Psychische Gesundheit – Neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 24. Oktober 2023 in Köln

Gesundheitsförderung KONKRET Band 26

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Es ist aus der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hervorgegangen und trägt seit dem 13. Februar 2025 seinen neuen Namen. Mit dieser Weiterentwicklung wird die öffentliche Gesundheit in Deutschland gestärkt und weiter an internationalen Public-Health-Standards in Gesundheitsförderung und Prävention ausgerichtet.

Zu den Aufgaben des BIÖG gehören Informations- und Kommunikationsaufgaben sowie die Qualitätssicherung. Als Ressortforschungseinrichtung des Bundes erarbeitet es wissenschaftliche Grundlagen, entwickelt Leitlinien und qualitätssichernde Instrumente und erstellt themen- und zielgruppenspezifische Übersichten. Forschungsprojekte, Expertisen, Studien sowie Fachtagungen und Workshops tragen dazu bei, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Erfahrungen zusammenzuführen. Damit werden sie für die Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen nutzbar.

Die Fachheftreihe »Gesundheitsförderung KONKRET« dokumentiert diese Ergebnisse und macht sie zugänglich. Ziel der Reihe ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in vielfältiger Themenbreite zu unterstützen und praxisnahe Anregungen zu bieten.

Die Hefte sind kostenlos erhältlich und können über den Webshop des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit bestellt werden.

Psychische Gesundheit – Neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis

Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 24. Oktober 2023 in Köln

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.de abrufbar.

Die Beiträge in dieser Reihe geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von dem Herausgeber nicht in jedem Fall geteilt werden muss. Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

Gesundheitsförderung KONKRET, Band 26
Psychische Gesundheit – Neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis. Beiträge zum Werkstattgespräch mit Hochschulen am 24. Oktober 2023 in Köln.

Herausgeber
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
Maarweg 149–161, 50825 Köln
Tel.: 0221/89 92–0, Fax: 0221/89 92–300

Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit ist eine Fachbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Alle Rechte vorbehalten.

Projektleitung
Dr. Anke Spura
E-Mail: anke.spura@bioeg.de

Lektorat: aHa-Texte, Köln
Satz: KLAUSSNER Medien Service GmbH, Köln
Druck: Bonifatius GmbH, Karl Schurz Str. 26, 33100 Paderborn | umweltbewusst produziert
Auflage: 1.2.08.26
ISBN: 978-3-96896-061-6
DOI: https://doi.org/10.17623/bioeg-fhf-26

Band 26 der Fachheftreihe ist erhältlich unter der Bestelladresse BIÖG, 50819 Köln, und über das Internet unter der Adresse https://shop.bioeg.de. Diese Publikation wird vom BIÖG kostenlos abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf bestimmt.

Artikelnummer: 60649233

Inhalt

» Vorwort 7

01. » Einführung 8

01.1 **Psychische Gesundheit im Spannungsfeld individueller und gesellschaftlicher Herausforderungen** 8
Anke Spura und Meike Wolf

02. » Das Werkstattgespräch 2023 – im Dialog von Forschung und Praxis 14

02.1 **Diskussion: Zukünftige Präventionsbedarfe im Bereich der psychischen Gesundheit** 14
02.2 **Daten als Lehrmaterial für das lernende Gesundheitssystem** 25
Ingo Meyer
02.3 **Alkohol, Abhängigkeit und Stigmatisierung** 48
Claudia Helmert, Johanna Leona Kummetat, Georg Schomerus, Sven Speeforck und die AG Psychiatrie und Gesellschaft

03. » Drei Projekte des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit 66

03.1 **Der Schutz vor Konversionsbehandlungen – ein Beispiel zur Förderung psychischer Gesundheit bei queeren Jugendlichen** 66
Christoph Sonnefeld und Johannes Breuer

03.2 **Die psychische Gesundheit von Eltern mit kleinen Kindern** 72
Ilona Renner

03.3 **Internationale Kooperationen im Bereich der psychischen Gesundheit** 73
Nathalie Bélorgey, Rabea Lukies und Gabriele Klärs

04. » Praxisperspektiven 76

04.1 **Die psychische Gesundheit von Familien in einer deutschen Kommune stärken** 76
Linda Dervishaj

04.2 **Präventionsarbeit »Flucht – Trauma – Sucht: die Spirale durchbrechen«** 85
Bernd Renger und Aline Elix

04.3 **Suizidprävention in Deutschland** 93
Ein Gespräch mit Barbara Schneider und Reinhard Lindner

05. » Anhang 100

05.1 **Autoren und Autorinnen, Teilnehmende an den Diskussionen** 100

Vorwort

Psychische Gesundheit ist ein wichtiger Teil der allgemeinen Gesundheit und des Wohlbefindens. Entsprechend rückt sie auch in den Fokus von Gesundheitsförderung und Prävention und wird gesundheitspolitisch zunehmend bedeutsamer. Zuletzt verdeutlichten der Ausbruch der COVID-19-Pandemie und die damit einhergehenden auch lange andauernden Belastungen nachdrücklich die Relevanz der psychischen Gesundheit als Handlungsfeld der Public Health; als Public Mental Health ist sie ein fester Begriff in Wissenschaft und Praxis.

Neben dem individuellen Leiden führen psychische Erkrankungen auch zu bedeutenden volkswirtschaftlichen Kosten. So verursachen sie allein in Deutschland jährlich mehr als 40 Milliarden Euro direkte Krankheitskosten. Im Erwerbsleben sind psychische Erkrankungen die zweithäufigste Ursache für krankheitsbedingte Fehlzeiten. Hiervon entfallen 62 % auf Frauen, die somit besonders häufig betroffen sind. Gegenwärtig zeigt jedes sechste Kind in Deutschland psychische Auffälligkeiten – eine Situation, die nicht nur Eltern, Schulen und Kitas vor pädagogische, administrative und psychologische Herausforderungen stellt. Die durchschnittliche Lebenserwartung psychisch erkrankter Menschen liegt zehn Jahre unter jener der Gesamtbevölkerung. Die zunehmenden Prävalenzen konfrontieren das medizinische Versorgungssystem mit den eigenen Kapazitätsgrenzen. Zugleich jedoch gilt als wissenschaftlich gesichert, dass psychische Erkrankungen gut zugänglich sind für präventive Maßnahmen. Bei frühzeitiger und zielgruppengerechter Intervention lässt sich psychische Gesundheit effektiv schützen.

Somit ist das Gesundheitswesen aufgefordert, tradierte Konzepte, Strukturen und Bedarfe einer kritischen Reflexion zu unterziehen und den langfristigen Mehrwert von Gesundheitsförderung und Prävention für die psychische Gesundheit der Bevölkerung anzuerkennen.

Vor diesem Hintergrund veranstaltete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung am 24. Oktober 2023 ihr 17. Werkstattgespräch mit dem Titel »Psychische Gesundheit – neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis«. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ging am 13. Februar 2025 in das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) über. Die Relevanz des Themas bleibt auch für das Bundesinstitut unzweifelhaft bestehen und spiegelt sich in Maßnahmen zur Suchtprävention, zur Prävention von Essstörungen oder im Bereich der Gesundheitsförderung für Kinder psychisch erkrankter Eltern wider.

Das vorliegende Fachheft greift die Diskussionen, Vorträge und die verschiedenen Positionen der teilnehmenden Expertinnen und Experten auf und führt sie in ergänzenden Fachbeiträgen fort. Es geht folgenden Fragen nach: Was genau ist unter psychischer Gesundheit zu verstehen? Was trägt zu Resilienz bei? Welche Barrieren behindern den Zugang zu Unterstützungsangeboten? Und mit welchen Präventionsbedarfen ist zukünftig zu rechnen?

In Anlehnung an das Werkstattgespräch soll diese Publikation aber nicht nur Fragen aufwerfen, sondern auch Anregung geben, die Relevanz der Thematik für die Praxis der Gesundheitsförderung und Prävention sichtbar machen und den engen Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis lebendig halten.

Dr. Johannes Nießen,
Kommissarischer Leiter des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit

01

01. Einführung

Anke Spura und Meike Wolf

01.1 Psychische Gesundheit im Spannungsfeld individueller und gesellschaftlicher Herausforderungen

Psychische Gesundheit ist eine grundlegende Voraussetzung für Lebensqualität und Wohlbefinden. Ihre Förderung gilt als einer der zentralen Schlüsselfaktoren für die öffentliche Gesundheit. Gleichzeitig haben psychische Belastungen zugenommen, sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen. Sie beeinträchtigen Beziehungen, Bildungschancen oder die Teilhabe am Erwerbsleben. Gesellschaftliche Umbrüche, ökologische Krisen, politische Unsicherheit und die COVID-19-Pandemie haben das Bewusstsein für psychische Gesundheit geschärft. Auch für psychische Erkrankungen kann ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zugrunde gelegt werden. Als Krankheitsursachen lassen sich neben genetischen Ursachen und anderen biologischen Prozessen u. a. soziale Risikofaktoren identifizieren. Diese liegen beispielsweise in den sozioökonomisch determinierten Lebenslagen, aber auch in gesellschaftlichen Entwicklungen. Hierin lassen sich wiederum weiterreichende verhältnisbezogene und bevölkerungsorientierte Präventionspotenziale finden, die verhaltenspräventive Ansätze ergänzen wie z. B. der Ausbau von Kompetenzen im Umgang mit Stress,

Achtsamkeitsförderung, Ernährungsberatungen, Medienkonsum oder die Inanspruchnahme von Beratungs- und Therapieangeboten. Der Umgang mit Stress, Unsicherheit und körperlichen und psychischen Belastungen ist demzufolge nicht nur eine individuelle Bewältigungsaufgabe, sondern eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Epidemiologische Entwicklungen und psychosoziale Risikofaktoren

Der Anteil der erwachsenen gesetzlich Versicherten mit einer diagnostizierten psychischen Störung lag im Jahr 2023 bei über 40 %, wobei dieser Trend ansteigend ist.[1] Das Spektrum reicht von Depressionen und Angststörungen, Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen bis hin zu stoffgebundenen und nichtstofflichen Suchterkrankungen. Die Krankheitsbilder sind komplex und nicht selten mit Komorbiditäten verbunden, woraus komplexe Versorgungsanforderungen entstehen.

Psychische Erkrankungen entstehen und zeigen sich im gesamten Lebensverlauf, vom Kindes- und Jugendalter bis ins hohe Alter. Grundsätzlich hat die Diagnoseprävalenz vom Kleinkindalter bis zur Hochaltrigkeit kontinuierlich zugenommen. Es zeigen sich zwei Schwerpunkte: Das Jugendalter zwischen 14 und 17 Jahren und das späte Erwachsenenalter insbesondere vor und nach dem Abschied aus dem Erwerbsleben. Bei diesen beiden Gruppen waren die Zuwächse zwischen 2012 und 2022 besonders stark.

Betrachtet nach Geschlecht und Altersgruppen, ergaben die Diagnoseprävalenzen psychischer Störungen in dieser Zeit weitere Befunde: Weibliche Personen erhielten 2022 zu 40,7 % die Diagnose einer psychischen Störung, was einer Zunahme gegenüber 2012 von 10,8 % entsprach. Männliche Personen waren 2022 mit 34,7 % zwar weniger betroffen, doch betrug der Anstieg gegenüber 2012 insgesamt 18 %.

Wie sehr Krisen nicht nur die körperliche, sondern auch die psychische Gesundheit der einzelnen Menschen beeinträchtigen können, hat die COVID-19-Pandemie vor Augen geführt. Sie wirkte wie ein Brennglas für bereits bestehende Belastungen. Die Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts weist zwischen 2019 und 2023 einen deutlichen Anstieg kritischer Depressions- und Angstwerte von 11 % auf 19,8 % sowie eine rückläufige Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit von 39,5 % auf 36,8 % aus – besonders bei Frauen und jungen Erwachsenen (Walther et al., 2023).

Allerdings sind die zunehmenden Diagnosehäufigkeiten auch im Kontext einer verbesserten Diagnostik, einem Ausbau der Versorgungsstrukturen sowie einer gestiegenen Inanspruchnahme von ärztlicher oder psychologischer Hilfe zu betrachten (Thom, J. et al., 2024, S. 359), was für eine Entstigmatisierung und verbesserte Aufklärung spräche.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell (RKI, 2021a, S. 18) bietet einen theoretischen Rahmen für das Entstehen psychischer Störungen. Es beschreibt ein Zusammenspiel von Risikofaktoren auf der biologischen, der psychosozialen und der umweltbedingten Ebene einerseits, sowie andererseits das Vorhandensein oder Fehlen von Schutz- und Bewältigungsressourcen. Damit ist gemeint, dass bei einer individuellen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) zusätzliche Belastungen wie anhaltender Stress oder kritische Lebensereignisse hinzutreten können, wodurch das

1 www.gbe.rki.de/DE/Themen/Gesundheitszustand/PsychischeStoerungen/PsychischeStoerungenInsgesamt/PsychischeStoerungenAdministrativePraevalenz/psychischeStoerungenAdminPraevalenz_node.html?darstellung=0&kennzahl=1&zeit=2023&geschlecht=0&standardisierung=0

Risiko für eine psychische Erkrankung steigen kann. Schutzfaktoren, die die Resilienz stärken, können vertrauensvolle Beziehungen, ein unterstützendes soziales Umfeld und ein breites Spektrum an Bewältigungsfähigkeiten sein. Besonders deutlich ist dies im Kindes- und Jugendalter.

Hier zeigt sich, dass Armut, Migrationserfahrung, elterliche Belastungen oder Gewalt und Vernachlässigung als zentrale Risikofaktoren wirken (RKI, 2021b, S. 9). Demgegenüber erweist sich familiärer Zusammenhalt als ein relevanter Schutzfaktor für Kinder und Jugendliche, ebenso wie ein präventiv wirkendes Hilfe- und Aufklärungssystem. Ein Präventions- und Versorgungssystem, das frühzeitig Vulnerabilitäten und Belastungslagen erkennt und hilft, ist langfristig und ganzheitlich sinnvoll, weil psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter potenziell reversibel sein können. Krankheitsverläufe können gestoppt, Chronifizierungen und Prävalenzen für weitere psychische Erkrankungen im weiteren Lebensverlauf abgemildert werden.

Psychische Gesundheit: Ein Schlüsselfaktor für die öffentliche Gesundheit

Die Bedeutung psychischer Gesundheit nimmt in der öffentlichen Wahrnehmung und im Gesundheitswesen stetig zu. Dies spiegelt sich auch in der Weiterentwicklung der Fachdisziplinen wider. Die Psychiatrie gehört zu den medizinischen Fachgebieten, die sich in den vergangenen Jahrzehnten am stärksten entwickelt haben. Für den Bereich Public Health lässt sich – mit zeitlichem Versatz – eine ähnliche Entwicklung hin zu Public Mental Health ausmachen, international wie national. Somit erfuhr die Erforschung psychischer Erkrankungen seitdem eine Konjunktur, die Versorgungssituation veränderte sich stark. Auch die Förderung psychischer Gesundheit und die Stärkung der Resilienz von Bevölkerungsgruppen gewinnt an Bedeutung.

Ein Meilenstein in der deutschen Wissenschaftslandschaft ist die Gründung des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) im Jahr 2023, das Teil der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung ist. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit ist als Verbundpartner am Standort Bochum/Marburg beteiligt. Parallel dazu wird im Rahmen der Ressortforschung des Bundes der Aufbau einer Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut vorangetrieben.

Diese beispielhaften Entwicklungen zeigen sich auch in der Präventionspolitik und in vielfältigen gesellschaftlichen Handlungsfeldern: Bereits 2006 wurde das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit unter der Trägerschaft der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) gegründet, das seither eine breite Akteurslandschaft vernetzt. Im selben Jahr verabschiedete der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de das »Gesundheitsziel Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln«. In der Folge entstanden weitere Initiativen – etwa das »Arbeitsprogramm Psyche« (2013–2018) im Rahmen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie, oder die Initiative psyGA der Initiative Neue Qualität der Arbeit.

Mit dem Präventionsgesetz von 2015 wurde die Bedeutung psychischer Gesundheit weiter gestärkt: Es verpflichtet u. a. die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zur Förderung psychosozialer Gesundheitsziele – darunter gesundes Aufwachsen, gesunde Lebensführung im Alter, die Versorgung depressiver Erkrankungen und die Reduktion des Alkoholkonsums (§ 20 Abs. 3 PrävG). Aufbauend darauf wurden zahlreiche Projekte z. B. zur betrieblichen Gesundheitsförderung initiiert und durch den GKV-Spitzenverband gefördert.

Die Nationale Präventionskonferenz (NPK), die gemäß PrävG die nationale Präventionsstrategie entwickelt und weiterentwickelt, veröffentlichte 2020 eine Fachschrift zur lebensweltorientierten Suchtprävention und 2024 eine weitere zur Förderung psychischer Gesundheit im familiären Kontext. Ebenfalls 2020 startete die ressortübergreifende Offensive Psychische Gesundheit (OPG), getragen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS), dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Ziel ist ein offenerer gesellschaftlicher Umgang mit psychischen Belastungen – im Schulalltag, am Arbeitsplatz, in der Ausbildung und im privaten Umfeld. Zahlreiche Institutionen und Organisationen haben sich der Initiative angeschlossen.

Auch zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure wie der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK) und der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE) bringen sich als Interessenvertretungen ein. In vielen Bundesländern stehen psychische Erkrankungen – etwa Depressionen – im Fokus gesundheitspolitischer Programme, mit dem Ziel Stigmatisierung abzubauen und Prävention sowie frühzeitige Behandlungsangebote zu fördern. Kommunen bearbeiten das Thema besonders intensiv und nutzen bestehende Netzwerke, um Akteursperspektiven zu bündeln und gemeinsames Handeln anzustoßen. Eine wichtige Rolle spielen im kommunalen Kontext u. a. die Psychosozialen Dienste im Öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Förderung der psychischen Gesundheit Erwerbsloser oder die Versorgung von Kindern psychisch erkrankter Eltern sind nur zwei exemplarische Handlungsfelder auf kommunaler Ebene.

Psychische Erkrankungen sind nicht zuletzt auch ein Risiko für suizidales Verhalten. Die Bundesregierung hat daher im Rahmen der 21. Legislatur angekündigt, ein Suizidpräventionsgesetz zu beschließen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – seit Februar 2025 unter dem neuen Namen Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – hat 2024 mit der Erarbeitung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie einen zentralen fachlichen Beitrag für dieses Vorhaben geleistet.

Das neue Bundesinstitut führt die fachliche Expertise der BZgA fort und wird als zentrale Einrichtung im Public Health-System weiterentwickelt. Psychische Gesundheit ist ein Querschnittsthema in zahlreichen Arbeitsfeldern des BIÖG: von der Suchtprävention über sexuelle Gesundheit und Essstörungen bis hin zur Förderung der psychischen Gesundheit spezifischer Zielgruppen wie Kinder, Jugendlichen, ältere Menschen, Männer und Frauen.

Beispielhaft genannt seien die Initiative »LIEBESLEBEN«, ebenso das Informationsportal Essstörungen, das Nationale Zentrum Frühe Hilfen sowie vielfältige Maßnahmen der Suchtprävention. Auch lebensweltbezogene Angebote wie das webbasierte »ONYA-Programm« oder die Medienreihe »gesund und munter« setzen gezielte Impulse zur Stärkung des psychischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen. Weitere Schwerpunkte liegen in der Aufklärung über psychische Erkrankungen wie Depressionen und Zwangsstörungen. Hierfür stehen niedrigschwellige Beratungsangebote, Hilfe per Telefon und online sowie eine bundesweite Datenbank qualitätsgesicherter Anlaufstellen zur Verfügung – mit dem Ziel, Früherkennung und Prävention zu stärken.

Zudem ist das BIÖG an mehreren EU-geförderten Projekten beteiligt, um erfolgreiche Ansätze der psychischen Gesundheitsförderung international zu teilen und auf nationaler Ebene umzusetzen – auch zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Ein weiteres strategisches Handlungsfeld bildet die Verbesserung der Versorgung von Kindern aus Familien mit psychischen Erkrankungen oder

Suchterkrankungen, etwa im Rahmen kommunaler Gesamtkonzepte.

Die Stärkung psychischer Gesundheit ist somit ein zentrales Anliegen öffentlicher Gesundheitsförderung – auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit versteht diese Aufgabe als dauerhafte Querschnittsaufgabe und strategisches Handlungsfeld für die Zukunft.

Das Werkstattgespräch Psychische Gesundheit – Neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis

Das vorliegende Fachheft greift die Grundgedanken des Werkstattgesprächs vom 24. Oktober 2023 auf. Die jährliche Veranstaltungsreihe findet im Rahmen der Initiative Kooperation mit Hochschulen statt und zielt darauf ab, durch einen fortgesetzten Dialog von Wissenschaft und Praxis die Weiterentwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung anzuregen. Ergänzend werden Beiträge veröffentlicht, die das Themenspektrum erweitern und aktuelle wissenschaftliche und praxisorientierte Zugänge zur Förderung der psychischen Gesundheit aufzeigen.

Zum Auftakt gewährt die dokumentierte Podiumsdiskussion, an der Stephan Bender, Peer Briken, Susanne Bücker, Johanna Leona Kummetat, Claudia Helmert, Annett Lotzin und Johannes Nießen teilnahmen, einen Einblick in den Austausch im Rahmen der Veranstaltung. Sie diskutierten zukünftige Bedarfe in der Prävention psychischer Erkrankungen und gaben Einschätzungen zu zentralen Herausforderungen und Gestaltungsansätzen.

Im Anschluss beleuchtet Ingo Meyer die Potenziale der kommunalen Nutzung von Versorgungsdaten im Rahmen eines lernenden Gesundheitssystems, insbesondere am Beispiel des Kölner Kompetenznetzwerks aus Praxis und Forschung CoRe-Net und der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit und Versorgungssituation junger Menschen in Köln.

Claudia Helmert und Johanna Kummetat thematisieren in ihrem Beitrag »Alkohol, Abhängigkeit und Stigmatisierung« die gesellschaftliche Ambivalenz im Umgang mit Alkoholabhängigkeit und diskutieren Möglichkeiten zur Entstigmatisierung und Stärkung von Teilhabechancen.

Drei Kurzbeiträge stellen aktuelle Aktivitäten des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) vor: Christoph Sonnefeld und Johannes Breuer befassen sich mit den Risiken für die psychische Gesundheit queerer Jugendlicher und den Gefahren sogenannter Konversionsbehandlungen. Ilona Renner präsentiert Ergebnisse des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zu psychischen Belastungen von Eltern mit kleinen Kindern. Nathalie Bélorgey, Rabea Lukies und Gabriele Klärs stellen die beiden EU-geförderten Joint Actions ImpleMENTAL und MENTOR vor, die auf gemeindenahe Versorgung und digitale Prävention zielen.

Linda Dervishaj schildert die Umsetzung eines Pilotprojekts zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Familien im Rahmen des europäischen Projektes ImpleMENTAL. Bernd Renger und Aline Elix beschreiben das Projekt Flucht–Trauma–Sucht, das an der Schnittstelle zwischen Flüchtlingshilfe und Suchtberatung angesiedelt ist.

Ein Interview mit Barbara Schneider und Reinhard Lindner vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm (NaSPro) gibt Einblick in aktuelle Herausforderungen und Strategien der Suizidprävention in Deutschland.

Mit diesen vielfältigen Perspektiven greift das Fachheft zentrale Themen des Werkstattgesprächs auf und erweitert sie um praxisnahe und wissenschaftlich fundierte Beiträge, die Impulse für eine zukunftsorientierte Prävention psychischer Erkrankungen setzen.

Literatur

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021a): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://doi.org/10.25646/8831

RKI – Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2021b): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 – Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. https://doi.org/10.25646/9579

Thom, J., Jonas, B., Reitzle, L., Mauz, E., Hölling, H. & Schulz, M. (2024): Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen 2012–2022. Nutzung bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für Mental Health Surveillance. Deutsches Ärzteblatt, 121(11), 355–362. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2024.0052

Walther, L., Junker, S., Thom, J., Hölling, H., & Mauz, E. (2023): Hochfrequente Surveillance von Indikatoren psychischer Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland – Entwicklungen von 2022–2023. Deutsches Ärzteblatt, 120(43), 736–737. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0180

02

02. Das Werkstattgespräch 2023 – im Dialog von Forschung und Praxis

02.1 Diskussion: Zukünftige Präventionsbedarfe im Bereich der psychischen Gesundheit

Im Rahmen des BZgA-Werkstattgespräches, Köln, 24. Oktober 2023

(Anmerkung der Redaktion: Seit dem 13. Februar 2025 trägt die bisherige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) den neuen Namen Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Im folgenden Transkript wird der Name BZgA aus dokumentarischen Gründen beibehalten.)

Gesundheit und Gesundheitssysteme stehen unter dem Einfluss gesellschaftlicher, technologischer und demografischer Veränderungen. Die Digitalisierung, der demografische Wandel, Migrationsprozesse, sich wandelnde Geschlechter- und Körpernormen sowie globale Krisen wie die COVID-19-Pandemie zeigen, wie verletzlich psychische Gesundheit sein kann – und wie wichtig es ist, Prävention und Gesundheitsförderung im Handlungsfeld der psychischen Gesundheit weiterzuentwickeln. Für Wissenschaft und Fachöffentlichkeit ist daher ein vorausschauender Blick essenziell, um zeitnah Handlungsoptionen zu entwerfen und sich bestmöglich auf zukünftige Entwicklungen vorzubereiten.

Zum Abschluss des Werkstattgesprächs 2023 wurde diese Perspektive im Rahmen einer Podiumsdiskussion vertieft. Expertinnen und Experten diskutierten aus ihrer fachlichen Position heraus Erwartungen, Herausforderungen und Zielsetzungen für den Bereich der psychischen Gesundheitsförderung. Die Dokumentation der Podiumsdiskussion gibt einen Einblick in den Austausch an diesem Tag wieder, zu dem auch das Publikum eingeladen war, sich an der Diskussion zu beteiligen.

An der Diskussion nahmen teil:
- **Stephan Bender** – Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
- **Peer Briken** – Queer Mental Health
- **Susanne Bücker** – Einsamkeit, Suizid, Alter(n)
- **Claudia Helmert** und **Johanna Leona Kummetat** – (Ent-)Stigmatisierung und Suchterkrankungen
- **Annett Lotzin** – Migration und psychische Gesundheit
- **Johannes Nießen** – Öffentliche Gesundheit
- **Ria Kortum** und **Anke Spura** – Moderation

Statements der Expertinnen und Experten

Ria Kortum: *Wir freuen uns, zum Abschluss des 17. Werkstattgesprächs der BZgA mit Ihnen über die zukünftigen Bedarfe zu diskutieren, die sich im Bereich der psychischen Gesundheit abzeichnen. Im Vorfeld des Werkstattgesprächs haben wir die Teilnehmenden dieses Podiums um ein Statement zu der Frage nach den künftigen Präventionsbedarfen gebeten. Diese möchten wir Ihnen zunächst vorstellen.*

Stephan Bender: Während die Belastungen und belastungsabhängigen Störungsbilder in der Kinder- und Jugendgesundheit getriggert durch die Pandemie zunehmen, nehmen andererseits die Ressourcen an Fachkräften im Helfersystem eher ab. Die Digitalisierung bringt Chancen, dieses Ungleichgewicht abzupuffern, wird aber menschlichen Kontakt gerade für die seelische Gesundheit nicht ersetzen können. Wir brauchen deshalb für die Prävention besser integrierte und koordinierte bundesweite Konzepte für Fachkräfte-Schulungen und den Einsatz digitaler Verfahren in der Prävention.

Peer Briken: Wir erleben einen Wandel der Geschlechterordnung und können daran wachsen.

Susanne Bücker: Chronische Einsamkeit stellt ein erhebliches Risiko für die psychische und körperliche Gesundheit dar. Neben engen Zusammenhängen zwischen Einsamkeit und affektiven Störungen wie Depression und Angststörung erhöht chronische Einsamkeit auch das Risiko für koronare Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes und Demenz. Gesundheitsförderung kommt daher nicht um Einsamkeitsprävention und eine Stärkung der sozialen Gesundheit herum.

Johanna Leona Kummetat/Claudia Helmert: Die individuelle Verantwortung ist nur eine Seite der Medaille bei der Verantwortung für und Stigmatisierung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung.

Annett Lotzin: Geflüchtete und Migranten haben spezifische Bedarfe in der Gesundheitsversorgung, die sich aus den vielfältigen kulturellen Hintergründen und Lebensbedingungen ergeben. Dabei sind Geflüchtete in ihrem Heimatland, auf der Flucht, aber auch in Deutschland vielfältigen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die zu einer erhöhten psychischen Belastung führen können. Dies braucht mehr Aufmerksamkeit als bisher. Wir benötigen eine Gesundheitsversorgung, die besondere Belastungsfaktoren, aber auch Zugangsbarrieren und kulturelle Vielfalt berücksichtigt, um eine angemessene Gesundheitsversorgung von Geflüchteten und Migranten zu gewährleisten.

Die aktuelle Lage

Anke Spura: *Herr Bender, Sie haben in Ihrem Statement von Belastungen gesprochen, die bei Kindern und Jugendlichen zunehmen, während bei Fachkräften die Ressourcen abnehmen. Sie werben dafür, Digitalisierung und den menschlichen Kontakt gemeinsam zu denken. Vor diesem Hintergrund möchten wir Sie fragen: Warum nehmen die Belastungen und belastungsabhängigen Störungsbilder bei jungen Menschen zu? Und wie lassen sich die schwindenden Ressourcen im Hilfesystem erklären? Außerdem: Was vom menschlichen Kontakt und was von der Digitalisierung lässt sich sinnvoll für ein Präventionskonzept miteinander verknüpfen?*

Stephan Bender: Ich fange mit den Entwicklungen in den Hilfesystemen an. Wir können bei uns allen feststellen, wie das eigene Stresslevel in der letzten Zeit gestiegen ist. Das sind Prozesse, die sich aufschaukeln. Wenn wenig Personal da ist, ist die Belastung höher, was möglicherweise zu mehr Krankheitszeiten führt. Ich denke, dass in bestimmten Berufsgruppen die soziale Anerkennung und die Vergütungsstrukturen ein Problem sind, gerade bei Pflegekräften. Da fehlen Strukturen und Organisation. Dass in Schulen Burnout ein so großes Thema ist, macht den Beruf auch nicht gerade attraktiver. Man kann darüber diskutieren, wie die Ausbildung funktioniert und wie gut man auf die spätere Tätigkeit vorbereitet ist als neue Lehrkraft.

Die Jugendlichen sind mit einer Reihe von Problemen konfrontiert, die zu Verunsicherung führen. Wir haben die Klimakrise, wir haben erhöhte Inflation, wir hatten die Pandemie, schwierige Sozialkontakte in dieser Zeit, danach wieder die volle Belastung und zusätzlich Nachhilfeunterricht, um wieder hineinzufinden in den Alltag. Gleichzeitig begann der Ukrainekrieg, und man durfte nicht mehr die Heizung anmachen. Da kommt sehr viel zusammen, was bewältigt werden will. Ich habe keine Antwort darauf, was genau welche Rolle spielt, aber es summiert sich, und wir erleben, dass dadurch die Nachfrage bei uns, aber auch in der Jugendhilfe stark gestiegen ist. Die Zahlen in Köln lassen nach der Pandemie insbesondere die Jugendämter die Hände über dem Kopf zusammenschlagen: Wo soll ich jetzt noch einen Platz für sie finden? Die Ressourcen sind einfach erschöpft.

Im Hinblick auf digitale Lösungen werden wir Jugendlichen und Kindern sicher kein ChatGPT vorsetzen können, menschliche Bezüge und Interaktionen mit Fachkräften werden zentral bleiben. Aber wir müssen schauen, wie wir mit immer weniger Leuten die Aufgaben trotzdem bewältigt bekommen. Digitalisierung hat den Vorteil, dass nicht jeder sein Konzept einzeln neu erfinden muss, sondern wir werden das besser multipliziert bekommen. Man muss sicher aufpassen, dass wir die Leute nicht noch mehr überfordern. Aber ich finde, dass die Digitalisierung Chancen bietet durch optimierte Vernetzung, zwischen den Leuten den menschlichen Kontakt zu erhalten, weniger Reibungsverluste zwischen den Systemen zu haben und in der Versorgung die Situation mit den bestehenden Ressourcen noch zu beherrschen.

Anke Spura: *Wenn wir eine Krise am Beispiel der Pandemie sehen, dürfen wir nicht glauben, dass mit dem Rückgang von Infektionszahlen mit Blick auf die psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche auch diese Zahlen mit der Krise zurückgehen. Im Gegenteil. Wir sehen, dass es hier eine Nachwelle bei den psychischen Belastungslagen gibt. Bedeutet das für uns, präventiv weiter hinzuschauen und dies in unser Krisenmodell einzubauen?*

Stephan Bender: Im Hinblick auf die seelische Situation von Kindern und Jugendlichen auf jeden Fall. Da ist die Situation nach der Pandemie mindestens so stressig wie während der Pandemie. Stressbedingte Störungen brauchen immer ein wenig Zeit, bis sie sich zeigen. Das gilt auch für depressive Reaktionen oder Angststörungen. Alles wurde erst mal akut runtergefahren und ging eine gewisse Zeit auch gut. Aber irgendwann dann eben nicht mehr. Manche Störungen sind wieder rückläufig, aber wir haben immer noch ein deutlich erhöhtes Niveau psychischer Belastungen gegenüber der Zeit vor der Pandemie.

Ria Kortum: *Herr Briken, Sie haben in Ihrem Statement gesagt, dass Sie den Wandel der Geschlechterordnung auch als Chance verstehen. Als Chance, nehme ich an, für die Menschen als Individuen, aber auch für die Gesellschaft. Lassen sie uns gemeinsam in die Zukunft schauen. Welche positiven Prozesse können passieren, und welche Bedeutung haben diese für die psychische Gesundheit – für die Einzelnen und für alle Menschen?*

Peer Briken: Wir haben in den letzten zehn, zwanzig Jahren massive Veränderungsprozesse erlebt im Themenfeld Queer Mental Health und eine steigende Inanspruchnahme medizinischer Dienste im Bereich von Trans. Die Hoffnung ist, dass die sichtbaren Veränderungen, wenn es gut läuft, die Freiheits- und Entfaltungsspielräume im Feld vergrößern. Gleichzeitig erleben wir auch, dass es Backlashs gibt, in denen Freiheitsräume beschnitten werden, dass Gewalttätigkeit und Diskriminierung zunehmen.

Meine Hoffnung ist dennoch, dass wir mit Aufklärung und Prävention dazu beitragen können, Minoritätenstress zu reduzieren. Die Geschichte der Entpathologisierung von nicht-heterosexuellen Orientierungen ist zumindest in Teilen auch eine Erfolgsgeschichte, die Vorbild sein kann für das Thema Queer Mental Health. Gleichzeitig haben wir aber auch bedeutsame Unterschiede zwischen beiden Themenfeldern, die mit den medizinischen Interventionen und der Frage um medizinische Indikationsstellungen zu tun haben. Wir brauchen ein Nebeneinander von einer affirmativen Haltung im Beratungskontext und Gesundheitssystem einerseits und eine kritische und selbstkritische Haltung gegenüber unseren eigenen Professionen und medizinischen Handlungen andererseits. Ich glaube, wenn wir aushalten können, dass es dabei keine einfachen Lösungen gibt, und dass man sich nicht voreilig auf die eine oder die andere Seite schlagen sollte, dass wir diese Spannung aushalten müssen, die sich zwischen den unterschiedlichen Polen und Ambiguitäten ergeben, dann kann das tatsächlich unsere Freiräume deutlich vergrößern. Gemeint sind die Freiräume für den Einzelnen in Hinblick auf sexuelle Gesundheit, sexuelle Handlungen und sexuelle Rechte. Das hat einen großen Einfluss auch auf andere gesellschaftliche Prozesse, da es hier Wechselwirkungen geben kann. Aber ich muss zugeben, ich habe auch große Befürchtungen und glaube, dass wir alle unseren Teil dazu beitragen müssen, den genannten Backlashs etwas entgegenzusetzen.

Viele von Ihnen werden in den letzten ein, zwei Jahren neben der Zunahme von Freiheiten auch von schrecklichen, gewalttätigen Übergriffen gehört haben. In Ländern wie den USA oder England haben wir Gesundheitsservices, die geschlossen wurden, nachdem sie zuvor Hilfen für nichtbinäre oder Transjugendliche angeboten hatten. Ich habe aber die Hoffnung, dass wir, wenn wir uns innerhalb dieser Spannung bewegen können, und über die Ängste, die die Themenfelder bei vielen auslösen, verhandeln können, dass sich dann auch neue Freiräume ergeben können.

Anke Spura: *Frau Bücker, Ihr Thema ist Einsamkeit. Uns interessiert, wann das Alleinsein zu einer Belastung und damit auch für die Gesundheit relevant wird. Welche Rolle könnten Institutionen des Gesundheitswesens auf Bundesebene im Kontext der sozialen Gesundheit einnehmen?*

Susanne Bücker: Das Alleinsein beschreibt erst einmal den objektiven Zustand, dass keine anderen Menschen um mich herum sind. Das kann etwas sein, das sehr positiv erlebt und als Kraftquelle genutzt wird. Einsamkeit, wie wir sie in der Psycho-

logie definieren, beschreibt dagegen einen Mangel an zufriedenstellenden sozialen Beziehungen. Es fehlt dann sowohl quantitativ als auch qualitativ an sozialen Beziehungen und sozialer Einbindung.

Die Frage, ab wann Alleinsein zu Einsamkeit wird, lässt sich nicht allgemein beantworten, denn das hat mit individuellen Präferenzen für soziale Einbindung zu tun. Menschen unterscheiden sich recht stark darin, wie viele andere Menschen sie brauchen, um zufrieden zu sein. Das ist im Übrigen etwas, das sich über die Lebensspanne hinweg verändert. Jüngere Menschen brauchen deutlich mehr soziale Kontakte als hochaltrige Menschen. Menschen im späten Erwachsenenalter konzentrieren sich eher auf ausgewählte Einzelne. Auch unsere Persönlichkeitseigenschaften und unser Charakter bedingen, wie viel soziale Interaktion wir brauchen, was auch ein Prädiktor dafür ist, wann das Alleinsein zu Einsamkeit wird.

Zum Punkt der sozialen Gesundheit: Es ist ein in Deutschland noch nicht weit verbreitetes Konzept, dass die Gestaltung von sozialen Beziehungen auch ein entscheidendes Gesundheitsverhalten ist – sowohl mit Blick auf die psychische Gesundheit als auch mit Blick auf die körperliche, physische Gesundheit. In Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus den USA haben wir analog zu dem Ihnen wahrscheinlich bekannten Health in all Policies-Framework ein Social in all Policies-Framework adaptiert, und ich habe in dem Workshop vorhin gelernt, dass es in Finnland bereits etwas Ähnliches gibt; dort heißt es Health and Well-being in all Policies. Im Grunde könnte dies schon eine Vision sein, wie soziale Gesundheit in Deutschland gedacht wird: Dass alle politischen Ressorts mitdenken müssen, welche Rolle soziale Beziehungen für die Gesundheit spielen. Was sind in diesem Bereich die sozialen Determinanten der Gesundheit?

Für mich ist das Einsamkeitsthema auch ein Schnittstellenthema, das viele auf dem Podium hier verbindet. Menschen mit einer nicht heteronormativen sexuellen Orientierung fühlen sich schneller einsam, weil sie mehr Ausgrenzungserfahrungen machen, nicht dazuzugehören oder nicht so angenommen werden, wie sie sind. Das ist einer der stärksten Prädiktoren dafür, sich einsam zu fühlen. Ebenso Menschen, die Fluchterfahrungen machen. Sie beschreiben etwas sehr Ähnliches: nicht dazuzugehören, nicht verstanden zu werden, nicht so okay zu sein, wie sie sind. Und auch Kinder und Jugendliche in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung berichten häufig von dem Gefühl, ein Alien zu sein in einer Gruppe und irgendwie nicht richtig reinzupassen, was sie mit am stärksten belastet. Einsamkeit ist für mich ein transdiagnostisches Symptom bei unterschiedlichen psychischen Störungen, das auch die körperliche Gesundheit beeinflusst und deshalb mehr Aufmerksamkeit von Institutionen wie der BZgA bekommen sollte. Deshalb danke ich auch dafür, dass dieses Thema hier eine Bühne bekommt im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention.

Ria Kortum: *Frau Kummetat und Frau Helmert, könnten Sie skizzieren, worin einerseits die individuelle Verantwortung und andererseits die gesellschaftliche Verantwortung für die Stigmatisierung insbesondere im Zusammenhang mit Alkoholismus bestehen?*

Johanna Kummetat: Stigmatisierung ist ein Prozess, der mit einem Labeling von bestimmten Eigenschaften einhergeht, wodurch negative Stereotype konstituiert werden, die Abwertung und Diskriminierung zur Folge haben. Dieser Prozess dieser künstlichen Abgrenzung von Menschen anhand ihnen zugeschriebener Eigenschaften findet nicht nur auf individueller, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene statt.

Wir wissen, dass insbesondere Alkoholkonsumstörungen mit einer besonderen Stigmatisierung verbunden sind. Individuen, die Konsumprobleme haben, werden sehr viel mehr als Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen mit Schuldzuweisungen konfrontiert, was dann oft sogar internalisiert und in Form von Selbststigmatisierung übernommen wird und zu Abwertung der eigenen Person und Scham führt. Dies bedeutet wiederum weniger Abstinenz, Zuversicht und Inanspruchnahme von Hilfe, um diese soziale Sanktion zu vermeiden, die mit dem Label (Diagnose) einhergeht. Die Trennung ist künstlich zwischen einer normativ konsumierenden Mehrheit und einer zu den abgewerteten, den zur „anderen" gemachten Minderheit. Eine so einfache Unterscheidung zwischen scheinbar verantwortungsvollem und unverantwortlichem Konsum ist irreführend – und schlicht nicht richtig.

Es ist auch deshalb ein großes Problem, weil Alkoholkonsum gesellschaftlich eine große Rolle spielt, aber oft kein Problembewusstsein bezüglich des Konsums in der Allgemeinheit besteht. Auch die Entwicklung eines Bewusstseins über die Dimensionalität und die eigene Position auf dem Kontinuum verhindert die soziale Ausgrenzung und Abgrenzung von Suchtkranken und die Dichotomisierung von den Konsumformen, die als normativ angemessen etabliert sind gegenüber gesellschaftlich verankerten Vorstellungen davon, wie Problemkonsum aussieht. Es ist eine gesellschaftliche Verantwortung, Alkoholkonsumstörungen wie auch andere psychische Erkrankungen auf einem Kontinuum zu verorten, als einen facettenreichen Graubereich (statt gesund versus krank), so dass es möglich wird, selbstkritisch zu schauen: Wo auf diesem Kontinuum bewege ich mich eigentlich? Wir haben gehört, dass strukturelle Bedingungen – zum Beispiel sichere Konsumräume – geschaffen werden können, damit Betroffene einen Zugang zum Hilfesystem finden, bevor Abstinenz erfüllt sein muss. Das ist notwendig, um strukturelle Stigmatisierung durch Ungleichbehandlung von Menschen mit Suchterkrankungen zu reduzieren.

Anke Spura: *Frau Lotzin, Sie vertreten das Thema Migration und Flucht, ein Thema, mit dem die BZgA sich schon seit längerem beschäftigt. Wofür sollten Awareness und Sensibilisierung gestärkt werden? Welche Empfehlungen geben Sie für eine Gesellschaft, in der Migration sehr wahrscheinlich auch zukünftig ein relevantes Thema sein wird?*

Annett Lotzin: Wir haben aktuell in der deutschen Bevölkerung einen Migrationsanteil von mehr als einem Viertel, und er nimmt stetig zu. Insofern sind wir in Deutschland schon sehr bunt und vielfältig und werden das auch zukünftig sein. Es gibt allerdings eine ganze Reihe von Faktoren, die dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund und spezifisch Menschen mit Fluchterfahrung in der Gesundheitsversorgung benachteiligt sind. Davon besonders betroffen sind Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status. Geflüchtete haben vielfältige Belastungen: Zum Beispiel durch Verfolgung oder Kriegserfahrung, auch durch häusliche Gewalt im Herkunftsland. Auf der Flucht kommt es zu weiteren Belastungen. Außerdem sind Menschen mit Migrationshintergrund vielfältigen Postmigrationsstressoren ausgesetzt. Das betrifft bei Geflüchteten etwa die Wohnsituation in Einrichtungen, in denen es keine Rückzugsorte gibt. Die oftmals vielfältigen Belastungen erhöhen das Risiko für psychische Erkrankungen. Für solche Belastungsfaktoren müssen wir uns sensibilisieren. Wir müssen sie kennen, um angemessen darauf eingehen zu können.

Sensibilisieren möchte ich auch dafür, dass viele Menschen, die zu uns kommen, verschiedene Barrieren zur Gesundheitsversorgung und Prävention haben. Wenn Menschen aus anderen Gesundheitssystemen zu uns kommen, müssen sie Erfahrungen sammeln und Wissen darüber aufbauen, wie unser Gesundheitssystem aufgebaut ist, welche Angebote es gibt und wie die Inanspruchnahme der psychischen Gesundheitsversorgung bei uns

funktioniert. Unsere westlichen Konzepte von psychischen Erkrankungen können deutlich von den Konzepten in anderen Ländern abweichen. Darüber muss man sich informieren und Offenheit für unser Gesundheitssystem entwickeln.

Auf der Seite der Migrantinnen und Migranten und Geflüchteten ist es wichtig, sprachliche Barrieren zu verringern. Das können wir ermöglichen, indem wir mehrsprachige und multikulturelle Fachkräfte beschäftigen. Auch Sprachmittlerinnen und -mittler haben eine wichtige Funktion, um Migranten oder Geflüchteten ausreichende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Und natürlich geht es dabei auch um mehrsprachige Gesundheitsinformationen.

Menschen, die noch keine Deutschkenntnisse in ausreichendem Maße erwerben konnten, aber stark psychisch belastet sind, brauchen am nötigsten Hilfe, bekommen sie aber am wenigsten. Diese Gruppen erreichen wir mit peergestützten Ansätzen besser, das heißt, wir arbeiten mit Menschen zusammen, die aus den Zielländern kommen. Sie kennen die Kultur der Migrantinnen und Migranten und Geflüchteten, können zwischen verschiedenen Kulturen vermitteln und darüber eine Anbindung an unser Gesundheitssystem schaffen.

Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Ria Kortum: *Herr Nießen, mit Ihnen möchten wir einen Blick auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) werfen. Uns interessiert, wie Sie die psychische Gesundheit im Kontext des ÖGD sehen. Vielleicht haben Sie bereits Erfahrungen und Ideen, wie die kommunale Ebene und der Bund gemeinsam Ansätze entwickeln können für bürger- und lebensweltorientierte Angebote zur psychischen Gesundheit.*

Johannes Nießen: Psychische Gesundheit vor Ort, wenn ich das mal so reduzieren darf, ist für mich seit vielen Jahren berufliche Tageserfahrung. Ich habe in Hamburg als Assistenzarzt bei der Gründung sogenannter Patientenclubs mitgewirkt. Dorthin kamen Menschen mit psychischen Problemen, einmal in der Woche mal mit oder ohne Angehörige. Dadurch konnte psychische Gesundheit und Krankheit mit denen thematisiert werden, die betroffen waren. Die Patientenclubs haben sich jahrzehntelang gehalten.

Inzwischen gibt es im Öffentlichen Gesundheitsdienst nicht nur Patientenclubs oder Selbsthilfegruppen, sondern auch sozialpsychiatrische Zentren. In Köln gibt es allein neun davon, die zum Teil von der Stadt, zum Teil von freien Trägern betrieben werden. Dort können Menschen mit psychischen Problemen jeden Tag hingehen, auch am Wochenende. Es gibt die Möglichkeit, einen Kaffee zu trinken, Mittag zu essen; manchmal ist es die einzige warme Mahlzeit in der Woche. Es gibt dort Kultur vor Ort, Kunstausstellungen, alles, was sonst auch das Leben lebenswert macht.

Das zeigt, dass man vor Ort konkrete Erste Hilfe anbieten und neben den individuellen Hilfen auch verhältnispräventiv vorgehen muss, indem man psychische Gesundheit und Krankheit zum Thema macht. Ich habe in Hamburg und Köln sogenannte Gesundheitsgespräche mit ins Leben rufen können. In Köln gab es zum Beispiel einen Termin für Kinder und Jugendliche, die ein Elternteil verloren hatten. Es kamen über 400 Leute. Im Internet wurde das später noch zigfach abgerufen. Das sind beispielhaft Möglichkeiten, einerseits individuelle Hilfe zu geben und andererseits psychische Gesundheit und Krankheit öffentlich zum Thema zu machen, wodurch es entstigmatisiert wird.

Was ich jetzt für die BZgA und das BIÖG machen darf, ist vor dem Hintergrund bereits bestehender Best Practice-Projekte zusammen mit der Forschung evidenzbasiert aktiv zu werden. In 378 Kommunen in Deutschland findet der Sozialpsychiatrische Dienst irgendwo im Kleinen statt oder ist an freie Träger abgegeben worden. Die Hilfeangebote müssen bundesweit zum Beispiel vom BIÖG unterstützt werden, um sie für alle Altersgruppen zu öffnen.

Ria Kortum: *Sie haben die Gesundheitsgespräche in Köln für Kinder und ihre Familien erwähnt. Dahinter steht vielleicht auch der Gedanke, dass man einer Öffentlichkeit die Möglichkeit gibt, Sprache zu finden für etwas, das oft schwierig zu besprechen ist. Aus der Biografieforschung ist bekannt, dass das Entwickeln von Geschichten ein wichtiges Instrument ist – etwas über sich, über sein inneres Erleben und die Dinge, die mit einem passieren zu erfahren. Auch eine Kommune kann ein Setting bieten, in dem Menschen Sprache und Gespräche finden über oft unaussprechliche, schwierige Themen. Von dort würden wir gerne auf die Bundesebene schauen: Wie kann man diesen Gedanken weiterspinnen mit Blick auf die Gesundheitskommunikation im Kontext psychischer Gesundheit? Was wären die zentralen Inhalte, Botschaften und leitenden Gedanken und Prämissen, die in Bezug auf psychische Gesundheit bundesweit für alle Menschen und für spezifische Gruppen vermittelt werden sollten?*

Susanne Bücker: Ich fand es sehr interessant, was vorhin über die Ansätze zur Entstigmatisierung gesagt wurde. Im Englischen würden wir sagen continuum beliefs. Das heißt, Krankheit und Gesundheit werden stärker auf einem Kontinuum verstanden. Das lässt sich auch für psychische Störungen verallgemeinern. Für die klinische Psychologie war es lange wichtig, deutlich zu machen, dass psychische Störungen echte Krankheiten sind. Es wurde lange daran gearbeitet, mithilfe biologischer Modelle zu zeigen, was im Gehirn von Menschen mit spezifischen psychischen Störungen anders läuft als bei anderen. Man wollte Awareness dafür schaffen, dass eine psychische Störung nicht etwas Ausgedachtes ist, dass sich die Menschen nicht bloß anstellen, nur ein bisschen antriebslos sind und sie sich einfach mal ein bisschen zusammenreißen müssten. Mittlerweile sind wir an einem Punkt, an dem wir diesen Pfad möglicherweise verlassen oder zumindest reflektieren sollten, ob nicht die Art und Weise, wie wir über psychische Störungen im öffentlichen Raum reden, Menschen mit psychischen Störungen stigmatisiert.

Ich habe in diesem Kontext zu Persönlichkeitsstörungen gearbeitet, wobei ich sehr positiv beobachtet habe, dass mit der Umstellung von ICD10 auf ICD11 Persönlichkeitsstörungen stärker dimensional erfasst werden. Wir sprechen jetzt nicht mehr davon: Dieser Mensch hat die Persönlichkeitsstörung XY, und jemand anders hat eine andere kategorial zu vergebende Persönlichkeitsstörung. Persönlichkeitsdysfunktionalität oder maladaptive Persönlichkeitseigenschaften werden auf einem Kontinuum verstanden.

Das gilt im Übrigen auch für die Einsamkeit: Je stärker wir erwähnen, dass Einsamkeit etwas ist, das im täglichen Leben schwankt, und wir alle uns auf einem Kontinuum mal mehr und mal weniger einsam fühlen, desto eher sind Menschen bereit, zu kommunizieren, dass sie einsam sind oder eine psychische Störung haben, dass sie diese Symptome von sich kennen. Vielleicht nehmen sie dann frühzeitiger Hilfe in Anspruch. Ich könnte mir vorstellen, dass das auch auf Bundesebene bei der Kommunikation über psychische Gesundheit eine wichtige Rolle spielt.

Peer Briken: Ich möchte gerne etwas ergänzen: Wir haben einen gesundheitsökonomischen Markt, und Kontinua bergen immer auch das Risiko, dass Diagnosen ausgeweitet werden. Was wir an Zunahme an Diagnosen und Fallzahlen haben, bildet sich also möglicherweise auch dort ab. Im Kontext der

heutigen Diskussion ist mir aufgefallen, dass wir wenig über die Förderung der Gesundheit sprechen und stattdessen mehr bei der Prävention von Krankheit verharren. Ich glaube, die Kommunikation des Rechtes auf seelische Gesundheit und einfache Maßnahmen, die auf soziale Beziehungen, Ernährung oder Sport abzielen, sind ein wichtiger Punkt im Hinblick auf die BZgA bzw. ihre Folgeinstitution.

Chancengerechtigkeit und soziale Ungleichheit

Meldung aus dem Publikum: Ich möchte auf die Aspekte soziale Ungleichheit und Armut hinweisen. Wir wissen, dass dies Faktoren sind, die sich stark auf die körperliche und psychische Gesundheit auswirken, was man bei Kindern besonders deutlich sieht. Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat während der COVID-19-Pandemie gesagt: Bitte macht die Kitas auf für sozial Benachteiligte. Das ist leider nicht passiert. Dann darf man sich nicht wundern, dass die Kinder heute mehr psychische Belastungen haben. Auch das schafft Ungleichheiten und einen Nährboden für radikalen politischen Populismus. Wenn wir auf Bundesebene primärpräventiv agieren wollen, müssen wir auch solche Aspekte in den Blick nehmen.

Meldung aus dem Publikum: Armut und soziale Ungleichheit wurden heute in vielen Zusammenhängen erwähnt, etwa bei der Einsamkeit, der psychischen Gesundheit, der Entwicklung von Kindern und den allgemeinen Gesundheitsdaten. Stets hieß es, soziale Ungleichheit sei einer der wichtigsten Faktoren. Was aber machen wir damit? Sagen wir: Okay, wir machen weiterhin unsere Interventionen, wir versuchen, immer wieder ein wenig zu reparieren? Oder wäre es nicht angezeigt, dass sich die Akteurinnen und Akteure auch im Gesundheitssystem stärker auf die Seite der Benachteiligten stellen und dafür einstehen, dass Benachteiligungen beseitigt werden?

Stephan Bender: Ohne Frage müssen wir schauen, wo wir die Ursachen beheben können. Und natürlich wollen wir bei stress-responsiven Störungen dort ansetzen, wo sich Ursachen beheben lassen. Da muss man politisch aktiv werden. Dann gibt es andere Störungen, die stärker biologisch-genetisch determiniert sind, wo Stress ein Fass zum Überlaufen bringt. Wir müssen also schauen: Wo haben wir stress-responsive Störungen? Da müssen wir an den Ursachen ansetzen. Und wo haben wir stärker biologisch-determinierte Störungen? Da sind wir weniger primärpräventiv unterwegs, weil wir nur begrenzte Einflussmöglichkeiten haben. Was können wir morgen tun, um gut zu intervenieren? Wo muss man langfristig dranbleiben?

Johannes Nießen: Man muss beides heute machen. Einerseits ist es kein Geheimnis, dass Gesundheit auch ein ökonomisches Thema ist, und Armut macht bekanntermaßen nicht erst seit gestern krank. Deswegen ist der politische Ansatz wichtig. Und das andere: Die BZgA (seit dem 13. Februar 2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit; Anmerkung der Redaktion) ist im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit schon ganz gut aufgestellt, um dieses Thema vor Ort mitzubewegen. Psychische Gesundheit ist ein verhältnispräventives Thema, das durch viele Faktoren beeinflusst wird. Es ist unser Job, das in den Bereichen umzusetzen, wo wir auch etwas liefern können.

Annett Lotzin: In meiner klinischen Arbeit sehe ich, dass wir Menschen mit geringem Einkommen oder geringer Bildung am allerwenigsten erreichen. Gleichzeitig erlebe ich, dass wir bei der Weiterentwicklung von Interventionen, die im Grunde für westliche Kulturkreise entwickelt wurden, viel lernen können, wenn wir offen und kultursensibel arbeiten. Wir haben beispielsweise für afghanische Geflüchtete Behandlungsprogramme mit Einfacher Sprache verwendet. Dabei ist aufgefallen, dass diese Interventionen dadurch auch für Menschen ohne Migrationshintergrund verständlicher und dadurch auch wirksamer sind.

In der Gesundheitsförderung richten sich Gesundheitsinterventionen immer an eine bestimmte Zielgruppe. Um diese zu erreichen, sollten wir von Anfang an die Zielgruppe einbeziehen und mit am Tisch sitzen haben, wenn wir überlegen, was sie genau braucht. Eigentlich ist das naheliegend, aber wir machen es selten. Oft entwickeln wir etwas am Schreibtisch, und am Ende stellen wir manchmal fest, dass es nicht so hilfreich ist für die Zielgruppe wie gedacht.

Meldung aus dem Publikum: Ich möchte das Thema Versorgungsgerechtigkeit ansprechen. Das Ganze hat eine ökonomische Komponente. Warum gibt es im Zuge der Bedarfsplanung in bestimmten Teilen einer Stadt weniger kassenärztliche Sitze? Der Bedarf ist da. Aber ist es für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beispielsweise dort monetär nicht attraktiv genug? Aus Sicht derjenigen, die die Zulassungen machen, bedeutet jeder neu geschaffene Kassensitz einen ausrechenbaren Betrag von Tausenden Euro pro Quartal, der aus der Kasse abgeht, weil die Leistungen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. Aber die abgerechneten Leistungen vor allem als verlorenes Geld im Sinne des Gesundheitsfonds zu betrachten, ist kurzsichtig. Denn was kostet es, dort nichts zu tun über die nächsten Jahre? Ich finde, das muss auf der rein sachlichen Argumentationsebene viel stärker berücksichtigt werden. Die Rechnung wird ja irgendwann serviert, nur ein bisschen später.

Ria Kortum/Anke Spura: *Was könnten und sollten wir gemeinsam tun, um psychische Gesundheit zu stärken? Haben Sie Ideen oder vielleicht auch schon Modelle?*

Susanne Bücker: Parallel zu Erste-Hilfe-Kursen, in denen Ersthelferinnen und Ersthelfer zum Beispiel Reanimation lernen, gibt es aus Australien importiert so etwas wie ein Erste-Hilfe-Kurs-Pendant für psychische Gesundheit. Das ist für meinen Geschmack zu kommerzialisiert umgesetzt, aber man könnte sich dazu vielleicht ein Konkurrenzprodukt überlegen, gemeinnützig und frei verfügbar, partizipativ entwickelt und umgesetzt, das zum Beispiel Lehrkräften, pädagogischem Fachpersonal und Pflegekräften angeboten wird. So könnte auch in der Gesellschaft mehr Verständnis für psychische Störungen und für die Stärkung psychischer und sozialer Gesundheit entstehen. Schaut man sich solche Angebote an, werden dort ganz basale Themen bearbeitet: Mein Sohn möchte nicht mehr in die Schule gehen und bleibt immer viel zu lange im Bett liegen, ich kriege ihn gar nicht mehr raus. Was kann ich tun?

Peer Briken: Wir brauchen Maßnahmen, die über den föderalen Rahmen hinausreichen, eine Versorgungslandschaft, die nicht allein über die Selbstbestimmung der Praxen geregelt wird. Ich weiß, wie sich beispielsweise die psychotherapeutischen Angebote in Hamburg gliedern, nämlich vor allem danach, wo Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Praxen gerne haben wollen. Und entsprechend sind sie dann auch verteilt.

Stephan Bender: Es gibt schon sehr viel. Anstatt noch ein zusätzliches Programm wäre die Implementierung und Vernetzung der bestehenden Ansätze zentral, weil vieles noch nicht da ankommt, wo es eigentlich gebraucht wird. Wir müssen es schaffen, die bereits bestehenden Programme sinnvoll zu vernetzen, damit ein Lehrer weiß, wo er Informationen findet, wen er ansprechen kann und wie er sie umsetzen kann. Das kann und sollte auch die Aufgabe des BIÖG sein: Eine zentrale Stelle, die Ansätze verknüpft und bündelt.

Theorie-Praxis-Transfer

Anke Spura: *Wie bekommen wir das Wissen, das wir schon haben oder noch generieren müssen, an die Entscheider und in die Umsetzung? Worin besteht der Forschungstransfer in die Praxis der Prävention?*

Susanne Bücker: Wenn ich an meine wissenschaftliche Tätigkeit denke, ist es so: Man kocht sein eigenes Süppchen unter Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen und produziert viele englischsprachige Publikationen, die in Deutschland kaum jemand liest, schon gar nicht Fachkräfte, Praktikerinnen und Praktiker oder Politikerinnen und Politiker. Ich frage mich oft, was der tatsächliche Impact für den Praxistransfer ist. Leider findet der oft nicht statt.

Wir müssten mehr Schnittstellen zwischen verschiedenen Disziplinen schaffen. Dafür ist der Blick innerhalb der Wissenschaft bereits geschärft. Aber wir müssen auch mehr Schnittstellen schaffen zwischen der Gesundheitsversorgung, der Forschung, der Praxis und den Unternehmen. Das findet sehr selten statt. Es müssten für alle Beteiligten Anreize geschaffen werden, an solchen Schnittstellen teilzunehmen. Das sollte man zum Beispiel in Drittmittelanträgen für Forschungsvorhaben vorschreiben.

Peer Briken: Vielleicht ein konkretes Beispiel: Das Robert Koch-Institut hat eine sehr gute Studie gemacht zum Thema Trans und Jugendliche. Jetzt ist die Frage: Was geschieht mit den Daten? Wie kommen sie dorthin, wo sie hinsollen? Vielleicht braucht es einen Instagram-Kanal, der von dem BIÖG mit Leuten aus der Queer-Community und Jugendlichen gemacht wird und vertrauenswürdig ist. Aber der müsste anders informieren. Wir haben Mythen über die Queer-Community verstreut, die Ängste erzeugen. Viele Menschen können mit diesen Ängsten nicht umgehen, weil sie nicht ausreichend oder gar falsch informiert sind. Ich denke, der Transfer, dass Partizipation tatsächlich mitgedacht wird, ist eine große Chance. Aber dieser Transfer und die Partizipation gelingen uns noch zu wenig.

Susanne Bücker: Ich unterrichte seit Jahren Studierende, die danach in die Praxis gehen. Auch hier haben wir einen großen Einfluss als Personen, die Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausbilden. Deshalb müssen wir die Ausbildung so gestalten, dass diejenigen, egal wo sie später landen, auch wirksam im Sinne der Gesundheitsförderung werden können.

Wissenschaftskommunikation hat an Hochschulen nicht den größten Stellenwert. Da wird sehr viel mehr auf die Forschung geschaut, denn daran werden Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler gemessen. Die Lehre ist aber auch ein Bereich, wo Forschungsergebnisse auf eine Art und Weise Einfluss finden können, dass Studierende damit was anfangen und den praktischen Nutzen unserer Forschung erkennen können: In der Praxis haben wir auch Personen, die vielleicht Studien lesen können, aber nicht wissen, was sie damit in der Praxis eigentlich anstellen sollen.

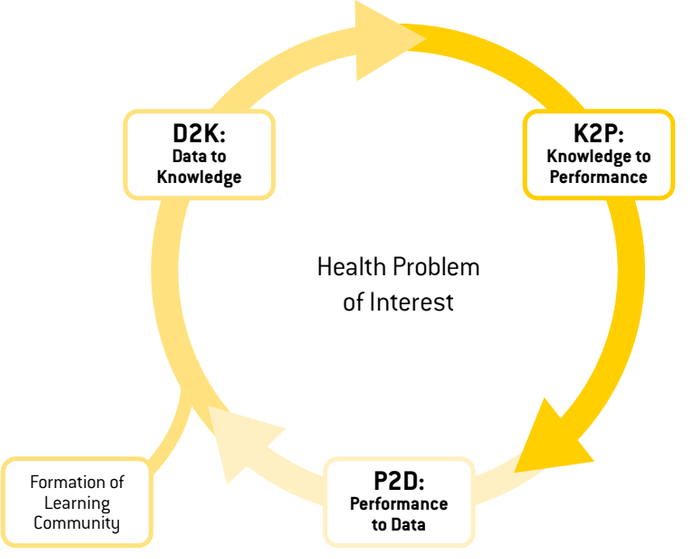
02.2 Daten als Lehrmaterial für das lernende Gesundheitssystem

Ingo Meyer

Die große Herausforderung hinsichtlich der Rolle von Daten im (öffentlichen) Gesundheitswesen ist nicht von grundsätzlicher, sondern praktischer Natur. Es geht nicht um die Frage, ob Daten prinzipiell nutzbringend sind, sondern eher darum, wie sie sinnvoll nutzbar gemacht werden können. In meinem Beitrag schlage ich vor, dass der Ansatz des lernenden Gesundheitssystems die Voraussetzungen schafft, drei wesentliche Fragen in der praktischen Umsetzung evidenzbasierter Public Health (Bock et al., 2022) zu beantworten: Woher kommen die Daten? Wie können sie interpretiert werden? Und wie werden aus den Ergebnissen Maßnahmen?

Das Konzept des lernenden Gesundheitssystems wird auf verschiedenen Ebenen von einer einzelnen Organisation bis hin zu Staaten angewandt (Friedman et al., 2017; Voltz et al., 2020) und kann verstanden werden als die Umwandlung von Daten in Wissen, Wissen in Leistung und Leistung wiederum in Daten, wie in Abb. 1 dargestellt.

Zyklusmodell des lernenden Gesundheitssystems



» Abb. 1: Zyklusmodell des lernenden Gesundheitssystems (nach Friedman et al., 2017)

Das Konzept entstand als Antwort auf die steigende Komplexität und damit einhergehende steigende Kosten der Versorgung in den USA (Medicine Institute of America, 2013) und anderen Ländern. Insofern es Ergebnisqualität gegen Kosten ausbalanciert, hat es starke Ähnlichkeiten mit Konzepten von wertorientierter Versorgung (value-based healthcare) wie dem Quadruple Aim (Porter, 2006; Bodenheimer & Sinsky, 2014). Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens ist mit dem Public Health-Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus ein ähnliches Konzept ebenfalls wohl etabliert (Hartung & Rosenbrock, 2022).

Eine Stärke des Ansatzes des lernenden Gesundheitssystems von Friedman et al. (2017) liegt darin, dass die Verknüpfung zwischen dem System und den Daten nicht nur als konzeptionelles Ziel konstatiert wird, sondern auch auf die Voraussetzungen eingegangen wird, wie Daten beschafft, gespeichert und verarbeitet werden sollten. Diese sollen dadurch erfüllt werden, dass die Dateninfrastruktur in einem Bottom-up-Ansatz koproduziert wird, also die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure, die mit den Daten befasst sind, systematisch in den Implementierungsprozess eingebunden werden. Die Dateninfrastruktur wird dadurch zu einem soziotechnischen System (Koch et al., 2014), in dem technische Komponenten mit Menschen zusammen agieren, um ein intendiertes Ergebnis zu erreichen.

In der Realität sind solche lernenden Gesundheitssysteme noch nicht sehr verbreitet, wie auch Friedman et al. (S. 19 f.) einräumen: »Fully functional, integrated learning health system infrastructures […] do not yet exist, [but] pieces […] are emerging.«

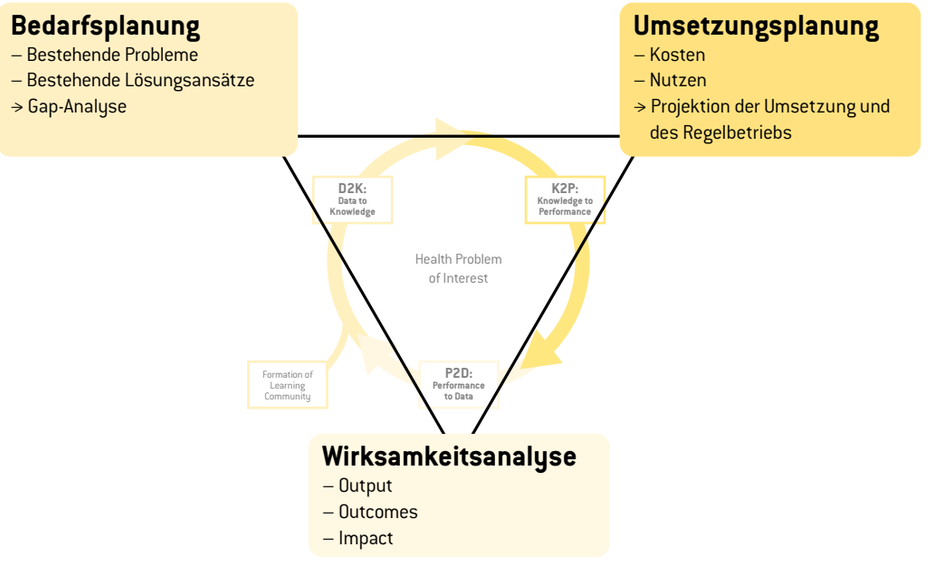
Daten, Daten, Daten… aber welche, woher und für welchen Zweck

Welche Daten werden in einem lernenden Public Health-System benötigt, um effektive und effiziente Maßnahmen anbieten zu können? Ausgehend von dem Konzept des lernenden Gesundheitssystems können drei Bereiche unterschieden werden, wie in Abb. 2 dargestellt.

Im Bereich der Bedarfsplanung liegt der Schwerpunkt auf der Erfassung bestehender Probleme und zugehöriger Lösungsansätze. Auf dem Weg einer Gap-Analyse kann auf diese Weise ermittelt werden, ob Bedarfe der öffentlichen Gesundheit (beispielsweise im Bereich der Prävention) gedeckt sind oder nicht. In der Umsetzungsplanung geht es um neue oder angepasste Maßnahmen mit dem Schwerpunkt auf den Kosten der Umsetzung im Vergleich zum (erwarteten) Nutzen, bevor es zu einer Implementierung in einem Setting kommt. Ist eine solche Implementierung erfolgt, kann deren Wirksamkeit entlang einer Kausalkette von Outputs, über Outcomes hin zu Impacts gemessen werden. Ein Beispiel für Outputs wäre die Umsetzung einer Kampagne in einer bestimmten Region, die zu einem Outcome im Sinne von öffentlicher Wahrnehmung oder der Schaffung eines Problembewusstseins führt, aus der sich als Impact dann ein geändertes Präventionsverhalten ergibt.

Gerade in der Wirksamkeitsanalyse spielen der Zeitraum der Beobachtung und die Möglichkeit, Effekte der implementierten Maßnahme von anderen Einflussgrößen zu trennen, eine entscheidende Rolle. Quasi-experimentelle Evaluationsansätze bieten eine Möglichkeit, diese Herausforderung zu adressieren und Evaluationen der Wirksamkeit in größeren Implementierungssettings unter Verwendung von Sekundärdaten durchzuführen. Diese Ansätze bieten insbesondere die Möglichkeit, die Kontrolle zur Intervention über Daten (aus anderen

Datenbedarf im lernenden Gesundheitssystem



» Abb. 2: Datenbedarf im lernenden Gesundheitssystem (eigene Darstellung nach Friedman et al., 2017)

Regionen oder anderen Zeiträumen) abzubilden. Für ein Beispiel aus der Evaluation regionaler Versorgungskonzepte siehe Schubert et al. (2019).

Idealerweise liegen die für jeden Messbereich benötigten Daten vor: umfassend im Sinne der zu beantwortenden Fragen, regelmäßig und dauerhaft, um eine kontinuierliche Messung zu ermöglichen, und auf der Ebene der gesamten Population oder zumindest für Gruppengrößen, die einen Rückschluss auf die Gesamtbevölkerung zulassen.

Diesem Ideal stehen die real vorhandenen Daten gegenüber, die die idealen Anforderungen in der Regel nur in Teilen erfüllen können. Zu nennen sind hier Routine- oder Real World-Daten[1], Daten aus Panels oder Daten aus Befragungen. Neben der Verfügbarkeit können Einschränkungen bestehen hinsichtlich der datenschutzmäßigen Verwendbarkeit, der Kosteneffektivität der Auswertung oder auch der Verknüpfbarkeit verschiedener Datenquellen.

1 Daten, die für andere Zwecke erhoben und zweitverwendet werden können (daher auch als Sekundärdaten bezeichnet). Beispielhaft zu nennen sind Routinedaten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung, der kassenärztlichen Vereinigungen, der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit. Ebenso kommunale Daten aus der Sozialstatistik, dem Schulbereich oder der Bebauung und sonstigen Geografie.

Das Kölner CoRe-Net

2017 wurde in Köln mit Fördermitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung das »CoRe-Net: Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung[2]« etabliert. Ziel des Netzwerks ist die Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen Forschenden sowie Praktikerinnen und Praktikern im Bereich Gesundheit. Dem Netzwerk gehören Akteurinnen und Akteure der öffentlichen Verwaltung, der Wissenschaft, kirchlicher Einrichtungen, Gesundheitsdienstleister, der Privatwirtschaft und weiterer Bereiche an.

Als Teil von CoRe-Net wurde 2022 die Forschungsdatenbank CoRe-Dat etabliert. Sie enthält Gesundheitsdaten der Kölner Bevölkerung, die für Fragestellungen der Forschung oder Planung auf Antrag genutzt werden können. Bei den Daten handelt es sich um Abrechnungsdaten von vier Gesetzlichen Krankenversicherungen (AOK Rheinland-Hamburg, BARMER, DAK und Pronova BKK) und deren in Köln wohnhaften Versicherten; dies sind rund 500.000 Personen, was in etwa der Hälfte der Stadtbevölkerung entspricht. Die Daten werden in pseudonymisierter Form in einer geschützten Datenbank beim Universitätsklinikum Köln verwahrt. Die Gesetzliche Grundlage der Datenverarbeitung ist durch § 75 SGB X gegeben und sowohl durch die zuständigen Aufsichtsbehörden genehmigt als auch über ein Ethikvotum der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln abgedeckt.

Diese Art der Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung erlauben die Beantwortung von Fragestellungen u. a. aus den Bereichen der Epidemiologie, Versorgungsforschung oder der Gesundheitsökonomie. Sie sind auch für vielfältige Aufgaben im Kontext von Public Health/Öffentlicher Gesundheit nutzbar. Im Rahmen von CoRe-Net werden sie unter anderem für die Erstellung von Versorgungsberichten genutzt. Angelehnt an die Tradition der (kommunalen) Gesundheitsberichterstattung adressieren die Berichte Fragen der Versorgung und wie sie verbessert werden kann. Die ersten beiden Berichte befassten sich zum einen mit der Versorgung von Menschen im letzten Lebensjahr sowie der Versorgung von Menschen mit koronarer Herzerkrankung und psychischer Begleiterkrankung.

Der dritte Versorgungsbericht befasste sich 2022 mit der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Corona-Jahren 2020/2021 im Vergleich zum Vorzeitraum und wird im Folgenden detailliert vorgestellt. Anhand dieser Darstellung soll gezeigt werden, wie ein lernendes Gesundheitssystem in enger Verknüpfung mit einer entsprechenden Datenbasis praktisch aussehen kann. Die Ergebnisse des Berichts werden hier nur in Teilen wiedergegeben. Der vollständige Bericht ist online verfügbar.[3]

2 Siehe www.core-net.uni-koeln.de.

3 www.core-net.uni-koeln.de/mentale-gesundheit-von-kindern-und-jugendlichen-in-den-coronajahren-2020-2021-im-vergleich-zum-vorzeitraum

Versorgungsbericht Mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Coronajahren

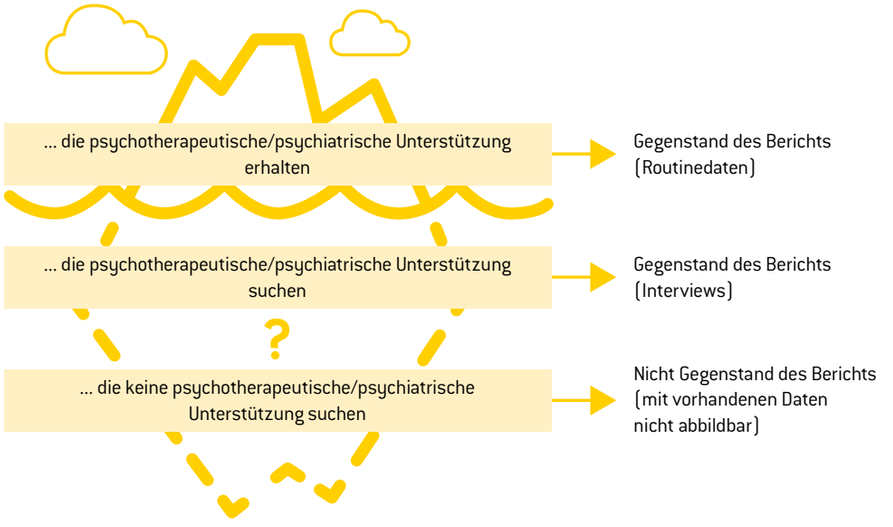
Die COVID-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2023 wirkte und wirkt sich auf viele Bereiche der Gesundheitsversorgung aus. Dazu zählt die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Auf die andauernde Belastung, die Veränderungen ihres Alltags und insbesondere die Unterbrechung ihrer sozialen Kontakte reagierten Kinder und Jugendliche mit vielfältigen psychischen Symptomen (Bohl et al., 2023). Es zeichnet sich außerdem ab, dass die psychischen Probleme das Leben der Betroffenen längerfristig, bis hinein in das Erwachsenenalter, beeinflussen könnten.

Der Versorgungsbericht gibt einen Überblick, wie sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln in den Corona-Jahren 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2018/2019 vor der Pandemie entwickelt hat.

Die Spitze des Eisbergs: Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Eine zentrale Herausforderung für die wissenschaftliche Arbeit besteht darin, dass nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen mit sich entwickelnden oder vorhandenen psychischen Störungen psychotherapeutische und/oder psychiatrische Unterstützung erhält. Sie erhalten also eine Versor-

Eisberg der Versorgung psychischer Störungen und Einschränkungen in der verfügbaren Datenbasis



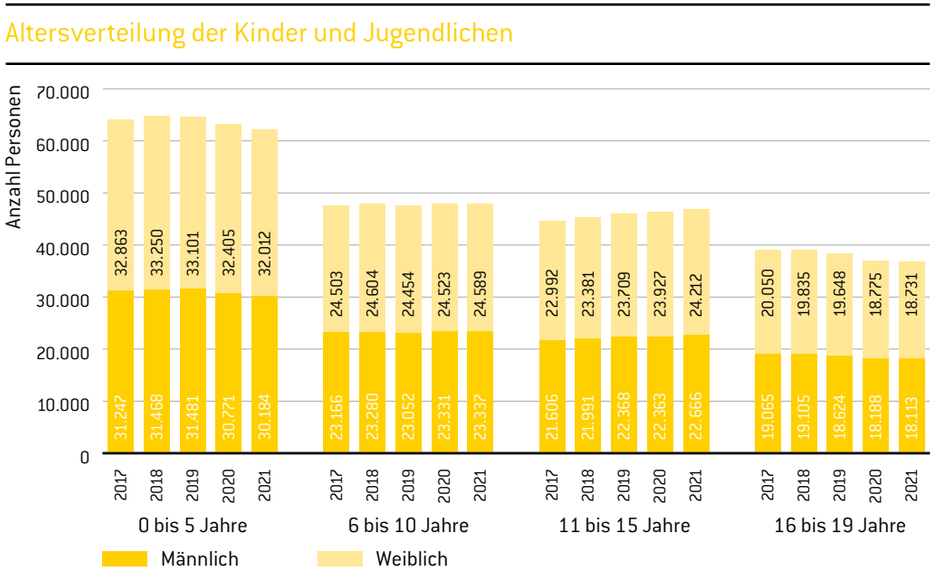
» Abb. 3: Eisberg der Versorgung psychischer Störungen und Einschränkungen in der verfügbaren Datenbasis (eigene Darstellung)

An welcher Stelle im Modell des lernenden Gesundheitssystems steht ein Versorgungsbericht wie der von CoRe-Net?
Das Thema mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor und während der COVID-19-Pandemie war im Rahmen von CoRe-Net nicht im Voraus definiert. Vielmehr wurde ein Mechanismus genutzt, bei dem der Beirat der Versorgungsberichte (bestehend aus unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure aus der Stadt), die Schwerpunktsetzung des nächsten Berichts diskutierte und dabei verschiedene Themen mit akutem Informationsbedarf genannt wurden. Im Laufe von zwei Sitzungen wurde dann das Thema konsentiert und umgesetzt. Mit Hilfe der für den Bericht ausgewerteten Daten sollte es den Akteurinnen und Akteuren leichter gemacht werden, die Problemsituation zu verstehen und bedarfsorientierte Maßnahmen zur Verbesserung zu entwickeln. Schon in diesen Gesprächen wurde klar, dass die GKV-Routinedaten nicht ausreichen würden, die Problemlage zu erfassen. Die wissenschaftliche Vorgehensweise wurde daraufhin angepasst und um die Befragung von Versorgenden in stationären und ambulanten Settings ergänzt. Konzeptionell lässt sich der Versorgungsbericht damit der Bedarfsplanung bzw. dem data to knowledge (D2K) Abschnitts des Modells aus Abb. 2 zuordnen.

gungsleistung und sind in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen sichtbar. Ein unbekannter Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen erhält diese Unterstützung nicht. Entweder weil sie (bzw. ihre Erziehungsberechtigten) auf der Suche nach professioneller Unterstützung aufgrund begrenzter Kapazität noch nichts gefunden haben oder weil sie aktuell keine Unterstützung suchen, beispielsweise aus Angst vor Stigmatisierung oder fehlendem Bewusstsein für die Erkrankung. Dadurch tauchen sie in den Routinedaten nicht auf, wodurch das gesamte Ausmaß des Versorgungsbedarfs unsichtbar bleibt.

Die Situation kann wie ein Eisberg betrachtet werden (Abb. 3): Nur an der Spitze sind jene Kinder und Jugendliche, die professionell versorgt und mittels CoRe-Dat beschrieben werden können. Andere Gruppen befinden sich unter der Wasseroberfläche und werden nicht psychotherapeutisch oder psychiatrisch unterstützt, obwohl ein Bedarf nicht ausgeschlossen werden kann.

Um die Veränderung der mentalen Gesundheit der Kölner Kinder und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie möglichst gut abbilden und unteren Teile des Eisbergs zumindest teilweise besser sehen zu können, betrachtet der Bericht die Situation aus zwei Perspektiven: Zum einen nimmt er die erfassten Diagnosen und in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen in Köln in den Blick. Zum anderen wird die Perspektive der Versorgenden betrachtet, die im ambulanten und stationären Bereich diese Leistungen erbracht haben, um einen Einblick zu bekommen, wie die Versorgung während der COVID-19-Pandemie gelungen bzw. teilweise gelungen ist.



» Abb. 4: Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren in der Stadt Köln von 2017 bis 2021 (Daten der Stadt Köln)

Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung und Interviewdaten mit versorgenden Expertinnen und Experten

Es wurden Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der CoRe-Dat Datenbank analysiert. Für die Untersuchung wurden Daten von Kindern und Jugendlichen betrachtet, die in einem der Beobachtungsjahre von 2017 bis 2021 bis zu 19 Jahre alt waren. Hinsichtlich der Krankenversicherung wurden zwei Gruppen festgelegt: Erstens Kinder und Jugendliche, die in mindestens einem Beobachtungsjahr durchgängig bei einer der vier Krankenkassen versichert waren. Zweitens Kinder und Jugendliche, die in einer der Krankenkassen in drei aufeinanderfolgenden Jahren durchgängig versichert waren. Es wurden ambulant gesicherte Diagnosen und stationäre Entlassungs-/Hauptdiagnosen in die Analyse aufgenommen. Ein besonderer Fokus bei der Auswertung lag darauf, wie häufig psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im jährlichen Durchschnitt von 2018 bis 2021 diagnostiziert worden waren. Außerdem wurde die Inanspruchnahme von Arzneimitteln sowie die Häufigkeit von Behandlungen in einem Krankenhaus betrachtet.

Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen beziehen sich immer auf alle Kölnerinnen und Kölner im Alter von 0 bis 19 Jahren, also Kinder und Jugendliche mit einem Hauptwohnsitz in einem der Kölner Postleitzahlgebiete. Dafür wurden die Ergebnisse aus den Daten der Versicherten der vier

Krankenkassen auf die Kölner Bevölkerung unter Berücksichtigung des Alters, des Geschlechts und der Postleitzahl des Wohngebiets für das betreffende Jahr hochgerechnet. Unter der Annahme, dass die Kölner Bevölkerung ein gleiches Krankheits- und Versorgungsgeschehen aufweist wie die Population in CoRe-Dat, können Zahlen für ganz Köln hochgerechnet werden. Die notwendigen Bevölkerungsdaten stellte die Stadt Köln bereit. Abb. 4 zeigt die Verteilung der verschiedenen Altersgruppen zwischen 0 und 19 Jahren der Kölner Bevölkerung von 2017 bis 2021.

Für die zweite Perspektive, die Sicht der Versorgenden, fand im Winter 2022 und Frühjahr 2023 eine Befragung von 13 Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Bereich der psychischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen statt. Befragt wurden ausschließlich Personen, die einen Einblick in die Versorgungssituation in den Corona-Jahren 2020 und 2021 sowie in den Jahren davor hatten. Die Versorgenden wurden zu dem Verlauf ihrer Wartelisten vor und während der COVID-19-Pandemie sowie ihrem Umgang mit Wartelisten befragt. Sie wurden auch zu Veränderungen im Klinik- und Praxisalltag während der Pandemie und deren Auswirkungen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten befragt. Die Einzelinterviews sind im Rahmen ihrer Auswertung anonymisiert

Zentrale Ergebnisse

Die quantitative Auswertung der Routinedaten befasst sich zum einen mit der Häufigkeit ärztlich kodierter Diagnosen für psychische Störungen. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Entwicklung im Verlauf der COVID-19-Pandemie und dem Vergleich zum Vorzeitraum. Zum anderen bezieht sie sich darauf, wie Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten psychischen Störung versorgt wurden. Der Fokus liegt dabei auf der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen sowie von Arzneimitteltherapien.

Die Auswertung der qualitativen Interviews befasst sich damit, wie sich Wartezeiten und Anfragen nach Therapieplätze verändert haben, wie Versorgende im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) auf die Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie reagiert und welche Erfahrungen sie gemacht haben. Abschließend beschäftigt sich ein Exkurs mit der Frage, wie die räumliche Verteilung von Versorgenden im Bereich der KJP über das Stadtgebiet die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflussen kann.

Geht man davon aus, dass die COVID-19-Pandemie eine besondere psychische Belastung darstellte, lässt sich vermuten, dass infolgedessen psychische Störungen vermehrt aufgetreten sind. Das könnte sich in einer stärkeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geäußert haben. Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stellen Diagnosen, die zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelt werden und dann Aufschluss geben können über Prävalenz (Vorkommen) und Inzidenz (erstmaliges Auftreten) verschiedener Erkrankungsgruppen.

Es ist jedoch anzumerken, dass während der COVID-19-Pandemie insgesamt weniger Kinder und Jugendliche das Gesundheitssystem in Anspruch genommen haben (Witte et al., 2022a). Ein möglicher Grund ist, dass aus Sorge vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 Praxisbesuche aufgeschoben wurden. Rückgänge bei den Diagnosehäufigkeiten sind daher nicht unbedingt auf eine geringere Krankheitslast durch psychische Störungen zurückzuführen. In den Interviews haben Versorgende diesen Aspekt thematisiert:

»Das kam verzögert. Also es war tatsächlich so, dass mit dem ersten Lockdown eigentlich tatsächlich auch noch mal bei sehr vielen Familien […] eine Ruhe […] eingekehrt ist, dass teilweise der Bedarf auch nicht so ganz hoch war. Also, ich glaube, viele haben sich so ein bisschen zurückgezogen in ihr zu Hause und möglichst auch nicht so viele Außenkontakte [wahrgenommen] – und Therapie gehört ja auch erstmal dazu.«

In einem der Interviews wurde geäußert, dass Kinder und Jugendliche beim Auftreten von Symptomen erst etwa mit »einem Jahr Verzögerung nach Pandemiebeginn« professionelle Hilfe aufgesucht hätten. Daher kann es sein, dass viele Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Auffälligkeit möglicherweise erst in den Jahren 2021 oder 2022 ärztliche oder therapeutische Hilfe aufgesucht haben und somit nicht in den Daten dieses Berichtes erfasst wurden. Das verdeutlicht auch die folgende Aussage:

»Die Beeinträchtigung durch die Pandemie, die geschlossenen Schulen, die Kindergärten, die Belastung durch das Zuhause-Sein, […] in der Familie sehr eng miteinander ausgesetzt sein […], hat sich eigentlich erst 2021 wirklich – also für mich erkennbar – bemerkbar gemacht. Das hat schon eine relativ lange Zeit gedauert.«

Abb. 1 zeigt, wie sich die relative Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose einer psychischen Störung in den Jahren 2018 bis 2021 verändert hat. Berücksichtigt wurden hierbei nur sogenannte validierte Diagnosen, die in mindestens zwei von vier Quartalen dokumentiert waren (M2Q) oder als stationäre Entlassdiagnose vorlagen[4].

Insgesamt nahm der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten psychischen Störung von 2018 bis 2021 um 4,6 % zu. Bei den Mädchen war der Anstieg über alle Altersgruppen hinweg minimal höher (+ 4,7 %) als bei den Jungen (+ 4,3 %). Unterschiede gab es auch nach Altersgruppen: Bei Kindern von 6 bis 10 Jahren gingen die Diagnosen bei beiden Geschlechtern zurück. Jungen/junge Männer im Alter von 16 bis 19 Jahren zeigten ebenfalls eine leichte Abnahme der Diagnosen (– 0,3 %). In allen anderen Altersgruppen nahmen bei beiden Geschlechtern die Diagnosen zu.

Die Zahlen machen deutlich, dass die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit differenziert betrachtet werden müssen – sowohl in Bezug auf Geschlecht als auch auf Alter.

Wesentliche Trends vor und während der Pandemie

Die Auswertungen der Prävalenzen einzelner Diagnosen zeigen, dass sich die COVID-19-Pandemie auf unterschiedliche Weise auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln ausgewirkt hat. Insgesamt sind drei Entwicklungstrends in den Daten erkennbar. Bei der Betrachtung konzentrieren wir uns auf die Jahre 2018, 2019 und 2021. 2020 lassen wir hier bewusst außer Acht, da in diesem Jahr wie bereits erwähnt die Kontakte mit dem Gesundheitssystem insgesamt weniger waren und dieses Verhalten andere Trends überlagert haben kann. (Siehe hierzu auch Mangiapane et al., 2021).

4 Diese Diagnosevalidierung ist eine übliche Vorgehensweise bei der Auswertung von Routinedaten. Damit wird das Risiko reduziert, dass eine Diagnose beispielsweise versehentlich kodiert wurde (Schubert, I., Ihle, P. & Köster, I. (2010)).

Prävalenzen von ICD-10-F-Diagnosen im zeitlichen Verlauf

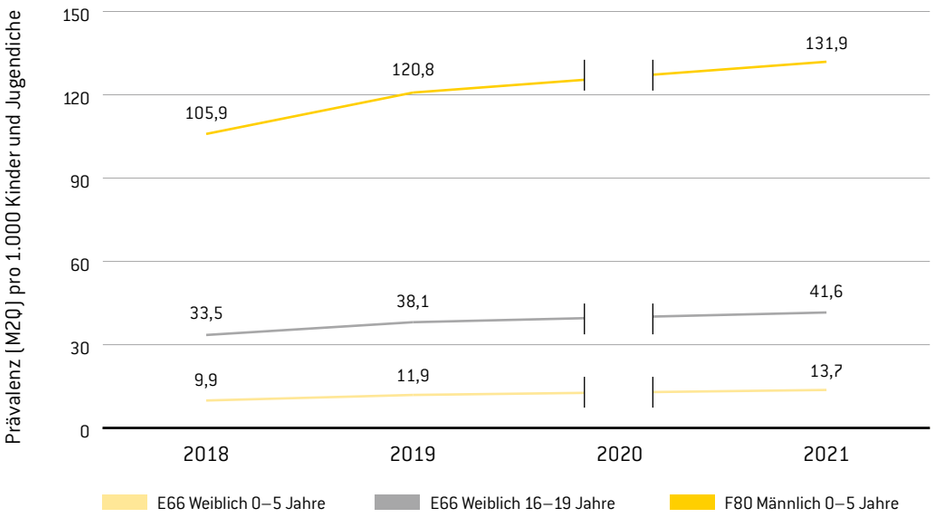
		Anzahl an F-Diagnosen pro 1.000 Kinder und Jugendliche				Veränderung (%)
Geschlecht	Altersgruppen	2018	2019	2020	2021	2018–2021
Männlich	0–5 Jahre	162,5	175,0	171,8	189,3	16,5%
	6–10 Jahre	356,5	361,2	341,5	338,5	5,1%
	11–15 Jahre	231,5	239,0	227,0	235,1	1,6%
	16–19 Jahre	130,2	130,4	126,5	129,8	–0,3%
	Gesamt	218,5	226,5	218,7	227,9	4,3%
Weiblich	0–5 Jahre	114,0	117,8	115,5	125,1	9,7%
	6–10 Jahre	240,5	248,9	231,7	230,7	–4,1%
	11–15 Jahre	159,4	159,7	157,3	170,4	6,9%
	16–19 Jahre	158,2	155,2	151,7	162,7	2,9%
	Gesamt	164,3	167,6	162,6	172,1	4,7%
Gesamt	0–5 Jahre	138,9	147,1	144,4	158,0	13,7%
	6–10 Jahre	300,1	306,4	287,5	285,9	–4,7%
	11–15 Jahre	196,6	200,5	193,4	203,6	3,6%
	16–19 Jahre	144,3	142,5	138,8	145,7	1,0%
	Gesamt	192,0	197,8	191,4	200,8	4,6%

» Tab. 1[5]: Prävalenzen von ICD-10-F-Diagnosen im zeitlichen Verlauf. Kinder und Jugendliche mit mindestens einer Diagnose für eine psychische Störung in mindestens zwei Quartalen im Jahr (M20).

Trend 1: Die Fortsetzung einer bereits vor Corona bestehenden Entwicklung ist einer der drei beobachteten Trends. Dabei stieg die Prävalenz der Diagnosen bereits von 2018 auf 2019 an und führte sich während der COVID-19-Pandemie ähnlich fort (Abb. 5). Dieser Trend zeigt sich unter anderem für die Diagnose »Adipositas« (E66) bei Mädchen von 0 bis 5 Jahren und bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 Jahren sowie bei der Diagnose »Umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache« (F80) bei Jungen von 0 bis 5 Jahren. **Trend 2** ist eine Zunahme an Diagnosen während der COVID-19-Pandemie, die vorher nicht erkennbar war. Sie umfasst Diagnosen, die in den Jahren 2018 und 2019 seltener und dann im Verlauf der Pandemie häufiger gestellt wurden. Abb. 6 visualisiert diesen Trend, der bei weiblichen Kölnerinnen zwischen 11 und 19 Jahren besonders ausgeprägt war.

5 In den folgenden Tabellen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit z. T. nur Gruppen von psychischen Störungen und Altersgruppen mit auffälligen Trends dargestellt.

Fortsetzender Trend. Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche

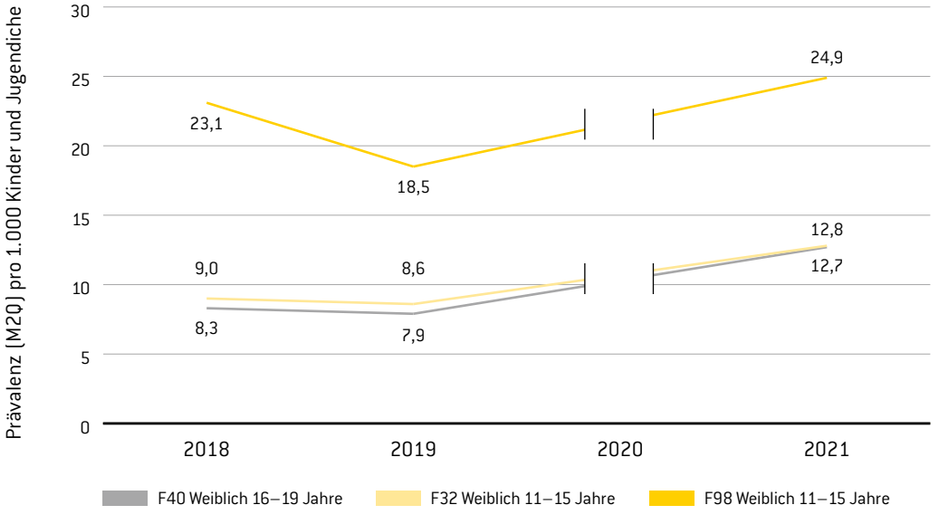


» Abb. 5: Fortsetzender Trend. Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche in Köln im zeitlichen Verlauf beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M20), Geschlecht und Altersgruppen[6]

Insbesondere bei der Diagnose »Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend« (F98) zeigte sich ein starker Neuanstieg bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren, dem eine Abnahme der Diagnosehäufigkeit vor Beginn der COVID-19-Pandemie vorangegangen war. **Trend 3** beschreibt eine Abnahme von Diagnosen während der COVID-19-Pandemie bei vorangegangenem Anstieg (Abb. 7). Dieser Trend zeigte sich bei »Störungen des Sozialverhaltens« (F91) bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren und bei Mädchen zwischen 6 und 10 sowie 11 und 15 Jahren. Ob die Abnahme der Diagnosen darin begründet liegt, dass weniger Kinder und Jugendliche an diesen psychischen Störungen erkrankten oder das Versorgungssystem trotz Erkrankung weniger aufgesucht wurde, geht aus den Daten nicht hervor. Die Interviews mit Versorgenden im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie stützen aber die Hypothese, dass viele Fälle unerkannt geblieben sind, da viele Kinder und Jugendlichen keine Diagnose erhielten und ihnen somit auch kein Therapieplatz angeboten wurde.

6 Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölnerinnen und Kölner hochgerechnet. Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen: „Adipositas" (E66) bei Mädchen von 16 bis 19 Jahren sowie 0 bis 5 Jahren und „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache" (F80) bei Jungen von 0 bis 5 Jahren.

Neuer Anstieg an Diagnosen während der COVID-19-Pandemie



» Abb. 6: Neuer Anstieg an Diagnosen während der COVID-19-Pandemie: Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M20), Geschlecht und Altersgruppen[7]

Wartelisten und Wartezeiten

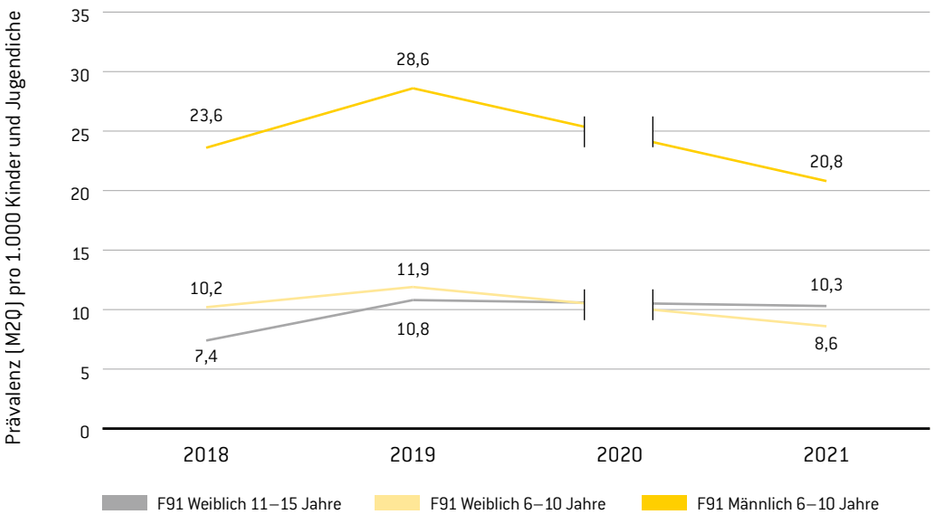
Insgesamt zeigen die Auswertungen der Routinedaten für den Versorgungsbericht keine klaren Trends, die auf eine Verbesserung oder Verschlechterung des Versorgungszustandes hindeuten. Angesichts des schon vor der Pandemie nur eingeschränkten Versorgungsangebots waren solche Ergebnisse aber auch kaum zu erwarten.

Dies liegt u. a. daran, dass Routinedaten zwar eine präzise Erfassung der erbrachten medizinischen und therapeutischen Leistungen geben und außerdem zeigen, wann welche Versorgung stattgefunden hat. Jedoch stoßen diese Daten an ihre Grenzen, wenn es darum geht, das Hilfesuchverhalten oder die Zugangswege zum Versorgungssystem zu analysieren.

Ergänzend dazu bieten daher Interviews mit Versorgenden eine wertvolle Perspektive, indem sie qualitative Einblicke in die erlebte Versorgungssituation ermöglichen. Sie beleuchten Aspekte, die mit Routinedaten allein nicht erfasst werden

7 Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölnerinnen und Kölner hochgerechnet. Hinweis: Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen betreffen »Phobische Störungen« (F40) bei Mädchen von 16 bis 19 Jahren; »Depressive Episode« (F32) bei Mädchen von 11 bis 15 Jahren, »Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend« (F98) bei Mädchen von 11 bis 15 Jahren

Abnahme von Diagnosen während der COVID-19-Pandemie



» Abb. 7: Abnahme von Diagnosen während der COVID-19-Pandemie bei vorangegangenem Anstieg: Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M20), Geschlecht und Altersgruppen[8]

können, etwa die subjektiven Wahrnehmungen der Versorgenden, Herausforderungen im Umgang mit der Nachfrage sowie strukturelle Hindernisse.

Aus den Interviews geht hervor, dass die Versorgung während der Pandemie v. a. durch längere Wartezeiten und weniger durch eine höhere Zahl von Patientinnen und Patienten gekennzeichnet war. Lange Wartezeiten gab es schon vor der COVID-19-Pandemie, aber sie verschärften sich während dieser Zeit.

Laut den Interviewten seien die Kinder und Jugendlichen – soweit möglich – an andere Versorgende vermittelt worden. In einer Klinik gebe es zwar immer Wartelisten, doch könne bei der Therapieplatzvergabe nicht chronologisch vorgegangen werden. Vielmehr spiele der Schweregrad der Fälle und die Dringlichkeit der Anfragen eine entscheidende Rolle. In niedergelassenen Praxen seien die zeitliche Flexibilität der Patientinnen und Patienten und die Art der Diagnose ausschlaggebend.

8 Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölnerinnen und Kölner hochgerechnet. Hinweis: Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen betreffen „Störung des Sozialverhaltens" (F91) bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren sowie bei Mädchen zwischen 6 und 10 und zwischen 11 und 15 Jahren.

Zudem bestünde bei einer schweren Ausprägung der psychischen Störung die Möglichkeit, Therapiestunden in die Schulzeit zu legen. Bei einer leichteren Ausprägung stünde das in keinem angemessenen Verhältnis zu den in der Schule versäumten Inhalten. Insgesamt ergebe sich durch den hohen Bedarf an Psychotherapie das Problem, dass Kinder und Jugendliche mit einer niedrigeren Ausprägung des Schweregrads ihrer psychischen Störung nur eine geringe Chance auf einen Therapieplatz haben.

Interessant wäre an dieser Stelle, ob und wo sich diese Kinder und Jugendlichen bzw. die Angehörigen Hilfe außerhalb des Gesundheitssystems suchten und um wie viele Kinder und Jugendliche es sich dabei handelte. Andere Hilfequellen könnten prinzipiell im Bereich des privaten Umfeldes, bei (Sport-)Vereinen, in konfessionellen Einrichtungen oder im schulischen Umfeld liegen. Doch auch hier hat die COVID-19-Pandemie die Möglichkeiten für eine Teilnahme – gerade in den Phasen der Lockdowns – stark eingeschränkt.

Die interviewten Versorgenden äußerten mehrfach, dass die faktisch vorhandene Versorgung sowohl während als auch schon vor der Pandemie nicht ausreichend gewesen sei. Zudem habe es in einer Klinik vor der Pandemie immer wieder Perioden gegeben, in denen die Wartelisten besonders voll bzw. die Anzahl der Anfragen besonders hoch waren und andere, in denen die Anzahl der Anfragen eher gering war.

In solchen ruhigeren Phasen habe es in den Jahren vor der Pandemie auch mal die Möglichkeit gegeben, zusätzliche Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Während der COVID-19-Pandemie habe es solche ruhigeren Phasen nicht gegeben. Die Wartelisten seien durchgängig voll und die Anzahl der Anfragen fast durchgängig hoch gewesen.

Die Aussagen aus den Interviews lassen es sowohl für den Zeitraum vor als auch während der COVID-19-Pandemie nicht zu, eine allgemeingültige Wartezeit für alle Kinder und Jugendlichen zu berichten, da die Länge der Wartezeit auf einen Therapieplatz von diversen individuellen Faktoren abhängt. Die berichteten durchschnittlichen Wartezeiten für die Zeit während der COVID-19-Pandemie variieren in einer Klinik zwischen 3 und 6 Monaten und reichten in niedergelassenen Praxen von 3 Monaten bis zu 2 Jahren.

Zunahme des Schweregrads der psychischen Störung, erschwerte Versorgung und Compliance

Einschätzungen zum Schweregrad der psychischen Störungen konnten wir ausschließlich über die Interviews erlangen. In den Routinedaten sind nur die für die Krankenkassen kodierten Diagnosen enthalten, keine Ausprägung des Schweregrads. Ebenso fehlen in den Routinedaten Angaben über Schulabsentismus, da es sich dabei um keine psychische Störung handelt, sondern eher im Zusammenhang damit auftreten kann. Für Suizidalität gibt es zwar ICD-Codes in den Routinedaten (wie beispielsweise X84 »Absichtliche Selbstbeschädigung«), die allerdings selten in den Routinedaten vorkommen. Stattdessen wird Suizidalität häufig unter anderen psychischen Störungen gefasst und in F-Diagnosen mitgeführt.

Mehrere der interviewten Versorgenden schätzten ein, dass der Schweregrad der Erkrankungen während der Pandemie im Vergleich zum Zeitraum davor zugenommen habe. Die Versorgenden hätten dies zum Beispiel in einer häufigeren Suizidalität und einem längeren Schulabsentismus wahrgenommen:

»Wo wir früher vielleicht [Patientinnen und Patienten] früher gesehen haben, die drei Monate nicht zur Schule gegangen sind und dann kam die stationäre Aufnahme, gab es jetzt teilweise Phasen, wo [Patientinnen und Patienten] angemeldet wurden, die anderthalb Jahre nicht zur Schule gegangen sind, aber […] durchgerutscht sind durch das System.«

Versorgende berichteten weiter, dass sie die Anfragen während der COVID-19-Pandemie als dringlicher und Eltern als besorgter wahrgenommen hätten. Mehr Patientinnen und Patienten seien als akuter Notfall stationär aufgenommen worden, es sei oft keine Zeit für eine strukturierte Anmeldung in der Klinik geblieben. Auch sei die Kommunikation zwischen Klinik und der prä- und poststationären ambulanten Behandlung während der COVID-19-Pandemie erschwert gewesen.

Die erschwerte Kommunikation habe dazu geführt, dass Kinder und Jugendliche vor einer Aufnahme in die Klinik häufig noch kein Bild davon gehabt hätten, was sie auf der Station erwartete. Versorgende berichteten in diesem Zusammenhang von einer erhöhten Abbruchquote von Klinikaufenthalten in dieser Zeit. Diese könne auch damit in Verbindung gebracht werden, dass die Diagnostik während der Pandemie erschwert gewesen sei. Zum einen, weil Termine in Präsenz nur eingeschränkt möglich gewesen seien. Zum anderen hätte das Maskentragen die Beurteilung der Mimik von Patientinnen und Patienten teilweise erschwert:

»Da hatte man dann nochmal ein anderes Bild, als wenn man per Video die Kinder ab und zu mal durchs Bild wuseln sieht. Und das hat es für uns deutlich erschwert, die Kinder gut einzuschätzen und zu wissen, was kommt da eigentlich auf uns zu? Das hat vielleicht auch noch mal bewirkt, dass wir […] in der Coronapandemie-Zeit eine erhöhte [Abbruchquote] hatten, was wir vorher nicht hatten.«

Problematisch sei auch gewesen, dass vor der Pandemie erreichte Behandlungsfortschritte während dieser Zeit oft stagniert hätten oder Symptome sich sogar verschlechtert hätten. Dadurch hätten manche Patientinnen und Patienten, die ihre Therapie eigentlich abgeschlossen hatten, erneut eine Therapie beginnen müssen. Das sei besonders dadurch zustande gekommen, dass die in der Therapie erarbeitete Tagesstruktur während der COVID-19-Pandemie nicht hätte fortgeführt werden können und Patientinnen und Patienten in alte Muster zurückgefallen seien. Zudem hätten die Belastungen durch die COVID-19-Pandemie neue Probleme und Themen ergeben:

»[Die COVID-19-Pandemie] hat inhaltlich natürlich einen großen Raum eingenommen im therapeutischen Miteinander. Sowohl, dass es so vorbestehende Probleme in der Familie pointiert hat. Und es hat vor allen Dingen sehr viele Ängste mobilisiert […]. Und hat sehr dominiert […], sodass […] viele andere Themen […] zurückgetreten sind.«

Somit hätten Behandlungen vieler Patientinnen und Patienten, die eigentlich bereits weit fortgeschritten waren, während der COVID-19-Pandemie verlängert werden müssen. Das habe sich auch auf längere Wartezeiten für neue Patientinnen und Patienten ausgewirkt.

Ad-hoc-Maßnahmen der Versorgenden

In den Interviews wurde geschildert, dass der Versorgungsalltag an verschiedenen Stellen angepasst worden sei, um den veränderten Anforderungen (hinsichtlich höherer Dringlichkeit der Fälle, Umsetzung der Hygienemaßnahmen etc.) durch die Pandemie Rechnung zu tragen. So wurde von Maßnahmen in Kliniken berichtet, dass zum einen die Bettenzahl aufgestockt und zum anderen die Stationen notfalls zeitweise auch überbelegt worden seien. Besonders im Bereich der Essstörungen habe sich die Notwendigkeit ergeben, eine Station aufgrund des dringenden Bedarfs auszuweiten:

Durch welche ergänzenden Methoden können Lücken in einem Datenbestand geschlossen werden?
Im Verlauf der wissenschaftlichen Arbeit bestätigte sich die Vermutung, dass wesentliche Auswirkungen der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Abrechnungsdaten (noch) nicht gut abgebildet wurden. Neben den schon beschriebenen Einschränkungen hinsichtlich des Versorgungsangebots spielte dabei der zeitliche Verzug eine große Rolle, mit dem diese Daten in der Regel für die Forschung zur Verfügung stehen. Die Auswertungen wurden im Frühjahr/Sommer 2023 durchgeführt; zu diesem Zeitpunkt standen die Daten bis einschließlich 2021 zur Verfügung. Die Daten für 2022 waren noch nicht verfügbar. In der Regel ist von einem zeitlichen Verzug von 9 Monaten auszugehen. Auch hierfür boten die durch die Interviews erhobenen Informationen eine wichtige, komplementäre und aktuellere zweite Datenquelle.

»Im Essstörungs[bereich] […] sehen wir auch […] riesig hohen Bedarf, da bräuchten wir fast noch mehr Plätze. Ist natürlich schade, dass es jetzt auch zulasten von der allgemeinen Versorgung erstmal umgesetzt wurde. Also wir haben ein paar Plätze mehr […] hier im Haus, aber wir könnten immer noch mehr gebrauchen. […] Das […] hat sich durch die Pandemie eben noch mal deutlich befeuert […].«

Auch hätten die Stationen gemeinsame Wartelisten eingeführt, um eine schnellere Versorgung gewährleisten zu können. Die Versorgenden selbst hätten versucht durch weniger Pausen und längere Arbeitstage eine intensivere Behandlung für mehr Patientinnen und Patienten zu ermöglichen. Unabhängig von der COVID-19-Pandemie habe sich im klinischen Bereich schon im Vorfeld das Problem des Personalmangels abgezeichnet. Hinzu seien dann noch krankheitsbedingte und durch Quarantäne bedingte Personalausfälle gekommen. Damit einhergegangen sei, dass die Aufnahme von mehreren hoch expansiven Patientinnen und Patienten (mit nach außen gerichteten Verhaltensauffälligkeiten) zeitweise nicht möglich gewesen sei:

»Da hatten wir […] die Situation, dass wir viele auf der Warteliste hatten, die hoch expansiv waren, die wir nicht aufnehmen konnten aufgrund unserer Personalsituation und die dadurch sehr lange gewartet haben und jetzt natürlich nicht mehr kommen wollen oder zu alt sind, dass wir sie aufnehmen können.«

Auch in den niedergelassenen Praxen etablierten die Versorgenden verschiedene Methoden, um mehr Patientinnen und Patienten aufnehmen und behandeln zu können. In Ermangelung stationärer Therapieplätze wurde versucht, Patientinnen und Patienten ambulant zu behandeln, obwohl sie stationär hätten aufgenommen werden müssen.

Beispielsweise sei in einer Praxis die Therapiefrequenz der Patientinnen und Patienten von einer wöchentlichen Therapiestunde auf alle zwei Wochen geändert worden, um mehr Patientinnen und Patienten eine Therapie anbieten zu können. Zudem sei im Laufe der Pandemie vermehrt Psychotherapie per Videokommunikation eingeführt worden, wodurch Quarantäne-bedingten Ausfällen von Vorort-Terminen zum Teil hätte vorgebeugt werden können. Ebenso sei durch das Homeschooling die Terminierung der Therapiestunden leichter gewesen.

Besonders für Ende 2021 wurde ein hoher Bedarf an Psychotherapie berichtet. Darauf hätten die Versorgenden zum Beispiel mit einem vermehrten Angebot an Gruppentherapie reagiert. Aus dem erhöhten Bedarf und besonders aus den schwereren Fällen habe sich für die Versorgenden eine erhöhte Arbeitslast ergeben. Daraus sei eine besondere Notwendigkeit für mehr Supervisionen (externe Beratung für Teams von Versorgenden) und Intervisionen (Beratung unter Kolleginnen und Kollegen) entstanden.

Handlungsempfehlungen

Die hier präsentierten Auswertungen legen nahe, dass sich die COVID-19-Pandemie auf unterschiedliche Weise auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt hat und weiter auswirken wird. Daraus folgt, dass sowohl die Versorgungssysteme des Gesundheitswesens als auch Schulen, Vereine, die Familien und die Kinder und Jugendlichen selbst länger anhaltend gefordert waren (und zum Teil bis heute sind), um die psychischen Folgen der Pandemie zu bewältigen.

Untersuchungen der AOK Rheinland/Hamburg (Collong et al., 2023) sowie der DAK Gesundheit (Witte et al., 2022b) zu diesem Thema fokussieren auf die Situation in NRW. Beide Berichte deuten auf eine Verschlechterung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung hin. So berichtete die AOK Rheinland/Hamburg beispielsweise von einer Steigerung im Bereich der Sprachentwicklungsstörungen mit wiederholter ärztlicher Dokumentation um 10 % unter allen Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren (Collong et al., 2023). Im Bereich der Essstörungen berichtete die DAK Gesundheit für Nordrhein-Westfalen von einer Steigerung um 54 % in der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren von 2019 bis 2021 (Witte et al., 2022b).

Während sich der Handlungsbedarf unmittelbar aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen (beispielsweise den Trends in der Entwicklung psychischer Störungen von 2018 bis 2021) ableiten lässt, bedarf die Entwicklung und Umsetzung konkreter Maßnahmen weiterer Schritte. Die folgenden Handlungsempfehlungen für den Versorgungsbericht wurden in Zusammenarbeit mit dem Beirat der CoRe-Dat Datenbank bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK und Pronova BKK) sowie den Mitgliedern des Beirats der Versorgungsberichte entwickelt. Die Handlungsempfehlungen sollen hier weniger als Vorgaben, sondern als Grundlage für weitergehende Diskussionen und Entscheidungen betrachtet werden.

Fokus auf verstärkte Probleme, aber bestehende Probleme nicht aus dem Blick verlieren
Die Auswertungen der Krankenkassendaten der Kölnerinnen und Kölner zeigen, dass es psychische Störungen gibt, die seit der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen haben. Hier sind v. a. Verhaltens- und emotionale Störungen bei Mädchen zwischen 11 und 19 Jahren zu nennen. Die Behandlung dieser psychischen Störungen benötigt auch nach Ende der Pandemie verstärkte Aufmerksamkeit. Aus den Interviews wissen wir, dass viele Patientinnen und Patienten, bei denen die Pandemie als Auslöser oder Katalysator für psychische Störungen anzunehmen ist, erst verzögert Versorgungsangebote nachgefragt haben. Die Versorgenden sprachen hier von Zeiträumen, die über unsere Analyse hinausgingen; daher sind zukünftig steigende Prävalenzen sowie Inzidenzen psychischer Störungen möglich.

Bei der Analyse der Trends fielen Diagnosen auf, die bereits vor der Pandemie ein wachsendes Problem darstellten. Dazu gehörten u. a. Adipositas und Entwicklungsstörungen. Diese fortbestehenden Trends sollten nicht vernachlässigt oder als weniger gravierend angesehen werden. Eine mögliche Reaktion darauf wäre, das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen auf das Erkennen von diesen Erkrankungen zu schulen und Präventionsmaßnahmen

zur Vorbeugung in Kinder- und Jugendeinrichtungen einzuführen, die auch im familiären Umfeld übernommen werden können.

Vorsicht vor der Dunkelziffer

Bei bestimmten Diagnosen wie der Störung des Sozialverhaltens kann ein Rückgang der Fälle während der Pandemie auch ein Hinweis auf eine wachsende Dunkelziffer sein. Auch aus den Interviews mit Versorgenden schließen wir, dass eine große Zahl von Betroffenen entweder erst später auf eine Warteliste gesetzt wurden oder längere Zeit auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz waren. Da es kein übergreifendes Verfahren gab, um den Bedarf für Therapieplätze für die Stadt und das Umland zu erfassen, lässt sich ihre Zahl nicht genau beziffern und mit dem Versorgungsangebot abgleichen.

Das wäre jedoch grundsätzlich wichtig, um Politik, Krankenkassen und Selbstverwaltung über tatsächliche Bedarfe informieren zu können. Neben der Erfassung der Zahl an Kindern und Jugendlichen, die auf einen Therapieplatz warten, wären auch weitere Informationen hilfreich (Wohnort, Geschlecht und Alter, Art der [vermuteten] psychischen Störung etc.), um niedrigschwellige Hilfsangebote zielgruppengerecht und an zugangsnahen Orten anbieten zu können.

Auch regional genauer aufgeschlüsselte Daten können nicht alle Fälle abbilden. Als Dunkelziffer bleiben unentdeckte Fälle, die in der Abb. 3 der Versorgung die unterste Gruppe darstellen. Es ist denkbar, dass die Dunkelziffer während der COVID-19-Pandemie angestiegen ist. Das gilt insbesondere in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen, da Schuleingangsuntersuchungen weggefallen waren. Das Homeschooling erschwerte es Lehrkräften außerdem, Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern beobachten zu können. Fehlende soziale Interaktionen können zusätzlich Störungen des Sozialverhaltens begünstigt haben.

Subsidiäre regionale Präventionsstrukturen stärken

Eine Möglichkeit, dem zu begegnen, liegt in einer besseren Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen (Familie, Freundinnen und Freunde sowie Schule, Kindergarten, Vereine etc.). Das Konzept der Caring Community (www.caringcommunity.koeln) wird in Köln bereits erfolgreich im Bereich der Versorgung am Lebensende eingesetzt. Das Konzept ist mit entsprechenden Anpassungen auch auf den Bereich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen übertragbar. Kernelemente sind – neben der Kooperation und Kommunikation – Information, Schulung und Unterstützung.

Menschen aus dem sozialen Umfeld von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen benötigen zunächst zielgruppengerechte Informationen, insbesondere zu möglichen Auslösern und ersten Anzeichen von psychischen Problemen. Ebenso wichtig ist es, dass diese Menschen im Bedarfsfall wissen, an wen sie sich wenden können und wo sie Unterstützungsangebote in der Nähe finden. Schulungen zur Früherkennung und niedrigschwellige Interventionsmaßnahmen können sich an Lehrkräfte, Eltern, Trainerinnen und Trainer in Vereinen und ähnliche Personengruppen richten. Ein Beispiel hierfür wären Peers (angelernte und supervidierte Gleichaltrige). Neben kontinuierlicher Fortbildung sind hier Konzepte im Sinne der Supervision notwendig, mit denen Helfende ihrerseits Unterstützung bekommen können.

Eine entscheidende Frage werfen die notwendigen Ressourcen auf. Eine Möglichkeit, dem Bedarf zu begegnen, könnte darin liegen, mehr Geld über die Versorgungssysteme, die Kommunen oder das Land bereitzustellen. Wegen konkurrierender Ansprüche an die öffentlichen Haushalte ist aber fraglich, ob das ausreichend sein wird.

Das Konzept der Caring Community bietet die Möglichkeit, die existierenden Ressourcen inner- und außerhalb der Versorgungssysteme subsidiär zu nutzen. Es geht um die Fachkompetenz professioneller Versorgender auf der einen und die zeitlichen Ressourcen sowie die Unterstützungsbereitschaft des sozialen Umfelds auf der anderen Seite. Notwendig dafür sind klare Strukturen und Abstimmungen: Wer ist für welche Bereiche der Versorgung zuständig? Welche Hilfe und Unterstützung können in Anspruch genommen werden?

Verbesserung der Kommunikation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Die Interviews mit Versorgenden weisen darauf hin, dass die Kommunikation zwischen Kliniken und ambulant tätigen Versorgenden vor und nach einem Klinikaufenthalt nicht ausreichend war. Dabei geht es unter anderem um die verfügbaren zeitlichen Ressourcen zur Vor- und Nachbereitung eines stationären Aufenthaltes innerhalb einer Klinik, aber auch um die erfolgreiche Weiterführung der stationären Therapie im ambulanten Bereich, wofür es Absprachen benötigt. Auch hätten Patientinnen und Patienten dabei stärker einbezogen werden sollen.

Dazu zählte eine bessere Vorbereitung von Patientinnen und Patienten auf einen stationären Aufenthalt in einer Klinik. Bei einer Überweisung aus einer ambulanten in eine stationäre Therapie könnten ambulante Therapeutinnen und Therapeuten bereits frühzeitig informieren, wie der Aufenthalt ablaufen wird. So kann ein verbessertes Erwartungsmanagement helfen, Therapieabbrüche zu vermeiden. Nach einer stationären Behandlung kann insbesondere eine gute Kommunikationsstruktur zwischen stationär und ambulant Versorgenden dabei helfen, nachhaltig an Therapieerfolge anzuknüpfen. Mit dieser Kommunikationsstruktur könnte sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche nach einer stationären Behandlung weiterbehandelt werden. Sowohl den Kliniken als auch den überweisenden Ärztinnen und Ärzte kommt dabei eine tragende Rolle zu.

Austausch von Versorgenden stärken

Versorgende haben in den Interviews von einem gestiegenen Bedarf während der COVID-19-Pandemie berichtet. Sie schilderten ganz unterschiedliche Lösungen, die sie daraufhin entwickelt und umgesetzt haben, wie beispielsweise die Verlängerung von zeitlichen Abständen zwischen Sitzungen einzelner Patientinnen und Patienten und das Angebot von Online-Sprechstunden.

Um das Potenzial der individuell entwickelten Lösungsansätze in die Fläche zu tragen, sollte der Austausch zwischen Versorgenden (nicht nur) in Köln gefördert und organisiert werden. Welche Strategien haben funktioniert, welche nicht? Welche ließen sich auch in Zukunft umsetzen? Welche Ideen gibt es, die noch keiner breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt wurden? Welche vorbereitenden Schritte sind nötig, um geeignete Strategien umzusetzen?

Eine Austauschplattform – Online und/oder in Form von persönlichen Treffen – ließe sich mit geringem Aufwand realisieren. Regionale Vertreterinnen und Vertreter von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen sollten dabei eingebunden sein, um die Machbarkeit von Ideen einzuschätzen bzw. notwendige Änderungen in Vergütungssystemen frühzeitig auf den Weg zu bringen. Ombudspersonen (unabhängige Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner) des Bundesverbands der Kinder und Jugendlichen (BVKJ) sind als weitere wertvolle Austauschpartner zu nennen.

Gespräche mit dem Beirat in Köln haben gezeigt, dass das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von vielen Akteurinnen und Akteuren nach wie vor als sehr wichtig eingestuft wird. Viele wünschen sich Veränderungen und haben Vorschläge dazu, wie diese aussehen

Wie kann ich aus Daten Maßnahmen ableiten, die eine Chance haben, praktisch umgesetzt zu werden?

In vielerlei Hinsicht stellen die Handlungsempfehlungen den Kern der Leistung des Versorgungsberichts im Sinne eines Beitrages zu einem lernenden Gesundheitssystem dar. Sie sind zum einen der erste Schritt im nächsten Abschnitt des Zyklus, der in Abb. 2 dargestellt ist. Denn sie übersetzen die Ergebnisse der Gap-Analyse aus Versorgungsbedarf und -angebot in eine Planung dessen, was gemacht werden muss, um die Versorgungssituation zu verbessern (knowledge to performance, K2P, siehe Abb. 1).

Die Handlungsempfehlungen stellen außerdem keine vorwiegend wissenschaftliche Leistung im Sinne der Auswertung der Daten dar. Sie sind das Ergebnis eines Co-Design-Prozesses mit Akteurinnen und Akteuren, die mit der unmittelbaren Versorgung bzw. der Versorgungsplanung befasst sind. Dies kann gesehen werden als eine weitere Anreicherung der Daten um Aspekte der Alltagserfahrung, der Machbarkeit, aber auch der Kenntnis weiterer Faktoren, die über die verwendeten Datenquellen nicht abgedeckt werden konnten. Mit anderen Worten wäre ein solcher Übersetzungsschritt allein auf Grundlage von Daten nicht sinnvoll durchführbar.

könnten. Was benötigt wird, sind Formate für einen geregelten Austausch, um diese Veränderungen abstimmen, planen und umsetzen zu können. Die Vernetzung auf lokalen Gesundheitskonferenzen wäre eine mögliche Form dafür, die sich auch mit vergleichsweise geringem Aufwand kurzfristig umsetzen ließe.

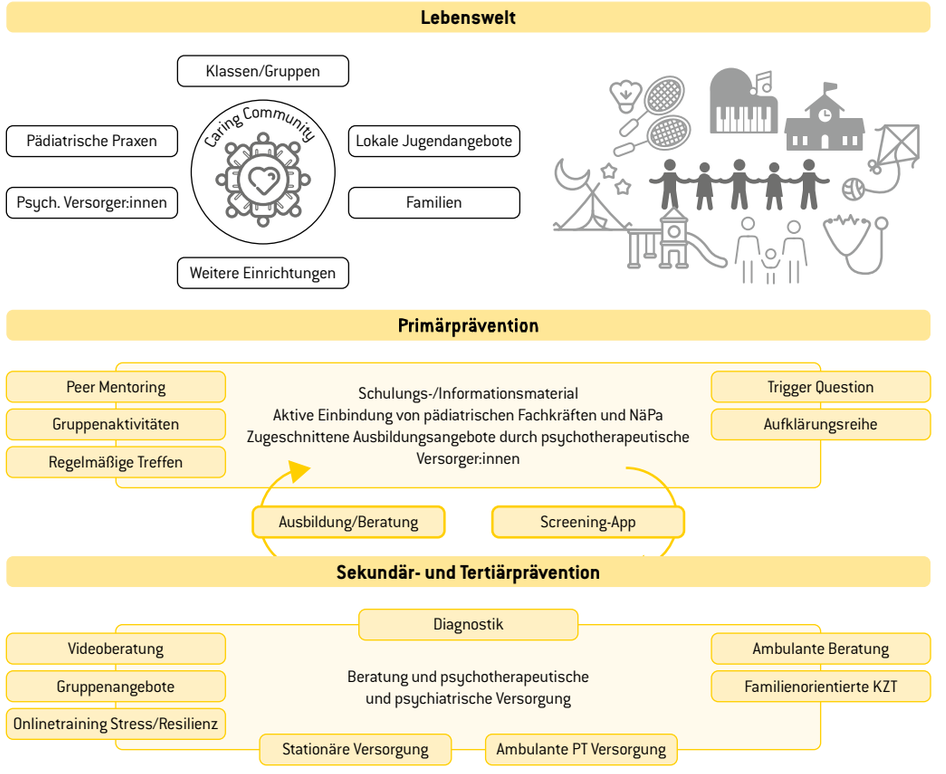
Idee und Ziele des Versorgungsberichts verstetigen

Der vorgestellte Versorgungsbericht lieferte Daten, die ein ungefähres Bild der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit mentalen Erkrankungen unter Corona zeichnen. Über die Handlungsempfehlungen konnten mehrere konkrete Maßnahmen in Abstimmung mit wesentlichen Kölner Akteurinnen und Akteuren entwickelt werden. Der Bericht war aber zunächst eine einmalige Angelegenheit ohne konkret geplante Fortsetzung. Von daher erfüllt er selbst nicht die Anforderungen eines lernenden Gesundheitssystems im Sinne eines kontinuierlichen, sich selbst optimierenden Prozesses.

Vor diesem Hintergrund entstand im Nachgang zur Veröffentlichung des Berichts ein weiterer Austausch zwischen Wissenschaft und Praxis mit dem Ziel, konkrete Maßnahmen für eine Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Köln umzusetzen. Auch an anderen Stellen in der Stadt kam es zu ähnlichen Bestrebungen. Diese sind in verschiedenen Formen bis heute aktiv und können als Ansinnen gesehen werden, das Konzept des lernenden Gesundheitssystems für diesen Versorgungsbereich aktiv zu halten.

Als Zusammenarbeit der PMV forschungsgruppe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Köln mit der Gesundheitsregion Köln-Bonn e.V. wurde das Versorgungsmodell BALANCE entwickelt (siehe Abb. 8), das die vorhandenen Strukturen enger miteinander verzahnen und aufeinander ausrichten möchte. Ausgangspunkt ist die als caring community bezeichnete Gruppe von Menschen und Einrichtungen, die die Lebenswelt der betroffenen Kinder und Jugendlichen repräsentiert: Schulen, Vereine, Jugendangebote, Familien, Gesundheitsversorgung und weitere.

Das BALANCE Konzept



» Abb. 8: Das BALANCE Konzept (eigene Darstellung)

Aktiver Kern des Konzepts sind verschiedene Maßnahmen der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, wie in der Abbildung dargestellt. Das Ziel dieser Maßnahmen ist es einerseits, Kinder und Jugendliche mit sich entwickelnden psychischen Problemen früh zu entdecken und zu unterstützen. Zum anderen soll die Resilienz der Kinder selbst, ihrer Peers (in Schulen, Vereinen etc.) und ihrer Familien gestärkt werden.

Im Sinne des lernenden Gesundheitswesens ist die Sammlung und Nutzbarmachung von Daten als integraler Bestandteil vorgesehen, so dass BALANCE kontinuierlich am Bedarf ausgerichtet und verbessert werden kann.

Literatur

De Bock, F., Dietrich, M. & Rehfuess, E. (2022): Evidenzbasierte Prävention und Gesundheitsförderung 1: Verständnis. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. BZgA (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i017-1.0

Bodenheimer, T. & Sinsky, C. (2014): From triple to quadruple aim: Care of the patient requires care of the provider. Annals of Family Medicine, 12(6), 573–576. https://doi.org/10.1370/afm.1713

Bohl C., Karnaki. P., Cheli S., Fornes Romero. G., Glavak Tkalić, R., Papadopoulos. E., Schaefer. M. & Berth. H. (2023): Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Coronazeit. Prävention und Gesundheitsförderung, 18(2), 182–188. https://doi.org/10.1007/s11553-022-00946-0

Collong, M., Dortmann, O., Peters, M. & Stoy, V. (2023): Gesundheits-Report 2023. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg. AOK Rheinland-Hamburg (Hrsg.). Zugriff am 15.06.2023 unter www.aok.de/pk/cl/fileadmin/user_upload/AOK-Rheinland-Hamburg/07-Presse/Dokumente/Berichte_Studien/Gesundheitsreport-2023-.pdf

Friedman, C. P., Rubin, J. C. & Sullivan, K. J. (2017): Toward an information infrastructure for global health improvement. Yearbook of Medical Informatics, 26(1), 16–23. https://doi.org/10.15265/IY-2017-004

Hartung, S. & Rosenbrock, R. (2022): Public Health Action Cycle/Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0

Koch, S., Hägglund, M. & Scandurra, I. (2014): Informatics and socio-technical challenges when designing solutions for integrated ecare. In I. Meyer, S. Müller & L. Kubitschke (Eds.). Achieving effective integrated e-care beyond the silos (pp. 108–134). IGI Global Scientific Publishing https://doi.org/10.4018/978-1-4666-6138-7.ch006

Mangiapane, S., Zhu, L. & Schulz, M. (2021): Ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Früherkennung und Impfungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64(12), 1.551–1.558. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03444-4

Matz, K., Pietrek, C. & Rockstroh, B. (2010): Stress in der Kindheit sensitiviert für Stress im Erwachsenenalter. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 39(1), 45–55. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000013

Medicine Institute of America, Committee on the Learning Health Care System (2013): Best care at lower cost. The path to continuously learning health care in America. National Academies Press. https://doi.org/10.17226/13444

Porter, M. E. (2006): Redefining health care. Creating value-based competition on results. Harvard Business Review Press.

Schubert, I., Ihle, P. & Köster, I. (2010): Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. Gesundheitswesen, 72(6), 316–322. https://doi.org/10.1055/s-0030-1249688

Schubert, I., Siegel, A., Graf, E., Farin-Glattacker, E., Köster, I., Stelzer, D., Mehl, C., Schmitz, J., Dröge, P., Günster, C., Klöss, A., Vach, W. & Geraedts, M. (2019): Study protocol for a quasi-experimental claims-based study evaluating 10-year results of the population-based integrated healthcare model »Gesundes Kinzigtal« (Healthy Kinzigtal): The INTEGRAL study. BMJ Open, 9(1), e025945. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025945

Voltz, R., Dust, G., Schippel, N., Hamacher, S., Payne, S., Scholten, N., Pfaff, H., Rietz, C. & Strupp, J. (2020): Improving regional care in the last year of life by setting up a pragmatic evidence-based plan-do-study-act cycle: results from a cross-sectional survey. BMJ Open, 10(11), e035988. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035988

Witte, J., Zeitler, A., Batram, M., Diekmannshemke, J. & Hasemann, L. (2022a): Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. DAK Gesundheit (Hrsg.). Zugriff am 15.06.2023 unter www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/kinder-und-jugendreport-2022_27552

Witte, J., Zeitler, A., Batram, M., Diekmannshemke, J. & Hasemann, L. (2022b): Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie in Nordrhein-Westfalen. DAK Gesundheit (Hrsg.). Zugriff am 15.06.2025 unter https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/27598/data/b9355368dbe5c874afff5ceda77fb549/dak-kjr22-report-nordrhein-westfalen.pdf

02.3 Alkohol, Abhängigkeit und Stigmatisierung

Claudia Helmert, Johanna Leona Kummetat, Georg Schomerus, Sven Speeforck und die AG Psychiatrie und Gesellschaft der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig und der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Alkoholerkrankungen gehören wie Depressionen oder Schizophrenie zur Gruppe psychischer Erkrankungen. Das ist wichtig zu erwähnen, da Menschen mit Suchterkrankungen häufig nicht als psychisch krank wahrgenommen werden (Schomerus et al., 2011). Diese Fehlwahrnehmung ist ein erster Hinweis darauf, dass Menschen mit Suchterkrankungen Stigmatisierung erfahren. So bewegt sich Alkoholkonsum in einem gesellschaftlichen Spannungsfeld zwischen scheinbar unverzichtbarem Genuss, verbunden mit Gemeinschaftsgefühl und Sozialprestige. So ist etwa Rausch Teil von Ritualen etwa bei Hochzeiten. Obgleich solche Rituale eher Außeralltägliches feiern, sind alkoholische Getränke in Supermärkten, Bars, etc. jederzeit zugänglich, werden beworben und sind so auch im Alltag präsent. Auf der anderen Seite des Spannungsfeldes steht die Markierung und Entwertung ganzer Menschengruppen aufgrund eines nicht (mehr) akzeptierten Konsumverhaltens (Morris et al., 2022).

Stigmatisierung ist ein Prozess, den es zu verstehen gilt, um eine Barriere zu überwinden, sich bei Suchterkrankungen Hilfe zu suchen und in Anspruch zu nehmen.

Hintergrund: Alkoholkonsum in Deutschland

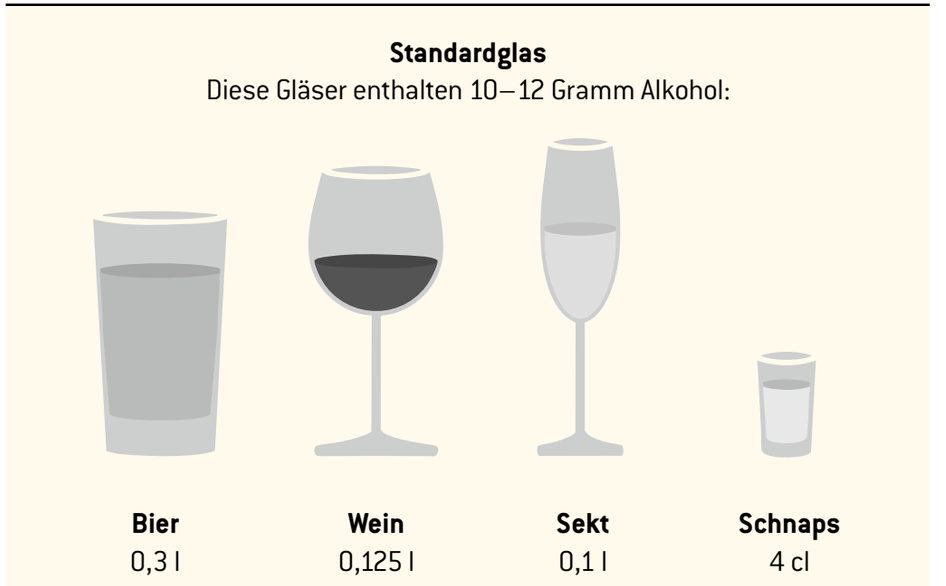
Beschaffung, Besitz und Gebrauch von Alkohol sind in Deutschland im Gegensatz zu anderen psychoaktiven Substanzen legal. Es besteht eine weit verbreitete unkritisch positive Einstellung zu Alkohol (Schaller et al., 2022): Annahmen etwa, dass der Konsum eines Glases Wein am Abend gut für das Herz sei, stehen im Widerspruch zu wissenschaftlichen Befunden, die zeigen, dass Alkohol Herzerkrankungen begünstigt (Csengeri et al., 2021). Es ist bekannt, dass auch geringe Mengen an getrunkenem Alkohol Auswirkungen auf die Gesundheit haben und damit das Risiko für beispielsweise Krebs, Leber- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zunimmt (Manthey et al., 2022; WMA, 2023). Trotz des erhöhten Risikos für verschiedene chronische Erkrankungen durch Alkoholkonsum (Rehm et al., 2017), seiner sozialen Folgen wie partnerschaftliche Gewalt oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz sowie der erhöhten Unfallgefahr (Statistisches Bundesamt, 2021), wird insbesondere in europäischen Ländern im globalen Vergleich überdurchschnittlich viel Alkohol konsumiert. So trinkt in Deutschland jede Person über 15 Jahren etwa zehn Liter reinen Alkohol pro Jahr (DHS, 2024). Dieser Pro-Kopf-Konsum ist trotz eines insgesamt rückläufigen Trends der Konsummenge nach wie vor einer der höchsten in Europa. Dabei ist Bier das meistkonsumierte Getränk in Deutschland, gefolgt von Wein und Spirituosen (WHO, 2019). 36,1 Millionen erwachsene Personen in Deutschland tranken im der Befragung vorausgegangenen Monat Alkohol, was einer Prävalenz von 70,5 % entspricht (Schaller et al., 2022).

Eine Trinkeinheit von 10 bis 12 Gramm Reinalkohol entspricht in etwa 0,33 l Bier, 0,125 l Wein, 0,1 l Schaumwein oder 4 cl Schnaps. Nach aktueller Definition des ICD-10, der internationalen statistischen Klassifikation von Krankheiten, wird unter riskantem Konsum Rauschtrinken (mehr als 6 Trinkeinheiten pro Konsumtag) oder ein Konsum von mehr als 24 g Reinalkohol pro Tag für Männer und mehr als 12 g Reinalkohol pro Tag für Frauen (vgl. Abb. 1) verstanden. Von einer schwerer Alkoholkonsumstörung ist bei einem Konsum ab 60 g pro Tag (Frauen) bzw. ab 90 g pro Tag (Männer) auszugehen.

Während der Konsum bei Jugendlichen im Alter von 12–17 Jahren in den vergangenen Jahren einen rückläufigen Trend zeigt, ist der durchschnittliche Alkoholkonsum bei jungen Erwachsenen (18–29 Jahre) am höchsten und nimmt in höheren Altersgruppen ab.

Insgesamt konsumieren Männer mehr und häufiger als Frauen. 14,8 % der Männer und 7,8 % der Frauen trinken mindestens einmal pro Woche Alkohol (Rauschert et al., 2022). Dabei wird bei knapp 8 Millionen der in Deutschland lebenden Erwachsenen von einem riskanten Konsum ausgegangen (Burger & Mensink, 2003). Insgesamt drei Millionen Deutsche erfüllten im Jahr 2018 die Kriterien für eine alkoholbezogene Störung: Schädlicher Gebrauch, das heißt Alkoholkonsum, der zu körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsschäden geführt hat (Dilling et al., 2019) lag bei 1,4 Millionen Personen vor, eine Alkoholabhängigkeit bei 1,6 Millionen Personen (Atzendorf et al., 2019).

Referenzmengen alkoholischer Getränke



» Abb. 1: Referenzmengen alkoholischer Getränke (Quelle: www.kenn-dein-limit.de, 2024)

Um von einer Alkoholabhängigkeit zu sprechen, müssen laut ICD-10 zum einen wiederholter Alkoholkonsum vorliegen sowie zum anderen drei oder mehr der folgenden Diagnosekriterien erfüllt sein:

- Starker Wunsch oder Zwang zum Alkoholkonsum
- Schwierigkeiten, den Konsum hinsichtlich Beginn, Beendigung und Menge zu kontrollieren
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Alkoholkonsums
- Toleranzentwicklung gegenüber der Wirkung von Alkohol (um den gewünschten Effekt zu erreichen, müssen größere Mengen konsumiert werden, bzw. treten bei Konsum der gleichen Menge geringere Effekte auf)
- Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen wegen des Substanzgebrauchs
- Anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen

Die Rolle von Suchterkrankungen in der Gesundheitsversorgung

Der Konsum von Alkohol ist ein weitgehend unterschätztes öffentliches Gesundheitsrisiko. Die aktuelle S-3 Leitlinie für »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen« (Kiefer et al., 2021) empfiehlt frühe allgemeinärztliche Routineuntersuchungen und Kurz-Interventionen bei riskantem Alkoholkonsum, um gesundheitlichen und sozialen Folgeschäden frühzeitig zu begegnen. Dass 62.000 Todesfälle in Deutschland allein im Jahr 2016 auf eine Todesursache im Zusammenhang mit Alkohol zurückzuführen waren (Schaller et al., 2022), unterstreicht die Dringlichkeit, Alkoholkonsum als ein Public Health-Thema ernst zu nehmen.

Behandlungsangebote erreichen bisher nur etwa 10 % der Betroffenen (Rehm et al., 2014). Auch in einer Erhebung in Bremen spiegelt sich diese Versorgungslücke wider: Hier erhielten lediglich etwa 14 % der Personen mit schwerer Alkoholabhängigkeit eine stationäre Entzugsbehandlung (Manthey et al., 2020).

Der ökonomische Schaden durch anhaltend hohen Alkoholkonsum zeigt sich in enormen direkten Kosten, etwa durch Krankheits-, Pflege- und Rehabilitationskosten, Unfälle, sowie indirekten Kosten, etwa durch Mortalität oder Erwerbsausfall. Er beträgt jährlich rund 57 Milliarden Euro, das sind ca. 1,6 % des deutschen Bruttoinlandsprodukts (Konnopka & König, 2007; Schaller et al., 2022).

Die Behandlungskosten liegen mit mehr als 30 Milliarden Euro pro Jahr im europäischen Vergleich an der Spitze aller durch psychische Störungen verursachten Kosten (Konnopka & König, 2007). Damit geht ein hoher Bedarf an frühen Interventionen einher (Kaner et al., 2018). Trotz der hohen Relevanz bedarfsorientierter und früher Interventionen kommen Menschen mit Suchterkrankungen häufig erst mit Zuspitzung der Problematik oder gar nicht in Kontakt mit Unterstützungsangeboten.

Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung

Suchterkrankungen treten häufig gemeinsam mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen auf. Im Vergleich zu somatischen oder anderen psychischen Erkrankungen werden Personen mit Suchterkrankungen in der Gesundheitsversorgung aufgrund verschiedener Hürden oftmals gar nicht erst durch Behandlungsangebote erreicht (Alonso et al., 2004). Zum einen können Vorbehalte des Fachpersonals ein Hindernis darstellen (Schomerus et al., 2022; Speerforck & Schomerus, 2022), etwa, wenn angenommen wird, Betroffene sind selbst Schuld an ihren Problemen oder wenn ihnen nicht zugesprochen wird, dass sie an sich arbeiten könnten. Zum anderen stehen strukturelle Besonderheiten der Gesundheitsversorgung dem entgegen, beispielsweise die Forderung, nach zwölf Therapiesitzungen abstinent zu sein, um eine ambulante Psychotherapie über die gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können (Körkel, 2023).

Abhängigkeitserkrankungen gehen oft mit Begleitproblemen einher, die ein integratives therapeutisches Vorgehen verlangen. Somit kann eine Verbesserung der Behandlungsrate nicht nur zu einer wesentlichen Reduktion der vorzeitigen alkohol-attribuierten Sterblichkeitsrate beitragen, sondern auch zur Linderung von Begleitproblemen einer Abhängigkeitserkrankung (Rehm et al., 2013).

Eine 2001, 2011 und 2020 durchgeführte repräsentative Erhebung in Deutschland fragte die Teilnehmenden: »Bitte nennen Sie die drei Bedingungen, unter denen Ihrer Meinung nach die Mittel für die Gesundheitsversorgung auf keinen Fall gekürzt werden sollten.« (Schomerus et al., 2021). Die Antworten darauf zeigen, dass seit Beginn der Umfragen Alkoholkonsumerkrankungen (verglichen mit Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depression, Aids, Alzheimer, Schizophrenie und Rheuma) stets schlecht abschneiden: Weniger als 10 % der Befragten gaben 2020 an, dass die Ressourcen für die Behandlung von Alkoholkonsumerkrankungen nicht gekürzt werden sollten (Schomerus et al., 2021).

Bemerkenswert ist, dass Depressionen im Verlauf der letzten Dekaden deutlich mehr öffentliche Anerkennung als ernstzunehmende und behandlungswürdige Erkrankung erfahren haben. Dafür können verschiedene Erklärungen angeführt werden, die mit Entstigmatisierungsprozessen zusammenhängen. Zu nennen ist beispielsweise eine verstärkte öffentliche Aufmerksamkeit für Erfahrungen mit Depression, unter anderem dadurch, dass Prominente offen über ihre Erkrankung sprechen. Dazu beitragen hat auch die Neukonzeption depressiver Symptome als Burnout, der depressive Symptome an Stress und an moderne Lebensentwürfe knüpft und so das Verständnis für die entsprechenden Krankheitsanzeichen fördert (Schomerus et al., 2022).

Die genannten strukturellen Hindernisse für Menschen mit Suchterkrankungen legen nahe, dass Stigmatisierung beim verstellten Zugang zur Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle spielt.

Viele sind betroffen, wenige suchen Hilfe

Einerseits ist Alkohol gesellschaftlich fest verankert: Zum Trinken wird bei vielen Gelegenheiten aufgefordert. Gleichzeitig werden Menschen mit Suchterkrankungen auf struktureller und individueller Ebene abgelehnt und ausgeschlossen. Weitverbreitet ist die Vorstellung von einer klaren Trennlinie, die verantwortungsvollen Konsum von gesundheitsschädlichem, quasi unverantwortlichem Konsum unterscheidet (Schomerus et al., 2013).

Diese Trennung sowie die pauschale Definition eines problematisch trinkenden Menschen fördert Klischees und Fehleinschätzungen und macht es schwer, Alkoholprobleme offen anzusprechen. Auch die mediale Berichterstattung reproduziert Vorurteile über Menschen mit Suchterkrankungen beispielsweise durch eine spezifische Wort- und Bildwahl, die Stereotype festigt (Freytag et al., 2023; Schomerus und Baumann, 2022). Dabei ist bekannt, dass Menschen unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem sozialem Hintergrund, Alter oder Geschlecht Suchterkrankungen entwickeln können (gesund.bund.de, 2025). Es gibt viele Facetten von Sucht, die sich anhand vielfältiger individueller Leidens- und Erfolgsgeschichten darstellen lassen.

Gesellschaftlich weit verbreitet ist zugleich die Fehlannahme, dass eine Alkoholabhängigkeit lebenslang unverändert besteht. Studien jedoch zeigen, dass 85 % aller Personen, die mit 18–25 Jahren eine Alkoholabhängigkeit aufweisen, mit 30 Jahren die Diagnosekriterien nicht mehr erfüllen (Seeley et al., 2019).

Es zeichnet sich ein Bild von Menschen mit Alkoholproblemen ab, das von Willensschwäche, sozialen Abstieg, Unzuverlässigkeit und einem Mangel an Selbstkontrolle geprägt ist (Schomerus et al., 2006). Das spiegelt sich unter anderem in Befragungen aus Kanada wider, in der Alkoholabhängigkeit nur von knapp 50 % der Befragten als Erkrankung »im medizinischen Sinne« eingeschätzt wurde (Livingston, 2020). Studien zeigen, dass Personen mit Alkoholabhängigkeit nicht als psychisch krank wahrgenommen werden (Schomerus et al., 2011). Das geht damit einher, dass die Ursachen von Alkoholabhängigkeit wie auch die Verantwortung für Betroffene bisweilen falsch verstanden werden: Betroffene würden freiwillig konsumieren und nicht der Norm des maßvollen Konsums entsprechen. Daran wird deutlich, wie Stigmatisierung auch soziale Funktionen erfüllt (Phelan et al., 2008).

Stigmatisierung und Alkoholkonsum

Die Doppelmoral, einerseits von akzeptierten, scheinbar verantwortungsvoll trinkenden und andererseits stigmatisierten, verantwortungslos trinkenden Menschen zu sprechen, ist vor dem Hintergrund eines modernen Verständnisses von Suchterkrankungen falsch und schädlich (Morris et al., 2020; Schomerus et al., 2013): Zum einen verhindern kategoriale Vorstellungen die adäquate und kritische Reflexion des eigenen Konsums entlang eines Kontinuums. Zum anderen schadet diese künstliche Unterscheidung zwischen akzeptierten und abgewerteten Konsumformen insbesondere jenen Personen, die sich bei Offenlegung von Problemen mit ihrem Alkoholkonsum mit negativen Stereotypen, sozialer Ausgrenzung und struktureller Benachteiligung konfrontiert sehen (Friedman et al., 2022; Morris & Schomerus, 2023).

In der Wissenschaft wird Stigmatisierung als Prozess verstanden, der mit der Benennung von Unterschieden beginnt und zu Zuschreibungen auf Grundlage eines Alkoholproblems, zu negativen Bewertungen und schlussendlich zu einer Abgrenzung und Abwertung von betroffenen Personen führt (Link & Phelan, 2001). Je mehr Stufen von diesem Prozess erlebt wurden, desto wahrscheinlicher und drastischer sind die Konsequenzen, wie in Abb. 2 veranschaulicht. Diese zusätzliche Belastung durch Stigmatisierung fasst Bühring (2022) als »zweite Krankheit« auf.

Die Stigmatisierung von außen ist nur eine Seite, mit der Betroffene konfrontiert sind. Hinzu kommt, dass gesellschaftlich verbreitete Vorurteile auch von ihnen selbst verinnerlicht werden. Die Auseinandersetzung mit den eigenen negativen Haltungen gegenüber Betroffenen kann zur Selbststigmatisierung führen. Betroffene, die negative Stereotypen auf sich selbst anwenden, leiden verstärkt unter Gefühlen wie Schuld, Scham und Wertlosigkeit. Das führt oft zur (Aufrechterhaltung) einer sozialen Isolation und lähmt die Zuversicht, dem Konsum widerstehen zu können (Schomerus et al., 2011).

Verantwortungen erkennen

Ein besserer Umgang mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist möglich. Dabei hilft es nicht, die Erkrankung, wie etwa Alkoholabhängigkeit, klein zu reden. Vielmehr sollte ein offener Umgang möglich werden, um Ausgrenzungen zu vermeiden. Die

Der Stigmaprozess

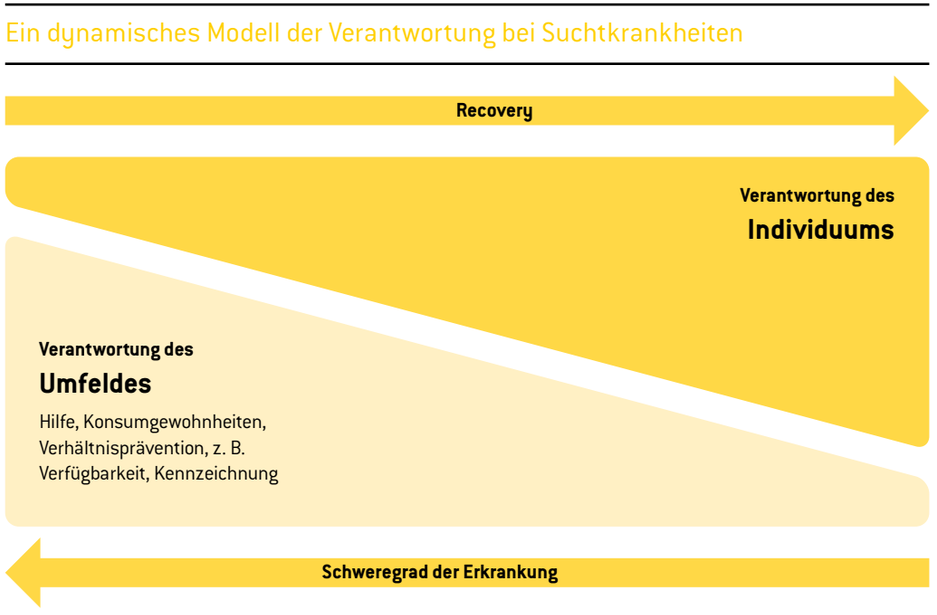
» Abb. 2: Der Stigmaprozess (angelehnt an Kilian et al., 2021)

individuelle Verantwortung der Betroffenen ist nur eine Seite der Medaille, die Abb. 3 veranschaulicht: Bei Abhängigkeitserkrankungen ist das Verhältnis zwischen individueller und sozialer Verantwortung dynamisch. Dieses Verhältnis variiert insbesondere nach Schweregrad der Erkrankung bzw. im Verlauf der Genesung, in Abb. 3 als Recovery bezeichnet (Schomerus & Speerforck, 2023). In einigen Fällen können Betroffene wegen ihrer Symptome nicht oder nur eingeschränkt die Verantwortung für ihre Genesung übernehmen. So muss das soziale Umfeld einer stark intoxikierten Person bei der medizinischen Versorgung unterstützen. Der Bedarf an Hilfe von außen nimmt dann im Verlaufe einer möglichen Genesung ab. Können Betroffene ihren Konsum (bzw. ihre Abstinenz) steuern, übernehmen sie auch mehr Verantwortung.

Verantwortung des Individuums

Empowerment bedeutet in diesem Kontext, Menschen mit Suchterkrankungen wertzuschätzen und sie zu befähigen, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Das betrifft nicht nur die Zeit während einer Behandlung, sondern auch im Alltag und schon vor einer Abhängigkeitserkrankung, damit erste Anzeichen erkannt und ihnen präventiv entgegengewirkt werden kann (Schomerus et al., 2017).

Die Genesung sollte Betroffene darin fördern, Verantwortung zu übernehmen und selbstbestimmt mit ihrer Erkrankung umzugehen, statt sich Schuld



» Abb. 3: Ein dynamisches Modell der Verantwortung bei Suchtkrankheiten (Schomerus & Speerforck, 2023)

zuzuweisen (Leamy et al., 2011). Im Gespräch mit Betroffenen können Argumente für eine Veränderung erarbeitet werden, um mit Ambivalenzen und Widerständen deeskalierend umgehen zu können, was die Selbstwirksamkeit der betroffenen Person stärkt. Besonders wichtig dabei ist, die Freiwilligkeit der Inanspruchnahme von Hilfe (Miller & Rollnick, 1991). Betroffene sollten darin unterstützt werden, Ziele im Umgang mit ihrer Suchterkrankung selbst zu formulieren und zu verfolgen (Insel, 2022).

Angehörige

Dynamische Verantwortung für Suchterkrankungen liegt nicht allein bei den Betroffenen. Auch das soziale Umfeld von Menschen mit Suchterkrankungen sollte – im Sinne der gemeindeorientierten Suchttherapie – zur Stärkung der Betroffenen einbezogen werden (Reker, 2013). Angehörige sind häufig mitbetroffen von Stigmatisierung, dem durch unterstützende Angebote der Gesundheitsversorgung entgegengewirkt werden kann. Angehörige tragen einen beträchtlichen Teil der Krankheitslast von Suchterkrankungen und sind gleichzeitig oft die wichtigste Ressource zur Genesung. Der Kontakt von Betroffenen und Angehörigen ist aufgrund der Schwere des Problems häufig konflikthaft. Ziel der Beratung oder Behandlung sollte es daher sein, eine auf eine gemeinsame Bewältigung des Problems hinzuarbeiten.

Peer-Arbeit

Die Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung, also mit Personen, die über Erfahrung mit Suchterkrankungen und deren Bewältigung verfügen, sowie mit Angehörigen, hat oft einen positiven Einfluss auf die individuelle Genesung (Åkerblom & Ness, 2023). Im Sinne des Leitsatzes »Nothing about us without us« (sinngemäß »Nichts über uns ohne uns«) sollte eine gleichberechtigte Kooperation mit Expertinnen und Experten aus Erfahrung – die sogenannte Peer-Arbeit – gefördert werden, um Organisationen und Entscheidungsstrukturen für Bedarfe der adressierten Gruppe zu öffnen. Durch die Konzeption eigener Projekte und die Entscheidungsfreiheit dieser Erfahrungsexpertinnen und -experten kann und sollte Peer-Arbeit in Zukunft bei politischen Entscheidungen eine Rolle spielen, so Åkerblom & Ness (2023).

Betroffene als Expertinnen und Experten aus Erfahrung in die Versorgung einzubeziehen, unterstützt als Genesungsbegleitung die Patientinnen und Patienten dabei, trotz einer Krise die eigenen Stärken und Ressourcen zu entdecken und zu festigen. Sie helfen bei Verständigungsproblemen auf Station sowie bei der Suche nach Therapeutinnen und Therapeuten oder einer Selbsthilfegruppe im Anschluss einer Therapie (Utschakowski et al., 2015).

Gesundheitsversorgung

Auch Behandelnde und Forschende tragen dazu bei, welche sprachlichen Formulierungen und Zuschreibungen gegenüber Erkrankungen und den davon betroffenen Personen gewählt und etabliert werden (Volkow et al., 2021). Die Einstellung und die Haltung, mit denen sie den Menschen begegnen, die in Not zu ihnen kommen, sind bedeutsam und können verändert werden (Speerforck & Schomerus, 2022). Forschungsergebnisse weisen unter anderem auf einen gewissen therapeutischen Pessimismus hin, also der Einstellung der Fachkräfte, dass Patientinnen und Patienten wenig erfolgreiche Aussichten auf Genesung haben. Auch die kann eine Facette von Stigmatisierung sein und sich negativ auf die Genesung der Betroffenen auswirken (Schulze, 2007).

Livingston (2020) schlägt unter anderem vor, der strukturellen Stigmatisierung damit zu begegnen, die Einstellungen des Personals in der Gesundheitsversorgung zu verändern. Eine Schulung könnte Fachkräfte lehren, Abhängigkeitserkrankungen mit anderen psychischen Erkrankungen gleichzustellen.

Zudem berichten Personen mit Alkoholerkrankung davon, auch nach ihrer Therapie Stigmatisierung wegen ihrer Behandlung zu erfahren. Institutionen sollten sich diesem Problem bewusst sein (Fraser et al., 2020). Gezielte Schulungen können angeboten werden, um die Patientinnen und Patienten schon während ihrer Therapie darin zu stärken, mit ihrer Erkrankung umzugehen. Ein Beispiel ist das von Expertinnen und Experten aus Erfahrung geleitete Gruppenprogramm »In Würde zu sich stehen« (Rüsch et al., 2019).

Entstigmatisierung fördern

Das Hilfesystem sollte ein aktives Krankheitskonzept vermitteln: Das bedeutet, dass Diagnosen nicht einem lebenslangen Etikett gleichkommen. Stattdessen sollte deutlich sein, dass es positive Verläufe und Übergänge gibt und Diagnosen nur ein Hilfsmittel sind, um eine Behandlung zu ermöglichen (Schomerus et al., 2017). Diagnosen werden zudem besser auf einem Kontinuum von psychischer Krankheit und Gesundheit verstanden, das Abstufungen und Vorformen sowie verschiedene Schweregrade von Substanzproblemen beinhaltet.

Auf diese Weise werden Betroffene weniger von Symptombezeichnungen und Diagnosen (bzw. damit verbundenen Stereotypen) abgeschreckt. Das wiederum unterstützt sie dabei, Hilfen in Anspruch zu nehmen. Zudem stärkt ein aktives Krankheitskonzept die Selbstwirksamkeit und gibt Raum für individuelle Therapieziele (Insel, 2022),

die sich auf persönliche Ressourcen und Motivationen abstimmen lassen (Schomerus et al., 2017). Neben Abstinenz können auch die Reduktion des Konsums bzw. kontrolliertes Trinken mögliche Ziele sein. Jeder Schritt im gesünderen Umgang mit der Suchterkrankung sollte honoriert werden.

Lobbyismus und Politik

Der Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure (BSI) »lehnt pauschale Verbote, Verkaufsbeschränkungen, Lizenzierungen von Verkaufsstellen sowie gesetzliche Werbeeinschränkungen ab (…). Sie sind in Bezug auf die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, die in Deutschland maßvoll und moderat alkoholhaltige Getränke konsumiert, nicht verhältnismäßig.« (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2021, S. 4) So fordert die Lobby der Produzentinnen und Produzenten alkoholhaltiger Getränke, die hier zu Wort kommt, keine staatlichen Reglementierungen, um den missbräuchlichen Konsum von Alkohol vorzubeugen und zu bekämpfen. Sie verweist mit diesem »Code of Conduct« (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2021) auf die Eigenverantwortung für angemessenen Alkoholkonsum. Darin verstecken sich implizite Schuldzuweisungen an die betroffene Minderheit, die somit volle Verantwortung für ihre Erkrankung trägt. Wie oben beschrieben, lässt sich dieser Gedanke als Teil der Stigmatisierung verstehen. Im Gegensatz hierzu ist ein ganzheitlicher Ansatz essenziell, der auch soziale und ökonomische Faktoren für Suchterkrankungen in den Blick nimmt.

Dagegen betont beispielsweise die World Health Organization (WHO, 2010) nicht nur die Notwendigkeit wirkungsvoller Maßnahmen durch die Politik, etwa die Stärkung der Gesundheitsversorgung, um Prävention und Behandlung zu ermöglichen. Sie bemüht sich zugleich darum, das Bewusstsein für die mit Suchterkrankungen verbundene Stigmatisierung und Diskriminierung zu schärfen (Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V., 2021). Beispielsweise könnten Restriktionen wie etwa die Einführung eines Mindestpreises für Alkohol die Anzahl an Todesfällen oder Krankenhauseinweisungen in Folge von Alkoholkonsum reduzieren. Besonders stark sind diese Effekte bei sozial benachteiligten Gruppen (Holmes et al., 2014).

Weitere wirkungsvolle von der WHO (2017) empfohlene Maßnahmen sind Verbote und Beschränkung von Werbung und Sponsoring für Alkohol. Zudem wird zu Gesetzen geraten, die Alkohol am Steuer regulieren, das Mindestalter für den Erwerb und Konsum festlegen sowie Verbraucherinformationen vorschreiben, die über die mit Alkohol verbundenen Risiken aufklären.

Eine Überblicksarbeit gibt Aufschluss über vielfach ungenutzte Effekte durch die Verbesserung von alkoholkonsumbezogener Gesundheitskompetenz, die durch Information und Prävention wirksam erhöht werden kann. Die Umsetzung von verhältnispräventiven Public Health-Maßnahmen, beispielsweise die Einführung der Alkoholsteuer und zeitliche wie örtliche Beschränkungen von Alkoholverkauf, werden befürwortet (Manthey et al., 2023; Reininghaus et al., 2023; WHO, 2021).

Medien

Die WHO (2013) konstatiert, es sei ein Mythos der Werbung und Medien, dass nahezu jeder Mensch Alkohol trinke. Demgegenüber wird die größere Anzahl der Menschen, die nicht trinken, unverhältnismäßig selten dargestellt. Zudem sind die Darstellungen von Menschen mit Suchterkrankungen in den Medien oft irreführend einseitig in stereotypen Zuschreibungen und reproduzierend abwertende Bilder (Freytag et al., 2023).

Stigmafrei über Menschen mit Suchterkrankungen sprechen und schreiben

Negativ	Positiv
Unangemessene Sensationalisierung und Emotionalisierung in Überschriften, z. B.: »Wie ein Heroin-Junkie.«	Informative Überschriften, z. B.: »Leidet seit mehreren Jahren an einer Heroinabhängigkeit.«
Von der Krankheit statt von der Person sprechen, z. B.: »Bei einer Auseinandersetzung zwischen zwei Süchtigen.«	Den Menschen in den Mittelpunkt stellen, z. B.: »Bei einer Auseinandersetzung zwischen zwei Menschen mit Drogenproblemen.«
Stereotype Berichterstattung, z. B.: »Süchtige begehen Straftaten, um sich ihren Drogenkonsum zu finanzieren.«	Verallgemeinerungen vermeiden, z. B.: »Manche Menschen mit Suchterkrankungen begehen Straftaten, um sich ihren Substanzkonsum zu finanzieren.«
Unangemessene Begrifflichkeiten, z. B.: »Wenn er über den Suff des Vaters spricht.«	Korrekte Terminologien verwenden, z. B.: »Wenn er über die Alkoholprobleme seines Vaters spricht.«
Sucht als Lifestyle-Phänomen herunterspielen, z. B.: »Dass XX in den Achtzigern ein kleines Koksproblem hatte.«	Sucht als medizinischen Krankheitsbegriff benennen, z. B.: »Dass XX in den Achtzigern an Kokainabhängigkeit erkrankt ist.«
Negative Rahmungen und Krisensituationen fokussieren, z. B.: »XX kämpft seit Jahren mit der Alkoholsucht.«	Veränderbarkeit und Behandelbarkeit in den Blick nehmen, z. B.: »Seit einigen Jahren verschlechterte sich XXs Alkoholkonsum phasenweise. Nun hat XX eine Behandlung in einer Rehaklinik aufgenommen.«

» Tab. 1: Stigmafrei über Menschen mit Suchterkrankungen sprechen und schreiben, eigene Darstellung der Inhalte aus der Hilfestellung für Medienschaffende von Schomerus & Baumann (2022)

Vor diesem Hintergrund hat die WHO (2013) einen Leitfaden für Journalistinnen und Journalisten zur Berichterstattung über Suchterkrankungen entwickelt. Er gibt Strategien an die Hand, die eine wertfreie Darstellung Betroffener von Abhängigkeitserkrankung ermöglichen. So sollte der Kontext und die Identität einer Person mit Suchterkrankung (etwa ihre Ressourcen und Fähigkeiten) in den Blick genommen werden, statt sie auf ihr risikoreiches Trinkverhalten zu reduzieren. Die WHO ruft außerdem dazu auf, mehr über wissenschaftlich nachgewiesene negative Auswirkungen von Alkohol auf die Gesundheit zu berichten und zugleich Informationen über Hilfsangebote zur Verfügung zu stellen.

Wie Personen, die von Alkoholabhängigkeit betroffen sind, benannt werden und welche Beschreibungen für die Erkrankung gewählt werden, wirkt sich auf die in der Allgemeinheit bestehenden Vorstellungen und Haltungen aus (Kelly & Westerhoff, 2010). So können auch die Berichterstattung, Bilder und Beschreibungen über Menschen mit Suchterkrankungen zur Entstigmatisierung beitragen.

Empfehlungen für Sprache und Formulierungen können hier nur exemplarisch genannt werden (siehe Tab. 1; ausführlich Schomerus und Baumann, 2022).

Ein aufmerksamer Sprachgebrauch kann dazu beitragen, die Suchterfahrung einer Person als eine ihrer Eigenschaften unter vielen zu sehen. Die WHO empfiehlt, von Personen mit einer Alkoholerkrankung zu sprechen, statt von Alkoholikerinnen und Alkoholikern (WHO, 2013).

Social Media und Popkultur

Die Beziehung zwischen sozialen Medien und der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist ambivalent: Zum einen fördern soziale Netzwerke wie Instagram oder TikTok, offen über psychische Erkrankungen und Sucht zu sprechen sowie Gleichgesinnte ohne Ort- und Zeitbegrenzungen zu finden und sich auf diese Weise niedrigschwellig über persönliche Geschichten auszutauschen (Peer-Support) (Betton et al., 2015).

Ein Beispiel ist der gegenwärtige Trend zur Sober Curiosity, eine Bewegung, die bewusst auf Alkohol (und teilweise auch auf andere Substanzen) verzichtet. Im Erfahrungsaustausch stärkt sich die Gemeinschaft in ihrem gemeinsamen Ziel, nüchtern zu sein und zu bleiben (Davey, 2021). So kann nicht nur emotionale Unterstützung gegeben und erfahren, sondern auch Informationen über Hilfsangebote ausgetauscht werden (Naslund et al., 2016).

Ähnlich wie auf Social Media spielen zum einen parasoziale (zumeist einseitige Beziehungen) Beziehungen mit Identifikationsfiguren, Vorbildern bzw. Idolen eine Rolle. In popkulturellen Zusammenhängen zeigt sich ein zunehmend offener Umgang mit Drogen und psychischer Gesundheit (Lavin & Barnes, 2020). Beispielsweise berichtete Ben Stickle (2021), dass mehr als 70 % der populärsten Rap-Songs von Substanzkonsum handeln oder Anspielungen darauf beinhalten. Statt diese Themen einseitig als Problem und Randphänomene abzutun, sollten Anti-Stigma-Kampagnen auch Popkultur in den Fokus nehmen, also beispielsweise Musik, Filme oder auch Social Media-Trends. Zum einen erlauben sie niedrigschwellige Einblicke in die Lebenswelten von insbesondere jungen Erwachsenen und schärfen das Bewusstsein für deren Herausforderungen. Zum anderen stellen Social Media eine wichtige Option dar, um unterschiedliche Zielgruppen zu erreichen und den wechselseitigen Austausch zu fördern.

Ein Beispiel, wie Expertinnen und Experten aus Erfahrung und aus der Wissenschaft zueinander finden und sich organisieren, ist der Recovery Walk, der 2025 erstmalig in Deutschland stattgefunden hat (Recovery Deutschland e.V., 2025). Durch Social Media und die große Motivation der Akteurinnen und Akteure fanden Betroffene, Angehörige, Fachleute und Interessierte auf einer öffentlichen Veranstaltung zueinander, um Genesung zu feiern, Mut zu stiften und Stigmatisierung abzubauen.

Forschung

Wissenschaftliche Studien können dazu beitragen, die Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen besser zu verstehen: Beispielsweise kann Forschung die Vorstellungen von Ursachen von Sucht und Abhängigkeit erfassen. Strukturelle Benachteiligungen können in den Blick genommen werden, um gezielte Interventions- und Präventionsmaßnahmen zu gestalten und zu testen. Angehörige und Betroffene sollten gleichberechtigt im Rahmen partizipativer Ansätze mit Entscheidungsmacht in wissenschaftliche Projekte einbezogen werden, um lebensnahe Forschungsfragen einzubringen und Implikationen abzuleiten.

Regelmäßige Berichte zu Stigma und Sucht sollten erstellt und veröffentlicht werden, um über Fortschritte und Defizite bei der Entstigmatisierung zu informieren (Schomerus et al., 2017).

Fazit

Alkohol und Konsum gehören zur Alltagskultur und bewegen sich im Spannungsfeld von »kultureller Anpassung und Problemverhalten« (Hurrelmann & Settertobulte, 2008). Den hohen Prävalenzraten für risikoreichen Konsum bzw. Abhängigkeiten stehen ein geringes Wissen über Alkoholkonsum und Suchterkrankungen sowie ein häufig ablehnendes Verhalten gegenüber Betroffenen gegenüber. Das geht mit falschen Zuschreibungen einher, aus denen häufig Zurückweisung und Ablehnung resultieren und die somit ein Teil des Stigmatisierungsprozesses sind.

Stigmatisierung von Menschen mit Suchterkrankungen kommt auf struktureller Ebene vor (wie etwa im Zugang zur Gesundheitsversorgung), in der Öffentlichkeit (zum Beispiel durch die negative Darstellung von Menschen mit Suchterkrankung in Zeitungsartikeln) sowie im (negativen) Bild der Betroffenen von sich selbst, als Selbst-Stigma. Durch Stigmatisierung werden soziale Normen aufrechterhalten: Ein vermeintlich verantwortungsbewusster Alkoholkonsum ist als Norm etabliert, was dazu führt, dass entsprechende Abweichungen durch Abwertungen sanktioniert werden und so diese Norm gefestigt wird. Die Annahme, dass dabei primär die Eigenverantwortung von Personen eine Rolle spielt, greift zu kurz. Wie die Stigmatisierung hat auch die Entstigmatisierung nicht nur individuelle, sondern auch gesellschaftliche Komponenten.

Die Verantwortung von Individuum und sozialem Umfeld gegenüber Menschen mit Suchterkrankungen bewegt sich in einem dynamischen Spannungsfeld. Zusammenfassend kann jede und jeder dazu beitragen, Menschen mit Suchterkrankungen (insbesondere Alkoholabhängigkeit) zu entstigmatisieren und damit Barrieren abzubauen, die Betroffene daran hindern, Hilfe zu suchen.

Literatur

Åkerblom, K. B. & Ness, O. (2023): Peer workers in co-production and co-creation in mental health and substance use services: A scoping review. Administration and Policy in Mental Health, 50(2), 296–316. https://doi.org/10.1007/s10488-022-01242-x

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H. et al. (2004): Use of mental health services in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 420, 47–54.

Atzendorf, J., Rauschert, C., Seitz, N.-N., Lochbühler, K. & Kraus, L. (2019): The use of alcohol, tobacco, illegal drugs, and medicines: An estimate of consumption and substance-related disorders in Germany. Deutsches Ärzteblatt International, 116(35/36), 577–584.

Betton, V., Borschmann, R., Docherty, M., Coleman, S., Brown, M. & Henderson, C. (2015): The role of social media in reducing stigma and discrimination. The British Journal of Psychiatry, 206(6), 443–444.

Bühring, P. (2022): Stigmatisierung psychischer Erkrankungen: Die »zweite Krankheit«. Deutsches Ärzteblatt International, 11, 481.

Bundesverband der Deutschen Spirituosen-Industrie und -Importeure e.V. (2021): Code of Conduct: »Alkohol und Verantwortung«. Zugriff am 25.07.2024 unter www.spirituosen-verband.de/fileadmin/Datenablage/downloads/Code-of-conduct-selbstregulierung.pdf

BZgA – Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2024): Häufige Fragen zum Thema Alkohol: Was ist ein Standardglas? Zugriff am 06.08.2024 unter www.kenn-dein-limit.de/haeufige-fragen-zum-thema-alkohol

Burger, M. & Mensink, G. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol. Konsumverhalten in Deutschland. Robert Koch-Institut (Hrsg.). Zugriff am 25.07.2024 unter www.gbe-bund.de/pdf/alkohol.pdf

Corrigan, P. W., Powell, K. J. & Michaels, P. J. (2013): The effects of news stories on the stigma of mental illness. The Journal of Nervous and Mental Disease, 201(3), 179–182. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848c24

Csengeri, D., Sprünker, N. A., Di Castelnuovo, A., Niiranen, T., Vishram-Nielsen, J. K., Costanzo, S., Söderberg, S., Jensen, S. M., Vartiainen, E., Donati, M. B., Magnussen, C., Camen, S., Gianfagna, F., Løchen, M. L., Kee, F., Kontto, J., Mathiesen, E. B., Koenig, W., Stefan, B., de Gaetano, G., … Schnabel, R. B. (2021): Alcohol consumption, cardiac biomarkers, and risk of atrial fibrillation and adverse outcomes. European Heart Journal, 42(12), 1.170–1.177. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa953

Davey, C. (2021): Online sobriety communities for women's problematic alcohol use: A mini review of existing qualitative and quantitative research. Frontiers in Global Women's Health, 9, 2:773921. https://doi.org/10.3389/fgwh.2021.773921

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2024): Alkohol – Zahlen, Daten, Fakten. Zugriff am 06.08.2024 unter www.dhs.de/suechte/alkohol/zahlen-daten-fakten

Dilling, H., Freyberger, H. J. & Cooper, J. E. (Hrsg.) (2019): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen: ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR (9. Auflage). Hogrefe.

Fraser, S., Moore, D., Farrugia, A., Edwards, M. & Madden, A. (2020): Exclusion and hospitality: The subtle dynamics of stigma in healthcare access for people emerging from alcohol and other drug treatment. Sociology of Health & Illness, 42(8), 1.801–1.820. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13180

Freytag, A., Rosset, M., Baumann, E. & Schomerus, G. (2023): Media coverage of alcohol-use disorders in German newspapers and magazines: A topic-specific frame analysis. Health Communication, 39(11), 2.319–2.332. https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2266621

Friedman, S. R., Williams, L. D., Guarino, H., Mateu-Gelabert, P., Krawczyk, N. & Hamilton, L. et al. (2022): The stigma system: How sociopolitical domination, scapegoating, and stigma shape public health. Journal of Community Psychology, 50(1), 385–408. https://doi.org/10.1002/jcop.22581

gesund.bund.de (2025): Alkohol und Alkoholabhängigkeit. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Zugriff am 27.01.2025 unter https://gesund.bund.de/alkohol#alkoholabhaengigkeit

Holmes, J., Meng, Y., Meier, P. S., Brennan, A., Angus, C., Campbell-Burton, A., Guo, Y., Hill-McManus, D. & Purshouse, R. C. (2014): Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: A modelling study. The Lancet 383(9929), 1.655–1.664. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4

Hurrelmann, K. & Settertobulte (2008): Alkohol im Spannungsfeld von kultureller Prägung und Problemverhalten. Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). Zugriff am 27.01.2025 unter www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/31107/alkohol-im-spannungsfeld-von-kultureller-praegung-und-problemverhalten

Insel, T. (2022): Healing: Our path from mental illness to mental health. Penguin press.

Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., Daeppen, J. B., Saunders, J. B. & Burnand, B. (2018): Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2(2), CD004148. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4

Kelly, J. F. & Westerhoff, C. M. (2010): Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. The International Journal on Drug Policy, 21(3), 202–207. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010

Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J. Mueller, S. et al. (2021): S3-Leitlinie »Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen«: Aktualisierung 2021 – Kurzfassung. SUCHT, 67(2), 77–103. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000704

Kilian, C., Manthey, J., Carr, S., Hanschmidt, F., Rehm, J., Speerforck, S. & Schomerus, G. (2021): Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 45(5), 899–911. https://doi.org/10.1111/acer.14598

Knaak, S., Mantler, E. & Szeto, A. (2017): Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. Healthcare Management Forum, 30(2), 111–116. https://doi.org/10.1177/0840470416679413

Konnopka, A. & König, H.-H. (2007): Direkte und indirekte Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland. Pharmaco Economics German Research Articles, 5(1), 41–56. https://doi.org/10.1007/BF03321572

Körkel, J. (2023): Vom Abstinenzmonopolismus zur zieloffenen Behandlung suchtbelasteter Menschen. PiD – Psychotherapie im Dialog, 24(4), 52–57.

Lavin, M. F. & Barnes, M. W. (2020): Normalizing deviants: Notes on the de-stigma trend. Deviant Behavior, 41(7), 828–840. https://doi.org/10.1080/01639625.2020.1763108

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M. (2011): Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. The British Journal of Psychiatry, 199(6), 445–452. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001): Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, 27, 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

Livingston, J. D. (2020): Structural stigma in health-care contexts for people with mental health and substance use issues: A literature review. Zugriff am 25.07.2024 unter www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-07/structural_stigma_in_healthcare_eng.pdf

Manthey, J., Kokole, D., Riedel-Heller, S., Rowlands, G., Schäfer, I., Schomerus, G., Soellner, R. & Kilian, C. (2023): Improving alcohol health literacy and reducing alcohol consumption: Recommendations for Germany. Addiction Science & Clinical Practice, 18(1), 28. https://doi.org/10.1186/s13722-023-00383-0

Manthey, J., Lindemann, C., Verthein, U., Frischknecht, U., Kraus, L., Reimer, J., Grün, A., Kiefer, F., Schulte, B. & Rehm, J. (2020): Versorgung von Personen mit riskantem Alkoholkonsum und schwerer Alkoholkonsumstörung in Bremen: bedarfsgerecht und leitlinienkonform? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 63(1), 122–130.

Manthey, J., Shield, K. & Rehm, J. (2022): Alcohol and health. The Lancet, 400(10365), 1.764–1.765. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02123-7

Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991): Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. Zugriff am 25.07.2025 unter www.loc.gov/catdir/bios/guilford051/91016597.html

Morris, J., Albery, I. P., Heather, N. & Moss, A. C. (2020): Continuum beliefs are associated with higher problem recognition than binary beliefs among harmful drinkers without addiction experience. Addictive Behaviors, 105, 106292. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106292

Morris, J., Moss, A. C., Albery, I. P. & Heather, N. (2022): The »alcoholic other«: Harmful drinkers resist problem recognition to manage identity threat. Addictive Behaviors, 124, 107093. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107093

Morris, J. & Schomerus, G. (2023): Why stigma matters in addressing alcohol harm. Drug and Alcohol Review, 42(5), 1.264–1.268. https://doi.org/10.1111/dar.13660

Müller, T. (2016): Abhängigkeit: Viele Vorurteile rund um die Alkoholsucht. Zugriff am 20.08.2024 unter www.aerztezeitung.de/Medizin/Viele-Vorurteile-rund-um-die-Alkoholsucht-235224.html

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A. & Bartels, S. J. (2016): The future of mental health care: Peer-to-peer support and social media. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(2), 113–122. https://doi.org/10.1017/S2045796015001067

von Peter, S., Ponew, A., Strelen, A., Lust, C., Speerforck, S. & Stützle, S. (2024): Offenlegung eigener Krisen- und Behandlungserfahrungen von Mitarbeitenden psychiatrischer Einrichtungen in Berlin und Brandenburg – eine ungenutzte Ressource zum Abbau von Stigma? Psychiatrische Praxis, 51(06), 321–327. https://doi.org/10.1055/a-2296-7173

Phelan, J. C., Link, B. G. & Dovidio, J. F. (2008): Stigma and prejudice: One animal or two? Social Science & Medicine, 67(3), 358–367. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.03.022

Rauschert, C., Möckl, J., Seitz, N.-N., Wilms, N., Olderbak, S. & Kraus, L. (2022): The use of psychoactive substances in Germany: Indings from the Epidemiological Survey of Substance Abuse 2021. Deutsches Ärzteblatt international, 119(31/32), 527–534. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0244

Recovery Deutschland e. V. (2025): Recovery Walk. Zugriff am 18.09.2025 unter www.recoverydeutschland.org/recovery-walk

Rehm, J., Hasan, O. S. M., Imtiaz, S. & Neufeld, M. (2017): Quantifying the contribution of alcohol to cardiomyopathy: A systematic review. Alcohol, 61, 9–15. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.01.011

Rehm, J., Rehm, M., Shield, K. D., Gmel, G., Frick, U. & Mann, K. (2014): Reduzierung alkoholbedingter Mortalität durch Behandlung der Alkoholabhängigkeit. SUCHT, 60(2), 93–105. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000299

Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., Rehm, M. X. & Frick, U. (2013): Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. European Neuropsychopharmacology, 23(2), 89–97. https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2012.08.001

Reininghaus, U., Schomerus, G., Hölling, H., Seidler, A., Gerhardus, A., Gusy, B. & Riedel-Heller, S. (2023): »Shifting the curve«: Neue Entwicklungen und Herausforderungen im Bereich der Public Mental Health. Psychiatrische Praxis, 50(3), 160–164. https://doi.org/10.1055/a-1823-5191

Reker, M. (2013): Zur Implementation eines evidenzbasierten Therapieverfahrens in die deutsche Suchtkrankenversorgung: Der Community Reinforcement Approach. Suchttherapie, 14(2), 64–71. https://doi.org/10.1055/s-0033-1341430

Robinson, P., Turk, D., Jilka, S. & Cella, M. (2019): Measuring attitudes towards mental health using social media: Investigating stigma and trivialisation. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 54(1), 51–58. https://doi.org/10.1007/s00127-018-1571-5

Rüsch, N., Oexle, N., Reichhardt, L. & Ventling, S. (2019): In Würde zu sich stehen – Konzept und Wirksamkeit eines peer-geleiteten Programms zu Offenlegung und Stigmabewältigung. Psychiatrische Praxis, 46(2), 97–102. https://doi.org/10.1055/a-0800-3695

Schaller, K., Kahnert, S., Garcia-Verdugo, R., Treede, I., Graen, L. & Ouédraogo, N. (2022): Alkoholatlas Deutschland 2022. Pabst Science Publishers. Zugriff am 08.08.2024 unter www.dkfz.de/fileadmin/user_upload/Krebspraevention/Download/pdf/Buecher_und_Berichte/2022_Alkoholatlas-Deutschland-2022.pdf

Schomerus, G., Bauch, A., Elger, B., Evans-Lacko, S., Frischknecht, U., Klingemann, H. et al. (2017): Das Stigma von Suchterkrankungen verstehen und überwinden. SUCHT, 63(5), 253–259. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000501

Schomerus, G. & Baumann, E. (2022): Psyche | Mensch | Medien: Thema: Abhängigkeit (Eine Hilfestellung für Medienschaffende). Zugriff am 25.07.2024 unter www.seelischegesundheit.net/wp-content/uploads/2022/07/20220428-leitfaden-fairmedia.pdf

Schomerus, G., Baumann, E., Sander, C., Speerforck, S. & Angermeyer, M. C. (2021): Some good news for psychiatry: Resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. World Psychiatry, 20(2), 301–302. https://doi.org/10.1002/wps.20875

Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J. & Lucht, M. (2011): Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. Drug and Alcohol Dependence, 114(1), 12–17. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.08.013

Schomerus, G., Leonhard, A., Manthey, J., Morris, J., Neufeld, M., Kilian, C., Speerforck, S., Winkler, P. & Corrigan, P. W. (2022): The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. Journal of Hepatology, 77(2), 516–524. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2022.04.026

Schomerus, G., Lucht, M., Holzinger, A., Matschinger, H., Carta, M. G. & Angermeyer, M. C. (2011): The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. Alcohol and Alcoholism, 46(2), 105–112. https://doi.org/10.1093/alcalc/agq089

Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2006): Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. Drug and Alcohol Dependence, 82(3), 204–210. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2005.09.008

Schomerus, G., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2013): Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. Psychiatry Research, 209(3), 665–669. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.006

Schomerus, G., Schindler, S., Sander, C., Baumann, E. & Angermeyer, M. C. (2022): Changes in mental illness stigma over 30 years: Improvement, persistence, or deterioration? European Psychiatry, 65(1), e78. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2337

Schomerus, G. & Speerforck, S. (2023): Suchtbehandlung ohne Schuldzuschreibung – eine Utopie? Psychiatrische Praxis, 50(4), 175–177. https://doi.org/10.1055/a-2063-0747

Schulze, B. (2007): Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. International Review of Psychiatry, 19(2), 137–155. https://doi.org/10.1080/09540260701278929

Seeley, J. R., Farmer, R. F., Kosty, D. B. & Gau, J. M. (2019): Prevalence, incidence, recovery, and recurrence of alcohol use disorders from childhood to age 30. Drug and Alcohol Dependence, 194, 45–50. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.09.012

Speerforck, S. & Schomerus, G. (2022): Reducing substance use stigma in health care. In G. Schomerus & P. W. Corrigan (Eds.). The Stigma of Substance Use Disorders (pp. 232–251). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/9781108936972.013

Statistisches Bundesamt (2021): Verkehrsunfälle | Unfälle unter dem Einfluss von Alkohol oder anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr 2021. Zugriff am 20.08.2024 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404217004-1_2021449.html

Stickle, B. (2021): A high note: Drug misuse in popular rap music. Substance Use & Misuse, 56(10), 1.448–1.456. https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1936046

Utschakowski, J., Sielaff, G., Bock, T. & Winter, A. (Hrsg.) (2015): Experten aus Erfahrung: Peerarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag.

Volkow, N. D., Gordon, J. A. & Koob, G. F. (2021): Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. Neuropsychopharmacology, 46(13), 2.230–2.232. https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4

WHO – World Health Organization (2010): Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Zugriff am 05.08.2024 unter https://iris.who.int/handle/10665/44395

WHO – World Health Organization (2013): Reporting about alcohol: A guide for journalists. Zugriff am 05.08.2024 unter https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366715/9789240071490-eng.pdf?sequence=1

WHO – World Health Organization (2017): Alcohol labelling: A discussion document on policy options. Zugriff am 05.08.2024 unter https://iris.who.int/handle/10665/350744

WHO – World Health Organization (2019): Alcohol country fact sheet Germany. Zugriff am 20.08.2024 unter www.who.int/andorra/publications/m/item/alcohol-country-fact-sheet---germany-%282019%29

WHO – World Health Organization (2021): Making the WHO European Region SAFER: Developments in alcohol control policies 2010–2019. Zugriff am 20.08.2024 unter www.who.int/europe/publications/i/item/9789289055048

WHO – World Health Organization (2023): No level of alcohol consumption is safe for our health. Zugriff am 06.08.2024 unter www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health

03

03. Drei Projekte des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit

03.1 Der Schutz vor Konversionsbehandlungen – ein Beispiel zur Förderung psychischer Gesundheit bei queeren Jugendlichen

Christoph Sonnefeld und Johannes Breuer

Die psychische Gesundheit queerer[1] Jugendlicher ist ein gesellschaftlich vernachlässigtes Thema und wird in Prävention und Gesundheitsförderung oft wenig beachtet – obwohl viele junge Menschen, die von traditionellen heteronormativen Mustern abweichen, einem erhöhten Risiko für psychische Probleme ausgesetzt sind. Wie Minderheitenstressmodelle plausibilisieren (Meyer, 2003), können queerfeindliche Erfahrungen, mangelnde Akzeptanz und Rechtfertigungsdruck zu Stress führen, der die körperliche und psychische Gesundheit beeinträchtigen und das Gesundheitsverhalten insgesamt negativ beeinflussen kann (Kasprowski et al., 2021). Die Wahrscheinlichkeit für einen Suizidversuch ist bei queeren Jugendlichen höher als bei anderen Jugendlichen (Di Giacomo et al., 2018).

Konversionsbehandlungen[2] stellen entgegen jeglicher Evidenz und Standards (vgl. WMA, 2023; BMH, 2019) eine vermeintliche Lösung dieser Probleme dar, indem sie eine Änderung oder Unterdrückung der sexuellen oder geschlechtlichen Identität beabsichtigen. Schon in Anbetracht der fehlenden Indikation – sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sind nicht behandlungsbedürftig – sind Konversionsbehandlungen falsch und können schwerwiegende Folgen haben. Diese reichen auf individueller Ebene von Ängsten und Substanzmissbrauch bis hin zu Depressionen und erhöhter Suizidalität (vgl. WMA, 2023 sowie als Überblick zu Studien auch BMH, 2019). Sie wirken außerdem gesellschaftlich, indem sie Stigmatisierungen befördern und zu zusätzlichen Belastungen für die Psyche queerer Personen führen.

Vor diesem Hintergrund wurde Mitte 2020 das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG) beschlossen. Es verbietet die Durchführung von Konversionsbehandlungen für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren sowie für Personen, deren Einwilligung zur Durchführung der Konversionsbehandlung auf einem Willensmangel beruht. Auch das Vermitteln, das Anbieten und das Werben ist untersagt.

Außerdem wurde das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) beauftragt, ein Informations- und Beratungsangebot zum Schutz vor jenen Pseudotherapien und zur Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt einzurichten. Es ist in die komplexe Initiative LIEBESLEBEN integriert, die ganzheitlich sexuelle Gesundheit fördert. Das Informationsangebot adressiert mehrsprachig und anonym Jugendliche und Erwachsene, die potenziell von Konversionsbehandlungen gefährdet sind, aber auch Personen, die sich aus privaten oder beruflichen Gründen mit sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität befassen oder dazu beraten werden möchten, etwa Erziehungsberechtige oder psychologisch und seelsorgerlich Tätige (§ 4 KonvBehSchG). Ziel des Gesetzes zum Schutz vor Konversionsbehandlungen ist der Schutz queerer Menschen vor der Beeinträchtigung ihrer Menschenwürde, ihrer Willensfreiheit, ihrer psychischen Gesundheit und ihrer psychosexuellen Entfaltung durch Konversionsbehandlungen (vgl. zum KonvBehSchG ausführlich BZgA/LIEBESLEBEN, 2024a).

Forschung

Während im Gesamtkontext der psychischen Gesundheit von queeren Personen nach wie vor große Forschungsbedarfe bestehen (Pöge et al., 2020), gilt dies auch spezifisch für das Phänomen Konversionsbehandlungen. Dabei lassen sich drei unterschiedliche Aspekte differenzieren:

Schädlichkeit von Konversionsbehandlungen
Schon in den 1970-er Jahren gab es vereinzelt – methodisch und ethisch äußerst fragwürdige – Studien, die etwa mit aversiven Reizen wie Elektroschocks Konversionsbehandlungen in ihrer intendierten Wirksamkeit untersuchen wollten, dabei jedoch bereits negative Effekte insbesondere

1 Der Begriff „queer" umfasst einerseits die Zurückweisung der gesellschaftlichen Normen von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit, also die Beschränkung auf die beiden Kategorien Frau oder Mann. Andererseits wird er häufig – wie auch hier – als Sammelbezeichnung für verschiedene sexuelle Orientierungen und Geschlechtsidentitäten (z.B. schwul, lesbisch, trans*, inter* oder asexuell) genutzt.

2 Sogenannte Konversionsbehandlungen sind Maßnahmen, die darauf zielen, die sexuelle Orientierung und/oder die geschlechtliche Identität einer Person zu ändern oder zu unterdrücken. Sie stellen eine Gefährdung der Gesundheit und einen Eingriff in das Recht auf Selbstbestimmung dar.

auf die psychische Gesundheit feststellten (vgl. BMH, 2019).

Im Hinblick auf die psychischen Belastungen gibt es erst seit den 2000-er Jahren spezifische Untersuchungen, die vor allem die Schädlichkeit von Konversionsbehandlungen betrachten. Sie zeigen, dass die Folgen von Konversionsbehandlungen sehr weitreichend sein können und mit unterschiedlichen Belastungen wie Depressionen und Suizidalität assoziiert sind (BMH, 2019).

Hinzu kommen implizite oder explizite Stigmatisierungen, die durch die Annahme der Behandelbarkeit und Behandlungsbedürftigkeit von sexueller und geschlechtlicher Vielfalt Wirkung haben können. Dies ist in theoretischen Modellen wie dem Minderheitenstressmodell (Meyer, 2003) plausibilisiert worden. Auch thematisch indirekt verknüpfbare Studien ergeben höhere Werte von internalisierter Homophobie und Depressionen für nicht-heterosexuelle Mitglieder spezifischer Glaubensgemeinschaften. Es ist anzunehmen, dass das Anbieten von Konversionsbehandlungen insbesondere innerhalb von Religionsgemeinschaften diese Effekte zusätzlich verstärken kann (BMH, 2019).

Für Deutschland lassen vorhandene Daten starke Hinweise auf spezifische Gesundheitsgefährdungen durch Konversionsbehandlungen erkennen. So weist etwa das durch das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (damals BZgA) geförderte Forschungsprojekt »Konversionsbehandlungen: Kontexte. Praktiken. Biografien« Effekte auf die körperliche und psychische Gesundheit aus, wobei es sich hier um selbstberichtete Assoziationen zwischen der Erfahrung einer Konversionsbehandlung und gesundheitlichen Einschränkungen handelt (vgl. BZgA/LIEBESLEBEN, 2023).

Vorkommen von Konversionsbehandlungen

Neben den schädlichen Effekten von Konversionsbehandlungen bestehen auch Leerstellen. Dies betrifft vor allem das messbare Vorkommen von Konversionsbehandlungen, da sich direkte Erhebungen in Deutschland aus unterschiedlichen Gründen (etwa Verschleierungsstrategien von Anbietenden, fehlende kriminalstatistische Erfassung, Stigmatisierung des Themenfeldes und Betroffener etc.) nicht generieren lassen.

Dennoch können hier Annäherungen gefunden werden, die auf ein recht hohes Vorkommen schließen lassen: Laut einer EU-weiten repräsentativen Onlinestudie haben rund ein Viertel der queeren Personen in der EU (24 %) bereits Erfahrungen mit Konversionsbehandlungen oder vergleichbaren Praktiken machen müssen, für Deutschland sind es sogar 28 % (FRA, 2024). Die Teilstudie »Unheilbar queer?« im Rahmen des Forschungsprojekt »Konversionsbehandlungen: Kontexte. Praktiken. Biografien« zeigt ähnliche Werte: So wurden 43 % der Befragten vorgeschlagen, ihre Geschlechtsidentität zu unterdrücken, und 29 % wurden nahegelegt, ihre Geschlechtsidentität zu verändern. Den Vorschlag, ihre sexuelle Orientierung zu unterdrücken, erhielten 32 %. 29 % wurden aufgefordert, sie zu verändern (vgl. BZgA/LIEBESLEBEN, 2023).

Konversionsbehandlungen in professionellen Handlungsfeldern

Seit ca. 20 Jahren gibt es in Deutschland zunehmend Bemühungen, die jeweiligen Wissenschaftsdisziplinen mit Ansätzen der Queer-Theory anzureichern und damit zum Beispiel Mechanismen von Heteronormativität zu untersuchen. Mit Begriffen wie queere Pädagogik, queere Theologie oder queere Psychologie sind eigene Forschungszweige entstanden, die meist intersektional und interdisziplinär einen kritischen Umgang mit Geschlechts- und Sexualnormen entwickeln und daraus praktische Empfehlungen für die Arbeit mit queeren Menschen und ihren Umfeldern ableiten (etwa Wolf et al., 2015 für die Psychotherapie).

Konversionsbehandlungen werden dabei jedoch meist nur implizit mitgedacht. Es fehlt an einer historischen Aufarbeitung sowie an spezifischen Ansätzen, etwa zu der Frage, wie mit sogenannten Überlebenden von Konversionsbehandlungen in unterschiedlichen professionellen Handlungsfeldern gearbeitet werden kann – gerade, wenn sie in der Psychotherapie oder in Seelsorge selbst eine solche Pseudotherapie erfahren haben.

Dies ist besonders vor dem Hintergrund relevant, dass nach wie vor Fachkräfte Konversionsbehandlungen nahelegen, vermitteln oder durchführen. So gaben in einer Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) im Auftrag des BIÖG (damals BZgA) 14 % der befragten psychotherapeutisch Tätigen an, dass es durchaus Umstände geben könne, in denen eine Unterdrückung oder Veränderung homosexueller Gefühle gerechtfertigt wäre (vgl. BZgA/LIEBESLEBEN, 2024 b).

Maßnahmen

Der Schutz vor Konversionsbehandlungen ist sowohl unter juristischen als auch medizinisch-psychologischen Gesichtspunkten angezeigt. Zur Ausgestaltung entsprechender Maßnahmen gibt es eine Reihe von Empfehlungen, die im Vorfeld des Gesetzes zum Schutz vor Konversionsbehandlungen (KonvBehSchG) entwickelt (BMH, 2019) und durch den Einbezug der Zielgruppen konkretisiert wurden. Zentral ist die gesellschaftliche Aufklärung über sexuelle und geschlechtliche Vielfalt sowie die damit verbundene Förderung eines Normenwandels hin zu mehr Akzeptanz queeren Lebens. Außerdem gilt es, gefährdete Personengruppen sowie ihre Umfelder zu adressieren, um Diskriminierungen abzubauen, Selbstbestimmungsrechte zu stärken und nachhaltig gesundheitsförderliche Effekte durch Empowerment zu erzielen.

Mit LIEBESLEBEN setzt das BIÖG unterschiedliche Maßnahmen zum Schutz vor Konversionsbehandlungen um, die sich synergetisch verstärken. Hierzu gehören zum einen Maßnahmen, die stärker auf die Vermittlung wissensbezogener Botschaften zielen, etwa zum gesetzlichen Verbot von Konversionsbehandlungen. Zum anderen werden Maßnahmen umgesetzt, die einen Beitrag zur Bildung von Normen sowie zum Empowerment leisten und damit die Grundlage etwa für die Ächtung entsprechender Pseudotherapien darstellen.

Beides geschieht auf unterschiedlichen Ebenen, von massenmedialen Kanälen über die Ansprache von Fachkräften bis zu personalkommunikativen Angeboten. Kernstück ist die mehrsprachige Telefon- und Onlineberatung, die vornehmlich Jugendliche, Eltern und Fachkräfte bedarfsgerecht unterstützen und auch individuell zur Stärkung psychischer Gesundheit beitragen kann (vgl. Breuer, 2024 sowie Sonnefeld et al., 2024). Doch auch andere Stellen wie Strafverfolgungsbehörden, der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) oder die Jugendhilfe sind gefragt, sich für eine ganzheitliche Prävention von Konversionsbehandlungen einzusetzen.

Die telefonische Beratung ist unter 0221 / 8992876 von Montag bis Donnerstag zwischen 12 bis 16 Uhr erreichbar. Die Onlineberatung wird unter www.liebesleben.de/beratung angeboten.

Literatur

BMH – Bundesstiftung Magnus Hirschfeld (2019): Abschlussbericht – Wissenschaftliche Bestandsaufnahme der tatsächlichen und rechtlichen Aspekte von Handlungsoptionen unter Einbeziehung internationaler Erfahrungen zum geplanten »Verbot sogenannter ›Konversionstherapien‹« in Deutschland zum Schutz homosexueller Männer, Frauen, Jugendlicher und junger Erwachsener vor Pathologisierung und Diskriminierung. Zugriff am 12.03.2025 unter https://mh-stiftung.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_BMH_neu.pdf

Breuer, J. (2024): Der Schutz vor Konversionsbehandlungen in der BZgA-Initiative LIEBESLEBEN. Public Health Forum, 32(1), 58–60. https://doi.org/10.1515/pubhef-2023-0152

BZgA [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung]/LIEBESLEBEN (2023): Queer in Deutschland – Wissen und Erfahrungen zu Konversionsbehandlungen. Zugriff am 07.10.2025 unter https://www.liebesleben.de/fachkraefte/studien-standard-qualitaetssicherung/queer-in-deutschland-wissen-und-erfahrungen-zu-konversionsbehandlungen

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/LIEBESLEBEN (2024a): Factsheet Konversionsbehandlungen und ihr gesetzliches Verbot. Warum das Gesetz zum Schutz vor Konversionsbehandlungen wichtig ist und was Sie dazu wissen sollten. Eine Information für Fachkräfte. Zugriff am 07.10.2025 unter https://shop.bioeg.de/pdf/72000020.pdf

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/LIEBESLEBEN (2024b): Factsheet Konversionsbehandlungen und Psychotherapie. Warum der Schutz vor Konversionsbehandlungen in der psychotherapeutischen und beraterischen Praxis wichtig ist und was Sie beachten sollten. Eine Information für Fachkräfte. Zugriff am 07.10.2025 unter https://shop.bioeg.de/pdf/72000019.pdf

Di Giacomo, E., Krausz, M., Colmegna, F., Aspesi, F. & Clerici, M. (2018): Estimating the risk of attempted suicide among sexual minority youths: A systematic review and meta-analysis. JAMA Pediatrics 2018, 172(12), 1.145–1.152. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2018.2731

FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2024): LGBTIQ equality at a crossroads. Progress and challenges. https://doi.org/10.2811/920578

Kasprowski, D., Fischer, M., Chen, X., e Vries, L., Kroh, M., Kühne, S., Richter, D. & Zindel, Z. (2021): Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. DIW Wochenbericht 88(6), 80–88. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2021-6-1

Meyer I. H. (2003): Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin 129(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Guldenring, A., Matthigack, E. B. & Rommel, A. (2020): Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. Journal of Health Monitoring 5(S1), 2–30. https://doi.org/10.25646/6448

Sonnefeld, C., Breuer, J. & Piesch, R. (2024): LIEBESLEBEN-Beratung zum Schutz vor Konversionsbehandlungen. In FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 1, 80–85. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:forum_2024-1_beitrag_liebesleben-schutz-konversion

WMA – World Medical Association. (2023): Statement on natural variations of human sexuality. Adopted by the 64th General Assembly, Fortaleza, Brazil, October 2013 and revised by the 74th WMA General Assembly, Kigali, Rwanda, October 2023. Abrufbar unter https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-natural-variations-of-human-sexuality/

Wolf, G., Fünfgeld, M., Oehler, R. & Andrae, S. (2015): Empfehlungen zur Psychotherapie und Beratung mit lesbischen, schwulen und bisexuellen Klient_innen. Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 47, 21–48. https://doi.org/10.17194/vlsp.2015.4

03.2 Die psychische Gesundheit von Eltern mit kleinen Kindern

Ilona Renner

Die Frühen Hilfen unterstützen Familien ab der Schwangerschaft und mit Kindern bis drei Jahren. Damit tragen sie dazu bei, dass Kinder von Beginn an gesund und geschützt aufwachsen können. Bekannt ist, dass ein psychisch belastetes Familienumfeld die gesunde und altersgerechte Entwicklung gefährden kann. Ungeklärt war dagegen lange das Ausmaß an psychischen Belastungen in der Gesamtpopulation von Eltern mit kleinen Kindern und ob der Anteil psychisch belasteter Eltern in Zeiten multipler gesellschaftlicher Krisen ansteigt. Die Frage ist auch, wie sich Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung der Eltern, ihren Erziehungskompetenzen und der frühkindlichen Entwicklung darstellen. Diesen Fragen ist das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in der bundesweiten Repräsentativbefragung »Kinder in Deutschland – KiD 0–3 2022« nachgegangen (Hänelt et al., 2024).

Träger des NZFH ist das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut (DJI). Es wurde 2007 auf Initiative des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ) eingerichtet. Das NZFH hat u. a. die Aufgabe, den bundesweit flächendeckenden Ausbau der Frühen Hilfen in Deutschland wissenschaftlich zu begleiten und die Qualitätsentwicklung vor Ort zu unterstützen. Damit die Frühen Hilfen adäquat auf den tatsächlichen Unterstützungsbedarf der Familien reagieren können, ist ein regelmäßiges Monitoring der familialen Belastungen sowie der frühkindlichen Gesundheit und Entwicklung zwingend notwendig.

In der Studie KiD 0–3 aus dem Jahr 2022 dokumentierten 258 Kinderärztinnen und -ärzte im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen (U3 bis U7a) die Entwicklung von mehr als 7.800 Säuglingen und Kleinkindern. Die Eltern der Kinder beantworteten Fragen u. a. zu ihren psychischen Belastungen und ihren Erziehungskompetenzen. Die Prävalenzen von 2022 wurden mit Ergebnissen der Vorgängerstudie aus dem Jahr 2015 verglichen.

2022 berichtete etwa ein Fünftel aller Eltern (21,5 %) starke bis hin zu klinisch bedeutsamen psychischen Belastungen. 2015 lag dieser Anteil mit 15,7 % noch sehr viel niedriger. Die psychische Belastung der Eltern hängt stark mit der von den Ärztinnen und Ärzten in den Früherkennungsuntersuchungen dokumentierten Regulationsfähigkeiten der Kinder zusammen. Im Kleinkindalter ist sie zusätzlich mit einer nichtaltersgerechten Entwicklung assoziiert. Bemerkenswert ist, dass dies auch dann der Fall ist, wenn für eine Grunderkrankung des Kindes auch die soziale Lage der Familie, beides relevante Prädiktoren für Entwicklungsrisiken, kontrolliert wurde. Weiterführende Regressionsanalysen zeigten direkte (und indirekte) Zusammenhänge zwischen der elterlichen psychischen Belastung und der kindlichen Entwicklung, zum Teil vermittelt über die Einschätzung der eigenen Erziehungskompetenzen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit gerechtfertigt ist, die psychische Belastungen von Eltern mit kleinen Kindern erhalten haben. Der Befund, dass psychische Belastungen der Eltern mit kindlichen Entwicklungsstörungen einhergehen, zeigt, wie wichtig es ist, Familien von Beginn an gezielt zu unterstützen. Die Ergebnisse der Studie zu Zusammenhängen zwischen der elterlichen psychischen Belastung, der elterlichen Einschätzung ihrer Erziehungskompetenzen und der Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern legen nahe, dass psychisch belastete Eltern von Unterstützung bei der Ausübung ihrer Elternrolle zum Wohl ihrer Kinder profitieren können.

Die Ergebnisse bekräftigen damit die Empfehlungen der interministeriellen Arbeitsgruppe »Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona« zu den Frühen Hilfen. Diese beschreiben die Unterstützung der Familien bei der Entwicklung von Elternkompetenzen, den Abbau von Unsicherheiten in der Elternrolle sowie den Aufbau einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung als zentrale Aufgaben der Fachkräfte in den Frühen Hilfen.

Literatur

Hänelt, M., Neumann, A. Lux U. & Renner, I. (2024): Aufwachsen in einem psychisch belasteten Familienumfeld: Ergebnisse der bundesweit repräsentativen Studie »Kinder in Deutschland 0-3 2022«. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 67, 1.359–1367. https://doi.org/10.1007/s00103-024-03979-2

03.3 Internationale Kooperationen im Bereich der psychischen Gesundheit

Nathalie Bélorgey, Rabea Lukies, Gabriele Klärs

Die Förderung der psychischen Gesundheit erfordert integrierte Ansätze, die verschiedene Lebensbereiche sowie Akteurinnen und Akteure einbeziehen. Angesichts globaler Herausforderungen und wachsender gesellschaftlicher Anforderungen gewinnt der internationale Austausch dabei an Bedeutung. Das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) wirkt an der Gestaltung internationaler Standards und dem Transfer internationaler Strategien mit und unterstützt die Umsetzung innovativer Ansätze aus anderen Ländern in Deutschland, während es gleichzeitig zur Vermittlung bewährter nationaler Konzepte auf globaler Ebene beiträgt.

Im Bereich der psychischen Gesundheit ist das BIÖG an mehreren internationalen Kooperationsprojekten beteiligt, die den Wissenstransfer und die Weiterentwicklung sektorenübergreifender Präventions- und Unterstützungsansätze vorantreiben. Insbesondere die Beteiligung an den EU-geförderten Joint Actions »Implementation of Best practices in the area of Mental Health« (JA ImpleMENTAL: https://implemental.wordpress.com) und »Mental Health Together« (JA MENTOR: https://ja-mentor.eu) unterstreicht die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit für die Weiterentwicklung von evidenzbasierten, gemeindenahen Hilfesystemen für die psychische Gesundheit.

Umgesetzt wurde die von der EU-geförderte Joint Action ImpleMENTAL zwischen Oktober 2021 und September 2024 mit Mitwirkung des BIÖG als Leitung eines Arbeitspaketes zu »community-based

mental health care«. Basierend auf Erfahrungen aus Belgien führten elf beteiligte Länder Pilotvorhaben zur Schaffung von sektorenübergreifenden gemeindepsychiatrischen Netzwerken und Hilfen durch und wurden vom BIÖG methodisch angeleitet und begleitet.

Das Projekt hatte zum Ziel, integrierte und wohnortnahe Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Belastungen zu schaffen, in denen die Bedürfnisse der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt werden, um ihre gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Als Teil der Umsetzung in Deutschland förderte das BIÖG ein Projekt des Delmenhorster Instituts für Gesundheitsförderung, das die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen mit psychisch erkrankten Eltern in den Fokus nimmt (siehe Beitrag von Linda Dervishaj in diesem Fachheft).

Zur Unterstützung der Pilotprojekte wurden Schulungen zu community-based mental health care für relevante Akteurinnen und Akteure aus Politik und Praxis durchgeführt und aufbauend auf diesen Erfahrungen Schulungsmaterialien erarbeitet.

Zur Unterstützung der Datenanalyse im Bereich der psychischen Gesundheit wurde ein Dashboard entwickelt und erprobt. Das Dashboard ermöglicht als digitales Werkzeug, Daten von verschiedenen Leistungsträgern und Quellen zu aggregieren, zu analysieren, zu visualisieren und auszuwerten. Es bietet einen zugänglichen Überblick über die Leistungen eines Gesundheitssystems und ermöglicht ein kontinuierliches Monitoring sowie die Evaluation von Interventionen bzw. Systemen. Als webbasierte Plattform entwickelt, verknüpft und verarbeitet das Dashboard Daten und bietet eine dynamische und interaktive Schnittstelle für die Analyse von Indikatoren für psychische Gesundheit.

Erfahrungen und Schlussfolgerungen aus den Pilotprojekten wurden in einem länderübergreifenden Bericht zusammengefasst, der ebenfalls Empfehlungen zur Umsetzung von »community-based mental health care« in den beteiligten Ländern formuliert.

Darüber hinaus wirkt das BIÖG an der seit September 2024 laufenden Joint Action MENTOR mit. Neben der Fokussierung auf integrierte und umfassende Förderung der psychischen Gesundheit, beispielsweise durch Entwicklung eines Katalogs mit evidenzbasierten, gemeindenahen Präventionsangeboten für junge Menschen, soll damit ein weiterer Fokus auf evidenzbasierte Online-Tools zur Prävention oder Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen gelegt werden. Ziel ist außerdem, den Ansatz Mental Health in All Policies (MHiAP) zu fördern. Die Auswertung der Erfahrungen der beteiligten Länder dienen als Ausgangspunkt für die Entwicklung und pilothafte Erprobung von Empfehlungen für die Implementierung von MHiAP.

Was sind Joint Actions?

Joint Actions im Gesundheitsbereich sind von der EU aus dem Förderprogramm EU4Health kofinanzierte Kooperationsprojekte, an denen mehrere EU-Länder und assoziierte Länder beteiligt sind und die darauf abzielen, wichtige gesundheitspolitische Prioritäten der EU anzugehen, z. B. durch die gemeinsame Nutzung, Erprobung und Weiterentwicklung erfolgreicher Instrumente, Methoden und Ansätze. Joint Actions werden von einem Konsortium öffentlich-rechtlicher Akteurinnen und Akteure (z. B. nationale Ministerien, regionale Gesundheitsbehörden, Kommunen, usw.) durchgeführt, die in den beteiligten Ländern durch die für die Gesundheit zuständigen Ministerien nominiert werden. Durch die Mitgliedsstaaten vorgeschlagene und so geplante Joint Actions werden in jährlichen Arbeitsprogrammen von EU4Health konkretisiert.

Mental Health in All Policies (MHiAP) – Ein Grundprinzip umfassender psychischer Gesundheitsförderung

Psychische Gesundheit in allen Politikfeldern zu verankern, ist – in Anlehnung an den von der WHO verfolgten Health in All Policies (HiAP)-Ansatz – eine Strategie, die eine ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren im Sinne einer Förderung der psychischen Gesundheit als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe vorsieht (Köckler & Geene, 2022). Der Ansatz betont die Auswirkungen von öffentlichen Politiken auf Determinanten der psychischen Gesundheit, stärkt die Verantwortlichkeit der politischen Entscheidungsträger für die Auswirkungen von Politiken auf die mentale Gesundheit und fordert eine verstärkte interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit aus verschiedenen Politikbereichen. Zudem strebt MHiAP den Abbau von Ungleichheiten im Bereich der psychischen Gesundheit an und will die Möglichkeiten aufzeigen, die die psychische Gesundheit für verschiedene Politikbereiche bietet.

Literatur

Köckler, H. & Geene, R. (2022): Gesundheit in allen Politikfeldern/Health in All Policies (HiAP). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0

European Union Health Policy Platform Thematic Network – Mental Health in All Policies. (2023): A Mental health in All Policies approach as key component of any comprehensive initiative on mental health. https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/publications/2023/230419_statement_mentalhealthinallpolicies.pdf

04

04. Praxisperspektiven

04.1 Die psychische Gesundheit von Familien in einer deutschen Kommune stärken

Linda Dervishaj

In Deutschland wachsen rund 3,8 Millionen Kinder und Jugendliche mit mindestens einem psychisch erkrankten Elternteil auf (Christiansen et al., 2014). Die Folgen einer elterlichen Erkrankung können für die Kinder enorm sein und reichen von Gefühlen der Desorientierung und Schuld für das Befinden der Eltern bis hin zu einer erhöhten genetischen Prädisposition für eigene psychische Erkrankungen. Psychosoziale Faktoren führen darüber hinaus zu einer Beeinflussung der kindlichen Entwicklung und langfristigen Gesundheit, beispielsweise durch einen fehlenden Selbstwirksamkeitsglauben, eine instabile Eltern-Kind-Beziehung oder Schamgefühle (Wagenblass & Spatscheck, 2023).

In Delmenhorst im Nordwesten Niedersachsens leben ca. 82.000 Menschen (Stadt Delmenhorst, 2024). Nach Schätzungen sind damit rund 4.000 Kinder und Jugendliche in der Stadt betroffen, wobei diese Zahl durch problematische Soziallagen und die fast linearen Zusammenhänge zu seelischen Erkrankungen in der Realität noch höher liegen dürfte (Baumgarten et al., 2019). Die Lage in Delmenhorst wird oft als schwierig angesehen und ist durch eine starke soziale Deprivation geprägt.

Das Resultat eines Regionalrankings des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) zeigt, dass Delmenhorst unter Berücksichtigung von vierzehn Indikatoren (z. B. Wirtschaftsstruktur, Arbeitsmarkt und Lebensqualität) den 392. Platz von 400 deutschen Kommunen belegt (Ewald et al., 2024). Ferner ist die sozioökonomische Situation herausfordernd; die SGB II-Quote lag im Juni 2024 bei 14,5 % und hebt sich damit deutlich vom niedersächsischen Durchschnitt von 8,4 % ab (BfA, 2024).

Im bundesweiten Vergleich weist die Stadt eine Population auf, die unter Berücksichtigung der Indikatoren Bildung, Beruf und Einkommen in großen Teilen als sozial benachteiligt gilt und dem fünften Quintil des German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) des Robert Koch-Instituts (RKI) zuzuordnen ist (Michalski et al., 2024): »Regionen mit höherer sozioökonomischer Deprivation weisen eine geringere Lebenserwartung, eine höhere Sterblichkeit und eine Häufung von Gesundheitsrisiken auf.« (Kroll et al., 2017, S. 112). Diese Belastungen gelten als wichtige Risikofaktoren für (seelische) Erkrankungen, insbesondere für Kinder und Jugendliche (Klipker et al., 2018; Hähnle et al., 2023).

Die Bedeutung einer Kommune als Dachsetting für Prävention und Gesundheitsförderung (Quilling et al., 2022) wurde in Deutschland erst mit Inkrafttreten des Präventionsgesetzes (PrävG) im Jahre 2015 in den gesundheitspolitischen Debatten sichtbarer. Dabei ist die Rolle des Umfelds insbesondere für vulnerable Gruppen wie Kinder psychisch oder chronisch erkrankter Eltern äußerst bedeutsam (Sörensen et al., 2018). Das Vorhaben, die Gesundheit dieser Familien auf kommunaler Ebene zu fördern, ist wegen des erhöhten Risikos für die Entwicklung eigener psychischer Erkrankungen aufgrund von belastenden frühkindlichen Erfahrungen von besonderer Bedeutung (McGowan und Szyf, 2010).

Gleichzeitig ist die Evaluation kommunalbasierter Interventionen aufgrund der Komplexität aufwändig und validierte Initiativen auch in reichen Ländern wie Deutschland weiterhin selten (McGowan et al., 2018). Betroffene Personen werden nicht nur selten wahrgenommen; sie sind häufig selbst nicht in der Lage, vorhandene Hilfen in Anspruch zu nehmen. Aus diesem Grund sind mehr und vor allem lokal umsetzbare Maßnahmen von Nöten.

Vor diesem Hintergrund engagiert sich das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) im Bereich der Kinder psychisch kranker/drogenabhängiger Eltern, was zu einer Beteiligung an der Joint Action (JA) ImpleMENTAL führte (siehe Beitrag von Nathalie Bélorgey et al. auf S. 73).

Das Projekt ImpleMENTAL

Die Joint Action ImpleMENTAL wurde im Rahmen des EU4Health Gesundheitsprogramms der EU-Kommission zur Förderung der psychischen Gesundheit durchgeführt. Neben 20 weiteren Ländern hat sich das Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG) als gemeinnütziges, unabhängiges Institut für Deutschland der Pilot-Implementierung der »Belgian Best Practice (BBP) in the area of mental health« auf lokaler Ebene angenommen.

Die BBP bezieht sich auf die Reform des belgischen Gesundheitssystems, die darauf abzielt, ein umfassendes und integriertes Versorgungssystem um die Nutzenden herum zu schaffen. Dies ermöglicht eine effiziente Nutzung der Ressourcen und eine stärkere Ausrichtung auf die Genesung psychisch erkrankter Menschen. Zu den Zielen der Reform gehören ferner die Reduktion stationärer Behandlungen und institutioneller Einrichtungen hin zu gemeindenahen Unterstützungsmöglichkeiten, die Förderung der Wiedereingliederung nach psychischer Erkrankung in Zusammenarbeit aller relevanter Bereiche (Bildung, Kultur, Arbeit, u. a.), eine intersektorale Zusammenarbeit unterschiedli-

cher Sektoren im Rahmen regionaler Versorgungsnetzwerke, die Etablierung aufsuchender Hilfen durch mobile, multiprofessionelle Teams sowie die Integration vorhandener Projekte auf gemeinschaftlicher, föderaler und (über-)regionaler Ebene (EU, 2019).

Eine solche Realisierung ist unter den bestehenden Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems (beispielsweise aufgrund strikter sektoraler Grenzen unter anderem zwischen ambulanten und stationären Strukturen, diverser Kostenträger sowie genauer, auch hierarchischer Tätigkeitsabgrenzungen) eine besondere Herausforderung (Brandhorst & Hildebrandt, 2017).

Die Bewerbung des DIG mit dem Titel »Kinder psychisch kranker/drogenabhängiger Eltern« ergab sich durch den Austausch mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und die langjährige Mitarbeit in der AG Kommunaler Partnerprozess. Die Umsetzung erfolgte in Zusammenarbeit von Dr. Johann Böhmann (Leitung DIG) und Linda Dervishaj (Projektleitung) und hatte eine Laufzeit von 22 Monaten (November 2022 bis Ende August 2024). Projekte des DIG reichen von kommunalen Aktivitäten, wie der Organisation einer Hebammenzentrale bis hin zu internationalen Kooperationen, beispielsweise durch die Zertifizierung als »Safe Community« im Bereich der Unfallprävention (ISCCC, 2024) oder die Umsetzung einer Studie zu Übergewicht bei Kindern (IDEFICS Study, 2024). Kooperationen und Netzwerk-Strukturen innerhalb der Kommune spielen hier oft eine entscheidende Rolle.

Hintergründe

Aufgrund der vielfältigen Folgen einer elterlichen Erkrankung sind sowohl Kinder als auch Eltern auf möglichst frühzeitige, zugängliche und fachlich qualifizierte Beratung, Behandlung, Betreuung sowie multiprofessionelle Hilfen angewiesen. Die krankheitsbedingt häufig eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, die gesellschaftliche Stigmatisierung – darunter auch die kritische subjektive Anschauung des eigenen seelischen Wohlbefindens (Selbststigmatisierung) – sowie umständliche, bürokratische Zugänge zu Hilfen tragen oft dazu bei, dass betroffene Menschen vorhandene Unterstützungsmöglichkeiten nicht in Anspruch nehmen oder keine für sie passenden Angebote finden können.

Es besteht daher ein besonders hoher Bedarf, vorhandene Hilfen transparent und durch Vernetzung besser zugänglich zu machen. Vor allem kommunale, wohnortnahe Interventionen könn(t)en betroffene Personen frühzeitiger erreichen, wie wiederkehrende Analysen niedrigschwelliger Programme aus den USA eindrucksvoll belegen (Morency et al., 2024).

Erschwerend geht der geltende Rechtsrahmen an den komplexen Hilfebedarfen von Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil vorbei. Das Sozialgesetzbuch (SGB) spielt eine zentrale Rolle bei der Versorgung dieser Familien. Vor allem das SGB V (medizinische Versorgung), das die gesetzliche Krankenversicherung einschließlich medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen umfasst, sowie das SGB VIII (Jugendhilfe), das auf die Förderung und Unterstützung von Familien abzielt, können hier entscheidend sein. Häufig kommen beide Bereiche zum Einsatz, eine Zusammenarbeit erweist sich aufgrund unterschiedlicher Ansätze aber oft als herausfordernd. Die medizinische Versorgung legt den Fokus primär auf Diagnose und Behandlung von Krankheiten und individuelle Interventionen, die häufig einzelne isolierte Erkrankungen umfassen. Die Jugendhilfe hingegen unterstützt und fördert die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und beinhaltet insbesondere nach Erlass des PrävG sowie den Änderungen im Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) auch unabhängig vom Vorliegen einer akuten Gefährdungslage präventive und unterstützende Maßnahmen. Divergierende Schwerpunkte und Interventionsansätze können zur institutionellen Separation führen, da die medizinische Versorgung auf kurzfristige, akute Maßnahmen ausgerichtet ist, während die Jugendhilfe meist langfristige, präventive und entwicklungsfördernde Ziele verfolgt.

Eine umfassende Analyse auf kommunaler Ebene hilft, diese Herausforderungen zu identifizieren und Lösungen zu entwickeln, die die spezifischen Bedürfnisse der betroffenen Familien und nicht nur die jeweiligen Handlungsroutinen in den Fokus nehmen. Hier können Erfahrungen und Aktivitäten der Frühen Hilfen als auch der Niedersächsischen Präventionsketten genutzt werden. Unverändert bestehende Herausforderungen gilt es hierbei zu berücksichtigen. Sie sind im Folgenden beispielhaft dargestellt und zeigen sich im Alltag in beiden Bereichen (Fischer & Geene, 2019):

- Die Kinder- und Jugendhilfe und das Gesundheitswesen arbeiten mit unterschiedlichen Kooperationen und Handlungsrahmen. So ist die Jugendhilfe gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 2 SGB VIII zur Kooperation verpflichtet, während dies für das Gesundheitswesen (SGB V) nicht gilt. Auch in den einzelnen Systemen selbst kann nicht von einem einheitlichen Verständnis der Kooperationen, Handlungsweisen und Möglichkeiten gesprochen werden.
- Zwischen der Kinder- und Jugendhilfe und dem Gesundheitswesen existieren vielfältige Kooperationen. Dabei handelt es sich jedoch meist um lokal verankerte (Bottom-up-) Prozesse, die den Vorteil einer hohen Identifikation der Mitwirkenden bieten, doch die Gefahr geringer Nachhaltigkeit bergen.
- Es besteht ein Mangel an Unterstützung für Kooperationen. Bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen sind nicht darauf ausgerichtet.
- Neben förderlichen Rahmenbedingungen sind persönliches Engagement der Mitarbeitenden und das Vorhandensein lokaler Kompetenz zur Netzwerkkoordination zentrale Gelingensfaktoren.
- Bislang scheint die Initiative zur Kooperation eher von der Kinder- und Jugendhilfe auszugehen, während die lokalen Gesundheitsämter – trotz des aktuellen Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – aufgrund knapper (auch personeller) Ressourcen Mühe haben, sich auf die Kooperation einzulassen.

Im vorliegenden Projekt geht die Initiative von einem Akteur (DIG) zwischen diesen Bereichen aus, was einen erheblichen Neutralitätsgewinn bedeutet. Diese Neutralität, in Verbindung mit der Offenheit für beide Bereiche, stellt nicht nur einen Türöffner dar, sondern ist auch für die Umsetzung und die Bereitschaft für konkrete Verbesserungen mit den einschränkenden Rahmenbedingungen einer kommunal basierten Initiative ein Erfolgsfaktor. Aufgrund der Verortung in einer klassischen NGO sind allerdings Nachhaltigkeit und eine gewisse (stärkere) Personen-Abhängigkeit als Herausforderungen anzusehen.

Doch nicht nur die Jugendhilfe und das Gesundheitssystem spielen eine wichtige Rolle für die psychische Gesundheit von Familien. Betroffene weisen in Zeiten psychischer Herausforderungen diskontinuierliche Bedarfslagen auf. Insbesondere Kinder sind in ihrem Alltag und ihrer Entwicklung auf die Unterstützung erwachsener Bezugspersonen angewiesen. Wenn Elternteile erkranken, kann diese notwendige Unterstützung teilweise oder vollständig entfallen. Deshalb ist es so bedeutsam, Kindern sichere Lebensräume zu bieten und Menschen in allen Bereichen zu sensibilisieren sowie Hilfen für steigende Nöte möglichst früh zu offerieren.

Die Pilot-Implementierung und Anpassung der Kernaspekte der BBP auf die lokalen Verhältnisse

einer deutschen Kommune waren aus den genannten Gründen eine große Chance, die (ausbaufähige) Rolle der Kommune und ihrer Gemeinschaft in Bezug auf eine der vulnerabelsten Gruppen zu betonen und förderliche oder hemmende Faktoren in einem Modell zu analysieren sowie unter lokalen Rahmenbedingungen konkrete Verbesserungsansätze ganzheitlich zu diskutieren und umzusetzen.

Eine Vielzahl von Aktivitäten zielten auf die Förderung intersektoraler Zusammenarbeit und Sensibilisierung (Awareness) der gesamten Öffentlichkeit inklusive möglichst aller relevanten Arbeitsfelder für die Herausforderungen und Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit psychischer Erkrankung und Gesundheit ab.

Umsetzung: Zusammenarbeit und Sensibilisierung

Zu Beginn der Aktivitäten wurden nach Identifizierung möglichst aller relevanten Berufsgruppen Gespräche und Interviews geführt, um Einstellungen und Haltungen eingehend zu analysieren und in die Arbeit zu integrieren. Diese Gespräche waren essenziell, um ein besseres Verständnis für vielseitige Motivationen, Herausforderungen und die Bereitschaft zur Veränderung zu erlangen.

Die vielfältige Einbindung von Schlüsselpersonen unterschiedlicher Disziplinen war für den Erfolg der Maßnahmen entscheidend. So wurden neben Fachleuten des Gesundheitswesens Personen aus dem Bildungsbereich, der frühkindlichen Betreuung, den Rettungsdiensten, Integrationslotsen, Hebammen, Menschen mit eigener Erfahrung und viele weitere Mitwirkende in den Prozess integriert. Diese multidisziplinäre Ausrichtung trug im späteren Verlauf maßgeblich dazu bei, die Reichweite der Maßnahmen zu erhöhen und Sektorengrenzen zu überwinden.

Das konkrete, persönliche Aufsuchen und Ansprechen relevanter Personen, zumeist in ihren ihnen bekannten Arbeitsumgebungen (Behörde, Praxis etc.), hatte eine vertrauensbildende Wirkung und somit eine starke Öffnung im Gespräch zur Folge. Durch die unvoreingenommene Befragung erfolgte eine breite Aktivierung vieler Menschen, die in einer Bereitschaft zum Engagement mündete. Neben dem Aufbau des Interview-Leitfadens spielte die offene Fragestellung angelehnt an narrative Techniken (Schütze, 2016) eine große Rolle.

Bereits während der Interviewperiode führte dies zu zunehmendem Interesse weiterer Personen, was sich gelegentlich zu einer Art fear of missing out verdichtete und dazu führte, dass aus zeitlichen Gründen nicht alle interessierten Personen befragt werden konnten. Es offenbarte sich in fast allen Bereichen ein spürbarer Veränderungsdruck (bis hin zum Leidensdruck) und entsprechend großes Interesse.

Der Prozess des Besuchens, der Befragung und des ständigen Kontakts mit einer verantwortlichen Person (der Projektleitung), die nicht Teil bisheriger Strukturen war, zeichnete sich als eine Art bindungsähnliche Dynamik ab und förderte im weiteren Verlauf die Bildung einer multidisziplinären Task Force. Dies galt in gleicher Weise für die Integration erfahrener Menschen (people with lived experience), die auch auf europäischer Ebene ein wichtiges Anliegen darstellt, um zukünftig passendere Hilfsangebote zur Verfügung stellen zu können. Eine sensible, offene Hinzuziehung betroffener Menschen erwies sich als sehr wertvoll und unterstützend.

Teile der gewonnenen Erkenntnisse durch wissenschaftliche Analyse aller Interviews mit insgesamt 39 Personen wurden von der Projektleitung in einer etablierten multidisziplinären Task Force in zwei- bis dreistündigen Abendveranstaltungen anonymisiert präsentiert und diskutiert. Sie gewannen zunehmend an Eigendynamik und erreichten insgesamt eine wachsende Anzahl Teilnehmender von derzeit etwa 80 Personen unterschiedlicher Berufsgruppen. Effektive Früherkennung und niedrigschwellige Hilfen durch Sensibilisierung und Kooperation standen hierbei im Vordergrund und sind insbesondere für die am stärksten gefährdete Gruppe von Kindern zu gewährleisten. Das Interesse vieler, oft übersehener Berufsgruppen (wie Angehörige von Polizei oder Rettungsdiensten) wird auch im internationalen Austausch positiv aufgenommen. In diesem Zusammenhang hat sich ein großer Informations- und Weiterbildungsbedarf gezeigt, der die weltweit nahezu täglichen Meldungen über Unsicherheit und Fehlverhalten im Kontakt mit psychisch erkrankten Menschen bestätigt.

Ein weiterer Schwerpunkt der Aktivitäten lag auf der Förderung der Zusammenarbeit und Koordination beteiligter Sektoren. Um die Bedürfnisse betroffener Familien adäquat adressieren zu können, ist es von zentraler Bedeutung, nicht nur Gesundheitsdienste, sondern auch soziale und pädagogische Einrichtungen und andere relevante Organisationen in den Prozess einzubeziehen. Hier stellt der interdisziplinäre Austausch unterschiedlicher Berufszweige einen wesentlichen Faktor dar, um individuelle Arbeitsweisen und Herausforderungen zu erfassen und somit die Grundlage für eine verstärkte Zusammenarbeit zu schaffen.

Darüber hinaus haben anonymisierte Fallbeispiele unterschiedlicher Disziplinen zum umfassenden Verständnis beigetragen. Themen wie Menschenrechte, Prävention, Selbsthilfe und Psychoedukation waren ebenfalls Gegenstand der Diskussionen und wurden als wesentliche Dimensionen zur Förderung des individuellen und kollektiven Wohlbefindens angesehen.

Maßnahmen

Eine der größten Herausforderungen war die Enttabuisierung psychischer Erkrankungen. Auch nicht betroffene Personen sowie Fachkräfte zögerten zu Beginn des Projektes, offen über diese Themen zu sprechen. Dies zeigt die Prägung weit gestreuter Vorurteile.

Die Sensibilisierung der Öffentlichkeit und die Entstigmatisierung psychischer Krankheiten stellten daher zentrale Elemente der Implementierung dar. Durch gezielte Aufklärungsarbeit und Sensibilisierungskampagnen konnten erste Erfolge erzielt und das Vertrauen betroffener Menschen gewonnen werden. So wurden unter anderem die Prinzipien der Genesung und sozialer Inklusion vermittelt. Diese Kampagnen richteten sich an alle relevanten Sektoren und die gesamte Bevölkerung und dienten dem gemeinsamen Verständnis psychischer Gesundheit und der Bedürfnisse erkrankter Menschen sowie zur Förderung des (gesamtheitlichen) Dialogs. Unter dem Stichwort Awareness konnte in Kooperation mit den lokalen Zeitungen die Ansprache psychischer Gesundheitsprobleme eine Bewusstseinsbildung fördern und die öffentliche Wahrnehmung positiv beeinflussen. Von der Unabhängigkeit des Instituts von Strukturen und Hierarchien konnte hierbei wesentlich profitiert werden. Ein erhebliches Interesse lokaler Print- und Online-Medien an fundierten Informationen jenseits jeglicher medialer Zuspitzung und ohne Rücksicht auf behördliche Vorgaben oder Zuständigkeiten konnte damit qualifiziert realisiert werden, was sich in mehr als 25 Berichten niederschlug. Sie wurden auf unterschiedlichen (zum Teil kostenfreien) Kanälen gestreut und haben unter anderem zu aktiven Kontaktaufnahmen geführt.

Zur Intensivierung dieser Bemühungen wurde ein elektronisches Messinstrument in Form eines Buzzers (»Wie fühlst Du Dich? … in diesem Mo-

ment…«) entwickelt und zum International Mental Health-Day am 10.10.2023 auf dem Marktplatz vorgestellt. Im Sinne einer niedrigschwelligen, mehr- und bildsprachigen Methode und unter Hinzuziehung von Emojis zur Stimmungsdarstellung wurde an diversen Orten wie Schulungsveranstaltungen oder öffentlichen Sitzungen ein Raum für persönlichen Austausch geschaffen. Diese Initiative bietet eine Plattform für offene Diskussionen und ermutigt dazu, Gespräche über das Wohlbefinden zu führen und in Kontakt zu treten.

Ein Aspekt bestand darin, das allgemeine Wissen über verfügbare Unterstützungsangebote und deren Zugangswege zu fördern. Dies geschah u. a. durch gezielte Informationsverbreitung und eine enge Zusammenarbeit mit lokalen Netzwerken und Diensten als Multiplikatoren. Ein unterstützender Erfolgsfaktor war die hohe kommunale Bekanntheit des DIG durch die Verortung seines Gründers Dr. Johann Böhmann als ehemaliger Chefarzt des städtischen Krankenhauses, Leitung der Kinderklinik und Koordinator der Gesundheitsregion Delmenhorst sowie sein langjähriges Engagement (in beratender und aktiver Funktion) bei einer Vielzahl von Aktivitäten. Schließlich wurde die Zusammenarbeit mit den Medien genutzt, um auch auf weniger genutzte Angebote mit freien Kapazitäten aufmerksam zu machen und Hürden abzubauen.

Im Fokus stand – dem belgischen Ansatz folgend – ein gesteigertes Bewusstsein für seelische Gesundheit und Problemlagen in der gesamten Bevölkerung und insbesondere bei Personengruppen, die früh oder häufig mit Kindern und Familien in Kontakt stehen.

Ausblick

Die lokalen Bemühungen, unter anderem die Task Force, werden weiterhin unter Führung der Projektleitung bestehen bleiben und somit nachhaltig den Zugang zu psychischen Gesundheitsdiensten durch forcierte Kollaboration verbessern und bereits in den frühesten Stadien durch Sensibilisierung für die Bedeutung psychischer Gesundheit eine umfassende Unterstützung sicherstellen.

Außerdem wurden im Anschluss an das Projekt Weiterbildungen für pädagogische Fachkräfte in Kitas, Lehrkräfte und Sozialarbeitende an Grundschulen sowie Medizinische Fachangestellte konzipiert, durchgeführt und evaluiert. Ferner wird die Entwicklung maßgeschneiderter Versorgungswege und niedrigschwelliger Angebote gefördert, um mehr Interventionen im Rahmen des Genesungsprozesses zu etablieren und gleichzeitig eine frühe Erkennung und Intervention auf niedrigschwelliger Ebene und in der Nähe zu gewährleisten (insoweit sind beispielsweise die Etablierung einer offenen Sprechstunde oder eines »Gesundheitskiosks« für psychische Belange angedacht).

Schließlich arbeitet das Institut an einer Bestandsaufnahme im Sinne eines Dashboards zur Erkenntnis über den lokal-regionalen Umfang von Krankheitshäufigkeiten, neben den Psychiatrien aller Altersgruppen insbesondere in Einrichtungen der Primärversorgung. Eine umfangreiche Datenlage soll damit auch vor Ort als Grundlage für nachhaltige und effiziente (politische) Entscheidungen und Anpassungen dienen.

Die Implementierung der BBP unter intensiver Einbindung verschiedener Personengruppen, der gezielten Förderung intersektoraler Zusammenarbeit und umfassender Maßnahmen der Sensibilisierung und Informationsverbreitung führten zu facettenreichen Strategien und einem systematischen, koordinierten Ansatz, um den komplexen Bedürfnissen dieser vulnerablen Gruppe(n) gerechter zu werden.

Literatur

Baumgarten, F., Cohrdes, C., Schienkiewitz, R. T., Meyrose, A.-K. & Ravens-Sieberer, U. (2019): Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62(10), 1.205–1.214. https://doi.org/10.1007/s00103-019-03006-9

Brandhorst, A. & Hildebrandt, H. (2017): Kooperation und Integration – Das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens: Wie kommen wir weiter? In A. Brandhorst, H. Hildebrandt & E. W. Luthe (Hrsg.). Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems (S. 573–612). Springer VS.

BfA – Bundesagentur für Arbeit, Statistiken (2024): Grundsicherung. Zugriff am 15.10.2024 unter https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Grundsicherung/Grundsicherung-Nav.html?Thema%3Dueberblick%26DR_Gebietsstruktur1%3Dkr%26Gebiete_Region1%3DKreis%26DR_Region1%3D03401000%26DR_Region1_kr%3D03401000%26mapHadSelection%3Dtrue

Christiansen, H., Anding, J. & Donath, L. (2014): Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern. In M. Kölch, U. Ziegenhain & J. M. Fegert (Hrsg.). Kinder psychisch kranker Eltern (S. 80–105). Juventa.

EU – European Union (2019): Mental health: Good practices and implementable research results. Zugriff am 15.10.2024 unter https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-04/2019_good-practices_mental-health_en_0.pdf

Ewald, J., Hünnemeyer, V. & Kempermann, H. (2024): IW-Regionalranking 2024. Institut der deutschen Wirtschaft (Hrsg.). Zugriff am 15.10. unter www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/Report/PDF/2024/IW-Report_2024-IW-Regionalranking-2024.pdf

Fischer, J., Geene, R. & Institut für kommunale Planung und Entwicklung (IKPE) (2019): Gelingensbedingungen der Kooperation von Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitswesen: Handlungsansätze und Herausforderungen im Kontext kommunaler Präventionsketten. FGW-Studie Vorbeugende Sozialpolitik, Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung e.V., Bd. 19. Zugriff am 15.10.2024 unter www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/66316/ssoar-2019-fischer_et_al-Gelingensbedingungen_der_Kooperation_von_Kinder-.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2019-fischer_et_al-Gelingensbedingungen_der_Kooperation_von_Kinder-.pdf

Hähnle, S., Weilemann, M. & Fegert, J. M. (2023): Armut als Risikofaktor in Kindheit und Jugendalter. In J. M. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.). Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer (S. 177-192). https://doi.org/10.1007/978-3-662-49289-5_50-1

ISCCC – International Safe Community Certifying Centre (2024): Delmenhorst – Safe Community Delmenhorst. Zugriff am 15.10.2024 unter https://isccc.global/community/delmenhorst/197

IDEFICS Study (2024): IDEFICS – Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health EFfects in children and infantS. Zugriff am 15.10.2024 unter www.ideficsstudy.eu/index.html

Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J. & Lampert, T. (2017): German index of socioeconomic deprivation (GISD) Version 1.0. GESIS Data Archive, Köln. Zugriff am 15.10.2024 unter https://data.gesis.org/sharing/#!Detail/10.7802/1460

Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T. & Hölling, H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring, 3(3), 37–45. https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-077

Michalski, N., Soliman, O., Reis, M., Tetzlaff, F., Nowossadeck, E. & Hoebel, J. (2024): German index of socioeconomic deprivation (GISD). Berlin: Zenodo. Zugriff am 15.10.2024 unter https://robert-koch-institut.github.io/German_Index_of_Socioeconomic_Deprivation_GISD

McGowan, P. O. & Szyf, M. (2010): The epigenetics of social adversity in early life: Implications for mental health outcomes. Neurobiology of Disease, 39(1), 66–72. https://doi.org/10.1016/j.nbd.2009.12.026

McGowan, V. J., Wistow, J., Lewis, S. J., Popay, J. & Bambra, C. (2018): Pathways to mental health improvement in a community-led area-based empowerment initiative: evidence from the Big Local »communities in control« study, England. Journal of Public Health, 41(4), 850–857. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy192

Morency, M. M., Reynolds, A. J., Loveman-Brown, M., Kritzik, R. & Ou, S.-R. (2024): Structural equality and support index in early childhood education. JAMA Network Open, 7(8), e2432050. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.32050

Plass-Christl, A., Ravens-Sieberer, U., Hölling, H. & Otto, C. (2021): Tragectories of health-related quality of life in children of parents with mental health problems: Results of the BELLA Study. Quality of Life Research, 30(7), 1.841–1.852. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02783-8

Quilling, E., Leimann, J. & Tollmann, P. (2022): Kommunale Gesundheitsförderung. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i043-1.0

Schütze, F. (2016): Biographieforschung und narratives Interview. In F. Schütze, W. Fiedler & H.-H. Krüger (Hrsg.). Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse. Grundlagen der qualitativen Sozialforschung (S. 55–73). Verlag Barbara Budrich.

Sörensen, J., Barthelmes, I. & Marschall, J. (2018): Strategien zur Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen – Ein Scoping Review. IGES Institut GmbH, Berlin. Zugriff am 15.10.2024 unter www.hessen-nachhaltig.de/files/content/bilder/baukasten/pflege-09-22/Strategien-zur-Erreichbarkeit-vulnerabler-Gruppen-in-der-Praevention-und-Gesundheitsfoerderung-in-Kommunen%E2%80%93Ein-Scoping-Revi.pdf

Stadt Delmenhorst (2024): Porträt. Zugriff am 15.10.2024 unter www.delmenhorst.de/leben/stadt/index.php

Wagenblass, S. & Spatscheck, C. (Hrsg.) (2023): Kinder psychisch erkrankter Eltern. UTB.

04.2 Präventionsarbeit »Flucht – Trauma – Sucht: die Spirale durchbrechen«

Bernd Renger und Aline Elix

Im Jahr 2024 lebten in Niedersachsen rund 277.000 anerkannte Geflüchtete, die überwiegend aus Syrien und der Türkei stammten. Hinzu kamen etwa 113.000 Ukrainerinnen und Ukrainer mit befristetem Aufenthaltsstatus nach § 24 AufenthG, also außerhalb des regulären Asylverfahrens (vgl. BAMF, 2024). Das Durchschnittsalter der Schutzsuchenden lag bei 30,8 Jahren, rund ein Drittel von ihnen war minderjährig. Entgegen dem Klischee, dass es sich bei Geflüchteten vor allem um Männer handelt, war die Geschlechterverteilung mit 53,5 % männlichen und 46,5 % weiblichen Geflüchteten jedoch relativ ausgewogen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2024).

Viele Geflüchtete machen traumatische Erfahrungen – in ihren Herkunftsländern, auf der Flucht und auch nach der Ankunft in Deutschland. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) zählen daher zu den häufigsten psychischen Erkrankungen unter geflüchteten Menschen. Gleichzeitig besteht ein eindeutiger Zusammenhang zwischen PTBS und einem erhöhten Risiko für Suchterkrankungen (vgl. Schäfer et al., 2023).

Geflüchtete Menschen sind im Suchthilfesystem allerdings wenig präsent. Ähnliches lässt sich für die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Themas sagen: Für Deutschland liegen derzeit nur wenige Studien vor, die sich mit dem Kausalzusammenhang zwischen Fluchterfahrungen und Substanzkonsum beschäftigen. Die meisten Veröffentlichungen befassen sich schwerpunktmäßig mit dem Thema unbegleitete minderjährige geflüchtete Menschen oder den Folgeerscheinungen der erlebten Traumata im Heimatland und während der Flucht. (vgl. Kuhn et al., 2018).

2019 gaben 15,6 % (N = 100) befragter geflüchteter Menschen eine Substanzabhängigkeit als Teil ihrer Symptomatik an, wie die Erhebungen des Projektes refukey zeigen (vgl. Trilesnik et. al., 2019). Der Forschungsbericht zum Substanzkonsum von geflüchteten Menschen von PREPARE (Prevention and Treatment of Substance Use Disorders in Refugees) fasst zusammen, dass der Substanzkonsum oftmals zur Selbstmedikation und der Regulierung von psychischen Belastungen dient (vgl. Sieler et. al., 2021).

Zugleich haben geflüchtete Menschen, wenn, dann eher Zugang zu niedrigschwelligen Angeboten des Suchthilfesystems wie Konsumräumen (vgl. Kuhn, 2018). Hier setzt das im Folgenden vorgestellte Projekt »Flucht – Trauma – Sucht – die Spirale durchbrechen« an, das von der prisma gGmbH und dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen getragen wird.

Das Projekt »Flucht – Trauma – Sucht – die Spirale durchbrechen« wird seit Januar 2024 von der prisma gGmbH und dem Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN) durchgeführt. Für einen Zeitraum von drei Jahren wird das Projekt mit Mitteln aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union gefördert und durch Mittel des Landes Niedersachsen kofinanziert.

Ziel des Projektes ist Einzelfallhilfe und Weiterentwicklung von Unterstützungsangeboten, um geflüchteten Menschen den Zugang zum Suchthilfesystem zu erleichtern. Zudem soll die Schnittstellenarbeit zwischen den Einrichtungen der Flüchtlingshilfe und Suchtberatungsstellen optimiert werden. Weitere Informationen sind zu finden unter: www.prismahannover.de/flucht-trauma-sucht.

Die prisma gGmbH Fachstelle für Sucht und Suchtprävention ist eine vom Land Niedersachsen anerkannte Fachstelle für Sucht und Suchtprävention. In der Fachstelle werden Menschen beraten und behandelt, die von legalen und illegalen Drogen sowie nichtstofflich gebundenen Verhaltensweisen abhängig oder von einer Abhängigkeit gefährdet sind, ebenso substituierte Menschen, mehrfachabhängige Menschen und deren Bezugssystem, Jugendliche sowie Familien und Eltern. Die Aufgabenschwerpunkte von prisma gGmbH umfassen Suchtprävention in Schulen und Betrieben, Beratung, die psychosoziale Betreuung von substituierten Menschen, ambulante Jugend- und Familienhilfe, die ambulante Rehabilitation sowie die Vermittlung in stationäre und teilstationäre Rehabilitationseinrichtungen und die Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische-Untersuchung (MPU).

Das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN) setzt sich für die Versorgung traumatisierter und psychisch erkrankter Geflüchteter ein und betreibt in Niedersachsen an sechs Standorten Psychosoziale Zentren für geflüchtete Menschen. Zum Angebotsspektrum zählen Beratung, Krisenintervention und stabilisierende Gespräche sowie therapeutische Einzel- und Gruppenangebote. Zudem vermittelt das NTFN Patienteninnen und Patienten in die Regelversorgung und bietet Fortbildungen zu den Themen Trauma, Flucht und Arbeit mit Dolmetschenden an.

Projektziele

Das primäre Ziel des Projekts »Flucht – Trauma – Sucht – die Spirale durchbrechen« besteht darin, Hindernisse zu beseitigen oder zu reduzieren, die einer effektiven Beratung im Wege stehen könnten. Das Projekt umfasst daher die Vernetzung von Flüchtlingshilfe und Suchthilfe sowie die Möglichkeit, Suchtberatung mit Dolmetschenden anzubieten.

Es beinhaltet zudem zwei Präventionsworkshops, die darauf abzielen, weitere potenzielle Barrieren zu beseitigen und sowohl das Personal als auch die geflüchteten Menschen zu weiterer Hilfe zu befähigen: Der Workshop mit dem Titel »Flucht –Trauma – Sucht – die Spirale durchbrechen« wendet sich an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren und zielt darauf ab, Mitarbeitende in Flüchtlingseinrichtungen zu schulen. Der Workshop »Stay Stable« richtet sich direkt an die Zielgruppe. Zur Zielgruppe gehören traumatisierte/psychisch belastete Personen, die als Drittstaatsangehörige einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt haben oder als Antragstellende registriert wurden – und über deren Antrag aber noch keine rechtskräftige Entscheidung ergangen ist. Hinzu kommen Personen, die als Drittstaatsangehörige mit Flüchtlingsstatus oder subsidiärem Schutzstatus im Sinne der Richtlinie 2011/95/EU i. V. m. Richtlinie 2013/32/EU anerkannte Asylberechtigte sind oder Drittstaatsangehörige, die vorübergehenden Schutz im Sinne der Richtlinie 2001/55/EG genießen oder als Drittstaatsangehörige, in der Bundesrepublik Deutschland neu angesiedelt oder aus humanitären Gründen aufgenommen oder aus einem anderen Mitgliedstaat in die Bundesrepublik Deutschland oder in einen Mitgliedstaat überstellt wurden.

Multiplikatorinnen- und Multiplikatoren-Workshop

Der Multiplikatorinnen- und Multiplikatoren-Workshop richtet sich an alle Mitarbeitenden im Bereich der Flüchtlingshilfe in Niedersachsen und wird sowohl digital als auch in Präsenz angeboten. Der analoge Workshop findet ganztägig entweder in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle prisma gGmbH oder in den anfragenden Einrichtungen statt. Der digitale Workshop wird in zwei halbtägigen Einheiten durchgeführt. Es hat sich eine Präferenz für den Online-Workshop abgezeichnet.

Ziel des Workshops ist es, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für die Thematik der Suchtprävention zu sensibilisieren und zu befähigen, riskante Konsumformen zu erkennen, anzusprechen und kultursensibel Hilfsangebote vorzuhalten. Zunächst wird ein Überblick über die wesentlichen Verhaltenssüchte, Drogen und missbräuchlich verwendeten Medikamente vermittelt. Im nächsten Schritt geht es um ein Grundverständnis der Suchtentstehung, wozu verschiedene Modelle und Herangehensweisen vorgestellt werden. Dies soll die Teilnehmenden in die Lage versetzen, eigenständig eine erste Risikoeinschätzung vornehmen zu können.

Die gewonnenen Erkenntnisse werden im nächsten Modul vertieft, wobei auf die besonderen Zusammenhänge zwischen Flucht, Trauma (PTBS) und Sucht in der Zielgruppe eingegangen wird. Dies dient dazu, Hintergründe besser zu verstehen und nicht nur an Symptomen zu arbeiten. Zudem sollen strukturelle Veränderungen innerhalb der Einrichtungen implementiert werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Folgen von Traumata und schwierigen Lebensumständen der Zielgruppe abzumildern und somit das Suchtrisiko zu senken.

In den Workshops wird zudem die Motivierende Gesprächsführung nach Rollnick, basierend auf dem Transtheoretischen Modell (Miller & Rollnick, 2002) vermittelt. Die Teilnehmenden lernen dabei den umfassenden Prozess der Verhaltensänderung kennen und wie sie diesen Prozess durch Kurzinterventionen anstoßen und begleiten können. Sie erwerben grundlegende Kenntnisse über die verschiedenen Phasen von Veränderungen und die entsprechenden Methoden der Unterstützung in den einzelnen Phasen.

Anschließend wird das erworbene Wissen in auf die Zielgruppe zugeschnittenen Gesprächssituationen eingeübt. Dabei werden Tipps zur Anregung von Verhaltensänderungen vermittelt. Um den Prozess der Veränderung fachlich begleiten zu können, werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch über Möglichkeiten und Hürden des Hilfesystems aufgeklärt und bekommen im Workshop die Möglichkeit, sich ein eigenes (Sucht-) Hilfenetzwerk aufzubauen.

Stay Stable-Workshop

Der Stay Stable-Workshop richtet sich an die Zielgruppe der Geflüchteten. Nach Möglichkeit werden in den anfragenden Einrichtungen zwei Workshops angeboten, um den unterschiedlichen Altersansprüchen gerecht zu werden und zu vermeiden, dass beispielsweise mit ihren Eltern geflüchteten jungen Menschen ihnen gegenüber nicht offen über das Thema Jugend und Drogenkonsum sprechen können.

Es ist eine Vorgabe des Finanzgebers, die Teilnehmenden der Workshops namentlich zu erfassen und eine Kopie ihres Ausweises als Nachweis der tatsächlich erbrachten Leistungen vorzulegen. Dass sich hier eine Hürde abzeichnen würde, war bereits im Vorfeld des Projekts erkennbar. Schließlich ist im Bereich der kulturell und juristisch sensiblen Sucht- und Drogenarbeit die namentliche Erfassung unüblich und stellt für einige Einrichtungen auch aus ethischen Gründen ein Problem dar.

Neben dem Thema Sucht wurde auf eine traumasensitive Ausgestaltung des Workshops Wert gelegt. In Deutschland zählt die PTBS zu den häufigsten psychischen Erkrankungen geflüchteter Menschen. (vgl. Schäfer et al., 2023). Daher wird versucht, eine möglichst stressreduzierte Atmosphäre zu schaffen.

Zu Beginn wird kommuniziert, dass es sich um eine freiwillige Veranstaltung handelt und die Teilnehmenden jederzeit die Möglichkeit haben, auch wortlos den Raum zu verlassen. Auch bekommen die Teilnehmenden mit dem Begleitmaterial sogenannte Akupressurringe ausgehändigt, die dabei unterstützen können, Stress zu reduzieren und Symptome zu lindern (vgl. Litscher, 2021). Vor Beginn der Veranstaltung werden die Räumlichkeiten von der Kursleitung hergerichtet, um ein möglichst angenehmes und reizarmes Ambiente zu schaffen.

Es wurde ebenfalls darauf geachtet, Sprachbarrieren so niedrig wie möglich zu halten. Neben dem Einsatz von Dolmetschenden wurden die Workshopmaterialien mehrsprachig (Englisch, Türkisch, Spanisch, Russisch, Arabisch, Farsi) gestaltet. Zudem arbeiten wir für 2026 an einem mehrsprachigen Audioguide, der die wesentlichen Erkenntnisse der einzelnen Module zusammenfasst, um auch Menschen mit geringer Literalität gerecht zu werden. Gleichzeitig können die Audioguides von den Fachkräften genutzt werden, um relevante Zusammenhänge deutlich zu machen.

Ebenso wird viel mit Piktogrammen und haptischen Methoden gearbeitet. So werden beispielsweise Reaktionskarten mit Piktogrammen zu relevanten Äußerungen wie »bitte wiederholen« oder »Pause machen« an die Teilnehmenden verteilt, um die Kommunikation zu vereinfachen. Auch wird in einer Methode versucht, die wichtigsten Informationen wie Aussehen, Wirkung, Nebenwirkungen, rechtliche Lage und Langzeitfolgen der relevanten Substanzen mit einem Kartenspiel grafisch darzustellen.

Zu Beginn des Workshops wird ein Verständnis des Hilfesystems vermittelt. Denn fehlendes Wissen über das Hilfesystem sowie kulturelle Unterschiede stellen laut den Erhebungen des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN) häufige Hürden dar. Deshalb werden Rolle und Funktion sowie die Zugangswege zum Hilfesystem erklärt.

Ein kulturell anderes Verständnis von Sucht ist ebenfalls häufig eine Hürde bei der Erreichbarkeit des Hilfesystems. Daher halten wir es für notwendig, nicht nur ein gemeinsames Verständnis des Hilfesystems zu vermitteln, sondern auch ein gemeinsames Verständnis von Suchterkrankungen zu erlangen. Eine hier eingesetzte Methode ist der sogenannte Suchtsack (ein Sack gefüllt mit verschiedenen stofflichen und nichtstofflichen Suchtmitteln), der ein Gefühl dafür vermitteln kann, dass Sucht weit mehr ist als eine Folge des Drogenkonsums und dass es jeden betreffen kann, weil der Konsum von Suchtmitteln verschiedenster Art zum Leben Vieler dazugehört. Mit dieser Methode können auch die Unterschiede zwischen psychischen und physischen Abhängigkeiten sowie legalen und illegalen Suchtmitteln mit wenigen Worten veranschaulicht und Stigmatisierungen abgebaut werden (vgl. NLS, 2015).

Darüber hinaus wird besprochen, wie Drogen und Medikamente wirken und sich auswirken können. Laut den Erhebungen des PREPARE-Forschungsberichts spielen vor allem Methamphetamine, Cannabis, Alkohol, Heroin sowie Medikamente bei der Zielgruppe eine Rolle (vgl. Sieler et. al., 2021).

Neben den körperlichen und psychischen Folgen werden auch die rechtlichen Auswirkungen berücksichtigt. Sie können für die Zielgruppe besonders hohe Relevanz haben, da diese beispielsweise den Aufenthaltsstatus gefährden können (vgl. Sieler et. al., 2021). Insbesondere in Bezug auf die Cannabis-Teillegalisierung ergeben sich hier relevante Fragestellungen. Das Modul soll daher auch die Konsumkompetenz fördern.

Sowohl Suchterkrankungen als auch Traumafolgestörungen lassen sich durch die Stärkung des Kohärenzgefühls, also der Selbstwirksamkeit, vorbeugen, da es eng mit dem Glauben an Veränderungsmöglichkeiten verbunden ist (vgl. Sexton & Mc Causland, 2020). Mangelndes Kohärenzgefühl kann den Substanzkonsum verstärken, was sich auch mit den Ergebnissen der PREPARE-Studie deckt, wonach insbesondere Flüchtlinge mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus einen besonders hohen Substanzkonsum aufweisen (vgl. Sieler et. al., 2021).

Die Steigerung des Kohärenzgefühls ist aus Sicht der betroffenen Flüchtlinge ein sehr konkreter Bedarf im Kontext der Prävention (vgl. Karg et al., 2020). Prävention und somit auch Suchtprävention sollte primär auf die Steigerung des Kohärenzgefühls abzielen. Den Teilnehmenden soll nicht das Gefühl vermittelt werden, sie seien allein hilfsbedürftig, vielmehr sie sollen befähigt werden, selbst zu Helfenden zu werden. Aus diesem Grund wird ein Peer-Ansatz verfolgt. Die Teilnehmenden erlernen dabei einerseits Praktiken der physischen Hilfe (wie sie beispielsweise in Drogen-Notfällen Leben retten können), andererseits erfahren sie auch Möglichkeiten der Hilfestellung bei psychischen Problemen (z. B. bei der Bewältigung von Trauer oder Schlafproblemen). Dies stärkt nicht nur die Resilienz und das Kohärenzgefühl der Teilnehmenden, sondern entlastet auch das Personal in Geflüchtetenunterkünften.

Zum Abschluss bekommen die Beteiligten die Möglichkeit, sich über das Gelernte und Erlebte auszutauschen und offene Fragen zu stellen und zu beantworten. Hier entsteht oft eine direkte Schnittstelle zur Suchthilfe, so dass bei Bedarf Termine vermittelt werden können. Auch diese Workshops werden evaluiert und ggf. entsprechend angepasst.

Die große Nachfrage zeigt die Relevanz des Projekts. Schon kurz nach der Veröffentlichung im Juni waren die Termine für 2024 fast vollständig ausgebucht.

Besondere Herausforderungen

Die Arbeit in der Flüchtlingshilfe kann aus verschiedenen Gründen sehr herausfordernd sein. So sind nicht nur die Problemlagen komplex. Hinzu kommt eine durch die Betroffenen subjektiv erlebte Handlungsunfähigkeit, die unter anderem in politischen und sozialen Spannungen wurzelt. Die vor diesem Hintergrund erwachsene Forderung nach einem repressiveren Ansatz steht jedoch in Widerspruch zu den Prinzipien der humanitären Hilfe (vgl. Treptow, 2018). Dies berichteten einige Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Mitarbeitende aus der Praxis.

Deshalb war es uns ein besonderes Anliegen, mit den Mitarbeitenden aus diesem besonderen Spannungsfeld der Sozialen Arbeit auch über das Thema Selbstfürsorge zu sprechen. Selbstfürsorge ist in der sozialen Arbeit unerlässlich, kommt dennoch oftmals zu kurz. Sie kann dazu dienen, psychischen Belastungen bei emotional belastender Arbeit vorzubeugen, dient so der Burnout-Prävention und kann Mitgefühlsstress und das Risiko von Sekundärtraumatisierung senken (vgl. Dima & Ernst, 2020). Somit ist sie eine Notwendigkeit in der Arbeit mit Menschen mit schweren Schicksalen.

Insbesondere in der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist Selbstfürsorge unerlässlich (vgl. Gebrande, 2021). So erhalten die Teilnehmenden Mittel zur Selbstregeneration mit auf den Weg, ebenso Strategien, um auf institutioneller Ebene Fürsorgeinstanzen wie Supervision und kollegiale Fallbesprechung oder feste Ansprechpartnerinnen und -partner zu implementieren.

Um die Qualität und Nachhaltigkeit der Workshops und des vermittelten Wissens zu sichern, gibt es ein übersichtliches Begleitmanual mit Arbeitsblättern und Zusammenfassungen der einzelnen Module. Im Februar 2026 wird ein digitales Netzwerktreffen stattfinden bei dem sich die

geschulten Fachkräfte über aktuelle Trends, Hürden und Erfolge austauschen können, um schnell auf neue Entwicklungen wie beispielsweise neue Zuwanderungsströme oder neue Konsumtrends bzw. Substanzen reagieren zu können. Gemäß dem Selbstverständnis als lernende Organisation werden die Workshops systematisch evaluiert und entsprechend verbessert und ausgebaut.

Literatur

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2024): Asylzahlen im November 2024. Zugriff am 22.05.2025 unter www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2024.pdf?_blob=publicationFile&v=3

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M. & Fritzgerald, G. (2020): The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine 21, 17(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Dima, Z. & Ernest, M. (2020): Selbstfürsorge und Schutz vor eigenen Belastungen für Soziale Berufe. Beltz Juventa.

Gebrande, J. (2021): Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen. Grundkenntnisse für den Umgang mit traumatisierten Menschen. Nomos.

Horyniak, D., Melo, J. S., Farrell, R. M., Ojeda, V. D. & Strathdee, S. A. (2016): Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review. PLoS One 13, 11(7), e0159134. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159134

Karg, S., Blättner, B. & Igde, T. S. (2021): Gesundheitsförderung mit Geflüchteten: Bedarf aus Sicht der Betroffenen. Prävention und Gesundheitsförderung, 16, 144–149. https://doi.org/10.1007/s11553-020-00804-x

Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K., Martens M. & Schäfer, I. (2018): Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in niedrigschwelligen Einrichtungen der Suchthilfe in Deutschland Abschlussbericht. Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (ZIS). Zugriff am 23.08.2024 unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/Abschlussbericht_Gefluechtete_Drogenabhaengige.pdf

Litscher, G. (2021): Akupressur, Neuropharmakologie und psychische Gesundheit. Akupunktur & Aurikulomedizin, 47(2), 28–35.

NLS – Niedersächsische Landesfachstelle für Suchtfragen (2015): BASS Bausteinprogramm Schulische Suchtprävention. NLS (3. Auflage).

Miller, W. R. &, Rollnick, S. (2002): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Verlag.

Nowak, A. C. & Hornberg, C. (2021): Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland: Erkenntnisse einer qualitativen Studie. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 66. 1.117–1.125. https://doi.org/10.1007/s00103-022-03614-y

Schäfer, I., Heinz, A., Penka, S., Lindert, J., Klein, M., Albayrak, S., Lotzin, A., Hiller, P., Milin, S. & Raiser, P. (2023): Prävention und Behandlung von substanzbezogenen Störungen bei Geflüchteten: Der Forschungsverbund PREPARE. SUCHT, 69(5), 235–242. https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000832

Sexton, C. & McCausland, J. (2020): The sense of coherence and its role in the recovery process of substance use disorder: A systematic review. Substance Use & Misuse, 55(11), 1.882–1.892. https://doi.org/10.1590/0102-311XEN141323

Sieler, A., Hertner, L., Stylianopoulos, P., Penka, S. & Heinz, A. (2021): PREPARE-Forschungsbericht zum Substanzkonsum geflüchteter Menschen – Standort: Leipzig. Zugriff am 08.08.2024 unter: www.sucht-und-flucht.de/fileadmin/user_upload/_extern_PREPARE_Forschungsbericht_Leipzig.pdf

Statistisches Bundesamt (2024): Migrationsstruktur und Demografie der Schutzsuchenden nach Bundesländern. Zugriff am 15.05.25 unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-schutzsuchende-2010240247005.html?templateQueryString=Migrationsstruktur+und+Demografie+der+Schutzsuchenden+nach+Bund

Treptow, R. (2018): Anforderungen an humanitäre Hilfe für Flüchtlinge heute: Ambivalenzen, Dilemmata, Prinzipien. In J. Bröse, S. Faas & B. Stauber (Hrsg.). Flucht: Herausforderungen für Soziale Arbeit (S. 223–234). Springer VS.

Trilesnik, B., Eckhoff, L., Dr. Özkan, I. & Graef-Calliess, I. (2019): Evaluationsbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung von refuKey. Zugriff am 22.08.2024 unter https://refukey.org/wp-content/uploads/2019/11/refuKey_Evaluationsbericht_final.pdf

04.3 Suizidprävention in Deutschland

Ein Gespräch mit Barbara Schneider und Reinhard Lindner, Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro)

In Deutschland wurden im Jahr 2023 rund 10.300 Suizide verzeichnet; Schätzungen zufolge kommen rund 100.000 Suizidversuche pro Jahr hinzu. Suizide sind selten eine spontane Entscheidung, oft liegen ihnen längere Phasen des Leidens zugrunde. Nicht selten entstehen diese Notsituationen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Wie die Forschung zeigt, entstammen Suizidgedanken nicht zwangsläufig dem Wunsch, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen. Oft steckt dahinter der verzweifelte Versuch, einer ausweglos empfundenen Notsituation zu entkommen.

Ein Suizid betrifft nicht nur die Betroffenen selbst. Er hat auch Konsequenzen für das soziale Umfeld: Angehörige, Freundinnen und Freunde müssen den nicht selten als traumatisch erlebten Verlust verarbeiten. Das kann mit langfristigen Folgen verbunden sein. Als wissenschaftlich gesichert gilt heute, dass viele Suizide verhindert werden könnten. Damit ist die Suizidprävention nicht nur eine Aufgabe für die Gesundheitsversorgung, sondern auch ein gesellschaftliches Anliegen.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesregierung am 2. Mai 2024 eine Nationale Suizidpräventionsstrategie vorgelegt. Sie ist in Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) entstanden, die seit dem 13. Februar 2025 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) heißt. Ziel war es in einem Multi-Stakeholderprozess mit Akteurinnen und Akteuren der praktischen und wissenschaftlichen Suizidprävention die fachliche Grundlage für die Suizidprävention auf Bundesebene zu entwickeln. Die Strategie umfasst drei zentrale Handlungsfelder: die Stärkung der Gesundheitskompetenz und das Empowerment der Betroffenen, der Ausbau psychosozialer Beratungs- und Unterstützungsangebote sowie eine bessere bundesweite Koordination der Suizidprävention.

Im Gespräch mit Barbara Schneider und Reinhard Lindner vom Nationalen Suizidpräventionsprogramm steht weniger die Suizidpräventionsstrategie im Mittelpunkt. Vielmehr soll das komplexe und noch immer tabuisierte Thema Suizid im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit besprochen werden. Wer ist besonders gefährdet? Welche Rolle spielen gesellschaftliche Rahmenbedingungen? Wie hat sich die Suizidprävention in Deutschland entwickelt?

Werfen wir zunächst einen Blick in die Vergangenheit: Dem Statistischen Bundesamt zufolge starben 2022 in Deutschland mehr als 10.000 Menschen durch Suizid. Rund drei Viertel davon waren Männer. Die Statistik zeigt, dass über 70 % der Suizide in der Altersgruppe der über 50-Jährigen auftraten. Im Vergleich zu 2021 kam es zu einem Anstieg der Suizidraten um fast 10 %. Insgesamt ist die Zahl der Suizide jedoch in den vergangenen Jahrzehnten deutlich gesunken: Zwischen 1990 und 2020 war die Zahl der Suizide in Deutschland von etwa 14.000 auf rund 9.200 zurückgegangen. Seitdem gibt es einen leichten, aber kontinuierlichen Anstieg. Welche Faktoren haben zu dem Rückgang der Suizidzahlen bis 2020 geführt?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die den langjährigen Rückgang der Suizidraten beeinflusst haben können. Aber für keinen der möglichen Faktoren lässt sich ein eindeutiger Beweis für seine Wirkung auf den Rückgang der Suizide führen. Trotzdem: Seit den 1980-er Jahren des letzten Jahrhunderts haben sich die Angebote der Psychiatrie und der Psychotherapie in Deutschland deutlich verbessert. Auch die Möglichkeiten einer niedrigschwelligen

Suchtbehandlung wurden ausgebaut. Sozialpsychiatrische Hilfe wurde breit etabliert und erreicht viele Menschen mit schweren psychischen Störungen. Die Letalität von Psychopharmaka hat zudem abgenommen. Und last not least haben sicher auch zentrale Aktivitäten der Suizidprävention ihren Anteil an diesem positiven Effekt.

Seit 2020 ist die Zahl wieder leicht gestiegen. Sehen Sie darin einen Trend, und wenn ja, was könnte diesen Anstieg beeinflussen?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Möglicherweise könnte die Liberalisierung des assistierten Suizids in Deutschland eine Rolle spielen. Wir sehen einen deutlichen Anstieg der Suizide bei Frauen zwischen 65 und 74 Jahren und zugleich einen Anstieg der Suizide mit Betäubungsmitteln oder nicht näher bezeichneten Arzneimitteln. Hier könnten auch gängige Mittel zum assistierten Suizid gelistet sein. Vorsicht ist bei Überlegungen geboten, ob erhöhte Suizidraten mit den berichteten negativen Entwicklungen des psychischen Gesundheitszustands der Bevölkerung in Deutschland in Zusammenhang stehen könnten, oder ob sie auf komplexe Effekte kollektiver Ereignisse wie der COVID-19-Pandemie, Kriege oder wirtschaftliche Veränderungen zurückzuführen sein könnten.

Unser übergeordnetes Thema in diesem Fachheft ist die psychische Gesundheit. Ganz allgemein gesprochen, wie gestaltet sich der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen/psychischer Gesundheit und Suizidalität?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Suizidalität tritt häufig in Zusammenhang mit psychosozialen Krisen und Konfliktsituationen auf, auch im Rahmen psychischer Erkrankungen. Hauptauslöser für Suizidalität sind Trennungen und Verluste, ebenso die psychosozialen Folgen schwerer körperlicher Erkrankungen. Diese Auslöser sind ubiquitär. Es muss demnach weitere Gründe geben, weshalb manche Menschen in diesen Situationen suizidal werden, andere aber nicht. Diese Gründe lassen sich in vielen Fällen in spezifischen Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend mit wichtigen Bezugspersonen (z. B. in der Erfahrung von Verlusten) finden, in Erfahrungen sexueller und körperlicher Gewalt und in Schwierigkeiten bei der Bewältigung von psychosozialen Entwicklungsschritten (wie z. B. die Ablösung vom Elternhaus, das Erlernen eines Berufs oder die Partnerwahl). All diese Aspekte sind auch mit einer erhöhten Vulnerabilität für psychische Störungen verbunden. Für Suizid gilt als der wichtigste einzelne Risikofaktor das Vorliegen einer psychischen Erkrankung. Bei Suiziden wurden in der Vergangenheit in 50 bis 90 % der Fälle eine psychische Störung diagnostiziert. Bei etwa 30 % aller durch Suizid Verstorbenen liegt eine affektive Störung, (Depression und/oder Manie) vor, bei etwa 20 % eine Suchterkrankung. Auch Persönlichkeitsstörungen und Schizophrenie sind mit einem erhöhten Suizidrisiko assoziiert.

Welche Faktoren sind neben der psychischen Gesundheit nachweisbar relevant für die Entstehung von Suizidalität? Welche Rolle spielen beispielsweise Einsamkeit und/oder andere psychosoziale Lebenslagen?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Neben den genannten Aspekten der psychischen Gesundheit sind es besonders gewisse soziale, aber auch körperliche Faktoren, die einen Einfluss darauf haben, ob ein Mensch suizidal werden kann oder nicht. Dabei sind es im Wesentlichen wieder Faktoren, die einen Einfluss auf das Erleben von Verlust haben.

Auch das Alter ist ein Risikofaktor für Suizid. Das Risiko, durch Suizid zu sterben steigt, besonders bei Männern mit dem Alter massiv an. Dies gilt besonders für Männer, die eine Partnerin verloren haben oder nie eine hatten, zudem vor allem dann, wenn weitere Risikofaktoren wie Alkohol- oder Drogenabhängigkeit oder eine Depression hinzukommen. Auch hier spielen Verlusterfahrungen eine wichtige Rolle.

Dieses Thema ist auch dann relevant, wenn es um das Erleben und Verarbeiten schwerer körperlicher Erkrankungen geht, etwa eine Krebserkrankungen oder HIV-Infektion, die nachgewiesene Risikofaktoren für Suizid sind. Nicht nur Schmerzen und strapazierende Behandlungen, auch die tatsächlichen oder befürchteten psychosozialen Folgen der Erkrankung (Verlust von Mobilität, Beziehungsoptionen, Attraktivität und Anerkennung) können Menschen mit schweren körperlichen Erkrankungen suizidal werden lassen.

Nicht zuletzt haben Angehörige von sexuellen und geschlechtlichen Minoritäten ein erhöhtes Suizidrisiko (siehe hierzu auch der Beitrag von Christoph Sonnefeld und Johannes Breuer auf S. 66).

Einsamkeitsgefühle hingegen können das Suizidrisiko zwar erhöhen, aber nur um den Faktor 1,5 gegenüber nicht-einsamen Menschen. Allerdings können psychische Erkrankungen mit sozialem Rückzug und folgender sozialer Isolation sowie dem subjektiv erlebten Gefühl von Einsamkeit und fehlendem Zugehörigkeitsgefühl einhergehen, was wiederum das Suizidrisiko erhöht.

Ebenso sind Arbeitslosigkeit und ein niedriger Bildungsstand Risikofaktoren für Suizid. Der Zusammenhang zwischen Beruf und Suizid ist komplex, wobei individuelle, arbeitsbezogene und soziale Faktoren eine Rolle spielen können. Einige Berufe sind mit einem deutlich erhöhten Suizidrisiko assoziiert, z. B. der Arztberuf. Ärztinnen haben sowohl im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung als auch gegenüber ihren männlichen Kollegen und anderen Berufsgruppen ein stark erhöhtes Suizidrisiko. Hierzu tragen Faktoren bei wie die hohe Arbeitsbelastung, eigene hohe Leistungsanforderungen, möglicherweise auch weiterhin bestehende autoritäre Strukturen, ein ständiges Gefühl zu versagen sowie das Wissen um und die Verfügbarkeit von sicher tödlichen Suizidmethoden bei.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes und der WHO lässt sich feststellen, dass deutlich mehr Männer als Frauen Suizid begehen. Umgekehrt wird davon ausgegangen, dass Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen als Männer. Welche soziokulturellen oder biologischen Faktoren tragen zu den geschlechtsspezifischen Unterschieden bei Suizidalität bei?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Die Fachleute der Suizidprävention befassen sich seit Jahrzehnten mit dem Versuch zu erklären, warum etwa dreimal so viele Männer als Frauen durch Suizid versterben, während in Deutschland bei den Suizidversuchen das Geschlechterverhältnis umgekehrt ist. Über Jahrzehnte wurden biologische Geschlechtsunterschiede mit klarer Abgrenzung zwischen Männlichkeit und Weiblichkeit und im Sinne von Stereotypien zur Erklärung herangezogen. Allerdings gelang hier nie ein echter kausaler Nachweis. Was wohl einen Einfluss hat, ist das unterschiedliche Hilfesuchverhalten bei Männern und Frauen. Frauen suchen sich bei körperlichen und psychischen Problemen immer noch deutlich früher und häufiger Hilfe als Männer. Sie scheinen von Kindheit an in dichteren und Halt gebenden Beziehungsnetzen zu leben und mehr auf ihre psychische und körperliche Funktion zu achten. Männer hingegen scheinen, eventuell früh erworben, Bedürftigkeit und Abhängigkeit mehr zu fürchten als Frauen. Dies kann dann, wenn Männer sich verlassen und ausgeliefert fühlen, zu einer radikalen Fantasie von Suizid beitragen. Zudem haben Menschen mit einer Geschlechtsidentität, die sich nicht in einem heterosexuellen, zwei Geschlechter umfassenden Bild menschlicher Geschlechtsidentität wiederfinden, eine höhere Suizidrate. Hier werden als Auslöser für Suizidalität Erfahrungen der Ausgrenzung und gesellschaftlichen Ablehnung, verbunden mit Ängsten vor einem Coming-Out angenommen.

Was lässt sich auf Basis der Datenlage im Hinblick auf das Alter, das Geschlecht und psychosoziale Lebenslagen für die Entwicklung von zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten ableiten?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Um bestimmte Zielgruppen zu erreichen, muss man gut informiert sein über spezifische Vorlieben für Information und Kommunikation. Junge Menschen erreicht man besonders gut mit den internetbasierten Medien, ältere Menschen eher über die traditionellen Medien wie Fernsehen und Zeitungen. Mittelalte Menschen bevorzugen Angebote mit einer persönlichen Begegnung.

Hinzu kommen relevante Personen, die wir Gatekeeper nennen, die also die Torhüter zu spezifischen Gruppen sind. Dies können Lehrerinnen und Lehrer, Sporttrainerinnen und -trainer, Friseurinnen und Friseure, Arbeitskolleginnen und -kollegen sein, aber auch die Hausärztin oder der Hausarzt sowie andere Professionelle im medizinisch-psychosozialen Bereich. Für einen älteren, alleinstehenden, gehbehinderten Mann, der nur noch gelegentlich ein nahegelegenes Gasthaus aufsucht, kann auch der Gastwirt der Gatekeeper sein. Es wäre schön, wenn auch diese Menschen gut geschult wären, um Suizidalität nicht nur zu erkennen, sondern auch auf achtsame und zugewandte Weise mit Menschen in ein Gespräch über Belastungen und Probleme zu kommen. Die Botschaften, die gerade in der zielgruppenspezifischen Suizidprävention eine zentrale Rolle spielen, sind bei allen Menschen, unabhängig vom Alter und Geschlecht letztlich gleich: Es ist die Botschaft, dass Hilfe bei Suizidalität möglich ist und dass es darauf ankommt, Hilfe suchen und finden zu können.

Ebenso zeigen weltweite Statistiken, dass Suizide in Ländern mit vergleichsweise geringem Durchschnittseinkommen häufiger vorkommen als in wohlhabenderen Ländern. Welcher Zusammenhang zeigt sich in Deutschland zwischen dem sozioökonomischen Status und Suizidalität?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Suizidalität und Suizid treten in allen gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Verhältnissen auf. Weltweit zeigt sich aber, dass Armut, materielle Not und Arbeitslosigkeit Faktoren sind, die die Suizidgefahr fördern können. Ebenso deutlich ist, dass ein gutes soziales Netz von freundschaftlichen, beruflichen und familiären Beziehungen verbunden mit ausreichender finanzieller Absicherung die Suizidgefahr deutlich reduzieren kann.

Gibt es Präventionsangebote, die zum Beispiel gezielt Kinder, Jugendliche und ältere Menschen ansprechen und auch geschlechtsspezifische Kommunikationsstrategien wählen?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Es gibt Suizidpräventionsangebote, die sich an verschiedene Altersgruppen wenden. So existiert in Deutschland ein erfolgreiches Angebot der Peer-gestützten Beratung, das heißt der Beratung junger Menschen durch junge Menschen. Die online-basierte Beratung U25 beim Caritasverband e.V. wendet sich an Jugendliche und junge Erwachsene. Die Vertrauensbasis einer gemeinsamen Sprache und Sicht auf manche Situationen in der Welt wie auch Erfahrungen, die Jugendliche in der Beziehung zu ihren Eltern machen, fördert die Möglichkeiten, Angst und Misstrauen abzubauen und über eigene Gefühle, Gedanken und Erfahrungen zu sprechen, die man mit Erwachsenen nicht teilen würde. Aber auch gut geschulte Lehrerinnen und Lehrer, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in der Jugendhilfe können diesen Vertrauensvorschuss erhalten. Bei Älteren und Hochbetagten sind es im Umgang mit Suizidgefährdeten geschulte Helfende aus dem Gesundheitsbereich, die leicht als Vertrauenspersonen erkannt und bei schwierigen Themen angesprochen werden. Bieten sie sich als ernsthafte, belastbare, vertrauensvolle und unerschrockene Gesprächspartner an, kann auch hier ein offenes Gespräch über belastende Themen gefunden werden, bei denen man vielleicht negative Reaktionen wie Entwertung und Ablehnung fürchtet.

Welche wissenschaftliche Evidenz gibt es für die Wirksamkeit von Angeboten der Suizidprävention? Auf welche Weise können sie wirksam werden?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Es gibt eindeutige Nachweise für effektive Suizidprävention: Am deutlichsten lässt sich belegen, dass die Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln eine stark präventive Wirkung hat. Die Wirkung von Schildern mit der Angabe einer Telefonnummer eines Hilfetelefons an sogenannten Hotspots häufiger Suizide reduziert diese an der jeweiligen Stelle eindeutig. Auch eine besondere Verpackung (Verblisterung) jeder einzelnen Tablette bestimmter Medikamente führt zu einem Rückgang der Suizide mit diesen Mitteln. Gemeinsam ist diesen Befunden, dass suizidale Menschen, auch und gerade kurz vor einem möglichen Suizid, von etwas aufgehalten werden können, ein wenig Zeit gewinnen und etwas in und mit ihnen geschehen kann: ein Nachdenken, eine Begegnung, eine spontane Wendung, die den Tod zurückstellt. Recht gute Ergebnisse zeigen auch die Effekte von psychosozialen Hilfen, also Beratung, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung.

Ebenfalls nachweislich wirksam ist eine achtsame Medienberichterstattung: In großen empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass eine Berichterstattung über Suizide, die dazu einlädt, sich dem bzw. der Verstorbenen ähnlich zu fühlen, sie oder ihn zu bewundern und ihren Suizid als Lösungsmöglichkeiten in der eigenen Lebenslage anzusehen, tatsächlich zu entsprechenden Nachfolgesuiziden führen kann. Als erstes Beispiel wird gerne Johann Wolfgang von Goethes »Leiden des jungen Werther« genannt. Viele junge Menschen identifizierten sich damals mit dieser romantischen, unglücklich verliebten Romanfigur und verübten Suizid. Für die Medien unserer Zeit geht es jedoch nicht darum, das Thema des Suizids aus dem öffentlichen Diskurs herauszuhalten. Vielmehr sollte vermieden werden, dass man sich unvermittelt der durch Suizid verstorbenen Person schnell ähnlich oder gar gleich fühlen kann. Die Notlage der Hinterbliebenen sollte dargestellt und auf Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung hingewiesen werden.

Nennen Sie bitte Ihre zentralen Vorschläge für konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Suizidprävention in Deutschland.

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: In einem ausführlichen Bericht über die aktuelle Situation der Suizidprävention in Deutschland, ihre derzeitigen Probleme und möglichen Lösungsvorschläge, erstellt durch eine große Zahl von Expertinnen und Experten der Suizidprävention, konnten drei zentrale Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden:

Eine zentrale Informations-, Koordinations- und Beratungsstelle mit einer bundesweiten 24/7-Rufnummer mit qualifizierter Erstberatung für (akut) suizidgefährdete Menschen, deren An- und Zugehörige und eine Beratungsmöglichkeit für professionell in der Arbeit mit Suizidgefährdeten Tätige kann die Möglichkeit verbessern, dass suizidale Menschen nicht nur passende Hilfe suchen, sondern auch finden können.

Der Ausbau, die Vernetzung und die auskömmliche Finanzierung qualifizierter regionaler, niedrigschwelliger suizidpräventiver Angebote (inklusive Telefon- und Onlineangeboten), Hilfen für Hinterbliebene nach Suizid und Angehöriger suizidaler Menschen und allen weiteren Betroffenen einschließlich der Finanzierung der Arbeit des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland.

Der Erhalt und der weitere Ausbau bestehender palliativer und hospizlicher Hilfen am Lebensende

sowie von Trauerbegleitungsangeboten als ein wichtiger Teil der Suizidprävention.

Im Mai 2024 wurde die Nationale Suizidpräventionsstrategie für Deutschland vorgestellt. Welche weiteren Entwicklungsschritte müssen aus Ihrer Sicht für den Aufbau einer wirksamen Infrastruktur der Suizidprävention geleistet werden?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Zentral ist, dass Menschen in suizidalen Krisen schnell niedrigschwellig und regional gut erreichbar kompetente Hilfe erhalten. Dies sollte Ziel einer zentralen Notrufnummer sein, spezifisch für suizidale Personen. Das NaSPo setzt sich aus Kenntnis nationaler und internationaler Hilfsangebote dieser Art dafür ein, dass Menschen in suizidalen Krisen direkt auf eine gut geschulte Person treffen, die die aktuelle Situation differenziert erfasst und daraus eine funktionierende Empfehlung für den nächsten Schritt zu einer Verbesserung der Lage vorschlagen kann. Hierfür bedarf es einer aktuell zu haltenden Datenbank, die alle niedrigschwelligen Hilfsangebote für suizidale Menschen in Deutschland erfasst, einschließlich online- und telefonbasierter Hilfen, regional tätiger Krisendienste, Beratungsstellen, psychiatrischer und psychotherapeutischer Hilfsangebote. Ein wirksames Vorbild bietet hier das bereits etablierte bundesweite Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen mit Sitz in Köln.

Warum halten wir dies für wichtig? Die unter dieser Telefonnummer vorgehaltene Bündelung der Fachkompetenz zum Umgang mit akuten suizidalen Krisen erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Betroffene zeitnah die passgenaue Hilfe erhalten, die sie brauchen. Im Sinne einer Lotsenfunktion sind sowohl ein erstes hilfreiches Gespräch im Sinne einer unmittelbaren Krisenintervention als auch ein Verständnis der Hintergründe und der aktuellen Suizidgefahr möglich. Durch eine zielgenaue Weitervermittlung werden Fehlvermittlungen und Behandlungsabbrüche reduziert.

Suizidale Menschen sind oftmals sehr ambivalent, wenn sie Hilfe suchen und haben Sorge, mit ihrer Situation auf Unverständnis und Ablehnung zu stoßen oder auch zwangseingewiesen zu werden. Deshalb ist es wichtig, niedrigschwellige Hilfsangebote bei Suizidgefahr zu fördern und parallel zu der zentralen Informations-, Koordinations- und Beratungsstelle auszubauen, weil manche bestehenden Angebote, beispielsweise von psychiatrischen Kliniken, oft eine zu hohe Hürde für Suizidgefährdete darstellen.

Wo sehen Sie die Entwicklung der Suizidprävention in Deutschland in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren? Welche gesellschaftlichen oder technologischen Entwicklungen könnten den größten Einfluss haben?

Barbara Schneider/Reinhard Lindner: Eine Gesellschaft, die Suizidprävention gut verwirklicht hat, ist eine Gesellschaft, in der Menschen sich nicht schämen müssen, wenn sie in eine persönliche Notlage oder Krise geraten sind. Sie ist eine Gesellschaft, in der Belastung, Verlust und Krankheit als menschliche Erfahrungen anerkannt werden und Hilfen selbstverständlich sind. Moderne Formen der Kommunikation können hier ein wichtiger Zugang sein.

Die intensive Arbeit vieler Personen und Institutionen der Suizidprävention hat maßgeblich dazu beigetragen, dass der politische Wille zur Entwicklung einer Nationalen Suizidpräventionsstrategie entstanden ist und in konzertiertem Bemühen vieler Bundesministerien unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt wurde. Wir begrüßen diesen wichtigen Schritt ausdrücklich. Das nun geschaffene Rahmenwerk muss allerdings finanziell auch ausreichend ausgestattet werden. Der gute Wille, das gesamtgesellschaftliche Engagement für die Suizidprävention, was auch und gerade in der mit überwältigender Mehrheit gefassten Entschließung des Deutschen Bundestages zur Suizidprävention im Juli 2023 zum Ausdruck kam, sollte nicht auf halber Strecke stecken bleiben, sondern zum zentralen Ziel der Suizidprävention führen: Dass jeder Mensch, der in einer existentiellen Krise den Suizid in Erwägung zieht, eine passgenaue Hilfe angeboten bekommt.

05

Anhang

05.1 Autoren und Autorinnen, Teilnehmende an den Diskussionen

Nathalie Bélorgey ist wissenschaftliche Referentin im Referat für Aufgabenplanung, Grundsatzfragen, Transfer, Internationale Beziehungen am Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Sie leitete ein Arbeitspaket zu community-based mental health care des EU-Projektes Joint Action ImpleMENTAL.

Prof. Dr. Stephan Bender, Humanmediziner und seit 2015 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kinder- und Jugendalters der Universität zu Köln. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen der neurophysiologischen Grundlagen einer gesunden Entwicklung im Kindes- und Jugendalter, der Pathophysiologie und objektiven diagnostischen Markern kinder- und jugendpsychiatrischer Krankheitsbilder sowie der nicht-invasiven Hirnstimulation und des Neurofeedbacks als therapeutische Interventionsmethoden. Stephan Bender erhielt für seine Forschung den renommierten Kramer-Pollnow-Preis. In Kooperation mit der BZgA war er am Projekt CoverCHILD beteiligt (1. Juni 2022 bis 30. Juni 2023). Einen weiteren seiner Forschungsschwerpunkte stellt die Versorgungsforschung dar im Rahmen des Projekts HomeBASE zur Etablierung einer bedarfsorientierten multiprofessionell aufsuchenden Therapie (Förderung durch den Innovationsfonds des G-BA).

Dr. Johannes Breuer ist Medienkulturwissenschaftler mit Schwerpunkten in den Gender- und Queer-Studies. Er ist beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) als stellvertretener Leiter des Referats für Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV und anderen STI tätig. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich der sexuellen Gesundheit und des Schutzes vor Konversionsbehandlungen.

Prof. Dr. Peer Briken, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sexualmedizin. Ärztliche Zentrumsleitung, Zentrum Psychosoziale Medizin; Direktor des Instituts für Sexualforschung, Sexualmedizin und forensische Psychiatrie; Mitglied des Direktorium des Instituts für Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich Diagnostik, Klassifikation und Therapie sexueller Störungen und sexuelle Gewalt. Seit über 25 Jahren in Praxis und Forschung in der Prävention sexualisierter Delinquenz- und Gewalthandlungen. Von 2010 bis 2016 war er 1. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Von 2012 bis 2016 war er Vizepräsident der International Association for the Treatment of Sexual Offenders. Darüber hinaus ist er Mitherausgeber der Zeitschrift für Sexualforschung (ZfS).

Prof. Dr. Susanne Bücker ist Professorin für Entwicklungs- und Pädagogische Psychologie an der Universität Witten/Herdecke. Sie erforscht die Genese und Entwicklung von Einsamkeit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie die Folgen chronischer Einsamkeit. Weitere Schwerpunkte sind evidenzbasierte Einsamkeitsinterventionen, die Erfassung von Einsamkeit im täglichen Leben und Meta-Analysen.

Linda Dervishaj ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Delmenhorster Institut für Gesundheitsförderung (DIG). Als Junior Scientific Officer koordiniert sie das Projekt ImpleMental und untersucht das Hilfesystem für Familien mit psychisch erkrankten Elternteilen. Sie identifiziert Hürden in der Inanspruchnahme, vernetzt relevante Sektoren und wirkt durch Aufklärung und Bildungsangebote der Stigmatisierung entgegen.

Aline Elix ist Sozialarbeiterin und Suchttherapeutin VT mit langjähriger Erfahrung in der Suchtarbeit. Seit 2012 ist sie Mitarbeiterin bei prisma gGmbH, einer vom Land Niedersachsen anerkannten Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Hannover. Zum Jahresbeginn 2024 übernahm sie bei prisma gGmbH die Leitung des Projekts »Flucht – Trauma – Sucht – Die Spirale durchbrechen«.

Claudia Helmert, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Gesellschaft unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Schomerus an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig bzw. der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Claudia Helmert studierte Soziologie, Psychologie, lehrt zum Thema Musiksoziologie und arbeitet als freie Journalistin. Sie ist Mitorganisatorin von »Rausch und Stigma – Bilder von Sucht«, einer Film- und Gesprächsreihe, die auf Entstigmatisierung von Menschen mit Suchterfahrungen zielt.

Dr. Gabriele Klärs ist wissenschaftliche Referentin im Referat für Aufgabenplanung, Grundsatzfragen, Transfer, Internationale Beziehungen am Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Sie arbeitet(e) in den Joint Actions ImpleMENTAL und MENTOR mit.

Dr. Ria Kortum ist Referentin im Referat Kinder und Heranwachsende, Schule und Kita, Laienreanimation des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Johanna Leona Kummetat, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Arbeitsgruppe Psychiatrie und Gesellschaft unter der Leitung von Prof. Dr. Georg Schomerus an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig bzw. der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Sie ist Psychotherapeutin in Ausbildung in Kognitiver Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie und lehrt im Direktstudiengang Psychotherapie. Sie ist Mitorganisatorin von »Rausch und Stigma – Bilder von Sucht«, einer Film- und Gesprächsreihe, die auf Entstigmatisierung von Menschen mit Suchterfahrungen zielt.

Prof. Dr. Reinhard Lindner, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin. Geschäftsführender Leiter des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro), gemeinsam mit Prof. Dr. Barbara Schneider. Reinhard Lindner hat er die Professur für Theorie, Empirie und Methoden der Sozialen Therapie an der Universität Kassel inne. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Psychodynamischen Psychotherapie, der Psychoanalyse, Suizidologie, Suizidprävention, Gerontopsychosomatik und Geriatrie.

Prof. Dr. Annett Lotzin ist Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Medical School Hamburg sowie Geschäftsführerin des Zentrums für Interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS) der Universität Hamburg. Ihre wissenschaftliche Laufbahn führte sie an Universitäten im In- und Ausland, darunter die Westfälische Wilhelms-Universität Münster, die Universität Bern und die University of Melbourne. In ihrer Forschung befasst sie sich schwerpunktmäßig mit der Symptomatik und Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Ein besonderer Fokus ihrer Arbeit liegt auf der psychotherapeutischen Versorgung geflüchteter Menschen.

Rabea Lukies ist wissenschaftliche Referentin im Referat für Aufgabenplanung, Grundsatzfragen, Transfer, Internationale Beziehungen am Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Sie arbeitet(e) in den Joint Actions ImpleMENTAL und MENTOR mit.

Ingo Meyer ist seit 2019 Leiter der PMV forschungsgruppe am Universitätsklinikum Köln. Er studierte Soziologie in Bonn und arbeitete von 2002 bis 2016 als Senior Research Consultant bei der empiricia GmbH in Bonn mit dem Schwerpunkt eHealth/IT in Pflege und Gesundheitswesen. Seine Arbeitsschwerpunkte in der Versorgungsforschung liegen im Datenmanagement und der Dateninfrastruktur, der Evaluation innovativer Versorgungsformen und der verknüpften Nutzung unterschiedlicher Arten von Gesundheitsdaten.

Dr. Johannes Nießen wurde im Oktober 2023 zum Errichtungsbeauftragten des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) ernannt und leitet in dieser Funktion das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Er wurde 2021 in den Corona-Expertenrat der Bundesregierung berufen. Zudem war er von 2022 bis 2023 Vorsitzender des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD).

Bernd Renger ist seit Oktober 2023 als Sozialarbeiter bei der prisma gGmbH tätig. Er bringt acht Jahre Erfahrung in der Suchthilfe und vier Jahre in der Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Kontext der Flüchtlingshilfe mit. Seit Anfang 2024 verantwortet er die Entwicklung und Umsetzung der Workshops für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Endadressatinnen und Adressaten im Rahmen des Projekts »Flucht – Trauma – Sucht: die Spirale durchbrechen«.

Ilona Renner leitet das Fachgebiet Forschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen im Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG).

Prof. Dr. Barbara Schneider, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Chefärztin der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen, Psychiatrie und Psychotherapie an der LVR-Klinik Köln. Gemeinsam mit Prof. Dr. Reinhard Lindner ist sie die Geschäftsführende Leiterin des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro). Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen Risikofaktoren für Suizidalität und Suizidprävention, Alkoholentzugsbehandlung, Substitution Opiatabhängiger und Suizidalität bei Abhängigkeitserkrankungen.

Prof. Dr. Georg Schomerus ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig bzw. der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Arbeitsschwerpunkte im Bereich der Stigmatisierungs- und Suchtforschung, Public Mental Health und der psychiatrischen Epidemiologie.

Christoph Sonnefeld, M. A., ist beim Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) im Referat für Sexuelle Gesundheit, Prävention von HIV and anderen STI tätig. Dort arbeitet er in der Beratung zum Schutz vor Konversionsbehandlungen und setzt verschiedene Präventionsprojekte mit dem Schwerpunkt Fachkräfte und Vernetzung um.

PD Dr. Sven Speerforck ist stellvertretender Klinikdirektor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig bzw. der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen unter anderem im Bereich von Stigma und Substanzkonsum.

Dr. Anke Spura leitet das Referat für Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Sie ist verantwortlich für Ressortforschung am BIÖG, die Organisation des Wissenschaftlichen Beirats, die Kooperation mit Wissenschaft und Forschung (darunter die Werkstattgespräche mit Hochschulen) sowie den Wissenstransfer, wozu auch die Fachheftreihen Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung konkret sowie die Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention zählen.

Dr. Meike Wolf ist Referentin im Referat für Forschungskoordination, -kooperation und Wissenstransfer des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit.

Psychische Gesundheit stellt eine wichtige Voraussetzung für Lebensqualität, erfüllte soziale Beziehungen sowie die Fähigkeit zur Teilhabe am Bildungssystem und Erwerbsleben dar. Zugleich steigt die Anzahl der Krankschreibungen und Verrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen in Deutschland seit rund zehn Jahren an. Es wird heute davon ausgegangen, dass jede dritte Person einmal in ihrem Leben eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung erleiden wird. Wenngleich die Gründe für die Entstehung einer psychischen Erkrankung komplex sind, zeigen Studien, dass die psychische Gesundheit der Prävention sehr gut zugänglich ist.

Vor diesem Hintergrund ist das Thema auch für das Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) von zentraler Bedeutung. Im Rahmen des Werkstattgesprächs »Psychische Gesundheit – Neue Forschungsperspektiven und Potenziale für die Praxis« im Oktober 2023 wurde mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis diskutiert, was psychische Gesundheit und Resilienz ausmacht, welchen Einflussfaktoren sie unterliegen und welche künftigen Präventionsbedarfe sich in diesem Bereich abzeichnen.

Das vorliegende Fachheft nimmt zentrale Impulse dieses Werkstattgesprächs auf und erweitert diese beispielhaft um die Themenbereiche der Suizidprävention, der Arbeit mit Geflüchteten und psychisch belasteten Familien, des Schutzes vor Konversionsbehandlungen, der Prävention von Suchterkrankungen sowie des Konzepts des lernenden Gesundheitssystems. Vorgestellt werden sowohl wissenschaftliche Studien wie auch Einblicke in aktuelle Projekte und Methoden zur Förderung der psychischen Gesundheit.

ISBN 978-3-96896-061-6

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit