ROBERT KOCH INSTITUT

DEZEMBER 2021
AUSGABE 4

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

Journal of **Health Monitoring**

Psychische Gesundheit

Psychische Gesundheit

3 *Focus* Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte

21 *Focus* Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2

36 *Focus* Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset

69 *Concepts & Methods* Mental Health Surveillance auf Länderebene – Psychiatrieberichterstattung in Bayern

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8862
Robert Koch-Institut, Berlin

Robert Schlack[1*], Nele Peerenboom[1,2*], Laura Neuperdt[1], Stephan Junker[1], Ann-Kristin Beyer[1]

[*] geteilte Erstautorenschaft

[1] Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
[2] University of Cambridge, Department of Psychiatry

Eingereicht: 05.08.2021
Akzeptiert: 06.09.2021
Veröffentlicht: 08.12.2021

Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte

Abstract

Psychische Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend können Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter haben. Mit der KiGGS-Kohorte stehen erstmals bundesweite Daten zur Verfügung, mit denen sich die Effekte von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend im jungen Erwachsenenalter untersuchen lassen. Von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bis zu KiGGS Welle 2 (2014–2017) konnten insgesamt 3.546 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren über einen Zeitraum von elf Jahren bis in das junge Erwachsenenalter nachverfolgt werden. Psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend waren in unterschiedlicher Weise mit einer eingeschränkten psychischen Gesundheit, geringerer Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sowie mit Indikatoren der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im jungen Erwachsenenalter verbunden.

Bei Berücksichtigung psychosozialer Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung verringerten sich vor allem die längsschnittlichen Zusammenhänge von internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten mit Indikatoren der psychischen Gesundheit, der Lebenszufriedenheit und der körperlichen und psychischen Lebensqualität sowie in geringerem Ausmaß auch mit Indikatoren der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und für externalisierende Auffälligkeiten auch mit einem niedrigen Bildungsstatus (Referenz: mittel).

INTERNALISIEREND · EXTERNALISIEREND · JUNGE ERWACHSENE · ENTWICKLUNGSAUSGÄNGE · BEVÖLKERUNGSBEZOGEN

1. Einleitung

Psychische Auffälligkeiten beeinflussen die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen und können Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter hinein haben [1–3]. Über die Hälfte aller psychischen Störungen im Erwachsenenalter beginnen in Kindheit und Jugend [2, 4, 5]. Dabei können nicht nur diagnostizierte psychische Störungen zu späteren psychischen Problemen führen [6], auch Kinder und Jugendliche mit Symptomen, die die Kriterien für die Diagnose einer psychischen Störung nicht vollumfänglich erfüllen, haben ein erhöhtes Risiko für eine beeinträchtigte psychische Gesundheit im Erwachsenenalter [3].

Bisherige internationale Studien zeigten, dass internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten (Infobox) in Kindheit und Jugend mit unterschiedlichen Auswirkungen im Erwachsenenalter im Hinblick auf die psychische Gesundheit, die Lebensqualität oder den Schul- und Bildungserfolg verbunden sein können [9–13]. Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten weisen beispielsweise im

Infobox
Internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter umfassen Probleme des Erlebens und Verhaltens. Dazu gehören zum Beispiel Ängstlichkeit, Schüchternheit, Niedergeschlagenheit, Grübeln, häufiges sich Sorgen machen oder auch häufiges Weinen und auch soziale Schwierigkeiten im Umgang mit Freunden und anderen Gleichaltrigen. Solche mehr nach innen gerichteten Erlebensweisen werden auch als internalisierende Auffälligkeiten bezeichnet.
Eher nach außen gerichtete, expansive Verhaltensweisen wie motorische Unruhe, starke Ablenkbarkeit und Aufmerksamkeitsprobleme, häufiges Unterbrechen und Stören anderer oder aggressives und dissoziales oder regelbrechendes Verhalten bis hin zur Delinquenz werden auch als externalisierende Auffälligkeiten bezeichnet [7, 8].

Erwachsenenalter häufiger Symptome von Ängstlichkeit oder Depressivität und eine eingeschränkte gesundheitsbezogene Lebensqualität auf [9, 10, 12, 14, 15]. Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten haben dagegen oftmals einen geringeren Bildungserfolg als ihre nicht betroffenen Altersgenossen und unterliegen einem höheren Risiko für einen späteren Konsum psychoaktiver Substanzen [9, 10].

In der entwicklungspsychologischen Resilienzforschung werden zudem seit den späten 1950er-Jahren Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit thematisiert [16]. Als Schutz- beziehungsweise Kompensationsfaktoren lassen sich psychosoziale Ressourcen auf individueller und umfeldbezogener (familiärer und sozialer) Ebene bezeichnen, die dazu beitragen, Entwicklungsrisiken von Kindern und Jugendlichen zu mildern beziehungsweise deren psychische Gesundheit aufrechtzuerhalten und zu schützen [16, 17]. Kinder und Jugendliche, die sich trotz vorhandener Entwicklungsrisiken wie beispielsweise Armut, Gewalterfahrungen, Familienprobleme, Scheidung der Eltern, elterliche Psychopathologie oder physische Erkrankungen oder Behinderungen zu sozial erfolgreichen Erwachsenen entwickeln, werden als resilient (psychisch widerstandsfähig) bezeichnet [16, 18]. Langzeitstudien auf einer national repräsentativen Stichprobenbasis, im Rahmen derer Schutzfaktoren und deren Rolle bei vorhandenen Entwicklungsrisiken miterhoben werden, sind allerdings nach wie vor selten.

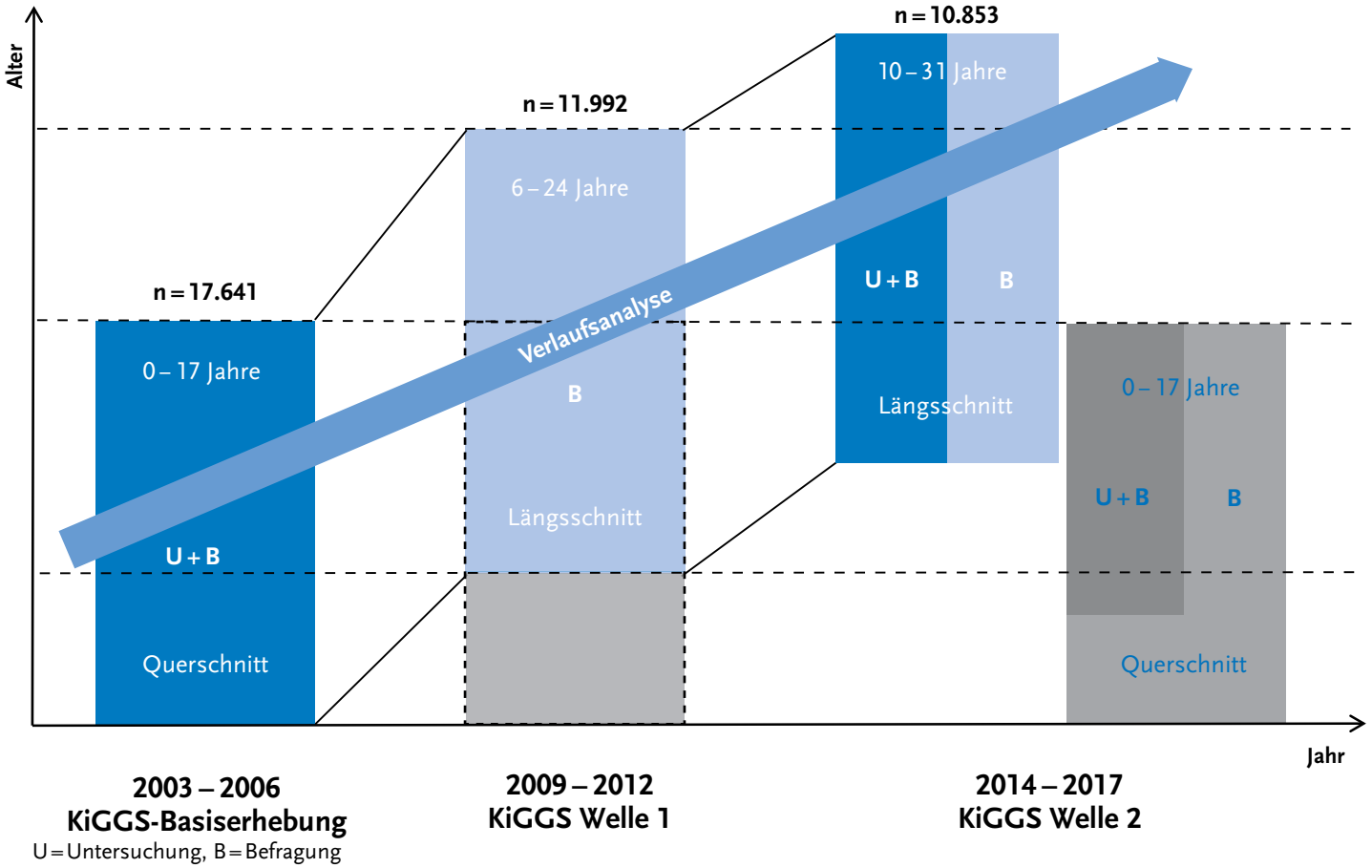
Mit den Kohortendaten der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) steht erstmals ein bundesweiter längsschnittlicher Datensatz mit Bevölkerungsbezug zur Verfügung, mit dem sich Personen mit internalisierenden und externalisierenden Auffälligkeiten über einen Zeitraum von elf Jahren, von der Kindheit und Jugend bis in das junge Erwachsenenalter, begleiten lassen. In der ersten Fragestellung des vorliegenden Beitrags werden Zusammenhänge von psychischen Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mit in der KiGGS-Kohorte operationalisierten Indikatoren möglicher Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter untersucht. Hierzu gehören Aspekte der psychischen Gesundheit, der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit, des bis dahin erreichten Bildungsstatus, des Partnerschaftsstatus sowie Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Außerdem wurden in der KiGGS-Studie personale, familiäre und soziale Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen erhoben [19]. In der zweiten Fragestellung wird daher untersucht, inwieweit die Verfügbarkeit dieser Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit internalisierenden beziehungsweise externalisierenden Auffälligkeiten in Zusammenhang mit Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter steht.

2. Methode

2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

Grundlage der vorliegenden Analysen sind die Daten der KiGGS-Kohorte, die als Teil der KiGGS-Studie im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut durchgeführt wird. Im Rahmen der KiGGS-Kohorte werden die erstmals bei der Basiserhebung in den Jahren 2003–2006 untersuchten und befragten Kinder und Jugendlichen weiterbeobachtet. Auf die KiGGS-Basiserhebung folgten bisher zwei weitere Erhebungen, KiGGS Welle 1 (2009–2012) sowie KiGGS Welle 2 (2014–2017) im

Abbildung 1
Aufbau der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS)
Quelle: Mauz et al. 2017 [21]



Abstand von sechs beziehungsweise elf Jahren [20] (Abbildung 1). Den vorliegenden Analysen liegen zwei Beobachtungszeitpunkte, die KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2, zugrunde.

KiGGS-Basiserhebung

Die KiGGS-Basiserhebung wurde in 167 repräsentativ ausgewählten Städten und Gemeinden in Deutschland mit insgesamt 17.641 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 17 Jahren durchgeführt. Sie war der erste bundesweit repräsentative, bevölkerungsbezogene Gesundheitssurvey für das Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Es wurden sowohl körperliche als auch psychische und soziale Gesundheitsaspekte sowie Aspekte des Gesundheitsverhaltens von Kindern und Jugendlichen erhoben. Die Kinder wurden dabei untersucht und getestet sowie die Eltern zur

Gesundheit ihrer Kinder schriftlich befragt, ab elf Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst [22, 23].

KiGGS Welle 2

Die zweite Folgeerhebung KiGGS Welle 2 (2014–2017) wurde erneut als Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt [21]. Neben einer vollständig neuen Querschnittstichprobe für die Altersjahrgänge 0 bis 17 Jahre in den 167 Studienorten [24] wurden sämtliche Teilnehmende der KiGGS-Basiserhebung, die noch erreichbar und wiederteilnahmebereit waren, erneut zu einer schriftlichen Befragung und – sofern sie noch in den Studienorten wohnten – zur Untersuchungskomponente eingeladen. Sie waren mittlerweile 10 bis 31 Jahre alt. Auf diese Weise konnten zum Zeitpunkt von KiGGS Welle 2 insgesamt 10.853 Längsschnittteilnehmende (KiGGS-Kohorte) im Alter von 10 bis 31 Jahren wiederbefragt werden [25], die Wiederteilnahmequote lag bei 62 % [26].

2.2 Instrumente und Indikatoren

KiGGS-Basiserhebung

Psychische Auffälligkeiten wurden mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in der Elternversion erhoben. Der SDQ erfasst die wichtigsten Bereiche psychischer Probleme in Kindheit und Jugend mit vier sogenannten Problemskalen „Emotionale Probleme“ (Iteminhalte z. B. „Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt“, „Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht“), „Verhaltensprobleme“ (Iteminhalte z. B. „Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend“, „Lügt oder mogelt häufig“), „Hyperaktivitätsprobleme“ (Iteminhalte z. B. „Ständig zappelig“, „Leicht ablenkbar, unkonzentriert“) und „Peerprobleme“ (Iteminhalte z. B. „Wird von anderen gehänselt oder schikaniert“, „Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin“) mit jeweils fünf Items [27]. Darüber hinaus enthält er die Stärkenskala „Prosoziales Verhalten“, die in diesem Beitrag jedoch unberücksichtigt bleibt. Anhand von Normwerten können die Kinder oder Jugendlichen als „normal“, „grenzwertig auffällig“ und „auffällig“ klassifiziert werden (siehe hierzu [28]). Für diesen Beitrag wurden Teilnehmende mit grenzwertig auffälligen oder auffälligen Werten auf den Subskalen „Emotionale Probleme“ oder „Peerprobleme“ zu einer Gruppe mit vorwiegend internalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst. Teilnehmende mit grenzwertig auffälligen oder auffälligen Werten auf den Subskalen „Verhaltensprobleme“ oder „Hyperaktivitätsprobleme“ wurden zu einer Gruppe mit vorwiegend externalisierenden Auffälligkeiten zusammengefasst [29, 30].

Personale Ressourcen wurden mit einer im Robert Koch-Institut entwickelten Skala erfasst, die drei Items aus der Allgemeinen Selbstwirksamkeitsskala WIRKALL (z. B. „Wenn ein Problem auftaucht, kann ich es aus eigener Kraft meistern.“) [31, 32] sowie je ein Item aus dem Berner Fragebogen für Optimismus („Meine Zukunft sieht gut aus.“) [33] und der „Sense of Coherence“-Scale („Die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig.“) [34] umfasst. Sie wurde von den Kindern und Jugendlichen ab elf Jahren beantwortet.

Der familiäre Zusammenhalt wurde über eine modifizierte Version der Familienklima-Skala von Schneewind, Beckmann und Hecht-Jackl erhoben (Iteminhalte z. B. „In unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein.“, „Wir kommen wirklich alle gut mit einander aus.“) [35]. Die insgesamt neun Items wurden von

Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren beantwortet.

Zur Messung der wahrgenommenen sozialen Unterstützung wurde eine modifizierte Version der Social Support Scale von Donald und Ware [36] mit insgesamt acht Items eingesetzt. Befragt wurden die Kinder oder Jugendlichen ab elf Jahren.

KiGGS Welle 2

Sämtliche nachfolgende Indikatoren wurden bei den volljährigen Teilnehmenden der KiGGS-Kohorte zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2 erhoben. Zur Erfassung der allgemeinen psychischen Gesundheit wurde das Mental Health Inventory mit fünf Items genutzt (MHI-5). Gefragt wird nach der Häufigkeit verschiedener Emotionen in den letzten vier Wochen [37]. Für die Messung der depressiven Symptomatik in den letzten zwei Wochen wurde der Patient Health Questionnaire (PHQ) in der Acht-Item-Variante genutzt [38–40]. Symptome für eine Panikstörung in den letzten vier Wochen wurden mit dem Screener PHQ-Panik mit fünf Items erhoben [40]. Symptome von Essstörungen wurden mit Hilfe des SCOFF-Fragebogens (SCOFF = Sick, Control, One, Fat, Food) erhoben [41]. Dieser enthält fünf Items, die sich auf Kernsymptome von Anorexia und Bulimia nervosa beziehen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde mit der deutschen Fassung der Acht-Item-Version des Short-Form Health Survey (SF-8) erfasst [42], mit dem Skalen zur psychischen und körperlichen gesundheitsbezogenen Lebensqualität gebildet werden können. Allgemeine Lebenszufriedenheit wurde mit dem Personal Wellbeing Index (PWI-A) erfasst [43]. Der PWI-A enthält sieben Fragen zu Lebensstandard, Gesundheit, persönlichen Beziehungen, Sicherheit, Zugehörigkeit zur Lebensgemeinschaft und Sicherheit in der Zukunft.

Der Bildungsstatus der jungen Erwachsenen ab 18 Jahre wurde mit dem ISCED-11 (International Standard Classification of Education) [44] erfasst, der die Einteilung in die Bildungskategorien „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ zulässt.

Als Indikatoren für Substanzkonsum wurden Rauchen sowie riskanter Alkoholkonsum herangezogen. Rauchen wurde mit einer Ja/Nein-Frage erfasst, auch gelegentlich Rauchende wurden als Rauchende klassifiziert. Riskanter Alkoholkonsum wurde über den AUDIT-C (Alcohol use disorders identification test – Consumption) erhoben [45]. Der AUDIT-C ist die Kurzversion des AUDIT-Screening-Fragebogens und erlaubt mit drei Items die Berechnung eines Summenscores für riskanten Alkoholkonsum.

Bezüglich Partnerschaft sowie sexueller und reproduktiver Gesundheit wurden die Teilnehmenden gefragt, ob bei ihnen zurzeit eine feste Partnerschaft besteht. Darüber hinaus wurden sie nach dem Alter beim ersten Geschlechtsverkehr gefragt sowie nach der Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner. Kondomnutzung wurde durch die Frage „Verwenden Sie beim Geschlechtsverkehr Kondome?“ spezifisch erfragt und konnte dreistufig beantwortet werden („Ja, grundsätzlich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein“). Alle volljährigen Teilnehmenden wurden gefragt, ob sie leibliche Kinder haben und ob diese geplant oder ungeplant waren.

2.3 Statistische Methoden

Zur Analyse der Effekte internalisierender und externalisierender psychischer Auffälligkeiten auf Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter wurden – in

Psychische Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend stehen mit ungünstigeren Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter in Zusammenhang.

Abhängigkeit vom diskreten oder kontinuierlichen Charakter der abhängigen Variable – logistische und lineare Regressionsmodelle spezifiziert. Als abhängige Variablen fungierten dabei die jeweiligen Outcomes (Entwicklungsausgänge) im jungen Erwachsenenalter, als unabhängige Variable internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten.

In einem ersten Modell wurden die Outcomes im jungen Erwachsenenalter (zum Zeitpunkt der KiGGS Welle 2) unter Kontrolle von Alter (in Jahren), Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status (SES) durch internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend (KiGGS-Basiserhebung) bei wechselseitiger Kontrolle vorhergesagt. In einem zweiten Modell wurden zusätzlich die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung erhobenen Schutzfaktorskalen „Personale Ressourcen", „Familiärer Zusammenhalt" sowie „Soziale Unterstützung" aufgenommen. Die Modelle für riskanten Alkoholkonsum, Kondomnutzung und Verhütung wurden zusätzlich mit einem quadratischen Altersterm adjustiert, die Modelle für Kondomnutzung und Verhütung darüber hinaus noch für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner. Unterschiede zwischen Gruppen mit einem p-Wert unter 0,05 werden als statistisch signifikant betrachtet.

Die Analysen erfolgten mit Stata (Version 15.1) unter Verwendung von Surveyprozeduren und eines Längsschnittgewichts, um für das Studiendesign und mögliche Verzerrungen der Stichprobe aufgrund selektiver Wiederteilnahme auszugleichen.

3. Ergebnisse

3.1 Stichprobenbeschreibung

Den Analysen liegen Daten von insgesamt 3.546 Teilnehmenden zugrunde, die zum Erhebungszeitpunkt 21 bis 31 Jahren alt waren (Durchschnittsalter 25,0 Jahre): 55,4 % Frauen und 44,6 % Männer. Der Anteil von Personen mit einem niedrigen SES betrug 10,0 %, mit einem mittleren SES 61,5 % und mit einem hohen SES 28,4 %. Der Anteil von Personen mit beidseitigem Migrationshintergrund betrug 9,3 %. Insgesamt 22,6 % der Stichprobe wiesen internalisierende (Frauen: 22,9 %, Männer: 22,1 %), 15,4 % externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend auf (Frauen: 12,8 %, Männer: 18,6 %).

3.2 Internalisierende Auffälligkeiten

Teilnehmende, die als Kinder oder Jugendliche internalisierende Auffälligkeiten hatten (Tabelle 1), weisen als junge Erwachsene im Alter bis 31 Jahre eine geringere allgemeine Lebenszufriedenheit und eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität auf. Sie zeigen eine im Durchschnitt schlechtere allgemeine psychische Gesundheit, mehr depressive Symptomatik und eine höhere Wahrscheinlichkeit für Essstörungssymptome. Internalisierende Auffälligkeiten sind nach den Daten der KiGGS-Kohorte nicht signifikant mit dem Bildungserfolg assoziiert. Eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine Panikstörung im jungen Erwachsenenalter ist damit nicht verbunden. Ebenso bestehen keine erhöhten Risiken zu rauchen oder für riskanten Alkoholkonsum. Letzterer ist bei Teilnehmenden mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sogar weniger wahrscheinlich

als bei Teilnehmenden ohne solche Auffälligkeiten. Die Wahrscheinlichkeit, im jungen Erwachsenenalter in einer festen Partnerschaft zu sein, ist für Teilnehmende mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend signifikant geringer als für nichtauffällige Teilnehmende. Weiterhin zeigt sich für diese Personen ein höheres Alter beim ersten Geschlechtsverkehr und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, ungeplante Kinder zu haben.

Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten haben als Erwachsene oftmals eine geringere psychische Gesundheit, Lebenszufriedenheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Outcome im jungen Erwachsenenalter[2]	Koeffizient für internalisierende Auffälligkeiten im Modell 1[3]	Koeffizient für internalisierende Auffälligkeiten im Modell 2[3,4]
Psychische Gesundheit		
Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5) (n=3.449)	B=-6,03***	B=-5,10***
Depressive Symptomatik (PHQ-8) (n=3.456)	B=1,35***	B=1,21***
Panikstörung (PHQ-Panik) (n=3.421)	OR=1,95	OR=2,11*
Essstörungssymptome (SCOFF) (n=3.481)	OR=1,80***	OR=1,73***
Lebenszufriedenheit und Lebensqualität		
Allgemeine Lebenszufriedenheit (PWI-A) (n=3.455)	B=-6,67***	B=-5,27**
Körperliche Lebensqualität (SF-8) (n=3.480)	B=-1,06**	B=-0,82*
Psychische Lebensqualität (SF-8) (n=3.480)	B=-3,11***	B=-2,68***
Bildungsstatus (ISCED)		
Niedrig vs. mittel (n=3.463)	RRR=1,24	OR=1,17
Hoch vs. mittel (n=3.463)	RRR=0,85	OR=0,89
Substanzkonsum		
Riskanter Alkoholkonsum (Audit-C)[5] (n=3.479)	B=-0,47***	B=-0,45***
Rauchen (n=3.492)	OR=0,84	OR=0,87
Partnerschaft, sexuelle und reproduktive Gesundheit		
Feste Partnerschaft (n=3.491)	OR=0,79*	OR=0,83
Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (n=3.192)	B=0,50**	B=0,38**
Anzahl Sexualpartnerinnen und -partner (n=3.206)	B=-0,05	B=-0,05
Grundsätzlich Kondomnutzung vs. gelegentlich[5,6] (n=3.177)	RRR=1,01	OR=1,02
Keine Kondomnutzung vs. gelegentlich[5,6] (n=3.177)	RRR=0,91	OR=0,94
Risiko für ungeplante Kinder (n=340)[7]	OR=2,24*	OR=2,40**

B=Beta-Koeffizient, OR=Odds Ratio, RRR=Relative Risk Ratio, MHI=Mental Health Inventory, PHQ=Patient Health Questionnaire, SCOFF=Sick, Control, One, Fat, Food, PWI-A=Personal Wellbeing Index, SF=Short-Form Health Survey, ISCED=International Standard Classification of Education, Audit-C=Alcohol use disorders identification test – Consumption

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

[1] Modell 1 ohne und Modell 2 mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

[2] Alle Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund und externalisierende Verhaltensauffälligkeiten

[3] OR für kategoriale Outcomes (binäre logistische Regression), RRR für kategoriale Outcomes (multinomiale logistische Regression), B für metrische Outcomes (lineare Regression); negative Koeffizienten zeigen eine gegenläufige, positive Koeffizienten eine gleichsinnige Assoziation des Prädiktors mit dem jeweiligen Outcome an

[4] mit Adjustierung für Schutzfaktoren

[5] Modelle zusätzlich adjustiert für quadratischen Altersterm

[6] Modelle zusätzlich adjustiert für feste Partnerschaft

[7] geringere Fallzahl filterbedingt

Tabelle 1
Vorhersage von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter (21–31 Jahre) bei Vorliegen internalisierender psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle[1]
Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Personen mit internalisierenden Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend sind im Durchschnitt älter beim ersten Geschlechtsverkehr und haben häufiger ungeplante Kinder.

Effekte von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend bei internalisierenden Auffälligkeiten

Werden personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung im Modell berücksichtigt, verringern sich die Koeffizienten für internalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend in den Modellen für allgemeine psychische Gesundheit, depressive Symptomatik und Essstörungssymptome im jungen Erwachsenenalter. Dies gilt auch in den Modellen für die allgemeine Lebenszufriedenheit und die körperliche und psychische Lebensqualität bei den Erwachsenen. In Bezug auf den Bildungsstatus sowie auf Rauchen oder Alkoholkonsum zeigen sich keine beziehungsweise nur sehr geringfügige Effekte. Der Zusammenhang zwischen internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend und einer geringeren Wahrscheinlichkeit, im jungen Erwachsenenalter in einer festen Partnerschaft zu leben, ist nach Adjustierung mit den Schutzfaktorskalen nicht signifikant. Bei Hinzunahme der Schutzfaktorskalen erhöht sich das Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, und die Wahrscheinlichkeit, ungeplante Kinder zu haben, steigt.

3.3 Externalisierende Auffälligkeiten

Externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sind mit einer schlechteren allgemeinen psychischen Gesundheit, mehr depressiver Symptomatik und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Essstörungssymptomen im jungen Erwachsenenalter verbunden (Tabelle 2). Sie sind signifikant mit einer geringeren allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie mit einer geringeren körperlichen Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter assoziiert. Mit der psychischen Lebensqualität bestehen keine signifikanten Zusammenhänge. Diese Teilnehmenden weisen im jungen Erwachsenenalter höhere Wahrscheinlichkeiten für einen niedrigeren Bildungsstatus auf und dafür, Raucherinnen und Raucher zu sein. Zusammenhänge mit riskantem Alkoholkonsum finden sich dagegen nicht. Sie sind im Durchschnitt jünger beim ersten Geschlechtsverkehr und haben eine höhere Anzahl an Sexualpartnerinnen und -partnern als Teilnehmende ohne Auffälligkeiten. Die Wahrscheinlichkeit ungeplante Kinder zu haben, ist bei ihnen hingegen geringer.

Effekte von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend bei externalisierenden Auffälligkeiten

Nach Adjustierung mit personalen, familiären und sozialen Schutzfaktoren verringert sich der Koeffizient für externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend im Modell für die allgemeine psychische Gesundheit, die depressive Symptomatik und die Essstörungssymptome im jungen Erwachsenenalter. Der Koeffizient im Modell für die Lebenszufriedenheit wird nicht signifikant, der Koeffizient im Modell für die körperliche Lebensqualität im jungen Erwachsenenalter verringert sich, bleibt aber signifikant. Der Koeffizient für geringen versus mittleren Bildungsstatus nimmt nach Adjustierung mit den Schutzfaktorskalen geringfügig ab. Die Wahrscheinlichkeit, im jungen Erwachsenenalter zu rauchen, wird nach Adjustierung mit den Schutzfaktorskalen geringer. Das durchschnittliche Alter beim ersten Geschlechtsverkehr bleibt unverändert, der Koeffizient im Modell für die Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner wird nicht signifikant, die Wahrscheinlichkeit, ungeplante Kinder zu haben, verringert sich.

Tabelle 2
Vorhersage von Entwicklungsausgängen im jungen Erwachsenenalter (21–31 Jahre) bei Vorliegen externalisierender psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mittels linearer und logistischer Regressionsmodelle[1]
Quelle: KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Outcome im jungen Erwachsenenalter[2]	Koeffizient für externalisierende Auffälligkeiten im Modell 1[3]	Koeffizient für externalisierende Auffälligkeiten im Modell 2[3,4]
Psychische Gesundheit		
Allgemeine psychische Gesundheit (MHI-5) (n=3.449)	B=-3,71**	B=-2,75*
Depressive Symptomatik (PHQ-8) (n=3.456)	B=1,05***	B=0,79**
Panikstörung (PHQ-Panik) (n=3.421)	OR=1,08	OR=1,04
Essstörungssymptome (SCOFF) (n=3.481)	OR=1,43**	OR=1,31*
Lebenszufriedenheit und Lebensqualität		
Allgemeine Lebenszufriedenheit (PWI-A) (n=3.455)	B=-4,01**	B=-2,48
Körperliche Lebensqualität (SF-8) (n=3.480)	B=-1,63**	B=-1,36*
Psychische Lebensqualität (SF-8) (n=3.480)	B=-0,75	B=-1,25
Bildungsstatus (ISCED)		
Niedrig vs. mittel (n=3.463)	RRR=2,53***	OR=2,37**
Hoch vs. mittel (n=3.463)	RRR=0,68*	OR=0,68*
Substanzkonsum		
Riskanter Alkoholkonsum (Audit-C)[5] (n=3.479)	B=0,18	B=0,13
Rauchen (n=3.492)	OR=2,50***	OR=2,39***
Partnerschaft, sexuelle und reproduktive Gesundheit		
Feste Partnerschaft (n=3.491)	OR=1,13	OR=1,13
Alter beim ersten Geschlechtsverkehr (n=3.192)	B=-0,71***	B=-0,71***
Anzahl Sexualpartnerinnen und -partner (n=3.206)	B=0,36*	B=0,34
Grundsätzlich Kondomnutzung vs. gelegentlich[5,6] (n=3.177)	RRR=0,95	OR=1,00
Keine Kondomnutzung vs. gelegentlich[5,6] (n=3.177)	RRR=0,96	OR=0,98
Risiko für ungeplante Kinder (n=340)[7]	OR=0,38*	OR=0,33*

B=Beta-Koeffizient, OR=Odds Ratio, RRR=Relative Risk Ratio, MHI=Mental Health Inventory, PHQ=Patient Health Questionnaire, SCOFF=Sick, Control, One, Fat, Food, PWI-A=Personal Wellbeing Index, SF=Short-Form Health Survey, ISCED=International Standard Classification of Education, Audit-C=Alcohol use disorders identification test – Consumption

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

[1] Modell 1 ohne und Modell 2 mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung

[2] Alle Modelle adjustiert für Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Migrationshintergrund und internalisierende Auffälligkeiten

[3] OR für kategoriale Outcomes (binäre logistische Regression), RRR für kategoriale Outcomes (multinomiale logistische Regression), B für metrische Outcomes (lineare Regression); negative Koeffizienten zeigen eine gegenläufige, positive Koeffizienten eine gleichsinnige Assoziation des Prädiktors mit dem jeweiligen Outcome an

[4] mit Adjustierung für Schutzfaktoren

[5] Modelle zusätzlich adjustiert für quadratischen Altersterm

[6] Modelle zusätzlich adjustiert für feste Partnerschaft und Anzahl der Sexualpartnerinnen und -partner

[7] geringere Fallzahl filterbedingt

Personen mit externalisierenden Auffälligkeiten in der Kindheit oder Jugend haben durchschnittlich einen geringeren Bildungserfolg, rauchen häufiger und haben im Durchschnitt mehr Sexualpartnerinnen beziehungsweise -partner.

4. Diskussion

Internalisierende und externalisierende psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sind nach den Daten der KiGGS-Kohorte eng mit Einschränkungen der psychischen Gesundheit, der Lebensqualität, dem Bildungserfolg, gesundheitlichem Risikoverhalten sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit im späteren (jungen) Erwachsenenalter verbunden.

Psychosoziale Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend können die Zusammenhänge psychischer Auffälligkeiten mit einigen ungünstigen Entwicklungsausgängen verringern.

Internalisierende Auffälligkeiten

Personen mit vorwiegend internalisierenden Problemen in Kindheit oder Jugend haben laut den Daten der KiGGS-Kohorte im jungen Erwachsenenalter häufig eine schlechtere psychische Gesundheit und weisen eine geringere Lebenszufriedenheit sowie psychische und körperliche Lebensqualität auf. Ähnliche Zusammenhänge zeigten sich auch in einer US-amerikanischen Längsschnittstudie [15]. Dort wiesen Personen mit internalisierenden Auffälligkeiten im Alter von fünf bis zwölf Jahren im jungen Erwachsenenalter ebenfalls eine geringere körperliche und psychische Lebensqualität auf, sie waren zudem weniger körperlich aktiv und hatten häufiger Essstörungssymptome. Dies traf insbesondere für junge Frauen zu [15]. Weitere internationale Studien zeigen, dass internalisierende Probleme in Kindheit und Jugend oftmals stabil bis in das Erwachsenenalter sind [14, 46]. So zeigen die Ergebnisse einer US-amerikanischen Studie über einen Beobachtungszeitraum von 30 Jahren, dass bereits Temperamentsunterschiede im Kleinkindalter mit internalisierenden Problemen im Erwachsenenalter verbunden sein können. Kinder, die im Alter von 14 Monaten schüchtern oder ängstlich waren, waren im Erwachsenenalter häufiger introvertiert, hatten mehr soziale Probleme, mehr depressive und mehr Angstsymptome [14]. Zusammenhänge zwischen internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend und dem späteren Bildungsstatus zeigen sich in den Daten der KiGGS-Kohorte nicht. Auch in anderen Studien wurden hinsichtlich des Bildungserfolgs keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne internalisierende Probleme gefunden [47].

Für Teilnehmende der KiGGS-Kohorte mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend zeigt sich kein höheres Risiko für Alkohol- und Tabakkonsum im jungen Erwachsenenalter. Riskanter Alkoholkonsum ist nach den KiGGS-Daten sogar geringer als bei nichtauffälligen Kindern und Jugendlichen. Auch in einer australischen Längsschnittstudie wiesen Kinder mit internalisierenden Auffälligkeiten im Alter von fünf Jahren in der Adoleszenz (14 Jahre) eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, zu rauchen als nichtauffällige Kinder [49]. In einer finnischen Kohortenstudie war der Konsum von Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder anderen illegalen Drogen ebenfalls nicht mit internalisierenden Problemen in der Kindheit assoziiert [50].

Die Daten der KiGGS-Studie zeigen außerdem, dass Personen mit internalisierenden Problemen in Kindheit oder Jugend im jungen Erwachsenenalter weniger häufig in einer festen Partnerschaft sind. Obwohl Personen mit internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend durchschnittlich später sexuell aktiv werden, haben sie häufiger ungeplant Kinder. Ein Zusammenhang zwischen internalisierenden Problemen und früher Elternschaft wurde in

mehreren Studien gefunden, sowohl für junge Mütter wie für junge Väter [51, 52]. Allerdings bestehen offenbar unterschiedliche Zusammenhänge für Mädchen und Jungen mit internalisierenden Auffälligkeiten. Beispielsweise machten Jungen, die im Alter von acht bis zehn Jahren internalisierende Auffälligkeiten aufwiesen, frühe erste sexuelle Erfahrungen, während dies bei Mädchen nicht der Fall war [54]. Auch werden in der Literatur weitere Zusammenhänge zwischen internalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend mit sexueller und reproduktiver Gesundheit beschrieben. So waren in einer neuseeländischen Längsschnittstudie internalisierende Probleme mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von frühem ersten Geschlechtsverkehr und mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für ein riskantes Sexualverhalten im jungen Erwachsenenalter wie häufig wechselnde Sexualpartnerinnen oder -partner oder Nichtverwendung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr verbunden [55].

Externalisierende Auffälligkeiten

Externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend stehen aufgrund ihrer erheblichen Konsequenzen für den weiteren Lebensverlauf seit langem im Fokus entwicklungspsychopathologischer Forschung [56]. Aus der Literatur ist bekannt, dass – wie auch in der KiGGS-Studie – externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend mit höheren Risiken sowohl für Depressivität und Angstsymptome als auch für externalisierende Störungen wie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), substanzbezogene Störungen oder antisoziale Persönlichkeitsstörung einhergehen [57, 58]. Auch weisen Personen mit einem hohen stabilen Verlauf externalisierender Auffälligkeiten im Alter von 1,5 bis 14,5 Jahren im jungen Erwachsenenalter eine signifikant geringere Lebenszufriedenheit auf, wie eine Studie aus Norwegen zeigen konnte [59]. Die Ergebnisse des vorliegenden Beitrags stehen auch in Einklang mit der niederländischen TRAILS-Studie, in der Zusammenhänge zwischen externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend mit geringerem späteren Bildungserfolg gezeigt werden konnten [47]. Kinder oder Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten hatten ein signifikant erhöhtes Risiko, im Erwachsenenalter zu rauchen, jedoch nicht für riskanten Alkoholkonsum. Nach den Daten der BELLA-Studie (**BE**fragung zum see**L**ischen Woh**L**befinden und Verh**A**lten), dem inhaltlichen Vertiefungsmodul zur psychischen Gesundheit der KiGGS-Studie, die parallel zur KiGGS Welle 1 erhoben wurde, ist das Risiko, im jungen Erwachsenenalter riskanten Alkoholkonsum aufzuweisen, für Personen mit früheren externalisierenden Auffälligkeiten 1,6-fach höher als für Personen ohne Verhaltensauffälligkeiten [1]. Für Kinder oder Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten ist nach den KiGGS-Daten die Wahrscheinlichkeit, früh sexuell aktiv zu werden, signifikant erhöht, sie waren aber nicht seltener in einer festen Partnerschaft als in der Kindheit unauffällige Personen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in der bereits erwähnten neuseeländischen Kohortenstudie, wo externalisierende Auffälligkeiten im Kindesalter eng mit einer frühen Aufnahme des Geschlechtsverkehrs (vor Vollendung des 16. Lebensjahres) sowie mit Geschlechtsverkehr ohne Kondomnutzung und mit häufigeren Partnerwechseln verbunden war [54, 55]. Dabei war insbesondere für Jungen ein früher Beginn externalisierender Auffälligkeiten im Alter von fünf

Jahren prädiktiv für einen frühen Beginn sexueller Aktivität (vor Vollendung des 16. Lebensjahres) [54].

Effekte von Schutzfaktoren

Die vorliegende Studie gehört zu den wenigen, die die Effekte von Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend auf den Zusammenhang internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend auf mögliche Entwicklungsausgänge im jungen Erwachsenenalter untersucht. Die Ergebnisse der vorliegenden Analysen zeigen, dass sich die Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend am stärksten hinsichtlich der späteren psychischen Gesundheit, Lebenszufriedenheit und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bemerkbar macht. Dies trifft sowohl für Kinder und Jugendliche mit internalisierenden als auch externalisierenden Auffälligkeiten zu. In gewissem, wenn auch eher geringem Ausmaß scheinen Schutzfaktoren bei Personen mit externalisierenden Auffälligkeiten auch die Risiken für einen niedrigen (versus mittleren) Bildungsstatus zu mildern. Insgesamt bleiben die Risiken für einen geringeren Bildungserfolg bei Vorliegen von externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend trotz Kontrolle von bereits bekannten intervenierenden Faktoren wie Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischem Status bestehen. In gewissem Ausmaß scheint auch die sexuelle und reproduktive Gesundheit mit der Verfügbarkeit psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend zusammenzuhängen. Kinder oder Jugendliche mit internalisierenden Auffälligkeiten haben bei Berücksichtigung der Schutzfaktoren in Kindheit oder Jugend die gleichen Wahrscheinlichkeiten, als junge Erwachsene in einer Partnerschaft zu sein wie unauffällige Kinder und Jugendliche. Allerdings beeinflussen die Schutzfaktoren nicht die höhere Wahrscheinlichkeit ungeplante Kinder zu haben. Für Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Auffälligkeiten entfällt die Signifikanz für eine höhere Anzahl an Sexualpartnerinnen und -partnern nach Berücksichtigung der Schutzfaktoren. Hier wie dort zeigen sich Ansatzpunkte für sexualpädagogische Interventionen, auch mit Berücksichtigung psychosozialer Ressourcen. Das Risiko für ungeplante Kinder ist bei Teilnehmenden mit externalisierenden Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend überraschender Weise geringer als bei unauffälligen Teilnehmenden, ohne und mit Berücksichtigung von Schutzfaktoren. Aus einer noch unveröffentlichten Analyse mit den Daten der KiGGS-Kohorte geht hervor, dass beispielsweise Personen mit einer ADHS-Diagnose in Kindheit oder Jugend eine neunfach erhöhte Wahrscheinlichkeit aufweisen, ungeplante Kinder zu haben. An dieser Stelle sind weitere Analysen mit den KiGGS-Daten erforderlich.

Die Schutzfaktoren wurden in den vorliegenden Analysen in ihrer Gesamtheit betrachtet und nicht hinsichtlich ihrer verschiedenen Dimensionen. Dies bleibt zukünftigen Analysen vorbehalten. Aus weiteren Studien ist jedoch bekannt, dass Schutzfaktoren und sowohl Vorliegen internalisierender als auch externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend positive Effekte für die spätere psychische Gesundheit und Lebensqualität haben. Beispielsweise zeigt eine Metaanalyse von 57 randomisierten kontrollierten Studien zu den Effekten von Interventionen, die sich auf die Stärkung personaler Schutzfaktoren fokussieren, dass eine Stärkung der Resilienz von Kindern und Jugendlichen einen protektiven Effekt hinsichtlich der

Entwicklung von späteren psychischen Problemen hat. Besonders die Entwicklung internalisierender Auffälligkeiten kann durch eine Förderung von personalen Schutzfaktoren während Kindheit und Jugend offenbar signifikant verringert werden [60]. Aber familiären und sozialen Schutzfaktoren kommt eine wichtige Funktion dabei zu, Risiken für die körperliche und psychische Gesundheit abzumildern. So erwiesen sich familiäre Schutzfaktoren in einer US-amerikanischen Längsschnittstudie als protektiv gegenüber den negativen Effekten von Gewalterfahrungen in der Kindheit hinsichtlich der Entwicklung von externalisierenden Problemen [61].

Limitationen und Stärken

Die vorliegenden Analysen weisen eine Reihe von Einschränkungen auf. Aus Fallzahlgründen in der Gruppe der jungen Erwachsenen wurde nur auf die Daten aus dem ersten und dritten vorliegenden Messzeitpunkt der KiGGS-Kohorte zurückgegriffen. Trotz des Längsschnittcharakters der Daten dürfen die Ergebnisse daher nicht kausal interpretiert werden, auch wenn inhaltlich einiges für eine solche Effektrichtung spricht. Die Stichprobe der KiGGS-Kohorte beruht auf den Teilnehmenden der bundesweit repräsentativen KiGGS-Basiserhebung. Die Repräsentativität einer Kohorte ist jedoch mit fortschreitender Zeit aus unterschiedlichen Gründen eingeschränkt, zum Beispiel durch Panelerstarrung wie Veränderungen des Familienstands, die Geburt von Kindern oder Veränderung im Berufs- und Bildungsstatus oder durch Panelmortalität, also Veränderungen in der Zusammensetzung der Stichprobe aufgrund des selektiven Ausscheidens von Teilnehmenden. Beispielsweise liegt der Anteil von Personen mit initial niedrigem SES mit 10 % in der Kohorte nur noch halb so hoch wie in der Ausgangsstichprobe. Allerdings wurden die vorliegenden Analysen für diese Ausfälle gewichtet und zusätzlich sämtliche Analysen für den SES kontrolliert. Diese Analysen stellen einen ersten Überblick über Korrelate und mögliche Folgen internalisierender und externalisierender Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend sowie der möglichen Rolle psychosozialer Schutzfaktoren dar. Die Adjustierung der jeweiligen Modelle mit den Schutzfaktorskalen lässt keine Aussage darüber zu, ob die untersuchten Risiken (internalisierende bzw. externalisierende Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend) durch die Schutzfaktoren abgepuffert werden. Für derartige Aussagen ist mit Interaktionsanalysen ein anderer Analyseansatz erforderlich. Es können jedoch Aussagen getroffen werden, dass eine Förderung psychosozialer Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend mit einer Verbesserung einiger Entwicklungsoutcomes einhergehen kann.

Stärken der vorliegenden Analysen liegen unter anderem im Kohortenansatz, der Nachverfolgung von Teilnehmenden über einen Zeitraum von elf Jahren, in der Vielzahl zur Verfügung stehender Indikatoren sowie in der Stichprobe, die es erstmals ermöglicht, längsschnittliche Daten zur Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten auf bundesweiter Ebene zu untersuchen.

Fazit

Zusammenfassend zeigen die vorliegenden Daten der KiGGS-Kohorte, dass sowohl internalisierende als auch externalisierende psychische Auffälligkeiten in Kindheit

oder Jugend mit der späteren psychischen Gesundheit, Lebenszufriedenheit und Lebensqualität sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in engem Zusammenhang stehen. Externalisierende Auffälligkeiten sind zudem mit geringerem Bildungserfolg und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter zu rauchen, verbunden. Psychische Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend können somit die Chancen für ein gesundes und sozial erfolgreiches Leben Betroffener zum Teil erheblich beeinträchtigen. Die Ergebnisse dieser Analysen legen die Notwendigkeit früher Prävention und Intervention bei Vorliegen psychischer Auffälligkeiten in Kindheit oder Jugend nahe, um die vielfältigen Risiken für die Betroffenen im Erwachsenenalter abzumildern. Die in den Analysen aufgezeigten Effekte psychosozialer Schutzfaktoren verweisen dabei auf mögliche Chancen einer ressourcenorientierten Prävention und Intervention. Weitere Analysen zu möglicherweise differenziellen Effekten der einzelnen Schutzfaktordimensionen (personal, familiär, sozial) sind hierzu noch erforderlich.

Korrespondenzadresse
Dr. Robert Schlack
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchlackR@rki.de

Zitierweise
Schlack R, Peerenboom N, Neuperdt L, Junker S, Beyer AK (2021) Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 6(4):3–20. DOI 10.25646/8862

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat die KiGGS-Basiserhebung (Nr. 101/2000) und die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover KiGGS Welle 2 (Nr. 22752014) unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und den Studien zugestimmt. Die Teilnahme an den Studien war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

Die KiGGS-Studie wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Haller AC, Klasen F, Petermann F et al. (2016) Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindh Entwickl 25(1):31–40
2. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. Current Opinion in Psychiatry 20(4):359–364

3. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L et al. (2015) Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. JAMA psychiatry 72(9):892–899
4. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al. (2009) Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Archives of general psychiatry 66(7):764–772
5. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al. (2003) Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Archives of general psychiatry 60(7):709–717
6. Bao L, Brownlie EB, Beitchman JH (2016) Mental health trajectories from adolescence to adulthood: Language disorder and other childhood and adolescent risk factors. Dev Psychopathol 28(2):489–504
7. Döpfner M (2013) Klassifikation und Epidemiologie psychischer Störungen. In: Petermann F (Hrsg) Lehrbuch der klinischen Kinderpsychologie. Hogrefe, Göttingen, S. 31–53
8. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA et al. (2016) Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 55(8):647–656
9. Colder CR, Frndak S, Lengua LJ et al. (2018) Internalizing and Externalizing Problem Behavior: a Test of a Latent Variable Interaction Predicting a Two-Part Growth Model of Adolescent Substance Use. J Abnorm Child Psychol 46(2):319–330
10. McLeod JD, Uemura R, Rohrman S (2012) Adolescent mental health, behavior problems, and academic achievement. Journal of health and social behavior 53(4):482–497
11. Nivard MG, Lubke GH, Dolan CV et al. (2017) Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing disorders between childhood and adolescence. Dev Psychopathol 29(3):919–928
12. Sharpe H, Patalay P, Fink E et al. (2016) Exploring the relationship between quality of life and mental health problems in children: implications for measurement and practice. European child & adolescent psychiatry 25(6):659–667
13. Sallis H, Szekely E, Neumann A et al. (2019) General psychopathology, internalising and externalising in children and functional outcomes in late adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 60(11):1183–1190
14. Tang A, Crawford H, Morales S et al. (2020) Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. Proc Natl Acad Sci U S A 117(18):9800–9807
15. Jamnik MR, DiLalla LF (2019) Health outcomes associated with internalizing problems in early childhood and adolescence. Frontiers in psychology 10:60
16. Werner EE (2005) What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? Handbook of resilience in children. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, NY, US, S. 91–105
17. Petermann F, Schmidt MH (2006) Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? (A basic concept of developmental psychology and developmental psychopathology.). Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie 15(2):118–127
18. Werner EE, Smith RS (2001) Jouneys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery. Cornell University Press., Ithaka
19. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl 50(5):800–809
20. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P et al. (2012) Die KiGGS-Studie. Bundesweit repräsentative Längs- und Querschnittstudie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 55(6):836–842
21. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. Journal of Health Monitoring 2(S3):2–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2806 (Stand: 28.09.2021)
22. Kurth BM (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Ein Überblick über Planung, Durchführung und Ergebnisse unter Berücksichtigung von Aspekten eines Qualitätsmanagements. Bundesgesundheitsbl 50(5):533–546
23. Kurth BM, Kamtsiuris P, Hölling H et al. (2008) The challenge of comprehensively mapping children's health in a nation-wide health survey: Design of the German KiGGS-Study. BMC Public Health 8(1):196
24. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82–96. https://edoc.rki.de/handle/176904/3041 (Stand: 28.09.2021)

25. Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):97–113. https://edoc.rki.de/handle/176904/3042 (Stand: 28.09.2021)

26. Mauz E, Lange M, Houben R et al. (2019) Cohort profile: KiGGS cohort longitudinal study on the health of children, adolescents and young adults in Germany. International Journal of Epidemiology 49(2):375–375k

27. Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines 38(5):581–586

28. Woerner W, Becker A, Rothenberger A (2004) Normative data and scale properties of the German parent SDQ. European Child & Adolescent Psychiatry 13(2):ii3–ii10

29. Haller AC, Klasen F, Petermann F et al. (2016) Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 25(1):31–40

30. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB (2010) When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): data from British parents, teachers and children. J Abnorm Child Psychol 38(8):1179–1191

31. Schwarzer R (2003) SWE – Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung. In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg) Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen

32. Schwarzer R, Jerusalem M (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen. Freie Universität, Berlin

33. Grob A, Lüthi R, Kaiser FG et al. (1991) Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). The Bern Subjective Well-Being Questionnaire for Adolescents (BFW). Diagnostica 37(1):66–75

34. Kern R, Rasky E, Noack RH (1995) Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Forschungsbericht 95/1. Karl-Franzens-Universität, Graz

35. Schneewind KA, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familiendiagnostisches Testsystem (FDTS). Berichte 1/1985 bis 9.2/1985. Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, München

36. Donald CA, Ware JE, United States. Department of Health and Human Services. et al. (1982) The quantification of social contacts and resources. Health insurance experiment series. Rand Corporation, Santa Monica, CA

37. Cuijpers P, Smits N, Donker T et al. (2009) Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. Psychiatry Res 168(3):250–255

38. Kroenke K, Spitzer RL (2002) The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. Psychiatric Annals 32(9):509–515

39. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB (2001) The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. Journal of general internal medicine 16(9):606–613

40. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S et al. (2002) PHQ-D. Gesundheitsfragebogen für Patienten. Manual. Komplettversion und Kurzform. Autorisierte deutsche Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)". https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf (Stand: 28.09.2021)

41. Morgan JF, Reid F, Lacey JH (1999) The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. BMJ 319(7223):1467–1468

42. Bullinger M, Kirchberger I, Ware J (1995) Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 3(1):21–36

43. Group IW (2013) Personal Wellbeing Index: 5th Edition. Australian Centre on Quality of Life, Deakin University, Melbourne

44. UNESCO Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education: ISCED 2011. UIS, Montreal, S. 85

45. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Archives of internal medicine 158(16):1789–1795

46. Betts KS, Baker P, Alati R et al. (2016) The natural history of internalizing behaviours from adolescence to emerging adulthood: findings from the Australian Temperament Project. Psychol Med 46(13):2815–2827

47. Veldman K, Reijneveld SA, Ortiz JA et al. (2015) Mental health trajectories from childhood to young adulthood affect the educational and employment status of young adults: results from the TRAILS study. J Epidemiol Community Health 69(6):588–593

48. Dekker MC, Ferdinand RF, Van Lang ND et al. (2007) Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. Journal of Child Psychology and Psychiatry 48(7):657–666

49. Fischer JA, Najman JM, Williams GM et al. (2012) Childhood and adolescent psychopathology and subsequent tobacco smoking in young adults: findings from an Australian birth cohort. Addiction 107(9):1669–1676

50. Miettunen J, Murray G, Jones P et al. (2014) Longitudinal associations between childhood and adulthood externalizing and internalizing psychopathology and adolescent substance use. Psychological medicine 44(8):1727

51. Moore DR, Florsheim P (2001) Interpersonal processes and psychopathology among expectant and nonexpectant adolescent couples. Journal of Consulting and Clinical Psychology 69(1):101

52. Brown JD, Harris SK, Woods ER et al. (2012) Longitudinal study of depressive symptoms and social support in adolescent mothers. Maternal and child health journal 16(4):894–901

53. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL et al. (1997) Social consequences of psychiatric disorders, II: Teenage parenthood. American Journal of Psychiatry 154(10):1405–1411

54. Skinner SR, Robinson M, Smith MA et al. (2015) Childhood behavior problems and age at first sexual intercourse: a prospective birth cohort study. Pediatrics 135(2):255–263

55. Ramrakha S, Bell ML, Paul C et al. (2007) Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: A birth cohort study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 46(10):1272–1279

56. Achenbach T, Rescorla L (2016) Devlopemtatal Issues in Assessment, Taxonomy, and Diagnosis of Psychopathology: Life Span and Multicultural Perspectives. In: Cichetti D (Hrsg) Developmental Psychopathology Volume One: Theory and Method. Wiley, Hoboken, New Jersey, S. 46–93

57. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R et al. (2018) The trajectories of internalizing and externalizing problems from early childhood to adolescence and young adult outcome. J Child Adolesc Psych 2(3):7–12

58. Reef J, Diamantopoulou S, van Meurs I et al. (2011) Developmental trajectories of child to adolescent externalizing behavior and adult DSM-IV disorder: results of a 24-year longitudinal study. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 46(12):1233–1241

59. Kjeldsen A, Nilsen W, Gustavson K et al. (2016) Predicting Well-Being and Internalizing Symptoms in Late Adolescence From Trajectories of Externalizing Behavior Starting in Infancy. J Res Adolesc 26(4):991–1008

60. Dray J, Bowman J, Campbell E et al. (2017) Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 56(10):813–824

61. Lansford JE, Malone PS, Stevens KI et al. (2006) Developmental trajectories of externalizing and internalizing behaviors: Factors underlying resilience in physically abused children. Development and psychopathology 18(1):35

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8864
Robert Koch-Institut, Berlin

Claudia Schmidtke[1], Raimund Geene[2], Heike Hölling[1], Thomas Lampert[†]

[1] Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
[2] Berlin School of Public Health, Alice Salomon Hochschule, Berlin

Eingereicht: 18.06.2021
Akzeptiert: 13.07.2021
Veröffentlicht: 08.12.2021

Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2

Abstract

Psychische Auffälligkeiten zählen zu den häufigsten Belastungen im Kindes- und Jugendalter. Psychosoziale Ressourcen können einen protektiven Effekt zur Verhinderung ihrer Entstehung und Verminderung ihrer Ausprägungen haben. Dieser Zusammenhang wird hier nach sozialem Status bei 11- bis 17-Jährigen untersucht. Als Datengrundlage dient die zweite Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017). Psychische Auffälligkeiten wurden über Strengths and Difficulties Questionnaires erhoben; psychosoziale Ressourcen über Selbstangaben zu personalen, familiären und sozialen Ressourcen; der Sozialstatus über einen mehrdimensionalen Index, der auf Angaben der Eltern zu Bildung, beruflicher Stellung und Einkommen basiert. Die Analysen zeigen, dass 11- bis 17-Jährige, die über psychosoziale Ressourcen verfügen, seltener psychisch auffällig sind (weitgehend unabhängig von ihrem sozialen Status) und dass ein niedriger Sozialstatus häufiger mit psychischen Auffälligkeiten assoziiert ist als ein höherer. Auch die Verteilung der Ressourcen zeigt Unterschiede zuungunsten derer aus sozial schlechter gestellten Familien. Die Ergebnisse unterstreichen damit die Bedeutung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, die auf die Stärkung von Ressourcen zielen. Die Maßnahmen sollten zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit beitragen, indem sie auf die Bedarfe benachteiligter Bevölkerungsgruppen ausgerichtet werden.

PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN · PSYCHOSOZIALE RESSOURCEN · KIGGS WELLE 2 · GESUNDHEITSFÖRDERUNG

1. Einleitung

Die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung werden bereits früh gestellt. Aus Sicht der Lebenslaufepidemiologie spielen psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter eine wichtige Rolle für die Gesundheit im späteren Leben. Es besteht ein hohes Risiko, dass sich Auffälligkeiten als Störung manifestieren und chronifizieren sowie verschiedene Komorbiditäten entwickelt werden [1, 2, 3]. Gleichzeitig ist hinsichtlich psychischer Auffälligkeiten ein ausgeprägter sozialer Gradient festzustellen, mit einem erhöhten Risiko für Kinder und Jugendliche aus den niedrigen Statusgruppen [4, 5].

Psychosoziale Ressourcen im Sinne von personalen, familiären und sozialen Ressourcen sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig, da sie die psychische Gesundheit als Schutzfaktoren positiv beeinflussen können. Diese protektiven Eigenschaften können dazu beitragen, das

Auftreten psychischer Auffälligkeiten zu verhindern oder dass sich psychisch auffällige Kinder und Jugendliche dennoch zu psychisch gesunden Erwachsenen entwickeln [6]. Allerdings ist bekannt, dass Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen seltener über diese Ressourcen verfügen als solche aus sozial bessergestellten Familien.

Der Zusammenhang zwischen psychischen Auffälligkeiten, psychosozialen Ressourcen und sozialem Status ist für die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention ein zentraler Gedanke, auch in Bezug auf gesundheitliche Chancengleichheit. Zu verweisen ist unter anderem auf die gesetzliche Zielvorgabe einer „Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheiten von Gesundheitschancen", das im Präventionsgesetz formuliert ist [7, 8], das ebenfalls im Präventionsgesetz vorgegebene Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung" [8, 9, 10] sowie auf den Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit [11].

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) liefert Daten zum körperlichen und psychischen Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen, die auch umfassend auf Soziallagenbezug analysiert sind [4, 5, 12, 13]. Die vorliegende Arbeit soll als ergänzende Auswertung den Zusammenhang von sozialem Status, psychischen Auffälligkeiten und personalen, sozialen und familiären Ressourcen untersuchen, insbesondere inwieweit auch Kinder aus sozial benachteiligten Familien von entsprechenden Ressourcen profitieren. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden drei Fragen untersucht: 1. Welche Bedeutung kommt psychosozialen Ressourcen für das Risiko von psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen zu? 2. Sind sozialstatusspezifische Unterschiede in der Verfügbarkeit von psychosozialen Ressourcen zu erkennen? 3. Welchen Effekt hat der soziale Status auf die Beziehung von Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten?

2. Methode

2.1 Datengrundlage

Für die Analysen wurden Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2) herangezogen, die in den Jahren 2014 bis 2017 erhoben wurden. Die KiGGS-Studie ist seit 2003 Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) und besteht unter anderem aus wiederholt durchgeführten, für Deutschland repräsentativen Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. KiGGS Welle 2 fand, wie die KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey statt. KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurde als telefonischer Befragungssurvey konzipiert und durchgeführt.

Die Grundgesamtheit der Querschnittdaten von KiGGS Welle 2 bilden 0- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland. Die Stichprobenziehung erfolgte über Einwohnermeldeämter und anschließender Einladung der zufällig ausgewählten Kinder und Jugendlichen aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung. Insgesamt nahmen 15.023 Studienpersonen (7.538 Mädchen, 7.485 Jungen) an der Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 teil. Die Teilnahmequote betrug

40,1 %. Zusätzlich beteiligten sich 3.567 Kinder und Jugendliche am Untersuchungsprogramm (1.801 Mädchen, 1.766 Jungen; Teilnahmequote: 41,5 %) [14]. Für die vorliegende Arbeit wurden 3.423 Mädchen und 3.176 Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren in die Analysen eingeschlossen.

2.2 Untersuchungsvariablen

Psychische Auffälligkeiten wurden in KiGGS Welle 2 anhand von Elternangaben des Strengths and Difficulties Questionnaires (SDQ) erfasst, einem Symptomfragebogen, der insgesamt 25 Items beinhaltet. Diese beziehen sich auf fünf Subskalen mit jeweils fünf Items, und zwar auf die vier Problemskalen Emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und die Stärkedimension Prosoziales Verhalten. Im Folgenden werden allerdings nur die vier Problemskalen des Fragebogens verwendet. Hierbei bewerteten die Eltern insgesamt 20 Aussagen bezüglich ihrer Kinder. Aus den Antworten nicht zutreffend (0), teilweise zutreffend (1) oder eindeutig zutreffend (2) wurde ein Punktwert errechnet. Kinder und Jugendliche mit einem über alle Bereiche summierten Gesamtwert von bis zu zwölf Punkten werden als psychisch unauffällig, mit einem Punktwert zwischen 13 und 16 als grenzwertig auffällig und ab einem Grenzwert von 16 als psychisch auffällig eingestuft [3, 12, 15]. Teilnehmende, die nach dem SDQ-Gesamtproblemwert als grenzwertig auffällig oder auffällig gelten, wurden als Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zusammengefasst [12].

Psychosoziale Ressourcen wurden anhand verschiedener Items abgefragt und können in personale, familiäre und soziale Ressourcen unterteilt werden [13, 16]. Die entsprechenden Daten und Ergebnisse umfassen ausschließlich Selbstangaben der 11- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen.

Personale Ressourcen wurden über eine aus fünf Items bestehende Skala mit vierstufigen Antwortvorgaben erfasst. Diese Items basieren auf der Selbstwirksamkeitsskala von Schwarzer und Jerusalem (z. B. „für jedes Problem kann ich eine Lösung finden“) [17], der Optimismusskala des Berner Fragebogens zum Wohlbefinden (z. B. „meine Zukunft sieht gut aus“) [18] und der Children´s Sense of Coherence-Scale (z. B. „die Dinge, die ich jeden Tag mache, bereiten mir Freude und sind lustig“) [19]. Gemessen werden Merkmale der Persönlichkeit, wie zum Beispiel der Kohärenzsinn (das Gefühl der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und das Gefühl der Sinnhaftigkeit) oder dispositioneller Optimismus (generelle Zuversicht, dass sich Dinge positiv entwickeln, unabhängig von vorausgegangenen Erfahrungen). Ein weiteres Merkmal bildet die allgemeine Selbstwirksamkeit, also die generelle Überzeugung, selbst über notwendige Kompetenzen zu verfügen, um mit Herausforderungen umgehen zu können [20].

Familiäre Ressourcen wurden anhand einer modifizierten Version der Familienklima-Skala nach Schneewind et al. [21] erhoben. Diese wurde in neun Items mit ebenfalls vierstufigen Antwortmöglichkeiten zusammengefasst. Von Bedeutung sind hier insbesondere Aspekte des Familienklimas, wie der familiäre Zusammenhalt und das Erziehungsverhalten der Eltern (z. B. „wir kommen wirklich alle gut miteinander aus“ oder „in unserer Familie geht jeder auf die Sorgen und Nöte des anderen ein“) [20].

Soziale Ressourcen wurden über eine deutsche Übersetzung der Social Support Scale [22] anhand von acht Items

erhoben. Die fünfstufigen Antwortkategorien wurden mit Werten von 1 bis 5 codiert. Abgefragt wird die von Gleichaltrigen und Erwachsenen erfahrene oder verfügbare soziale Unterstützung in Form von Zuhören und Zuneigung, über Unterstützung und Hilfe zur Problemlösung sowie die Möglichkeit, gemeinsam Dinge zu unternehmen [20].

Insgesamt wurden die Itemwerte so codiert, dass ein höherer Wert eine bessere Verfügbarkeit von Ressourcen bedeutet. Sie wurden summiert und in Werte zwischen 0 und 100 transformiert. Ausgehend von einer Beurteilung der Iteminhalte wurden unter Berücksichtigung der in der KiGGS-Stichprobe ermittelten Antwortverteilungen Cut-off-Werte bestimmt und die Skalenwerte in die Kategorien „unauffällig beziehungsweise normal", „unterdurchschnittlich beziehungsweise grenzwertig" und „deutliche Defizite" eingeteilt [13, 20]. Für die binär logistischen Regressionen (siehe Kapitel 2.3 Statistische Analysen) wurden Dummys erstellt. Die Kategorien „unauffällig beziehungsweise normal" und „unterdurchschnittlich beziehungsweise grenzwertig" wurden zusammengefasst und als „mittel/viel" gelabelt. „Deutliche Defizite" wurden als „wenig" gelabelt.

Der Sozioökonomische Status (SES) wird in KiGGS Welle 2 anhand eines mehrdimensionalen Index erfasst, der sich als Punktsummenscore aus Angaben der Eltern zu Bildung (Schulbildung und berufliche Qualifikation) und beruflicher Stellung sowie zum bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) zusammensetzt [23].

In jeder Einzeldimension werden nach einem festgelegten Schema Punktwerte von eins bis sieben vergeben. Die Angaben werden von Mutter und Vater erhoben, und es werden bei der Bildung und der beruflichen Stellung die jeweils höheren Punktwerte berücksichtigt. Alleinerziehende bekommen den entsprechenden Wert direkt zugewiesen. Es wird eine verteilungsbasierte Abgrenzung von drei Gruppen vorgenommen, nach der 20 % der Kinder und Jugendlichen der niedrigen (1. Quintil), 60 % der mittleren (2. bis 4. Quintil) und 20 % der hohen Statusgruppe (5. Quintil) zuzuordnen sind [23].

Eine detaillierte Beschreibung von KiGGS Welle 2 findet sich in der Ausgabe S3/2017 des Journal of Health Monitoring [16]. Eine genauere Darstellung des SES findet sich in der Ausgabe 1/2018 [23].

2.3 Statistische Analysen

Um die eingangs beschriebenen Fragestellungen zu untersuchen, wurde in vier aufeinander aufbauenden Schritten vorgegangen. In einem ersten Schritt wurde die Verteilung von psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen nach Sozialstatus untersucht. Anschließend wird die Verteilung von psychosozialen Ressourcen nach Sozialstatus betrachtet. Dabei wurde bei den psychosozialen Ressourcen stets nach personalen, familiären und sozialen Ressourcen unterschieden. In einem dritten Schritt wurde die Bedeutung von psychosozialen Ressourcen für das Auftreten von psychischen Auffälligkeiten untersucht. Schlussendlich wird überprüft, ob und inwiefern der soziale Status einen Effekt auf die Beziehung von Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten hat. Die Analysen wurden mit dem Statistikprogramm STATA 14.2 durchgeführt. Angegeben wurden Prävalenzen mit 95 %-Konfidenzintervallen. Außerdem wurden binär logistische Regressionen durchgeführt und Odds Ratios

Abbildung 1
Psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

Psychosoziale Ressourcen können die psychische Gesundheit als Schutzfaktoren positiv beeinflussen.

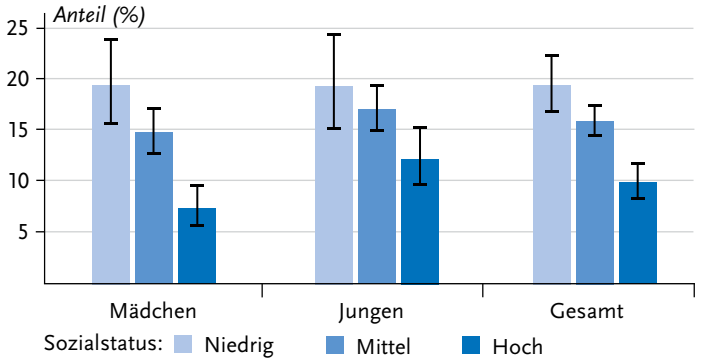
mit 95 %-Konfidenzintervallen ausgewiesen. Die Odds Ratios bringen zum Ausdruck, um welchen Faktor die statistische Chance, dass das entsprechende Outcome vorliegt, in der jeweils betrachteten Gruppe im Verhältnis zu einer definierten Referenzgruppe erhöht ist. Alle Berechnungen wurden mit einem Gewichtungsfaktor durchgeführt, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur hinsichtlich Alter in Jahren, Geschlecht, Bundesland, deutscher Staatsangehörigkeit sowie Bildungsverteilung der Eltern [24] korrigiert.

3. Ergebnisse

Nach den Daten von KiGGS Welle 2 sind 15,6 % der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland psychisch auffällig. Mit Blick auf den sozialen Status lassen sich hierbei deutliche Unterschiede feststellen. Insgesamt zeigen 19,4 % der 11- bis 17-Jährigen aus der niedrigen Statusgruppe psychische Auffälligkeiten im Vergleich zu 15,9 % aus der mittleren und 9,9 % aus der hohen Statusgruppe. Der soziale Gradient zeichnet sich bei beiden Geschlechtern deutlich ab, ist aber bei Mädchen noch etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen (Abbildung 1).

Abbildung 2, Abbildung 3 und Abbildung 4 ist die Verteilung psychosozialer Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in den verschiedenen Sozialstatusgruppen zu entnehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus der niedrigen Statusgruppe mit 27,3 % häufiger über wenige personale Ressourcen verfügen als Gleichaltrige der mittleren und der hohen Statusgruppe mit 18,4 % beziehungsweise 13,3 %. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt



insbesondere der mit 36,3 % hohe Anteil an Mädchen aus der niedrigen Statusgruppe auf, die über wenige personale Ressourcen verfügen. In der mittleren und hohen Statusgruppe ist dieser Anteil nur etwa halb so hoch. Bei Jungen sind die Unterschiede schwächer ausgeprägt, aber doch deutlich, zumindest im Vergleich der niedrigen zur hohen Statusgruppe (Abbildung 2).

Abbildung 2
Wenig personale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

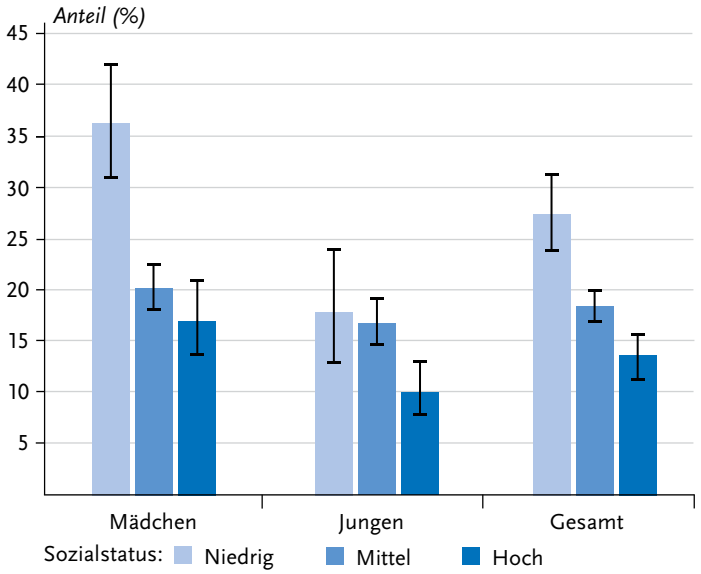
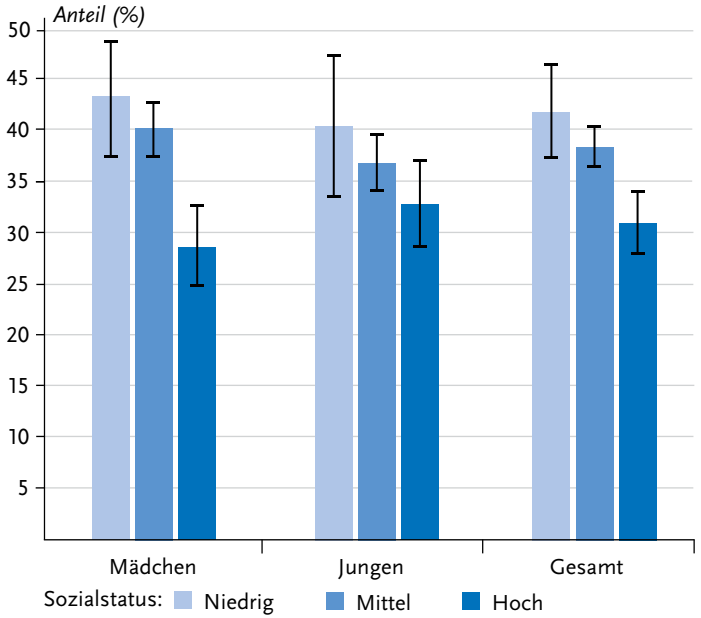


Abbildung 3
Wenig familiäre Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



Daten von KiGGS Welle 2 zeigen bei rund 16 % der 11- bis 17-Jährigen in Deutschland psychische Auffälligkeiten.

Etwas geringere Unterschiede zeigen sich bei den familiären Ressourcen. Von den Kindern und Jugendlichen aus der niedrigen Statusgruppe weisen 42,0 % wenige familiäre Ressourcen auf im Vergleich zu 38,5 % aus der mittleren und 31,0 % aus der hohen Statusgruppe. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung zeigt sich, dass der soziale Gradient bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt ist als bei Jungen. Zudem wird deutlich, dass in Bezug auf den Anteil derjenigen mit wenigen familiären Ressourcen die geschlechtsspezifischen Unterschiede gering sind und dies für alle Statusgruppen gilt (Abbildung 3).

Bei der Verteilung von sozialen Ressourcen bei 11- bis 17-Jährigen zeigt sich ein etwas stärker ausgeprägter Gradient mit 28,5 % in der niedrigen Statusgruppe gegenüber 19,2 % in der mittleren und 15,9 % in der hohen Statusgruppe. Dieser soziale Gradient wird sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen deutlich. Anders als bei den personalen Ressourcen fällt bei den sozialen Ressourcen auf, dass Jungen im Gegensatz zu Mädchen häufiger über wenige Ressourcen verfügen (Abbildung 4).

Um zu überprüfen, welchen Einfluss psychosoziale Ressourcen auf psychische Auffälligkeiten haben, werden zunächst psychische Auffälligkeiten nach Ressourcenverfügbarkeit bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen betrachtet. Die Daten von KiGGS Welle 2 zeigen, dass Kinder und Jugendliche insgesamt weniger psychische Auffälligkeiten aufweisen, wenn sie über mehr Ressourcen verfügen. Am stärksten ausgeprägt ist dies bei den personalen Ressourcen. Hier sind 31,7 % der Kinder und Jugendlichen, die über wenige Ressourcen verfügen, psychisch auffällig, aber nur 11,7 % der Gleichaltrigen mit mittleren/vielen Ressourcen. Etwas geringer sind die Unterschiede bei den sozialen und familiären Ressourcen. Diejenigen mit wenigen

Abbildung 4
Wenig soziale Ressourcen bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach sozioökonomischem Status
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

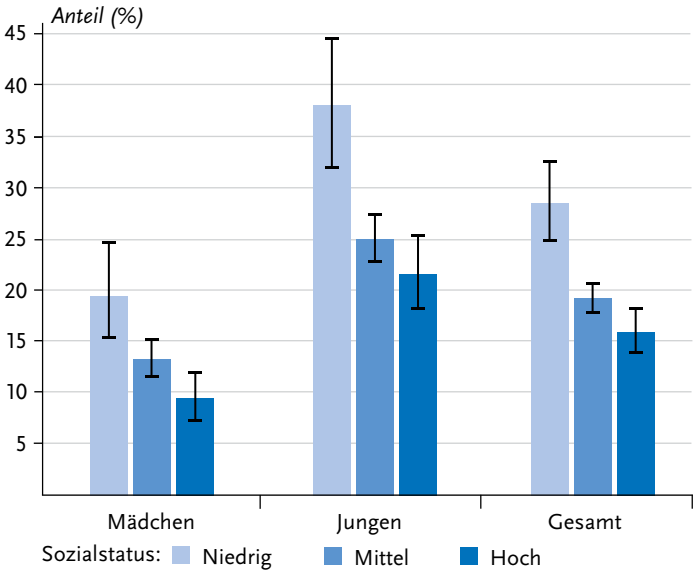


Tabelle 1
Psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen nach Ressourcen mittels binär logistischer Regressionen berechnete Odds Ratios
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Mädchen				Jungen				Gesamt			
	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Personale Ressourcen												
Wenig	26,7	(22,4–31,6)	3,2	(2,4–4,3)	38,7	(32,8–45,0)	4,2	(3,1–5,7)	31,7	(28,2–35,4)	3,7	(3,0–4,6)
Mittel/Viel	10,6	(8,9–12,7)		Ref.	12,7	(11,1–14,6)		Ref.	11,7	(10,6–13,0)		Ref.
Familiäre Ressourcen												
Wenig	20,3	(17,4–23,6)	2,2	(1,6–2,9)	23,2	(19,7–27,2)	2,1	(1,6–2,8)	21,8	(19,6–24,1)	2,4	(2,0–3,0)
Mittel/Viel	10,6	(8,6–13,0)		Ref.	12,5	(10,8–14,4)		Ref.	11,6	(10,2–13,1)		Ref.
Soziale Ressourcen												
Wenig	28,5	(23,2–34,5)	2,9	(2,1–4,0)	26,0	(21,1–31,6)	2,3	(1,7–3,0)	26,8	(23,4–30,6)	2,6	(2,1–3,2)
Mittel/Viel	12,2	(10,5–14,2)		Ref.	13,4	(11,8–15,2)		Ref.	12,8	(11,6–14,1)		Ref.

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenz

Die psychosozialen Ressourcen sind sozial deutlich ungleich verteilt. Besonders Mädchen aus der niedrigen Statusgruppe verfügen über wenig personale Ressourcen.

sozialen Ressourcen sind zu 26,8 % psychisch auffällig, von denen mit mittleren/vielen Ressourcen trifft dies auf 12,6 % zu. Kinder und Jugendliche mit wenigen familiären Ressourcen sind zu 21,8 % psychisch auffällig, jene mit mittleren/vielen familiären Ressourcen zu 11,6 %.

Eine geschlechtsspezifische Betrachtung zeigt, dass sich der Zusammenhang zwischen der Ressourcenverfügbarkeit und psychischen Auffälligkeiten sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen deutlich abzeichnet. Mit Blick auf die personalen Ressourcen ist der Zusammenhang bei Jungen etwas stärker ausgeprägt als bei Mädchen. Hinsichtlich der sozialen Ressourcen sind die Unterschiede bei Mädchen etwas größer als bei Jungen. Bei den familiären Ressourcen ist der Zusammenhang bei Mädchen und Jungen ähnlich ausgeprägt (Tabelle 1).

In Tabelle 2 ist der Zusammenhang zwischen psychosozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten bei 11- bis 17-Jährigen nach Sozialstatus dargestellt. Für alle drei Ressourcenarten zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche mit mittleren/vielen Ressourcen deutlich seltener psychisch auffällig sind als jene mit wenigen Ressourcen. Dies lässt sich in allen drei Statusgruppen beobachten. Bei Kontrolle für Alter und Geschlecht kann mit Blick auf personale Ressourcen abgeleitet werden, dass in der niedrigen Statusgruppe Kinder und Jugendliche mit wenigen Ressourcen im Vergleich zu denen mit mittleren/vielen Ressourcen ein rund 4,2-fach erhöhtes Risiko haben, psychisch auffällig zu sein.

Bei den familiären und sozialen Ressourcen lässt sich ebenfalls erkennen, dass Kinder und Jugendliche mit wenigen Ressourcen häufiger psychisch auffälliger sind als solche mit mittleren/vielen Ressourcen. Dabei sind die diesbezüglichen Unterschiede zwischen den Statusgruppen etwas weniger stark ausgeprägt als bei den personalen Ressourcen.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt auf, dass sich bei Mädchen und Jungen in allen Statusgruppen ein deutlicher Zusammenhang zwischen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten feststellen lässt. Es ist jedoch auf einzelne Besonderheiten hinzuweisen. So ist bei den Mädchen der Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten in der hohen Statusgruppe

Tabelle 2
Effekte personaler, familiärer und sozialer Ressourcen auf psychische Auffälligkeiten bei 11- bis 17-Jährigen nach Sozialstatus (Odds Ratios adjustiert für Alter und Geschlecht)
Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	Sozialstatus: Niedrig				Sozialstatus: Mittel				Sozialstatus: Hoch			
	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	OR	(95 %-KI)
Personale Ressourcen												
Wenig	37,0	(29,4–45,5)	4,19	(2,6–6,8)	31,7	(27,1–36,6)	3,46	(2,7–4,5)	18,2	(13,1–24,7)	2,7	(1,7–4,3)
Mittel/Viel	13,8	(10,5–17,8)		Ref.	12,0	(10,7–13,6)		Ref.	8,6	(6,8–10,9)		Ref.
Familiäre Ressourcen												
Wenig	27,2	(22,1–33,3)	2,41	(1,5–3,8)	22,1	(19,3–25,1)	2,51	(2,0–3,2)	11,8	(8,5–16,1)	1,8	(1,1–2,8)
Mittel/Viel	14,4	(10,9–18,8)		Ref.	11,7	(10,0–13,7)		Ref.	8,1	(6,3–10,4)		Ref.
Soziale Ressourcen												
Wenig	34,1	(26,6–42,4)	3,17	(2,0–5,0)	25,1	(21,1–29,6)	2,20	(1,7–2,9)	18,8	(13,6–25,4)	2,5	(1,5–4,0)
Mittel/Viel	14,6	(11,6–18,3)		Ref.	13,5	(11,9–15,3)		Ref.	8,1	(6,4–10,3)		Ref.

OR = Odds Ratio, KI = Konfidenzintervall, Ref. = Referenz

Die Ergebnisse weisen auf die protektive Funktion von personalen, familiären und sozialen Ressourcen hin und damit auf Handlungsfelder für Gesundheitsförderung und Prävention.

am stärksten. Bei den Jungen wiederum ist der Zusammenhang zwischen personalen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten in der mittleren Statusgruppe noch deutlicher ausgeprägt als in der niedrigen beziehungsweise hohen Statusgruppe.

4. Diskussion

Die Ergebnisse von KiGGS Welle 2 zeigen für Mädchen und Jungen im Alter von 11 bis 17 Jahren, dass die Verfügbarkeit von psychosozialen Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten verringert. Dieser protektive Effekt konnte in den Analysen für personale, familiäre und auch soziale Ressourcen und für Kinder und Jugendliche aus allen Statusgruppen beobachtet werden. Zugleich verdeutlichen die Ergebnisse, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozialen Status im Vergleich zu Gleichaltrigen aus den höheren Statusgruppen über weniger Ressourcen verfügen und häufiger von psychischen Auffälligkeiten betroffen sind. Darüber hinaus zeigen sich geschlechtsspezifische Besonderheiten. So ist der Zusammenhang zwischen sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen. Der Zusammenhang zwischen personalen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten zeigt sich hingegen bei Jungen etwas deutlicher als bei Mädchen. Die zentrale Aussage, dass das Vorhandensein psychosozialer Ressourcen bei Kindern und Jugendlichen aller Statusgruppen mit einer Verminderung des Risikos psychischer Auffälligkeiten einhergeht, trifft aber auf Mädchen wie Jungen zu.

Die hier vorgestellten Ergebnisse reihen sich weitgehend in den bisherigen Forschungsstand ein. Dies gilt zum einen für den gezeigten protektiven Effekt von Ressourcen auf die psychische Gesundheit und zum anderen für die statusspezifischen Unterschiede in Bezug auf die verfügbaren Ressourcen wie auch das Risiko für psychische Auffälligkeiten [25]. Besonders hinzuweisen ist dabei auf Ergebnisse der BELLA-Studie (**BE**fragung zum see**L**ischen Woh**L**befinden und Verh**A**lten), einem Zusatzmodul der KiGGS-Studie [26], die zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem niedrigen sozialen Status häufiger psychisch auffällig sind und in einem geringeren

Umfang über psychosoziale Ressourcen verfügen können. Außerdem konnte die BELLA-Studie zeigen, dass das Vorhandensein von Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten vermindert. Ob dies aber für Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Statusgruppen gilt, wurde nach unserer Erkenntnis weder in der BELLA-Studie noch in anderen deutschen Studien eingehend untersucht [26].

Darüber hinaus lassen sich in der internationalen Literatur zahlreiche Arbeiten über den Zusammenhang von negativen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend, wie beispielsweise Aufwachsen in instabilen Familienverhältnissen und späteren gesundheitlichen Folgen, finden. Hughes et al. [27] veröffentlichten hierzu ein systematisches Review, wobei der Effekt von negativen Erfahrungen in der Kindheit auf die spätere Gesundheit anhand von 11.621 Verweisen untersucht wurde. Insgesamt konnten 37 Studien identifiziert werden, die Risikofaktoren für 23 Outcomes, wie zum Beispiel Übergewicht, Rauchen, Drogenmissbrauch oder psychische Erkrankungen, beschreiben. Negative Erfahrungen in der Kindheit können ein Risikofaktor für verschiedene spätere gesundheitliche Folgen sein. Die Autorinnen und Autoren betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung von Ressourcenstärkung („resilience-building") und Prävention negativer Erfahrungen.

In Auswertung der internationalen Studienlage zur Verstetigung kindlicher Belastungserfahrungen sowie der neurobiologischen und entwicklungspsychologischen Mechanismen, welche diese Langzeitfolgen vermitteln, plädieren Egle et al. [28] in ihrer Überblicksstudie insbesondere für familienbezogene Präventionsmaßnahmen, die Eltern, Kinder und Jugendliche vor Belastungen schützen und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.

Hinzuweisen ist auch auf eine Reihe amerikanischer Studien, die in den 1970er- und 1990er-Jahren durchgeführt wurden. Sameroff et al. [29] begleiteten in der Rochester-Längsschnittstudie psychisch belastete Frauen und deren Kinder sowie eine nicht belastete Kontrollgruppe bis zur 12. Klasse. Die Studie „Adverse Childhood Experience" (ACE) [30] wurde gegen Ende der 1990er-Jahre vom Centres for Disease Control and Prevention durchgeführt. In zwei Erhebungswellen wurden Kinder hinsichtlich späterer Gesundheitsrisiken als Folge negativer psychischer Erfahrungen im Kindesalter untersucht mit deutlichen Belegen für einen starken Zusammenhang von lebenslangen gesundheitlichen Folgen für ihr Wohlbefinden. Im Vergleich zu Personen ohne Adversionserfahrungen in der Kindheit wiesen Personen mit multiplen Kindheitsbelastungen (vier oder mehr der ACEs) ein doppelt so hohes Risiko auf, an einer koronaren Herzkrankheit und ein 1,9-faches Risiko an jeglicher Art von Krebs zu erkranken, ferner ein 2,4-faches Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden, ein 3,9-faches Risiko, eine chronische Lungenerkrankung zu bekommen sowie ein 1,6-faches Risiko, an Diabetes zu erkranken [30].

Im Jahr 2019 wurden die Ergebnisse der sogenannten „AWO-ISS-Studie zu Langzeitfolgen von Armut im Lebensverlauf" vorgelegt. Der Fokus liegt hier auf den materiellen, personellen, familiären und sozialen Ressourcen von Kindern, die in Deutschland in Armut aufwachsen. Es gab drei Erhebungswellen mit einer insgesamt 20-jährigen Nachverfolgung. Die Studie belegt auch für Deutschland eine hohe Korrelation von niedrigem sozialen Status und geringen Ressourcen in Kindheit und Jugend mit depressiven Symptomen, geringer Lebenszufriedenheit und Hilfebedarf beim Drogen- und Alkoholkonsum bei heute

25-Jährigen [31]. Als protektive Faktoren werden verhältnispräventive Ansätze aufgeführt, die die Rahmenbedingungen kindlichen Aufwachsens adressieren, etwa über Setting-Ansätze in Kitas und Schulen mit dem Ziel der Reduktion von belastenden Faktoren (etwa Mobbing oder Stress und Drucksituationen), der Ressourcenstärkung und der Förderung eines verbesserten Miteinanders für alle Beteiligten im jeweiligen Setting. Übergreifend werden als wichtige Strategien zur Bekämpfung von Armutsfolgen Maßnahmen der Gesundheitsförderung, insbesondere im Übergang von Institutionen und Sozialisationsstufen (Transitionen), etwa über kommunale Präventionsketten, identifiziert [31, 32].

Mit Blick auf die zugrunde gelegte Datenbasis und die durchgeführten Analysen muss auf verschiedene Limitationen hingewiesen werden. Zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten wird in der KiGGS-Studie der Strengths and Difficulties Questionnaire eingesetzt. Dieser stellt jedoch nur ein Screeningverfahren und kein psychodiagnostisches Instrument dar. Die große Altersspanne von 11 bis 17 Jahren lässt altersspezifische Unterschiede im Hinblick auf die psychosoziale Gesundheit und die Bedeutung von personalen, familiären und sozialen Ressourcen unberücksichtigt. Außerdem ist zu beachten, dass die Analysen auf Basis von Querschnittdaten von KiGGS Welle 2 durchgeführt wurden. Querschnittlich erhobene Daten erlauben keine Aussagen über kausale Beziehungen, sondern nur über Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen. Damit ist zum Beispiel die Frage, ob die Ressourcen das Risiko für psychische Auffälligkeiten vermindern, so wie dies in der Arbeit unterstellt wird oder umgekehrt psychische Auffälligkeiten sich auf die Ressourcenausstattung auswirken, nicht abschließend zu beantworten. Dazu könnten in einem nächsten Schritt möglicherweise die Längsschnittdaten von KiGGS genutzt werden, die inzwischen zur Verfügung stehen [33]. Weiter ist darauf zu verweisen, dass in der KiGGS-Studie der soziale Status anhand eines mehrdimensionalen Index erfasst wird. Dieser bezieht zwar die Bildung und berufliche Stellung der Eltern sowie die Einkommenssituation des Haushaltes mit ein, andere wichtige Aspekte der Lebenssituation der Jugendlichen und ihrer Familien, wie der Erwerbsstatus der Eltern oder die Haushaltszusammensetzung, bleiben unberücksichtigt. Zuletzt weisen quantitativen Befragungen grundsätzliche Limitationen in ihrer Erklärungstiefe auf, denn sie erlauben – anders als qualitative Untersuchungen – keine vertiefte sinnverstehende Aufarbeitung individueller Konstellationen von statusbezogenen Belastungsfaktoren, vorhandenen Ressourcen und Auffälligkeiten.

Trotz der angesprochenen Limitationen weisen die Ergebnisse auf die Bedeutung einer Stärkung der Ressourcen im Kontext von Prävention und Gesundheitsförderung hin. Die in dieser Arbeit vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass alle Kinder und Jugendlichen von psychosozialen Ressourcen profitieren können. Sind Ressourcen verfügbar, dann haben sie unabhängig vom sozialen Status einen protektiven Effekt. Jedoch sind die Ressourcen über die sozialen Statusgruppen nicht gleich verteilt. Aus diesem Grund sollten Maßnahmen identifiziert werden, die bei Kindern und Jugendlichen aus allen Statusgruppen sowohl zur Belastungssenkung als auch zur Ressourcenstärkung beitragen. Dabei sollte aber sichergestellt werden, dass auch und insbesondere jene aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden, da sie nach wie vor über weniger

Ressourcen verfügen. Im Vordergrund sollten dabei verhältnispräventive Interventionen zur Verringerung sozial ungleicher Gesundheitschancen stehen, etwa durch Armutsbekämpfung, Verbesserung der Bildungschancen und Sicherstellung bedarfsgerechter, niedrigschwelliger Beratungs- und Unterstützungsangebote für belastete Familien. Im Sinne des „Health in All Policies"-Ansatzes können dadurch die Rahmenbedingungen für Kinder, Jugendliche und Familien stärker gesundheitsfördernd ausgerichtet werden [34, 35].

Mit zunehmendem Alter der Kinder gewinnen Institutionen der tertiären Sozialisation wie freizeitbezogene Kinder- und Jugendeinrichtungen, Sportvereine sowie Straßen- oder Schulsozialarbeit an Bedeutung. Sie bieten gerade für sozial belastete Jugendliche vielfältige Möglichkeiten der Ressourcenstärkung etwa über Partizipation, Konfliktbewältigung oder andere Methoden zur Selbstwirksamkeitsförderung. Allerdings stehen für Angebote der tertiären Sozialisation oft nur geringe personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung. Die Angebote sind vielfach konzeptionell, strukturell und finanziell wenig abgesichert; entsprechend ist ihre Bindungswirkung gegenüber den Jugendlichen oft gering [36]. Zudem konnten im Rahmen der Pandemiebekämpfung entsprechende Angebote zuletzt kaum aufrecht erhalten werden [37]. Es zeigte sich insgesamt ein deutlicher Anstieg von psychischen Problemen insbesondere bei Jugendlichen [38]. Strukturen der Jugendarbeit sollten aber gerade auch in Krisenzeiten gesichert und weiterentwickelt werden.

Von hoher Bedeutung sind auch präventive Maßnahmen etwa bei institutionellen Übergängen wie Schulwechsel oder Berufseinstieg (Transitionen), um einer Spirale von Ressourcenverlusten entgegenzuwirken und insbesondere diese Weichenstellungen im Lebenslauf für den Aufbau psychosozialer Ressourcen zu nutzen [36].

Insgesamt verweist die hier dargestellte Relevanz der personalen, familiären und sozialen Ressourcen darauf, dass Jugendarbeit ein wichtiges Setting für Gesundheitsförderung und Prävention darstellt, das insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen genutzt und ausgebaut werden sollte.

Korrespondenzadresse
Claudia Schmidtke
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: SchmidtkeC@rki.de

Zitierweise
Schmidtke C, Geene R, Hölling H, Lampert T (2021) Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozioökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 6(4): 21–35. DOI 10.25646/8864

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

KiGGS Welle 2 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat die KiGGS Welle 2 unter ethischen

Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (Nr. 22752014). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Förderungshinweis

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Dragano N, Siegrist J (2006) Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg) Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 171–184
2. Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2008) In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: Bauer U, Bittlingmayer U, Richter M (Hrsg) Health inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 331–358
3. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K et al. (2018) Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. Journal of Health Monitoring 3(3):37–45. https://edoc.rki.de/handle/176904/5767 (Stand: 17.05.2021)
4. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010) Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/soz_ungleichheit_kinder.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 17.06.2021)
5. Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C et al. (2018) Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(3):19–36. https://edoc.rki.de/handle/176904/5766 (Stand: 17.05.2021)
6. Baumgarten F, Klipker K, Göbel K et al. (2018) Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1):60–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/3037 (Stand: 17.06.2021)
7. Sozialgesetzbuch (2015) Fünftes Buch (V) § 20 Absatz 1. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 17.06.2021)
8. Präventionsgesetz – PrävG (2015) Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr 31, ausgegeben zu Bonn am 24 Juli 2015:1368–1379. http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl115s1368.pdf (Stand: 18.06.2021)
9. Sozialgesetzbuch (2015) Fünftes Buch (V) § 20 Absatz 3. http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Stand: 17.06.2021)
10. Bundesministerium für Gesundheit (2010) Nationales Gesundheitsziel Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. BMG, Berlin
11. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2018) Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen. http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-bei-kindern-und-jugendlichen/ (Stand: 05.07.2020)
12. Hölling H, Schlack R, Petermann F et al. (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsbl 57(7):807–819. https://edoc.rki.de/handle/176904/1894 (Stand: 18.06.2021)
13. Hölling H, Schlack R, Dippelhofer A et al. (2008) Personale, familiäre und soziale Schutzfaktoren und gesundheitsbezogene Lebensqualität chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Bundesgesundheitsbl 51(6):606–620. https://edoc.rki.de/handle/176904/462 (Stand: 18.06.2021)
14. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. Journal of Health Monitoring 3(1):82–96. https://edoc.rki.de/handle/176904/3041 (Stand: 17.06.2021)

15. Woerner W, Becker A, Friedrich C et al. (2002) Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 30(2):105–112

16. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. Journal of Health Monitoring 2(S3):2–28. https://edoc.rki.de/handle/176904/2806 (Stand: 17.06.2021)

17. Schwarzer R, Jerusalem M (1999) Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen, Berlin

18. Grob A, Lüthi R, Kaiser FG et al. (1991) Berner Fragebogen zum Wohlbefinden Jugendlicher (BFW). Diagnostica, 37(1):66–75

19. Kern R, Rasky E, Noack RH (1995) Indikatoren für Gesundheitsförderung in der Volksschule. Karl-Franzens-Universität Graz

20. Erhart M, Hölling H, Bettge S et al. (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsbl 50(5/6):800–809

21. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A (1985) Familienklima-Skalen Bericht 8.1. und 8.2., Institut für Psychologie-Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Ludwig-Maximilians-Universität, München

22. Donald CA, Ware JE (1984) The measurement of social support. Research in Community & Mental Health, 4, S. 325–370

23. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 3(1):114–133. https://edoc.rki.de/handle/176904/3043 (Stand: 17.06.2021)

24. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013. http://www.forschungsdatenzentrum.de/bestand/mikrozensus/ (Stand: 20.08.2019)

25. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2019) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Haring R (Hrsg) Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Springer, Berlin, Heidelberg, New York

26. Klasen F, Reiß F, Otto C et al. (2017) Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2. Journal of Health Monitoring 2(S3):55–65. https://edoc.rki.de/handle/176904/2810 (Stand: 17.05.2021)

27. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA et al. (2017) The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2(8):356–366

28. Egle UT, Franz M, Joraschky P et al. (2016) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. Bundesgesundheitsbl 59(10):1247–1254. https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9 (Stand: 18.06.2021)

29. Sameroff A, Gutman LM, Peck SC (2003) Adaptation among youth facing multiple risks: Prospective research findings. In: Luthar SS (Hrsg) Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities, 1. Cambridge University Press, Cambridge, S. 364–391

30. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. (2019) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 56(6):774–786

31. Volf I, Laubstein C, Sthamer E (2019) Wenn Kinderarmut erwachsen wird... AWO-ISS-Langzeitstudie zu (Langzeit-)Folgen von Armut im Lebensverlauf. ISS, Frankfurt am Main

32. Geene R, Thyen U, Quilling E et al. (2016) Familiäre Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung 11(4):222–229

33. Lange M, Hoffmann R, Mauz E et al. (2018) Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte. Journal of Health Monitoring 3(1): 97–113. https://edoc.rki.de/handle/176904/3042 (Stand: 17.06.2021)

34. Thyen U, Geene R (2020) Priorisierung von Kindergesundheit im Kontext von HiAP. In: Public Health Forum. De Gruyter 28(3): 169–175

35. Pinheiro P, Bauer U (2020) Verringerung ungleicher Gesundheitschancen als vorrangiges nationales Gesundheitsziel: Rückblick und Ausblick. In: Liel K, Rademaker AL (Hrsg) Gesundheitsförderung und Prävention – Quo vadis Kinder- und Jugendhilfe? Juventa, Weinheim, S. 283–297

36. Geene R (2018) Familiäre Gesundheitsförderung. Ein nutzerorientierter Ansatz zur Ausrichtung kommunaler Gesundheitsförderung bei Kindern und Familien. Bundesgesundheitsbl 61(10):1289–1299. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2814-z (Stand: 17.06.2021)

37. Voigts G (2020) Vom „Jugend vergessen“ zum „Jugend ermöglichen“: Bewegungs-, Beteiligungs- und Freiräume für junge Menschen in Corona-Zeiten. Forum Kind Jugend Sport 1:93–99. https://doi.org/10.1007/s43594-020-00022-5 (Stand: 18.06.2021)

38. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C et al. (2021) Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. Bundesgesundheitsbl. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3 (Stand: 18.06.2021)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8860
Robert Koch-Institut, Berlin

Julia Thom[1*], Elvira Mauz[1*], Diana Peitz[1], Christina Kersjes[1], Marion Aichberger[2], Harald Baumeister[3], Anke Bramesfeld[4,5], Jurand Daszkowski[6], Theresa Eichhorn[7], Wolfgang Gaebel[8], Martin Härter[9,10], Frank Jacobi[11], Joseph Kuhn[12], Jutta Lindert[13,14], Jürgen Margraf[15], Hanne Melchior[16], Andreas Meyer-Lindenberg[17,18], Angelika Nebe[19], Heather Orpana[20], Judith Peth[9], Ulrich Reininghaus[17], Steffi Riedel-Heller[21,18], Uwe Rose[22], Georg Schomerus[23], Daniela Schuler[24], Ursula von Rüden[25], Heike Hölling[1]

[*] geteilte Erstautorenschaft

Eingereicht: 28.07.2021
Akzeptiert: 02.09.2021
Veröffentlicht: 08.12.2021

[1] Robert Koch-Institut, Berlin, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
[2] Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte
[3] Universität Ulm, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
[4] Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
[5] Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
[6] Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
[7] Bundespsychotherapeutenkammer
[8] WHO Collaborating Centre DEU-131, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
[9] Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
[10] Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung

Fortsetzung nächste Seite

Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset

Abstract

Im Zuge der Anerkennung psychischer Gesundheit als wesentlicher Bestandteil der Bevölkerungsgesundheit wird am Robert Koch-Institut eine Mental Health Surveillance (MHS) für Deutschland aufgebaut. 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 beziehungsweise Stakeholder ausgewählt. Das finale Set enthält 60 Indikatoren, die ein mehrdimensionales Public-Health-Rahmenkonzept psychischer Gesundheit in vier Handlungsfeldern abbilden. Im fünften Handlungsfeld „Gesundheitsförderung und Prävention" besteht Bedarf der Indikatorenentwicklung. Die pilotierte Methodik erwies sich als praktikabel. Diskutiert werden Stärken und Limitationen der Recherche und Definition von Indikatoren, der Umfang des Indikatorensets sowie die partizipative Entscheidungsfindung. 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.

PUBLIC HEALTH · SURVEILLANCE · PSYCHISCHE GESUNDHEIT · PSYCHISCHE STÖRUNGEN · INDIKATOR

1. Einleitung

Die internationale Public-Health-Agenda im Bereich nichtübertragbarer Erkrankungen (noncommunicable diseases, NCDs) hat sich in der jüngeren Vergangenheit wesentlich verändert. Während ihr Schwerpunkt lange bei den körperlichen Erkrankungen Krebs, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen lag, spricht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 2018 auch psychischen Störungen und dem Wohlbefinden höchste Bedeutung für die Bevölkerungsgesundheit zu [1]. Die Vereinten Nationen erklärten 2015 die Förderung von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden sowie die Stärkung der Prävention und Behandlung von Substanzmissbrauch als explizite politische Ziele nachhaltiger Entwicklung [2]. Jedoch fehlt es in vielen Ländern noch am nötigen Berichtswesen im vergleichsweise jungen Feld Public Mental Health, um die gesundheitlichen Entwicklungen

[11] Psychologische Hochschule Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie
[12] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
[13] Hochschule Emden/Leer
[14] European Public Health Association, Section Public Mental Health
[15] Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
[16] Kassenärztliche Bundesvereinigung
[17] Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
[18] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
[19] Deutsche Rentenversicherung Bund
[20] Public Health Agency Canada
[21] Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig
[22] Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
[23] Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
[24] Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
[25] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

datengestützt bewerten zu können. Entsprechend lautet eine der vier Forderungen des WHO Mental Health Action Plan (2013–2020, verlängert bis 2030), nationale Informationssysteme für Mental-Health-Indikatoren aufzubauen [3].

„Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Verhinderung von Krankheiten, Verlängerung des Lebens und Förderung der Gesundheit durch organisierte Anstrengungen der Gesellschaft" [4, zitiert nach 5]. Public Mental Health bezieht das Konzept der Public Health auf psychische Gesundheit und Störungen [6]. Surveillance im Bereich von Public Health bezeichnet die fortlaufende und systematische Erhebung, Zusammenführung, Analyse, Interpretation und zeitnahe Dissemination von Daten zu Gesundheit und Wohlbefinden sowie ihren Determinanten [7]. Surveillance dient damit als Grundlage der Planung, Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit in der Bevölkerung. Im Zentrum des Ansatzes steht ein definiertes Set aussagekräftiger und zuverlässig messbarer Indikatoren (Infobox 1). Diese werden zur Feststellung von Veränderungen kontinuierlich und über die Zeit vergleichbar erhoben, berichtet und zur Identifikation spezifischer Bedarfe für verschiedene Bevölkerungsgruppen (stratifiziert nach Alter, Geschlecht, Bildung etc.) ausgewiesen.

Eine kontinuierliche und indikatorgestützte Berichterstattung psychischer Gesundheit als Mental Health Surveillance (MHS) bringt im Vergleich zu körperlichen nichtübertragbaren Erkrankungen sowie zu Infektionskrankheiten spezifische Herausforderungen mit sich: (1) Psychische Gesundheit umfasst einen inhaltlich breit gefächerten Gegenstandsbereich und ist mehr als die Abwesenheit psychischer Störungen [9]. Im Sinne eines Zwei-Faktoren-Modells psychischer Gesundheit können Positive Psychische Gesundheit („Positive Mental Health", Wohlbefinden) und Psychopathologie (Symptome und Störungen) als zwei zwar zusammenhängende, aber unterschiedliche Dimensionen betrachtet werden [10, 11]. Die Gruppe der psychischen Störungen umfasst hinsichtlich Epidemiologie, Entstehung, Verlauf und Krankheitslast sehr diverse Störungsbilder. Trotz Psychopathologie können Menschen in positiver Form psychische Gesundheit erleben [11], denn diese beschreibt einen „Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann" [12]. Das Vorhaben, psychische Gesundheit als Ganzes abzubilden, kommt folglich dem Ansatz gleich, „körperliche Gesundheit" (nicht „körperliche Erkrankungen") innerhalb eines Indikatorensatzes zu beschreiben. Dies ist im Bereich körperlicher NCDs bisher nicht üblich, da hier meist separate Surveillance-Subsysteme für die jeweilige Erkrankung und deren Risikofaktoren ohne Einbezug salutogenetischer (gesundheitsbezogener) Determinanten und Outcomes vorliegen [13]. Zusätzlich ist das Zusammenspiel von Risiko- und Schutzfaktoren mit psychischer Gesundheit sowie den Folgen psychischer Störungen außerordentlich komplex [14]. Es existieren für viele Themen alters- und kulturspezifische Konstrukte. Entsprechend kommen am Public-Health-Ansatz orientierte Recherchen potenzieller MHS-Indikatoren zu umfassenden Ergebnissen [15, 16] mit entsprechendem Bedarf an Kürzung und Priorisierung. (2) Die bevölkerungsbezogene, valide und reliable Messung psychischer Gesundheit stellt hohe Anforderungen an Datenerhebungen [17, 18], da Indikatoren selten direkt

Infobox 1
Was ist ein Indikator?

Ein Indikator ist eine präzise definierte Maßzahl, die ein dahinterliegendes Konstrukt (Indikandum) möglichst umfassend beschreiben soll. Zu seiner Operationalisierung werden die sogenannten Metadaten festgelegt (Titel des Indikators und Definition zur Quantifizierung, z. B. Zähler- und Nennerkonzept), seine konkrete Berechnung erfolgt mittels geeigneter Daten [8].
Für eine umfassende Public Health Surveillance sollten Indikatoren alle relevanten Handlungsbereiche von Public-Health-Maßnahmen (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation) sowie ein dimensionales Spektrum von Gesundheit und deren Determinanten repräsentieren.

beobachtbar oder diskret messbar sind wie beispielsweise Laborparameter zur Falldefinition körperlicher Erkrankungen. Für viele Konstrukte existiert kein Goldstandard zur Erfassung in Gesundheitsbefragungen. Gleichzeitig kommt es, unter anderem durch Forschungsfortschritte im Feld, zu Änderungen der Klassifikation psychischer Störungen, das heißt in der Definition und Einteilung spezifischer Krankheitsbilder, ihrer diagnostischen Kriterien und Schwellenwerte [19]. Das erschwert die Etablierung von Standards in der Surveillance und kann zum Beispiel eine Anpassung von Störungskategorien erfordern. Zur Ermittlung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Bevölkerung ist der Einsatz aufwendiger und ressourcenintensiver klinischer Interviews erforderlich. Darüber hinaus können verschiedene Datenquellen (Befragungs- vs. Routinedaten) zu demselben Konstrukt unterschiedliche Schätzungen liefern und erfordern Triangulation (d. h. eine vergleichende Diskussion) [20]. (3) Die Stigmatisierung psychischer Störungen beeinflusst als besondere Quelle von Verzerrungen die Datenerhebung im Selbst- und Fremdbericht und kann auch im Versorgungsgeschehen zu Fehlklassifikationen führen [17].

Bisher entwickelte Systeme von Mental Health Surveillance gehen mit diesen Anforderungen unterschiedlich um. Deshalb unterscheiden sie sich deutlich in inhaltlicher Schwerpunktsetzung und Implementierungsgrad, wie die folgenden internationalen Beispiele illustrieren. In einigen Fällen (z. B. Schweiz [21, 22] und Australien [23]) werden ausgewählte Indikatoren psychischer Gesundheit erfasst und in verschiedenen Berichtsformaten (Gesundheitsreports, interaktive Webseiten bzw. Dashboards, Berichte zur Evaluation politischer Zielsetzungen etc.) kommuniziert, ohne dass explizit ein systematisches Surveillance-System aufgesetzt wurde. In Kanada liefern drei eigenständige Subsysteme einer umfassenden Public Health Surveillance regelmäßig Informationen zu Positiver Psychischer Gesundheit (Wohlbefinden) [24] und Suizidalität [25] mit den jeweiligen Risiko- und Schutzfaktoren sowie zu in der Gesundheitsversorgung behandelten psychischen Störungen (Canadian Chronic Disease Indicators) [26]. In den USA stellt ein Indikatorenset die Häufigkeit und Versorgung von psychischen Störungen unter besonderer Berücksichtigung von Substanzabhängigkeit in den Mittelpunkt und wird aktuell in verschiedenen Bundesstaaten erprobt [27]. Das schottische Indikatorenset zu Wohlbefinden und psychischer Gesundheit berichtete bisher einmalig Ergebnisse für Indikatoren von Positiver Psychischer Gesundheit (Wohlbefinden), Psychopathologie und deren Determinanten [28] und besteht unabhängig von zusätzlich entwickelten Indikatoren zur Qualitätssicherung im Gesundheitssystem [29]. Ein solches systematisches Qualitätsmonitoring für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen auf Basis verfügbarer Routinedaten weisen mehrere Länder auf beziehungsweise führen dieses aktuell ein [30, 31], womit es gegenüber dem Monitoring mit epidemiologischem oder Public-Health-Schwerpunkt aktuell stärker ausgebaut ist. Über die genannten Unterschiede in den Surveillance-Systemen der einzelnen Länder hinaus, wurden zur Entwicklung und Auswahl der Indikatoren unterschiedliche Methoden genutzt. So werden als Indikatoren entweder eindeutig operationalisierte Maße [29, 32] oder theoretische Konstrukte ohne Definition von Zähler und Nenner [15, 24, 33] in den Entwicklungsprozess einbezogen. Recherche und Auswahl von Indikatoren können auf jene mit

verfügbarer Datenbasis beschränkt sein [32, 34] oder auch prinzipiell erfassbare Konstrukte einbeziehen, für die aktuell noch keine Daten vorliegen [16, 23, 24, 33]. Wesentliche Entscheidungen in der Gestaltung des Indikatorensystems können entweder durch Akteure der Gesundheitsberichterstattung [29, 34] oder unter Einbezug von verschiedenen Stakeholdern [16, 24, 32, 33] getroffen werden. Alle Methodiken sind mit spezifischen Vor- und Nachteilen für das resultierende Surveillance-System verbunden, unter anderem in Bezug auf Machbarkeit und Akzeptanz als auch den Umgang mit Datenlücken.

Neben den Informationsbedarfen eines Landes sollte eine MHS optimalerweise auch internationale Berichtspflichten des Landes bedienen. Zu diesen gehören zum Beispiel der WHO Mental Health Atlas [35], in dem regelmäßig länderübergreifend Daten zu Bewertung der Zielerreichung des Mental Health Action Plans [3] abgefragt werden. Die internationale Vergleichbarkeit steht auch im Fokus des Mental Health Performance Benchmark der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD [36]), für das gegenwärtig Indikatoren und Berichtsformate entwickelt werden. Auf Ebene der Europäischen Union wurden nach ersten Vorarbeiten zur Entwicklung eines länderübergreifenden Indikatorensets zu psychischer Gesundheit [15, 16] bisher nur wenige dieser Kennwerte verbindlich in die 88 Europäischen Gesundheitsindikatoren aufgenommen und für die meisten davon noch keine Datenbasis generiert [37]. Grundsätzlich wird die Umsetzung einer international vergleichenden Berichterstattung durch eine MHS auch davon abhängen, inwieweit diese Indikatoren auch auf Landesebene aussagekräftig sind.

1.1 Berichterstattung zu Public Mental Health in Deutschland

Ein kurzer Überblick über die zentrale Entwicklung von Public Mental Health in Deutschland ist bislang nur eingeschränkt und lückenhaft möglich. Denn obwohl eine Vielzahl von Studien- und Versorgungsdaten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung vorliegen, kann die Datenlage aufgrund der Vielfalt ihrer Inhalte, Erhebungszwecke und Datenhalter insgesamt als fragmentiert bewertet werden. Gesundheitspolitische Maßnahmen der Versorgung und Prävention psychischer Störungen sind in Deutschland zudem durch die föderale Struktur und die Zuständigkeit verschiedener Ministerien und Akteure geprägt sowie berufsgruppen-, sektoren- und kostenträgerübergreifend organisiert [38]. Dies erschwert die Ableitung von Aussagen zu übergreifenden Entwicklungen.

Folglich werden in Überblicksarbeiten zu psychischer Gesundheit beziehungsweise psychischen Störungen in der Bevölkerung gewöhnlich eine Vielzahl von Indikatoren dargestellt, deren zusammenfassende Interpretation und Diskussion aufgrund dieser Heterogenität inkonsistent ausfällt [39–46]. Zu den einbezogenen Datenquellen zählen diverse Originaldaten in verschiedensten Berichtsformaten, wie Psychiatrieberichte und Studien der Bundesländer [z. B. 47–49], Schwerpunktreporte einzelner Krankenkassen [z. B. 50–53] und anderer Leistungsträger und Hilfesysteme [z. B. 54, 55], Expertisen verschiedener Forschungsinstitutionen [z. B. 56, 57] sowie Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut (RKI) [z. B. 58] und weiterer Bevölkerungsstudien [z. B. 59]. Indikatoren unterscheiden sich in Bezug

auf ihre Falldefintion, Operationalisierung, die zugrundeliegende Stichprobe beziehungsweise Referenzpopulation sowie Erhebungsdesign und -modus. Aufgrund abweichender Beobachtungszeiträume und fehlender längsschnittlicher Ansätze lassen sich insbesondere Trendaussagen schwerlich treffen und Wechselwirkungen von Entwicklungen der gesundheitlichen Lage mit Entwicklungen im Versorgungsgeschehen können nicht valide abgebildet werden. Dazu trägt bei, dass für die meisten Studien nur wenige Messzeitpunkte vorliegen, beispielsweise für die Ermittlung der Häufigkeit psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung durch standardisierte Diagnostik (zuletzt erfasst im Erhebungszeitraum 2009–2012 [60]).

Darüberhinaus bestehen für einige Aspekte von Public Mental Health Lücken in der Berichterstattung, sowohl aufgrund mangelnder Forschung und Indikatorenentwicklung zu einzelnen Themen als auch aufgrund des Mangels bevölkerungsbezogener Datenquellen in verschiedenen Bereichen.

Eine perspektivische Verbesserung der Datenlage ist für Indikatoren im Bereich der Versorgungsqualität psychischer Störungen zu erwarten. Da jedoch das Vorhaben eines sektoren- und störungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens (QS-Verfahren) nicht umgesetzt werden konnte [61], werden auch nach Implementierung der aktuell in Entwicklung befindlichen indikatorenbasierten QS-Verfahren für Schizophrenie, schizotype und wahnhaften Störungen [62] und für ambulante Psychotherapie [63] nur Informationen zu diagnose- beziehungsweise therapiespezifischen Subgruppen von Patientinnen und Patienten vorliegen. Darüber hinaus sind in dem vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen Disease-Management-Programm (DMP) Depression acht Qualitätsindikatoren zur Versorgung von Menschen mit unipolarer Depression integriert [53]. Sobald das DMP flächendeckend in der Versorgung umgesetzt wird, steht eine bundesweit einheitliche Erfassung dieser Indikatoren zur Verfügung. Folglich sollte eine MHS auch in dem Feld der Versorgungsqualität Indikatoren bereitstellen, wobei je nach Entwicklungsstand der QS-Verfahren beziehungsweise Umsetzung des DMP diese in die Indikatorenauswahl einbezogen werden können.

Bemerkenswert ist, dass aus Perspektive des Qualitätsmonitorings explizit gefordert wird, dessen Kennwerte in Zusammenschau mit kontinuierlich erhobenen epidemiologischen Maßen zu bewerten, da nur so der Public Health Impact als Gesamteffekt des Versorgungssytems auf die Bevölkerungsgesundheit erkannt [31] und Entwicklungen in der Versorgungspraxis vor dem Hintergrund veränderter Bedarfslagen interpretiert werden können [64].

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es an einer Einigkeit über zentrale Kennwerte von Public Mental Health sowie einer systematischen und kontinuierlichen Datenbereitstellung für diese mangelt. Dies erschwert zu beurteilen, inwiefern gesundheitspolitische Ziele erreicht werden und sich Maßnahmen in Versorgung und Public Health effektiv auf die Bevölkerungsgesundheit auswirken. So wird 2009 im Zusammenhang mit der Evaluation des Gesundheitsziels Depression „ein deutlicher Nachholbedarf bei der Generierung und beim Aufbau aussagekräftiger Datenquellen“ [65] festgestellt und auch im Jahr 2018 weiterhin bemängelt, dass zu wesentlichen Aspekten gar keine beziehungsweise keine ausreichenden Informationen vorliegen [66].

1.2 Aufbau einer Mental Health Surveillance am Robert Koch-Institut

Nachdem der Surveillance-Ansatz auch in Deutschland lange auf Infektionskrankheiten und Krebs beschränkt war, wird am RKI aktuell ein Konzept zur NCD-Surveillance entwickelt. Seit 2016 ist dies bereits für Diabetes erfolgreich eingeführt [67]. Diesem Beispiel folgend wurde das RKI im Jahr 2019 vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, mit dem Aufbau einer Mental Health Surveillance (MHS) für Deutschland zu beginnen. Zentrales Ziel der gegenwärtigen Pilotphase war es, zunächst die systematische Entwicklung eines Indikatorensets für Public Mental Health zu konzipieren und zu erproben. Dies soll dazu dienen, den Forschungsstand und -bedarf für einzelne Indikatoren zu beschreiben und dadurch die langfristige Integration in die geplante NCD-Surveillance vorzubereiten. Das Vorhaben ist zunächst auf Kennwerte für die erwachsene Bevölkerung beschränkt. Der vorliegende Beitrag beschreibt und diskutiert die systematische Entwicklung eines Indikatorensets im Rahmen der Pilotierung einer MHS für Deutschland.

2. Methode

Die Konzeption des MHS-Indikatorensets orientierte sich an dem bereits erprobten Aufbau der Diabetes-Surveillance am Robert Koch-Institut [67], um durch das einheitliche Vorgehen die Integration in eine übergeordnete NCD-Surveillance zu begünstigen. Handlungsempfehlungen der WHO zum Aufbau von Mental-Health-Informationssystemen wurden berücksichtigt [68]. Das Vorgehen ist im Überblick in Abbildung 1 dargestellt, auf die sich die unten genannten Ordnungszahlen (1) – (12) beziehen.

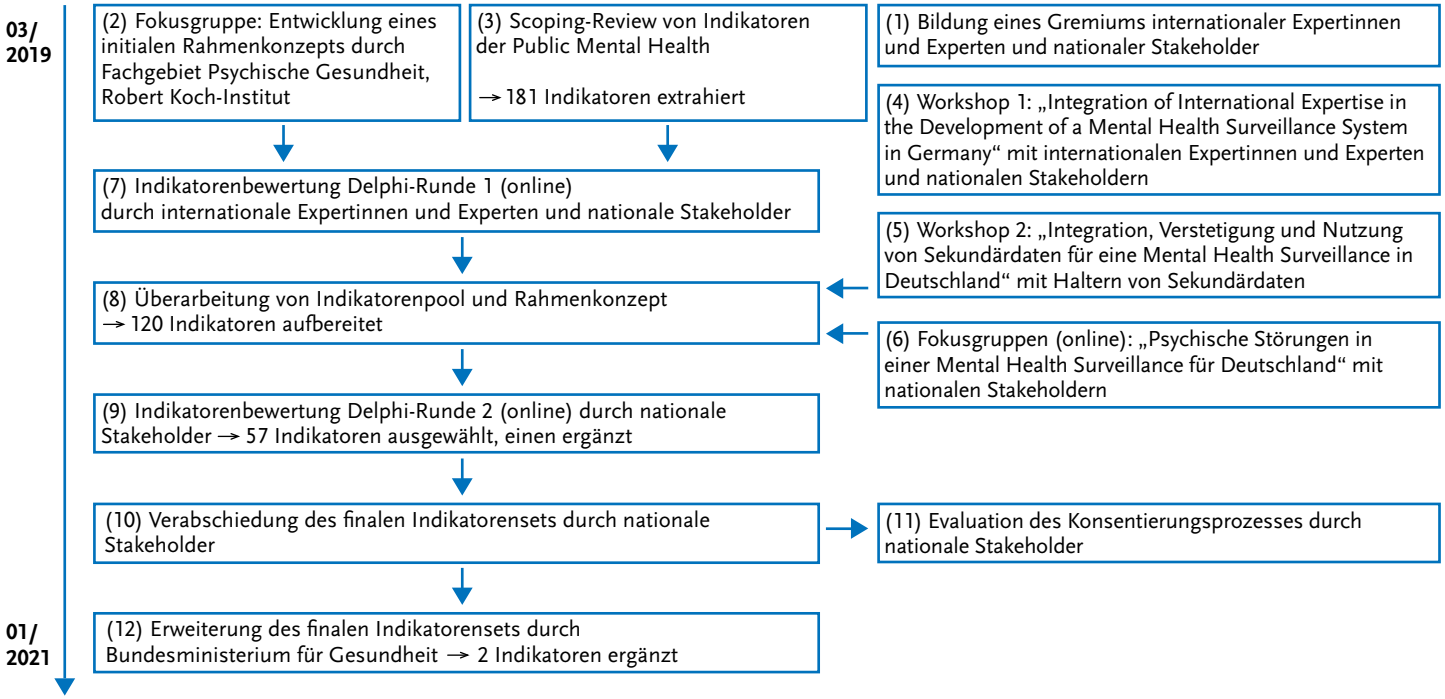
Zum eindeutigen Verständnis soll vorab auf eine zentrale methodische Entscheidung hingewiesen werden: Der Begriff des Indikators wurde im Vorfeld auf das indizierte theoretische Konstrukt (Indikandum) ohne spezifische Operationalisierung zu dessen Quantifizierung mit definiertem Zähler und Nenner [8] beschränkt. Da jedes abzustimmende Konstrukt vielfältige Operationalisierungen erlaubt (je nach präziser Definition, Messung und Datengrundlage), soll diese pragmatische Vereinfachung die zusammenfassende Darstellung sowie vergleichende Bewertung der außerordentlich großen Zahl potenzieller Indikatoren im Zuge des Auswahlprozesses ermöglichen. Zudem sollte für den weiteren Prozess beim Aufbau der Mental Health Surveillance für aktuell noch ungeklärte Datenzugänge höchstmögliche Flexibilität gewährleistet bleiben.

2.1 Einbindung internationaler Expertise und nationaler Stakeholder

Beteiligung von Expertinnen und Experten und Stakeholdern (1)

Damit ein Surveillance-System dem Schutz und der Förderung der Bevölkerungsgesundheit effektiv dienen kann, sollte es die spezifischen Informationsbedarfe von Bürgerinnen und Bürgern, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern und der Forschung bedienen. Von der Mitwirkung relevanter Akteure mit ihrer jeweiligen Expertise und Interessenlage profitieren die Qualität, erfolgreiche und nachhaltige Implementierung sowie Akzeptanz und Nutzung des Systems. Aus diesem Grund wurde ein divers

Abbildung 1
Ablauf der Entwicklung von Indikatorenset und Rahmenkonzept
Quelle: Eigene Darstellung



besetztes Gremium aus dem Feld Public Mental Health zur Mitwirkung eingeladen (Annex Tabelle 1). Es beteiligten sich schließlich 29 Vertreterinnen und Vertreter nationaler Stakeholder von Wissenschaft, Leistungserbringern, Leistungsträgern, Patientenorganisationen, Bundes- und Landespolitik sowie Ressortforschungseinrichtungen des Bundes. Zur Stärkung der internationalen Anschlussfähigkeit und um von vorliegenden Erfahrungen zu lernen, konnten Expertinnen und Experten des WHO Mental Health Atlas und des OECD Mental Health Performance Benchmark sowie aus zwei Public-Health-Instituten mit systematischer Mental-Health-Berichterstattung (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Public Health Agency Canada) für das Vorhaben gewonnen werden.

Durchführung von Workshops (4, 5) und Fokusgruppen (6)

Ein zweitägiger Workshop diente als Auftakt des Meinungsbildungsprozesses unter den nationalen Stakeholdern und der Integration internationaler Expertise in den Aufbau der MHS für Deutschland [69]. Auf einem eintägigen Workshop stellten Referentinnen und Referenten verschiedener Datenhalter von Routinedaten (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Wissenschaftliches Institut der AOK, Forschungsdatenzentrum der Deutschen Rentenversicherung) sowie ein Vertreter des Deutschen Suchtsurveys (Institut für Therapieforschung) die Potenziale der jeweiligen Datenbasis zur Quantifizierung von Public-Mental-Health-Indikatoren vor.

Infobox 2
Was ist ein Delphi-Verfahren?

Das Delphi-Verfahren ist ein iterativer Prozess, in dem durch wiederholte Befragungen und Feedback Gruppenmeinungen zu einer Fragestellung eingeholt werden können [77]. Die Übereinstimmung (Konsens) beziehungsweise Abweichung (Dissens) von Meinungen kann erfasst und so ein Abstimmungsergebnis mit möglichst hoher Zustimmung angestrebt werden. Das Verfahren kann anonym im schriftlichen Befragungsformat eingesetzt werden und hat sich bei der Entwicklung von Indikatorensystemen etabliert [16, 24, 32, 75, 76].

Die Erkenntnisse flossen in die Beschreibung potenzieller Indikatoren in Delphi-Runde 2 (9) ein.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie fanden anstelle des dritten Präsenz-Workshops vier Fokusgruppen [70] im Online-Format statt. Themen der Diskussion mit nationalen Stakeholdern waren die Methodik der Auswahl spezifischer psychischer Störungen mit höchster Public-Health-Relevanz sowie die Bewertung von deren Erfassung in Befragungsstudien und Routinedaten. Die Diskussionsergebnisse wurden zur Präzisierung der Delphi-Runde 2 (9) genutzt.

Durchführung von quantitativen Befragungen (7, 9)

Im Rahmen des Delphi-Prozesses wurden zwei Online-Befragungen durchgeführt (7, 9). Die technische Umsetzung erfolgte mit der Software VOXCO, die Auswertung der Daten wurde mit MS Excel 2019 vorgenommen. Die Befragungen unterlagen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurden geprüft und unter Datenschutzaspekten nicht beanstandet.

2.2 Erarbeitung von potenziellen Indikatoren und Rahmenkonzept

Fokusgruppe zur Entwicklung eines initialen Rahmenkonzepts (2)

Ein Rahmenkonzept soll der inhaltlichen Einordnung von Indikatoren in ein übergeordnetes kohärentes, wissenschaftlich fundiertes Modell dienen und handlungsleitend sein [71]. Zugunsten der Vereinbarkeit mit den Vorarbeiten zu einer NCD-Surveillance wurde das Rahmenkonzept der Diabetes-Surveillance am RKI als Ausgangspunkt herangezogen [67] und in einer Fokusgruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern des Fachgebietes „Psychische Gesundheit“ (Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring) am RKI für den Bereich Public Mental Health weiterentwickelt.

Scoping Review zur Identifikation potenzieller Indikatoren (3)

Zur Identifikation potenzieller Indikatoren einer MHS wurde eine umfangreiche Literaturrecherche relevanter Indikatoren im Bereich Public Mental Health nach der Methodik eines Scoping Reviews [72, 73] durchgeführt. Ziel war neben der Sammlung bereits etablierter Indikatoren, auch inhaltlich oder methodisch neue Indikatoren zu ermitteln, die noch nicht Gegenstand bereits etablierter Berichterstattung darstellten. Um ein möglichst vollständiges Bild zu generieren und verschiedene Informationsquellen einzubeziehen, wurde deshalb eine systematische MEDLINE-Recherche via PubMed (eingegrenzt auf deutsche und englische Sprache) durch zusätzliche Suchen auf Webseiten von Akteuren der Gesundheitsversorgung in Deutschland, Public-Health-Instituten aller Mitgliedstaaten der OECD, sowie wesentlicher internationaler Organisationen (WHO, OECD, EU) ergänzt. Detaillierte Informationen zum Ablauf der Recherche sind an anderer Stelle [74] zu finden.

2.3 Konsentierung von finalem Indikatorenset und Rahmenkonzept

Indikatorenbewertung Delphi-Runde 1 (online) (7)

Im Rahmen eines zweistufigen Delphi-Verfahrens (Infobox 2) wurden die identifizierten Indikatoren durch das

Gremium der internationalen Expertinnen und Experten beziehungsweise nationalen Stakeholder bewertet. Beide Delphi-Runden erfolgten als Online-Befragungen. Für Delphi-Runde 1 wurden die im Scoping Review identifizierten Indikatoren durch Operationalisierungsbeispiele auf Grundlage der recherchierten Quellen veranschaulicht. Jeder Indikator wurde separat hinsichtlich seiner Relevanz auf einer neunstufigen Skala bewertet. Relevanz wurde hierzu in Orientierung an folgenden Kriterien [24] definiert, welche auch bei der Entwicklung anderer Public- beziehungsweise Mental-Health-Indikatorensysteme herangezogen wurden [15, 23, 75, 76]:

- Bedeutsamkeit: Der Indikator ist umso relevanter, je bedeutsamer seine Verbesserung für den Schutz und die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung ist.
- Beeinflussbarkeit: Der Indikator stellt Informationen bereit, die Politik und Public-Health-Praxis informieren, beeinflussen oder verändern und ist selbst durch Politik und Public-Health-Praxis beeinflussbar.

In einem Kommentarfeld wurde um Anmerkungen zu den einzelnen Indikatoren gebeten (z. B. Gründe der getroffenen Bewertung, alternative Operationalisierungen, Hinweise zur Zusammenlegung mit anderen Indikatoren oder Zerlegung in Subindikatoren).

Zur Auswertung der Befragung wurden die Indikatoren in vier Gruppen klassifiziert, basierend auf der Übereinstimmung der Relevanzbeurteilungen zwischen den Befragten [vgl. 67]:

- hoch relevant: ≥ 75 % der Bewertungen mit 7 bis 9 Punkten
- relevant: ≥ 50 % – 74 % der Bewertungen mit 7 bis 9 Punkten
- mittel relevant: ≥ 50 % der Bewertungen mit 1 bis 6 Punkten
- niedrig relevant: ≥ 50 % der Bewertungen mit 1 bis 3 Punkten

Das quantitative Ergebnis der Delphi-Runde 1 wurde an die Befragten zurückgemeldet.

Überarbeitung von Rahmenkonzept und Indikatoren (8)

Auf der Basis der qualitativen Rückmeldungen aus den Kommentaren der Befragung wurden sowohl Anpassungen am Rahmenkonzept (Umbenennung von Handlungsfeldern, Festlegung von Themen) als auch an den Indikatoren (Zusammenlegungen, Streichungen, Ergänzungen) vorgenommen. Zu ausgewählten Themen wurden ergänzende Literaturrecherchen (u. a. Gesundheitsförderung und Prävention) sowie ein thematisch fokussierter Austausch mit weiteren Expertinnen und Experten durchgeführt.

Indikatorenbewertung Delphi-Runde 2 (online) (9)

In Delphi-Runde 2 erfolgte die Auswahl von Indikatoren für vorgegebene Themen innerhalb der Handlungsfelder, um so ein inhaltlich ausgewogenes Indikatorenset zu erzielen [vgl. 76]. Es wurde festgelegt, dass innerhalb eines Themas mindestens zwei Indikatoren verbleiben müssen, um dieses hinreichend zu repräsentieren [vgl. 76]. Zusätzlich wurde zur Reduktion der Indikatoren ein Befragungsformat eingesetzt, das eine Priorisierung der präsentierten

Indikatoren erforderte [vgl. 24]. Die Befragten sollten in Form einer Rangreihe angeben, wie gut ein Indikator im Vergleich zu den anderen das jeweilige Thema abbildet (Annex Tabelle 2). Informationen zu (möglichen) Operationalisierungen und Datenquellen der Indikatoren wurden bereitgestellt.

An der Online-Befragung nahmen nur die nationalen Stakeholder teil, um die Anschlussfähigkeit des finalen Indikatorensets an die Informationsbedarfe und Datenverfügbarkeit in Deutschland in den Vordergrund zu stellen. Die Befragung wurde in zwei Teile geteilt, um die zeitliche Belastung der Teilnehmenden pro Befragung zu reduzieren.

Die im Vorfeld kommunizierte Zielsetzung der Auswertung war, die Anzahl der Indikatoren zugunsten eines handhabbaren Sets um mindestens 50 % zu reduzieren [vgl. 24] und dabei ein Maß für den Grad der Übereinstimmung in der Bewertung der Indikatoren zwischen den Befragten zu berücksichtigen [78]. Entsprechend wurden zur Relevanzbeurteilung der Indikatoren zwei Kriterien definiert:

- Rangplatz (kumuliert): Ein Indikator ist dann relevant, wenn dieser über alle Bewertungen hinweg zu den Indikatoren mit Platzierung oberhalb der 50 %-Marke gehört.
- Konsens: Ein Indikator ist dann relevant, wenn dieser von mehr als 50 % der Befragten oberhalb der 50 %-Marke eingeordnet wurde.

Die Indikatoren wurden anhand dieser Kriterien folgendermaßen klassifiziert:

- Hoch relevant: beide Kriterien (Rang und Konsens) erfüllt
- Relevant: nur eines der Kriterien (Rang oder Konsens) erfüllt
- Nicht relevant: keines der Kriterien erfüllt

Sowohl hoch relevante als auch relevante Indikatoren wurden in das finale MHS-Indikatorenset aufgenommen.

Verabschiedung des Indikatorensets (10)

Um die Zustimmung der beteiligten Stakeholder zum Abstimmungsergebnis von Delphi-Runde 2 (Annex Tabelle 2) und dem resultierenden Indikatorenset zu erfassen, wurden beide per Email mit der Bitte versandt, sie als finales Projektergebnis zu verabschieden oder abzulehnen.

Evaluation des Konsentierungsprozesses (11)

Zur Evaluation des Konsentierungsprozesses wurden die nationalen Stakeholder im Zuge einer weiteren anonymen Online-Befragung um eine standardisierte Bewertung gebeten (bzgl. Möglichkeit zur Partizipation, Konsens mit finalem Projektergebnis, Transparenz des Vorgehens, Arbeitsaufwand, persönlicher Bereitschaft zur weiteren Mitwirkung).

Erweiterung des finalen Indikatorensets (12)

Damit Public Health Surveillance ihrer Definition gemäß der Steuerung von Maßnahmen dienen kann, muss sie sich an gesundheitspolitischen Informationsbedarfen orientieren. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beteiligte sich als Auftraggeber und Förderer des Aufbaus der Mental Health Surveillance nicht an den Delphi-Runden 1 und 2, da

Psychische Gesundheit wird zunehmend als elementarer Bestandteil der Bevölkerungsgesundheit anerkannt.

die Indikatorenbewertung den nationalen und internationalen Expertinnen und Experten beziehungsweise Stakeholdern obliegen sollte. Dem BMG wurde eine Prüfung und ggf. Erweiterung (nicht aber Kürzung) des konsentierten Indikatorensatzes vorbehalten, um bei Bedarf über den Expertenkonsens hinausgehende, gesundheitspolitisch relevante Indikatoren ergänzen zu können. Auf diese Weise konnten die Mitwirkung und fachliche Positionierung des BMG transparent kommuniziert werden.

Zusammenfassend wurde damit folgende Aufgabenverteilung zwischen den beteiligten Parteien erzielt: Die MHS-Arbeitsgruppe am RKI recherchierte Indikatoren (Scoping-Review, 3) und erarbeitete gemeinsam mit weiteren RKI-Fachexpertinnen und -experten für psychische Gesundheit eine erste Systematik, um diese zu strukturieren (initiales Rahmenkonzept, 2); lud zur Beteiligung am Gremium internationaler Expertinnen und Experten und nationaler Stakeholder ein (1); organisierte und moderierte fachlichen Austausch in Form von Workshops und Fokusgruppen (4, 5, 6); führte drei Befragungsstudien zur Indikatorenbewertung (7, 9) beziehungsweise Evaluation (11) durch, wertete diese nach eigener Methodik aus und meldete Ergebnisse an die Teilnehmenden zurück; überarbeitete das Indikatorenset und Rahmenkonzept auf Basis der Ergebnisse (8) und holte Voten zur Verabschiedung des Indikatorensets (10) und Erweiterung (12) ein. Die beteiligten Expertinnen und Experten sowie Stakeholder konnten ihre fachliche Expertise damit im Rahmen der gemeinsamen Veranstaltungen (4, 6) einbringen, bewerteten die Indikatoren in den zwei Delphi-Befragungen (7, 9), verabschiedeten das Indikatorenset (10) und bewerteten den Arbeitsprozess im Zuge der Evaluation (11).

3. Ergebnisse

3.1 Erarbeitung von potenziellen Indikatoren und Rahmenkonzept

Entwicklung eines initialen Rahmenkonzepts (2)

Die RKI-interne Fokusgruppe identifizierte 13 zentrale Themen im Bereich Public Mental Health, die in Anlehnung an das Rahmenkonzept der Diabetes-Surveillance [67] fünf übergeordneten Handlungsfeldern zugeordnet wurden [74]: (1) „Psychisches Wohlbefinden aller Menschen fördern“: Gesundheitsförderung und Prävention, Ressourcen psychischer Gesundheit, Positive Psychische Gesundheit (Wohlbefinden); (2) „Risiken psychischer Störungen senken“: Risikofaktoren, Psychopathologie, selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität; (3) „Versorgung psychischer Störungen verbessern“: Angebote und Inanspruchnahme, Bedarf und Barrieren, Versorgungsqualität; (4) „Krankheitslast senken und Teilhabe ermöglichen“: Kosten, Burden of Disease, Teilhabe; (5) „Wissen und Akzeptanz stärken“: Mental Health Literacy. Hinzu kam der Themenbereich der soziodemografischen Einflussfaktoren, der gesondert aufgenommen wurde.

Scoping Review zur Identifikation potenzieller Indikatoren (3)

Mit den verschiedenen Suchstrategien wurden 13.811 Publikationen identifiziert. Hieraus konnten 373 Publikationen zur Extraktion von insgesamt 1.505 relevanten Indikatoren gewonnen werden. Diese wurden den oben genannten Themen zugeordnet und auf Duplikate und Passung (Anschlussfähigkeit an Versorgungsstrukturen in Deutschland, Indikatoren für Erwachsenenalter etc.) geprüft. Insgesamt

Für die Surveillance psychischer Gesundheit fehlt es in Deutschland an systematisch ausgewählten und kontinuierlich verfügbaren Daten.

konnten 181 Indikatoren von Public Mental Health identifiziert werden, von denen 47 (26 %) in keinem nationalen und internationalen Indikatorensystem enthalten waren. Weitere elf soziodemografische Einflussfaktoren auf psychische Gesundheit wurden keinem Handlungsfeld zugeordnet, sondern als potenzielle Stratifizierungsmerkmale zur Identifikation besonders belasteter Bevölkerungsgruppen in einer MHS aufgenommen. Details der Datenextraktion und -aufbereitung (Übersicht der identifizierten Indikatoren) sind an anderer Stelle dargestellt [74]. Die Anzahl identifizierter Indikatoren für Themen und Handlungsfelder war nicht gleich verteilt (Tabelle 1), sodass zum Beispiel der Themenbereich „Gesundheitsförderung und Prävention" im Vergleich zum Themenbereich „Angebot und Inanspruchnahme der Versorgung" unterrepräsentiert war. Acht Indikatoren konnten aufgrund Konstruktüberlappung zusammengefasst werden, womit 173 Indikatoren und 11 Stratifizierungsmerkmale in Delphi-Runde 1 eingingen.

3.2 Konsentierung von finalem Indikatorenset und Rahmenkonzept

Indikatorenbewertung Delphi-Runde 1 (online) (7)

In die Auswertung konnten insgesamt 22 vollständig ausgefüllte Datensätze einbezogen werden (Rücklaufquote: 91,7 %). Von den 173 Indikatoren wurden 35,3 % als hoch relevant, 48,0 % als relevant, 15,6 % als mittel relevant und 1,2 % als niedrig relevant bewertet (Tabelle 1). Bei den Stratifizierungsmerkmale wurden 72,7 % als hoch relevant und 27,3 % als relevant beurteilt.

Eine Mehrheit der Indikatoren in den Handlungsfeldern zwei bis fünf sowie der soziodemografischen Stratifizierungsfaktoren wurden als hoch relevant und relevant bewertet. Lediglich im Handlungsfeld 1 waren die Bewertungen über die Relevanzklassen ausgewogener. Da mit dem Befragungsformat keine Auswahl von Indikatoren auf Basis der quantitativen Ergebnisse getroffen werden konnte, wurden die qualitativen Rückmeldungen (Freitextkommentare je Indikator) zur Überarbeitung des Indikatorenpools und des Rahmenkonzeptes genutzt.

Überarbeitung von Rahmenkonzept und Indikatoren (8)

Ausgehend von den qualitativen Rückmeldungen der Delphi-Runde 1 wurde das Rahmenkonzept überarbeitet und stärker an einen mehrdimensionalen Ansatz psychischer Gesundheit angelehnt. Zu diesem Zweck wurde der psychische Gesundheitszustand mit den beiden Dimensionen der Positiven Psychischen Gesundheit (Wohlbefinden) und der Psychopathologie [10] eingebunden in einen sogenannten „Staging-Ansatz" [14]. Dieser versteht auch Psychopathologie nicht als kategoriales, sondern als dimensionales Konstrukt, ausgehend von präklinischen Beschwerden bis hin zu manifesten psychischen Störungen in unterschiedlichem Schweregrad (sogenannte „stages"). Der Staging-Ansatz eröffnet mehrere Ansatzpunkte zur Stärkung der psychischen Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen (Gesundheitsförderung: Positive Psychische Gesundheit, Prävention: Psychischer Distress, Remission: Psychische Störungen, Recovery: Psychosoziale Beeinträchtigung) mit jeweils unterschiedlichen Public-Health-Maßnahmen (Gesundheitsförderung und Prävention sowie Kuration und Rehabilitation).

Um diese konzeptuelle Entscheidung abzubilden, wurden Handlungsfelder umbenannt, Themen teilweise

Tabelle 1
Ergebnis der Indikatorenbewertung nach Handlungsfeld und Relevanz in Delphi-Runde 1
Quelle: Eigene Darstellung

	Indikatoren gesamt		Handlungsfeld 1: Psychisches Wohlbefinden aller Menschen fördern		Handlungsfeld 2: Risiken psychischer Störungen senken		Handlungsfeld 3: Versorgung psychischer Störungen verbessern		Handlungsfeld 4: Krankheitslast senken und Teilhabe ermöglichen		Handlungsfeld 5: Wissen und Akzeptanz stärken		Sozio-demografische Stratifizierungs-merkmale	
Bewertung	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**	**Anzahl**	**%**
Hoch relevant	61	35,3	1	3,1	17	33,3	21	38,9	15	62,5	7	58,3	8	72,7
Relevant	83	48,0	11	34,4	28	54,9	31	57,4	9	37,5	4	33,3	3	27,3
Mittel relevant	27	15,6	18	56,3	6	11,8	2	3,7	0	0,0	1	8,3	0	0,0
Niedrig relevant	2	1,2	2	6,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Gesamt	**173**		**32**		**51**		**54**		**24**		**12**		**11**	

Zum Aufbau einer Mental Health Surveillance wurden Recherche, Definition und Auswahl von Indikatoren für das breite Spektrum psychischer Gesundheit pilotiert.

ausdifferenziert und neu verteilt (Abbildung 2): (1) Als Merkmale des psychischen Gesundheitszustands wurden „Positive Psychische Gesundheit", „Psychopathologie" sowie „Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität" in ein gemeinsames Handlungsfeld 3 „Psychischen Gesundheitszustand verbessern" aufgenommen. Zur stufenweisen Abbildung von Verlaufsformen („Staging-Ansatz") psychischer Beschwerden wurde das Thema „Psychopathologie" in die drei Themen „Präklinische Symptomatik", „Psychische Störungen" und „Komorbidität" ausdifferenziert. Handlungsfeld 5 „Krankheitslast senken und Teilhabe ermöglichen", welches die (Folgen-)Schwere psychischer Beeinträchtigung abbildet, wurde um das Thema „Mortalität" ergänzt. (2) Die bisher zwei Handlungsfeldern zugeordneten Themen „Risikofaktoren psychischer Störungen" und „Ressourcen psychischer Gesundheit", die sowohl auf Positive Psychische Gesundheit (Wohlbefinden) als auch auf Psychopathologie Einfluss haben können, wurden im Handlungsfeld 2 „Determinanten psychischer Gesundheit adressieren" zusammengeführt und um das Thema „Mental Health Literacy" (ehemals eigenständiges Handlungsfeld 5) ergänzt. (3) Um das Spektrum von Public-Health-Maßnahmen abzubilden, wurde neben dem unveränderten Handlungsfeld 4 „Versorgung psychischer Störungen verbessern" komplementär Handlungsfeld 1 „Gesundheitsförderung und Prävention" aufgenommen.

Durch die vertiefende und auf Deutschland fokussierte Literaturrecherche zu „Gesundheitsförderung und Prävention" konnte der Indikatorenpool um zwölf weitere Indikatoren ergänzt werden. Da diese das erste Handlungsfeld dennoch nur unzureichend abbilden konnten, wurde es außerhalb der Bewertungsmatrix für Delphi-Runde 2 angesiedelt und als künftiger Entwicklungsbereich definiert. Eine erste Relevanzbeurteilung in Delphi-Runde 2 erfolgte für mögliche Settings für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention (Annex Tabelle 2).

Die als mögliche Stratifizierungsmerkmale betrachteten soziodemografischen Einflussfaktoren wurden unter Einbezug weiterer Expertinnen und Experten des RKI überarbeitet. „Bildung" wurde als Indikator des Themas soziale

Das finale Set umfasst 60 Indikatoren in vier Handlungsfeldern.

Ressourcen aufgenommen. „Arbeitslosigkeit“ und „Armut“ wurden als Indikatoren sowohl sozialer Risikofaktoren als auch von Krankheitsfolgen eingeordnet. Zugunsten der Homogenisierung für die künftige NCD-Surveillance wurden die im Rahmen der Diabetes-Surveillance konsentierten Stratifizierungsmerkmale Alter, Geschlecht, soziale Lage, Bildung und Region (abhängig von jeweiliger Datenverfügbarkeit) [67] übernommen.

In den Fokusgruppen (6) wurden mit 18 Teilnehmenden der nationalen Stakeholder Kriterien von Public-Health-Relevanz diskutiert, die zur Selektion spezifischer psychischer Störungen für die MHS in Delphi-Runde 2 herangezogen werden konnten, darunter beispielsweise deren Inzidenz, Prävalenz, Krankheitslast, Therapierbarkeit oder auch Präventabilität sowie methodische Kriterien wie deren epidemiologische Messbarkeit in bevölkerungsbezogenen Gesundheitsstudien (z. B. psychometrische Güte, Sparsamkeit der Erhebung). Ein Vorschlag für die in Delphi-Runde 2 zur Auswahl stehenden psychischen Störungen (Annex Tabelle 2) wurde von den Teilnehmenden angenommen und geringfügig angepasst, indem die Oberkategorie „Belastungsstörungen“ aufgeteilt wurden in „Anpassungsstörung“ und „Posttraumatische Belastungsstörung“.

Indikatorenbewertung Delphi-Runde 2 (online) (9)

An der ersten Teilbefragung nahmen 80 % (n=16) der dazu eingeladenen Stakeholder teil, an der zweiten Teilbefragung 65 % (n=13).

Auf Basis der Ergebnisse wurden für das finale Indikatorenset (Abbildung 2) 57 der 96 präsentierten Indikatoren aus den Handlungsfeldern 2 bis 5 extrahiert (Annex Tabelle 2). Insgesamt wurden 36 Indikatoren als hoch relevant und 17 Indikatoren als relevant klassifiziert. Vier Indikatoren wurden aufgrund der Festlegung eingeschlossen, dass ein Thema von mindestens zwei Indikatoren repräsentiert werden soll. Der Indikator „Rehabilitation“ wurde trotz geringer Rangplatzierung hinzugefügt, um in den Angeboten der Gesundheitsversorgung auch den im Rahmenkonzept verankerten Bereich „Recovery“ [79] abbilden zu können.

Verabschiedung des Indikatorensets (10)

Das finale Indikatorenset wurde mit einer Zustimmung von 85 % von den nationalen Stakeholdern mehrheitlich als Ergebnis anerkannt und verabschiedet (Rücklaufquote: 95 %, n=19). Eine Enthaltung wurde durch die mangelnde Möglichkeit zu einer detaillierten Diskussion einzelner Indikatoren begründet. Eine Ablehnung wurde mit dem Ausschluss des Indikators „Zwangsmaßnahmen“ sowie Kritik am Indikator „Psycho-/pharmakotherapeutische Behandlungsquote“ begründet.

Erweiterung des Indikatorensets (12)

In Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit wurden zwei für die gesundheitspolitische Diskussion zentrale Indikatoren ergänzt: „Alkohol- und Substanzabhängigkeit“ als relevante Gruppe psychischer Störungen sowie „Zwangsmaßnahmen“ im Bereich der Versorgungsqualität. Das finale Set enthält damit 60 Indikatoren (Abbildung 2).

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 **Soziale Ressourcen** 1. Soziale Unterstützung 2. Bildung **Individuelle Risiken** 1. Trauma/Gewalt 2. Chronischer Stress 3. Ungesunder Lebensstil **Soziale Risiken** 1. Einsamkeit 2. Existenzängste 3. Arbeitslosigkeit 4. Armut/Materielle Deprivation 5. Ungleichheit in Einkommens-/Vermögensverteilung **Mental Health Literacy** 1. Kompetenzen der Hilfesuche 2. Einstellungen und Stigma 3. Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen	**Positive Psychische Gesundheit** 1. Subjektive psychische Gesundheit 2. Wohlbefinden **Präklinische Symptomatik** 1. Psychischer Distress 2. Burnout-Symptomatik **Psychische Störungen** 1. Depressive Störungen 2. Angststörungen 3. Posttraumatische Belastungsstörungen 4. Psychotische Störungen 5. Alkohol- und Substanzabhängigkeit*** 6. Psychische Störungen insgesamt **Komorbidität** 1. Komorbidität psychischer Störungen 2. Komorbidität mit chronischen körperlichen Erkrankungen **Selbstverletzung/Suizidalität** 1. Selbstverletzendes Verhalten 2. Suizidversuche	**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 **Qualität** 1. Ärztliche/psychotherapeutische Behandlungsquote 2. Inanspruchnahmequote 3. Stationäre Wiederaufnahmen 4. Psycho-/pharmakotherapeutische Behandlungsquote 5. Zwangsmaßnahmen*** **Patientinnen- und Patientenzentierung** 1. Unerfüllter Behandlungsbedarf 2. Behandlungslatenz 3. Barrieren der Inanspruchnahme 4. Wartezeiten **Kosten** 1. Direkte Krankheitskosten	**Krankheitslast** 1. Krankengeld* 2. Erwerbsminderungsrente* 3. Erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung* 4. Gesundheitsbezogene Lebensqualität* 5. Funktionseinschränkungen* **Teilhabe** 1. Armut* 2. Arbeitslosigkeit* **Mortalität** 1. Years of Life Lost* 2. Suizide 3. Exzessmortalität*

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

Evaluation des Konsentierungsprozesses (11)

An der Evaluation des Konsentierungsprozesses beteiligten sich 17 der nationalen Stakeholder (Rücklaufquote: 85 %) (Annex Tabelle 3). Die Mehrheit sah genügend Gelegenheiten, die eigene Meinung einzubringen (88,2 %), fand ihre Meinung ausreichend im Ergebnis widergespiegelt (82,4 %) und bewertete das Vorgehen als ausreichend transparent (94,1 %). Den Aufwand der Mitwirkung seinem Zweck angemessen empfanden 88,2 % der Befragten, 11,6 % hätten sich bei Bedarf noch mehr engagiert. Alle Befragten wären bereit, auch zukünftig an der Weiterentwicklung der MHS mitzuwirken.

4. Diskussion

In Orientierung an internationalen Beispielen wurde am RKI mit dem Aufbau einer MHS für Deutschland begonnen. Damit wird der zunehmend anerkannten Bedeutung psychischer Gesundheit für die Bevölkerungsgesundheit Rechnung getragen und auf den hohen Bedarf einer aktuellen und nachhaltigen Evidenzbasis zur Gestaltung von Public-Health-Maßnahmen reagiert. Ziel der MHS ist es, durch eine kontinuierliche Datenbereitstellung für ein konsentiertes Indikatorenset umfassendere und verlässlichere Aussagen zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung zu ermöglichen. Die im vorliegenden Beitrag dargestellte Pilotierung führte zu folgenden Ergebnissen: Der durch systematische Literaturrecherche identifizierte, umfangreiche Indikatorenpool konnte durch einen strukturierten Konsentierungsprozess auf 60 Indikatoren reduziert werden. Diese Indikatoren bilden ein mehrdimensionales Public-Mental-Health-Rahmenkonzept ab. Für das ausgewählte Indikatorenset lag unter den beteiligten Stakeholdern ein breiter Konsens vor. Zur kritischen Diskussion des gewählten Vorgehens werden das finale Indikatorenset im Folgenden hinsichtlich seiner inhaltlichen Schwerpunktsetzung reflektiert, Stärken und Limitationen methodischer Entscheidungen abgewogen und sich daraus ergebende nächste Arbeitsschritte zum Aufbau des Surveillance-Systems dargestellt.

Finales Indikatorenset

Das finale Indikatorenset lässt verschiedene inhaltliche Schwerpunktsetzungen der Stakeholder erkennen. Im Handlungsfeld 1 „Gesundheitsförderung und Prävention verbessern“ wurden Indikatoren zu Settings und Maßnahmen hervorgehoben, in denen die gesamte Lebensspanne repräsentiert ist. Zusätzlich wurden Informationen zu Anti-Stigma- und Aufklärungskampagnen als relevant bewertet.

Im Handlungsfeld 2 „Determinanten psychischer Gesundheit adressieren“ wurde unter den individuellen Ressourcen eigenschaftsnahe Konstrukte wie Optimismus, Resilienz und Selbstwert der Vorrang gegenüber Kompetenzen (kommunikative, soziale, bewältigungsbezogene) gegeben. Unter den Risikofaktoren wurden Stressoren (Traumatisierung und Gewalt, chronischer Stress) und Gesundheitsverhalten als zentral bewertet. Als soziale Risikofaktoren wurden strukturelle Faktoren (Armut, Arbeitslosigkeit) neben Einsamkeit priorisiert. In vergleichbarer Weise wurden entsprechende soziale Ressourcen, Bildung und soziale Unterstützung ausgewählt. Für das bisher kaum in der Bevölkerung untersuchte Thema der Gesundheitskompetenz im Bereich psychischer Gesundheit (Mental Health

Literacy) erfolgte keine Priorisierung zwischen den drei vorgeschlagenen Indikatoren.

Besonderer Fokus im Handlungsfeld 3 „Psychischen Gesundheitszustand verbessern" lag auf der Priorisierung von psychischen Störungen für die MHS. Darunter befinden sich die depressiven und Angststörungen als besonders häufige Diagnosegruppen und psychotische Störungen als hinsichtlich Verlaufs und Folgen in der Regel schwere Störungen. Außerdem wurden Posttraumatische Belastungsstörungen ausgewählt, was in engem Bezug zur hohen Priorisierung von Traumatisierung und Gewalt unter den Risikofaktoren steht.

Im Handlungsfeld 4 „Versorgung psychischer Störungen verbessern" wurden hohe Bewertungen für die gesamte Breite der Versorgungslandschaft abgegeben und auch gemeindepsychiatrische Angebote als wesentlich für Surveillance eingeschlossen. Bezogen auf die Themen Qualität sowie Patientinnen- und Patientenzentrierung wurden vorrangig Indikatoren priorisiert, die die gesamte Gruppe der Personen mit behandlungsbedürftigen psychischen Störungen adressieren (z. B. Inanspruchnahme- bzw. Behandlungsquoten, Versorgungsbedarf und -zugang). Nicht ausgewählt wurden damit einige Indikatoren mit besonderer Bedeutung für die spezifische Situation von Menschen mit chronischen beziehungsweise schweren psychischen Störungen (z. B. körperliche Gesundheitsversorgung, Zwangsmaßnahmen) sowie Kennwerte des wahrgenommenen Behandlungserfolgs und -zufriedenheit aus Sicht der Patientinnen und Patienten (wobei der Indikator Zwangsmaßnahmen im Nachgang ergänzt wurde, siehe oben).

Im Handlungsfeld 5 „Krankheitslast senken und Teilhabe stärken" wurden die direkte Bestimmung differenzierter Indikatoren der individuellen und gesellschaftlichen Krankheitslast gegenüber zusammenfassenden Maßen des Burden-of-Disease-Modells oder der geschätzten volkswirtschaftlichen Kosten bevorzugt. Bezogen auf das Thema Teilhabe wurden konsistent mit der Priorisierung sozialer Risikofaktoren im Handlungsfeld 2 Armut und Arbeitslosigkeit als Indikatoren ausgewählt. Zur Surveillance von Mortalität wurden übergreifende Kennwerte der (Über-) Sterblichkeit gegenüber störungsspezifischen und versorgungsassoziierten Maßen bevorzugt.

Lessons learned

Die Entscheidung für ein an Public-Health orientiertes Rahmenkonzept erlaubte die Entwicklung eines Indikatorensets, das gegenüber anderen internationalen Ansätzen von MHS vergleichsweise umfassend ausfällt. Es umfasst sowohl Positive Psychische Gesundheit (Wohlbefinden) als auch eine dimensionale Perspektive von Psychopathologie und bildet so Ansatzpunkte für Public-Health-Maßnahmen (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation) auf unterschiedlichen Ebenen ab. Bei Integration der MHS in eine übergeordnete Surveillance der nichtübertragbaren Erkrankungen liegen so für viele Themen bereits konsentierte Indikatoren vor, die auch Schnittstellen zu körperlicher Gesundheit in Form gemeinsamer Schutz- und Risikofaktoren, wechselseitiger Einflussfaktoren sowie Ko- und Multimorbidität abbilden. Ein umfassendes Surveillance-System mit Fokus auf Public Health kann der Komplexität von Gesundheit und Krankheit besser gerecht werden als separate krankheits- beziehungsweise störungsfokussierte Teilsysteme. Dieses Ergebnis konnte jedoch nur in Anlehnung

an die Vorgehensweise der Public Health Agency Canada [24, 76] durch eine starke Strukturierung der Indikatorenauswahl in Delphi-Runde 2 erreicht werden, die wesentliche Elemente des Rahmenkonzeptes bereits im finalen Indikatorenset verankerte. Das Vorgehen erwies sich jedoch als legitim, da die beteiligten Stakeholder trotz dieser Vorgaben eine hohe Zustimmung zum finalen Indikatorenset angaben.

Die Fundierung der Indikatorenauswahl auf einer systematischen Recherche potenzieller Indikatoren führte zu einem Indikatorenset, das auch Indikatoren enthält, für die aktuell (noch) keine für eine Surveillance geeigneten Daten verfügbar sind. Im Gegensatz zu datengetriebener Indikatorenauswahl [z. B. 27] werden auf diese Weise für Kernthemen von Public Mental Health dringende Datenbedarfe und Forschungslücken sichtbar gemacht [vgl. 23, 24, 80]. Der Großteil der in einer umfangreichen Literaturrecherche extrahierten Indikatoren stammte aus bereits etablierten Indikatorensystemen. Schlussfolgernd kann zum Aufbau einer Surveillance im Bereich Public Mental Health eine stärkere Orientierung an bestehenden Indikatorensets in Kombination mit gezielter Nachrecherche von unterrepräsentierten Themen beziehungsweise besonderen nationalen Bedarfen als effizient empfohlen werden. Zugleich konnten durch die von uns gewählte Vorgehensweise noch nicht in etablierten Surveillancesystemen aufgenommene Konstrukte und Themen (z. B. Mental Health Literacy) in den Aufbau der MHS integriert werden, welche neuere Entwicklungen im Monitoring der psychischen Gesundheit der Bevölkerung widerspiegeln oder spezifischen Belangen in Deutschland Rechnung tragen.

Die Beschränkung der Indikatorensuche und -auswahl auf Konstrukte im Gegensatz zu präzise definierten Operationalisierungen auf Zähler- und Nennerebene hat sich auch in anderen derartigen Prozessen [24, 27, 28] als handhabbar erwiesen und war für die Machbarkeit des Konsentierungsprozesses unabdingbar. Nur durch diese pragmatische Vereinfachung wurden die zusammenfassende Darstellung sowie vergleichende Bewertung der außerordentlich großen Zahl potenzieller Indikatoren durch die Beteiligten im Zuge des Auswahlprozesses möglich. Dass so die Erarbeitung von eindeutigen und langfristig festgelegten Metadaten (Titel und Definition) der Indikatoren sowie von deren Messung und Datenbasis erst in einem nächsten Schritt erfolgt, hat den Vorteil, die jeweils aktuelle und sich wie beispielsweise im Kontext der COVID-19-Pandemie teilweise rasant verändernde Landschaft verfügbarer Daten ausführlich sondieren und einbeziehen zu können. Zugleich kann auf diese Weise Forschungsbedarf aufgezeigt und der Einsatz neuer Inventare oder Erhebungsmethoden erprobt werden. Allerdings sind so im Zuge der Operationalisierung erneut sowohl wesentliche inhaltliche Entscheidungen zu treffen, als auch die methodische Güte der Indikatoren zu gewährleisten [8, 81].

Die partizipative Entwicklung des Indikatorensets durch ein Expertinnen- und Experten- beziehungsweise Stakeholdergremium ist ein etabliertes [24, 32, 75], aber nicht alternativloses Vorgehen [27, 28]. In diesem Fall konnte eine breite Akzeptanz des Ergebnisses gewährleistet werden, was wiederum eine Voraussetzung für die effektive Nutzung des Surveillance-Systems ist. Dabei ist einzuräumen, dass jedes Ergebnis kollektiver Entscheidungsfindung von der Zusammensetzung des beteiligten Gremiums abhängig ist. So kann die Verteilung von Interessenlagen im Gremium zur Aus- beziehungsweise Abwahl

einzelner Indikatoren führen. Obwohl der Versuch unternommen wurde, Vertreterinnen und Vertreter aller relevanten Stakeholdergruppen zu gewinnen, kann deren jeweiliger Anteil (z. B. von Akteuren der Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber Leistungserbringern ambulanter bzw. stationärer Versorgung) kritisch gesehen werden. Für die nachträglich ergänzten drei Indikatoren (Rehabilitation, Zwangsmaßnahmen, Alkohol- und Substanzabhängigkeit) liegt kein Konsens in der beteiligten Gruppe vor. Im Zuge des weiteren Aufbaus der MHS sollte berücksichtigt werden, dass diese drei Indikatoren in der wissenschaftlichen Aufbereitung nicht zu Lasten der konsentierten Indikatoren prioritär bearbeitet werden.

Kritikpunkte der beteiligten Expertinnen und Experten beziehungsweise Stakeholder bestanden in Zweifeln an der Aussagekraft des Indikators „Psycho-/pharmakotherapeutische Behandlungsquote“ und der Forderung des Einbezugs von Zwangsmaßnahmen. Die Bewertung von Indikatoren wurde als schwierig eingeschätzt, aufgrund inhaltlicher Überlappungen und schwerer Vergleichbarkeit von Konstrukten. Das Fehlen von Indikatoren mit Bezug zur Arbeitswelt und für die gemeindepsychiatrische Vernetzung wurde bemängelt. Zudem wurde die geringe Möglichkeit zur intensiven Diskussion einzelner Indikatoren aufgrund der Einschränkungen durch die COVID-19-Pandemie bedauert, aber akzeptiert.

Ausblick

Die hier dargestellte Entwicklung eines Indikatorensets stellt einen ersten Schritt beim Aufbau einer MHS für Deutschland dar. Um für die ausgewählten Themen ein nachhaltiges Surveillance-System etablieren zu können, sind folgende weitere Arbeiten nötig:

(1) Ermittlung der verfügbaren Datengrundlagen je Indikator: Es müssen aktuell und perspektivisch verfügbare bevölkerungsbezogene Datenquellen zur Quantifizierung von Indikatoren sondiert und bewertet werden. Für gegenwärtig nicht abbildbare Indikatoren müssen Konzepte zur Schließung der Datenlücken entwickelt werden. Dies schließt sowohl die noch nicht (routinemäßig) erfolgte Nutzung bereits vorliegender Datenquellen als auch die grundlegende Neuentwicklung von Datenquellen ein. Für Indikatoren mit erheblichem Entwicklungsbedarf ist eine übergangsweise Nutzung von Interims-Indikatoren zu prüfen [vgl. 23].

(2) Präzise Definition und Operationalisierung von Indikatoren: Für Indikatoren, die in Surveys zu erfassen sind, müssen Befragungsformate beziehungsweise psychometrische Instrumente ausgewählt, entwickelt und getestet werden. Open Access verfügbare Instrumente sollten bevorzugt ausgewählt werden, um die Nutzung der MHS-Daten als Referenzwerte zu erleichtern. Zudem sollten der Einsatz mobil-basierter digitaler Erhebungsmethoden zur Schätzung von Indikatoren psychischer Gesundheit auf der Ebene der Gesamtbevölkerung geprüft werden. Für Indikatoren auf Basis von Routinedaten müssen entsprechende Definitionen von zu betrachtenden Fällen oder Leistungen festgelegt und geeignete Datenkörper ausgewählt werden. Im Zuge dessen ist die internationale Anschlussfähigkeit durch Bevorzugung international etablierter Maße zu gewährleisten. Zugleich müssen die Operationalisierung der Indikatoren eine möglichst starke Nutzung von Routinedaten sowie regelmäßige Primärdatenerhebungen jenseits der

Bevölkerungsstudien des RKI erlauben. Nur so ist für die große Zahl an Indikatoren der MHS eine realistische Machbarkeit von stetiger Surveillance zu erreichen. Die gewählten Datenquellen sollten nach Möglichkeit die festgelegte Stratifizierung erlauben, wobei dem Merkmal Region aufgrund der hohen Bedeutung kleinräumiger Ergebnisse für die Planung von Maßnahmen eine besonders wesentliche Rolle zukommt.

(3) Bahnung kontinuierlicher Datenverfügbarkeit: Um engmaschig und kontinuierlich Daten bereitstellen zu können, ist die regelmäßige Erhebung von Surveydaten sowie Nutzung von Routinedaten sicherzustellen. Wie die internationalen Erfahrungen zeigen [82], erfordert dies eine stetige Einflussnahme auf die Planung von Datenerhebungen und -auswertungen, um in diesen die ausgewählten MHS-Indikatoren zu platzieren.

(4) Ergebnisdissemination: Für eine zeitnahe und adressatengerechte Berichterstattung auf Basis der MHS, können perspektivisch etablierte sowie innovative Formate der Gesundheitsberichterstattung genutzt werden, wie sie aktuell für die Diabetes-Surveillance erprobt werden [83]. Um deren Nutzung durch die Adressatinnen und Adressanten zu fördern, sind geeignete Formate des direkten Austausches mit den relevanten Akteuren zu entwickeln.

(5) Integration in NCD-Surveillance: Im Zuge der Einbindung in eine übergeordnete NCD-Surveillance wird für eine sparsame Auswahl der hier identifizierten MHS-Indikatoren langfristig ein Berichtswesen aufgebaut, das die hohe Bedeutung psychischer Gesundheit auch für die körperliche Gesundheit [84] sichtbar machen kann.

(6) Notwendige Erweiterungen: Ausbaupotenziale des hier vorgeschlagenen MHS-Indikatorensets liegen a) in der Ergänzung von Indikatoren für die Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen sowie Menschen im hohen Alter, um Aspekte psychischer Gesundheit über die Lebensspanne abbilden zu können, sowie b) in der Ausarbeitung von Handlungsfeld 1 auf Basis der zu erwartenden Fortschritte der Präventionsberichterstattung [85].

Fazit

Die pilotierte Entwicklung des vorliegenden MHS-Indikatorensets hat sich insgesamt als praktikabel erwiesen. Durch das Rahmenkonzept konnten ein breiter Public-Mental-Health-Ansatz verankert und bestehende Lücken indikatorbasierter Berichterstattung im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention aufgezeigt werden. Die Auswahl des finalen Indikatorensets konnte auf Basis einer differenzierten Bewertung durch die beteiligten Stakeholder erfolgen. In Hinblick auf die Gütekriterien eines Surveillance-Systems für psychische Gesundheit [17] wurde so ein wesentlicher Beitrag zur Nützlichkeit und Akzeptanz des Systems geleistet. Auf dieser Grundlage kann der Aufbau einer MHS in Deutschland fortgesetzt werden. Bei planmäßiger Umsetzung der nächsten Arbeitsschritte kann die MHS ein hilfreiches Werkzeug sein, um Entwicklungen in Public Mental Health in Deutschland zeitnah sichtbar zu machen, Bedarfe für Interventionen und belastete Bevölkerungsgruppen zu identifizieren und damit zu einer evidenzbasierten Planung und Evaluation von Public-Health-Maßnahmen beizutragen, die die Förderung psychischer Gesundheit und Verringerung von Krankheitslast psychischer Störungen zum Ziel haben.

Korrespondenzadresse
Dr. Julia Thom
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: ThomJ@rki.de

Zitierweise
Thom J, Mauz E, Peitz D, Kersjes C, Aichberger M et al. (2021) Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. Journal of Health Monitoring 6(4):36–68.
DOI 10.25646/8860

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter: www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Förderungshinweis

Der Aufbau einer nationalen Mental Health Surveillance am RKI (MHS) wird durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert (Kapitel 1504 Titel 54401, Laufzeit 03/2019-12/2021).

Interessenkonflikt

Andreas Meyer-Lindenberg gibt an, Förderung aus den folgenden Projekten (aufgeführt mit Fördernummer) zu erhalten: Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF, grant 01EF1803A), 7. Forschungsrahmenprogramm der EU (EU FP7, grant 602805), Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg (MWK, grant 42-04 HV.MED(16)/16/1), MWK (grant 42-04HV.MED(16)/27/1), MWK (grant 42-7731.101/11/5).
Die übrigen Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Das Robert Koch-Institut hat Reisekosten zu Workshops, die im Rahmen des Projekts "Mental Health Surveillance" entstanden sind, auf Antrag übernommen.

Literatur

1. Nishtar S, Niinistö S, Sirisena M et al. (2018) Time to deliver: report of the WHO Independent High-Level Commission on NCDs. Lancet 392(10143):245–252
2. United Nations (UN) (2015) The Sustainable Development Agenda. https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (Stand: 10.06.2021)
3. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2013) Mental Health Action Plan 2013–2020. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=D6A340209FF550501274C6C-945047FA7?sequence=1 (Stand: 10.06.2021)
4. Acheson ED (1988) On the state of the public health (The fourth Duncan lecture). Public Health 102(5):431–437
5. Robert Koch-Institut (RKI) (2021) Was ist Public Health? https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaeumsbuch.html (Stand: 10.06.2021)
6. Hach I (2008) Public Mental Health. In: Kirch W (Hrsg) Encyclopedia of Public Health. Springer Netherlands, Dordrecht, S. 1210–1220
7. Choi BC (2012) The past, present, and future of public health surveillance. Scientifica (Cairo) 2012:875253
8. Pencheon D (2017) The Good Indicators Guide: Understanding How to Use and Choose Indicators. NHS Institute for Innovation and Improvement. https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/publication/the-good-indicators-guide-understanding-how-to-use-and-choose-indicators/ (Stand: 10.06.2021)
9. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2021) Mental Health: Strengthening our Response. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response (Stand: 10.06.2021)
10. Keyes CLM (2007) Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. American Psychologist 62(2):95–108
11. Suldo SM, Shaffer EJ (2008) Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. School Psychology Review 37(1):52–68

12. WHO Europe (2019) Psychische Gesundheit. Faktenblatt. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf (Stand: 10.06.2021)
13. Kroll M, Phalkey RK, Kraas F (2015) Challenges to the surveillance of non-communicable diseases – a review of selected approaches. BMC Public Health 15:1243
14. Patel V, Saxena S, Lund C et al. (2018) The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. The Lancet 392(10157):1553–1598
15. Korkeila J, Lehtinen V, Bijl R et al. (2003) Establishing a set of mental health indicators for Europe. Scandinavian Journal of Public Health 31(6):451–459
16. Lavikainen J, Fryers T, Lethinen V (Hrsg) (2006) Improving Mental Health Information in Europe. Proposal of the MINDFUL project. Helsinki, Finland. https://core.ac.uk/download/pdf/12360039.pdf (Stand: 10.06.2021)
17. Azofeifa A, Stroup DF, Lyerla R et al. (2018) Evaluating behavioral health surveillance systems. Preventing chronic disease 15:E53
18. Lyerla R, Stroup DF (2018) Toward a public health surveillance system for behavioral health. Public Health Reports 133(4):360–365
19. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D et al. (2010) What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med 40(11):1759–1765
20. Tannenbaum C, Lexchin J, Tamblyn R et al. (2009) Indicators for measuring mental health: towards better surveillance. Healthcare Policy 5(2):e177–e186
21. Schuler D, Tuch A, Peter C (2020) Psychische Gesundheit in der Schweiz. OBSAN Bericht 15/2020. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN), Neuchâtel. https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-der-schweiz-3 (Stand: 10.06.2021)
22. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2021) Indikatoren. https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren (Stand: 10.06.2021)
23. National Mental Health Performance Subcommitee (2011) Fourth National Mental Health Plan Measurement Strategy. A report produced for the Australien Health Minister's Advisory Council Mental Health Standing Committee. Queensland. https://www.aihw.gov.au/getmedia/d8e52c84-a53f-4eef-a7e6-f81a5af94764/Fourth-national-mental-health-plan-measurement-strategy-2011.pdf.aspx (Stand: 10.06.2021)
24. Orpana H, Vachon J, Dykxhoorn J et al. (2016) Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: the development of the Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework. Health Promot Chronic Dis Prev Can 36(1):1–10
25. Skinner R, Irvine B, Willams G et al. (2017) A Contextual Analysis of the Suicide Surveillance Indicators. Health Promot Chronic Dis Prev Can 37(8): 257–260
26. Varin M, Baker M, Palladino E et al. (2019) Canadian Chronic Disease Indicators, 2019 – Updating the data and taking into account mental health. Health Promot Chronic Dis Prev Can 39(10):281–288
27. Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE) (2019) Recommended CSTE Surveillance Indicators for Substance Abuse and Mental Health, Version 3. Substance use and mental health indicators subcommittee (2019 Revision). Atlanta, Georgia. https://cdn.ymaws.com/www.cste.org/resource/resmgr/crosscuttingi/CSTE_Substance_Abuse_and_Men.pdf (Stand: 10.06.2021)
28. Parkinson J (2006) Establishing national mental health and well-being indicators for Scotland. Journal of Public Mental Health 5(1):42–48
29. Mitchell J (2018) Mental Health Quality Indicators: Background and Secondary Definition. The Scottish Government, Edinburgh. https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/factsheet/2018/09/mental-health-quality-indicators-background-secondary-definitions/documents/00540532-pdf/00540532-pdf/govscot%3Adocument/00540532.pdf (Stand: 10.06.2021)
30. Bramesfeld A, Amaddeo F, Caldas-de-Almeida J et al. (2016) Monitoring mental healthcare on a system level: Country profiles and status from EU countries. Health Policy 120(6):706–717
31. Urbanoski K, Inglis D (2019) Performance measurement in mental Health and addictions systems: a scoping review. J Stud Alcohol Drugs Suppl Sup 18:114–130
32. Lauriks S, de Wit MA, Buster MC et al. (2014) Composing a core set of performance indicators for public mental health care: a modified Delphi procedure. Administration and Policy in Mental Health 41(5):625–635
33. Parkinson J (2007) Establishing a Core Set of National, Sustainable Mental Health Indicators for Adults in Scotland: Rationale Paper. NHS Health Scotland, Edinburgh. http://www.healthscotland.scot/media/2232/a-rationale-paper-adult-mental-health-indicators-2007.pdf (Stand: 10.06.2021)

34. Hopkins RS, Landen M, Toe M (2018) Development of indicators for public health surveillance of substance use and mental health. Public Health Reports 133(5):523–531

35. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2021) Mental Health Atlas. https://www.who.int/mental_health/evidence/atlasmnh/en/ (Stand: 10.06.2021)

36. Organisation for Economic Co-operation and Development (2019) OECD Mental Health Performance Framework. https://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health.htm (Stand: 10.06.2021)

37. Fehr A, Urbanski D, Ziese T et al. (2017) BRIGDE Health. Deliverable 4.2. Part 1: Update of ECHI Indicators. Scientific Institute of Public Health, Brussels. https://ec.europa.eu/research/participants/documents/downloadPublic?documentIds=080166e5b621e895&appId=PPGMS (Stand: 10.06.2021)

38. Bramesfeld A, Koller M, Salize H (Hrsg) (2019) Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Hogrefe, Göttingen

39. Baune BT, Arolt V (2005) Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Der Nervenarzt 76(5):633–646

40. Jacobi F, Kessler-Scheil S (2013) Epidemiologie psychischer Störungen. Psychotherapeut 58:191–206

41. Jäger M, Rössler W (2012) Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. Der Nervenarzt 83(3):389–402

42. Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W (2014) Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. Deutsche Medizinische Wochenschrift 139(23):1249–1252

43. Nübling R, Bär T, Jeschke K et al. (2014) Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland – Bedarf und Inanspruchnahme sowie Effektivität und Effizienz von Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal 13:389–397

44. Riedel-Heller S, Luppa M, Angermeyer M (2004) Psychiatrische Epidemiologie in Deutschland: Stand der Forschung. Psychiatrische Praxis 31:288–297

45. Rabe-Menssen C, Albani C, Leichsenring F et al. (2010) Psychotherapie und Psychosomatik. In: Pfaff H, Neugebauer EA, Glaeske G et al. (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S. 400–405

46. Gaebel W, Janssen B, Sommerlad K et al. (2010) Psychiatrie und Psychotherapie. In: Pfaff H, Neugebauer EA, Glaeske G et al. (Hrsg) Lehrbuch Versorgungsforschung. Schattauer, Stuttgart, S. 395–399

47. AG Psychiatrie der AOLG (2017) Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“. Beschlüsse der 90. Gesundheitsministerkonferenz. https://www.hamburg.de/contentblob/9044206/70b9640681840af6d25609c5323a385e/data/bericht.pdf (Stand: 10.06.2021)

48. Freie und Hansestadt Hamburg (2019) Versorgung psychisch kranker Menschen in Hamburg. https://www.hamburg.de/contentblob/12273896/2faa32cb036a0911cbcac4e1baeco6do/data/psychiatriebericht.pdf (Stand: 10.06.2021)

49. Schu M, Oliva H, Martin M et al. (2017) Angebotssituation und Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen/Erkrankungen in spezifischen psychiatrischen Handlungsfeldern. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen, Bielefeld. https://www.lzg.nrw.de/_php/login/dl.php?u=/_media/pdf/service/Pub/2017_df/versorgung_psych_stoerungen_studie_lzg-nrw.pdf (Stand: 10.06.2021)

50. Grobe T, Steinmann S (2015) Depressionsatlas – Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Techniker Krankenkasse, Hamburg. https://www.tk.de/resource/blob/2026640/c767f9b02cabbc503fd3cc6188bc76b4/tk-depressionsatlas-data.pdf (Stand: 10.06.2021)

51. Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J (2020) BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21. Berlin. https://www.barmer.de/blob/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15ffo11ebe/data/dl-arztreport2020-komplett.pdf (Stand: 10.06.2021)

52. IGES, DAK Gesundheit (2021) Psychreport 2021. Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2010–2020. https://www.dak.de/dak/download/report-2429408.pdf (Stand: 10.06.2021)

53. Kliner K, Rennert D, Richter M (Hrsg) (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Gesundheitsatlas 2015. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin. https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/Publikationen/2019/BKK_Gesundheitsatlas_2015.pdf (Stand: 10.06.2021)

54. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2019) Reha-Bericht 2019. Berlin. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2019.html (Stand: 10.06.2021)

55. Dauber H, Künzel J, Schwarzkopf L et al. (2020) Suchthilfe in Deutschland 2019. Jahresbericht der deutschen Suchthilfestatistik. IFT Institut für Therapieforschung, München. https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/Publikationen/Jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_DJ_2019.pdf (Stand: 10.06.2021)

56. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg) (2020) Stressreport Deutschland 2019. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Stressreport-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=8 (Stand: 10.06.2021)

57. Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK et al. (2019) Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas-Bericht Nr 19/05. Berlin. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf (Stand: 10.06.2021)

58. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 10.06.2021)

59. Institut für Therapieforschung (2021) Der epidemiologische Suchtsurvey. https://www.esa-survey.de/ (Stand: 10.06.2021)

60. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85(1):77–87

61. Gemeinsamer Bundesausschuss (2014) Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Beauftragung der Institution nach § 137a SGB V: Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens zur Versorgung bei psychischen Erkrankungen. https://www.g-ba.de/beschluesse/2018/ (Stand: 10.06.2021)

62. IQTIG (2017) Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin. https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_QS-Verfahren-Schizophrenie_Abschlussbericht_2017-12-22_barrierefrei.pdf (Stand: 10.06.2021)

63. IQTIG (2019) Qualitätssicherungsverfahren zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Zwischenbericht zum entwickelten Qualitätsmodell. IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin. https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_QS-Verfahren-zur-ambulanten-Psychotherapie_Zwischenbericht_2019-02-28-barrierefrei.pdf (Stand: 10.06.2021)

64. Gaebel W, Janssen B, Zielasek J (2009) Mental health quality, outcome measurement, and improvement in Germany. Current Opinion in Psychiatry 22(6):636–642

65. Bermejo I, Klärs G, Böhm K et al. (2009) Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln". Bundesgesundheitsbl 52(10):897–904

66. Kocalevent RD, Härter M (2018) Evaluation zum Nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln" – Die Entwicklung 10 Jahre nach Verabschiedung. Gesundheitswesen 82(1):e1–e8

67. Gabrys L, Schmidt C, Heidemann C et al. (2018) Diabetes-Surveillance in Deutschland – Auswahl und Definition von Indikatoren. Journal of Health Monitoring (S3):3–22. https://edoc.rki.de/handle/176904/2877 (Stand: 23.09.2021)

68. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005) Mental Health Information Systems. Geneva, Switzerland. https://www.who.int/mental_health/policy/mnh_info_sys.pdf (Stand: 10.06.2021)

69. Proceedings of the International Workshop 'Integration of International Expertise in the Development of a Mental Health Surveillance System in Germany'. BMC Proc 14, 4. https://bmcproc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12919-020-00186-0#citeas (Stand: 10.06.2021)

70. Bohnsack R (2000) Gruppendiskussion. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I (Hrsg) Qualitative Forschung Ein Handbuch. Rowohlt, Reinbek, S. 369–384

71. Arah OA, Westert GP, Hurst J et al. (2006) A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. International Journal for Quality in Health Care 18 Supplement 1:5–13

72. Arksey H, O'Malley L (2005) Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 8(1):19–32

73. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK (2010) Scoping studies: advancing the methodology. Implementation Science 5(1):69

74. Peitz D, Kersjes C, Thom J et al. (2021) Indicators for Public Mental Health: A Scoping Review. Frontiers in Public Health 9(1330) DOI 10.3389/fpubh.2021.714497

75. Lehmann I, Chisholm D, Hinkov H et al. (2018) Development of quality indicators for mental healthcare in the Danube region. Psychiatria Danubina 30(2):197–206

76. Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL et al. (2014) Monitoring Chronic Diseases in Canada: the Chronic Disease Indicator Framework. Chronic diseases and injuries in Canada 34 Suppl 1:1–30

77. Niederberger M, Renn O (2018) Das Gruppendelphi-Verfahren. Springer, Wiesbaden

78. Diamond IR, Grant RC, Feldman BM et al. (2014) Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. Journal of Clinical Epidemiology 67(4):401–409

79. Patel VH (2018) The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development Global Alliance's Coming Together for Action Conference, Denver

80. Parkinson J (2007) Establishing a Core Set of National, Sustainable Mental Health Indicators for Adults in Scotland: Final Report. NHS Health Scotland, Edinburgh. http://www.healthscotland.scot/media/2233/final-report-adult-mental-health-indicators-2007.pdf (Stand: 10.06.2021)

81. Flowers J, Hall P, Pencheon D (2005) Public health indicators. Public Health 119(4):239–245

82. Parkinson J (2004) Mental Health Indicators Survey Option Appraisal. NHS Health Scotland, Edinburgh. http://healthscotland.scot/media/2234/options-appraisal-paper-adult-mental-health-indicators-2006.pdf (Stand: 10.06.2021)

83. Reitzle L, Paprott R, Farber F et al. (2020) Gesundheitsberichterstattung im Rahmen von Public Health Surveillance: Das Beispiel Diabetes. Bundesgesundheitsbl 63(9):1099–1107

84. Prince M, Patel V, Saxena S et al. (2007) No health without mental health. The Lancet 370(9590):859–877

85. Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsberichterstattung, Prävention, Rehabilitation und Sozialmedizin (AG GPRS) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (in Vorbereitung) Abschlussbericht der Unterarbeitsgruppe Präventionsindikatoren. Entwicklung eines Indikatorensystems für die Präventionsberichterstattung der Länder

Annex Tabelle 1
Teilnehmende internationale Expertinnen und Experten und nationale Stakeholder
Quelle: Eigene Darstellung

Die aufgeführten Personen beteiligten sich an der Entwicklung des Indikatorensets und Rahmenkonzeptes (Workshop 1, Fokusgruppen zur Auswahl psychischer Störungen, Delphi-Runde 1 oder/und Delphi-Runde 2).

Nr.	Name	Institution
1	Dr. Marion Aichberger	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin
2	Prof. Dr. Harald Baumeister	Universität Ulm, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie
3	Prof. Dr. Anke Bramesfeld	Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung; Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover
4	Dr. Daniel Hugh Chisholm	Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro Europa
5	Jurand Daszkowski	Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
6	Prof. Dr. Freia de Bock	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
7	Dr. Julian Dilling	GKV-Spitzenverband
8	Dr. Theresa Eichhorn	Bundespsychotherapeutenkammer
9	Prof. Dr. Wolfgang Gaebel	WHO Collaborating Centre DEU-131, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
10	Prof. Dr. Dr. Martin Härter	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie; Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung
11	Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin
12	Emily Hewlett	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)
13	Prof. Dr. Frank Jacobi	Psychologische Hochschule Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie
14	Dr. Alessa Jansen	Bundespsychotherapeutenkammer
15	Dr. Joseph Kuhn	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
16	Prof. Dr. Jutta Lindert	Hochschule Emden/Leer; European Public Health Association, Section Public Mental Health
17	Prof. Dr. Jürgen Margraf	Ruhr-Universität Bochum, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit
18	Alexandra Matzke	Deutsche Depressionsliga e. V.
19	Dr. Hanne Melchior	Kassenärztliche Bundesvereinigung
20	Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
21	Dr. Dietrich Munz	Bundespsychotherapeutenkammer
22	Dr. Angelika Nebe	Deutsche Rentenversicherung Bund
23	Dr. Heather Orpana	Public Health Agency Canada (PHAC)
24	Dr. Judith Peth	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
25	Prof. Dr. Ulrich Reininghaus	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg
26	Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller	Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Medizinische Fakultät, Universität Leipzig; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Berlin
27	Dr. Uwe Rose	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, WHO = Weltgesundheitsorganisation

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 1 *Fortsetzung*
Teilnehmende internationale Expertinnen und Experten und nationale Stakeholder
Quelle: Eigene Darstellung

Nr.	Name	Institution
28	Dr. Ursula von Rüden	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
29	Prof. Dr. Georg Schomerus	Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
30	Daniela Schuler	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN)
31	Prof. Dr. Martin Schütte	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
32	Dr. Thomas Stracke	Bundesministerium für Gesundheit
33	Thomas Voigt	Deutsche Depressionsliga e. V.

GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, WHO = Weltgesundheitsorganisation

Anmerkungen zu Annex Tabelle 2:
Blaue Schrift = hochrelevanter Indikator (Kriterien Rangplatz UND Konsens erfüllt), aufgenommen in das finale Indikatorenset
Schwarze Schrift = relevanter Indikator (Kriterien Rangplatz ODER Konsens erfüllt), aufgenommen in das finale Indikatorenset
Hellgraue Schrift = nicht relevanter Indikator (kein Relevanzkriterium erfüllt), nicht aufgenommen in das finale Indikatorenset
Blau unterlegt = Indikator mit Rangplatz in den oberen 50 % der Indikatoren eines Themas (bei ungerader Zahl wurde abgerundet)
Grau unterlegt = Indikator, der von mehr als 50 % der Befragten in die oberen 50 % der Indikatoren eines Themenfelds eingeordnet wurden = Anzahl abgegebener Bewertungen durch die teilnehmenden Stakeholder

[1] Rangplatz (kumuliert) = Summe der Rangplätze eines Indikators innerhalb eines Themas
[2] Konsens = Anteil der teilnehmenden Stakeholder in Prozent, welche den Indikator unter den oberen 50 % der Indikatoren eines Themas platziert haben (bei ungerader Zahl wurde abgerundet)
[*] Indikator wurde in das Indikatorenset aufgenommen, um den Bereich „Recovery" innerhalb des Rahmenmodells abbilden zu können, obwohl keines der beiden Relevanzkriterien erfüllt war.
[**] Indikator wurde in Rücksprache mit dem Bundesministerium für Gesundheit aufgrund seiner gesundheitspolitischen Relevanz im Nachhinein in das Indikatorenset aufgenommen.
[***] Indikator wurde ohne Abstimmung in das Indikatorenset aufgenommen, weil er als einziger das Thema repräsentierte.
GKV = Gesetzliche Krankenversicherung, KV = Kassenärztliche Vereinigung, DALY = Disability-adjusted life years, YLD = Years lived with disability, YLL = Years of life lost

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention verbessern (im Aufbau; Abstimmung außerhalb Delphi-Prozess für erste Einschätzung des Handlungsfeldes)			
Thema: Settings für mögliche Indikatoren			
Arbeitswelt/Betrieb	13	38	85 %
Arbeits-/Erwerbslosigkeit	13	43	62 %
Kindergarten/Kindertagesstätte (KiTa)	13	44	77 %
Familie	13	59	46 %
Pflege-/Betreuungseinrichtung (Senioren, Menschen mit Behinderung)	13	66	54 %
Kommune/Gemeinde/Stadtteil	13	67	38 %
Universität/Hochschule/Ausbildungsbetrieb/Berufsschule	13	69	38 %
Schule	13	82	0 %

Annex Tabelle 2
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 1: Gesundheitsförderung und Prävention verbessern (im Aufbau; Abstimmung außerhalb Delphi-Prozess für erste Einschätzung des Handlungsfeldes)			
Thema: Indikatoren mit aktuell verfügbaren Daten			
Antistigma- und Aufklärungsmaßnahmen	13	66	69 %
GKV-unterstützte Maßnahmen in Kitas zur Förderung und Prävention im Bereich psychischer Gesundheit	13	71	77 %
GKV-unterstützte Maßnahmen in Schulen zur Förderung und Prävention im Bereich psychischer Gesundheit	13	74	77 %
Entspannungs- oder Stressbewältigungsangebote des Arbeitgebers	13	75	46 %
Frühe Hilfen	13	82	62 %
Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz	13	85	38 %
Maßnahmen zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz	13	88	31 %
Zertifizierte Präventionsangebote im Bereich psychischer Gesundheit	13	88	46 %
Maßnahmen des Arbeitgebers zur Vorbeugung psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz	13	92	31 %
Gefährdungsbeurteilung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz	13	96	46 %
Maßnahmen zum Umgang mit psychosozialen Risikofaktoren am Arbeitsplatz	13	98	46 %
Maßnahmen zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit in Pflegeeinrichtungen	13	99	31 %
Thema: Indikatoren für den Selbstbericht			
Inanspruchnahme	13	28	54 %
Angebot	13	29	69 %
Bedarf	13	31	46 %
Qualität	13	42	31 %
Handlungsfeld 2: Determinanten psychischer Gesundheit adressieren			
Thema: Psychische Ressourcen			
Optimismus	16	44	75 %
Resilienz	16	46	69 %
Selbstwert	16	59	44 %
Selbstwirksamkeit	16	63	44 %
Coping (Bewältigungskompetenzen)	16	64	31 %
Soziale/kommunikative Kompetenzen	16	65	31 %
Spiritualität	16	107	6 %
Thema: Soziale Ressourcen			
Soziale Unterstützung	16	37	56 %
Bildung	16	38	63 %
Life Domain Balance/Work Life Balance	16	47	44 %
Soziale und politische Beteiligung	16	56	19 %
Zugang zu Erhol- und Freizeitmöglichkeiten	16	62	19 %

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 2: Determinanten psychischer Gesundheit adressieren			
Thema: Individuelle Risiken			
Trauma/Gewalt	16	42	69 %
Chronischer Stress	16	55	50 %
Ungesunder Lebensstil	16	63	44 %
Belastung durch chronische Erkrankung und/oder chronische Schmerzen	16	64	44 %
Diskriminierungserfahrung	16	67	31 %
Belastende Kindheitserfahrungen	16	69	38 %
Belastung durch Familienmitglieder mit psychischen Problemen	16	88	25 %
Thema: Soziale Risiken			
Einsamkeit	16	69	56 %
Existenzängste	16	70	56 %
Arbeitslosigkeit	16	72	44 %
Armut/Materielle Deprivation	16	74	63 %
Ungleichheit in der Einkommen- bzw. Vermögensverteilung	16	78	56 %
Wohnungslosigkeit	16	84	38 %
Prekäre Wohnverhältnisse	16	87	38 %
Belastende Wohnumgebung	16	93	25 %
Belastende Arbeitsbedingungen	16	93	25 %
Thema: Mental Health Literacy (Gesundheitskompetenz)			
Kompetenzen der Hilfesuche bei psychischen Problemen	13	24	77 %
Einstellungen und Stigma bezogen auf psychische Störungen	13	26	69 %
Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen	13	28	54 %
Handlungsfeld 3: Psychischen Gesundheitszustand verbessern			
Thema: Positive Psychische Gesundheit			
Subjektiver psychischer Gesundheitszustand	15	22	53 %
Wohlbefinden	15	23	47 %
Thema: Präklinische Symptomatik			
Psychischer Distress	15	18	80 %
Burnout-Symptomatik	15	27	20 %

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 3: Psychischen Gesundheitszustand verbessern			
Thema: Psychische Störungen			
Depressive Störungen	14	47	79 %
Angststörungen	14	58	71 %
Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)	14	60	64 %
Psychotische Störungen	14	67	36 %
Persönlichkeitsstörungen	14	68	50 %
Schwere psychische Störungen	14	73	36 %
Alkohol- und Substanzabhängigkeit**	14	85	21 %
Somatoforme Störungen	14	86	14 %
Anpassungsstörungen	14	86	29 %
Thema: Komorbidität			
Komorbidität psychischer Störungen	14	20	57 %
Komorbidität mit chronischen körperlichen Erkrankungen	14	22	43 %
Thema: Selbstverletzung/Suizidalität			
Selbstverletzendes Verhalten	14	23	93 %
Suizidversuche	14	25	79 %
Suizidgedanken und/oder -pläne	14	36	29 %
Handlungsfeld 4: Versorgung psychischer Störungen verbessern			
Thema: Angebot und Inanspruchnahme			
Ambulant betreutes Wohnen/ Wohnheime	13	53	77 %
Selbsthilfe	13	75	46 %
Online-Angebote (Selbsthilfe, Beratung, Therapie)	13	77	54 %
Kontakt-, Begegnungs- und Tagesstätten	13	79	54 %
Psychiatrische häusliche Krankenpflege	13	79	54 %
Fachärztliche ambulante Behandlung	13	85	62 %
Rehabilitation*	13	86	38 %
Leistungen außerhalb der GKV-Regelversorgung	13	88	54 %
Hausärztliche Behandlung (psychosomatische Grundversorgung)	13	94	54 %
Sozialpsychiatrische Dienste	13	95	31 %
Stationäre Behandlung	13	97	54 %
Krisendienste und Beratungsstellen	13	106	23 %

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 4: Versorgung psychischer Störungen verbessern			
Thema: Qualität			
Ärztliche/psychotherapeutische Behandlungsquote (unter Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Diagnose psychischer Störungen)	13	50	77 %
Inanspruchnahmequote (in Bevölkerung mit psychischen Störungen)	13	50	69 %
Stationäre Wiederaufnahmen	13	51	62 %
Psycho-/pharmakotherapeutische Behandlungsquote (unter Patientinnen und Patienten mit dokumentierter Diagnose psychischer Störungen)	13	53	62 %
Behandlungskontinuität nach stationärem Aufenthalt	13	59	46 %
Psychiatrische Notfälle	13	66	38 %
Versorgung körperlicher Gesundheit bei Menschen mit psychischen Störungen	13	78	31 %
Qualitätszielerreichung im Disease-Management-Programm (DMP) Depression	13	87	8 %
Zwangsmaßnahmen**	13	91	8 %
Thema: Patientinnen- und Patientenzentrierung			
Unerfüllter Behandlungsbedarf (unmet need)	13	37	54 %
Behandlungslatenz	13	41	54 %
Barrieren der Inanspruchnahme	13	46	46 %
Wartezeiten	13	47	54 %
Wahrgenommener Behandlungserfolg (patient-reported outcome)	13	50	46 %
Erlebte Patientinnen- und Patientenorientierung (patient-reported experience)	13	52	46 %
Thema: Kosten			
Direkte Krankheitskosten*** (nicht abgestimmt)			

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 5: Krankheitslast senken und Teilhabe stärken			
Thema: Krankheitslast			
Krankengeld aufgrund psychischer Störungen	14	51	57 %
Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Störungen	14	53	64 %
Erlebte Stigmatisierung und Diskriminierung bei psychischen Störungen	14	58	57 %
Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei psychischen Störungen	14	59	57 %
Funktionseinschränkungen aufgrund psychischer Beschwerden	14	62	57 %
Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen	14	64	50 %
Kennwerte des Burden-of-Disease-Modells für Krankheitslast (DALY, YLD)	14	70	36 %
Volkswirtschaftliche Kosten aufgrund psychischer Störungen	14	87	21 %

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2 *Fortsetzung*
Ergebnis der Indikatorenbewertung in Delphi-Runde 2
Quelle: Eigene Darstellung

	n	Rangplatz (kumuliert)[1]	Konsens[2]
Handlungsfeld 5: Krankheitslast senken und Teilhabe stärken			
Thema: Teilhabe			
Armut bei Menschen mit psychischen Störungen	14	33	57 %
Arbeitslosigkeit bei Menschen mit psychischen Störungen	14	35	57 %
Berufliche Reintegration von Menschen mit psychischen Störungen	14	39	50 %
Soziale und politische Beteiligung von Menschen mit psychischen Störungen	14	47	21 %
Wohnungslosigkeit von Menschen mit psychischen Störungen	14	56	14 %
Thema: Mortalität			
Kennwert des Burden-of-Disease-Modells für Mortalität (YLL)	14	33	71 %
Suizide	14	36	79 %
Exzessmortalität psychischer Störungen (Übersterblichkeit)	14	48	50 %
Alkoholbedingte Todesfälle	14	56	36 %
Drogenbedingte Todesfälle	14	58	36 %
Suizide von Menschen während bzw. nach stationärer psychiatrischer Behandlung	14	63	29 %

Annex Tabelle 3
Ergebnis der Evaluation des Konsentierungsprozesses
Quelle: Eigene Darstellung

	„Stimme eher zu“ oder „Stimme zu“		„Stimme eher nicht zu“ oder „Stimme nicht zu“	
	n	%	n	%
1. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, meine Meinung im Zuge des Konsentierungsprozesses zur Entwicklung eines Indikatorensets zu äußern.	15	88,2	2	11,8
2. Ich finde meine Meinung ausreichend im Ergebnis widergespiegelt.	14	82,4	3	17,6
3. Ich fand das Vorgehen zur Auswahl der Kernindikatoren ausreichend transparent (z. B. bzgl. Ablauf des Konsentierungsprozesses, Auswertungskriterien, Ergebnisdokumentation).	16	94,1	1	5,9

	„Ich hätte mich bei Bedarf noch mehr engagiert.“		„Der Aufwand war angemessen.“		„Der Aufwand war zu hoch.“	
	n	%	n	%	n	%
4. Wie bewerten Sie den Aufwand für Ihre Teilnahme am Konsentierungsprozess gemessen an seinem Zweck?	2	11,6	15	88,2	0	0

	„ja“		„nein“			
	n	%	n	%		
5. Wären Sie bereit auch zukünftig am Aufbau der Mental Health Surveillance mitzuwirken?	17	100	0	0		

n = Anzahl abgegebener Bewertungen durch die teilnehmenden Stakeholder, Einschätzung von Fragen 1 bis 3 auf einer vierstufigen Skala

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)
DOI 10.25646/8858
Robert Koch-Institut, Berlin

Daniela Blank [1], Rebekka Redel [2], Martin Tauscher [2], Joseph Kuhn [1]

[1] Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
[2] Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Eingereicht: 17.06.2021
Akzeptiert: 21.07.2021
Veröffentlicht: 08.12.2021

Mental Health Surveillance auf Länderebene – Psychiatrieberichterstattung in Bayern

Abstract

Gesundheitsberichterstattung im Bereich Mental Health findet in Deutschland sowohl auf Bundes- wie auch auf Länder- und Kommunenebene statt. Auf Länderebene existieren verschiedene Konzepte und Herangehensweisen. In den Jahren 2020 und 2021 wurde gemäß Artikel 4 des Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes der erste Bayerische Psychiatriebericht erarbeitet. Wichtige Datengrundlagen sind dabei unter anderem die Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und die Leistungsdaten der bayerischen Bezirke. Eine Abstimmung zwischen solchen Ländervorhaben und der nationalen Mental Health Surveillance, auch hinsichtlich der Nutzung von Versorgungsdaten, ist anzustreben.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT · PSYCHIATRIEBERICHTERSTATTUNG · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG · INDIKATOREN · BAYERN

1. Einleitung

Gesundheitsberichterstattung als datengestützte Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung ist eine zentrale Public-Health-Aufgabe und Teil der zehn Kernbereiche von Public Health (Essential Public Health Operations, EPHO), wie sie das europäische Regionalbüro der Weltgesundheitsorganisation 2012 formuliert hat [1, 2]. Als Planungsgrundlage sowie in kooperationsvermittelnder und kommunikativer Hinsicht spielt die Gesundheitsberichterstattung eine maßgebliche Rolle in einem pluralistischen Gesundheitswesen. Dies gilt insbesondere auch im Bereich Mental Health mit seinen sehr heterogenen und segmentierten Versorgungsstrukturen [3].

In der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene werden Daten zur psychischen Gesundheit und zur Gesundheitsversorgung psychisch Kranker vor allem durch das Robert Koch-Institut (RKI) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt sowie durch die Gesundheitsberichte der Krankenkassen bereitgestellt. Grundlage hierfür sind auch themenspezifische Module bundesweiter Gesundheitssurveys wie das Zusatzmodul Psychische Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) [4] und die Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA), im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) [5]. Ein Ausbau erfolgt gegenwärtig durch den Aufbau der nationalen Mental Health Surveillance am RKI (siehe Focus-Artikel Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring).

Routinedaten aus der Versorgung sind ein wichtiges Element einer Mental Health Surveillance.

Da die Bundesländer wesentlich für die Psychiatrieplanung zuständig sind, besteht auch auf dieser Ebene eine fachspezifische Berichterstattung, einschließlich der Berichte der AG Psychiatrie der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), zuletzt aus dem Jahr 2017 [6]. Die Etikettierung der Berichterstattung auf Länder- und kommunaler Ebene ist dabei nicht einheitlich. Es gibt Gesundheitsberichte, die Themen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit behandeln, häufig auch eigenständige Psychiatriepläne, die als Fachplanungen außerhalb der Gesundheitsberichterstattung erstellt wurden, inhaltlich aber häufig Gesundheitsberichte darstellen, und neuerdings vereinzelt auch Psychiatrieberichte.

Die Auswahl der Themenfelder, Daten und Formate weist dabei eine enorme Heterogenität auf. Das Themenspektrum reicht von der Beschreibung der epidemiologischen Lage, der Anzahl der Unterbringungen bis hin zur Dokumentation von Präventions- und Versorgungsangeboten in einzelnen Leistungsbereichen, zum Beispiel der medizinischen Versorgung, der Suchtberatung oder der Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch IX. Teilweise werden bestimmte Krankheitsbilder unter die Lupe genommen (z. B. Depression [7, 8]) oder bestimmte Settings fokussiert (z. B. Arbeitswelt [9]). Inhaltlich werden hierbei Daten aus den bundesweiten Gesundheitssurveys des RKI, internationalen Studien, amtlichen Statistiken, Abrechnungs- und Versorgungsdaten aufgegriffen; teils werden auch Daten aus eigenen Erhebungen präsentiert (z. B. Befragungen von Expertinnen und Experten [10, 11]). Ebenso variieren formale Aspekte. So finden sich beispielsweise in Sachsen und Bayern in den Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen (PsychKHG) rechtlich verankerte Vorgaben zum Berichtsturnus. Angesichts der unterschiedlichen Themen, Daten und Berichtsformate kann damit genauso wenig von „der" Psychiatrieberichterstattung die Rede sein wie von „der" Gesundheitsberichterstattung [12]. Im vorliegenden Beitrag wird der Ansatz des ersten Psychiatrieberichts für Bayern vorgestellt und die Bedeutung von Routinedaten aus der Versorgung, die bisher in der Gesundheitsberichterstattung eher eine nachrangige Rolle spielen, veranschaulicht. Damit soll ein Beitrag zur Diskussion der weiteren Ausgestaltung der Mental Health Surveillance im Zusammenspiel von regionaler, Landes- und Bundesebene geleistet werden.

2. Themenbereiche und Daten des bayerischen Psychiatrieberichts

Im Jahr 2018 hat der Landtag des Freistaates Bayern das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) beschlossen. Das Gesetz sieht in Artikel 4 eine umfassende Psychiatrieberichterstattung zur Epidemiologie und Versorgung vor. Damit hat eine Landesregierung erstmals eine regelhafte (alle drei Jahre) sowie parlamentspflichtige Berichterstattung zur psychischen Gesundheit in ihrem PsychKHG festgeschrieben. Durch das Abbilden von epidemiologischen Basisdaten zur psychischen Gesundheit, krankheitsnahen Schutz- und Risikofaktoren sowie die Beschreibung vorhandener Angebote sollen Prävention und Versorgung weiterentwickelt werden. Dazu zählen auch deren Inanspruchnahme und Kosten bezogen auf die Wohnbevölkerung Bayerns. Bei der Strukturierung der Themen standen die Dimensionen der nationalen Mental Health Surveillance des RKI Pate. Bereits im Vorfeld war

die psychische Gesundheit in der bayerischen Gesundheitsberichterstattung wiederholt Thema [8, 13] – eine Basis, auf der die Psychiatrieberichterstattung aufbauen konnte.

Der erste Bericht wurde 2020/2021 erarbeitet. Neben den amtlichen Statistiken und den Daten der Sozialversicherungen (Rentenversicherung, Krankenkassenberichte, etc.) sind die Abrechnungs- und Versorgungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und der bayerischen Bezirke (als Träger der überörtlichen Sozialhilfe) eine zentrale Datengrundlage für den Bericht. Die Daten der KVB geben wieder, welche Diagnosen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen beziehungsweise -therapeuten dokumentiert haben, die in Bayern an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Sie gestatten Aussagen zur diagnostizierten Prävalenz auf der Kreisebene und zur Inanspruchnahme von Behandlungsmaßnahmen. Die bayerischen Bezirke liefern demgegenüber wichtige Struktur- und Prozessdaten aus der komplementären Versorgung, zum Beispiel zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Wohngemeinschaftsplätzen oder Werkstätten für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Mehrere Gründe sprechen für diese integrative und systematische Betrachtungsweise: So wirken Leistungsangebote der Eingliederungshilfe und der Daseinsversorgung in das medizinisch-psychotherapeutische Versorgungssystem hinein, insofern sie die Inanspruchnahme maßgeblich mitbestimmen. Dies geschieht beispielsweise, indem sie als Wegweiser fungieren, zur Inanspruchnahme ermutigen oder Behandlungsbedarfe im Vorfeld sichtbar machen. Ein Beispiel dafür sind die in Bayern flächendeckend installierten Krisendienste. Zugleich sind Übergangsraten, zum Beispiel aus geschützten Arbeitskontexten in den allgemeinen Arbeitsmarkt, ein starker Signalgeber dafür, wie gut oder schlecht es gelingt, die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer langanhaltenden psychischen Beeinträchtigung zu verbessern.

Die Daten ergänzen Befunde aus wissenschaftlichen Surveys – nicht nur im Hinblick auf das Versorgungsgeschehen, sondern auch in der Epidemiologie.

Zwar haben die Routinedaten der KVB den Vorteil, dass sie keine Verzerrungen durch Nichtteilnahme aufweisen (wie in Gesundheitssurveys) und sie ohne großen Aufwand regelmäßig aktualisiert werden können, allerdings ist zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht mit der Häufigkeit einer Erkrankung gleichzusetzen ist: Wer krank ist, aber ärztliche Hilfe nicht beansprucht, kommt in den Diagnosedaten des Versorgungssystems nicht vor. Zudem erfolgt die Dokumentation einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision; ICD-10: F00–F99) in vielen Fällen nicht von Anfang an. Verdachtsdiagnosen werden bewusst vorsichtig und zurückhaltend vergeben, um unnötige Stigmatisierungen zu vermeiden. Außerdem fehlen in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die privat Versicherten, die etwa zehn Prozent der Bevölkerung ausmachen.

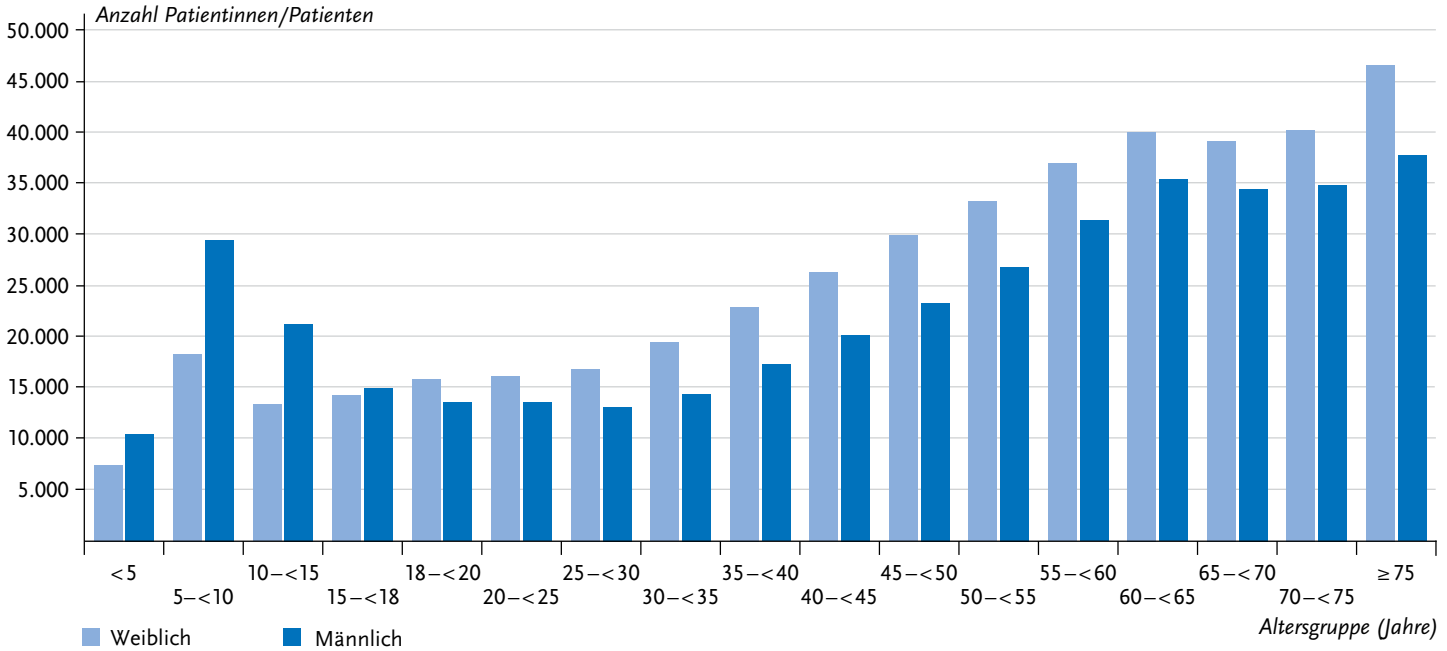
Vom ersten Quartal 2019 bis einschließlich vierten Quartal 2019 lag bei etwas mehr als 2,8 Millionen der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern aller Altersgruppen in mindestens zwei Quartalen eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (ICD-10: F00–F99) vor. In der Altersgruppe der unter 18-Jährigen waren es insgesamt etwas mehr als 285.000 Kinder und Jugendliche. Rechnet man das auf alle gesetzlich Versicherten hoch (28,6 % der Erwachsenen, 16,0 % der Heranwachsenden), so entsprechen diese Daten in der Größenordnung denen des Moduls DEGS1-MH beziehungsweise der

Im Jahr 2019 lag für etwas mehr als 2,8 Millionen gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten in Bayern die Diagnose einer psychischen Störung vor.

BELLA-Studie. Neben unterschiedlichen Zeitbezügen ist zu beachten, dass die beiden Personengruppen nicht ganz deckungsgleich sind. So ist ein erheblicher Teil der Menschen, bei denen im Modul DEGS1-MH (2009–2012) eine psychische Störung festgestellt wurde, nicht in Behandlung und umgekehrt sind in den Gesundheitssurveys psychisch schwer Erkrankte unterrepräsentiert [14].

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz beim Vergleich der Altersgruppen. Beispielsweise ist KiGGS (BELLA Welle 3, 2009–2012) zufolge die Häufigkeit einer psychischen Auffälligkeit oder Störung im Kindes- und Jugendalter bei den 11- bis 13-Jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten [15]. Dagegen zeigen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (Abbildung 1), analog zu den deutschlandweiten Versorgungsdaten [16], dass die F-Diagnosen der ICD-10 in der Altersgruppe der 5- bis 10-Jährigen am häufigsten sind. Dies kann den mit Schulbeginn relevanten Entwicklungsstörungen zugeschrieben werden, die als F-Diagnosen dokumentiert sind, aber keine psychischen Störungen im eigentlichen Sinn darstellen. Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfasst Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache oder schulischer Fertigkeiten nicht systematisch [13].

Der Psychiatriebericht liefert eine Zusammenschau aus verschiedenen Datenquellen. Jede Datenquelle hat ihren eigenen Informationsgehalt, aber auch Beschränkungen. Wenngleich mit den Routinedaten nicht alle



ICD-10 = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

Abbildung 1
Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung (ambulante Diagnosen, ICD-10: F00–F99) je 100.000 Patienten in Bayern 2019 nach Geschlecht und Alter
Quelle: Abrechnungsdaten Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2019

Die Prävalenz von Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen nimmt in der ambulanten Versorgung ab dem jüngeren Erwachsenenalter stetig zu. Im Kindes- und Jugendalter ist das männliche Geschlecht stärker betroffen, ab dem jüngeren Erwachsenenalter das weibliche Geschlecht.

Fragen – insbesondere unabhängig vom Versorgungsgeschehen – geklärt werden können, so zeigen sie doch die Repräsentanz psychischer Störungen im Versorgungssystem. Diese hat in den letzten zwei Jahrzehnten zugenommen, obwohl die Erkrankungshäufigkeiten im Wesentlichen unverändert geblieben sind. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden besser versorgt. Allerdings zeigen die Versorgungsdaten auch deutliche Unterschiede etwa nach Alter oder Region.

Insgesamt ist die Datenlage zur psychischen Gesundheit in vielen Bereichen noch lückenhaft; vor allem im Hinblick auf besondere Belastungssituationen, die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die wirtschaftliche und soziale Lage von chronisch psychisch Kranken. Auch Informationen zur Qualität der Angebote und zu den Koordinierungs- und Kooperationsformen der Akteure sind beschränkt. Für spezifische Versorgungsangebote, wie Supported Employment (spezifische Form der Unterstützung zur Wiedererlangung beruflicher Beschäftigung), Ergo- und Soziotherapie, liegen überhaupt keine Daten vor. Solche Datenlücken sollten perspektivisch mit dem Ausbau der Berichterstattungssysteme auf Länder- und Bundesebene geschlossen werden.

Die Erstellung des bayerischen Psychiatrieberichts war aufgrund der Corona-Pandemie erheblich erschwert, so war die Einbeziehung von externen Expertinnen und Experten bei der ersten Berichterstellung eingeschränkt. Für den nächsten bayerischen Psychiatriebericht (2024) soll verstärkt externe Expertise genutzt werden – insbesondere auch hinsichtlich der Erschließung von Daten. Eine Zusammenarbeit mit der nationalen Mental Health Surveillance am RKI ist dabei vorgesehen.

Korrespondenzadresse
Dr. Joseph Kuhn
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
85764 Oberschleißheim
E-Mail: joseph.kuhn@lgl.bayern.de

Zitierweise
Blank D, Redel R, Tauscher M, Kuhn J (2021)
Mental Health Surveillance auf Länderebene –
Psychiatrieberichterstattung in Bayern.
Journal of Health Monitoring 6(4): 69–75.
DOI 10.25646/8858

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. World Health Organization, Regional Office for Europe (2020) The 10 Essential Public Health Operations. https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations (Stand: 07.05.2021)
2. Zukunftsforum Public Health (2021) Eckpunkte einer Public-Health-Strategie für Deutschland. http://zukunftsforum-public-health.de/public-health-strategie/ (Stand: 07.05.2021)
3. Bramesfeld A, Koller M, Salize HJ (Hrsg) (2019) Public Mental Health. Hogrefe, Bern
4. Jacobi F, Mack S, Gerschler A (2013) The design and methods of the mental health module in the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res 22(2):83–99

5. Ravens-Sieberer U, Kurth BM, the KiGGS study group, the BELLA Study Group (2008) The mental health module (BELLA study) within the German Health Interview and Examination Survey of Children and Adolescents (KiGGS): study design and methods. Eur Child Adolesc Psychiatry 17(1):10–21

6. Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) (2017) Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG mit den Schwerpunktthemen „Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie“. https://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf (Stand: 07.05.2021)

7. Die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, Abteilung Gesundheitswesen, Referat: Gesundheitsplanung, Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe (2008) Depressionen Regionale Daten und Informationen zu einer Volkskrankheit – Kurzfassung. https://www.gesundheit.bremen.de/sixcms/media.php/13/Depressionsbericht%202008%20LF.pdf (Stand: 29.04.2021)

8. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2017) Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München

9. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2018) Daten und Trends zur psychischen Gesundheit in der arbeitsfähigen Bevölkerung Sachsen-Anhalts im Spiegel der ambulanten und stationären Versorgung sowie in der gesetzlichen Rentenversicherung. Fokusbericht der Gesundheitsberichterstattung Sachsen-Anhalt. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

10. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit (2012) 3. Thüringer Psychiatriebericht. Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt

11. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (2018) Bestandsanalyse, Prognose und Handlungsempfehlungen zur Versorgung von psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen im Land Sachsen-Anhalt unter Berücksichtigung demografischer und regionaler Entwicklungen. Abschlussbericht. Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Magdeburg

12. Kuhn J (2008) Gesundheitsberichterstattung. Welche Theorie für welche Praxis? Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 43:404–408

13. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016) Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, München

14. Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Nervenarzt 85:77–87

15. Klasen F, Meyrose AK, Otto C et al. (2017) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der BELLA-Studie. Monatsschr Kinderheilkd 165:402–407

16. Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J et al. (2018) Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/93/VA_18-07_Bericht_PsychStoerungenKinderJugendl_V2_2019-01-15.pdf (Stand: 29.04.2021)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber
Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz
Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis
Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.

Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit