

125 impulse

FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.



Let's go mental

Psychische
Gesundheit im Fokus
gesellschaftlicher
und sozialer
Herausforderungen

EDITORIAL » Vor genau fünf Jahren war Mental Health das letzte Mal Schwerpunktthema unserer Fachzeitschrift. Es gibt viele sehr gute Gründe dafür, dass wir dieses Thema so schnell wieder aufgreifen. Dabei erleben wir aktuell vor allem die neue Dynamik der Zunahme auffälliger mentaler Belastungen und Erkrankungen im Zuge von gesellschaftlichen (Dauer-)Krisensituationen. Deshalb spielen in dieser Ausgabe auch die auslösenden Rahmenbedingungen für weniger mentale Gesundheit, unter anderem verschärfte Armutslagen und die Klimakatastrophe eine besondere Rolle. Gleichzeitig schauen wir auf Entwicklungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, junge, ältere oder queere Menschen und neue große Trends wie Einsamkeit und Digitalisierung. »Mental health matters« war der Titel der Ausgabe von 2019 und das Fazit dieses Hefts heißt im Grunde: Mental health matters more. » Leider ist im November unser ehemaliger Vereinsvorsitzender, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz verstorben. Wir verabschieden uns von ihm mit einem Nachruf und danken ihm für seine Verdienste um eine grundlegende Neuorientierung der Vereinsarbeit in den 90er Jahren des letzten Jahrtausends.

» Wie immer möchten wir die letzte Impulse-Ausgabe des Jahres nutzen, um herzlich den vielen Unterstützer:innen unserer Arbeit zu danken, insbesondere den Mitgliedern, Förderer:innen und Kooperationspartner:innen der LVG & AFS. Ohne die sehr gute Zusammenarbeit sowie die vielfältigen Formen des Austausches und der Unterstützung wäre unsere Arbeit nicht möglich. Auch den mehr als 100 externen Autor:innen der vier Impulse-Ausgaben 2024 möchten wir unseren ganz besonderen Dank aussprechen! Impulse lebt von Ihren Beiträgen! Nicht zuletzt wollen wir uns auch bei unserer treuen Leserschaft bedanken für das Interesse an unserem Produkt und den vielfältigen Rückmeldungen zu den Ausgaben. Wir wünschen Ihnen allen einen guten Start ins neue Jahr 2025, alles Gute dafür und natürlich: Gesundheit.

» Die Schwerpunktthemen der nächsten Ausgaben lauten »Soziale Medien« (Redaktionsschluss 15. Januar 2025) und »Älter, bunter, lauter« (Redaktionsschluss 15. April 2025). Wie immer sind Sie herzlich eingeladen, sich an den kommenden Ausgaben mit verschiedensten Beiträgen, Anregungen und Informationen zu beteiligen.

AUS DEM INHALT

Entwicklung psychischer Störungen in der Bevölkerung	02
Online-Selbstdiagnostik von psychischen Erkrankungen	03
Planetary Mental Health – Klima und Psyche	05
Einsamkeit als Gesundheitsfrage	06
Armut und Stress – Eine ungesunde Beziehung	07
Die mentale Gesundheit von Jugendlichen	08
Mentale Gesundheit im Alter – Einfluss medialer Altersbilder ...	09
Diskriminierungserfahrungen von queeren Menschen	10
Psychiatrie und Gesundheitspolitik: Ein Update	11
Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen für Kinder	12
Digitale Anwendungen in der Therapie	14
Mit Kunst und Kultur zu Gesundheit und Wohlbefinden	15
Mit Resilienz und Selfcare in die Arbeitswelt von morgen?	16
Ausgezeichnet! Niedersächsischer Gesundheitspreis 2024	18
Gemeinsam mehr bewirken – Forschung für die Psyche	18
»MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer«	19
Wettbewerb Gesundheitsfördernder Hochschulen	20
Unterstützung von Kindern und Jugendlichen	21
Elternkompetenz als Schlüsselfaktor für psychische Gesundheit .	22
Die elektronische Patientenakte 2025	22
Nachruf zum Tode von Friedrich Wilhelm Schwartz	24
Erwerbslosigkeit und psychische Gesundheit – Prävention	25
Aus der Praxis: Jugendliche stärken – Mental Health Coaching ..	25
brynja e. V. – Ein Fitnessstudio für die Psyche	26
»Mut zur Selbsthilfe – Unterstützung sichtbar machen!«	27
In eigener Sache	23
Bücher, Medien	29
Termine LVG & AFS	30
Termine	32
Impressum	28

Mit herzlichen, vorweihnachtlichen Grüßen aus Hannover und Bremen

Thomas Altgeld und Team



JULIA THOM, ELVIRA MAUZ

Entwicklung psychischer Störungen in der Bevölkerung in Deutschland

Die Frage, ob psychische Störungen in Deutschland zunehmen, wurde auf Basis epidemiologischer Daten lange Zeit verneint, trotz zunehmender Diagnosezahlen im Gesundheitssystem. In der jüngeren Vergangenheit scheint sich dieses Bild gedreht zu haben, was mit neuen und alten Implikationen für Public Health verbunden ist.

Zuwachs an dokumentierten psychischen Störungen ohne entsprechenden Prävalenzanstieg in der Bevölkerung

Die standardisierte Abfrage psychopathologischer Symptome durch klinische Interviews in einer bundesweit repräsentativen Bevölkerungsstichprobe ist die verlässlichste Methode, um die Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung zu schätzen. Aufgrund der hohen Aufwände und Kosten wurden derartige Studien in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland bislang nur zweimal durchgeführt: zwischen 1997 und 1999 [1] sowie zwischen 2009 und 2012 [2]. Zwischen beiden Zeiträumen war die Häufigkeit psychischer Störungen in der erwachsenen Bevölkerung im Durchschnitt stabil geblieben [3] [4]. In der Studie der Jahre 2009 bis 2012 erfüllten 28 Prozent der erwachsenen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren innerhalb eines Jahres die Diagnosekriterien für mindestens eine psychische Störung. Die Prävalenzen lagen höher bei Frauen (33 Prozent) als bei Männern (22 Prozent) und in den jüngeren Altersgruppen (18–34 Jahre: 37 Prozent) als bei Älteren (65–79 Jahre: 20 Prozent) und bei geringem (38 Prozent) gegenüber hohem sozio-ökonomischen Status (22 Prozent) [2]. Auch internationale Übersichtsarbeiten fanden kaum Evidenz für eine häufig vermutete Zunahme psychischer Störungen [5] [6].

Jedoch wurde zu Beginn der 2000er Jahre eine Zunahme der von Haus- und Fachärzt:innen sowie Psychotherapeut:innen dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen beobachtet. In der ambulanten Versorgung stieg diese sogenannte administrative Prävalenz psychischer Störungen beispielsweise in Daten der BARMER zwischen 2005 (28 Prozent) und 2012 (32,9 Prozent) um fast ein Fünftel an [7] [vergleichbar auch 8]. Auch Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose einer psychischen Störung nahmen von 2000 bis 2012 um ein Drittel zu [9]. Das damalige Gesamtbild einer unveränderten Morbidität in der Bevölkerung bei zunehmender Dokumentation psychischer Störungen im Versorgungsgeschehen wurde unterschiedlich interpretiert [10–13]. So vermutete man beispielsweise a) einen Abbau einer zuvor bestehenden Versorgungslücke im Zuge der Entstigmatisierung psychischer Störungen, b) Erfolge eines wachsenden, effektiven Versorgungssystems, das eine steigende Neuerkrankungsrate ausglich oder auch c), dass (Lebens-)Probleme im Zuge einer zunehmenden Psychologisierung menschlicher Lebenswirklichkeit häufiger als psychische Probleme interpretiert und auch behandelt würden.

Steigende Symptombelastung in der Bevölkerung ohne entsprechenden Zuwachs an dokumentierten psychischen Störungen

Da keine neue Studie mit geeigneter Methodik durchgeführt wurde, lässt sich die Entwicklung psychischer Störungen in der Bevölkerung seit 2012 nicht verlässlich einschätzen. Eine Annäherung bietet die Beobachtung von Kernsymptomen psychischer Störungen in Befragungsstudien [14–16]. Daten des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut zeigen, dass der Anteil der Erwachsenen mit einer auffälligen Belastung durch depressive Symptome Ende 2023 auf 22 Prozent angestiegen ist – eine Verdopplung im Vergleich zu 2019 [17]. Ähnliche Verschlechterungen zeigen sich bei Angstsymptomen und der selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit. Die Entwicklungen sind in allen Geschlechter-, Alters- und Bildungsgruppen feststellbar, besonders deutlich bei den jüngeren Altersgruppen [15] [17], mit zuletzt stärkerem Anstieg bei jungen Frauen und Männern der niedrigen Bildungsgruppe [18] sowie einer Vergrößerung der sozialen Ungleichheit zwischen Einkommens- und Bildungsgruppen [19]. Vergleiche mit früheren Daten seit 2008 deuten darauf hin, dass der Anstieg etwa 2020 begann [18]. Wesentlich ist, dass die Zunahme sowohl bei moderater als auch schwererer depressiver Symptomatik beobachtbar ist [18]. Aufgrund dieser Zunahme zumindest abklärungsbedürftiger Fälle kann nicht länger ausgeschlossen werden, dass auch die Häufigkeit behandlungsbedürftiger psychischer Störungen zugenommen hat. Vergleichbare kontinuierliche Daten für Kinder und Jugendliche fehlen, jedoch zeigen nationale Reviews [20] sowie Befunde anderer Länder [21] ebenfalls eine zunehmende psychische Symptombelastung auf. Auch im Versorgungsgeschehen zeigt sich ein neues Bild. Der zuvor beobachtete Anstieg der administrativen Prävalenz psychischer Störungen in der ambulanten Versorgung setzte sich zwischen 2012 (33 Prozent) und 2017 (37 Prozent) zunächst fort [22]. In den Folgejahren schwankte dieser Anteil jedoch nur leicht und lag 2022 bei 38 Prozent aller gesetzlich Versicherten. Unterschiede zwischen den Geschlechtern und Altersgruppen mit höheren Prävalenzen bei Frauen und den

Älteren verringerten sich zwischen 2012 und 2022 durch stärkere Zuwächse bei Männern und den jüngeren Altersgruppen. Auch Krankenhausfälle gingen zwischen 2015 und 2022 um 17 Prozent zurück [9]. 2023 stieg die administrative Prävalenz zuletzt wieder an [23–25]. Dabei fallen sowohl in diesen ambulanten als auch in stationären Daten [26] Jugendliche und junge Erwachsene auf, bei denen der Anteil mit Diagnose einer psychischen Störung in den letzten Jahren konstant und stärker als in anderen Altersgruppen zugenommen hat.

Erklärungs- und Handlungsansätze im Kontext von Krisen und veränderten Diskursen

Die neue Dynamik der Zunahme auffälliger Belastung durch psychopathologische Symptome in der Bevölkerung schlägt sich in den ambulant und stationär erfassten Diagnosen insgesamt wenig, zeitverzögert und vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen nieder. Ein Grund für die insgesamt geringe Zunahme der administrativen Prävalenz kann sein, dass Kapazitätsgrenzen in der Versorgung psychischer Störungen [27], die während der COVID-19-Pandemie noch verstärkt waren [28] [29], eine Barriere darstellen. Möglich ist auch, dass in Zeiten multipler Krisen wie Pandemie, Inflation/Rezession, Klimakrise und Kriegen eine Normalisierung von psychischer Belastung stattfindet, die weniger als professionell zu behandelndes individuelles Gesundheitsproblem wahrgenommen wird. Dazu kann die mediale Berichterstattung beigetragen haben, die die psychische Gesundheit der Bevölkerung in den letzten Jahren explizit im Kontext dieser externen, kollektiven Stressoren thematisiert [30–36]. Die höhere psychische Belastung jüngerer Generationen und ihre positivere Einstellung gegenüber professioneller Hilfe im Vergleich zu älteren [37] [38] könnte erklären, warum ihr Anteil im Versorgungsgeschehen stärker wächst.

In diesem Zusammenhang wird mitunter die Frage gestellt, ob die Verschlechterungen der psychischen Gesundheit auf eine gestiegene »Sensibilität« zurückzuführen sind. Auch wenn Mental Health Awareness und Introspektionsfähigkeit in den letzten Dekaden zugenommen haben mögen, ist eine solche Erklärung problematisch. Subjektives Erleben ist ein Definitionsmerkmal psychischer Störungen. Zugleich mündet die Frage nach der Empfindsamkeit nicht selten in einer Abwertung als »Überempfindlichkeit« [39] [40]. Darüber hinaus lenkt der kritische Blick auf das Individuum von den sozialen Determinanten ab, die nachweislich psychische Gesundheit beeinträchtigen können [41] [42]. Am Beispiel der Angst vor dem Klimawandel identifiziert Clayton, worin die Herausforderung vielmehr liegt: »[...] we must find a way to respond to individual problems without losing sight of the social consequences – to talk about climate anxiety as a psychological experience without implying that the causes, and appropriate responses, are intrapsychic« [43]. Die Anpassung der Bevölkerung an gesellschaftliche Krisen muss deren individuelle mentale Bewältigung umfassen, auch wenn sie nicht allein durch diese erreicht werden kann. Eine Schlüsselrolle kommt damit nicht der Kuration, sondern der Förderung psychischer Gesundheit und (Verhältnis-)Prävention psychischer Störungen im Sinne eines Mental Health in All Policies-Ansatzes zu [44–46].

Allerdings macht die Sensibilitäts-Debatte auf etwas aufmerksam, das jüngst als »Nebenwirkung von Mental Health-



Awareness« [47] beschrieben wurde. Indem unser Konzept davon, was eine psychische Störung ist, zunehmend breiter wird und auf Depressionen und Angststörungen fokussiert, entsteht die Gefahr, dass Menschen mit schweren Störungen wie zum Beispiel Psychosen oder Substanzabhängigkeit, aus dem Blick geraten, als »anders krank« wahrgenommen, noch stärker stigmatisiert und – auch in Bezug auf die Ressourcen des Hilfesystems – marginalisiert werden. Anstelle der Frage nach (Über-)Sensibilität sollten Bedarfs- und Verteilungsgerechtigkeit stärker diskutiert werden [48]. Es ist wichtig, dazu auch mit Hilfe der Gesundheitsberichterstattung beizutragen und die Anliegen der besonders Betroffenen in Public Health Forschung und Praxis zu berücksichtigen.

Literatur siehe Link im Impressum.

DR. JULIA THOM, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin,
E-Mail: thomj@rki.de

ELVIRA MAUZ, Robert Koch-Institut, Nordufer 20, 13353 Berlin,
E-Mail: MauzE@rki.de

CHRISTIANE EICHENBERG

Selbst- und »Mode«-diagnosen: Online-Selbstdiagnostik von psychischen Erkrankungen durch Webrecherchen, Social Media und KI-Anwendungen

Die Online-Selbstdiagnose psychischer Störungen durch die Allgemeinbevölkerung nimmt zu [1]. Zu den Gründen für diesen Anstieg zählen unter anderem die Weiterentwicklung der Internet-Technologien zum Beispiel um Dienste, die auf Basis von Künstlicher Intelligenz (KI) arbeiten, die intensive Nutzung sozialer Medien sowie die vermehrte Betonung der Patient:innenbeteiligung an Entscheidungsprozessen.

Selbst- und »Mode«-diagnosen

Selbstdiagnosen beziehen sich auf den Prozess, in dem Individuen ohne professionelle Hilfe diagnostische Schlussfolgerungen über ihre eigenen Gesundheitszustände ziehen. Selbstdiagnosen können die soziale Bedeutung und Stellung einer Diagnose verändern [2], indem sie einerseits vom (medizinischen) Gegenüber als Laienurteile abgetan werden,

was dazu führen kann, dass legitime Bedenken und Symptome nicht ausreichend ernst genommen werden. Andererseits kann durch Selbstdiagnosen und deren Veröffentlichung das Vertrauen in ärztliche und psychologische Expertisen insgesamt geschwächt und abgewertet werden [3] [4].

Die Gefahr von selbstgestellten Diagnosen liegt in der fehlenden Fachkenntnis in Verbindung mit einem sogenannten Confirmation Bias. Das heißt, Selbstdiagnosen können durch die Tendenz beeinflusst werden, Informationen zu suchen und zu interpretieren, die die eigenen Annahmen bestätigen [5]. Zudem können sie dazu führen, dass sich Individuen selbst mit bestimmten Labels oder Stigmata versehen, was ihre Selbstwahrnehmung negativ beeinflussen kann [6]. Eng mit den selbst gestellten Diagnosen verbunden sind sogenannte „Mode“-diagnosen, also beispielsweise psychische Störungen, die in bestimmten Zeiträumen oder kulturellen Kontexten besonders viel Aufmerksamkeit erfahren. Diese Popularität kann durch Medien und gesellschaftliche Diskurse beeinflusst werden [7]. Damit verbunden ist die Gefahr, dass bestimmte Diagnosen in den öffentlichen Fokus geraten, obwohl keine tatsächliche Zunahme der Inzidenz vorliegt. Die Popularität bestimmter Diagnosen kann dazu führen, dass normale Verhaltensweisen oder Befindlichkeiten pathologisiert werden [8-10].

Selbst- und »Mode«-diagnosen stehen dabei oft in einem Wechselverhältnis. Personen, die sich selbst diagnostizieren, tun dies nicht selten unter dem Einfluss populärer Diagnosen, die in der Gesellschaft oder den Medien breit diskutiert werden [11]. Umgekehrt können verbreitete Selbstdiagnosen zu neuen Trends führen und so zu „Mode“-diagnosen werden.

Selbstdiagnostik via Webrecherchen

Ausgangspunkt selbst gestellter Diagnosen sind häufig Recherchen über Suchmaschinen. Um die Qualität entsprechender Suchergebnisse zu untersuchen, wurden für eine Vielzahl von Störungsbildern inhaltsanalytische Studien durchgeführt. Der Großteil gesundheitsbezogener Webseiten weist Qualitätsmängel und zum Teil auch Falsch- und Fehlinformationen auf, was in den letzten zwei Jahrzehnten mehrfach belegt wurde [12]. Inzwischen fokussiert sich die Forschung auf die Analyse der Qualität von Inhalten zu psychischen Störungen, die auf Social Media verbreitet werden. In einer Studie zu Videos zu ADHS wurde über die Hälfte der Stichprobe als für die Rezipienten irreführend eingestuft [13].

Selbstdiagnosen via Social Media

Selbstdiagnostisches Verhalten im Zusammenhang mit der Nutzung von Social Media ist komplex. Blogs oder Vlogs, in denen die eigene Betroffenheit von psychischen Erkrankungen öffentlich gemacht wird, haben nicht nur Effekte für die Produzent:innen, sondern auch für die Rezipierenden und den gesamtgesellschaftlichen Diskurs. Zu den positiven Effekten zählen die Enttabuisierung psychischer Störungen, das Durchbrechen der sozialen Isolation und das Erfahren sozialer Unterstützung sowie das gemeinsame Teilen psychischen Leids auch derer, deren psychische Symptome noch keine offizielle Diagnose erfahren haben [12]. Gleichzeitig bestehen aber auch mögliche negative Effekte. Relevant werden kann eine entstehende Krankheitsidentität basierend auf Prinzipien der sozialen Ansteckung und der Gemeinschaftsbildung im Sinne medieninduzierter Erkrankungen einschließlich des sogenannten »Münchhausensyndroms«, was

meint, dass eine Person zum Beispiel in den sozialen Medien Krankheiten vortäuscht, um Aufmerksamkeit, Mitleid oder Unterstützung zu erlangen. Damit wird die Selbstdiagnose bedeutend für die persönliche Identitätsbildung und die Zugehörigkeit zu (virtuellen) Gruppen, wobei diese Zugehörigkeit auch eine Antithese zum medizinischen System darstellen kann, indem medizinische Expertise abgelehnt wird, weil man sich beispielsweise im Vorfeld nicht verstanden fühlte [11].

Selbstdiagnosen via KI-basierten Konversationsagenten

KI-gesteuerte Selbstdiagnosen haben eine bequeme und zugängliche Möglichkeit geschaffen, das psychische Wohlbefinden in den eigenen vier Wänden zu beurteilen und können günstigstenfalls dazu ermutigen, medizinische Angebote wahrzunehmen. In einer Umfrage war die Mehrheit der Befragten (78 Prozent) bereit, ChatGPT für Selbstdiagnosen zu verwenden [14], auch wenn eine andere Nutzerbefragung ergab, dass entsprechende Apps nicht über die Funktionen verfügen den gesamten Diagnoseprozess eines Offline-Arztbesuchs zu unterstützen [15].

KI-gesteuerten Selbstdiagnosen werden in Fachkreisen problematische Auswirkungen auf psychologischer, sozialer und ethischer Ebene zugeschrieben [16], da entsprechende Tools in Tests schlechter abschneiden als bisher angenommen und eine übermäßige Selbstsicherheit bei der Abgabe falscher Einschätzungen und Empfehlungen geben [17], sodass von einer unbegleiteten patientenseitigen Nutzung abgeraten wird [18].

Fazit

Selbstdiagnosen bringen vor allem Risiken mit sich. Neben dem Aufwand für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen, in der Praxis Selbstdiagnosen zu korrigieren, sind die Folgen, wenn Patient:innen mit selbst gestellten Diagnosen allein bleiben, noch weitreichender. So werden Patient:innen mit Begrifflichkeiten konfrontiert, deren Verständnis eine entsprechende Ausbildung verlangt. Neben einer potenziell dysfunktionalen Selbststigmatisierung können – wenn die Selbstdiagnostik ein falsch negatives Ergebnis ausgibt – Symptome verschleppt und Störungen damit chronifiziert werden. Schlimmstenfalls können auf die Selbstdiagnose gefährliche Selbstbehandlungen folgen. Dazu gehören selbst gekaufte Arzneimittel, aber auch die Konsultation unseriöser »Helfer:innen« oder die Umsetzung ungefilterter Ratschläge aus sozialen Medien. Falsche Selbstdiagnosen, sowie Fehl-, Falsch- und einseitige Internetinformationen können eine verminderte Inanspruchnahme von Therapien, Behandlungsabbrüche oder »Doctor hopping« aufgrund von Verunsicherungen zur Folge haben. Daher sollten Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen für das Problemfeld sensibilisiert und die breite Öffentlichkeit über die Auswirkungen von Selbstdiagnosen informiert werden.

Literatur siehe Link im Impressum.

UNIV.-PROF. DR. PHIL. HABIL. CHRISTIANE EICHENBERG,
Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Medizin, Freudplatz 3,
1020 Wien, Österreich, E-Mail: eichenberg@sfu.ac.at



KATHARINA VAN BRONSWIJK, RIKE WAGNER

Planetary Mental Health – Was das Klima mit unserer Psyche zu tun hat

Das Jahr 2024 brachte erneut Negativrekorde – die höchste globale Mitteltemperatur seit Beginn der Wetteraufzeichnungen, Waldbrände in Südeuropa, Überschwemmungen in Deutschland. Der Klimawandel ist nach Einschätzung der WHO die größte Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts [1]. Neben diversen somatischen Gesundheitsfolgen entstehen auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Nach Extremwetterereignissen können Betroffene eine posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen, Angststörungen oder andere Traumafolgestörungen entwickeln [2]. Hitze ist ein weiteres und in Deutschland eines der größten Gesundheitsrisiken durch den Klimawandel. Nicht nur nimmt die kognitive Leistungsfähigkeit und damit auch die Arbeitsleistung ab, Herz und Kreislauf sind belastet und es kann zum Hitzeschlag kommen. In der psychologischen Forschung gibt es zudem Hinweise darauf, dass Menschen in Hitzeepisoden aggressiver sind, was zu einem Anstieg an Gewaltverbrechen führt. Auch nimmt die Suizidrate bei Hitze zu [3]. Dies wiederum hat Auswirkungen auf die Stimmung in der Gesellschaft. Der gesellschaftliche Zusammenhalt nimmt ab und in Krisenzeiten haben Verschwörungsmentalität und Populismus Hochkonjunktur [2]. In der Gegenbewegung ziehen sich viele Menschen ins private Schneckenhaus zurück, werden krisenmüde, verdrängen und blenden die globalen Probleme aufgrund von Überforderung aus [4].

Im Kern von Verschwörungsmentalität [5] und Klimaleugnung [6] sowie in der populistischen Hinwendung zu scheinbar »einfachen Antworten« und »starken Akteuren« [7] stecken Ängste. Hier wird spätestens deutlich, dass nicht nur für die konkrete Behandlung von psychischen Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels, sondern auch für die gesellschaftliche Bewältigung und Lösung der Ursprünge dieser Krisen psychologisches Wissen unabdingbar ist. Schließlich ist der evolutionäre Sinn der durch die Krisen ausgelösten Emotionen wie Angst, Schuld, Scham, Trauer oder Wut die Aktivierung zum lösungsorientierten Handeln. Gut durchdachte

Vorschläge für effektive Klimaschutz- und Transformationsmaßnahmen in den Bereichen wie Mobilität oder Wirtschaft gibt es mittlerweile schon zuhauf. Umgesetzt werden können diese Transformationsprozesse jedoch nur, wenn in einer sogenannten »kritische Masse« von circa zehn bis vierzig Prozent aller Menschen ein wahrhaftiges Umdenken stattfindet, dann wäre ein sozialer Kipppunkt erreicht. Um dorthin zu kommen, muss jedoch die kollektive Einstellung entstehen, dass Klimaschutz existentiell notwendig, möglich und lohnend ist. Und es muss sich die Erkenntnis tief verankern, dass WIR die Wirtschaft, die Ernährung, der Verkehr und die Politik SIND, die mit ihren Entscheidungen die Rahmenbedingungen für die Veränderungen schaffen [8]. Wenn wir uns dessen bewusst werden, die dazugehörigen (vor allem aversiven) Gefühle, wie Angst, Wut, Scham, Schuld, Ohnmacht und Verzweiflung aushalten und integrieren lernen, erlangen wir die Fähigkeit zu wirklich verantwortungsvollem Handeln.

Anstelle des »Herumdokterns« an einzelnen Symptomen und Problemfeldern klimaschädlichen Verhaltens wäre es demnach sinnvoller und nachhaltiger, das Problem an seiner (psychologischen) Wurzel zu packen. Dazu müssen die Menschen zunächst darin unterstützt und befähigt werden, die Klimakrise und auch ihre Bewältigung realistischer, selbstkritischer und lösungsorientierter wahrzunehmen. Um dies zu erreichen, braucht es zum einen Aufklärung über (sozial-)psychologische Mechanismen, die einen effektiven Klimaschutz verhindern [9]. Zum anderen bedarf es der Entwicklung von Affekt- und Ambiguitätstoleranz in jeder:jedem einzelnen von uns, um aversive innerpsychische Reaktionen auf die Realität des und die eigene (Mit-)Verantwortung am Klimawandel auszuhalten. Hierbei geht es also letztlich um die Stärkung unserer innerpsychischen Resilienz. Des Weiteren ist es wichtig, dass der Mensch erkennt, inwiefern ihre:seine Verhaltens- und damit Umweltveränderung im Einklang mit ihren:seinen ureigenen, existenziellen Bedürfnissen nach Sicherheit und Freiheit steht. Kurz gesagt, der Mensch muss den Eigennutz von Klimaschutz erkennen, um Lust darauf zu bekommen, ihn auch umzusetzen. Erst dann kann wirklich konsequentes, verantwortungsvolles Handeln folgen, welches gesellschaftlich und politisch positiv verstärkt werden sollte, etwa mit ehrlicher Anerkennung, Protektion und aktiver (auch finanzieller) Förderung und Unterstützung. So käme eine Positiv-Spirale in Gang, die nach und nach immer mehr Menschen mitziehen könnte [10].

Wir Aktivist:innen von Psychologists For Future e. V. können diesen Transformationsprozess auf viele Arten unterstützen [11], in erster Linie durch die Problemaktualisierung. Wir stellen dafür mit Hilfe einer Mischung aus stützenden und konfrontierenden Interventionen einen wertschätzenden und möglichst angstfreien Rahmen bereit, in welchem Menschen den Tatsachen leichter und mit weniger Notwendigkeit zur Abwehr unangenehmer Gefühle ins Auge blicken können. Für den Klimawandel heißt das, dass wir die Menschen darin unterstützen, das Ausmaß der Katastrophe anzuerkennen und die dabei natürlicherweise aufkommenden negativen Gefühle besser einordnen und aushalten zu lernen. Dieser innerpsychische Bewusstwerdungsprozess eines Problems bewirkt, dass weniger psychische Energie in die Blockade von vernünftigen Handlungsentscheidungen fließen muss. Wir haben nicht mehr so viel »Angst vor der Angst« und können sie und ihre Quellen besser aushalten. Dadurch kommen wir in die Lage, das tatsächliche Problem anzusehen und auf kre-

ative Weise zu lösen. Unsere darauffolgende zweite wichtige psychotherapeutische Kernkompetenz: Steigerung der Handlungsfähigkeit. Durch die Verbesserung der Affekt- und Problemtoleranz sowie des Bewusstseins für die eigene Verantwortung bei der Aufrechterhaltung des Problems wird Handlungsenergie im Sinne von Selbstwirksamkeit frei. Diese kann zur gesunden Problembewältigung eingesetzt werden. Dieser Prozess wird psychologisch sinnvollerweise durch eine differenzierte Motivations- bzw. Bedürfnisklärung begleitet. Im Falle der Klimakrise hieße das im Wesentlichen, dass den Menschen ihre Abhängigkeit von einer intakten Umwelt und Gesellschaft bewusst wird, sichern diese doch in letzter Konsequenz ihr Bedürfnis nach Sicherheit und Freiheit – kurz: nach Leben – fundamental. Zur Erkenntnis und Integration dieser Vulnerabilität können und sollten wir Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen mit unserer gesamten Expertise beitragen.

Literatur siehe Link im Impressum.

Katharina van Bronswijk, Rike Wagner,

Psychologists/Psychotherapists For Future e. V., Ehrenfelsstraße 13,

55411 Bingen, E-Mail: presse@psychologistsforfuture.org,

Internet: www.psy4f.org

JANOSCH SCHOBIN, CÉLINE ARRIAGADA

Eine kurze Geschichte der Einsamkeit als Gesundheitsfrage

»Die Einsamkeit bringt mich um.« Sätze wie diesen hören wir in unseren Interviews am Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) mit einsamen Menschen immer wieder. Das mag übertrieben klingen, ist es aber nicht. Dafür spricht die aktuelle Forschung: Menschen mit hohen Einsamkeitsbelastungen sterben früher. Das hat den Blick auf das Thema stark verändert. Einsamkeit wird in der Forschung zunehmend als eine elementare Mangelempfindung aufgefasst, so wie Hunger oder Schmerz. Sie drückt ein wesentliches Bedürfnis aus und äußert sich als die leidvolle Empfindung, dass wichtige Beziehungen zu schwach, zu oberflächlich oder zu konfliktbeladen sind. Manchmal fehlen sie schlicht auch ganz. In diesem Fall wird von Vereinsamung gesprochen – also dem gemeinsamen Auftreten von starken subjektiven Einsamkeitsempfindungen und objektiver sozialer Isolation.

Die Entdeckung der medizinisch relevanten sozialen Bedürfnisse

Aktuelle Studien verdeutlichen die Bedeutung von sozialen Beziehungen als Ressource für ein gesundes Leben, indem soziale Beziehungen Stressfaktoren reduzieren, Resilienz steigern und sich positiv auf das Verhalten und den Lebensstil auswirken. Paradigmatisch wird dabei immer stärker davon ausgegangen, dass es medizinisch relevante soziale Bedürfnisse gibt. Bleiben diese über längere Zeit unbefriedigt, kann das körperliche und subjektive Wohlbefinden nachhaltig beeinträchtigt werden. Einsamkeitsreduzierende Maßnahmen werden aus diesem Grund immer häufiger im Rahmen der Weiterentwicklung präventionsorientierter und humanzentrierter gesundheitspolitischer Maßnahmen diskutiert. Dass Einsamkeit so verstanden wird, ist relativ neu. Erstaunlicherweise waren dabei viele der empirischen Befunde, die zu

diesem Paradigmenwechsel geführt haben, lange bekannt. Etwa, dass einsame Menschen früher sterben und häufiger an Depressionen leiden, wurde schon in den 1980er Jahren in der Literatur beschrieben. Der statistische Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und Herzerkrankungen wurde sogar spätestens in den 1970er Jahren statistisch nachgewiesen. Auch die ersten Befunde zu den physiologischen Mechanismen, die hinter diesen Zusammenhängen stehen könnten, wie etwa die erhöhte Cortisol-Konzentration bei Menschen mit hohen Einsamkeitsbelastungen, waren schon in den 1980er Jahren entdeckt worden. Dessen ungeachtet wurden Einsamkeitsbelastungen lange vor allem als Nebenwirkung anderer Problemlagen untersucht. Etwa wurde mit Blick auf den statistischen Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und intensiven Einsamkeitserfahrungen lange angenommen, dass Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit zu sozialem Rückzugsverhalten führen, was wiederum soziale Isolation und Einsamkeitsempfindungen auslöst. Einsamkeitsbelastungen standen demnach vor allem am Ende der Ursachenkette, die von psychischen oder körperlichen Erkrankungen ausgelöst wird. Anfang der 2000er Jahre kam es jedoch innerhalb der Psychologie und der Humanwissenschaften zu einem starken und nachhaltigen Umdenken. Dies lag insbesondere an der neuropsychologischen Forschung, die seit Ende der 1990er Jahre im Rahmen der Nutzung bildgebender Verfahren überraschende Zusammenhänge offengelegt hatte: Einsamkeit und Schmerz sind verwandte Empfindungen. Beide werden in Teilen in den gleichen Hirnregionen verarbeitet, und ihre Funktion überlappt sich. Aus diesem Grund wird heute vermutet, dass Schmerzmittel aber auch Alkoholmissbrauch häufig auf chronische Einsamkeit zurückzuführen sind. Einsamkeit wurde evolutionspsychologisch als ein elementares Mangelsignal, wie Hunger oder Schmerz, verstanden, dessen evolutiver Sinn darin besteht, das Individuum anzuregen, in seine sozialen Beziehungen zu investieren, falls diese beschädigt werden oder unter ein bestimmtes Qualitätsniveau sinken, das den Gruppenzusammenhalt gefährdet. Mit diesem Paradigmenwechsel veränderte sich der Blick auf die bekannten Zusammenhänge zwischen Einsamkeitsbelastungen und Gesundheit schnell und nachhaltig. Chronische Einsamkeitsbelastungen wurden immer weniger als Effekt und immer mehr als Ursache psychischer und physiologischer Beeinträchtigungen verstanden.

Der weite Weg der Einsamkeit in der Gesundheitsprävention

In das öffentliche Bewusstsein gelangte das Problem der Einsamkeitsbelastungen, weil im Jahr 2018 ein »Einsamkeitsministerium« in Großbritannien eingerichtet wurde. Die Frage wie das Problem der Einsamkeitsbelastungen als einem Gegenstand präventionsorientierter und humanzentrierter Gesundheitspolitik im komplizierten föderalen und zudem subsidiär organisierten und sektoral gegliederten Wohlfahrtsystem der Bundesrepublik adressiert werden kann, ist kompliziert. Die Etablierung von Zuständigkeiten für das Thema Einsamkeit gestaltet sich aufgrund der starken Fragmentierung und sektoralen Differenzierung des Systems als schwierig. In Nordrhein-Westfalen wurde deshalb 2022 eine Stabstelle in der Staatskanzlei eingerichtet, ähnlich wie in Großbritannien. Auf Bundesebene wurde 2021 im Gegensatz dazu das Kompetenznetz Einsamkeit (KNE) gegründet, das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

(BMFSFJ) gefördert wird. Das KNE untersucht die Ursachen und Folgen von Einsamkeit, fördert den Austausch von Erfahrungen zur Prävention und Intervention und wird von einem Projektbeirat sowie einer Betroffenenengruppe begleitet. Ob das KNE die richtige Lösung ist, um das Thema Einsamkeit im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem der Bundesrepublik zu verankern, wird die Zeit zeigen. Sicher ist hier noch ein weiter Weg zu gehen. Zumindest stellt das KNE einen im internationalen Vergleich innovativen Ansatz dar, um das Phänomen Einsamkeit ganzheitlich zu adressieren, in dem es wissenschaftliche, politische und zivilgesellschaftliche Aspekte in gleichem Maße berücksichtigt. Zu hoffen ist, dass wir in einigen Jahren immer häufiger hören, dass aus der unerträglichen, drückenden Einsamkeit, die heute viele Menschen empfinden, mit dem alten Freud gesprochen, ganz »gemeines Unglück« geworden ist.

Literatur bei den Verfasser:innen

CÉLINE ARRIAGADA, PD DR. JANOSCH SCHOBIN, wissenschaftliche Mitarbeiter:innen, Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V. (ISS), Zeilweg 42, 60439 Frankfurt am Main,
E-Mail: celine.arriagada@iss-ffm.de,
E-Mail: janosch.schobin@iss-ffm.de

ELISABETH KAPFERER

Armut und Stress – Anmerkungen zu einer ungesunden Beziehung

»Ich wünsche mir eine Pause-Taste für mein Leben, einmal ausschalten, den Druck abstellen«, schreibt Undine Zimmer als junge Erwachsene. »Aber es geht nicht.« Was macht diese Pause-Taste unverfügbar? Es sind Begleitumstände des Aufwachsens in Armut, in einer »Hartz-IV-Familie«; Begleitumstände, die auch später noch nachwirken.

Mit Armut wird meist »kein Geld« verbunden. Doch Armut bedeutet mehr: eine unfreiwillige Situation des Mangels an wichtigen materiellen Ressourcen, die auch in nicht-materielle Bereiche fortwirkt und mit Entbehrungen, Ausgrenzungen und Beschämungserfahrungen sowie Benachteiligung einhergeht. Armut ist in Kontexte eingebettet, die politisch und gesellschaftlich gestaltet und gestaltbar sind, und ist daher als soziales Problem zu verstehen, das vermeidbar wäre.

Die Erfahrungen von Menschen in Armut kommen im öffentlichen Diskurs nur selten vor. Aber es gibt die Stimmen von Menschen mit Armutswissen aus eigenem Erleben, es gibt sie in wissenschaftlichen und auto-sozio-biographischen Quellen, die in diesem Beitrag auch zitiert werden. Sie erzählen von prägenden Erfahrungen von Verwundbarkeit, »Leiden an Körper, Geist und Seele«, wie eine globale partizipative Studie zu Armutsfolgen ausspricht. Sie können verstehen helfen, warum Armut oftmals zu einem chronischen Stressor mit gravierenden mentalen und körperlichen Folgen wird.

Keine Pause-Taste

Stress betrifft uns alle, unabhängig vom sozialen Status. Stress steigert unsere Widerstands- und Leistungsfähigkeit, ist evolutionär lebensnotwendig. Aber die Dosis macht das Gift. Welche Dosis geht mit Armut einher? In prekären sozio-ökonomischen Verhältnissen ist Stress »das Fenster, durch



das das ganze Leben betrachtet wird«, schreibt Darren McGarvey. Stress muss kontextuell verstanden werden, Armut macht chronischen Stress wahrscheinlicher, erhöht seine Intensität und Dauerhaftigkeit. Gleichzeitig fehlen und schwinden Ressourcen für Ausgleich zwischen Belastung und Erholung. Finanzielle Mittel ermöglichen sich »freizuspielen«, durch entlastende Dienstleistungen im Alltag oder im erholsamen Urlaub. Armut verschließt solche Spielräume, es gibt keine »Pause-Taste«.

Armut als Gefährdung innerer Ressourcen

Das Problem ist nicht Stress als universale Realität per se, sondern mangelnde Ressourcen und widrige Rahmenbedingungen. Können wir sinnvoll einordnen, was uns widerfährt? Haben wir die Ressourcen, um die Herausforderung zu bewältigen? Können wir erwarten, dass sich unsere Anstrengungen lohnen? Aaron Antonovsky nennt das den »Kohärenzsinn«, ein Gefühl der Verbundenheit mit der Welt auch unter widrigen Umständen. Armut durchkreuzt den Kohärenzsinn durch wiederholte Erfahrungen von Abwertung, Ausgrenzung, Beschämung – auch im institutionellen Kontext, auf Ämtern, im Bildungs- und Gesundheitswesen. Dazu kommt die Frustration, diesen Erfahrungen nichts nachhaltig wirksam entgegenzusetzen zu können.

Armut gefährdet Identitätsressourcen, beraubt Menschen der Erfahrung von Sicherheit, Zugehörigkeit, Anerkennung und Achtung für die eigene Lebensgeschichte. Zugleich tangiert Armut Resilienz. Menschen in Armut müssen resilient sein, während ihre Lebensumstände ihre Widerstandskraft untergraben. Auch stabile unterstützende Beziehungen stehen oder kommen unter Druck. Wie sind der Druck, resilient sein zu müssen, und die Ressourcen für Resilienz verteilt? So wie auch Stress und Verwundbarkeit: höchst ungleich.

Wechselspiel von Armut und Stress ...

Auswirkungen von chronischem Stress können das Leben nachteilig beeinflussen. Effekte zeigen sich unter anderem in Verhaltenspräferenzen: Unter Stress leiden kognitive und exekutive Fähigkeiten – etwa langfristig zu planen, gute Entscheidungen zu treffen oder auf kurzfristige »Gewinne« zugunsten eines zukünftigen höheren Nutzens zu verzichten. Armut verstärkt diese Effekte: »Kein Geld zu haben, lässt einen beizeiten Dinge tun, die einem ohne diese unsichtbare Hand im Nacken reichlich dumm vorkämen«, schreibt Olivier David. Welche Macht hier wirkt, zeigt die Reproduzierbarkeit dieser Effekte an Proband:innen im Labor, unter rein fiktivem finanziellem Stress.

Finanzielle Sorgen, prekäre Wohnsituationen und unsichere Jobverhältnisse oder als perspektivlos erlebte Langzeitarbeits-

losigkeit verursachen chronischen Stress. Das führt zu einem dauerhaft hyperwachen Zustand. »Im Kopf«, so David, »gellen dauerhaft Alarmglocken«. Chronischer Stress führt zu physiologischen Prozessen der Dysbalance, die bestimmte Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen (mit-)verursachen können. Stress schadet der körperlichen, geistigen und seelischen Gesundheit und folglich auch den Chancen auf soziale Mobilität.

... schon früh im Leben

Stress hat Folgen, schon in der frühen Kindheit, teils schon vorgeburtlich. Familiärer beziehungsweise mütterlicher Stress kann die Entwicklung bestimmter Organe und des Gehirns schädigen, etwa der Amygdala, des präfrontalen Kortex und des Hippocampus. Dies beeinträchtigt die Entwicklung der Fähigkeit, sensorische Reize einzuordnen und Gefahren einzuschätzen, und führt zu einem chronisch aktiviertem Stresssystem und erhöhtem Stressniveau – mit den genannten Folgerisiken. Betroffen sind neben kognitiven und exekutiven Funktionen auch Emotionsregulation und Impulskontrolle sowie Lern- und Gedächtnisleistung. Eine solche Gemengelage mit naheliegenden Konsequenzen für den Lebensverlauf und die Zukunftschancen kann toxisch genannt werden. Hier werden – teils irreversibel – Weichen gestellt, bevor eine einzige eigene Entscheidung im Leben getroffen wurde.

Individuelles Leid – gesellschaftliche Verantwortung

Was Armut bedeutet, hängt von gesellschaftlichen, institutionellen Rahmenbedingungen und politischen Entscheidungen ab, die Armut und Stress – jeweils und in ihrer Wechselwirkung – verringern oder verstärken. Eine Gesellschaft, die Armut und armutsbedingten Stress akzeptiert, schädigt sich selbst, indem sie systematisch Risiken für die jetzigen und nächsten Generationen duldet. Es bedarf einer verantwortungsvollen, stressbewussten Gesellschaft, die Armut nicht primär als individuelles Verschulden, sondern als systemisches Problem begreift; die Strukturen stärkt, Armut und vermeidbarem Stress entgegenzuwirken; die möglichst umfänglich Menschen in ihren Ressourcen und damit die Gesellschaft als Ganzes fördert – zum Wohle aller.

Literatur bei der Verfasserin

DR. ELISABETH KAPFERER, Universität Salzburg, Zentrum für Ethik und Armutsforschung, Universitätsplatz 1, 5020 Salzburg, Österreich
E-Mail: elisabeth.kapferer@plus.ac.at

KLAUS HURRELMANN, SIMON SCHNETZER, KILIAN HAMPEL

Die mentale Gesundheit von Jugendlichen

Die repräsentativ angelegten Trendstudien »Jugend in Deutschland« untersuchen, wie die 14- bis 29-jährigen Angehörigen der jungen Generation in Deutschland im Zeitverlauf auf politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Ereignisse reagieren. Im Fokus der aktuellen Studie steht die Frage, wie die junge Generation in Zeiten der vielen Krisen ihre Lebenssituation einschätzt und die Herausforderungen im politischen und wirtschaftlichen Bereich verarbeitet. Das Ergebnis stimmt nachdenklich: Auch nach dem Abklingen der Covid-



19-Pandemie, die junge Menschen stark belastet hat, herrscht ein »Krisenmodus« vor.

Schauen wir zuerst auf die persönliche Zufriedenheit der Jugend in Deutschland: Sie ist im Vergleich zu den letzten beiden Erhebungen von 2023 und 2022 in fast allen Bereichen gesunken. Das gilt besonders für die finanzielle Lage, aber auch die Zufriedenheit mit der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie mit den beruflichen Chancen und der sozialen Anerkennung ist abgefallen.

Die Einschätzung zur aktuellen Situation in Deutschland fällt pessimistisch aus. Bis auf eine mäßige Zufriedenheit mit der Lebensqualität in Deutschland befinden sich alle Durchschnittswerte im negativen Bereich. Besonders auffällig ist die Verschlechterung der Zufriedenheit mit den politischen Verhältnissen, der wirtschaftlichen Entwicklung und dem gesellschaftlichen Zusammenhalt. Es wird deutlich: Die Stimmung scheint zu kippen, in der jungen Generation ist heute deutlich weniger Zuversicht spürbar als vor der Pandemie.

Die schlechte Stimmung wird stark durch Sorgen und Ängste bestimmt. Sie sind ein Indikator dafür, welche Themen die jungen Menschen bedrücken. Die Corona-Pandemie ist weitgehend in Vergessenheit geraten. An ihre Stelle sind andere massive Sorgen getreten: Inflation, Krieg in Europa und Nahost, teuer und knapper Wohnraum, Spaltung der Gesellschaft und Klimawandel. Damit dominieren ökonomische Ängste, und auch der Blick in die Zukunft ist von einer starken Verunsicherung geprägt, denn die Angst vor Altersarmut und die Sorge um die Wohlstandsperspektive für junge Menschen folgen auf den nächsten Plätzen. Im Zeitvergleich besonders stark zugenommen hat die Sorge vor einem Anstieg der Anzahl Geflüchteter. Die Werte haben sich in den letzten beiden Jahren verdoppelt. Damit hat dieses Thema nun auch die junge Generation erreicht.

Selbsteinschätzung psychischer Belastungen

In allen bisherigen Trendstudien korrespondiert das hohe Ausmaß von Sorgen mit einem starken Gefühl der psychischen Belastung. In der Trendstudie 2023 konnten wir nachweisen, dass in der Generation der unter 30-Jährigen ein erheblich höheres Niveau von psychischen Belastungen zu verzeichnen ist als in der mittleren Altersgruppe (30 bis 49 Jahre) und der älteren Gruppe (50 bis 69 Jahre). Die junge Generation hat demnach besonders stark unter den Einschränkungen der Corona-Pandemie gelitten, weil sie in ihrem bisherigen Leben weder tiefgreifende Krisen noch Kontrollverlust über die Alltagssteuerung erlebt hat. Ältere Bevölkerungsgruppen kamen mit den Belastungen der Corona-Pandemie vergleichsweise besser zurecht, weil sie sich mit ihrer längeren Lebenserfahrung schon verschiedene Mechanismen der Krisenbewältigung angeeignet haben.

Auch die gehäuften Selbstangaben zu Stress, Einsamkeit und Angstzuständen zeigen, dass die psychische Belastung auch nach dem Abklingen der Corona-Pandemie anhält. Aussagen zu Erschöpfung, Selbstzweifel, Antriebslosigkeit und Gereiztheit befinden sich auf einem gleichbleibenden Niveau. Besonders irritierend ist, dass die sehr ernst zu nehmenden Symptome Hilflosigkeit und Suizidgedanken im Zeitverlauf weiter ansteigen. Nur die Angaben zu Depression und Langeweile zeigen eine abfallende Tendenz.

Insgesamt gibt die junge Generation im Jahr 2024 ein höheres Niveau von Belastungen verschiedenster Art an als in den Jahren davor. Die Gründe hierfür lassen sich aus unserer Studie nicht klar ableiten. Vermutlich ist durch die Erfahrung einer fremdgesteuerten Lebensgestaltung während der Corona-Pandemie eine tiefsitzende mentale Verunsicherung eingetreten, verbunden mit dem Verlust des Vertrauens in die Verstehbarkeit und Beeinflussbarkeit der persönlichen und der gesellschaftlichen Lebensbedingungen. Es ist anzunehmen, dass dieses im (Unter-)Bewusstsein weiterhin präsente Ohnmachtsgefühl immer wieder aktiviert wird.

Zum Thema Inanspruchnahme professioneller Hilfe gaben elf Prozent der Befragten an, sich aufgrund von psychischen Belastungen aktuell in Behandlung zu befinden. Vor der Corona-Pandemie war in der Literatur geschätzt worden, dass sich etwa fünf Prozent wegen psychischer Belastungen in Behandlung befinden. Dass dieser Wert sich inzwischen verdoppelt hat, ist nach den von uns vorgelegten Angaben über die Selbsteinschätzung von Belastungen plausibel.

Das gestiegene Ausmaß von psychischen Belastungen wirkt sich inzwischen in vielen Bereichen des Bildungssystems und des Arbeitslebens aus. Viele Schulen, Ausbildungsbetriebe und Unternehmen berichten über einen steigenden Krankheitsstand und vermitteln den Eindruck, junge Menschen seien besonders wenig belastbar und würden sich schnell krankschreiben lassen. Es zeigt leider auch, dass das Bildungssystem es aktuell nicht vermag, Jugendliche für den Umgang mit zunehmendem Stress vorzubereiten.

Die junge Generation braucht eine Zukunftsperspektive

Junge Menschen haben verstärkt den Eindruck, dass sie in der Vergangenheit wenig Einfluss auf wichtige Entscheidungen und auf die Gestaltung der von Krisen geprägten Lebensbedingungen hatten. Deshalb ist es für sie nicht selbstverständlich und gleichzeitig schwierig, hierfür die Verantwortung zu übernehmen. Wenn die jungen Menschen erleben, dass ihre Bemühungen verpuffen, und sie sich nicht als selbstwirksam erleben, dann bricht auch ihre Motivation ein, ihr Verhalten zu ändern. Das ist ein stiller Hilferuf: »Wir können das aus eigener Initiative nicht schaffen. Mit individuellen Handlungen werden wir Umweltverschmutzung und andere Probleme nicht lösen können.« Es braucht etwas, das in der ganzen Gesellschaft verankert ist und durch Regeln, Strukturen und Anreize unterstützt wird. Der jungen Generation fehlt unter den aktuellen Umständen eine motivierende Zukunftsperspektive.

Literatur bei den Verfassern

PROF. DR. KLAUS HURRELMANN, Hertie School – University of Governance, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin, E-Mail: Hurrelmann@hertie-school.org
SIMON SCHNETZER, KILIAN HAMPEL, Jugendforscher, Ostbahnhofstraße 7, 87437 Kempten (Allgäu), E-Mail: mail@simon-schnetzer.com,
E-Mail: mail@kilian-hampel.com

JULIAN WANGLER

Mentale Gesundheit im Alter – Der vielschichtige Einfluss medialer Altersbilder auf das individuelle Erleben von Älterwerden

Obwohl Alter ein fortschreitender Prozess ist, haben viele Menschen intuitiv bestimmte Vorstellungen, anhand welcher Merkmale sie Ältere festmachen. Gesellschaftliche Altersbilder können als Stereotype wirksam sein und individuelles Verhalten beeinflussen. Für die Frage, welche Altersbilder geprägt werden, spielen Massenmedien eine zentrale Rolle. Durch Selektion, Strukturierung und Salienz heben Medien bestimmte Aspekte des Alters hervor, während andere vernachlässigt werden. So entstehen kohärente Darstellungsmuster (Frames), die zugespitzte (Körperlichkeits-)Optiken und Eigenschaftszuschreibungen in Bezug auf die abschließende Lebensphase eröffnen. Soll der Übergang zu einem Gemeinwesen mit einem höheren Anteil älterer Menschen gelingen, wird es darauf ankommen, welche Altersbilder im öffentlichen Raum zirkulieren. Es liegen jedoch bislang nahezu keine empirischen Befunde darüber vor, wie medienvermittelte (Re-)Präsentationen des Alters sich konkret auf die mentale Gesundheit älterer Menschen auswirken.

Widersprüchliche Wirkungsannahmen

Denkbar sind unterschiedliche Wirkungspotenziale, die sich anhand einer Reihe von Theorien aus der sozialpsychologischen Einstellungsforschung verdeutlichen lassen. Bei ihnen steht die gegenseitige Beeinflussung von Altersfremd- und -selbstbildern im Mittelpunkt.

- » Im Verständnis der Terror-Management-Theorie wird die Konfrontation mit einem Altersbild, das Gebrechlichkeit, Hilflosigkeit und Sterblichkeit bereithält, als bedrohlich empfunden.
- » Die Internalisierungshypothese unterstellt, dass Ältere dazu neigen, negative Altersstereotype zu verinnerlichen, was das Selbstkonzept schädigen kann. Umgekehrt kann angenommen werden, dass positive Altersbilder das Selbstbild unterstützen.
- » Vor dem Hintergrund der Resilienztheorie ist von einer gewissen Barriere bei der Übertragung von negativen Altersfremdbildern auf das Selbstbild auszugehen, da Ältere bestrebt sind, ihr Selbstkonzept zu schützen.
- » Die Vergleichshypothese erachtet Altersbilder als Referenzpunkte für soziale Vergleiche. Statt negative Informationen in ihr Selbstbild zu integrieren, wird ein selbstwertdienlicher Abwärtsvergleich mit dem negativen Altersstereotyp vollzogen.

Polarisierende Altersbilder in den Medien

Zu den vorherrschenden medialen Darstellungsmustern von Alter sollen die Ergebnisse einer Studie angerissen werden, die mediale Altersdarstellungen identifiziert und diese in einer experimentellen Untersuchung eingesetzt hat. In einer Inhaltsanalyse wurde vor allem die Nachrichtenberichterstattung aus den letzten zwei Dekaden untersucht. Anhand verschiedener Indikatoren konnten drei zentrale Altersframes identifiziert werden:

- » (1) »Alter als Niedergang« modelliert Alter als umfassendes Problem und Leidenschicksal, als Zustand des physischen



und psychischen Niedergangs. Hierzu wird ein Lebensabschnitt großer Hilflosigkeit, Passivität, Abhängigkeit und somit Fremdbestimmung illustriert. Eng damit verknüpft ist die Darstellung von Einsamkeit im Alter.

- » (2) »Alter als (Über)Macht« inszeniert Alter als Machtfaktor, der das Gemeinwesen politisch wie ökonomisch neu ordnet. In Anbetracht der demografischen Wende wird das Gefühl einer drohenden Übermacht beschworen. Senior:innen treten als organisierte politische Gruppe auf und vertreten ihre Interessen. Mit Ansprüchen an mehr Wohlstand bedrohen sie dabei die jüngere Generation, sodass ein Generationenkonflikt impliziert wird.
- » (3) »Alter als neuer Aufbruch« schreibt Alter ein äußerst positives Image zu. Es erscheint als späte Freiheit mit glücklichen, gesunden und wohlhabenden Senior:innen, die keine Bedrohung für das Generationenverhältnis, sondern aufgrund verjüngt wirkender älterer Personen Hoffnung für eine »Revolution des Alters« bereithält.

Gemessene Wirkungen: Anders als erwartet

In der experimentellen Untersuchung wurden breit rekrutierte ältere Menschen in drei gleich große Gruppen eingeteilt und mit jeweils einem der drei Altersframes konfrontiert. Sie wurden vor und nach der Konfrontation zu ihren Einstellungen in Bezug auf Alter und persönliches Älterwerden befragt. Eine zentrale Erkenntnis der Studie besteht darin, dass sich nach Konfrontation mit dem negativen Darstellungsmuster (1) abgefragte Indikatoren zum Altersfremdbild deutlich verschlechtern, aber zum Altersselbstbild merklich verbessern. Umgekehrt verhält es sich nach der Konfrontation mit dem positiven Darstellungsmuster (3). Ergebnisse der Studie:



Dieser Befund erscheint auf den ersten Blick paradox: Wieso sollte eine negative Altersdarstellung dazu führen, dass eine ältere Person ihr eigenes Alter besser einschätzt und umkehrt?

Im Lichte der Ergebnisse lässt sich die Theorie sozialer Vergleichsprozesse heranziehen. Ihr zufolge geben Medien Rezipient:innen nutzbare Vergleichsmaßstäbe an die Hand. Für den Frame (1) kann vermutet werden, dass die Probanden einen sozialen Abwärtsvergleich vornehmen. Konfrontiert mit der Dramatik des Altseins, kommt es zu einer Aufwertung des Selbstbilds, indem den Versuchspersonen bewusst wird, wie gut es ihnen im Vergleich geht. Im Fall des Frames (3) se-

hen sich die Probanden einem sozialen Aufwärtsvergleich ausgesetzt. Da die präsentierten »Best Agers« traditionelle Altersvorstellungen ad absurdum führen, reagiert ein Teil der Probanden mit Selbstzweifeln. Verschiedene Autor:innen verweisen auf das latente Diskriminierungspotenzial, das positiv verklärten Altersdarstellungen innewohnt. Sie können unrealistische Erwartungen wecken und Schuldgefühle auf Seiten derjenigen erzeugen, die den mitunter überzogenen Idealvorstellungen eines »erfolgreichen Alterns« nicht gerecht werden.

Fazit

Medienvermittelten Altersbildern kommt große Bedeutung zu, da sie gesellschaftliche Vorstellungen vom höheren Lebensalter maßgeblich prägen und die mentale Gesundheit im Alter beeinflussen können. Doch ihre Wirkung kann durchaus ambivalenter Natur sein. Negative Altersdarstellungen scheinen mitunter dazu zu führen, dass sich ältere Personen in ihrer vermeintlichen Abgrenzung von der Kategorie »Alt« leichter bestätigt fühlen, wohingegen (über)positive Altersrepräsentationen diese Abgrenzung unter Umständen erschweren. In jedem Fall gilt: Altersbilder beeinflussen die Wirklichkeit, die sie zu spiegeln vorgeben. Mit Blick auf die Studienergebnisse erscheint es hochrelevant, welche Altersbilder im öffentlichen Raum prägend sind. Angesichts der zuspitzenden Medienlogik geht es dabei weniger darum, vollständig »realistische« Darstellungen einzufordern als eine möglichst große Heterogenität, mit deren Hilfe tradierte Altersstereotype relativiert werden können. Altersdarstellungen, die sowohl Chancen als auch Herausforderungen des höheren Lebensalters beinhalten, sind am ehesten ein Beitrag, die mentale Gesundheit älterer Menschen zu unterstützen.

Literatur bei dem Verfasser

DR. JULIAN WANGLER, Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz, Am Pulverturm 13, 55131 Mainz,
E-Mail: Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de,
Internet: www.unimedizin-mainz.de/allgemeinmedizin

Diskriminierungserfahrungen von queeren Menschen mit (nichtsichtbaren) Behinderungen

Interview mit Angela Hermann und Michael Kamphus

Angela Hermann und Michael Kamphus sind Mitglieder des Vorstands von queerhandicap e. V.. Der Verein setzt sich dafür ein, dass Lesben, Schwule, Bisexuelle, Trans*, Inter* und Queer* (LSBTIQ*) mit sichtbarer und nichtsichtbarer Behinderung oder chronischen Erkrankungen in allen Bereichen ihres Lebens ohne Benachteiligung offen zu ihrer sexuellen Orientierung und Identität stehen können. Queerhandicap e. V. wurde 2010 von LSBTIQ* mit Behinderungen sowie chronischen Erkrankungen gegründet und fühlt sich der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung verbunden. Auf ehrenamtlicher Basis berät der Verein LSBTIQ* mit Behinderung, unterstützt beim Aufbau von Selbsthilfegruppen sowie selbstorganisierten Treffs und sensibilisiert die Öffentlichkeit für die Bedarfe queerer Menschen mit Behinderung.

» **LVG & AFS:** *Wo findet in eurem Umfeld Diskriminierung statt?*

» **Michael Kamphus:** Ich erfahre vor allem Diskriminierung im privaten Umfeld. Dabei geht es oft nicht um das queer sein, sondern eher um meine nichtsichtbare Behinderung. Wenn ich beispielsweise in Online-Foren unterwegs bin und dort offen über meine Behinderung spreche, wird es schwierig. Dann wird der Kontakt häufig schnell abgebrochen. Das trifft mich dann schon und ich fühle mich verletzt. Anders ist es, wenn ich jemanden persönlich kennenlerne und beiläufig über meine Behinderung spreche. Dann wird das schon eher akzeptiert.

» **Angela Hermann:** Ich fühle mich häufig durch Blicke diskriminiert. Mir wird manchmal so ein verachtender Blick entgegengebracht. Vor ein paar Jahren, als ich häufig männlich gelesen wurde, hat mich mal eine Mutter als Pädophiler beschimpft, nur weil ihre Tochter sich für meinen Rollstuhl interessiert hat und mich was fragen wollte. Sowas tut innerlich sehr weh und macht mich wütend.

» **Michael Kamphus:** Ein weiterer Ort, an dem Diskriminierung passiert, ist der Arbeitsort. Ich bin in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt und dort sehr aktiv im Werkstattbeirat. Die Menschen in den Werkstätten machen aufgrund ihrer Behinderung selbst Diskriminierungserfahrungen, diskriminieren aus Unwissenheit aber auch andere. Wenn sich dort beispielsweise jemand als transsexuell outet, kann es schon sein, dass die Person von anderen nicht akzeptiert wird. Das fängt schon damit an, dass die Person nicht mit dem Namen angesprochen wird, den sie sich selbst gegeben hat. Zuhause kann diese Person ihre Identität natürlich ausleben, das reicht aber nicht. Auch im Rahmen meines politischen Engagements habe ich bereits Diskriminierung erfahren. Ich habe am Aktionsplan »Queer Leben« der Bundesregierung mitgearbeitet. In der Gremienarbeit musste ich sehr dafür kämpfen, das behinderte queere Menschen im Aktionsplan als vulnerable Personengruppe genannt werden. Meiner Ansicht nach sollte das selbstverständlich sein.

» **LVG & AFS:** *Wie wirken sich Diskriminierungserfahrungen auf die psychische Gesundheit aus?*

» **Angela Hermann:** Das sich das nicht gerade toll anfühlt, wenn wie in Bautzen während des CSD-Umzugs geschehen, die queere Szene von rechten Gruppen beschimpft wird, kann sich jeder vorstellen. Aber auch Regelungen wie, dass ein Amtsgericht bei Personen, die nicht geschäftsfähig sind und eine gesetzliche Betreuung haben, eine Geschlechtseingetragungsänderung in der Geburtsurkunde verhindern kann, führt zu Ohnmacht bei den Betroffenen. Sie können nicht selbst über ihren Körper entscheiden und müssen hoffen, dass das Betreuungsgericht der Erklärung der gesetzlichen Betreuung folgt. Es sind diese großen, aber auch die vielen kleinen Verletzungen, die in der Summe der Psyche schaden und zu Depressionen führen können.

» **Michael Kamphus:** Ich kann das nur unterstreichen, was Angela gesagt hat, und möchte noch einen weiteren Aspekt benennen. Ich stelle fest, dass sexuelle Identität oder generell Sexualität in der Werkstatt nur selten thematisiert wird.

» **LVG & AFS:** *Was braucht es?*

» **Angela Hermann:** Auf alle Fälle Räume, wo man so sein kann wie man ist. Für mich ist das beispielsweise mein Fitnessstudio. Ich gehe dorthin, um Gewichte zu heben, wie die

anderen auch. Mein Queersein und auch der Rollstuhl interessieren dort erst mal nicht.

» **Michael Kamphus:** Ich finde, dass auch Arbeitsorte sensibel für Diskriminierung sein sollten. Warum gibt es in Werkstätten geschlechtsneutrale Toiletten nur für Rollstuhlnutzende? Warum gibt es in den Werkstätten im Rahmen der Bildungsangebote nichts zu sexueller Selbstbestimmung? An Aufklärungsmaterial in leichter Sprache fehlt es jedenfalls nicht. Ich habe während des »Tags der offenen Tür« der Werkstatt einen Infotisch von queerhandicap organisiert und viele Materialien verteilt. Das Angebot wurde gut angenommen. Auf der Ebene des Aufsichtsrates (Eltern betroffener Kinder) und der Geschäftsführung sind solche Aktionen eher ungewünscht und ein Tabuthema. Andersherum muss die queere Community für das Thema Behinderung sensibilisiert werden. Über queerhandicap haben wir schon Workshops angeboten, um mit dem Vorurteil aufzuräumen, dass Menschen mit Behinderung kein selbständiges Leben führen können. Auch wollten wir damit zeigen, dass eine Behinderung zum Leben dazu gehören kann und auch in der queeren Community viele davon betroffen sind, wenn auch nicht immer sichtbar.

» **Angela Hermann:** Wir sind Teil der queeren Community und möchten auch so wahrgenommen werden. Das ist unser Recht! Ich halte es für sehr wichtig, sich aktiv gegen Diskriminierung zu wehren. Und damit meine ich nicht, dass sich jeder aktivistisch betätigen soll, so wie Michael und ich. Das fängt schon beim Wahrnehmen des Wahlrechts an. Jede Person kann durch die Abgabe ihrer Stimme beeinflussen, wer in den Parlamenten das Sagen hat. Wählen gehen, kann ein Ventil für den Druck sein, dem wir gesellschaftlich ausgesetzt sind und ist somit förderlich für die psychische Gesundheit.

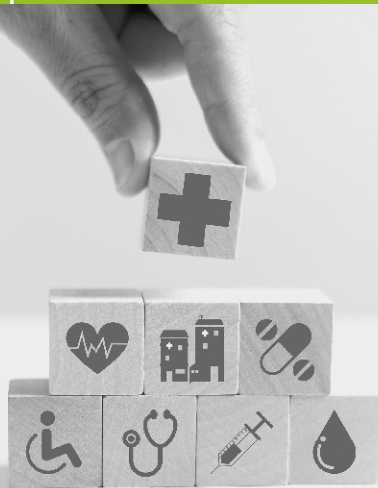
Das Interview führte: Marcus Wächter-Raquet, LVG & AFS

ANGELA HERMANN UND MICHAEL KAMPHUS, queerhandicap e. V.,
c/o Queeres Netzwerk NRW e. V., Lindenstraße 20, 50674 Köln,
E-Mail: info@queerhandicap.de, Internet: www.queerhandicap.de,
Internet: www.sbgg.info

ARNO DEISTER

Psychiatrie und Gesundheitspolitik: Ein Update

Die Erwartungen waren hoch. Der Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP aus dem Jahr 2021 umfasst einige konkrete Ziele bezüglich der Versorgungssituation in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Unter dem Titel »Mehr Fortschritt wagen« nahmen die psychiatrischen Themen unter den gesundheitspolitischen Zielsetzungen einen großen und ambitionierten Anteil ein: Die psychotherapeutische Bedarfsplanung sollte reformiert werden, um die Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu reduzieren. Die Behandlung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wurde ebenso angesprochen wie der Bedarf für eine leitliniengerechte psychiatrische Behandlung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Schließlich wurde eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen angekündigt.



Was davon wurde tatsächlich umgesetzt?

Das Ergebnis ist bescheiden. Bekanntlich führte die weltpolitische Gesamtsituation – insbesondere der Angriff Russlands auf die Ukraine – zunächst zu einer drastischen Verschiebung der Prioritäten. Gesundheitspolitische Ziele standen nicht mehr oben auf der Agenda, Finanzmittel wurden in großem Stil verschoben. In der Auseinandersetzung über einen Paradigmenwechsel in der somatischen Krankenhausversorgung – insbesondere zwischen dem Bund und den Ländern – sind die psychiatrisch-psychotherapeutischen Themen nicht nur in den Hintergrund geraten, sondern drohen zerrieben zu werden. Trotzdem blieb nicht alles auf der Strecke und es gibt durchaus Hoffnung, dass sich in der laufenden Legislaturperiode – wie lange sie auch dauern wird – noch etwas bewegt. Allerdings ist zum Zeitpunkt der Publikation dieses Beitrags die weitere Entwicklung nicht abzusehen. Überraschungen in jede Richtung scheinen möglich.

Vorschläge der Regierungskommission

Die vom Bundesministerium für Gesundheit eingerichtete »Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung«, die unter der Leitung eines renommierten Psychiaters und Psychotherapeuten steht, hat in ihrer achten Stellungnahme 2023 konkrete Vorschläge gemacht, wie eine zukünftige Versorgung in den psychiatrischen Fächern aussehen könnte: Kliniken für Erwachsenenpsychiatrie sollten flächendeckend an den meisten Krankenhäusern eingerichtet werden, psychosomatische Kliniken an größeren Krankenhäusern zum klinischen Angebot gehören. Eine engere Einbindung der Fächer in die Strukturen der Notfallversorgung wird ebenso gefordert, wie verbesserte Voraussetzungen in den psychiatrischen Institutsambulanzen. Langfristig soll geprüft werden, inwieweit Fachkrankenhäuser in regionale Versorgungsstrukturen besser eingebunden werden können. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Personalbemessung werden hingegen deutlich kritisiert. Vor allem aber fordert die Regierungskommission eine Überwindung der Setting- und Sektorengrenzen in der Versorgung: Settingübergreifende Versorgungsformen sind dort zwingend geboten, wo sich Leistungserbringer und ein relevanter Teil der zuständigen Krankenkassen in einer Region hierauf einigen.

Eine Umsetzung dieser Empfehlungen in konkrete Gesetzesvorhaben steht bis zum jetzigen Zeitpunkt noch aus. In der Diskussion hat sich allerdings deutlich gezeigt, dass in vielen Bereichen die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung weiter fortgeschritten ist, als dies in der somatischen Medizin

der Fall ist. So sind die Empfehlungen zur verstärkten Einführung von Tageskliniken in die somatische Medizin aus psychiatrischer Sicht keine wirklich neue Idee. Die tagesklinische Behandlung in Institutsambulanzen und in vielen Regionen auch aufsuchende Behandlungen sind in den psychiatrischen Fächern schon lange bewährter Alltag.

Aktuelle Gesetzesvorhaben

In der gesundheitspolitischen Diskussion stehen momentan insbesondere zwei aktuelle Gesetzentwürfe im Vordergrund. Im Entwurf des »Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (KHVVG)« geht es in erster Linie um die Einführung einer sogenannten Vorhaltefinanzierung und um die Unterteilung von Leistungsgruppen. Während ersteres in der psychiatrisch-psychosomatischen Versorgung durchaus sinnvoll wäre (und in Modellprojekten bereits seit längerem erfolgreich erprobt wird), ist die künstliche Unterteilung in verschiedene Leistungsgruppen aus Sicht der Psychiatrie eher kontraproduktiv. Es sollte weiterhin die Überlegung gelten, dass die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Aufgabe der staatlichen Gesundheitsfürsorge ist (und deshalb pauschal zu finanzieren ist) und die betroffenen Menschen ein ungeteiltes, vernetztes und koordiniertes Versorgungssystem benötigen.

Die Idee eines »Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)« hatte ursprünglich vielfältige Verbesserungen für die sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen. Die aktuelle Umsetzung bleibt jedoch weit dahinter zurück: Im Wesentlichen werden hier vergütungsrechtliche Veränderungen für die psychotherapeutische Versorgung vorgeschlagen, die jedoch insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht gerecht werden. Es bleibt zu hoffen, dass in einem weiteren Gesetzesvorhaben zu diesem Thema – das zwar angekündigt, aber Stand Oktober 2024 noch nicht zu sehen ist – ernsthafte Anstrengungen dafür unternommen werden, die psychiatrisch-psychosomatische Versorgung auf allen Ebenen zukunftsfähig zu machen. Dazu benötigen wir konkrete gesetzliche Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass es ein an den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgerichtetes, regional orientiertes und sektorenübergreifend strukturiertes Hilfesystem geben kann – und muss.

Literatur bei dem Verfasser

PROF. DR. ARNO DEISTER, Viktoriastraße 8, 25524 Itzehoe,

E-Mail: arno.deister@t-online.de, Internet: www.adeister.info

TIMO HARFST

Psychotherapeutische Versorgungsstrukturen für Kinder in Deutschland

Psychische Erkrankungen zeichnen sich durch einen frühen Beginn in der Kindheit und Jugend aus. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits vor dem 19. Lebensjahr. Aktuelle internationale Analysen zeigen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den vergangenen beiden Dekaden weiter zugenommen hat. Die COVID-19-Pandemie und die weiteren globalen Krisen haben diesen Trend zusätzlich



verschärft. In Kombination mit einer verbesserten Früherkennung, einer zunehmenden Entstigmatisierung und dem Wissen um wirksame Behandlungsmöglichkeiten ist der psychotherapeutische Versorgungsbedarf in den letzten 20 Jahren erheblich angewachsen. Bis zum Jahr 2030 wird eine weitere Zunahme des Versorgungsbedarfs um 23 Prozent erwartet.

Versorgungsstrukturen

Gegenwärtig stellen rund 7.700 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (KJP) die ambulante psychotherapeutische Versorgung der rund 18 Millionen Kinder und Jugendlichen in Deutschland sicher. 2023 verfügen fast zwei Drittel über einen hälftigen Versorgungsauftrag oder war in Teilzeit angestellt. Darüber hinaus sind rund 1.200 niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen an der ambulanten Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen beteiligt. Ein Großteil davon arbeitet nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) mit einem interdisziplinären Team. Künftig soll ergänzend ein multiprofessionelles Angebot auf Basis der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Kinder und Jugendliche, entwickelt werden, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im März 2024 beschlossen hat. Trotz der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und des Ausbaus der Behandlungskapazitäten kann der tatsächliche Versorgungsbedarf bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nicht annähernd abgedeckt werden. Die Folge sind lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, lange Wegstrecken und regionale Unterversorgung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen. Nach einer Studie der Universität Leipzig haben sich seit Pandemiebeginn die Wartezeiten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie durchschnittlich sogar auf rund 25 Wochen verdoppelt.

Ungleiche Versorgung

Regional bestehen erhebliche Versorgungsunterschiede. Obwohl sich die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen zwischen Stadt und Land kaum unterscheidet, sind nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf dem Land oder auch im Ruhrgebiet nur rund halb so viele Psychotherapeut:innen je 100.000 Einwohner vorgesehen wie in den Großstädten. Für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kommt erschwerend hinzu, dass die unterstellten Mitversorgungseffekte durch benachbarte großstädtische Regionen nicht greifen

und eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung verhindern. Um Wartezeiten wirksam zu reduzieren, ist daher ein gezielter Ausbau der Praxissitze insbesondere in den ländlichen und strukturschwachen Regionen zwingend erforderlich. Bleiben psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unbehandelt, hat dies häufig weitreichende Auswirkungen auf deren psychosoziale, schulische und berufliche Entwicklung und erhöht das Risiko psychischer Erkrankungen und dauerhafter Beeinträchtigungen im Erwachsenenalter.

Chancen der aktuellen Gesetzgebung

Das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) bietet die Chance, die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern. Als eine zentrale Maßnahme ist im Gesetz eine eigene Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgesehen. Damit soll zielgenauer eine wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden können. Welche Wirkung diese Regelung am Ende tatsächlich entfalten kann, wird entscheidend von der konkreten Umsetzung durch den G-BA abhängen. Potential für die Verbesserung der Versorgung, gerade auch für schwer psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, hat der geplante neue Ermächtigungstatbestand in der Ärzte-Zulassungsverordnung. Unabhängig von den Vorgaben der Bedarfsplanung sollen damit Psychotherapeut:innen und Psychiater:innen eine Ermächtigung zur Versorgung von Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen, Suchterkrankungen oder erheblich eingeschränktem Funktionsniveau erhalten können. Voraussetzung dafür ist der Nachweis einer Kooperationsvereinbarung mit einer entsprechenden Einrichtung, die diese Patient:innen versorgt oder unterstützt. Hier bieten sich Chancen für langfristige Kooperationen über die Sektorengrenzen hinweg, zur Jugendhilfe, zu Einrichtungen der Suchthilfe oder auch zu kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen.

Chancen kombinierter Versorgungsangebote

Der Empfehlung des Bundesrates folgend sollte in das GVSG auch eine Regelung zur Etablierung von Primärversorgungszentren (PVZ) aufgenommen werden, bei der systematisch die Integration psychotherapeutischer Expertise vorgesehen wird. Psychische Beschwerden zählen zu den häufigsten Behandlungsanlässen in der hausärztlichen wie kinderärztlichen Praxis. Die Integration von Psychotherapeut:innen in die PVZ ermöglicht für diese Patient:innen einen niedrigschwelligen Zugang zu Diagnostik, Beratung und einem differenzierten Spektrum von psychotherapeutischen Behandlungsangeboten. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen könnte damit insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen, aber auch sozial benachteiligten Stadtteilen gestärkt und in umfassendere Versorgungsangebote multiprofessioneller Teams eingebettet werden. Nicht zuletzt psychisch belastete oder erkrankte Kinder und Jugendliche können von einem solchen Ansatz profitieren, bei dem medizinische und psychotherapeutische Versorgungsangebote mit sozialen Beratungs- und Unterstützungsangeboten kombiniert werden.

Literatur bei dem Verfasser

TIMO HARFST, Bundespsychotherapeutenkammer, Klosterstraße 64, 10179 Berlin, E-Mail: harfst@bptk.de



YANNIK TERHORST

Digitale Anwendungen in der Therapie

Die Digitalisierung hat unsere Lebenswelt in den letzten Jahren tiefgreifend verändert, und unsere Gesundheitsversorgung stellt hier keine Ausnahme dar. Im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung wurden sogenannte Internet- und mobilbasierte Interventionen (IMIs) intensiv erforscht [1–4]. Im Kern transferieren IMIs etablierte Verfahren in den virtuellen Raum und bieten dort therapeutische Inhalte in vielfältiger Form dar (interaktive Onlinemodule, Smartphone Apps, virtuelle Realität, Serious Games oder Chat-Bots). Inhalte können zum Beispiel Achtsamkeitsübungen, Problemlösungsstrategien, Verhaltensaktivierung oder Übungen sein und folgen meistens einem strukturierten therapeutischen Aufbau. Neben dem theoretischen Hintergrund variieren IMIs in ihrem Anwendungsgebiet, das von der Prävention über die Behandlung bis hin zur Nachsorge reicht. Zu diesem Zweck werden Anwendungen sowohl als alleinstehend konzipiert als auch in sogenannten blended Ansätzen, in denen die vor Ort Arbeit mit ärztlichem beziehungsweise therapeutischem Personal mit IMIs verzahnt wird (zum Beispiel Trainingseinheiten zuhause nach der Sitzung bei der Therapeut:in). Digital bedeutet dabei jedoch nicht, dass kein menschlicher Kontakt mehr vorhanden ist. Im Gegenteil verfügen viele IMIs über eine Begleitung durch geschulte Expert:innen, die unter anderem Feedback zu den Übungen geben.

Welche Chancen und Risiken bieten IMIs?

Der zentrale Vorteil beim Einsatz von IMIs ist, evidenzbasierte Behandlung zeit- und ortsunabhängig zu ermöglichen. Sowohl die Verfügbarkeit von qualifiziertem ärztlichen und therapeutischen Personal als auch die infrastrukturelle Anbindung – gerade im ländlichen Raum – stellen eine große Herausforderung dar [5–7]. Hier können IMIs zu einer erhöhten Zugänglichkeit und Entlastung von Therapeut:innen und Ärzt:innen beitragen. Wichtig ist jedoch, dass es keineswegs um ein Ersetzen von existierenden Strukturen geht, sondern um eine Ergänzung. Zudem bieten digitale Angebote eine niederschwellige und oftmals anonyme Möglichkeit, Hilfe in

Anspruch zu nehmen, was angesichts des leider immer noch stigmatisierten psychischen Gesundheitsbereichs ein großer Vorteil für Betroffene sein kann. Es gibt jedoch auch einige Bedenken gegenüber IMIs und digitalen Anwendungen in der Therapie wie Sorgen zu Datenschutz und -sicherheit sowie mangelnde persönliche Interaktion, unzureichende Qualitätskontrolle und technische Barrieren. Entsprechend gilt es hier, einen klaren Mindeststandard für IMIs in der klinischen Praxis zu definieren und sicherzustellen [8–11].

Welche digitalen Anwendungen gibt es?

Mit der 2021 in Kraft getretenen Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV) ist Deutschland weltweit Vorreiter im digitalen Gesundheitsbereich und definiert hier einen klaren Mindeststandard und Kriterienkatalog, den IMIs zu erfüllen haben, um durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) als Digitale Gesundheitsanwendung (DIGA) zertifiziert zu werden. In diesem Prozess wird sowohl der klinische Mehrwert als auch die technische und datenschutzrechtliche Sicherheit geprüft. Anschließend werden die Anwendungen öffentlich mit zentralen Informationen zur Anwendung gelistet, sodass Betroffene und Behandelnde direkt zertifizierte DIGA finden können. DIGA können ähnlich wie Arzneimittel oder Medizinprodukte verschrieben und über die Krankenkassen finanziert werden. Obwohl DIGA durch das BfArM umfassend geprüft werden, besteht bei diesem Verfahren eine zentrale Lücke. Der DIGA-Zertifizierungsprozess ist Hersteller:innen-initiiert. Sprich, die Herstellenden von IMIs können selbst entscheiden, ob sie ihre digitale Anwendung als DIGA vermarkten wollen, was oftmals eine Frage des Finanzierungsmodells ist und weniger eine inhaltliche. Dies führt zu dem Resultat, dass in den App-Stores zahllose Apps zu finden sind, die zwar klinische Wirksamkeit und Hilfe versprechen, aber keine zertifizierten DIGA sind und auch sonst nicht wissenschaftlich geprüft wurden [10] [12] [13–20] [21]. Für Betroffene und Personen auf der Suche nach digitalen Anwendungen stellt dies eine zentrale Schwierigkeit dar [12] [22]. Zudem bietet das DIGA-Verzeichnis aktuell weder die Möglichkeit, gezielt nach Funktionen zu filtern, noch eine kontinuierliche Qualitätsbeurteilung über den erfüllten Mindeststandard hinaus. Erste nicht-kommerzielle Initiativen wie zum Beispiel HealthOn, wissenschaftliche Plattformen wie die Mobile Health App Database (MHAD) oder auch die für Behandelnde entwickelte Website »kvapp-radar«, tragen dazu bei, diese Lücken zu schließen und bieten Informationen zu digitalen Anwendungen, deren Funktionen und Qualität.

Welche Erfahrungen gibt es, und wie ist die Studienlage?

Wie schon an dem breiten Spektrum an durch das BfArM zertifizierten DIGA zu erkennen ist, gibt es eine umfassende Studienlage, dass IMIs klinisch wirksam sind. Dies geht unter anderem aus aktuellen Meta-Analysen zu Depression [2], Panikstörungen [23], soziale Phobien [24], Generalisierte Angststörung [25], Posttraumatische Belastungsstörung [26], Insomnie [27], Alkoholmissbrauch [28], Essstörungen [29] [30], Chronische Schmerzen [31], Körperliche Aktivität [32], Gewichtsreduktion [33] [34], und Substanzkonsum [35] [36] hervor. Vor dem Hintergrund der Evidenzlage werden IMIs zum Teil schon als starke Empfehlung in nationalen Behandlungsleitlinien aufgeführt [37]. Trotz dieser Befundlage und Verfügbarkeit von geprüften DIGA, zeigt der Praxischeck jedoch ei-

ne sehr geringe Anwendung [38]. Dies geht vermutlich auf nicht vorhandene Erfahrungen, fehlende Akzeptanz und geringes Wissen bei Betroffenen als auch Behandelnden zurück [38–40]. Gerade hier sind Aufklärung sowie Implementierungsforschung essenziell, um das vorhandene Potential von IMIs voll auszuschöpfen.

Literatur siehe Link im Impressum.

YANNIK TERHORST, Ludwig-Maximilians-Universität München,
Leopoldstraße 13, 80802 München,
E-Mail: yannik.terhorst@psy.lmu.de

HANNAH GOEBEL, IMKE SEIFERT

Mit Kunst und Kultur zu Gesundheit und Wohlbefinden. Das Projekt »Kunst auf Rezept«

Künstlerische Aktivitäten fördern das mentale Wohlbefinden. Viele Menschen wissen das intuitiv und nehmen an Kunstkursen teil, um den Kopf frei zu bekommen, sich Zeit für sich zu nehmen oder um sich künstlerisch auszudrücken. Auch die Wissenschaft bestätigt die gesundheitsfördernde Wirkung von Kunst und Kultur: Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte bereits 2019 einen umfassenden Bericht zur Rolle der Künste für die Gesundheit [1]. Unter Einbezug von über 900 Studien zeigt sich, dass die Künste auf verschiedene Weise zur Gesundheitsförderung insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit beitragen können – sowohl präventiv als auch behandlungsbegleitend oder zur Unterstützung des Krankheitsmanagements.

Social Prescribing-Ansatz

Das Konzept »Arts on Prescription«, auf Deutsch »Kunst auf Rezept«, baut auf diesen Erkenntnissen auf. Es basiert auf dem Social Prescribing-Ansatz. Dieser beinhaltet die Vermittlung von Patient:innen aus der Gesundheitsversorgung in gesundheitsrelevante, nicht-medizinische Angebote vor Ort (von Nachbarschaftsnetzwerken über Beratungsstellen bis hin zu Sportvereinen) [2]. Der Ansatz stellt somit die psychosozialen Einflussfaktoren auf Gesundheit in den Mittelpunkt. »Kunst auf Rezept« im Speziellen ist ein Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit durch die Vermittlung von psychisch belasteten Menschen in eigens entwickelte gesundheitsförderliche Kunst- und Kulturangebote. Während derartige Programme insbesondere in Schweden, Dänemark und Großbritannien bereits erfolgreich getestet wurden und vielversprechende Ergebnisse zeigten [3], ist der Ansatz in Deutschland noch recht unbekannt. Umso erfreulicher, dass es inzwischen mehrere europäische Initiativen zur Förderung und Etablierung von »Kunst auf Rezept« unter deutscher Beteiligung gibt.

Das Projekt »Kunst auf Rezept«

Eine davon ist das Interreg-Projekt »Arts on Prescription in the Baltic Sea Region« (Laufzeit: 2023 bis 2025), an der die Bremer Volkshochschule, die Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz und der Senator für Kultur gemeinsam mit Projektpartner:innen aus sechs weiteren Ländern beteiligt sind. In drei Pilotphasen können erwachsene Personen,

die unter psychischen Belastungen wie Depressionen, Ängsten, Stress oder Einsamkeit leiden, unter anderem von Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen ein »Kunst-Rezept« erhalten und damit kostenlos an ausgewählten Kunstkursen und einem dazugehörigen Gruppenangebot teilnehmen.

In ersten Informationsgesprächen mit einer der »Kunst auf Rezept«-Programmbegleiterinnen erfahren die potenziellen Teilnehmenden alles über den Ablauf des Programms und können sich für einen der angebotenen Kurse entscheiden. Dabei handelt es sich um ausgewählte Kunstkurse aus dem offenen Programm der Bremer vhs. Bei der Entscheidung für zum Beispiel Malen, Theater spielen, Zeichnen oder Singen spielt oft eine Rolle, ob beziehungsweise welche Erfahrungen die Personen mit Kunst und Kultur bisher gemacht haben. Ist die Entscheidung für die Teilnahme an einem der Kurse gefallen, startet das Programm mit einem Treffen in der »Kunst auf Rezept«-Gruppe. Während in den Kursen auch reguläre Teilnehmende sind, treffen sich hier nur die »Kunst auf Rezept«-Teilnehmenden zum Austausch. Drei weitere Treffen folgen nach Kursbeginn, in denen die Erfahrungen in den Kunstkursen, Effekte auf das Wohlbefinden sowie die Integration von kreativem Tun in den Alltag besprochen werden. Viele Teilnehmende berichten beispielsweise, dass sie während der Kurse Freude und Leichtigkeit erleben, eine Auszeit von Alltagsstress und Belastungen nehmen können, dass sie lernen, Gefühle und Gedanken künstlerisch auszudrücken und soziale Kontakte knüpfen. Erste vorläufige Evaluationsergebnisse, die sich mit anderen Befunden zu Effekten von »Kunst auf Rezept«-Programmen auf die psychische Gesundheit decken [3], bestätigen, dass sowohl die künstlerische Betätigung als auch der soziale Aspekt für das mentale Wohlbefinden der Teilnehmenden von Bedeutung sind. »Kunst auf Rezept« fördert die kulturelle Teilhabe und eröffnet Menschen, die wenig Zugang haben, die Möglichkeit, Kunst und Kultur als Ressource für ihre Gesundheit zu entdecken.

Hohe Nachfrage

Psychische Erkrankungen treten häufig auf und sind folgenreich [4]. Die psychische Gesundheit gerät somit zunehmend als Kernthema für Prävention und Gesundheitsförderung in den Blick und es braucht neue und innovative Angebote [5] [6]. Der große Bedarf zeigt sich auch in der hohen Nachfrage im Bremer »Kunst auf Rezept«-Projekt: In der zweiten Pilotphase trafen rund 140 Interessierte auf ein Angebot von rund 30 Plätzen. Insgesamt erscheint »Kunst auf Rezept« sowohl vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Evidenz als auch der Erfahrungen in Bremen und anderen Pilotprojekten als vielversprechender Ansatz zur Förderung der psychischen Gesundheit. Es gilt, ganz im Sinne von Health in All Policies, die Schnittstelle von Kunst, Kultur und Gesundheitsförderung zu stärken, das Konzept und dessen Wirksamkeit weiter zu erproben und letztendlich nachhaltige Strukturen und Finanzierungskonzepte zu entwickeln. Um es mit den Worten einer Teilnehmerin zu sagen: »Es tut wahnsinnig gut und ich würde mir wünschen, dass es weitergeht.«

Literatur siehe Link im Impressum.

HANNAH GOEBEL, Bremer Volkshochschule, Faulenstraße 69, 28195 Bremen,
E-Mail: hannah.goebel@vhs-bremen.de

IMKE SEIFERT, Senatorin für Gesundheit, Frauen und Verbraucherschutz,
Referat 24 Psychiatrie und Sucht, Faulenstraße 9/5, 28195 Bremen,
E-Mail: imke.seifert@gesundheits.bremen.de



KARINA BECKER

Mit Resilienz und Selfcare in die Arbeitswelt von morgen? Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand

Der Achtsamkeitsboom ist in der Arbeitswelt angekommen. Manager:innen lassen sich darin coachen, achtsam zu sein, in einigen Unternehmen wird den Mitarbeitenden angeboten, Meditationspausen und Atemübungen während ihrer Arbeitszeit zu machen. Fragt man die Unternehmenslenker:innen, was das Ganze bringt – schließlich kann man, wenn man meditiert, Atemübungen macht und in sich rein hört, nicht am Band stehen, nichts verkaufen und auch keine Kinder oder alte Menschen pflegen – antworten diese: Weil Unternehmen, die nachhaltig sind, gelernt haben, dass Wertschätzung Wertschöpfung bedeutet.

Psychische Belastungen schwerer zu bearbeiten

Den Ausgangspunkt dieses Beitrags bildet die Beobachtung, dass Achtsamkeitstrainings eine relevante Entwicklung der Arbeitswelt aufgreifen – nämlich den Belastungswandel. Zwar gibt es Verbesserungen im Bereich klassischer Gefährdungen (Lärm, Dämpfe, Ergonomie), anders verhält es sich jedoch mit Blick auf die zunehmenden psychischen Belastungen: Nicht ohne weiteres lassen diese sich isoliert ausmachen, die Erfassung und Bearbeitung psychischer Belastungen ist anspruchsvoll. Eine Schadstoffbelastung lässt sich anhand von Messwerten eindeutig bestimmen. Die subjektiven Belastungen, die sich zum Beispiel aus (Büro-)Lärm ergeben, können indes verschieden sein. Noch komplexer wird es, wenn es um Fehlbelastungen geht, deren Folgen sich vielfach nicht auf die dafür infrage kommenden Arbeitsbedingungen im Sinne einer evidenzbasierten Ursache-Wirkungs-Analyse zurückfüh-

ren lassen. Das Arbeitsschutzgesetz sieht vor, dass Verhaltens- und Verhältnisprävention bei Arbeitsbelastungen in gleichem Maße berücksichtigt werden müssen. Hoch im Kurs steht jedoch eine betriebliche Gesundheitsförderung, die den Unternehmen in erster Linie anhand verhaltenspräventiver Programme die Möglichkeit gibt, sich formell abzusichern und den gesetzlichen Pflichten nachzukommen. Ein Ansatz, der diese Strategie bedient, ist der Resilienz-Ansatz. Resilienz ist ein Konzept, das als individuelles Handlungsideal angesichts um sich greifender Erfahrungen von Überforderung und Verunsicherung, als strategisch-politische Leitlinie im Umgang mit Krisen, Konflikten und Katastrophen, als Krisenbewältigungsmodus der Gegenwart reüssiert – auch deshalb, weil das Resilienz-Konzept Lösungen für sehr verschiedene Arten von Problemen verspricht [1].

Vom Persönlichkeitsmerkmal zur Anpassungsleistung

Was genau aber ist damit gemeint? Eine als Gesundheitsmanagerin arbeitende Psychologin schreibt in der Zeitschrift Personalführung: »Lange Zeit wurden von den Experten für psychische Gesundheit vorwiegend die Risikofaktoren betrachtet, die zu negativen Effekten führen. Dies ist ein eher rückwärtsgewandter Ansatz« [2]. Stattdessen komme es darauf an, von der »Bandbreite von Verhaltensweisen, Gedanken und Aktivitäten« Gebrauch zu machen, die darauf ausgerichtet sind, »die Persönlichkeit zu stärken und zu entwickeln« [2]. Sie nimmt Bezug auf die Studie der Entwicklungspsychologin Emmy Werner, die in den 1970er Jahren die Widerstandsfä-

higkeit von Kindern gegen die Widrigkeiten des Lebens als persönliche Eigenschaft analysierte und sie als »resilient« bezeichnete. Darauf aufbauend wird nun davon ausgegangen, dass »Resilienz womöglich kein angeborenes Persönlichkeitsmerkmal ist, sondern im Laufe der Entwicklung erworben wird« [2]. Die Vorstellung einer Erlernbarkeit von Resilienz in der frühen Kindheit wird unter anderem von Organisationen aufgegriffen und zu einer lebenslang trainierbaren Anforderung erklärt. Was von Werner ursprünglich als Persönlichkeitsmerkmal eingeführt wurde, wird in dieser Logik zu einer Kompetenz, die es zu erhalten und auszubauen gilt, um zu resilienten Mitarbeitenden zu werden.

Krise, die »neue« Normalität?

Es wird dabei eine Zwangsläufigkeit konstruiert, der gemäß Organisationen immer mit Unwägbarkeiten und Krisen außerhalb ihres Einflussbereiches konfrontiert sind. Will man in der Arbeitswelt bestehen, ist ein permanentes Training zum Erhalt und Ausbau der eigenen Resilienz erforderlich. Von diesen Normalitätskonstruktionen lassen sich nicht nur höhere Erwartungen an Beschäftigte ableiten, Unternehmen können auf diese Weise auch Verantwortung externalisieren und Entscheidungen zu Sachzwängen erklären. So heißt es im angeführten Beitrag der Psychologin: »Es gibt keine Garantie auf einen (sicheren) Arbeitsplatz. [...] Ständiger Wechsel ist inzwischen der Normalfall«. Herkömmliche Stressprogramme, so wird weiter argumentiert, »reichen nicht, um auf tiefgreifende Verunsicherungen wie Angst vor Arbeitsplatzverlust zu reagieren«; es geht darum, »längerfristigen Bedrohungen und Belastungen standzuhalten« [2]. Ursachen und Folgen psychischer Belastungen werden hier gleichgesetzt. Zur Stressbewältigung sollen Beschäftigte demnach lernen, sich abzugrenzen, präsenter und fokussierter zu sein, Prioritäten zu setzen und den eigenen Kräftehaushalt effektiv zu »bewirtschaften«. Resiliente Beschäftigte können ungeachtet von Unsicherheit, Belastungen, Krisen – mithin auch Chaos – ihre Arbeitsleistung konstant hochhalten.

Resilienz im betrieblichen Gesundheitsschutz

Natürlich können Achtsamkeitsübungen wie Yoga und Meditation dabei helfen, herausfordernde Arbeitsbedingungen zu bewältigen, Stress zu reduzieren und gesunderhaltungsfördernde Ressourcen zu generieren. Bleibt die betriebliche Gesundheitsförderung jedoch auf ein »An-sich-selbst-Arbeiten« beschränkt, bleiben verhältnispräventive Maßnahmen (die zum Beispiel einen Soll-Ist-Vergleich hinsichtlich der Personalbemessung oder der Arbeitszeiten beinhalten) unhinterfragt und damit die bestehenden (Arbeits-)Verhältnisse zu einer unveränderlichen Größe erklärt. Ein Beispiel aus dem Gesundheitswesen zeigt, wie der Resilienz-Ansatz in der Praxis eines Krankenhauses angewendet wird [3]. Die darin genannten Strategien – Achtsamkeitsübungen und die Vermeidung von »Denkfallen« infolge »negativer Emotionen« – sind aus anderen Resilienz-Trainings bekannt. Im Bericht wird erläutert, dass diese ursprünglich von der US-Armee entwickelt wurden – mit dem Ziel, posttraumatischen Belastungsstörungen, durch ein »individualisiertes Training (zum Beispiel in Richtung sozialer Kompetenz)« vorzubeugen [3]. Obgleich

noch offen ist, ob solche Maßnahmen in diesem Kontext überhaupt wirksam sind, werden sie umstandslos übernommen und als Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz eingesetzt.

Kampfstrategien am Arbeitsplatz

Was die Übertragung einer Militärstrategie in den zivilen Bereich des Gesundheitswesens bedeuten kann, wird deutlich, wenn man berücksichtigt, dass Achtsamkeitsübungen das Gewissen erleichtern [4]. Beispielsweise sollten die Gedanken und Gefühle der Soldat:innen in Stresssituationen wie einem Kampfeinsatz möglichst nicht mit Wertungen »kontaminiert« werden [4]. Im Fall von Pflegekräften könnte diese Herangehensweise dazu führen, dass berufsethische Orientierungen neuen »Marktzwängen« durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens untergeordnet werden. Eine Versorgung der Patient:innen nur noch gerade eben so gut wie unbedingt nötig, müsste dann nicht länger hinterfragt werden [5]. Damit die Beschäftigten das Spannungsverhältnis von Patient:innenwohl und wirtschaftlichen Zielstellungen im Gesundheitswesen weiterhin selbst abpuffern – was entweder voraussetzt, Gewissensbisse »zu managen« oder individuelle »Lösungen« für die daraus erwachsenden moralischen Belastungen zu entwickeln (was einen Wechsel der Arbeitsstelle oder eine Arbeitszeitreduzierung meinen kann) – kann es hilfreich sein, dass sie ihre sozialetischen Prinzipien (zum Beispiel Patient:innen so gut wie möglich zu versorgen) der von »Marktzwängen« geprägten Realität anpassen [5] und sich dabei frei machen von moralischen Bedenken. Das im Kontext von Krieg und Kampfeinsätzen erprobte Modul »Umgang mit Denkfallen« des Resilienz-Trainings könnte dazu animieren, sich selbst zu fragen: »Wenn Sie die Situation nur wahrnehmen und nicht bewerten, wie sehen Sie die Situation dann?« [6].

Resilienz-Ansätze individualisieren und entpolitisieren

Die Logik des Resilienz-Ansatzes im Arbeits- und Gesundheitsschutz besteht also in einer einseitigen Anpassung des Individuums an die Arbeitsbedingungen, und das bedeutet in der Regel, die eigenen Qualifikationen stetig weiterzuentwickeln und an seinen Aufgaben zu wachsen. Dabei lässt sich die Grenze eines gelingenden Managements der subjektiven Ressourcen im Grunde bis zur völligen Ausreizung aller Leistungsreserven verschieben. Indem Überforderung individualisiert wird, können zentrale Aspekte der betrieblichen Leistungspolitik (zum Beispiel Arbeitsumfang, Personalbemessung, Setzen und Begrenzen von Arbeitszeiten) unangetastet bleiben. Eine kollektive Kritik an den Arbeitsbedingungen wird damit von vornherein verstellt und Konfliktkompetenz geht verloren. Die Tatsache, dass die konkrete Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch Ausdruck von Interessenkonflikten ist, spielt im Resilienz-Ansatz bezeichnenderweise keine Rolle.

Literatur siehe Link im Impressum.

PROF. DR. KARINA BECKER, Duale Hochschule Gera-Eisenach,
Weg der Freundschaft 4, 07546 Gera,
E-Mail: karina.becker@dhge.de



SANDRA PAPE, SANDRA SURREY

Ausgezeichnet! Die Preisträger:innen des Niedersächsischen Gesundheitspreises 2024

Drei herausragende Projekte aus Niedersachsen wurden in der diesjährigen 14. Runde des Niedersächsischen Gesundheitspreises ausgezeichnet. Am 25. November 2024 fand die feierliche Preisverleihung in Hannover statt und die Träger:innen des Preises würdigten das herausragende Engagement der Projekte zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und -versorgung. Die Träger:innen des Preises sind das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung, das Niedersächsische Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Bauen und Digitalisierung, die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, die AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen sowie die Apothekerkammer Niedersachsen.

Ausschreibung 2024

Die Ausschreibung des Niedersächsischen Gesundheitspreises erfolgte in drei Kategorien. In der ersten Preiskategorie lag der Fokus auf Projekten, die sich aktiv für die Gesundheit sowie für Klimaschutz und -anpassung in Gesundheits-, Pflege- und Bildungseinrichtungen, Kommunen und Quartieren einsetzen. Die zweite Preiskategorie beschäftigte sich mit der Frage, wie Gesundheitsberufe attraktiver und gesundheitsförderlicher gestaltet werden können, um Nachwuchskräfte zu gewinnen und Fachkräfte langfristig im Gesundheitswesen zu halten. In der Preiskategorie Digital Health wurden Projekte gesucht, die mittels kreativer, digitaler Lösungen die Gesundheitsversorgung optimieren und die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung fördern.

Preiskategorie: Aktiv für Gesundheit und Klima

In der ersten Preiskategorie überzeugte das Projekt »Hot'n'-HaPy – Aktionsplan zur Hitzeprävention« die Jurymitglieder. Im Projekt der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont werden sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Maßnahmen umgesetzt, um die Bevölkerung vor Hitze zu schützen. So werden für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens bedarfsgerechte Hitzeaktionspläne partizipativ entwickelt sowie die Gesamtbevölkerung durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit für ein gesundheitsbewusstes Verhalten in

Hitzeperioden sensibilisiert. Besonders ist, dass die Hitzeaktionsplanung auf Landkreisebene zentral koordiniert wird und das Projekt auf Grundlage einer Bevölkerungsbefragung zum Thema Hitze entwickelt wurde.

Preiskategorie: Gesundheitsberufe attraktiv gestalten

Auch in der zweiten Preiskategorie entschied sich die Jury für ein Projekt der Gesundheitsregion Hameln-Pyrmont. Im Projekt »Care HaPy« wurde in Kooperation mit der Schule im Hummetal und dem Seniorendomizil Riepenblick ein peer-gestütztes Angebot für Schüler:innen in der Berufsfindungsphase entwickelt, um junge Menschen für eine Ausbildung in der Pflege beziehungsweise einen Beruf im Gesundheitswesen zu begeistern und zu gewinnen. In Theorie- und Praxis-einheiten erhalten die Schüler:innen unterschiedliche Einblicke in verschiedene Gesundheitsberufe. Begleitet werden sie dabei nach dem Peer-to-Peer-Ansatz von Auszubildenden und frisch examinierten Mitarbeiter:innen, die authentische Einblicke vermitteln können.

Preiskategorie: Digital Health – Innovative Lösungen in der Gesundheitsversorgung

In der Kategorie Digital Health gewann das Projekt »TeleStorch« den Niedersächsischen Gesundheitspreis. Das Projekt wurde vom Klinikum Oldenburg initiiert und wird in Kooperation mit der Ammerland-Klinik Westerstede und dem St. Johannes-Hospital Varel in der Weser-Ems-Region umgesetzt. Mittels der Einführung von Telemedizin wird eine hochwertige pädiatrische Betreuung in der Neugeborenen-Versorgung ermöglicht. Unabhängig vom Standort der Geburtsklinik können sich die Behandlungsteams der Kreißsäle über eine telemedizinische Plattform mit sicherer Video- und Vitaldatenübertragung von Pädiatrie-Expert:innen unterstützen lassen.

Die Projektfilme der Preisträger:innen sowie weitere Impressionen der Preisverleihung finden Sie unter www.gesundheitspreis-niedersachsen.de. Der Niedersächsische Gesundheitspreis wird auch im Jahr 2025 wieder verliehen – weitere Informationen zur Ausschreibung werden im Mai 2025 auf der Webseite www.gesundheitspreis-niedersachsen.de bekannt gegeben.

Literatur bei den Verfasserinnen

Anschrift siehe Impressum

GABRIEL GERLINGER, ANDREAS HEINZ, ANDREAS MEYER-LINDENBERG

Gemeinsam mehr bewirken – Forschung für eine gesunde Psyche

Als eines von acht Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung will das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern und das Stigma von psychischen Erkrankungen nehmen. Hierfür arbeiten die Wissenschaftler:innen seit 2023 zusammen mit Expert:innen aus Erfahrung, also Betroffenen und Angehörigen, sowie mit internationalen Forschenden.



Wissenschaft-Praxis-Transfer

Psychische Erkrankungen sind Volkskrankheiten, die oftmals im Kindes- und Jugendalter beginnen und Millionen von Menschen in Deutschland betreffen. Die Behandlung ist häufig unzureichend, was zu großem Leid bei den Betroffenen und ihren Angehörigen führt. Zudem erhöht sich dadurch die Sterblichkeit und es entstehen jährlich volkswirtschaftliche Kosten in Milliardenhöhe. Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten viel Wissen über psychische Erkrankungen gewonnen wurde, findet dieses Wissen nur unzureichend Eingang in die Routineversorgung. Die zur Verfügung stehenden Therapien sind nicht für alle Betroffenen gleich wirksam und ihre Langzeitwirkung ist nicht ausreichend erforscht. Um effektivere Präventions-, Diagnose- und Therapieverfahren zu entwickeln, die den individuellen Bedürfnissen der Menschen gerecht werden, sind verstärkte Anstrengungen in Wissenschaft und Forschung notwendig. Insbesondere der Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Versorgung, aber auch der Rücktransfer von Erkenntnissen aus der Routineversorgung in die Wissenschaft und der Einbezug von Erfahrungswissen sind dringend zu verbessern. Dafür ist eine langfristige, strukturelle Förderung erforderlich. Vor diesem Hintergrund beschloss die Bundesregierung 2018 die Gründung des DZPG als Teil der Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung. 27 Forschungseinrichtungen an sechs Standorten in Deutschland bündeln ihre Expertise. Das Forschungsprogramm wurde gemeinsam mit Expert:innen aus Erfahrung, also mit Patient:innen und Angehörigen, entwickelt und bezieht sie in allen Phasen der Forschung mit ein. In der Aufbauphase des DZPG (2023 bis 2025) liegt der Fokus auf der Früherkennung und Prävention psychischer Erkrankungen, dem Aufbau gemeinsamer Organisations- und Forschungsinfrastrukturen sowie der Vernetzung der Standorte. Ab 2025 folgt der weitere Ausbau des Forschungsprogramms.

Fokus liegt auf Prävention und Früherkennung

Psychische Erkrankungen haben häufig einen zeitlichen Verlauf von mehreren Monaten und Jahren bis zu ihrer Erkennung. Je früher die Erkrankung erkannt wird, desto eher kann ihrer Manifestation beziehungsweise einer Chronifizierung vorgebeugt werden. Entsprechend hat das DZPG einen Forschungsschwerpunkt auf die Prävention und frühe Erkennung und Behandlung der Erkrankungen gelegt. Die Forschungsfragen reichen von der Förderung der psychischen Gesundheit und Identifizierung von Risikofaktoren (Primärprävention) über die Entwicklung und Implementierung von

Früherkennungsinstrumenten und -interventionen zur Reduzierung der Krankheitslast (Sekundärprävention) bis zur Verhinderung des Wiederauftretens von Erkrankungen (Tertiärprävention). Hierbei haben im Rahmen eines One-Mental-Health-Ansatzes die Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit besonders vulnerabler Gruppen (Kinder, Menschen mit psychischen Erkrankungen, von Antisemitismus, Rassismus oder Diskriminierung betroffene Personen sowie Personen ohne festen Wohnsitz) einen besonderen Stellenwert.

Gemeinsam mehr erreichen

Menschen, die psychische Erkrankungen erlebt haben oder noch darunter leiden, und ihnen nahestehende Personen bringen ein wertvolles Erfahrungswissen mit. Die systematische Einbindung dieser Expertise in Forschungs- und Entscheidungsprozesse ermöglicht es, Forschungsprojekte stärker an den Bedürfnissen der Betroffenen auszurichten und die Wirksamkeit von Therapien zu erhöhen. So haben Erfahrungsexpert:innen im DZPG nicht nur ein Mitspracherecht in den zentralen Entscheidungen und beteiligen sich aktiv an der Durchführung von Forschungsprojekten, sondern sie betreiben auch eigene Forschungen: In einem mehrere Schritte umfassenden Prozess werden aktuell zum ersten Mal in Deutschland Menschen mit psychischen Problemen und ihnen nahestehende Personen dazu befragt, welche Fragen aus ihrer Sicht Gegenstand der Forschung am DZPG werden sollen.

Literatur bei den Verfasser:innen

DR. GABRIEL GERLINGER, PROF. DR. DR. ANDREAS HEINZ, PROF. DR. ANDREAS MEYER-LINDENBERG, Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Charitéplatz 1, 10117 Berlin, E-Mail: gabriel.gerlinger@dzpg.org, Internet: www.dzpg.org, www.kommit-deutschland.de.

CORA SPAHN

Forschungsverbund »MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer« Online-Angebote für Männer mit Suizidrisiko und deren Angehörige

Die Suizidrate bei Männern ist beständig etwa dreimal höher als bei Frauen. Im Jahr 2023 starben in Deutschland laut Statistischem Bundesamt 7478 Männer durch Suizid. Gleichzeitig sind sie für suizidpräventive Angebote schlechter zu erreichen. Sie nehmen seltener Hilfsangebote in Anspruch und berichten weniger über ihre psychischen Belastungen und Suizidgedanken gegenüber Angehörigen oder Behandler:innen. Zudem zeigen Männer im Rahmen psychischer Erkrankungen zum Teil andere Symptome, sodass sie seltener diagnostiziert werden. Trotz all dieser Fakten fehlten in Deutschland bislang evaluierte genderspezifische Konzepte zur Suizidprävention. Der Forschungsverbund »MEN-ACCESS – Suizidprävention für Männer«, der von April 2021 bis März 2024 vom GKV-Bündnis für Gesundheit gefördert wurde, widmete sich diesem Thema. Forscher:innen der Universität Leipzig, der Medical School Berlin und der Universität Bielefeld haben genderspezifische Risikofaktoren, Kommunikationsstrategien, Zugangswege und Gatekeeper:innen identifiziert. Darauf aufbauend wurden zwei neue Online-Angebote für Män-

ner mit Suizidrisiko und Angehörige, als Gatekeeper:innen, entwickelt und veröffentlicht. Angehörige nehmen eine bedeutsame Rolle für den Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen ein und werden deshalb mit dem Angebot gezielt angesprochen. Beide Angebote werden online angeboten, da das Internet für die Suizidprävention eine wichtige Plattform und einen möglichen Zugangsweg zu Hilfsangeboten, insbesondere für sozial weniger stark eingebundene Personen, bietet. Onlinebasierte Angebote stehen unabhängig von Raum und Zeit zur Verfügung, sind niedrighschwellig und können anonym genutzt werden. Gerade für das sensible Thema Suizidprävention bietet internetbasierte Kommunikation die Möglichkeit, auch Menschen zu erreichen, die sonst nicht kontaktiert werden können oder (zunächst) anonym bleiben wollen.

Hilfsangebot für Männer mit Suizidrisiko:

www.maenner-staerken.de

Die Webseite soll Männern helfen, die eigene Situation einzuschätzen und über suizidales Erleben und Verhalten informieren. Was sind Warnzeichen für eine Krise und mögliche Wege aus dieser? Stigmen und Männlichkeitsnormen sind bedeutende Hürden für die Inanspruchnahme von Hilfen in Krisen. Wie kann mit diesen und anderen Hürden umgegangen werden? Das Angebot gibt Orientierung im Hilfesystem. Welche Hilfen sind wann und wie erreichbar? Wie kann die eigene Belastung angesprochen werden? Kommen Männer, die Suizidgedanken ansprechen, gegen den eigenen Willen in die psychiatrische Klinik? Zahlreiche Videos mit Schilderungen von betroffenen Männern und Expert:innen besprechen diese Themen, informieren und entstigmatisieren.

E-Learning-Programm für Angehörige von Männern mit Suizidrisiko: **www.hilfe-fuer-angehoerige.de**

Das kostenfreie E-Learning-Programm soll Angehörige im Umgang mit Personen in suizidalen Krisen unterstützen, Hilfsangebote erklären, Kommunikationsstrategien vermitteln und für die Wahrnehmung der eigenen Belastung sensibilisieren. Es besteht aus vier Modulen mit psycho-educativen Inhalten zu Suizidalität, Videos mit Expert:innen und Betroffenen, Hörspielen, welche den Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen darstellen, sowie weiterem Informationsmaterial.

Beide Online-Angebote wurden wissenschaftlich evaluiert. Die Evaluation zeigt einen deutlichen Bedarf an genderspezifischen suizidpräventiven Angeboten und eine hohe Akzeptanz des Angebots für Betroffene. Die Inhalte des Angebots auf der Website können die Absicht stärken, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch für Angehörige von Männern mit Suizidrisiko zeigt sich, dass das kurze E-Learning-Programm, das ohne therapeutische Begleitung durchlaufen werden kann, zu einer Verbesserung von Wissen, Selbstwirksamkeit und Bereitschaft bei den Angehörigen führt. Dies spricht für die Berücksichtigung genderspezifischer Aspekte bei der Entwicklung und dringend notwendigen Ausweitung suizidpräventiver Angebote, wie im Rahmen der neuen Suizidpräventionsstrategie des Bundes geplant.

Literatur bei der Verfasserin

CORA SPAHN, Universitätsmedizin Leipzig, Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Philipp-Rosenthal-Straße 55, 04103 Leipzig, E-Mail: men-access@medizin.uni-leipzig.de, Internet: www.maenner-staerken.de und www.hilfe-fuer-angehoerige.de



SANDRA PAPE, ANNA PAWELLEK, SABRINA WEITEMEIER,
ARLETT DÖLLE UND GESA FEDDERSEN

Mit Partizipation zum Erfolg! Der Wettbewerb Gesundheitsfördernder Hochschulen

Immer mehr Hochschulen setzen sich aktiv für die Gesundheit ihrer Beschäftigten und Studierenden ein. Für den erfolgreichen Aufbau von gesundheitsförderlichen Strukturen und Angeboten an Hochschulen ist die Partizipation von Mitarbeitenden und Studierenden entscheidend. Die Umsetzung von Beteiligungsprozessen kann in der Praxis allerdings herausfordernd sein. Zur Darstellung erfolgreicher Partizipation im Gesundheitsmanagement an Hochschulen initiierten die Techniker Krankenkasse und die LVG & AFS im Rahmen der Kooperationsprojekte, »Kompetenzzentrum Gesundheitsfördernde Hochschulen« und dem »Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen«, den Wettbewerb »Partizipation erfolgreich gestalten«. In drei Kategorien gingen insgesamt 39 Bewerbungen ein, die von einer aus Hochschulvertreter:innen besetzten Jury bewertet wurden. Drei Hochschulen konnten sich mit herausragenden Konzepten durchsetzen und wurden im Rahmen einer feierlichen Preisverleihung am 24. September 2024 in Hamburg geehrt.

Universität des Saarlandes

In der Kategorie »Engagiert im Betrieblichen Gesundheitsmanagement« belegte der »Partizipative Drei-Ebenen-Ansatz des systemischen BGM« der Universität des Saarlandes den ersten Platz. Der Ansatz überzeugte vor allem dadurch, dass er die Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Mikro-, Meso- und Makroebene miteinander vereint und damit Individuen, Teams sowie die Gesamtorganisation Hochschule adressiert. Beteiligungsmöglichkeiten für Beschäftigte bietet der Ansatz zum Beispiel in Teamwerkstätten. Hier haben die Beschäftigten die höchsten Entscheidungskompetenzen und sind von der Analyse ihrer Arbeitssituation, über Maßnahmenplanung und Umsetzung bis hin zur Evaluation aktiv eingebunden.

PH Heidelberg

»PHeel Good gesund studieren & arbeiten« lautet das Motto des gleichnamigen Konzepts der Pädagogischen Hochschule Heidelbergs, welches sich in der Kategorie »Partizipativ zum Hochschulischen Gesundheitsmanagement« durchgesetzt hat.

Mit der aktiven Beteiligung der Mitarbeitenden und Studierenden konnten das bereits bestehende Betriebliche und Studentische Gesundheitsmanagement in ein ganzheitliches Hochschulisches Gesundheitsmanagement überführt und strukturell verankert werden. Besonders beeindruckend sind die niedrighschwelligigen Beteiligungsmöglichkeiten, wie die eingerichteten Nachburbüros zwischen Verfasster Studierendenschaft und der Koordination des Gesundheitsmanagements sowie die partnerschaftliche Kooperation untereinander. Der Partizipationsgedanke scheint bereits in die DNA der Hochschule übergegangen zu sein und wird aktiv gelebt.

Hochschule Karlsruhe

Die Hochschulgruppe »Healthy HKA«, die sich aus einem Wahlpflichtfach der Wirtschaftsinformatik gegründet hat, darf sich stolzer Gewinner der Preiskategorie »Initiativ für die Studierenden-Gesundheit« nennen. Die Hochschulgruppe der Hochschule Karlsruhe engagiert sich für das vielfältige Thema Gesundheit und setzt selbstorganisiert gesundheitsförderliche Angebote für ihre Kommiliton:innen nach dem Prinzip »von Studierenden für Studierende« um. Eine Besonderheit ist, dass 2023 durch die Gruppe der Verein »Studentisches Gesundheitsmanagement der Hochschule Karlsruhe e. V.« gegründet wurde, der sich mit seinen derzeit rund 20 Mitgliedern dafür einsetzt, neben dem bestehenden Betrieblichen Gesundheitsmanagement an der Hochschule eine Grundlage für ein Studentisches Gesundheitsmanagement zu schaffen.

Fazit

Die Konzepte der drei Gewinnerhochschulen zeigen eindrücklich, dass es echte, ernstgemeinte Partizipation braucht, damit gesundheitsfördernde Strukturen an Hochschulen etabliert und gelungen umgesetzt werden können. Veränderungen im gesundheitsbezogenen Verhalten werden dadurch nicht nur auf der individuellen Ebene angestoßen, partizipative Prozesse im Gesundheitsmanagement wirken sich auch positiv auf die Entwicklung der Gesamtorganisation Hochschule als gesundheitsförderliches Setting aus.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum
ARLETT DÖLLE, GESA FEDDERSEN, Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg, E-Mail: arlett.doelle@tk.de,
E-Mail: gesa.feddersen@tk.de

SABINE ERVEN, ANNA MENZE

Versorgungspfade für die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten

Werden Kinder und Jugendliche in ihrem (psychischen) Verhalten auffällig, stellt sich irgendwann für Eltern oder Sorgeberechtigte die Frage, an wen sie sich hilfeschend wenden können. Erste Anlaufstellen sind in den meisten Fällen Kinderärzt:innen oder Hausärzt:innen. Damit hat die Familie bestenfalls den Einstieg in die komplexen Hilfesysteme mit unterschiedlichen Systempartner:innen gefunden, die oftmals auch für Profis nicht leicht zu durchdringen sind. Es ist für Fachkräfte wichtig, die unterschiedlichen Akteur:innen, Sys-

tempartner:innen und Wege der Versorgung zu kennen. So kann den Patient:innen Orientierung gegeben werden. Zudem erleichtert eine adäquate Zusammenarbeit aller Beteiligten eine gelingende Versorgung der Kinder und Jugendlichen.

Vier Versorgungspfade für mehr Kooperation und Koordination

Um Abläufe, aber auch Versorgungs-, Begleitungs- und Hilfsangebote transparenter zu machen, wurden in Niedersachsen vier Versorgungspfade entwickelt. Eine Version für Fachkräfte bietet einen Überblick über die Möglichkeiten, die den betroffenen Familien zur Verfügung stehen. Die Pfade sollen mehr Klarheit schaffen und die Kooperation und Koordination der Leistungserbringer:innen und Institutionen untereinander unterstützen. Zur Orientierung und Verortung im System wurde eine weitere Version für Laien entwickelt. Die Pfade sind weniger komplex und richten sich an Personen, die wenig mit dem Versorgungssystem vertraut sind. Leicht verständlich sollen diese einen möglichen Weg durch das System aufzeigen. Beispielhaft wird der Weg von der »Diagnostik« über die »Behandlung« bis hin zu den »Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe« dargestellt. Außerdem gibt es einen Pfad für »Versorgungsschritte in Krisensituationen«. Die Pfade machen deutlich, an welcher Stelle welches System zuständig ist, wo Kooperationen möglich oder notwendig sind, und wie Abbrüche im Hilfeverlauf vermieden werden können. Die Pfade sollen Abläufe der Versorgung sichtbar machen, ermöglichen aber weitaus mehr. Sie können zum Beispiel Akteur:innen auf regionaler Ebene als Gesprächsanlass dienen. Eine Reflexion der örtlichen Strukturen anhand der Versorgungspfade sensibilisiert für Schnittstellen der kommunalen Akteur:innen, lässt Versorgungslücken sichtbar werden und zeigt auf, wo Vernetzung noch nicht optimal verläuft oder wo es regionale Besonderheiten gibt. Ergänzend stehen Angebotssteckbriefe zur Verfügung, die als Vorlage für die Erstellung eines regionalen Wegweisers dienen und Hinweise für eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen geben.

Entstehung der Pfade über mehrere Projektphasen und Institutionen

Die Versorgungspfade und auch die Angebotssteckbriefe fußen auf einem von 2017 bis 2019 durchgeführten Projekt des Caritas Forum Demenz zur Kooperation der Kinder- und Jugendpsychotherapie/-psychiatrie und der Kinder- und Jugendhilfe. Im Rahmen dieses Projektes wurden die Versorgungspfade und die Steckbriefe in drei Modellregionen gemeinsam mit Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen entwickelt. Um die Materialien auf ihre Anwendbarkeit in anderen Regionen zu prüfen und sie digital aufzubereiten, schloss sich Ende 2021 ein Projekt der LVG & AFS an. Der Projektprozess wurde dabei von einer Expert:innengruppe, die sich ebenfalls aus Fachpersonen unterschiedlicher Disziplinen zusammensetzte, begleitet. Beide Projekte wurden durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung gefördert.

Die Versorgungspfade und Angebotssteckbriefe stehen zur Verwendung, Anpassung und Verbreitung auf der Homepage der Landesstelle Psychiatriekoordination Niedersachsen unter <https://www.psychiatriekoordination-nds.de/> zur Verfügung.

Literatur bei den Verfasserinnen, Anschrift siehe Impressum



RONJA DIRSCHERL

Elternkompetenz als Schlüsselfaktor für psychische Gesundheit (nicht nur) in der Kindheit und Jugend – Der Einfluss von Eltern auf die psychische Gesundheit ihrer Kinder

Weit über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen beginnt vor dem 25. Lebensjahr [1]. Bedenkt man zugleich, dass psychische Erkrankungen für einen großen Teil der Krankheitslast in der Bevölkerung verantwortlich sind, wird deutlich, dass die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter ein wichtiges Public-Health-Thema darstellt. Hier besteht großes Potenzial, individuelles Leid, negative Entwicklungsverläufe sowie Folgekosten für die Gesellschaft zu vermeiden, indem frühzeitig wirksame Prävention geleistet wird.

An welchen Risiko- und Schutzfaktoren kann hierfür angesetzt werden? Ein schlechtes Familienklima gilt als zentraler Risikofaktor für psychische Erkrankungen bei Kindern [2]. Ein solches Klima entsteht oft unter belastenden Lebensbedingungen sowie mangelnden Ressourcen und so verwundert es nicht, dass Kinder aus Familien in sozial benachteiligten Lebenslagen, mit stark belasteten oder psychisch erkrankten Eltern häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind [3]. Dass dies weniger direkt mit sozio-ökonomischen Aspekten als mit Interaktionsqualität zu tun hat, zeigt Forschung aus Deutschland: Unabhängig vom sozio-ökonomischen Status oder Migrationsstatus der Familie zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem elterlichen Erziehungsstil und der psychischen Gesundheit der Kinder [4]. Dies gilt auch im positiven Sinne: Positive Erziehung hat das Potenzial, die negativen Effekte aversiver Lebensumstände oder -ereignisse abzumildern. Diese Effekte werden auch in der Gehirnentwicklung sichtbar [5].

Elternkompetenz stärken

Ungünstiges Erziehungsverhalten entsteht oft aus Unsicherheit, Überforderung und Stress [6]. Eltern in ihrer Kompetenz und ihrem Selbstvertrauen zu stärken, ist daher ein vielver-

sprechender Ansatzpunkt. Es gibt evidenzbasierte Programme für Eltern, die diesbezüglich ihre Wirksamkeit, unabhängig von familiärem Einkommen, Bildung der Eltern, Alter und Geschlecht des Kindes, wiederholt unter Beweis gestellt haben [7]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt daher global, evidenzbasierte Elterninterventionen, die auf der sozialen Lerntheorie basieren, zur Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehungen und zur Prävention von Kindesmisshandlung für alle Eltern und Betreuungspersonen von Kindern im Alter von zwei bis zehn Jahren bereitzustellen. Auch das Robert-Koch-Institut (RKI) nennt in seinem Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter [8] die Stärkung der elterlichen Kompetenz durch Elterntrainings und Beratung als erste Handlungsempfehlung zur Prävention in diesem Bereich.

Um in diesem Kontext wirksam präventiv zu handeln und positive Veränderungen zu bewirken, ist eine Kooperation über Sektorengrenzen hinweg, wie sie zum Beispiel im Bereich der Frühen Hilfen geschieht, unabdingbar. Gleichzeitig sollte, wie in anderen Bereichen der Gesundheitsförderung auch, auf evidenzbasierte Methoden und Programme zurückgegriffen werden. Die Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch evidenzbasierte Elternprogramme sollte ein wesentlicher Teil einer bundesweiten Strategie zu Public Mental Health werden.

Literatur siehe Link im Impressum.

RONJA DIRSCHERL, Triple P Deutschland GmbH, Nordstraße 22, 48149 Neumünster, E-Mail: r.dirscherl@triplep.de

JOHANNA RITTER, NASTAZJA KRUSZEWSKI

Digitale Revolution? Die elektronische Patientenakte 2025

Zum 15. Januar 2025 wird die elektronische Patientenakte (ePA) für alle Krankenversicherten eingerichtet. An die Einführung der ePA sind große Erwartungen geknüpft. Sie soll für Patient:innen und Akteur:innen für mehr Transparenz sorgen und die praxisübergreifende Zusammenarbeit von Ärzt:innen und Apotheker:innen in den Kliniken, Krankenhäusern, Praxen und Apotheken verbessern. Mit der ePA können Patient:innen Informationen und Gesundheitsdaten, wie die Medikationsliste, Befunde und Arztbriefe, digital verwaltet werden.

Aktuell erhalten alle Versicherten Informationsschreiben zur ePA von ihren Krankenkassen. Die Nutzung der ePA ist freiwillig – sie wird für jede Person automatisch eingerichtet, sofern kein Widerspruch vorliegt. Die Anwendung der ePA erfolgt in erster Linie über eine App. Patient:innen können die App einsehen und selbst verwalten, wodurch sie die direkte Kontrolle darüber haben, welche Gesundheitsinformationen gespeichert werden und wer Einsicht in die Daten bekommen soll. Um die ePA nutzen zu können, benötigen Patient:innen folglich digitale Zugangswege und digitale Kompetenzen. Die Einführung der ePA hat bedeutende Auswirkungen auf Praxen und bringt Umstellungen mit sich. Um die Implementierung zu gewährleisten, müssen technische Anforderungen

erfüllt sein, Mitarbeiter:innen geschult und Praxisabläufe angepasst werden. Aktuell laufen Vorbereitungen, um einen guten Start der ePA zum Jahresbeginn zu ermöglichen. Mit welchen Herausforderungen so ein Systemwechsel einhergeht, hat unter anderem die Einführung des e-Rezeptes zu Beginn 2024 gezeigt.

Durch die Umstellung befürchten viele Akteur:innen einen zusätzlichen Aufwand. Gleichzeitig bietet die ePA aber auch Chancen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Wie die Einführung in den Praxen konkret umgesetzt wird und welchen Nutzen Patient:innen von der ePA haben, können Sie in unseren zwei Podcastfolgen zu der Thematik bei Highways to Health nachhören.

Highways to Health

Highways to Health ist eine digitale Plattform der LVG & AFS. Regelmäßig werden Podcasts und Blogbeiträge von und mit Expert:innen aus der Wissenschaft und Praxis zu Themen rund um den digitalen Wandel in Gesundheitsförderung und Prävention veröffentlicht. Zum Start der ePA wurden zwei Podcastfolgen mit unterschiedlichen Perspektiven auf die ePA aufgenommen.

Um zu erfahren, wie Praxen mit der Umstellung umgehen, war Highways to Health im Gespräch mit Dr. med. Sybille Steiner von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). In der Podcastfolge #33: Elektronische Patientenakte – Was bedeutet die Umstellung für die Praxen? erfahren Sie mehr zum aktuellen Stand der Umsetzung der ePA in den Praxen. Es wird darüber gesprochen, wie die Testphase in ausgewählten Modellregionen umgesetzt wird, welche Bedenken Praxen in Bezug auf die Einführung der ePA haben und welche Chancen sich durch die ePA ergeben. Sie bekommen einen Überblick darüber, welche Schritte notwendig sind, um eine gute Implementierung zu gewährleisten und welche Rolle die Gematik dabei spielt.

In der neuesten Podcastfolge #34: Elektronische Patientenakte – ein Gewinn für alle? schauen wir uns die ePA aus Verbraucher:innenperspektive an. Mit Thomas Moormann, dem Leiter Team Gesundheit und Pflege vom Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), hat das Team von Highways to Health darüber gesprochen, welche Bedenken es noch gibt und was noch angepasst werden sollte. Weiter wurde diskutiert, welche Vorteile die ePA für Patient:innen mit sich bringt und ob sie wirklich für alle patient:innenfreundlich ist.

Kontakt siehe Impressum

Lesen und hören Sie rein!
Alle Beiträge finden Sie auf
www.highways2health.de



In eigener Sache

Liebe Leser:innen,

die Zeitschrift impulse für Gesundheitsförderung können Sie sowohl in gedruckter als auch in elektronischer Form (als PDF-Dokument) beziehen.

Sie beziehen die impulse aktuell postalisch, möchten aber Papier-Ressourcen sparen und die neuen Ausgaben ab jetzt per E-Mail zugestellt bekommen? Dann melden Sie sich gerne unter impulse@gesundheit-nds-hb.de.

Sie beziehen die impulse noch nicht im Abonnement und möchten die Zeitschrift regelmäßig per E-Mail zugestellt bekommen? Dann freuen wir uns auf Ihre Anmeldung:



Zudem machen wir Sie auf die Möglichkeit aufmerksam, die impulse-Ausgaben von unserer Website www.gesundheit-nds-hb.de/impulse/ herunterzuladen.



THOMAS ALTGELD

Nachruf zum Tode von Friedrich Wilhelm Schwartz

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz ist am 12. Oktober 2024 im Alter von 81 Jahren in München verstorben. Er war nicht nur der Wegbereiter für New Public Health in Deutschland und stieß zahlreiche Reformen im deutschen Gesundheitswesen an, sondern war auch in einer entscheidenden Umbruchphase der Vorsitzende der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V..

Friedrich Wilhelm Schwartz wurde am 13. September 1943 in Waldenburg (Niederschlesien) geboren. Nach dem Abitur studierte er Philosophie, Humanmedizin und Soziologie in München, Marburg und Frankfurt. 1972 promovierte er mit einer Dissertation zur Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens in Deutschland, 1982 folgte die Habilitation in Sozialmedizin und Epidemiologie. Von 1972 bis 1984 war er Geschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und baute in dieser Funktion das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung auf, das er bis 1985 auch leitete. 1985 wurde Schwartz als Professor an der Medizinischen Hochschule Hannover berufen und Direktor des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung. 1989 etablierte er dort den ersten Masterstudiengang Public Health an einer medizinischen Universität in Deutschland.

Schwartz war ab 1985 wiederholt Mitglied des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen und von 1999 bis 2002 auch dessen Vorsitzender. Unter seinem Vorsitz wurde das wegweisende Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit erarbeitet, das erstmals umfassend Über-, Unter- und Fehlversorgungslagen im deutschen Gesundheitswesen kritisierte und einen systematischen Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung forderte. Das Gutachten stellte dem deutschen Gesundheitswesen in Bezug auf die Versorgung der großen Volkskrankheiten (unter anderem Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes, Krebs und Depression) ein vernichtendes Zeugnis aus und wurde deshalb von den Leistungserbringenden massiv kritisiert. Die angeprangerten Missstände sind aber trotz vieler (insgesamt zu kleiner) Reformbemühungen im deutschen Gesundheitssystem nach wie vor evident und führen dazu, dass das drittteuerste Gesundheitswesen der Welt nur einen im OECD-Vergleich unterdurchschnittlichen Gesundheitsoutcome auf Bevölkerungsebene produziert.

1986 war Schwartz einer der wenigen deutschen Teilnehmenden an der ersten Gesundheitsförderungskonferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa. Das Abschlussdokument dieser Konferenz, die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung, rief entschieden zum aktivem Handeln für das Ziel »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« auf und »war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt«. Die Charta wurde so zum Grundsatzpapier für die weitere Entwicklung der Gesundheitsförderung international wie national. Um die wegweisenden Forderungen der Charta auch in Niedersachsen umzusetzen, wurde er 1992 zum Vorsitzenden

der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen gewählt, die seinerzeit als »Landesverein für Gesundheitspflege Niedersachsen e. V.« firmierte. In seinem Bewerbungsschreiben für den Vorsitz skizzierte er als Ziel, den eher traditionell gesundheitserzieherisch tätigen Verein in eine »neutrale Agentur für Gesundheitsförderung« auf Landesebene umzuformen. Er sah den Landesverein in einer Clearing-house-Funktion für heterogene Akteur:innen im Feld und forderte eine gemeinsame Strategieentwicklung für mehr Bevölkerungsgesundheit. Diese Strategieentwicklung erfolgte tatsächlich im Rahmen einer Vereinsklausur 1993 und stellte die Grundlage für die erfolgreiche Neuausrichtung des Vereins dar. Ohne diese Neuorientierung auf die Prinzipien der Ottawa-Charta hätte sich die LVG & AFS nie zu einer bundesweit richtungsweisenden Gesundheitsförderungseinrichtung entwickeln können. Da das niedersächsische Sozialministerium aufgrund der Haushaltslage die Neuausrichtung des Vereins allerdings nicht mit deutlich mehr Haushaltsmitteln unterstützen konnte, trat Schwartz Mitte 1993 als Vorsitzender zurück. Auf ihn folgte Prof. Dr. Beate Blättner, die die von ihm eingeleitete Neupositionierung und den Vereinsumbau erfolgreich weiter vorantrieb.

Inspirierende und produktive Arbeitsbeziehungen zur LVG & AFS hielt Schwartz bis zum Ende seines Wirkens in Hannover tatkräftig aufrecht, unter anderem mit gemeinsamen Veranstaltungen und Beteiligungen an Projekten. Er nahm auch am Initiativworkshop zur Wiedereinführung des § 20 in das SGB V teil, den die LVG & AFS im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums 1999 in Hannover durchführte. Dort wurde der Handlungsauftrag für die gesetzlichen Krankenversicherungen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beizutragen, explizit formuliert und die Grundlagen zur Wiedereinführung des Paragraphen gelegt. Schwartz gab der Prävention und Gesundheitsförderung auch darüber hinaus immer wieder Impulse durch innovative Projekte. Hierzu zählen das erste Projekt zu »Gesund alt werden« mit zwölf Krankenkassen Anfang der 1990er Jahre sowie die Evaluation von Präventionsmaßnahmen mit der AOK Niedersachsen unmittelbar nach Streichung der Gesundheitsförderung aus dem § 20 SGB V Ende der 1990er Jahre.

Schwartz erhielt für sein inspirierendes Lebenswerk zahlreiche Auszeichnungen und Würdigungen, unter anderem ist er Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande der Bundesrepublik Deutschland und der Salomon-Neumann-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Wir verlieren mit ihm als Verein einen großen Vordenker, der Gesundheitsförderung und -versorgung zusammendachte und zum Schwerpunkt unserer Vereinstätigkeit machte. Persönlich werde ich aber auch den kunstsinnigen und vielseitig interessierten Menschen vermissen, der Hauskonzerte mit Nachwuchsmusiker:innen der Musikhochschule veranstaltete und immer bereit war, in philosophische Diskurse zu gesellschaftlichen Entwicklungen einzusteigen.

Literatur beim Verfasser, Anschrift siehe Impressum.



LAURENS FREDERKING, MARIUS MARING, CHARLOTTE SCHMITZ, LEANIE TCHANA

Erwerbslosigkeit und psychische Gesundheit – Präventionsprogramm statt Abwärtsspirale

Erwerbslosigkeit hat einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit betroffener Menschen. Verschiedene Studien zeigen, dass psychische Auffälligkeiten bei Menschen in Erwerbslosigkeit doppelt so häufig auftreten wie bei Erwerbstätigen. Depressionen, Angstzustände, psychosomatische Beschwerden und ein geringes Selbstwertgefühl gehören zu den häufiger auftretenden Symptomen. Dieser Effekt zeigt sich unabhängig vom Alter, Männer in Erwerbslosigkeit sind hiervon jedoch noch stärker betroffen. Der Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit offenbart sich sehr direkt: Der Verlust des Arbeitsplatzes verschlechtert die psychische Gesundheit, während eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt die Gesundheit verbessert.

Zugleich stehen Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankungen oft in negativer Wechselwirkung zueinander. Einerseits führen psychische Erkrankungen oftmals erst zu Erwerbslosigkeit: So beeinflussen psychische Erkrankungen diverse psychosoziale Faktoren, wie das grundsätzliche individuelle Verhalten, die Lebenserfahrungen und Beziehungen zu Mitmenschen in negativer Weise, wodurch die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen, wie auch an der Erwerbswelt, erschwert wird. Verschiedene Studien zeigen auf, dass das Risiko des Arbeitsplatzverlustes bei Menschen mit schweren psychischen Gesundheitsproblemen fünfmal erhöht ist. Auch die Wiederaufnahme einer Beschäftigung ist durch psychische Erkrankungen erschwert, da diese oftmals ein beträchtliches Vermittlungshemmnis darstellen. Zusätzlich führt die Arbeitsplatzunsicherheit bei psychischen Erkrankungen zu einer stärkeren Stressbelastung, was die gesundheitlichen Probleme weiter steigen lässt und in der Folge zu einer verstärkten Gefährdung der Erwerbsbeschäftigung führt.

Andererseits begünstigt die Erwerbslosigkeit aber auch psychische Erkrankungen: Sie bringt häufig den Verlust einer Tagesstruktur, sozialer Kontakte, des sozialen Status und finanzieller Sicherheit mit sich. Das gesellschaftliche Stigma und die Abhängigkeit von Sozialleistungen tragen zusätzlich zur Belastung bei. Mehr als ein Drittel der Menschen im SGB-II-Bezug erhalten innerhalb eines Jahres nach Beginn ihres Leistungsbezuges mindestens eine psychiatrische Diagnose. Mit zunehmender Dauer der Erwerbslosigkeit sinken die Chancen auf Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt, was Hoffnungslosigkeit und Armutsrisiken weiter verstärkt. Zudem verfügen Menschen in Erwerbslosigkeit über geringere materielle und psychosoziale Ressourcen, was die psychischen Belastungen zusätzlich verstärkt.

Das vom GKV-Bündnis für Gesundheit bundesweit geförderte und seit 2017 in Niedersachsen und Bremen umgesetzte Programm »teamw()rk für Gesundheit und Arbeit« setzt an dieser Stelle an und hat das Ziel, die Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit zu erhalten und zu stärken sowie ihnen den Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt zu erleichtern. Verschiedene Angebote greifen dabei auch explizit die Aufrechterhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit von Menschen in Erwerbslosigkeit auf. Als Erfolgsmodell hat sich dabei die gesundheitsorientierte Beratung erwiesen, die an verschiedenen Programmstandorten umgesetzt wird. Gesundheitslots:innen beraten hier in Einzelgesprächen zu Gesundheitsthemen, vermitteln in lokale Angebote wie Kurse zur Stressbewältigung und unterstützen bei der Überwindung von bestehenden Teilnahmehürden. Über das Programm organisierte Kursangebote für Menschen in Erwerbslosigkeit finden regelmäßig zu Themen wie Resilienz, Stressbewältigung oder Entspannungstechniken statt. Bei lokalen Gesundheitstagen zum Thema Psychische Gesundheit können sich Menschen in Erwerbslosigkeit zudem über Angebote und Beratungsstellen vor Ort informieren.

Literatur bei den Verfasser:innen, Anschrift siehe Impressum
Weitere Informationen unter:



NICOLE KERSTING

Aus der Praxis: Jugendliche stärken – Meine Arbeit als Mental Health Coach

Wenn ich erzähle, dass ich mit Jugendlichen arbeite, höre ich oft: »Die heutige Jugend ist verweichlicht und kann nichts!« Aber das stimmt nicht. Angesichts der zahlreichen äußeren Einflüsse, mit denen Jugendliche täglich konfrontiert sind, und der Herausforderungen des Erwachsenwerdens, ist es kein Wunder, dass sich viele junge Menschen überfordert fühlen. Doch wer sich die Zeit nimmt, ihnen wirklich zuzuhören, entdeckt schnell, welches Potenzial in ihnen steckt. Leider wird dieses Potenzial oft weder in der Familie noch in der Schule oder im Freundeskreis erkannt.



Hier sehe ich meine Aufgabe als Mental Health Coach: Jugendlichen zu zeigen, was in ihnen steckt, und sie dabei zu unterstützen, es zum Ausdruck zu bringen. Sie brauchen vor allem Verständnis, einen stressfreien Raum, in dem sie sich entspannen, ihre Stärken erkennen und Selbstvertrauen aufbauen können. Genau das bietet das Programm »Mental Health Coaches. (MHC)«: Dieses Modellprojekt des Jugendmigrationsdienstes ist ein Präventionsprogramm zur Stärkung der Resilienz und zur Förderung des Wohlbefindens sowie der mentalen Gesundheit von Jugendlichen.

Wie wir arbeiten

In den präventiven Gruppenangeboten geht es um Themen wie Stressbewältigung, Aktivierung eigener Ressourcen und Selbstfürsorge. Diese Angebote sind freiwillig und werden häufig in Kooperation mit externen Partner:innen umgesetzt. Dabei orientieren sich die Angebote an den spezifischen Bedarfen der Jugendlichen. Sie lernen ihre Grenzen zu erkennen und erhalten Werkzeuge für den Umgang mit psychischen Belastungen. Die externen Anbieter:innen arbeiten mit unterschiedlichen Methoden, zum Beispiel erlebnispädagogisch, theaterpädagogisch, biografisch, autobiografisch, künstlerisch/kreativ, mit Spielen (zum Beispiel Fröbelturm), Traumreisen, Atem- und Entspannungstechniken. Die Wünsche und Anregungen der Jugendlichen betreffen häufig gemeinsames (gesundes) Kochen oder entspannte Stunden, in denen sie unter Anleitung Körperreisen erleben dürfen.

Mental Health als Thema an der Schule

Ein weiterer zentraler Ansatz des Projekts besteht darin, die Offenheit der Schulgemeinschaft für das Thema mentale Gesundheit zu fördern und Stigmatisierung abzubauen. Gleichzeitig werden regionale Beratungs- und Hilfsangebote bekannter gemacht und Netzwerke gestärkt, auf die Schulen und junge Menschen zurückgreifen können. Seit dem Schuljahr 2023/24 wird das Projekt an über 100 Schulen in Deutschland umgesetzt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des »Zukunftspakets für Bewegung, Kultur und Gesundheit« gefördert.

Mein Weg zum Mental Health Coaching

Seit den 2000er Jahren arbeite ich mit jungen Menschen und habe 2009 mein Studium zur Diplom-Kunsttherapeutin und Pädagogin in Ottersberg abgeschlossen. In den letzten Jah-

ren durfte ich viele wertvolle Erfahrungen in der offenen Jugendarbeit und an Schulen sammeln. All diese Erfahrungen fließen nun in meine Tätigkeit als Mental Health Coach ein, wo ich mit Leidenschaft daran arbeite, jungen Menschen die Unterstützung zu geben, die sie brauchen. Als ausgebildete Yogalehrerin verfüge ich über praktische Werkzeuge, die ich gezielt einsetzen kann, um Jugendlichen in herausfordernden Situationen zu helfen. Meine langjährige Erfahrung in der Jugendarbeit hat mich dafür sensibilisiert, ihre Bedürfnisse zu erkennen und darauf einzugehen – oft Themen, für die im Schulalltag wenig Zeit bleibt. Der Schlüssel zum Erfolg liegt dabei in der Beziehungsarbeit: Erst wenn sich Jugendliche sicher und verstanden fühlen, können sie sich öffnen und wirklich profitieren.

Anforderungen an Mental Health Coaches

Fachkräfte, die als Mental Health Coaches tätig sind, kommen ursprünglich aus dem Feld der Sozialarbeit, Erziehungswissenschaften und Psychologie. Durch die Teilnahme an einer internen Basisqualifizierung zu Beginn ihrer Tätigkeit konnten alle Fachkräfte ihre individuelle Expertise auf die Arbeit als Mental Health Coach an Schulen anpassen und erhielten Handlungsimpulse für ihre praktische Arbeit an den Schulen. In daran anknüpfenden Fortbildungen können unterschiedliche Themen vertieft werden, beispielsweise in den Bereichen Psychische Gesundheit und Schule, Digital Wellbeing, Motivierende Gesprächsführung und Classroom Management.

Literatur bei der Verfasserin

NICOLE KERSTING, Caritasverband für Bremen-Nord, Bremerhaven und die Landkreise Cuxhaven und Osterholz e. V., Gerhard-Rohlf's-Straße 17/18, 28757 Bremen, E-Mail: n.kersting@caritas-bremen-nord.de
Internet: www.mental-health-coaches.de

FRANZISKA MÜLLER

brynja e. V. – Ein Fitnessstudio für die Psyche

Inmitten multipler Krisen und turbulenter Zeiten schafft der Verein brynja in Bremen einen Raum, um sich präventiv und individuell mit der eigenen mentalen Gesundheit zu beschäftigen. Mit einem niedrigschwelligen und flexiblen Angebot baut brynja Hemmschwellen und Tabus rund um das Thema Mental Health ab.

brynja ist eine Mischung aus Kulturzentrum und Fitnessstudio für den Kopf. »Wir können nicht nur unsere Muskeln trainieren, sondern auch lernen und üben, was der Psyche guttut«, sagt Janna Rohloff, die Gründerin des Vereins. Um Selbstoptimierung geht es dabei genauso wenig wie um psychische Diagnosen. Stattdessen stehen Hilfe zur Selbsthilfe, wertfreier Austausch und der Spaß am Ausprobieren im Fokus. Auf dem monatlich wechselnden Programm stehen Angebote wie faires Raufen, Eisbaden, meditative Spaziergänge, Selbsthilfegruppen zu psychischen Erkrankungen, sowie Vorträge und kulturelle Veranstaltungen rund um das Thema Psyche.

Flexibles Angebot und niedrigschwellige Unterstützung für alle im Alter von 25–45 Jahren

Die Idee für brynja entspringt den persönlichen Erlebnissen der Gründerin Janna Rohloff. Durch den Todesfall eines nahe-

stehenden Familienmitglieds erfuhr sie, wie schwer es sein kann, die passende Unterstützung zu finden und auf welche Hindernisse Hilfesuchende im Gesundheitssystem stoßen. Als Person vom Fach mit langjähriger Berufserfahrung erkannte Rohloff den Bedarf an Hilfsangeboten für Betroffene im Alter zwischen 25–45 Jahren. »In Bremen, aber auch in anderen Städten, fehlen vor allem niedrigschwellige Angebote, die in herausfordernden Lebenssituationen Unterstützung bieten können«, sagt Rohloff. »Für mich war schnell klar, dass ich hier konkret etwas verändern will.« Gemeinsam mit Freund:innen, Kolleg:innen und weiteren Unterstützer:innen stellte sie 2022 das Konzept für brynja – Raum für Psyche und Gesundheit auf die Beine. Über eine Crowdfunding-Kampagne sammelte die Gruppe Spendengelder und finanzierte so das Startkapital des Vereins.

Vernetzung, Dialog und kritische Reflexion in einem interdisziplinären Team

Aktuell hat brynja zwölf Mitglieder, die mit ihren Qualifikationen und Berufserfahrungen aus den Bereichen Psychologie, Public Health, Finanzwesen, Kulturwissenschaft, Design, Bildung, Sozialpädagogik, Kunst und Recht ein interdisziplinäres Team bilden. Aus diesen unterschiedlichen Perspektiven, Zugängen und Erfahrungen schöpft der Verein wertvolle Ressourcen für seine konkrete und konzeptionelle Arbeit. Darüber hinaus verbindet die Mitglieder das Anliegen nach einem verbesserten und leicht zugänglichen Präventionsangebot. »Mit unserer Arbeit wollen wir erstens alle Interessierten dazu einladen, neue Methoden und Sichtweisen im Umgang mit mentaler Gesundheit kennenzulernen. Zweitens liegt uns die Vernetzung von bestehenden Hilfsangeboten in Bremen am Herzen. Drittens positionieren wir uns auch politisch und suchen den konstruktiven Dialog mit verschiedenen Interessensgruppen. In unserer Arbeit beziehen wir bewusst Themen wie Rassismus und Sexismus mit ein. Diese werden bisher im Gesundheitssystem zu wenig mitgedacht«, sagt Rohloff. Regelmäßig veranstaltet brynja deshalb Vorträge und Diskussionsrunden zu verschiedenen Themen und ermuntert Bremer:innen, sich zu informieren und mitzureden.

Erfolgreiche Arbeit und klare Zukunftspläne

Ende August 2024 lud der Verein zu seinem zweiten Sommerfest ein. Gründe zum Feiern gibt es genug: Rund 300 Veranstaltungen, in die mehr als 12.000 Stunden ehrenamtliche Arbeit geflossen sind, hat brynja e. V. seit seiner Gründung 2022 auf die Beine gestellt. Unter dem Motto »Keine Knete – trotzdem Fete« macht der Verein selbstbewusst auf seine größte Baustelle aufmerksam: Eine dauerhafte Förderung. Bisher deckt brynja die laufenden Kosten hauptsächlich über Spendengelder und Einnahmen durch die Vermietung der Räumlichkeiten. Das soll sich zukünftig ändern. Das Fest ist auch ein Abschied vom bisherigen Standort im Buntentorsteinweg 73 in der Bremer Neustadt. Bis der Verein eine neue Bleibe gefunden hat, wird das Programm an wechselnden Orten stattfinden. Der Plan für 2025 steht für den Verein schon jetzt fest: Weitermachen, das Konzept ausbauen und an bisherige Erfolge anknüpfen.

Literatur bei der Verfasserin.

FRANZISKA MÜLLER, Anschrift siehe Webseite,
E-Mail: franziska.mueller89@googlemail.com,
Internet: www.brynja-raum.de



JONAS JULINO, SEBASTIAN BURGER

»Mut zur Selbsthilfe – Unterstützung sichtbar machen!« Unterwegs mit der MUT-TOUR 2024 und dem Mut fördern e. V.

Bei der MUT-TOUR machen Menschen mit und ohne Depressionserfahrungen seit 2012 gemeinsam Sport und Öffentlichkeitsarbeit. Sie setzen sich mit ihren persönlichen Gesichtern und Geschichten für mehr Wissen und Mut im Umgang mit psychischen Erkrankungen ein. Jeden Sommer bewegen sich dazu Sechserteams auf Tandems oder wandernd durch ganz Deutschland und sprechen unterwegs mit zahlreichen Journalist:innen. Mit psychosozialen Partnerorganisationen vor Ort werden entlang des Weges gemeinsame Aktionen geplant und umgesetzt.

»Mut zur Selbsthilfe – Unterstützung sichtbar machen!«

Unter diesem Motto waren 2024 rund 74 Teilnehmende zwischen Juni und September unterwegs und legten in zehn Tandem-Etappen und zwei Wander-Etappen insgesamt rund 3.800 Kilometer zurück. Ein besonderes Highlight in diesem Jahr war die erstmals ins Leben gerufene Große-MUT-Wanderung – eine Wander-Etappe, die auf ihrer Strecke von Bremen nach Cloppenburg für spontane Mitwandernde offen war. Insgesamt legte das achtköpfige Kernteam an acht Wandertagen rund 100 Kilometer zurück und wurde dabei regelmäßig von interessierten Menschen begleitet.

Im Rahmen der gesamten MUT-TOUR fanden entlang der Route 58 Aktionstage mit hunderten Besucher:innen statt. Diese Aktionstage wurden in enger Zusammenarbeit mit lokalen Partnerorganisationen organisiert und boten Infos rund um Depressionen sowie vielfältige Mitmach-Aktionen. Ein neues Format in diesem Jahr waren Aktionstage in Freibädern, die den Dialog über psychische Gesundheit, vor allem in Anbetracht der zunehmenden Sommerhitze, an einem belebten und offenen Ort ermöglichten.

MUT-ATLAS, Mut zur Selbsthilfe und MUT-Gruppen

Stets mit im Gepäck war der aus der Tour entstandene MUT-ATLAS – Deutschlands erstes gemeinnütziges, datenschützendes Suchportal rund um psychische Gesundheit. Er hilft seit Ende 2023 dabei, psychosoziale und medizinische Angebote schneller zu finden und bietet eine wertvolle Hilfe für Menschen, die nach regionalen Beratungsstellen, Therapie-möglichkeiten oder Selbsthilfegruppen suchen.

Sowohl die MUT-TOUR, als auch der MUT-ATLAS sind Angebote des Trägervereins Mut fördern e. V., der 2022 von Sebastian Burger und langjährigen Tour-Teilnehmenden gegründet wurde. Ein weiteres Selbsthilfeangebot des Vereins ist das Projekt »Mut zur Selbsthilfe«. Hier möchte der Verein bestehenden oder sich in Gründung befindenden Selbsthilfegruppen im digitalen Bereich unter die Arme greifen. Auf Basis eigener Gruppen- und Vereinerfahrungen werden Selbsthilfegruppen mit einer datensicheren und kostenfreien IT-Struktur – bestehend aus Mail-Konten, Messenger-Dienst, Cloudbereich und einem Organisationsbereich für Datenaustausch und Termine – ausgestattet. Vor allem mit Blick auf die sensiblen Daten, die im Bereich der Selbsthilfe ausgetauscht werden, möchte der Mut fördern e. V. hier eine (Sicherheits-) Lücke schließen und die vielen Gruppen technisch unterstützen. Darüber hinaus sind zwei aktive Selbsthilfegruppen in den Verein eingegliedert. Die Mut-Gruppen Berlin und Bremen stehen allen Menschen offen und bieten als bewegte Selbsthilfegruppen einen Raum für Austausch und Bewegung in Form eines gemeinsamen Spaziergangs.

Mut fördern e. V. – Pläne für die Zukunft

Der Mut fördern e. V. setzt auch in Zukunft auf die kontinuierliche Weiterentwicklung seiner Projekte. Aktuell laufen die Planungen für die MUT-TOUR 2025, die genaue Route wird Ende 2024 veröffentlicht. Der Anmeldezeitraum hat bereits begonnen, die Anmeldung erfolgt per Mail.

Für das kommende Jahr erwartet der Verein zudem eine flächendeckende Ausweitung des MUT-ATLAS und damit eine noch bessere Zugänglichkeit des Suchportals für Menschen in ganz Deutschland. Dabei helfen weitere Daten-Kooperationen, individuelle Eintragungen von Angeboten und die MUT-SCOUTS, die ehrenamtlich Angebote finden, eintragen und pflegen. Auch weitere Selbsthilfegruppen sollen digital unterstützt werden. Der Verein lädt Interessierte ein, die kostenfreien Angebote zu nutzen und freut sich über weitere Unterstützer:innen bei der Tour, dem Atlas oder den weiteren Vereinsangeboten.

Literatur bei den Verfassern

JONAS JULINO, SEBASTIAN BURGER, Mut fördern e. V., Postfach 103011, 28030 Bremen, E-Mail: kontakt@mut-foerdern.de



impulse bestellen

Wenn Sie die impulse regelmäßig kostenlos beziehen möchten, bestellen Sie die Zeitschrift bitte unter Angabe der Bezugsart (per E-Mail als PDF oder per Post als Druckexemplar) unter folgender E-Mail-Adresse: impulse@gesundheit-nds-hb.de.

Bitte beachten Sie hierfür auch unbedingt den Kasten »In eigener Sache« auf Seite 23.

Impressum



Niedersachsen Bremen e. V.

» Herausgeberin: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V., Schillerstraße 32, 30159 Hannover
Tel.: (05 11) 3 88 11 89-0, Fax: (05 11) 388 11 89-31

E-Mail: info@gesundheit-nds-hb.de

Internet: www.gesundheit-nds-hb.de

» LinkedIn: Folgen Sie uns auf LinkedIn: LVGAFS

<https://de.linkedin.com/company/lvgafs>

» ISSN: 1438-6666

» V.i.S.d.P.: Thomas Altgeld

» Redaktion: Mareike Bißmeier, Merle Flemming, Laurens Frederking, Maria Hellbaum, Marius Maring, Valentini Steinhoff, Julia Törper, Marcus Wächter-Raquet, Sabrina Weitemeier

» Beiträge: Thomas Altgeld, Céline Arriagada, Prof. Dr. Karina Becker, Katharina van Bronswijk, Sebastian Burger, Prof. Dr. Arno Deister, Ronja Dirscherl, Arlett Dölle, Prof. Dr. Christiane Eichenberg, Sabine Erven, Gesa Feddersen, Laurens Frederking, Dr. Gabriel Gerlinger, Hannah Goebel, Dr. Marius Haack, Kilian Hampel, Timo Harfst, Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz, Angela Hermann, Prof. Dr. Klaus Hurrelmann, Jonas Julino, Michael Kamphus, Dr. Elisabeth Kapferer, Nicole Kersting, Dr. Johanna Krawietz, Nastazja Kruszewski, Finnja Lindemann, Marius Maring, Elvira Mauz, Jana Meier, Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg, Anna Menze, Franziska Müller, Sandra Pape, Anna Pawellek, Dr. Maren Preuß, Johanna Ritter, Charlotte Schmitz, Simon Schnetzer, Dr. Janosch Schobin, Imke Seifert, Lennart Semmler, Cora Spahn, Sandra Surrey, Leanie Tchana, Yannik Terhorst, Dr. Julia Thom, Rike Wagner, Dr. Julian Wangler, Sabrina Weitemeier

» Redaktionsschluss: Ausgabe Nr.126: 15.01.2025

Gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

» Auflage: 2.000

» Gestaltung: Homann Güner Blum, Visuelle Kommunikation

» Druck: Druckerei Hartmann GmbH

» Erscheinungsweise: 4 x jährlich, im Quartal

Namentlich gekennzeichnete Artikel geben die Meinung der Autor:innen wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

» Titelbild: © adobe.stock.com: © love yourself dear!

» Fotos: © Kay Michalak/Fotoetage (S. 27) alle anderen adobe.stock.com:

© Atlas (S. 2), © PB Studio (S. 3), © ramxgerm (S. 5), © Shisu_ka (S. 7),

© VadimGuzhva (S. 8), © Davide Angelini (S. 10), © doidam10 (S. 12),

© Talia Mdlungu/peopleimages.com (S. 13), © Prostock-studio (S. 14),

© Studio Romantic (S. 16), © BS-HH (S. 19), © S Fanti/peopleimages.com

(S. 20), © the faces (S. 22), © REDPIXEL (S. 25), © Alan Reed (S. 26),

© LAONG (S. 30)

» Liebe Leser:innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (Name, Anschrift, E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug der impulse speichern und verarbeiten. Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter info@gesundheit-nds-hb.de widersprechen.

» Die LVG & AFS wird institutionell gefördert durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

» Literatur siehe folgender Link oder QR-Code:

<https://www.gesundheit-nds-hb.de/fileadmin/Publikationen/Impulse/literaturverzeichnis-impulse-125.pdf>



Bücher, Medien

Männerthemen und psychische Gesundheit

Mit diesem Buch möchte der Autor die psychische Gesundheit von Männern und ihre Männerthemen verstehbarer machen. Er plädiert für eine Abkehr von einem defizitorientierten Diskurs über Männergesundheit und fordert einen Paradigmenwechsel hin zu einem ressourcenorientierten Ansatz, der soziale und kulturelle Einflüsse berücksichtigt. Der Autor vereint Erkenntnisse aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, öffentliche Gesundheit, Epidemiologie sowie Soziologie und spricht damit ein breites Publikum an. Mit einem differenzierten Blick auf unterschiedliche Lebensrealitäten werden die Leser:innen mit auf den Weg genommen, dieses komplexe Thema zu erschließen. (ls)

ROB WHITLEY: Männerthemen und psychische Gesundheit: Eine Einführung. Springer, Cham, 2023, 286 Seiten, ISBN 978-3-031-42082-5, 49,99 Euro

The positive Birth Book

Der beliebte englische Ratgeber wurde sowohl für werdende Mütter als auch deren Partner:innen geschrieben. Das Buch kombiniert auf humorvolle Weise fundiertes Wissen rund um die Geburt mit praktischen Tipps und ehrlichen Erfahrungsberichten. Angefangen mit dem eigenen Geburtsbericht beschreibt die Autorin in insgesamt zehn Kapiteln realitätsnah die Phasen einer Geburt, die Vorteile eines Geburtsplans oder auch die verschiedenen Geburtsformen. Im Kapitel »What if ...« werden konkrete Fragen, die Schwangere haben könnten, direkt beantwortet. Das Buch ist zudem gespickt mit praktischen Tipps von verschiedenen Frauen und zeigt klare Wege auf, um Ängste rund um Schwangerschaft und Geburt abzubauen. Der in zweiter Auflage veröffentlichte Ratgeber ist in einem lockeren, verständlichen Schreibstil verfasst und dadurch mit grundlegenden Englischkenntnissen gut lesbar. (fl)

MILLI HILL: The positive Birth Book. Printer & Martin, London, 2022, 328 Seiten, ISBN 978-1-78066-765-2, 18,99 Euro

Gesundheitskioske ... und andere Wege zu einer niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung und -beratung

Mit dem Entwurf für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz vom Sommer 2023 könnten für Kommunen zukünftig Perspektiven entstehen, Gesundheitskioske einzurichten. Es handelt sich um niedrigschwellige Anlaufstellen für gesundheitliche und soziale Fragestellungen, mitunter auch Gesundheitsdienstleistungen. Die Tagungsdokumentation beleuchtet facettenreich Erfahrungen mit niedrigschwelligen Anlaufstellen, nimmt neue Ansätze in den Blick und diskutiert institutionsübergreifende Kooperationsmöglichkeiten sowie die Rahmenbedingungen für die Entstehung innovativer Ansätze. Für den weiteren Diskurs zum Gesetzgebungsverfahren leistet das Buch einen immens wertvollen Beitrag. Aber auch Praktiker:innen vor Ort können Inspirationen zur Verbesserung von Gesundheitsversorgung und -kompetenz ableiten. (mp)

JOACHIM LANGE, JOSEF HILBERT (HRSG.): Gesundheitskioske ... und andere Wege zu einer niedrigschwelligen Gesundheitsversorgung und -beratung. Loccumer Protokolle 91/2022. 2023, 139 Seiten, ISBN 978-3-8172-9122-9, 10,00 Euro

Fehlzeiten-Report 2023

Beschäftigte in Deutschland und weltweit stehen derzeit einer Vielzahl von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Herausforderungen sowie Krisen gegenüber. Doch welche Auswirkungen haben daraus resultierende Umwandlungen auf die Gesundheit von Beschäftigten? Der Fehlzeiten-Report 2023 »Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten« nimmt neben den Daten der krankheitsbedingten Fehlzeiten der 15,1 Mio. AOK-Mitglieder ebenfalls Handlungsmöglichkeiten von Unternehmen in den Blick, die ihnen als Instrumente dienen sollen, um ihre Mitarbeitenden durch ein organisiertes Betriebliches Gesundheitsmanagement positiv zu unterstützen. (jam)

BERNHARD BADURA, ANTJE DUCKI, JOHANNA BAUMGARDT, MARKUS MEYER, HELMUT SCHRÖDER (HRSG.): Fehlzeiten-Report 2023. Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten. Springer, Berlin, 2023, 813 Seiten, ISBN 978-3-662-67513-7, 69,99 Euro

Literacy Management als Schlüsselkompetenz in einer digitalisierten Welt

Informationen finden wir heute auf kürzesten Wegen in enormer Fülle. Sich hierbei zurechtzufinden und auf dieser Basis gute diskursspezifische Texte zu verfassen, ist eine Herausforderung. In einem praxisorientierten Ansatz, mit Vertiefungsaufgaben an den richtigen Stellen, nehmen sich die Autor:innen dieser Problematik an und unterschiedliche institutionelle Rahmenbedingungen in den Blick. Ihr Buch ist aber kein »Schreibratgeber« und will es auch nicht sein. Vielmehr legen sie mit diesem Werk ein wirkungsvolles Tool zur Reflexion des eigenen literalen Handelns vor, das in der Anwendung viel Spaß macht. (mah)

GERD BRÄUER, CHRISTINA HOLLOSI-BOIGER, RAPHAELA LECHLEITNER, DAVIN KREITZ: Literacy Management als Schlüsselkompetenz in einer digitalisierten Welt. Ein Arbeitsbuch für Schreibende, Lehrende und Studierende. Verlag Barbara Budrich GmbH, Opladen, Berlin, Toronto, 2023, 165 Seiten, ISBN 978-3-8474-2742-1, 24,90 Euro

Existenzrelevant! Eine starke Pflege für Staat und Gesellschaft

Das Buch der beiden Pflegeexpertinnen stellt ein Plädoyer dar, um der Pflege endlich die gesellschaftliche Existenzrelevanz beizumessen, die es in Deutschland braucht. Anhand von eigenen Erfahrungsberichten und politischen Versäumnissen zeigen sie auf, mit welchen weiterhin weit verbreiteten strukturellen Abwertungen Pflegekräfte regelmäßig konfrontiert werden. Anstatt nur den gesamtgesellschaftlichen Nutzen der Pflege für die Gesellschaft hervorzuheben, fordern sie dazu auf, dass sich der Staat und die Gesellschaft stärker gegenüber der professionellen Pflege verpflichtet fühlen sollten. Wichtige Stell-schrauben zukünftiger Veränderungen sehen sie u. a. darin, die bundesweite Selbstverwaltung der Pflege zu stärken. (jok)

BIRGIT EHRENFELS, ANNEMARIE FAJARDO: Existenzrelevant! Eine starke Pflege für Staat und Gesellschaft, Kohlhammer-Verlag, Stuttgart, 2022, 214 Seiten, ISBN 978-3-17-042161-5, 29,00 Euro

Termine LVG & AFS



Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.

7. Versorgungsdialog – Gesundheit weiter gedacht. Pflege braucht ein neues System

12. Februar 2025, Akademie des Sports, Hannover

Unser Gesundheitssystem steht unter immensem Druck. Fachkräftemangel, steigende Nachfrage nach Leistungen und zunehmende Kosten machen ein »Weiter so« nicht mehr möglich. Es braucht eine grundlegende Reform, die mit der Neudefinition der Rolle beruflicher Pflege einhergeht. Das geplante Pflegekompetenzgesetz kann ein erster Schritt sein. Aber führt es weit genug? Wie kann eine grundlegende Reform gelingen? Und welche Ansätze aus der Praxis bieten Impulse dafür? Diese und weitere Fragen möchten wir mit Ihnen in den Blick nehmen. Freuen Sie sich auf spannende Vorträge, Diskussionen und Foren mit vielen Möglichkeiten zur Beteiligung. Lassen Sie uns gemeinsam mit Wissenschaft, Politik und Leistungserbringenden Möglichkeiten für eine starke Pflege in einem starken System erörtern.

Gesundheitskompetenz fördern: Interaktive Ansätze für den Unterricht und die Praxis

12. Februar 2025, LVG & AFS, Hannover

Wie können Lehrkräfte die Gesundheitskompetenz von Schüler:innen und Auszubildenden stärken und gleichzeitig ein gesundheitsförderliches Lernumfeld schaffen? In dieser praxisorientierten Fortbildung stellen wir Ihnen ein umfangreiches Lernmodul zur Prävention und Gesundheitsförderung vor, das speziell für und mit Auszubildenden entwickelt wurde. Der Fokus liegt auf der Anwendung des interaktiven »Story-Tools«, das auf spielerische Weise wichtige Gesundheitsthemen wie Ernährung, Bewegung, mentale Gesundheit und Stressbewältigung behandelt. Die Teilnehmenden erhalten wertvolle Werkzeuge für die direkte Umsetzung im Unterricht und in der Begleitung von Jugendlichen.

Tüchtig und / oder süchtig?! Betriebliche Suchtprävention gemeinsam angehen

25. März 2025, digital

In der Gesellschaft und am Arbeitsplatz werden Suchterkrankungen, ihre Risiken und Rückfälle weiterhin tabuisiert und den Betroffenen häufig noch als eigene Schwäche ausgelegt. Den Krankheitsverläufen wird mit Vorurteilen begegnet, bedingt durch eigene Unwissenheit und Unsicherheiten im Team oder bei Führungskräften. Wie sieht ein alternativer Umgang im betrieblichen Setting aus, um Vorurteile zu überwinden? Welche Angebote sind für Betroffene nachhaltig hilfreich? In wissenschaftlichen und in Peer-Beiträgen werden diese Fragen adressiert. Herzlich eingeladen sind alle, die in dem Bereich der betrieblichen Suchtprävention tätig sind oder sich »einfach nur« für das Thema interessieren.

Gesundheit im Quartier – Quartiere als Ankerpunkt zwischen Chancen und gesellschaftlichen Herausforderungen

25. März 2025, Akademie des Sports, Hannover

Im Rahmen des Förderprogramms »Gesundheit im Quartier« nutzen bereits viele Quartiere die Gelegenheit, die beiden Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Quartiersentwicklung stärker zu verzahnen. Viele Beispiele aus der Praxis zeigen, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen einen Zugewinn für die Bevölkerung und den Quartiersentwicklungsprozess darstellen. Allerdings stehen Quartiersakteur:innen zunehmend vor der Herausforderung auch Themen wie Klimawandel und gesellschaftliche Aufgaben in die Quartiersentwicklung zu integrieren. Wie dies gelingen kann und was es dafür braucht, soll im Rahmen der Fachtagung diskutiert werden. Die Veranstaltung richtet sich an Akteur:innen aus den Bereichen Gesundheitsförderung und Quartiersentwicklung sowie alle, die daran Interesse haben zu diesen Themen in den Austausch zu kommen.

FORTBILDUNGSPROGRAMME

Fortbildung »Klimakrise und psychische Gesundheit« für Psychotherapeut:innen

27. Februar 2025, 27. März 2025 und 28. März 2025, digital

Die Fortbildung basiert auf dem Curriculum »Klimakrise und psychische Gesundheit«, das von der Arbeitsgruppe »Klima- und Umweltschutz« der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) erarbeitet wurde und ab Februar 2025 erstmals durch die LVG & AFS angeboten wird. In vier Modulen an insgesamt drei Schulungstagen vermitteln Expert:innen aus der Praxis die Grundlagen der Klimakrise, beleuchten berufsrechtliche und -ethische Aspekte sowie die Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit und zeigen konkrete Handlungsfelder für Psychotherapeut:innen auf. Die Fortbildung richtet sich an Psychologische Psychotherapeut:innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen.



Das Kompetenzzentrum für Gesundheitsförderung in Kitas (»kogeKi«) unterstützt Kindertageseinrichtungen darin, Gesundheitsförderung als ein ganzheitliches Konzept zu verstehen und in den Arbeitsalltag zu integrieren. Die Angebote richten sich an pädagogische Fachkräfte, Fachberatungen, Träger:innen und weitere fachlich Interessierte.

Stress? Nein, danke! Gelassen bleiben im Kita-Alltag

23. Januar 2025, digital

Elterngespräche in der Kita – So kann es gelingen!

29. Januar 2025, digital

Psychische Gesundheit in der Kita – Gibt es auch Sonnenschutz für die Seele?

20. Februar 2025, Ganderkesee

Yoga in der Kita – Mit Bewegung und Entspannung mehr Gesundheit im Kita-Alltag

25. Februar 2025, Ganderkesee

Gut und klimafreundlich essen in der Kita!

27. März 2025, digital

Sommer, Sonne, Sonnenschein – in der Kita gut gewappnet vor den Schattenseiten für die Gesundheit:

Hitze- und UV-Schutz in der Kita

24. April 2025, Ganderkesee

Sommer, Sonne, Sonnenschein – in der Kita gut gewappnet vor den Schattenseiten für die Gesundheit:

Hitze- und UV-Schutz in der Kita

13. Mai 2025, digital

Weitere Informationen unter:
www.kogeki.de



Eltern-Programm zur Förderung des seelischen Wohlbefindens von Kindern

Die Weiterbildung, zu den Themen Resilienz, kindliche Entwicklung und Zusammenarbeit mit Eltern, qualifiziert Fachkräfte aus Kitas und Grundschulen zu Schatzsuche-Referent:innen.

Schatzsuche – Basis:

Weiterbildung für Niedersachsen und Bremen in sechs Modulen

vom 24. Februar 2025 bis 08. Mai 2025

Weitere Informationen unter:
www.schatzsuche-kita.de



Fortbildung für Beschäftigte sowie Führungskräfte aus der ambulanten und (teil-)stationären Pflege, Betreuung und Beratung

160-stündige Fortbildung zum/zur Demenzbeauftragten

Januar – Juni 2025, Hannover und digital

Erfolgreiches Pflegegradmanagement bei Kindern

27. Januar 2025, digital

Beratungswissen in der Pflege – Das Update

28. Januar 2025, digital

Angebote zur Unterstützung im Alltag nach § 45a SGB XI:

30-stündige Basisqualifizierung und verschiedene Auffrischkurse

Februar, Hannover und digital

Beratungsbesuche nach § 37.3 SGB XI professionell durchführen

11. Februar 2025, digital

Das Konzept »Therapeutisches Gammeln« für Menschen mit Demenz

18. Februar 2025, Hannover

Grundlagen eines erfolgreichen Betriebes –

Tagespflege erfolgreich führen

20. Februar 2025, digital

Musik und Bewegung bei Menschen mit Demenz

20. März 2025, Hannover

Kommunikation ohne Worte –

Körpersprache-Trainings für die Gesundheitsbranche

03. April 2025, digital

Weitere Informationen unter:
www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/carealisieren/

VORSCHAU (APRIL BIS JUNI 2025)

Verrückt? Na und!

26. Mai 2025, Akademie des Sports, Hannover

Schatzsuche – Schule in Sicht:

Weiterbildung in Niedersachsen in zwei Modulen

vom 02. bis 03. Juni 2025

TERMINE NIEDERSACHSEN, BREMEN

» 17.01.2025: Fachkongress zur Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland,

Loccum, Kontakt: Dr. habil. Monika C. M. Müller, Tel.: (05766) 81 11 2, E-Mail: nadine.bretthauer@evlka.de, Internet: www.loccum.de

» 14.02.2025: 27. Netzwerk-Workshop des DNQP

»Kontinenzförderung in der Pflege«, Osnabrück, Kontakt: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Tel.: (0541) 96 92 00 4, E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de, Internet: www.dnqp.de

» 20.–21.02.2025: Deutsche Gesellschaft für Public Health Jahrestagung und Mitgliederversammlung,

Bremen, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Public Health e. V., E-Mail: geschaeftsstelle@dgph.info, Internet: www.dgph.info

» 28.–02.03.2025: 27. Loccumer Hospiztagung

»Denn sie wissen, was sie tun«: Zur Qualifizierung von Ehrenamtlichen in der Hospizarbeit, Loccum, Kontakt: Prof. Dr. Julia Koll, Tel.: (05766) 81 10 0, E-Mail: julia.koll@evlka.de, Internet: www.loccum.de

» 03.–05.02.2025: Loccumer Psychiatrie-Tagung: Versorgung neu denken und gestalten,

Loccum, Kontakt: Dr. habil. Monika C. M. Müller, Tel.: (05766) 81 11 2, E-Mail: nadine.bretthauer@evlka.de, Internet: www.loccum.de

» 25.03.2025: Pfl egetag Bremen 2025,

Bremen, Kontakt: Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Nordwest, Tel.: (0511) 69 68 44 0, E-Mail: nordwest@dbfk.de, Internet: www.dbfk.de

» 02.04.2025: 23. Neustädter Kita-Fachtagung

»Kinder stärken – Fachkräfte stärken: Für ein gelingendes Miteinander«, Hannover, Kontakt: VHS Hannover Land und Niedersächsisches Institut für frühkindliche Bildung und Teilhabe, Tel.: (05032) 90 14 42 2, E-Mail: info@vhs-hannover-land.de, Internet: www.vhs-hannover-land.de

» 09.–11.04.2025: International Urban Health Summit,

Hannover, Kontakt: Volkswagenstiftung, Tel.: (0511) 83 81 0, E-Mail: info@volkswagenstiftung.de, Internet: www.volkswagenstiftung.de

TERMINE BUNDESWEIT

» 24.–25.01.2025: Kongress Pflege &

30. Deutscher Pflege-Recht-Tag, Berlin, Kontakt: Kontakt: Springer Medizin Verlag GmbH, Tel.: (030) 28 88 17 11, E-Mail: info@gesundheitskongresse.de, Internet: www.gesundheitskongresse.de

» 07.03.2025: ICD-11: Neues und Relevantes für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung,

Kassel/hybrid, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V., Tel.: (07541) 73 04 91 9, E-Mail: geschaeftsstelle@dsgsb.de, Internet: www.dsgsb.de

» 10.–12.03.2025: Pädagogische Herausforderungen und kritische Soziale Arbeit in der Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen,

Hofgeismar, Kontakt: Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge e. V., Tel.: (030) 08 20 97 30, E-Mail: info@b-umf.de, Internet: www.b-umf.de

» 11.–12.03.2025: 7. Clusterkonferenz

»Zukunft der Pflege«, Berlin, Kontakt: Pflegeinnovationszentrum, Tel.: (0441) 97 22 14 5, E-Mail: tobias.krahn@offis.de, Internet: www.cluster-zukunft-der-pflege.de

» 12.–14.03.2025: 62. Wissenschaftlicher

Kongress der DGE »Was bestimmt unsere Lebensmittelauswahl? Einfluss von Kultur und Biologie«, Kassel, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Tel.: (0228) 37 76 60 0, E-Mail: webmaster@dge.de, Internet: www.dge.de

» 14.03.2025: LIFEMED 2025 – Leipziger Inter-

disziplinäres Forum für Notfallaufnahme und Notfallmedizin, Leipzig, Kontakt: Universitätsklinikum Leipzig, Tel.: (0341) 97 20 35 0, E-Mail: veranstaltungsmanagement@uniklinik-leipzig.de, Internet: www.ukl-live.de/lifemed/

» 17.–18.03.2025: 30. Kongress Armut und Gesundheit »Gesundheit fördern, heißt

Demokratie fördern«, Berlin, Kontakt: Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V., Tel.: (030) 44 31 90 73, E-Mail: kongress@gesundheitsbb.de, Internet: www.armut-und-gesundheit.de

» 24.–25.03.2025: Fachtagung Selbstbestimmte Teilhabe und gute Pflege,

Kassel, Kontakt: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e. V., Tel.: (02273) 40 60 04 9, E-Mail: mail@dhg-kontakt.de, Internet: www.dhg-kontakt.de

» 24.–25.03.2025: 17. dggö Jahrestagung

»Alterung und Gesundheit«, Paderborn, Kontakt: Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie e. V., Tel.: (0201) 18 34 62 2, E-Mail: geschaeftsstelle@dggoe.de, Internet: www.dggoe.de

» 01.–04.04.2025: 74. Wissenschaftlicher Kongress & 11. Bayerischer Kongress für den öffentlichen Gesundheitsdienst »Netzwerke im ÖGD –

Gesundheit kreativ, digital und lebensnah gestalten«, Erlangen, Kontakt: Congress Compact 2C GmbH, Tel.: (030) 88 72 73 70, E-Mail: info@congress-compact.de, Internet: www.bvoegd-kongress.de

» 02.–04.04.2025: 14. Deutscher Seniorentag,

Mannheim, Kontakt: Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V., Tel.: (0228) 24 99 93 28, E-Mail: dst@bagso.de, Internet: www.deutscher-seniorentag.de

TERMINE INTERNATIONAL

» 24.–25.01.2025: 4. Public Health³ Winter-tagung – Österreich – Deutschland – Schweiz,

Bregenz (Österreich), Kontakt: Österreichische Gesellschaft für Public Health, Tel.: (+43) 1 40 51 38 33 4, E-Mail: ph3@oeph.at, Internet: www.oeph.at

» 20.–21.02.2025: The 8th Global Public Health Conference,

Bangkok (Thailand), Kontakt: The International Institute of Knowledge Management, Tel.: (+94) 11 79 92 02 2, E-Mail: secretariat@healthconference.co, Internet: www.healthconference.co