



**Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ des Landtags
Baden-Württemberg –
Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer**

Stuttgart, 18.11.2022

Ausgangslage

Die LPK Baden-Württemberg wurde von der Enquetekommission nach ihrer 5. Sitzung am 30. September 2022 zu einer schriftlichen Stellungnahme zu den im ersten Handlungsfeld des Einsetzungsbeschlusses aufgeworfenen Fragen gebeten, soweit diese ihr Tätigkeitsfeld und ihre Expertise betreffen. Es sollten den Mitgliedern der Enquetekommission dabei auch konkrete Handlungsempfehlungen und Verbesserungsvorschläge unterbreitet werden, die erforderlich sind, um das baden-württembergische Gemeinwesen im Hinblick auf künftige Pandemien oder andere Gesundheitskrisen besser vorzubereiten und handlungsfähiger zu machen.“ Das Handlungsfeld 1 wird in der Landtagsdrucksache 17/1816 vom 07.02.2022 im Wortlaut so beschrieben:

„1. Vordergründig ist die Coronakrise als globale Pandemie eine Gesundheitskrise. Eines der Handlungsfelder soll sich daher konkret mit den Lehren für künftige Pandemien und Gesundheitskrisen beschäftigen, also beispielsweise Strukturen der Vorsorge, eine hochwertige gesundheitliche Versorgung, die Betreuung und Versorgung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen und die Sicherstellung medizinischer Expertise in den Blick nehmen. Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind,

- a) unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilienter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufzustellen;
- b) die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten zu verbessern;
- c) Instrumentarien der Pandemiebekämpfung zu identifizieren oder weiterzuentwickeln, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten;
- d) die Stärke und Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern;
- e) die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu stärken und zu vernetzen;
- f) dabei Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Krisenarten zu berücksichtigen;
- g) bevölkerungsbezogen die Gesundheitskompetenz zu verbessern und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können“



Stellungnahme der LPK Baden-Württemberg

Vorbemerkungen

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (LPK BW) unterstützt das Vorhaben der Enquetekommission „Krisenfeste Gesellschaft“ und wünscht bei dieser wichtigen Aufgabe gutes Gelingen und insbesondere umsetzbare Ergebnisse. Wichtig erscheint uns dabei, dass auch eine Handlungsverpflichtung des Landtags angedeutet wird. Es zeugt unserer Einschätzung nach von politischem Mut und Weitsicht, in Gesundheit bzw. entsprechende Felder präventiv zu investieren, auch ohne den unmittelbaren Beifall der Wählerschaft. Dabei erscheint der Umgang mit künftigen akuten Krisen schwer trainierbar und die Nachhaltigkeit durch den fortdauernden Krisenmodus erschwert. Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass sich Baden-Württemberg wie auch Deutschland und die Welt insgesamt in den nächsten Jahren in einem permanenten Krisenmodus befinden könnte.

In der Ausrichtung erscheint der Begriff der Resilienz einer Gesellschaft zu eng: Resilienz meint mehr als Vorsorge für Krisen. Es geht vielmehr auch um das Erkennen der Verknüpfung von einzelnen Krisen. Corona ist nicht nur eine Gesundheitskrise, allgemeine Bedrohungen werden allerdings durch eine Krise wie Corona oder Krieg verstärkt. Corona ist dabei als aktueller Auslöser verständlich und psychologisch gut zu erklären, da Bedrohungscharakter bzw. -stärke des Virus höher erscheinen als Bedrohungen wie Klimaveränderung, Bedrohung des Status' Einzelner/Gruppen/Staaten, Extremismus, Hunger/Krieg in der Welt, Armut und soziale Ungleichheit (vgl. hierzu auch die Zusammenfassung bei Borries [1], S. 11f). Der eben erschienene Lancet Countdown-Bericht [2] zu „health and climate change“ weist in eindrücklicher Form darauf hin, wie Krisen wie Corona, Klimawandel oder geopolitische Auseinandersetzungen bereits einen großen Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung haben und künftig noch weit umfassender haben werden. Es kann dabei sehr hilfreich sein, den Stimulus zu nutzen, den die Corona-Krise setzt, um auch die Bedrohungen außerhalb der Pandemie besser meistern zu können.

Die LPK BW fokussiert in der Stellungnahme die mentale bzw. psychische Gesundheit als einen wichtigen Bedingungsfaktor von Resilienz und Belastbarkeit. Dabei geht es sowohl um Möglichkeiten der psychosozialen Prävention als auch um die ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Stellungnahme zu den einzelnen, von der Kommission vorgegebenen Punkten

Die Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg nimmt zu den einzelnen Punkten des Handlungsfeldes 1 der Enquetekommission wie folgt Stellung.

a) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, unsere Gesundheitsversorgung und -infrastruktur im Land resilienter, d. h. vor allem belastbar, flexibel, reaktionsschnell und unabhängig aufzustellen

Aktuelle Studiendaten zeigen, dass psychosoziale Belastungen sowohl bei Kindern und Jugendlichen als auch bei Erwachsenen während der Corona-Pandemie zugenommen haben. So weist der aktuelle Gesundheitsreport der Deutschen Angestellten Krankenkasse DAK darauf hin, dass vor allem bei Mädchen und jungen Frauen eine deutliche Zunahme von Depressions- und Angsterkrankungen sowie von Essstörungen zu verzeichnen ist¹. Diese Befunde werden u.a. auch in der sog. COPSY-Studie bestätigt [3–6]. Bei Erwachsenen hat sich nach den Ergebnissen einer aktuellen großen und bevölkerungsrepräsentativen Studie [7] des RKI die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Erkrankung zwischen 2019 und 2022 von 8,4% auf 18,2% mehr als verdoppelt, die für Angsterkrankungen stieg von 7,7% auf 11,7%, was einer Steigerung um 52% entspricht. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch andere Studien auf der Basis von großen Stichproben [8–10]. Hervorgehoben wurden u.a. auch überproportionale Belastungen von besonderen Risikogruppen wie Gesundheitspersonal, Frauen, Alleinerziehende oder Menschen mit Migrationshintergrund [11].

Wichtig scheint auf der operativen Ebene eine schnelle und gezielte Identifikation von vulnerablen Gruppen durch z.B. flächendeckende Screenings an geeigneten Stellen, sowie eine Verbesserung des Zugangs zur Versorgung sowie der Versorgung selbst.

Präventive Maßnahmen

Im Bereich Prävention sollte es um die Stärkung v.a. vulnerabler Gruppen gehen: Kinder und Jugendliche, alte Menschen (insbes. auch in Pflegeheimen), Menschen mit Migrationshintergrund und Geflüchtete, in der Teilhabe beeinträchtigte Menschen (z.B. mit Intelligenzminderung) oder schwer psychisch kranke Menschen (mit komplexen psychiatrischen Störungen, z.B. Psychosen). Hierbei sei v.a. auch auf das Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19 (Bundesrat-Drucksache 433/22 vom 09.09.2022) hingewiesen, in dem eine Vielzahl an (kurzfristigen) präventiven Maßnahmen hinterlegt sind. Diese werden hier, da bekannt, nicht ausgeführt. Langfristige angelegte präventive Maßnahmen sollten sich auf die Förderung gesundheitspsychologisch basierter Programme sowie auf Info-Kampagnen für die breite Bevölkerung beziehen, v.a. auch um die Gesundheitskompetenzen zu stärken (vgl. Punkt g)). Im Zentrum sollte die Förderung gesundheitlicher Ressourcen stehen und diese

¹ <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/pandemie-depressionen-und-essstoerungen-bei-jugendlichen-steigen-weiter-an-2558034.html#/>

bereits auch im frühen Alter beginnen (z.B. „Gesundheit“ bzw. „körperliche und psychische Gesundheit“ als Schulfach). Verhältnispräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollten gezielt durch Angebote in den Lebenswelten wie Kita und Schule gestärkt werden, insbesondere mit Fokus auf Hochrisikogruppen. Als wichtige Ansatzpunkte für Prävention im Kindes- und Jugendalter sehen wir die Weiterführung und den Ausbau der „Frühen Hilfen“², von Präventionsmaßnahmen in den Kindergärten und Kindertagesstätten [12] oder des BZgA-Schwerpunktes „Gesund aufwachsen“³ bzw. der Vernetzung dieser und anderer Initiativen.

Der eben erschienene RKI-Schwerpunktberichts zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen weist nochmal eindrücklich drauf hin, dass etwa jedes sechste Kind in Deutschland psychisch auffällig ist. Kinder, die Opfer von Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung geworden sind, haben zum Beispiel ein höheres Risiko, psychisch zu erkranken. Dagegen schützen, wie die Autoren betonen, ein enger familiärer Zusammenhalt sowie ein stabiles schulisches Umfeld Kinder davor, psychisch zu erkranken. Mit den Schutzfaktoren sinke das Risiko für das Auftreten psychischer Auffälligkeiten, auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer hohen Zahl an Risikofaktoren. Für den Bericht wurden vor allem die bevölkerungsrepräsentativen Daten der KiGGS-Studie [13–16] im Zeitraum 2003 bis 2017 analysiert. Basierend auf den Ergebnissen hat das RKI Handlungsempfehlungen zur Prävention psychischer Erkrankungen formuliert. Hierzu gehören:

- In der Familie: die Elternkompetenz stärken durch Elterntrainings sowie Erziehungs- und Familienberatung, aufsuchende Familienhilfe ausweiten mit intensiver Beratung und Begleitung in der Familie sowie die Entwicklung einer Informationsstrategie, um Eltern zum Thema psychische Gesundheit aufzuklären.
- In der Schule: die Stärkung emotionaler und sozialer Fähigkeiten der Schüler*innen und die Entwicklung von Programmen zur Stärkung der psychischen Gesundheitskompetenz aller schulischen Akteur*innen (s.u.).
- In der Kita: die Qualifizierung der Erzieher*innen zur Förderung sozialer und emotionaler Kompetenzen der betreuten Kinder und zum Erkennen von Risikofaktoren sowie die Stärkung der Kommunikationskompetenz für Elterngespräche.
- In der Kommune: die Bereitstellung sozial nachhaltigen, familieneigneten Wohnraums und eines qualitativ hochwertigen Lebensumfelds (unter anderem ausreichende Spiel- und Grünflächen), die Etablierung quartiers- oder stadtteilbezogener Peer-Projekte, in denen zum Beispiel Eltern oder Jugendliche Gesundheitsinformationen vermitteln sowie die Etablierung von Lots*innen, die Angebote zur Prävention psychischer Erkrankungen erklären und vermitteln.

Darüberhinausgehend sind nicht nur Prävention und Versorgung der Krankheiten/Risiken relevant, sondern es müssten auch beeinflussende Bereiche gestärkt werden – z.B.

² <https://www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-kinderschutz/kinderschutzkonzepte-der-bundeslaender/baden-wuerttemberg/>

³ <https://www.bzga.de/was-wir-tun/kinder-und-jugendgesundheit/> oder <https://www.bzga.de/mediathek/themen/kindergesundheit/v/seelisch-gesund-aufwachsen/>



musische/kreative Angebote oder Bewegung/Sport (nicht nur bei Kindern/Jugendlichen höchst relevant, gesunderhaltend, antidepressiv, für Zusammenhalt wichtig, Reduktion von Vorurteilen etc.). So wird v.a. der Breitensport gegenüber Kultur, Profi-Sport, etc. finanziell kaum bedacht (Schwimmbäder z.B. sind nicht „systemrelevant“).

Behandlungen/Versorgung

Für Menschen mit bereits bestehender psychischer Beeinträchtigung bzw. krankheitsrelevanten psychischen Symptomen/Störungen müssen/sollten die bestehenden Versorgungsangebote ausgebaut werden.

„Niederschwellige“ Angebote

Dies betrifft im „niederschweligen“ Bereich vor allem die Kindergärten und Kindertagesstätten, das schulpsychologische Betreuungsangebot, psychologische Beratungsstellen sowie auch die Strukturen der Jugendhilfe.

So hat sich z.B. die schulpsychologische Versorgung in Baden-Württemberg seit 2010 zwar verbessert (die Relation Schulpsychologe/in zu Schüler/in lag 2016 ca. 1:8000; vgl. Landtag BW, Drucksache 16/184 vom 23.06.2016), dies entspricht im Ländervergleich aber nur einem Platz im Mittelfeld (Berlin und Bremen ca. 1:5000, Niedersachsen 1:16000; [17]). International wird eine Relation von 1:1000 als notwendig angesehen [18], in Nicht-Krisenzeiten. Gerade im Bereich Schule sollte ein wichtiger Schwerpunkt der Prävention von psychischen Belastungen und vor allem Erkrankungen liegen. Hilfreich sind u.a. die aktuellen Vorschläge der Sektion Schulpsychologie des Bundesverband Deutscher Psychologen (BDP) von 2021 zur Nachhaltigkeit der schulpsychologischen Versorgung⁴. So wird der bundeseinheitliche Ausbau der Versorgung mit Schulpsycholog*innen auf mindestens 1:5000 Schüler*innen in allen Bundesländern gefordert sowie darüber hinaus eine angemessene Ausstattung der schulpsychologischen Dienste (Räumlichkeiten, Verwaltungs-/Sekretariatskräfte, EDV), eine durchgängige Einbindung und Berücksichtigung schulpsychologischer Expertise von der Konzeption bis zur Umsetzung bildungsrelevanter Interventionen sowie die Anerkennung der Schulpsychologie als systemrelevante Unterstützung für Schulen.

Professionelle Angebote

Im Bereich der professionellen Versorgung psychisch kranker Menschen stehen die ambulante und stationäre Psychotherapie, die ambulante und stationäre Psychiatrie, die psychosomatische Rehabilitation sowie die Konsultation/Liaisons-Dienste in somatischen Krankenhäusern im Vordergrund.

⁴ https://bdp-schulpsychologie.de/aktuell/2021/210904_positionspapier.pdf

Vor allem die ambulanten psychotherapeutischen Angebote sind unzureichend, schon viele Jahre gibt es lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz [19], auch nach der Psychotherapiereform von 2018 [20]. Aktuell steigt der Bedarf v.a. pandemiebedingt, insbesondere auch im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (s.o.). Psychosoziale Folgen sollten u.a. dadurch vermieden werden, dass persönliche und digitale Angebote in psychischen Krisen und für psychisch kranke Menschen als integrale Bestandteile des Krisenmanagements sichergestellt werden.

Behandlungsmöglichkeiten für Kindern und Jugendliche

Besonderes Augenmerk sollte auf Kinder und Jugendliche gerichtet werden. Wie u.a. in der sog. COPSY-Studie gezeigt wurde, haben die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen [3–6]. Nach Auffassung der Stiftung Kindergesundheit bedarf es einer nachhaltigen gesamtgesellschaftlichen Strategie, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu stärken und insbesondere Kinder aus Familien mit geringen sozioökonomischen Ressourcen besser zu schützen. Auf der Basis des kürzlich vorgestellten Kinder-Gesundheitsbericht 2022 [21] empfiehlt sie verschiedene Maßnahmen, die auch die ambulante Psychotherapie betreffen und die die LPK Baden-Württemberg ausnahmslos unterstützt. So sollten laut Stiftung Kindergesundheit dringend und kurzfristig die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie, auch durch zeitweise Einbeziehung von Privatpraxen (Kostenerstattung) und in Kliniken tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -Psychiater verkürzt werden. Darüber hinaus sollten psychotherapeutische und psychiatrische Angebote, die niedrigschwellig an Schulen angebunden sind, sowie Angebote der Jugendhilfe in besonders belasteten Wohnquartieren dauerhaft gefördert werden. Dies gilt grundsätzlich, aber insbesondere in Zeiten von Gesundheitskrisen.

Behandlungsmöglichkeiten für Erwachsene

Auch bei der erwachsenen Bevölkerung sind psychische Erkrankungen deutlich angestiegen (s.o., [7–10]) und die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz waren schon vor der Pandemie lang [19, 20], sie dürften heute noch höher sein. Aktuelle Zahlen sind derzeit nicht verfügbar. Wie über 40 Jahre Psychotherapieforschung sowie in den letzten Jahren große Versorgungsstudien in Deutschland [22–25] zeigen, ist eine Psychotherapie für die meisten betroffenen psychisch kranken bzw. beeinträchtigten Menschen erfolgreich: Depressionen, Ängste und andere Symptome nehmen ab und Lebensqualität, Krankheits- und Stressverarbeitung, Arbeits- und Beziehungsfähigkeit u.a. verbessern sich. Dies zeigt sich u.a. auch in verminderter Einnahme von Psychopharmaka sowie Arbeitsfehlzeiten [23–25]. Schätzungen des sog. Return on Investment (ROI) von Psychotherapie gehen davon aus, dass die Gesellschaft das 2-4,5fache der „Investition“ in Psychotherapie wieder zurück erhält [23, 26–28].

Es verwundert daher umso mehr, dass der relative Anteil der Ausgaben für ambulante Psychotherapie bei ca. 0,5% der Gesamtausgaben im Gesundheitswesen liegt (2012: 1,5

Mrd. € für Psychotherapie bei 300 Mrd. € Gesamtausgaben⁵⁾ [29]. Ähnliche Ergebnisse finden sich auch für die stationäre psychosomatische Rehabilitation [30, 31], hier liegt der relative Anteil noch niedriger (0,5 Mrd. € von 300 Mrd. €). Insgesamt lagen die Ausgaben für psychische Erkrankungen 2012 bei ca. 20 Mrd. €, für stationäre Psychiatrie wurden 4,5 Mrd. €, für Psychopharmaka 2,8 Mrd. € ausgegeben, unspezifische Behandlungen (z.B. Hausärztliche Versorgung) umfassten ca. 10,5 Mrd. € [29].

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Ausgaben für eine psychotherapeutische und/oder psychosomatische Intervention gut „angelegt“ sind und sich auch bei einer – ggf. auch nur punktuellen – Ausweitung der finanziellen Ressourcen für alle, insbesondere natürlich für die betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen/Belastungen lohnen würde. Zusätzlich zur Finanzierung durch die Krankenkassen über die Kassenärztliche Vereinigung könnte/müssten Mittel bereitgestellt werden, um den in Krisen erweiterten Bedarf schnell und unbürokratisch vorhalten zu können. Die so zu schaffenden Hilfen könnten bei Beendigung der Krise auch unbürokratisch wieder reduziert werden.

Stärkung der Resilienz der Behandler: Ärzte, Pflegekräfte, Lehrer*innen, Erzieher*innen etc.

Neben den vulnerablen Gruppen muss es darüber hinaus auch um die Stärkung von besonders belasteten Berufsgruppen wie medizinisches und (sozial-)pädagogisches Fachpersonal gehen. So haben bei Ärzt*innen und Pflegekräften [32–37], bei Lehrer*innen [38], Sozialpädagog*innen/-arbeiter*innen [39] und Erzieher*innen^{6,7} [40] vor allem die psychischen Belastungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie deutlich zugenommen.

Für die besonders belasteten Berufsgruppen sind vor allem Maßnahmen relevant, die die Arbeitsverdichtung entzerren, d.h. vor allem Maßnahmen zur Erweiterung vorhandener personeller Ressourcen, z.B. Verbesserung der Stellenschlüssel, der Lehrer*innen-Schüler- bzw. Erzieher*innen-Kinder-Relation oder auch zur generellen Verbesserung von Arbeitsbedingungen, was auch die Etablierung und Erhaltung guter, tragfähiger, die mentale Gesundheit ins Zentrum stellender Teamstrukturen in den entsprechenden Arbeitsumfeldern bedeuten kann und sollte [41, 42].

Am Beispiel der Pflegekräfte wurde in einem systematischen Review über Interventionsstudien zur psychischen Gesundheit von während der COVID-19-Pandemie [43] u.a. auch untersucht, welche Interventionen ggf. für künftige Pandemien geplant werden könnten. In diesen Studien zeigte sich, dass die bei Pflegekräften angewandten Interventionen positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden hatten und damit zum Schutz und zur Verbesserung der psychischen Gesundheit beitragen. Einbezogene Interventionen waren dabei u.a. psychotherapeutische Methoden wie kognitive

⁵⁾ Die Zahlen stammen aus 2012 und die Ausgaben sind heute deutlich höher, sie lagen 2020 z.B. bei 440 Mrd. € (vgl. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_153_236.html), die Relation der genannten Ausgabenposten dürfte aber heute in etwa die gleiche sein

⁶⁾ <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/kitaleitungen-klagen-ueber-personalmangel-und-belastungen-durch-die-pandemie-a-b11ce793-cd71-4221-be8c-bfea6cf53dfc>

⁷⁾ <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/personalmangel-kitas-corona-101.html>

Verhaltenstherapie und Verfahren wie Entspannungstherapien, achtsamkeitsbasierte Atem- und Musiktherapie oder Meditationen. Dies bedeutet, dass mit solchen und weiteren im Rahmen psychologisch-psychotherapeutischer Arbeit integrierten Methoden eine entsprechende Stärkung der Widerstandsfähigkeit bzw. Stressbewältigung möglich ist. Hilfreich sind auch die Empfehlungen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zur psychischen Belastung und Beanspruchung von Beschäftigten im Allgemeinen⁸ sowie speziell von Beschäftigten im Gesundheitsdienst⁹, u.a. zu den Punkten Information- (swege und -routinen), Verantwortung, Qualifikation, emotionale Inanspruchnahme, Arbeitszeiten/-abläufe, Kommunikation sowie Kooperation und Zusammenarbeit. Darüber hinaus gelten auch die o.g. Bedingungsfaktoren zur Vermeidung von besonderen Belastungen wie angemessene Stellenschlüssel oder Teamgeist bzw. Teamentwicklung [41, 42] sowie Führungsverhalten¹⁰. Von Bedeutung könnten u.a. auch Konzepte zur Stärkung der Resilienz, v.a. in Gesundheitsberufen [44, 45] sein, die u.a. auch auf der Basis von Antonovskys Salutogenese-Konzept [46] entstanden sind.

b) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, die Krisenvorsorge und -reaktion insbesondere bei Pandemien und bisher unbekanntem Krankheiten zu verbessern

--- zu diesem Punkt haben wir keine Antwort/keine Empfehlung ---

c) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, Instrumentarien der Pandemiebekämpfung zu identifizieren oder weiterzuentwickeln, die im Rahmen einer Krisenvorsorge im Vorfeld konzipiert, getestet und für mögliche künftige Pandemien vorgehalten werden sollten

--- zu diesem Punkt haben wir keine Antwort/keine Empfehlung ---

d) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, die Stärke und Reaktionsfähigkeit des Forschungsstandorts Baden-Württemberg in Medizin und Gesundheit zu erhalten und zu verbessern

Aus Sicht der LPK BW müssen die Voraussetzungen geschaffen bzw. die bestehenden Ressourcen gestärkt werden, die die psychische Gesundheit bzw. die psychischen und psychosozialen Folgen von Krisen wie der COVID-19-Pandemie systematisch erforschen. Ziel sollte der Aufbau und die Erweiterung von geeigneten Forschungsinfrastrukturen im Sinne eines landesweiten Forschungsnetzwerk sein, in dem neue bzw. bestehende Forschungsschwerpunkte zusammengeführt und dabei v.a. psychotherapeutische, psychologische sowie auch pädagogische Kompetenzen eingebunden werden. Wichtig ist ein Datenmanagement im Sinne einer systematischen Erfassung relevanter aktueller Daten

⁸ <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3901>

⁹ <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3855>

¹⁰ <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3753>

sowie deren kontinuierliche wissenschaftliche Analyse und deren Bewertung. Zu denken ist dabei an Melde-/Surveillance-Daten, Daten zur Wirksamkeit von Maßnahmen etc. Hierzu ist ein flächendeckendes System, ggf. vorzugsweise Bundesländer übergreifend bzw. bundesweit, nötig. Dieses sollte einen deutlichen inhaltlichen Schwerpunkt im Bereich Mental Health/Psychische Gesundheit vorweisen können.

Zu diesen Überlegungen gibt es bereits zwei Initiativen, die für diesen Bereich beispielgebend sein könnten. Der sog. „Call for action for mental health science“ einer internationalen Arbeitsgruppe [47] sowie die Entwicklung eines Rahmenkonzepts und Indikatorensets zum Aufbau einer sogenannten Mental Health Surveillance (MHS) in Deutschland durch eine Arbeitsgruppe, die vom Robert-Koch-Institut (RKI) initiiert und geleitet wird [48]. Die beiden Initiativen werden im Folgenden kurz skizziert, für weitere Infos sei auf die Originalliteratur verwiesen.

Call for action for mental health science

Bereits zu Beginn der Pandemie hatte eine internationale Arbeitsgruppe wesentliche Forschungsperspektiven in einem „Call for action for mental health science“ zusammengefasst [47]. Die Arbeit wurde im *Lancet Psychiatry* bereits Mitte April 2020 publiziert. Die Vorschläge stammen zwar aus der Zeit des Beginns der Pandemie, sie sind aber nach wie vor aktuell. Ausgehend von den tiefgreifenden Auswirkungen, die die COVID-19-Pandemie auf alle Aspekte der Gesellschaft hat, sei es besonders wichtig, die psychischen/ psychosozialen Folgen wissenschaftlich zu untersuchen. Die Arbeitsgruppe forderte, dass hierzu aktuelle Prioritäten und längerfristigen Strategien für die Forschung festgelegt werden sollten. Wesentlich sei die Erhebung hochwertiger Daten über die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Gesamtbevölkerung und in gefährdeten Gruppen. Es bestehe u.a. dringender Forschungsbedarf zur Frage, wie die Folgen für die psychische Gesundheit gefährdeter Gruppen unter Pandemiebedingungen gemildert werden könnten. Die Bewältigung dieser Herausforderung erfordere die Integration und Vernetzung verschiedener Disziplinen und Sektoren. Hierzu müssten auch entsprechende finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden.

Es wird dabei unterschieden zwischen sofortigen Aktionen und langfristigen strategischen Programmen (siehe Table 1). Vor allem die skizzierten langfristigen Programme können für die künftige Krisenbewältigung relevant sein. Forschung zu Mechanismen, die die (steigenden) Raten von Angsterkrankungen, Depressionen, selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität, die Rolle psychologischer Faktoren bei der Abfederung der Auswirkungen des sozialen Kontextes auf die psychische Gesundheit erklären können und/oder die längerfristigen Auswirkungen von COVID-19 auf das Wohlbefinden der jungen und älteren Generationen und gefährdete Gruppen ermitteln, seien besonders bedeutsam. Hieraus sollten neue Interventionen zum Schutz des psychischen Wohlbefindens entwickelt werden, einschließlich solcher, die auf positiven Komponenten beruhen, wie z.B. Altruismus und prosoziales Verhalten. Es gelte zu verstehen, wie die positiven sozialen Ressourcen und die Resilienz angesichts von andauerndem Distress und Überforderung optimiert werden

können. Schließlich sollten die Auswirkungen von Altruismus auf die psychische Gesundheit und Wohlbefinden aufgrund COVID-19 untersucht werden.

	Immediate actions	Longer-term strategic programmes
What is the effect of COVID-19 on risk of anxiety, depression, and other outcomes, such as self-harm and suicide?	Improve monitoring and reporting of the rates of anxiety, depression, self-harm, suicide, and other mental health issues; determine the efficacy of mechanistically based digital and non-digital interventions and evaluate optimal model(s) of implementation	Determine the mechanisms (eg, entrapment and loneliness) that explain the rates of anxiety, depression, self-harm, and suicide; understand the role of psychological factors in buffering the effect of social context on mental health issues; ascertain the longer-term consequences on wellbeing of COVID-19 for the young and older generations (and vulnerable groups)
What is the optimal structure for a mentally healthy life in the wake of COVID-19 and social or physical distancing?	Determine what psychological support is available to help front-line medical and health-care staff and their families; understand the psychological (eg, coping), physiological (eg, sleep and nutrition), and structural (eg, work rotas and daily routines) factors that protect or adversely affect mental health	Develop novel interventions to protect mental wellbeing, including those based on positive mechanistically based components, such as altruism and prosocial behaviour and understanding of online life; understand how we optimise positive social resources and enhance resilience in the face of stress; establish the effects of altruism on mental health and wellbeing in the wake of COVID-19

COVID-19=coronavirus disease 2019.

Table 1: Psychology and individual factors: the effect of COVID-19 on mental health

Aufbau einer Mental Health Surveillance (MHS)

Thom et al. [48] beschreiben die Entwicklung eines Rahmenkonzepts und Indikatorensets einer sogenannten Mental Health Surveillance (MHS) in Deutschland, das im Zuge der Anerkennung psychischer Gesundheit als wesentlicher Bestandteil der Bevölkerungsgesundheit am Robert Koch-Institut für Deutschland aufgebaut wird. In einem längeren Prozess wurden Indikatoren inhaltlich festgelegt, die kontinuierlich und systematisch erhoben werden sollen, um in künftigen Krisensituationen über entsprechende Datengrundlagen verfügen zu können. Ziel der MHS ist die kontinuierliche Berichterstattung relevanter Kennwerte zum Zweck einer evidenzbasierten Planung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen.

Zur Entwicklung eines Indikatorensets für die erwachsene Bevölkerung wurden potenzielle Indikatoren durch eine systematische Literaturrecherche identifiziert und in einem strukturierten Konsentierungsprozess durch internationale und nationale Expertinnen und Experten ausgewählt. Das finale Set enthält 60 Indikatoren, die ein mehrdimensionales Public-Health-Rahmenkonzept psychischer Gesundheit in vier Feldern abbilden. Das fünfte Feld „Gesundheitsförderung und Prävention“ ist noch in der Indikatorenentwicklung. Nächste Schritte zur Etablierung der MHS bestehen in der Operationalisierung von Indikatoren und der Erweiterung unter anderem auf das Kindes- und Jugendalter. Bei gesicherter Datenverfügbarkeit wird die MHS zum Wissen über die Gesundheit der Bevölkerung beitragen und die gezielte Förderung psychischer Gesundheit sowie die Verringerung der Krankheitslast psychischer Störungen unterstützen. Das vorgelegte finale Indikatorenset bezieht sich auf die folgenden Schwerpunktsetzungen.

- Schwerpunkt „Gesundheitsförderung und Prävention verbessern“: Indikatoren zu Settings und Maßnahmen, in denen die gesamte Lebensspanne repräsentiert ist. Zusätzlich Indikatoren zu Informationen zu Anti-Stigma- und Aufklärungskampagnen.

- Schwerpunkt „Determinanten psychischer Gesundheit adressieren“: individuellen Ressourcen wie Optimismus, Resilienz und Selbstwert werden hier Vorrang gegenüber Kompetenzen (kommunikative, soziale, bewältigungsbezogene) gegeben. Unter den Risikofaktoren werden „Stressoren“ (Traumatisierung und Gewalt, chronischer Stress) und Gesundheitsverhalten als zentral bewertet. Als soziale Risikofaktoren wurden strukturelle Faktoren (Armut, Arbeitslosigkeit) neben Einsamkeit priorisiert, daneben Bildung und soziale Unterstützung. Für das bisher kaum in der Bevölkerung untersuchte Thema der Gesundheitskompetenz im Bereich psychischer Gesundheit (Mental Health Literacy) wurde keine Priorisierung festgelegt.
- Schwerpunkt: „Psychischen Gesundheitszustand verbessern“: ein besonderer Fokus der MHS liegt auf psychischen Störungen, insb. depressive und Angststörungen sowie psychotische Störungen. Außerdem Posttraumatische Belastungsstörungen mit engem Bezug zu Traumatisierung und Gewalt (Risikofaktoren).

Abbildung 2
Finales Rahmenkonzept und Indikatorenset
der Mental Health Surveillance
Quelle: Eigene Darstellung

Entwicklungsbedarf besteht
für das Handlungsfeld
Gesundheitsförderung
und Prävention.

	Gesundheitsförderung (Positive Psychische Gesundheit)	Prävention (Psychischer Distress)	Remission (Psychische Störung)	Recovery (Psycho-soziale Beeinträchtigung)
Gesundheitsförderung und Prävention verbessern	Determinanten psychischer Gesundheit adressieren	Psychischen Gesundheitszustand verbessern	Versorgung psychischer Störungen verbessern	Krankheitslast senken und Teilhabe stärken
Handlungsfeld in Entwicklung	Psychische Ressourcen 1. Optimismus 2. Resilienz 3. Selbstwert	Positive Psychische Gesundheit 1. Subjektive psychische Gesundheit 2. Wohlbefinden	Angebot/Inanspruchnahme 1. Betreutes ambulantes/stationäres Wohnen 2. Selbsthilfe 3. Online-Angebote 4. Kontakt-, Begegnungs- und Tagesstätten 5. Psychiatrische häusliche Krankenpflege 6. Fachärztliche/psychotherapeutische ambulante Behandlung 7. Rehabilitation** 8. Leistungen außerhalb GKV-Regelversorgung 9. Hausärztliche Behandlung 10. Stationäre Behandlung	Krankheitslast 1. Krankengeld* 2. Erwerbsminderungsrente* 3. Erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung* 4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität* 5. Funktions-einschränkungen*
	Soziale Ressourcen 1. Soziale Unterstützung 2. Bildung	Präklinische Symptomatik 1. Psychischer Distress 2. Burnout-Symptomatik	Qualität 1. Ärztliche/psychotherapeutische Behandlungsquote 2. Inanspruchnahmequote 3. Stationäre Wiederaufnahmen 4. Psycho-/pharmakotherapeutische Behandlungsquote 5. Zwangsmaßnahmen***	Teilhabe 1. Armut* 2. Arbeitslosigkeit*
	Individuelle Risiken 1. Trauma/Gewalt 2. Chronischer Stress 3. Ungesunder Lebensstil	Psychische Störungen 1. Depressive Störungen 2. Angststörungen 3. Posttraumatische Belastungsstörungen 4. Psychotische Störungen 5. Alkohol- und Substanz-abhängigkeit*** 6. Psychische Störungen insgesamt	PatientInnen- und Patientenzentrierung 1. Unerfüllter Behandlungsbedarf 2. Behandlungslatenz 3. Barrieren der Inanspruchnahme 4. Wartezeiten	Mortalität 1. Years of Life Lost* 2. Suizide 3. Exzessmortalität*
	Soziale Risiken 1. Einsamkeit 2. Existenzängste 3. Arbeitslosigkeit 4. Armut/Materielle Deprivation 5. Ungleichheit in Einkommens-/ Vermögensverteilung	Komorbidität 1. Komorbidität psychischer Störungen 2. Komorbidität mit chronischen körperlichen Erkrankungen	Kosten 1. Direkte Krankheitskosten	
	Mental Health Literacy 1. Kompetenzen der Hilfesuche 2. Einstellungen und Stigma 3. Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen	Selbstverletzung/Suizidalität 1. Selbstverletzendes Verhalten 2. Suizidversuche		

Stratifizierungsmerkmale für bevölkerungsbezogene Datenanalysen: Alter, Geschlecht, soziale Lage, Bildung und Region (in Abhängigkeit von Datenverfügbarkeit)

* wegen/bei psychischen Störungen.

** Indikator wurde dem Indikatorenset hinzugefügt, um den Bereich „Recovery“ innerhalb des Rahmenmodells abbilden zu können, obwohl keines der beiden Relevanzkriterien erfüllt war.

*** Indikatoren wurden in Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit aufgrund besonderer gesundheitspolitischer Relevanz ergänzt.
GKV = Gesetzliche Krankenversicherung

- Schwerpunkt „Versorgung psychischer Störungen verbessern“: hier wird die gesamte Breite der Versorgungslandschaft als relevant erachtet und auch gemeindepsychiatrische Angebote als wesentlich für Surveillance eingeschlossen. Bezogen auf die Themen Qualität sowie Patient*innenzentrierung sind vorrangig Indikatoren priorisiert, die die gesamte Gruppe der Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen adressieren (z.B. Inanspruchnahme- bzw. Behandlungsquoten, Versorgungsbedarf und -zugang).



- Schwerpunkt „Krankheitslast senken und Teilhabe stärken“: in diesem Schwerpunktbereich werden die direkte Bestimmung differenzierter Indikatoren der individuellen und gesellschaftlichen Krankheitslast bevorzugt. Zum Thema Teilhabe wurden auch hier Armut und Arbeitslosigkeit als Indikatoren ausgewählt.

Zwar wurden in den vergangenen Jahren große und wichtige bevölkerungsrepräsentative Studien wie BELLA, KIGGS, COPSYS und andere zur Erfassung von insbesondere Gesundheitsdaten durchgeführt [3–8, 13, 16], allerdings sind für die Bewältigung der aktuellen und vor allem künftiger Krisen mehr systematische Daten erforderlich, die dazu dienen können, Maßnahmen gezielter und effektiver einsetzen zu können. Hierfür sind die beiden dargestellten Initiativen zur einer verbesserten Datenlage, wenngleich eher in einer bundesweiten Perspektive, hilfreich.

e) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, die Unternehmen der Gesundheitswirtschaft in Baden-Württemberg zu stärken und zu vernetzen

--- zu diesem Punkt haben wir keine Antwort/keine Empfehlung ---

f) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, dabei Verknüpfungen zwischen unterschiedlichen Krisenarten zu berücksichtigen

--- zu diesem Punkt haben wir keine Antwort/keine Empfehlung ---

g) Die Enquetekommission soll Handlungsempfehlungen entwickeln, die geeignet sind, bevölkerungsbezogen die Gesundheitskompetenz zu verbessern und den Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu erhöhen, sodass auch bisher nicht erreichte Bevölkerungsgruppen über Gesundheitsförderung und Prävention informiert werden können

Eine Steigerung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung, präventiv insbesondere der Kinder und Jugendlichen, ist wichtig, der Fokus der Kommission legt allerdings nahe, dass die Problemlösung in der (längerfristigen) „Bildung“ von einzelnen Personen / Gruppen liege. Demgegenüber sind aus unserer Sicht strukturelle Maßnahmen mindestens ebenso wichtig, z.B. indem entsprechende und ausreichende Versorgungsstrukturen vorgehalten werden (siehe oben, Punkt a)). Dabei muss sich die Gesundheitsversorgung noch mehr an die bestehende Diversität in der Gesellschaft anpassen.

Zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen empfiehlt die Stiftung Kindergesundheit im Kinder-Gesundheitsbericht [21] als weitere Maßnahmen u.a. die Einführung des Schulfachs „Gesundheit“ (besser: „körperliche und psychische Gesundheit“). Dies könnte auch, so der Bericht, das Risiko für psychische Erkrankungen verringern. Darüber hinaus müsse die Sozial- und Gesundheitspolitik mehr Anstrengungen unternehmen, um soziale Ungleichheit der Kindergesundheit in Deutschland abzubauen,

unter anderem wird vorgeschlagen, die Kinderarmut nachhaltig zu verringern sowie einen nationalen Plan „Kindergesundheit“ mit dem Fokus auf soziale Ungleichheit zu etablieren. Sozial bedingte Ungleichheit sollte dabei als eigenständiges Thema der Pandemie-/Krisenpolitik etabliert und zielgruppengerechte Verhaltensprävention ausgebaut werden. Wichtig dabei ist auch, den Gender Impact, insbesondere im Sinne einer Retraditionalisierung von Geschlechterkulturen/-normen, zu berücksichtigen.

Eine wesentliche Voraussetzung für die Stärkung der Aufklärung über gesundheitsförderliches Verhalten ist, dass die Bevölkerung weiß, wo sie verlässliche, seriöse Informationen zum Umgang mit Belastungen/Erkrankungen/Krisen bekommen kann. Dabei ist es wichtig, dass diese Informationen gut verständlich und in mehreren Sprachen verfügbar sind, damit alle Bevölkerungsgruppen davon profitieren können. Eine wichtige staatliche Aufgabe im Rahmen der Risikokommunikation ist es, zielgerichtete Information der Öffentlichkeit über Größe und Eigenschaften des Risikos, über Entscheidungen und Maßnahmen zur Verfügung zu stellen und kontinuierlich zu verbessern. Die Qualität der Risikokommunikation hat entscheidenden Einfluss auf die wahrgenommene Legitimität und Akzeptanz von Maßnahmen [11, 49–51]. Zentral ist dabei auch der Umgang mit Fake News und Verschwörungserzählungen¹¹ und indirekt dabei die Verteilung persönlicher Kosten sowie des gesellschaftlichen Nutzens.

Die Maßnahmen sollten so angelegt sein, dass sie die Mitwirkung der Bevölkerung stärken und den Zusammenhalt adressieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die mentale Belastung in Krisenzeiten besonders hoch ist und dies die Handlungsbereitschaft vieler Menschen verringert. Hier sollten dringend Bedürfnisse nach Sinn, Sicherheit und Sozialem berücksichtigt werden.

Abschließend sei hervorgehoben, dass Krise auch und zwingend als Möglichkeit des Lernens bzw. der Weiterentwicklung betrachtet werden sollte [52, 53] und damit, zumindest mittelfristig, auch positive Aspekte der Krise in den Vordergrund treten können und werden. So kann bereits heute festgehalten werden, dass u.a. die Digitalisierung durch die Coronakrise einen deutlichen Aufschwung erhalten hat. Noch 2019 konnte man sich kaum vorstellen, dass überregionale Besprechungen und Konferenzen nicht in Präsenz, sondern in Videokonferenzen stattfinden können und dass viele Arbeitsprozesse auch funktionierten, wenn große Teile der Belegschaft in Home-Office arbeiten. Wichtig bei aller Krisenvorsorge ist demnach, wie in der Psychotherapie, die Bereitschaft, die Krise als solche anzunehmen (die Psychotherapie nennt das Leidensdruck) und auch vor allem die Bereitschaft, Dinge auch ändern zu wollen und zu können. Auch aus dieser Perspektive wünschen wir der Enquetekommission, dass sie zu guten und in konkretes Handeln umsetzbaren Lösungen kommen wird.

¹¹ z.B. <https://www.politische-medienkompetenz.de/unsere-schwerpunkte/fake-news-und-verschwoerungserzaehlungen/> oder <https://www.demokratie-leben.de/magazin/magazin-details/verschwoerungsideologien-randphaenomen-oder-gefahr-fuer-die-demokratie-61>



Kontakt

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Jägerstr. 40, 70174 Stuttgart

Telefonzentrale: 0711/674470-0

Ansprechpartner für inhaltliche Rückfragen

Dr. Rüdiger Nübling, Tel. mobil 0170/4763086

Mail: nuebling@lpk-bw.de

www.lpk-bw.de

Literatur

- 1 *Borries B* von. In Krisen Geschichte lernen, um Zukunft zu gewinnen. Überlebenstraining bei Umweltkollaps, Menschheitsverbrechen und Demokratieverfall. Wochenschau Wissenschaft. Frankfurt: Wochenschau Verlag; 2022
- 2 *Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, Green C, Kennard H, Lampard P et al.* The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet* 2022; 400 (10363): 1619–1654
- 3 *Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adedeji A, Napp A-K, Becker M et al.* Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64 (12): 1512–1521
- 4 *Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C.* Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adol Psychiat* 2021; 31: 879–889
- 5 *Ravens-Sieberer U, Erhart M, Devine J, Gilbert M, Reiss F, Barkmann C et al.* Child and Adolescent Mental Health During the COVID-19 Pandemic: Results of the Three-Wave Longitudinal COPSYS Study. *J Adolesc Health* 2022; 71 (5): 570–578
- 6 *Güzelsoy N, Ravens-Sieberer U, Westenhöfer J, Devine J, Erhart M, Hölling H et al.* Risks and Resources for Depressive Symptoms and Anxiety in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic - Results of the Longitudinal COPSYS Study. *Front Psychiatry* 2022; 13: 901783
- 7 *Mauz E, Walther L, Junker S, Kersjes C, Damerow S, Eicher S et al.* Time trends of mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. *medRxiv preprint* 2022
- 8 *Hettich N, Entringer TM, Kroeger H, Schmidt P, Tibubos AN, Braehler E et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on depression, anxiety, loneliness, and satisfaction in the German general population: a longitudinal analysis. *Soc Psychiat Psychiat Epidemiol* 2022
- 9 *Skoda E-M, Spura A, Bock F de, Schweda A, Dörrle N, Fink M et al.* Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64 (3): 322–333
- 10 *Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M et al.* Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *J Public Health (Oxf)* 2020; 42 (4): 672–678
- 11 *Gilan D, Röthke N, Blessin M, Kunzler A, Stoffers-Winterling J, Müssig M et al.* Psychomorbidity, Resilience, and Exacerbating and Protective Factors During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117 (38): 625–630
- 12 *Schulte-Körne G.* Prävention psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2022; 170 (6): 530–538
- 13 *Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM.* Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55 (6-7): 836–842
- 14 *Lange M, Hoffmann R, Mauz E, Houben R, Gößwald A, Rosario AS et al.* KiGGS Wave 2 longitudinal component - data collection design and developments in the numbers of participants in the KiGGS cohort. *J Health Monitor* 2018; 3 (1): 92–107



- 15 *Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M.* Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 2007; 50: 871–878
- 16 *Otto C, Reiss F, Voss C, Wüstner A, Meyrose A-K, Hölling H et al.* Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiat* 2021; 30 (10): 1559–1577
- 17 *Seifried K, Hasselhorn M, Drewes S.* Handbuch Schulpsychologie. Psychologie für die Schule. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag; 2015
- 18 *Dunkel L.* Schulpsychologische Versorgung in Deutschland. Im Internet: https://bdp-schulpsychologie.de/backstage2/sps/documentpool/2016/160927_praxis_schulpsychologie.pdf; Stand: 03.11.2022
- 19 *Bundespsychotherapeutenkammer.* BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Berlin; 2011. Im Internet: <http://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie.html>
- 20 *Bundespsychotherapeutenkammer.* Ein Jahr nach Reform der Psychotherapierichtlinien: Wartezeiten 2018. Im Internet: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- 21 *Stiftung Kindergesundheit e.V.* Kinder-Gesundheitsbericht 2022 (04.11.2022). Im Internet: <https://www.kindergesundheit.de/kindergesundheitsbericht/>
- 22 *Steffanowski A, Kramer D, Fembacher A, Glahn EM, Bruckmayer E, Heymann F von et al.* Praxisübergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. Erste Ergebnisse des Modellvorhabens „QS-PSY-BAY“. *Zts Klin Psychol Psychother* 2011; 40: 267–282
- 23 *Wittmann WW, Lutz W, Steffanowski A et al.* Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse - Abschlussbericht. (2011). Im Internet: <http://bit.ly/3UUsfjz>; Stand: 14.11.2022
- 24 *Strauss BM, Lutz W, Steffanowski A, Wittmann WW, Boehnke JR, Rubel J et al.* Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychother Res* 2015; 25 (1): 32–51
- 25 *Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, Kramer D, Fembacher A, Bruckmayer E et al.* Outpatient Psychotherapy Reduces Health-Care Costs: A Study of 22,294 Insurants over 5 Years. *Front Psychiatry* 2016; 7: 98
- 26 *Wittmann WW, Steffanowski A.* Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell* 2011 (3): 6–12
- 27 *Wunsch E-M, Kliem S, Grochowski A, Kröger C.* Wie teuer wird es wirklich? Kosten-Nutzen-Analyse für Psychotherapie bei Angst- und affektiven Störungen in Deutschland. *Psychol Rundsch* 2013; 64 (2): 75–93
- 28 *Margraf J.* Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Berlin: Springer; 2009
- 29 *Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Sarubin N, Schmidt J.* Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland: Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal* 2014; 13: 389–397
- 30 *Steffanowski A, Löschmann C, Schmidt J et al.* Meta-Analyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation. Mesta-Studie. Bern: Huber; 2007
- 31 *Nübling R, Schmidt J, Bassler M et al.* Evaluation Psychosomatischer Rehabilitation. In: Köllner V, Bassler M, Hrsg. *Praxishandbuch Psychosomatische Medizin in der Rehabilitation*. München: Urban & Fischer in Elsevier; 2020
- 32 *Kramer V, Papazova I, Thoma A, Kunz M, Falkai P, Schneider-Axmann T et al.* Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2021; 271 (2): 271–281
- 33 *Kramer V, Thoma A, Kunz M.* Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit. *InFo Neurologie* 2021; 23 (6): 46–53
- 34 *Rossi R, Soggi V, Pacitti F, Mensi S, Di Marco A, Siracusano A et al.* Mental Health Outcomes Among Healthcare Workers and the General Population During the COVID-19 in Italy. *Front Psychol* 2020; 11: 608986
- 35 *Bassi M, Negri L, Delle Fave A, Accardi R.* The relationship between post-traumatic stress and positive mental health symptoms among health workers during COVID-19 pandemic in Lombardy, Italy. *J Aff Disorders* 2021; 280 (Pt B): 1–6
- 36 *Skoda E-M, Teufel M, Stang A, Jöckel K-H, Junne F, Weismüller B et al.* Psychological burden of healthcare professionals in Germany during the acute phase of the COVID-19 pandemic: differences and similarities in the international context. *J Public Health (Oxf)* 2020; 42 (4): 688–695
- 37 *Lupo R, Botti S, Rizzo A, Lezzi A, Calabrò A, Conte L et al.* Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress Disorder in Physicians Compared to Nurses during the COVID-19 Pandemic: An Observational, Cross Sectional, Multicentric Study. *Psych* 2022; 4 (3): 465–474
- 38 *Hansen J, Klusmann U, Hanewinkel R.* Emotionale Erschöpfung und Berufszufriedenheit von Lehrpersonal während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsbl* 2022; 65 (7-8): 776–783
- 39 *Neuhaus L, Becker-Lenz R, Davatz AS.* Krise und Profession. Die Soziale Arbeit als krisenbearbeitende Profession während und in der Krise. In: Henseler J, Kurtz T, Hrsg. *Soziale Arbeit in der Krise?* Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2022: 105–134
- 40 *Madeira Firmino N, Bauknecht J.* Entwicklung, Ausmaß und Determinanten der psychischen und emotionalen Erschöpfung bei Erzieherinnen und Erziehern. *Zentralbl Arbeitsmed Arbeitsschutz Ergon* 2022; 72 (5): 195–205



- 41 Körner M, Göritz AS, Bengel J. Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. *Int J Health Prof* 2014; 1 (1): 5–12
- 42 Körner M, Wirtz MA, Bengel J, Göritz AS. Relationship of organizational culture, teamwork and job satisfaction in interprofessional teams. *BMC Health Serv Res* 2015; 15: 243
- 43 Köse S, Murat M. Interventional Studies on Nurses' Mental Health in the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Psych* 2022; 4 (3): 525–536
- 44 Wu AW, Connors C, Everly GS. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann Intern Med* 2020; 172 (12): 822–823
- 45 Strametz R, Raspe M, Ettl B et al. Handlungsempfehlung zu Stärkung der Resilienz von Behandelnden und Umgang mit Second Victims im Rahmen der Covid-19-Pandemie zur Sicherung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Aktionsbündnis Patientensicherheit; 2020
- 46 Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36 (6): 725–733
- 47 Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiat* 2020; 7 (6): 547–560
- 48 Thom J, Mauz E, Peitz D, Kersjes C, Aichberger M, Baumister H et al. Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. *J Health Monitor* 2021; 6 (4): 36–68
- 49 Betsch C, Sprengholz P, Siegers R et al. Unpacking the black box: Empirical evidence to understand the human factor for effective rapid testing against SARS-CoV2; 2021
- 50 Betsch C, Wieler LH, Habersaat K. Monitoring behavioural insights related to COVID-19. *Lancet* 2020; 395 (10232): 1255–1256
- 51 Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Sprengholz P, Allen J, Jenny MA et al. Vertrauen der Bevölkerung in staatliche Institutionen im ersten Halbjahr der Coronapandemie: Erkenntnisse aus dem Projekt COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64 (3): 268–276
- 52 Kühne S, Kroh M, Liebig S et al. Gesellschaftlicher Zusammenhalt in Zeiten von Corona: Eine Chance in der Krise? (09.11.2022). Im Internet: <https://www.econstor.eu/handle/10419/222650>
- 53 Heuer I, Schulz G, Bock T, Mahlke C. Krise als Chance?! *Nervenheilkunde* 2021; 40 (09): 712–717