

Journal of Health Monitoring · 2021 6(4)

DOI 10.25646/8860

Robert Koch-Institut, Berlin

Julia Thom^{1*}, Elvira Mauz^{1*}, Diana Peitz¹,
Christina Kersjes¹, Marion Aichberger²,
Harald Baumeister³, Anke Bramesfeld^{4,5},
Jurand Daszkowski⁶, Theresa Eichhorn⁷,
Wolfgang Gaebel⁸, Martin Härter^{9,10},
Frank Jacobi¹¹, Joseph Kuhn¹², Jutta Lindert^{13,14},
Jürgen Margraf¹⁵, Hanne Melchior¹⁶,
Andreas Meyer-Lindenberg^{17,18},
Angelika Nebe¹⁹, Heather Orpana²⁰,
Judith Peth⁹, Ulrich Reininghaus¹⁷,
Steffi Riedel-Heller^{21,18}, Uwe Rose²²,
Georg Schomerus²³, Daniela Schuler²⁴,
Ursula von Rügen²⁵, Heike Hölling¹

* geteilte Erstautorenschaft

Eingereicht: 28.07.2021

Akzeptiert: 02.09.2021

Veröffentlicht: 08.12.2021

¹ Robert Koch-Institut, Berlin, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring² Charité – Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte³ Universität Ulm, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie⁴ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung⁵ Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung⁶ Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener⁷ Bundespsychotherapeutenkammer⁸ WHO Collaborating Centre DEU-131, LVR-Klinikum Düsseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf⁹ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie¹⁰ 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 nicht-übertragbarer 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 Indikatorensetes 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 Fremdbereich 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], Schwerpunktberichte 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 Falldefinition, 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 Versorgungssystems 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.

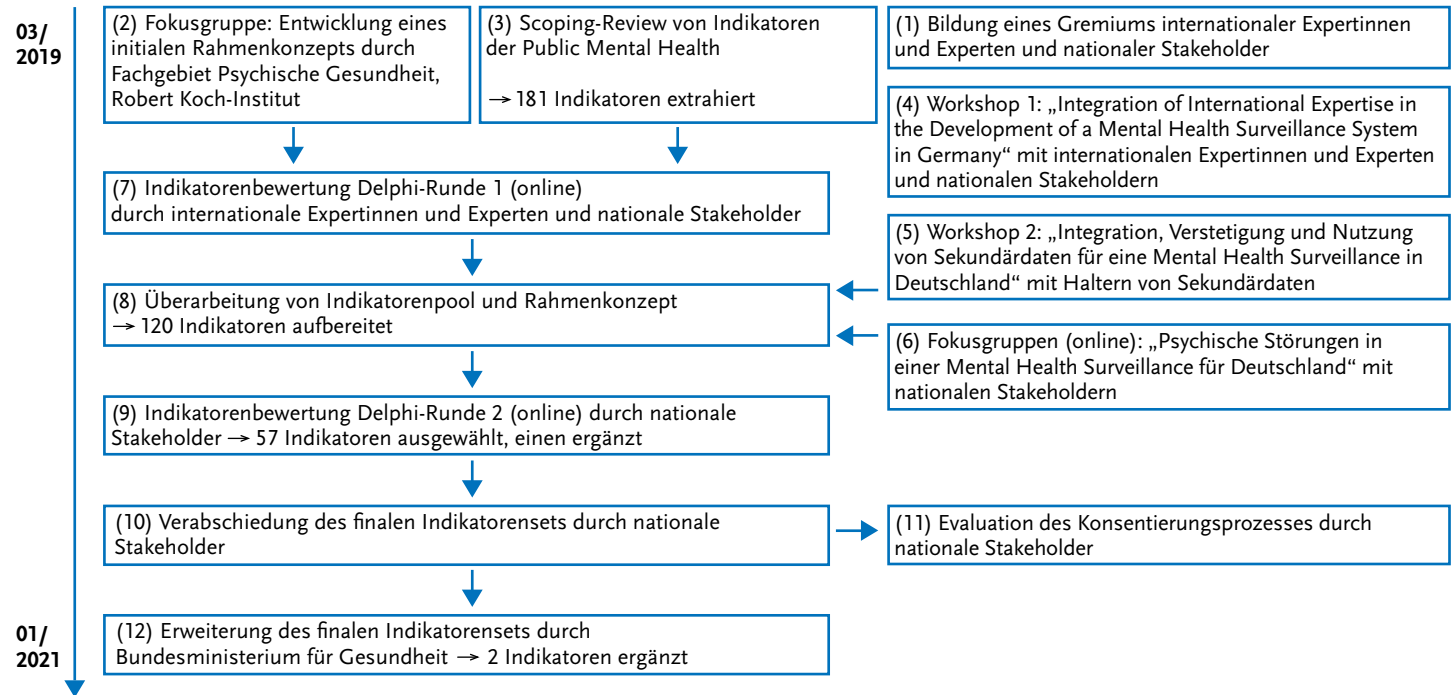
Zum eindeutigen Verständnis soll vorab auf eine zentrale methodische Entscheidung hingewiesen werden: Der Begriff des Indikators wurde im Vorfeld auf das indizierte theoretische Konstrukt (Indikandum) ohne spezifische Operationalisierung zu dessen Quantifizierung mit definiertem Zähler und Nenner [8] 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 Therapiefor-

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 Indikatorenssystemen 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 finalelem 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:** $\geq 75\%$ der Bewertungen mit 7 bis 9 Punkten
- ▶ **relevant:** $\geq 50\%$ – 74% der Bewertungen mit 7 bis 9 Punkten
- ▶ **mittel relevant:** $\geq 50\%$ der Bewertungen mit 1 bis 6 Punkten
- ▶ **niedrig relevant:** $\geq 50\%$ 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 Indikatorensetzes 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 Stratifizie-

rungsfaktoren 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

Bewertung	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		Indikatoren Handlungsfeld 5: Wissen und Akzeptanz stärken		Sozio- demografische Stratifizierungs- merkmale	
	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 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 Patientenzentrierung 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 widerspiegelt (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 konsentrierte 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 42-04 HV.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=D6A340209FF550501274C6C945047FA7?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_Jubilaebuch.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. *Health-care 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 Subcommittee (2011) Fourth National Mental Health Plan Measurement Strategy. A report produced for the Australian 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, Williams 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/crosscutting/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* 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/atlasmh/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, Luppä 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, Dialog und Selbsthilfe“ und „Zusammenhang Maßregellvollzug 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/12273896/2faa32cbo36a0911cbbc4e1baeco6do/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/c767f9b02cabb503fd3cc6188bc76b4/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/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15f011ebe/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/rehabbericht_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 Rügen	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%

Fortsetzung nächste Seite

Annex Tabelle 2

Ergebnis der Indikatorenbewertung
in Delphi-Runde 2

Quelle: Eigene Darstellung

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)			
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%

	„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 widerspiegelt.	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

Annex Tabelle 3
Ergebnis der Evaluation
des Konsentierungsprozesses

Quelle: Eigene Darstellung

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