

AIHE Academic Institute for Higher Education GmbH

London Metropolitan University

MSc Psychologische Medizin/ Komplementäre Medizin

Sabrina Germann

Fallbeispiel Agoraphobie & Depression

Modul 2: Fallbeispiel

Datum: 08.10.2025

Fallstudie 1

Geben Sie an, welche Symptome der Agoraphobie nach ICD-11 sich im Fallbeispiel finden. Welche für eine Agoraphobie typischen Symptome zeigen sich bei Alex nicht bzw. sind nicht erkennbar?

Im vorliegenden Fallbeispiel zeigt der 14-jährige Junge eine übermäßig starke Angst vor Situationen, aus denen er im Notfall nur schwer entkommen könnte – etwa im Kino oder auf einer Fähre. Diese Angst äußert sich konkret in dem Verhalten, dass er gezielt Plätze in der Nähe von Ausgängen wählt, um sich im Bedarfsfall „in Sicherheit“ bringen zu können. Das weist auf ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten hin. Typisch für eine Agoraphobie nach ICD-11 ist auch der Wunsch, belastende Situationen nur in Begleitung zu ertragen – was im Fallbeispiel ebenfalls zutrifft. Ein wichtiges diagnostisches Kriterium ist die erhebliche Beeinträchtigung im sozialen, schulischen oder familiären Alltag. Hier ist festzuhalten, dass der Junge zwar weiterhin an sozialen Aktivitäten teilnimmt, jedoch nur unter erheblicher innerer Anspannung – wie z. B. dem Auftreten von starkem Schwitzen (Schweißhände). Auch wenn die Beeinträchtigung nicht vollständig vermeidend ist, handelt es sich dennoch um eine funktionelle Einschränkung mit klinischer Relevanz.

Erfüllen die Symptome die Anforderungen an ein mögliches Diagnostizieren der psychischen Störung nach ICD-11? Diskutieren Sie kritisch und führen dabei Pro- und Kontra-Argumente auf.

Die Symptomatik erfüllt mehrere Kriterien der ICD-11-Diagnose Agoraphobie. Die ICD-11-Diagnose Agoraphobie ist unter dem Code 6B03 klassifiziert. Sie gehört zu den Angststörungen und wird definiert als ausgeprägte Angst oder Furcht vor zwei oder mehr Situationen, bei denen eine Flucht schwierig oder peinlich wäre oder im Falle von Paniksymptomen oder anderen stark beeinträchtigenden Symptomen keine Hilfe verfügbar scheint. Solche Situationen werden entweder vermieden, nur unter starker Angst ertragen oder nur in Begleitung anderer Menschen aufgesucht. Besonders relevant sind das ausgeprägte Vermeidungs- und Sicherheitsverhalten, die übermäßige Angst vor schwer kontrollierbaren Situationen sowie deutliche körperliche Stressreaktionen. Auch wenn eine vollständige Vermeidung angstauslösender Situationen bislang nicht erfolgt ist, liegt eine funktionelle Beeinträchtigung vor. Eine diagnostische Einordnung als Agoraphobie (6B03) erscheint daher grundsätzlich begründbar, möglicherweise im frühen Stadium. Allerdings ist einzuschränken, dass der Verdacht auf diese Diagnose im Rahmen eines einzelnen gemeinsamen Ausflugs entstanden ist. Eine vollumfängliche

Diagnostik wurde in diesem Zusammenhang nicht durchgeführt. Es wurde unter anderem nicht erhoben, ob aktuell belastende Lebensereignisse vorliegen, die das ausgeprägte Vermeidungsverhalten erklären könnten. Eine valide Diagnostik durch den Einsatz standardisierter Testverfahren war somit nicht möglich. Es ist darüber hinaus zu berücksichtigen, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen ihrer Entwicklung durchaus erste Anzeichen psychischer Auffälligkeiten zeigen können, ohne dass sich daraus zwingend eine voll ausgeprägte Störung entwickelt. In manchen Fällen kann sich die Symptomatik im Zuge der Reifung oder durch den Abbau äußerer Belastungsfaktoren auch wieder zurückbilden. Vor diesem Hintergrund ist eine kritische Einordnung der Symptomatik erforderlich, die sowohl entwicklungspsychologische Aspekte als auch situative Einflussfaktoren berücksichtigt.

Worauf ist aus ethischer und gesetzlicher Sicht als Psychologe und Verwandter zu achten, wenn Sie Ihre Vermutung bezüglich Alex Angststörung äußern wollen? Veranschaulichen Sie dies an mindestens zwei Beispielen mit Bezug zu dieser Fallstudie.

Im vorliegenden Fall ist das Gespräch sowohl mit den Sorgeberechtigten, also den Eltern oder dem gesetzlichen Vormund als auch mit dem Jugendlichen selbst über die Verdachtsdiagnose Agoraphobie zu suchen. Über die Einwilligung in diagnostische und therapeutische Maßnahmen entscheidet die Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen im Einzelfall; maßgeblich ist § 630d BGB, der die wirksame Einwilligung in medizinische Maßnahmen regelt. Die Aufklärung muss alters- und entwicklungsangemessen auch gegenüber dem Jugendlichen erfolgen. Unabhängig davon sind die Sorgeberechtigten, also Eltern oder Vormund aufgrund ihrer Personensorge einzubeziehen. Im Besten Fall stimmen der Sorgeberechtigte und der Jugendliche einer weiterführenden Diagnostik zu und es kann geklärt werden, inwieweit dem Jugendlichen professionell geholfen werden kann und sollte. Lehnt der Sorgeberechtigte eine weiterführende Diagnostik ab und liegt keine akute Gefährdung vor, kann eine Behandlung gegen dessen Willen grundsätzlich nicht erfolgen. Ist der Jugendliche jedoch einwilligungsfähig und willigt selbst ein, kann die Maßnahme mit seiner Einwilligung trotzdem durchgeführt werden (BGB, §§ 630d, 630e). Inwieweit der Jugendliche aus dem Fallbeispiel selbst einwilligungsfähig ist, kann nicht aufgrund der kurzen Fallvorstellung festgestellt werden. Hierfür ist ein persönlicher Kontakt erforderlich.

Geben Sie Prävalenzraten einer Agoraphobie auf nationaler Ebene unter Angabe der Quellen an und vergleichen Sie diese mit Prävalenzraten auf globaler Ebene. Geben Sie dazu auch Prävalenzraten von Angststörungen auf globaler Ebene an.

Laut der Stiftung Gesundheitswissen sind in Deutschland etwa zwei von 100 Erwachsenen im Laufe eines Jahres von einer Panikstörung betroffen. Bei Frauen tritt die Störung häufiger auf als bei Männern. Etwa drei von 100 Frauen und einer von 100 Männern leiden jährlich an einer Panikstörung. Eine Agoraphobie betrifft jährlich etwa vier von 100 Menschen, davon sechs von 100 Frauen und zwei von 100 Männern. Beide Störungen treten im Durchschnitt erstmals im Alter von etwa 30 Jahren auf (Stiftung Gesundheitswissen, o. J.). Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Angststörungen mit agoraphobischer Symptomatik eine relevante klinische Bedeutung haben – insbesondere durch ihre funktionellen Auswirkungen auf den Alltag der Betroffenen, wie man in dem Fallbeispiel sehen konnte. Im globalen Vergleich gemeldeten Prävalenzraten weichen leicht ab, was jedoch insbesondere daran liegen könnte, dass in vielen Ländern eine weniger differenzierte Diagnostik erfolgt oder eine andere Stichprobengröße angegeben werden sein könnte. Außerdem spielt die kulturelle Wahrnehmung von Angststörungen sowie die jeweilige Versorgungsstruktur in den Gesundheitssystemen eine wichtige Rolle für die Erfassung und Diagnosehäufigkeit. Insbesondere die Agoraphobie stellt dabei eine spezifische Unterform dar, deren Erkennung in vielen Ländern aufgrund mangelnder psychiatrischer Infrastruktur oder kultureller Tabuisierung möglicherweise erschwert ist. In der klinischen Praxis ist es wichtig zu berücksichtigen, dass biopsychosoziale Faktoren zur Entstehung einer Agoraphobie beitragen. Dazu gehören neben genetischer Vulnerabilität auch individuelle Lernerfahrungen, chronischer Stress, Traumata, fehlende Stressbewältigungsstrategien sowie Vermeidungskonditionierung nach belastenden Situationen. Die wechselseitige Verstärkung von Angst, Vermeidung und Kontrollverlust kann zu einer starken Einschränkung der Alltagsbewältigung führen – unabhängig davon, ob eine Panikstörung mit einhergeht. Es ist daher zentral, sowohl in der Diagnostik als auch in der Gesundheitsberichterstattung differenzierte Kriterien und standardisierte Erfassungsinstrumente zu verwenden, um die tatsächliche Verbreitung der Agoraphobie adäquat abzubilden und gezielte Versorgungsangebote entwickeln zu können.

Worauf ist beim Umgang mit Kindern, der Behandlung von Kindern und dem Diagnostizieren bei Kindern aus ethischer und rechtlicher Sicht generell zu achten? Beziehen Sie sich auf mindestens ein in diesem Modul behandeltes ethisches und/oder gesetzliches Rahmenwerk. Diskutieren Sie drei verschiedene Richtlinien und geben Sie jeweils Pro- und Kontra- Argumente sowie ein Fazit.

In der psychotherapeutischen und medizinischen Behandlung gilt das Recht auf Selbstbestimmung als zentrales ethisches Prinzip. Beim Umgang mit Kindern, der Diagnostik

und Therapie ist dieses Prinzip jedoch alters- und entwicklungsabhängig anzuwenden. Maßgeblich ist stets das Kindeswohl, das bei allen Entscheidungen im Vordergrund steht. Kring et al. (2019) betonen, dass rechtliche Standards und ethische Prinzipien im Zusammenspiel betrachtet werden müssen, um eine kindgerechte und verantwortungsvolle Behandlung sicherzustellen. Dabei spielen insbesondere die Aufklärung und Einwilligung, die Wahrung der Schweigepflicht sowie die Verhältnismäßigkeit bei möglichen Zwangsmaßnahmen eine zentrale Rolle.

Die erste Richtlinie betrifft die Aufklärungspflicht und Einwilligung bei Minderjährigen. Kinder und Jugendliche müssen, soweit sie einsichtsfähig sind, altersgerecht über Diagnostik und Behandlung informiert und in Entscheidungen einbezogen werden. Während die Sorgeberechtigten in der Regel die rechtliche Einwilligung geben, sollte das Kind seine Zustimmung äußern können. Dies fördert Autonomie, Vertrauen und Compliance und stärkt die therapeutische Allianz (Kring et al., 2019). Allerdings kann eine zu umfangreiche Aufklärung Kinder überfordern, und Konflikte zwischen Kindeswillen und Elterninteresse sind möglich. In solchen Fällen muss sorgfältig abgewogen werden, wobei das Kindeswohl Vorrang hat. Ein ausgewogenes Vorgehen, das sowohl Transparenz als auch Schutz bietet, ist daher ethisch und rechtlich geboten.

Die zweite relevante Richtlinie betrifft die Schweigepflicht und den Umgang mit vertraulichen Informationen. Vertraulichkeit ist ein Grundpfeiler der therapeutischen Beziehung und schützt die Privatsphäre des Kindes. Sie fördert Offenheit und Vertrauen, was für eine erfolgreiche Diagnostik und Behandlung unerlässlich ist. Gleichzeitig bestehen rechtliche Grenzen, insbesondere wenn eine Gefährdung des Kindeswohls, eine Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. In solchen Fällen darf und muss die Schweigepflicht durchbrochen werden, um Schutzmaßnahmen einzuleiten (Kring et al., 2019). Dieses Spannungsfeld zwischen Schutz der Vertraulichkeit und Schutzwürdigkeit erfordert ein hohes Maß an professioneller Sensibilität. Wichtig ist, Kinder und Eltern bereits zu Beginn der Behandlung über diese Grenzen zu informieren, um Missverständnisse zu vermeiden. Ein ethisch verantwortliches Vorgehen bedeutet, Informationen nur im notwendigen Umfang weiterzugeben und stets verhältnismäßig zu handeln.

Die dritte Richtlinie betrifft den Umgang mit Zwangsmaßnahmen und die Wahrung von Fairness und Verhältnismäßigkeit. Freiheitsentziehende oder gegen den Willen des Kindes erfolgende Maßnahmen sind rechtlich nur in eng begrenzten Ausnahmefällen zulässig und hochsensibel. Sie dürfen ausschließlich als letzter Ausweg erfolgen, wenn alle mildernden Mittel ausgeschöpft

sind und eine akute Gefährdung besteht (Kring et al., 2019). Zwangsmaßnahmen können in akuten Krisen Schutz bieten, bergen aber erhebliche Risiken wie Vertrauensverlust, Traumatisierung und Stigmatisierung.

Daher sind sie zeitlich zu begrenzen, regelmäßig zu überprüfen und stets sorgfältig zu dokumentieren. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Umgang mit Kindern in Diagnostik und Therapie die Prinzipien der Autonomie, Fürsorge, Nichtschädigung und Gerechtigkeit gleichermaßen beachtet werden müssen. Kinder sollten so weit wie möglich in Entscheidungen einbezogen und gleichzeitig vor Überforderung und Gefährdung geschützt werden. Rechtliche Vorgaben aus dem Bürgerlichen Gesetzbuch und dem Kinder- und Jugendhilfegesetz sowie ethische Leitprinzipien bilden den Rahmen für verantwortliches Handeln. Entscheidend ist, das Kindeswohl als obersten Maßstab zu wahren und ethische sowie rechtliche Richtlinien in Einklang zu bringen (Kring et al., 2019).

Fallstudie 2

Welche Symptome einer schwergradigen depressiven Episode nach ICD-11 finden sich im Fallbeispiel? Welche Symptome zeigen sich nicht?

Nach der *Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-11)* der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022) umfasst eine depressive Episode (6A70) eine über mindestens zwei Wochen anhaltende depressive Stimmung, einen Verlust an Interesse oder Freude an Aktivitäten sowie eine verminderte Energie oder erhöhte Ermüdbarkeit. Diese Hauptsymptome müssen fast täglich und über den größten Teil des Tages vorhanden sein und die Alltagsbewältigung deutlich beeinträchtigen. Zusätzlich zu diesen Leitsymptomen können weitere Begleitsymptome auftreten, die die Schwere und Ausprägung der Depression bestimmen. Die Patientin im vorliegenden Fallbeispiel zeigt zentrale Symptome einer depressiven Episode, darunter deutlich eingeschränkte Energie bzw. Antrieb, Gefühle von Wertlosigkeit sowie eine ausgeprägte Unentschlossenheit. Diese Symptome wirken sich deutlich auf ihren Alltag aus: Sie hat zunehmende Schwierigkeiten, ihrer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, und muss im Haushalt zunehmend Unterstützung durch ihre Kinder in Anspruch nehmen. Es zeigen sich keine Hinweise auf psychotische Symptome (z.B. Wahn oder Halluzinationen), ebenso keine Anzeichen für eine depressive Episode mit psychotischen Merkmalen oder eine schwerste Beeinträchtigung, die eine vollständige Aufgabe alltäglicher Tätigkeiten zur Folge hätte. Die Patientin ist zwar deutlich eingeschränkt, kann jedoch weiterhin

Teile ihres Alltags bewältigen und nimmt weiterhin am Berufsleben teil, wenn auch unter zunehmender Belastung.

Welche Antwort geben Sie Ihrem Kollegen in Bezug auf die Richtigkeit seiner Diagnose? Diskutieren Sie kritisch und führen dabei Pro- und Kontra-Argumente auf.

Aus diesen Gründen denke ich die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gemäß ICD-11 (6A70.2) ist erfüllt und nicht die Einstufung als schwere depressive Episode (6A70.3). Zur Sicherung kann der Kollege den Beck-Depressions-Inventar (BDI) als standardisiertes Diagnosetool heranziehen. Nach Auswertung des BDI- Fragebogens kann anhand der Punktzahl schnell eingeschätzt werden, ob eine Tendenz zu einer leichten, mittelgradigen oder schweren depressiven Episode vorliegt. Daher empfehle ich den Einsatz dieses einfachen Fragebogens bei jedem Verdacht auf eine depressive Störung (Beck et al., 1996). Grundsätzlich halte ich die Diagnose einer depressiven Episode für nachvollziehbar und zutreffend. Differenzialdiagnostisch lassen sich einige alternative Erkrankungen ausschließen, insbesondere aufgrund des späten Krankheitsbeginns im Alter von 45 Jahren sowie dem Fehlen entsprechender Vordiagnosen oder Hinweise auf frühere depressive Episoden. Für eine abschließende differenzialdiagnostische Beurteilung fehlen jedoch wichtige anamnestische Informationen, um z. B. affektive Störungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, bipolare Entwicklungen oder somatische Ursachen zuverlässig ausschließen zu können.

Was empfehlen Sie Ihrem Kollegen aus ethischer und gesetzlicher Sicht als Psychologe zu seiner Arbeitsweise? Beziehen Sie sich auch auf die ethischen und gesetzlichen Richtlinien, die in diesem Modul diskutiert wurden. Veranschaulichen Sie dies an mindestens zwei Beispielen mit Bezug zu dieser Fallstudie.

Aus ethischer und gesetzlicher Verpflichtung heraus ist es essenziell, dass die Psychologin bzw. der Psychologe die Patientin über eine bestehende Diagnose transparent und verständlich aufklärt. Dabei ist besondere Sensibilität gegenüber dem Phänomen der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen erforderlich. Gerade bei der Diagnose Depression begegnen viele Betroffene allein dem Begriff Depression mit Widerstand oder Ablehnung, da gesellschaftlich tief verankerte Vorurteile gegenüber dieser Erkrankung bestehen. Bei einigen wird die Depression mit persönlicher Schwäche gleichgesetzt. Es ist Aufgabe des Behandelnden, diese Fehlbewertung anhand wissenschaftlicher Fakten zu relativieren, Ängste ernst zu nehmen und die Patientin zur kritischen Auseinandersetzung mit ihrem Selbstbild zu ermutigen. Grundsätzlich ist es für Behandelnde schwierig festzustellen, welcher Anteil einer Depression

auf exogene (äußere) und welcher auf endogene (innere, biologische) Ursachen zurückzuführen ist. Der aktuelle Forschungsstand zeigt jedoch, dass in der Regel beide Faktoren gemeinsam an der Entstehung einer depressiven Episode beteiligt sind (z. B. Caspi et al., 2003; Nestler et al., 2002). Daher ist es im therapeutischen Prozess sinnvoll und entlastend, Patientinnen und Patienten auch über genetische bzw. endogene Ursachen einer Depression aufzuklären. Ein Vergleich, der sich hier anbietet und von vielen als hilfreich erlebt wird, lautet etwa: „Wenn der Körper zu wenig Insulin produziert, verabreichen wir Insulin – niemand käme auf die Idee, das als persönliche Schwäche zu werten. Genauso muss auch eine Depression verstanden werden.“ Dieser Perspektivwechsel kann Betroffenen helfen, sich von stigmatisierenden Vorstellungen zu lösen, nach denen Depression gleichbedeutend mit persönlichem Versagen sei. Natürlich spielen auch verhaltens- und umweltbezogene Faktoren eine wichtige Rolle – insbesondere im Hinblick auf therapeutische Interventionen. Dennoch dürfen genetische Dispositionen und neurobiologische Grundlagen einer Depression nicht unterschätzt werden. Die Aufklärung über diesen Zusammenhang unterstützt häufig die Krankheitseinsicht und fördert die Behandlungsbereitschaft. Rechtlich gesehen besteht keine Möglichkeit, eine vermutete depressive Episode gegen den Willen der Patientin zu behandeln, sofern keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt. Daraus ergibt sich für die Psychologin oder den Psychologen eine klare Aufgabe: Die Patientin muss „ins Boot geholt“ werden, d. h., sie muss in die Diagnostik und mögliche Behandlung einbezogen werden, basierend auf Empathie, Aufklärung und Mitentscheidung. Dazu gehört auch, ihr verschiedene Behandlungsoptionen aufzuzeigen und gemeinsam einen Weg zu finden, der für sie akzeptabel und tragfähig ist.

Geben Sie Kennwerte zur Prävalenz einer depressiven Störung auf nationaler Ebene unter Angabe der Quellen an und vergleichen Sie diese mit Kennwerten auf globaler Ebene. Geben Sie dazu auch die Prävalenz von depressiven Störungen auf globaler Ebene an.

Laut der Webseite Deutsche Depressionshilfe liegt die 12-Monats-Prävalenz einer depressiven Störung in Deutschland bei 8,2 %, wobei Frauen doppelt so häufig die Diagnose erhalten wie Männer. Abhängig von der Studie beträgt die Lebenszeitprävalenz etwa 5–6 % der Erwachsenenbevölkerung (Stiftung Deutsche Depressionshilfe, o. J.; Jacobi et al., 2004). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2017) schätzt, dass weltweit etwa 322 Millionen Menschen an Depressionen leiden, was mehr als 4,4 % der Weltbevölkerung entspricht. Für Deutschland wird die Zahl der Betroffenen auf über vier Millionen geschätzt (Bundesministerium für Bildung

und Forschung [BMBF], 2018). Der deutliche Unterschied zur nationalen Prävalenz in Deutschland könnte unter anderem darauf zurückzuführen sein, dass depressive Störungen in vielen Ländern nicht im gleichen Maße diagnostiziert oder erfasst werden wie in Deutschland. Unterschiede im Gesundheitssystem, kulturelle Tabus sowie ein geringerer Zugang zu psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung können hier eine Rolle spielen. Darüber hinaus könnten gesellschaftliche und wirtschaftliche Belastungsfaktoren in westlichen Industrienationen wie Deutschland zur höheren Prävalenz beitragen. Dazu zählen insbesondere anhaltender Stress, Multitasking-Anforderungen, Leistungsdruck, aber auch soziale Isolation und eine ständige Erreichbarkeit im Berufsalltag. Zu den ursächlichen Faktoren einer Depression zählen neben der genetischen Disposition und neurobiologischen Veränderungen auch chronische Stressbelastungen, ungünstige Lebensumstände, traumatische Erfahrungen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, sowie ungünstige Bindungserfahrungen in der Kindheit. Die Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Einflussfaktoren wird heute als zentral für das Verständnis depressiver Erkrankungen angesehen. Es ist anzunehmen, dass in Ländern mit geringeren wirtschaftlichen Anforderungen oder stärkerem sozialen Zusammenhalt bestimmte Stressoren des westlichen Lebensstils weniger stark ausgeprägt sind – was möglicherweise zu einer niedrigeren Prävalenz depressiver Störungen beiträgt. Dieser Aspekt sollte jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da auch kulturelle Unterschiede in der Symptomwahrnehmung und gesellschaftliche Stigmatisierung einen erheblichen Einfluss auf Diagnose und Erfassung haben können.

Erläutern Sie das Phänomen der Stigmatisierung. Unterscheiden Sie hierbei drei Formen von Interventionen und schildern Sie für jede Form ein Beispiel einer tatsächlich durchgeführten Intervention unter Angabe der Effektivität

Das Phänomen der Stigmatisierung beschreibt die gesellschaftliche Abwertung oder Diskriminierung von Personen aufgrund bestimmter Merkmale oder Diagnosen – im psychiatrischen Kontext meist im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Sie führt häufig zu sozialer Ausgrenzung, verminderter Selbstwertgefühl, geringerer Inanspruchnahme professioneller Hilfe und erschwert damit die soziale Teilhabe und Genesung (Gaebel & Stricker, 2020). Gaebel und Stricker (2020) unterscheiden drei zentrale Formen von Interventionen zur Entstigmatisierung: Informations- und Aufklärungskampagnen, Kontakt-Interventionen sowie strukturelle Maßnahmen. Informations- und Aufklärungsinterventionen zielen darauf ab, Fehlinformationen über psychische Erkrankungen zu korrigieren und Wissen über Behandlungs- und Genesungsmöglichkeiten zu vermitteln. Ein Beispiel ist die deutsche

Kampagne „Irre menschlich Hamburg“, die durch Vorträge, Medienarbeit und Schulprojekte Aufklärung über psychische Erkrankungen bietet. Studien zeigen, dass solche edukativen Maßnahmen kurzfristig das Wissen und die Einstellungen gegenüber Betroffenen verbessern können (Gaebel & Stricker, 2020). Kontakt-Interventionen ermöglichen den direkten, persönlichen Austausch zwischen Menschen mit und ohne psychische Erkrankung. Dieser Ansatz gilt als der wirksamste Baustein der Entstigmatisierung, da er emotionale Nähe schafft und stereotype Vorstellungen abbaut. Ein erfolgreiches Beispiel ist das Programm „Time to Change“ aus Großbritannien. Dabei erzählen Betroffene in Schulen, Betrieben oder Medien von ihren Erfahrungen. Evaluationsstudien belegen, dass diese Programme signifikant Vorurteile und soziale Distanz reduzieren, vor allem, wenn der Kontakt gleichberechtigt, freiwillig und emotional positiv verläuft. Die Wirkung kann mehrere Monate anhalten, wobei Wiederholungen die Nachhaltigkeit erhöhen (Gaebel & Stricker, 2020). Strukturelle Interventionen zielen auf gesellschaftliche Rahmenbedingungen ab, etwa auf gesetzliche, institutionelle oder organisatorische Veränderungen, die Diskriminierung reduzieren sollen. Ein Beispiel ist die Implementierung von Qualitätsindikatoren und evidenzbasierten Leitlinien in psychiatrischen Einrichtungen, wie von Gaebel und Stricker (2020) gefordert. Durch transparente Qualitätsstandards können Vorurteile über die Psychiatrie korrigiert und die öffentliche Wahrnehmung der Behandlung verbessert werden. Die Effektivität solcher Maßnahmen zeigt sich indirekt: Einrichtungen, die Qualitätsmanagement und partizipative Patientenorientierung umsetzen, weisen eine höhere Patientenzufriedenheit und geringere Distanzierung auf. (Gaebel & Stricker, 2020).

Literaturverzeichnis

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]. (2025). §§ 630d, 630e, 1626, 1631 & 1793 BGB (*Einwilligung, Aufklärungspflichten, elterliche Sorge, Personensorge, Stellung des Vormunds*). Gesetze im Internet. <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb>

Bundesministerium für Bildung und Forschung. (2018). *Depression: Internationale Studie bringt Licht in die Ursachen der Lebensfinsternis*. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/depression-internationale-studie-bringt-licht-in-die-ursachen-der-lebensfinsternis-8288.php>

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386–389. <https://doi.org/10.1126/science.1083968>

Gaebel, W., & Stricker, J. (2020). Qualitätsgesicherte Psychiatrie und Entstigmatisierung. *Der Nervenarzt*, 91(10), 897–904. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00941-w>

Grüneberg (Hrsg.). (2023). *Bürgerliches Gesetzbuch: BGB – Kommentar* (82. Aufl.). München: C. H. Beck. (Kommentierung zu § 630d BGB)

Irre menschlich Hamburg e.V. (o. J.). *Irre menschlich Hamburg* e.V. <https://www.irremenschlich.de>

Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höltig, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N., & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological Medicine*, 34(4), 597–611. <https://doi.org/10.1017/S0033291703001399>

Kring, A. M., Johnson, S. L., & Hautzinger, M. (2019). *Rechtliche und ethische Rahmenbedingungen* (S. 578). In *Klinische Psychologie* (9. Aufl.). Beltz.

Nestler, E. J., Barrot, M., & Dileone, R. J. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13–25. [https://doi.org/10.1016/S0896-6273\(02\)00653-0](https://doi.org/10.1016/S0896-6273(02)00653-0)

Stiftung Deutsche Depressionshilfe. (n.d.). *Häufigkeit Depression*. <https://www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/was-ist-eine-depression/haeufigkeit>

Stiftung Gesundheitswissen. (o. J.). *Angststörung – Allgemeines*. <https://www.stiftung-gesundheitswissen.de/angststoerung/allgemeines>

Time to Change. (o. J.). *Let's end mental health discrimination*. Mind & Rethink Mental Illness.
<https://www.time-to-change.org.uk>

World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO.
<https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>

World Health Organization (WHO). (2022). *International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int/>