vertreter:in und das betroffene Kind teilnehmen. Im Rahmen dieses Gesprächs wird geprüft, ob das Kind von einem Programm profitieren kann. Ausschlusskriterien für eine Teilnahme am Präventionsprogramm sind eine bekannte aktuelle psychische Störung nach ICD-10 beim Kind, eine aktuelle psychotherapeutische Behandlung, akute Suizidalität oder eine instabile Medikation. Liegt kein Ausschlussgrund vor, kann das Kind je nach Symptomatik einem von zwei verschiedenen empirisch fundierten indikativen Präventionsprogrammen teilnehmen.

Die vertragliche Ausgestaltung für den Einsatz des SDQ als neue Versorgungsform basiert auf einem Selektivvertrag zwischen der AOK PLUS und den teilnehmenden Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin. Für Patient:innen anderer gesetzlicher Krankenkassen erhalten die Ärzt:innen eine Aufwandsentschädigung auf Grundlage des § 630a BGB.

Angestrebter Mehrwert

Unmittelbar profitieren die Teilnehmenden durch eine frühzeitige Diagnostik, eine damit verbundene Empfehlung und gegebenenfalls die Teilnahme an einem indikativen Präventionsprogramm. Da die Kosten anteilig oder vollständig durch die Krankenkassen übernommen werden, ist es möglich auch dann zur Teilnahme zu motivieren, wenn in der Familie bisher keine oder nur eine geringe Belastung oder Beeinträchtigung wahrgenommen wird. Somit ist ein niedrigschwelliger Zugang zu der neuen Versorgungsform gewährleistet. Aufgrund der bundesweiten Verbreitung beider Präventionsprogramme und der Anerkennung nach § 20 Abs. 1 SGB V durch die Zentrale Prüfstelle Prävention wäre eine Übertragung in die bundesweite Regelversorgung auch nach dem Ende des Projektes problemlos möglich.

Am Beispiel von *PROMPt* können zudem Hürden und Gelingensfaktoren für die Identifikation von Risikopersonen sowie ihre Zuweisung zu und Teilnahme an einer indikativen Präventionsmaßnahme bestimmt werden. Die Ergebnisse der Studie werden Aufschluss darüber geben, in welchen Bereichen durch die Einführung des Selektivvertrages Veränderungen eingetreten sind, z. B.

hinsichtlich der Erkennens-, Therapie- und Zuweisungs-raten für emotionale und Verhaltensauffälligkeiten sowie der Identifikation fördernder oder hemmender Faktoren für die Teilnahme an einem indikativen Präventionsprogramm. Ferner sind durch die längsschnittlichen Befragungen der Teilnehmenden Erkenntnisse darüber zu erwarten, welche Maßnahmen mit positiven (bzw. sub-optimalen) Verläufen assoziiert sind. Die selektivvertragliche Ausgestaltung schafft eine neue Form der Regelversorgung, in deren Zentrum die Ausweitung der Vorsorgeuntersuchungen auf psychische Erkrankungen, die Vermeidung von Folgekosten und Erhöhung der Lebensenseinstiegschancen stehen.

Evaluation

Das Evaluationsdesign basiert auf einem Prä-Post-Vergleich. Die Beurteilung des Versorgungspfades in die indikative Prävention erfolgt zu mehreren Zeitpunkten (s. Abb. 1): Für Kinder, die auf Basis der Ergebnisse des Screenings an einem der beiden Präventionsprogramme teilnehmen, finden die Befragungen vor Aufnahme des Präventionsprogramms (T0), nach Abschluss des Präventionsprogramms (T1) und im Rahmen einer Nacherhebung zwölf Monate später (T2) statt.

Für Kinder, die im Screening unauffällige Werte (keine Zuweisung zu einem Präventionsprogramm) bzw. hoch auffällige Werte (weitere Abklärung, ggf. ambulante oder stationäre Weiterbehandlung) erreichen, ist eine Befragung zur Erhebung des Entwicklungsverlaufes direkt nach dem Screening (T0) sowie eine Nacherhebung nach sechs (T1) und eine weitere nach zwölf Monaten (T2) vorgesehen.

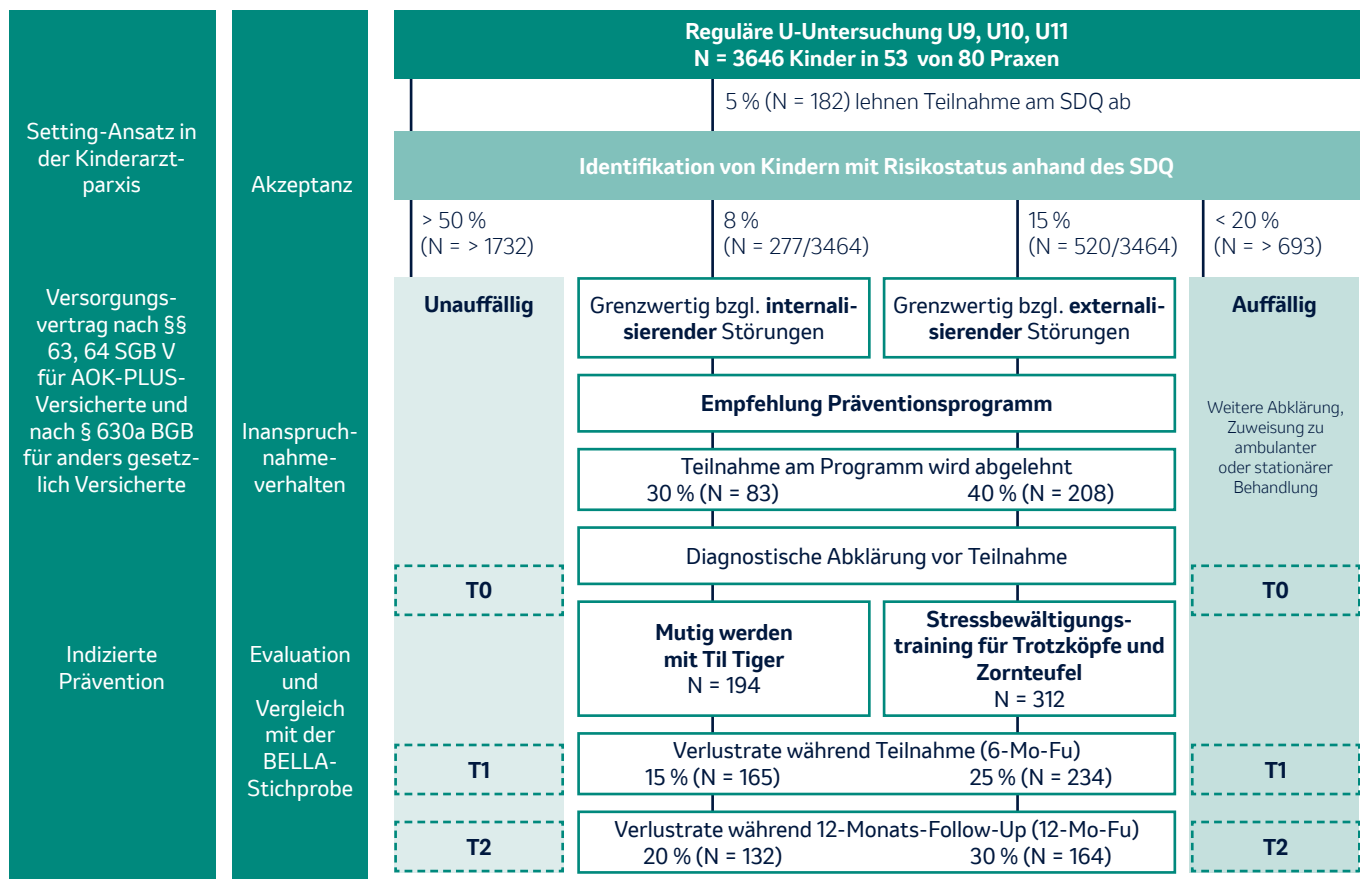


Abbildung 4 Versorgungspfad und Evaluationsdesign der PROMPt-Studie
 Quelle: Weniger et al., 2021 (Common Licence Agreement)

Eltern, die nicht am Projekt oder am Training teilnehmen möchten bzw. das Präventionsprogramm abbrechen, erhalten einen Fragebogen, in dem die Gründe für ihre Entscheidung abgefragt werden. Neben dem SDQ werden während der U-Untersuchung individuelle, familiäre und versorgungsstrukturelle Barrieren und Prädiktoren für die Zuweisung und Inanspruchnahme von Präventionsprogrammen zur Förderung der seelischen Gesundheit erhoben. Dazu gehören beispielsweise Gründe einer (Nicht-)Teilnahme, persönliche Einstellungen sowie das Inanspruchnahmeverhalten bezüglich Hilfen und Gesundheitsleistungen.

Für die mittel- und langfristige Evaluation der Programmeffekte werden die Qualität und die Zufriedenheit mit dem Programm sowie die subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit der Programme ermittelt. Zusätzlich werden die Programmtrainer:innen von den Kindern und ihren Eltern hinsichtlich der Kompetenz und des Umgangs mit den Kindern bewertet. Primäre Ergebnismaße

zur Evaluation des Versorgungspfades sind die Teilnahmeraten am Screening, die Adhärenz zum Versorgungsverlauf und zum jeweiligen Präventionsprogramm, die Teilnahmemotivation sowie Drop-out-Raten. Sekundäre Ergebnismaße sind Angaben zur behavioralen und psychischen Entwicklung der Kinder, zu frühkindlichen Verhaltensweisen sowie zum Funktionsniveau und der Lebensqualität, Angaben zur seelischen Befindlichkeit und Gesundheitskompetenz der Eltern sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, zum Erziehungsstil und zum Familienklima.

Ergänzend wurden im Rahmen einer qualitativen Erhebung 16 Familien und acht Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin mittels leitfadengestützter Einzelinterviews zu ihren Erfahrungen mit dem SDQ-Screening in der Kinderarztpraxis, zu Zugangswegen zu den Präventionsprogrammen, zur Durchführung des Programms sowie zu Aufwand und Zufriedenheit mit dem Gesamtprojekt befragt.

Die Rekrutierung der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin erfolgte von Januar 2020 bis Juni 2021. Die Teilnahmebereitschaft der Ärzt:innen in der Studienregion ist hoch, trotz der Pandemie-bedingten Unterbrechung des Projekts im Frühjahr 2020. Es wurden insgesamt 48 Ärzt:innen in das Studienprogramm aufgenommen.

Die Einweisung der Fachkräfte aus den Praxen in die Studienabläufe nimmt in etwa 60 Minuten in Anspruch und lief bisher problemlos ab. Bis zum 24.06.2021 wurden 3.289 Screening-Bögen an die fachärztlichen Praxen übergeben, davon waren bis 24.06.2021 bereits 2.251 wieder im Studienzentrum eingegangen mit insgesamt 2.204 ausgefüllten SDQs. Eine Zwischenauswertung des Screenings zeigt einen Anteil von 63,8 Prozent unauffälliger Kinder, während 13,1 Prozent der Kinder einen Wert im Bereich der Präventionsempfehlung für emotionale Auffälligkeiten erreichten und 17 Prozent für Verhaltensauffälligkeiten. In 4,0 Prozent der Fälle wurden beide Programme empfohlen. 2,1 Prozent der Kinder zeigten hoch auffällige Werte, die auf das Vorliegen einer psychischen Störung hinweisen. Bis zum 24.06.2020 lehnten 12,5 Prozent der Familien eine Teilnahme am Screening ab.

Bis zum 24.06.2020 wurden 305 Vorgespräche geführt. Dies entspricht einem Anteil von 46 Prozent der Familien, die eine Empfehlung für ein Präventionsprogramm erhalten haben. Erwartet wurde, dass 30 Prozent der Familien mit einer Präventionsempfehlung die Teilnahme an einem Präventionsprogramm für emotionale Auffälligkeiten bzw. 40 Prozent der Familien mit Empfehlung im Bereich Verhaltensauffälligkeiten eine Teilnahme ablehnen. Bis zum 24.06.2021 haben 22,5 Prozent die Teilnahme an einem Präventionsprogramm für emotionale Auffälligkeiten bzw. 26,3 Prozent mit Empfehlung im Bereich Verhaltensauffälligkeiten definitiv abgelehnt; nicht berücksichtigt sind hierbei Familien die keine Rückmeldung gegeben haben.

Bis zum 24.06.2020 haben 85 bzw. 87 Kinder an einem Präventionsprogramm teilgenommen. Die Verlustrate innerhalb der Programme ist äußerst gering (0 Prozent bzw. 0,1 Prozent) und liegt deutlich unter dem Erwartungsbereich von 15 Prozent bzw. 25 Prozent. Zwischen

Vorgespräch und Programmstart liegt die Verlustrate bei 2,5 Prozent bzw 7,3 Prozent. Die Fallzahlen für die qualitative Datenanalyse wurden zum 31.03.2021 erreicht.

Im Rahmen der qualitativen Befragung wurden 25 semi-strukturierte Einzelinterviews mit teilnehmenden Ärzt:innen und Eltern durchgeführt. In den ersten Auswertungen wurde die Ergänzung von U-Untersuchungen mit dem SDQ als praxistauglich und hilfreich bewertet, um emotionale und Verhaltensauffälligkeiten aufzudecken und zu konkretisieren. Die befragten Ärzt:innen und Eltern sehen einen großen Bedarf zur frühzeitigen Identifikation und Prävention psychischer Erkrankungen bei Kindern. Als Hürde für die Inanspruchnahme des SDQ-Screenings wurden Sorgen der Eltern vor einem unerwünschten Testergebnis genannt. Barrieren für die Teilnahme an einem empfohlenen Präventionskurs sind Zeitmangel, Distanz zum Durchführungsort, Ablehnung durch das Kind sowie Unsicherheiten bezüglich der Kosten für die Kursteilnahme.

Sollte die neue Versorgungsform in die Regelversorgung übernommen werden, bedarf es aus Sicht der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin einer flächendeckenden Bereitstellung von Präventions- und Behandlungsangeboten für Kinder mit psychischen Auffälligkeiten und einer einheitlichen Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die Teilnahme an zertifizierten Präventionskursen. Darüber hinaus sollte sichergestellt sein, dass alle pädiatrischen Fachärzt:innen an Maßnahmen zur Früherkennung psychischer Auffälligkeiten bei Kindern teilnehmen.

Aktuell werden weitere Analysen zur Identifikation von Hürden und Gelingensfaktoren vorbereitet und die Ergebnisse der qualitativen Befragung validiert. Zudem wurde eine Peer-Review-Arbeit zur Beschreibung des Projektes (Hypothesen, Studiendesign, Methoden, erwartete Ergebnisse) veröffentlicht (Weniger et al., 2021).

Projektpartner/Konsortium

Die Leitung der Studie liegt bei Prof. Dr. Susanne Knappe vom Institut für Klinische Psychologie und Psychothera-

pie der Technischen Universität Dresden. Konsortialpartner:innen und Teilprojektleiter:innen sind Prof. Dr. Katja Beesdo-Baum (Technische Universität Dresden), Prof. Dr. med. Veit Roessner (Universitätsklinikum Dresden), Prof. Dr. med. Prof. h.c. Jochen Schmitt (Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung, ZEGV) sowie die AOK PLUS als ortsansässige Krankenkasse.

Ansprechpartnerin

Prof. Dr. Susanne Knappe

AG Leitung, Projektleitung
Institut für Klinische Psychologie und
Psychotherapie, Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
Telefon: 0351 463 42294
E-Mail: susanne.knappe@tu-dresden.de

Finanzierung

Die *PROMPt*-Studie wird aus Mitteln der dritten Ausschreibungswelle zur Erforschung neuer Versorgungsformen vom GBA-Innovationsfond gefördert (Förderkennzeichen: 01NVF17046) und ist im Deutschen Register Klinischer Studien registriert (DRKSS00017033).

Nächste Schritte

Positive Rückmeldungen und eine hohe Teilnahmebereitschaft der Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Familien haben erste Überlegungen zu einer Fortführung und Optimierung des Präventionsangebotes angestoßen. Die Zwischenergebnisse geben erste Hinweise darauf, dass die neue Versorgungsform zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt, sodass eine Verstetigung sinnvoll erscheint. Für eine Übertragung in die Regelversorgung müssten allerdings zunächst die Fragestellungen abschließend bearbeitet sowie sozialrechtlichen und versorgungsstrukturellen Prozesse geprüft werden.

Literatur

- Aebi, M., Perriard, R., Scherrer, B. S. & Wettach, R. (2011). Kinder mit oppositionellem und aggressivem Verhalten: das Baghira-Training. Hogrefe
- Ahrens-Eipper, S., Leplow, B. & Nelikus, K. (2009). Mutig werden mit Til Tiger: ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. Hogrefe
- Asselmann, E., Wittchen, H. U., Lieb, R. & Beesdo-Baum K. (2018). Sociodemographic, clinical, and functional long-term outcomes in adolescents and young adults with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scand*, 137(1), 6-17. <https://doi.org/10.1111/acps.12792>
- Beesdo-Baum, K. & Knappe, S. (2012) Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 21(3), 457-478. <https://doi.org/10.1016/j.j.chc.2012.05.001>
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatr*, 38(5), 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jönsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., . . . Olesen, J. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10), 718-779. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.08.008>
- Hertzman, C. & Power, C. (2003) Health and human development: understandings from life-course research. *Dev Neuropsychol*, 24(2-3), 719-744
- Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. & Schlack, R. (2007). Behavioural problems in children and adolescents. First results from the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 784-793. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0241-7>
- Johnstone, K. M., Kemps, E. & Chen J. (2018) A meta-analysis of universal school-based prevention programs for anxiety and depression in children. *Clin Child Family Psychol Rev*, 21(4), 466-481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.005>
- McDaid, D., Park A. L. & Wahlbeck, K. (2019) The economic case for the prevention of mental illness. *Ann Rev Public Health*, 40, 373-389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>
- Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., Fernández, A., Navas-Campaña, D., Rodríguez-Morejón, A., Motrico, E., Rigabert, A., Luna, J. D. D., Martín-Pérez, C., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Luciano, J. V. & Bellón, J. N. (2017). Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2509>
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 50(5-6), 871-878
- Weniger, M., Beesdo-Baum, K., Roessner, V., Hense, H. & Knappe, S. (2021). Wie gelingt die Prävention psychischer Beschwerden? Primärindikative und optimierte Zuweisung zu geeigneten Maßnahmen bei emotionalen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00838-9>