



Thomas Götz

Psychische Gesundheit in Berlin – ein Hintergrundpapier

Berlin, 2021

Beitrag zu: Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg (Denkanstöße aus der Akademie ; 8)

Persistent Identifier: [urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36372](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:kobv:b4-opus4-36372)

Die vorliegende Datei wird Ihnen von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz zur Verfügung gestellt.



Psychische Gesundheit in Berlin – ein Hintergrundpapier

Thomas Götz

Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung

„Man lerne von der Psychiatrie“ – Alfred Döblin in: Berliner Programm (1913)

Der Arzt und Schriftsteller Alfred Döblin verwandte sich in seinem 1913 in der Zeitschrift „Der Sturm“ erschienenen literarischen Manifest dafür, die „Psychiatrie“ als Lehrmeister für die Literatur und damit auch Darstellung des Lebens an sich heranzuziehen. Darin spiegeln sich seine Erfahrungen als Arzt in der psychiatrischen Versorgung der damaligen Zeit wider. Diese sollten auch in erheblichem Ausmaß Eingang in seinen 1929 erschienenen Roman „Berlin Alexanderplatz“ finden, der als Prototyp des Großstadtromans schlechthin gilt. Neben dem Protagonisten Franz Biberkopf ist der Roman auch von einer anderen Protagonistin durchdrungen: der Großstadt Berlin. Ganz im Sinne des 1903 von Georg Simmel veröffentlichten Aufsatzes „Die Großstädte und das Geistesleben“, der die Individualität, aber auch sinnliche Überforderung des modernen Großstadtmenschen und dessen emotionale Abstumpfung zum Thema hat, führt der Roman zu einer psychischen Dekompensation des Protagonisten mit nachfolgendem Aufenthalt in der städtischen Irrenanstalt Berlin-Buch. Auch wenn sich der Kontext und das Verständnis über psychische Gesundheit in der Großstadt Berlin – nach dem dunklen Kapitel der Zeit des Nationalsozialismus – in den letzten 100 Jahren stark verändert hat, soll das Diktum Döblins, von der Psychiatrie zu lernen, ein Leitmotiv für die folgende Ausführung darstellen. Denn oft sind Gedanken, Ideen und Konzepte, die in der psychosozialen-psychiatrischen Versorgung heute gedacht werden, vom Grundgedanken her ohne Weiteres auf die gesundheitliche Versorgung allgemein übertragbar.

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden

Anders als in Döblins Roman, der in der Unterbringung einer psychisch kranken Person in einer psychiatrischen Klinik kulminiert, rückte der Fokus in den letzten Jahren vermehrt auf den Themenkomplex der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.

Strömungen, die dazu beitragen, sind unter anderem das von dem US-amerikanischen Psychiater George Engel 1977 formulierte bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit (und Erkrankungen), die darauf fußende International Classification of Functioning (ICF), die auch einen zentralen konzeptionellen Unterbau für das Verständnis von Behinderungen in der Formulierung des 2019 vom Bundestag verabschiedeten Bundesteilhabegesetzes darstellt, die positive Psychiatrie und Psychologie-Bewegung sowie der allgemeine Trend zur Fokussierung auf Ressourcen und Fähigkeiten im Gesundheitskontext, wie er z. B. in der Ottawa-Charta der WHO 1986 zum Ausdruck kommt (<https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>). Dabei wurde zunehmend klar – auch durch den Einfluss einer immer aktiveren und sichtbarereren Beteiligung und Positionierung von Menschen mit Psychiatrieerfahrung (Rose 2015); (Tait and Lester 2005) –, dass weder der defizitorientierte noch der ressourcenorientierte Ansatz alleine einen Zugang zu der Komplexität des Themas psychische Gesundheit und Wohlbefinden ermöglicht. Dies wird insbesondere in dem Recovery-Ansatz deutlich, der das Ziel verfolgt, trotz (oder auch gerade wegen) einer

psychischen Erkrankung „gesund zu sein“ bzw. Wohlbefinden zu erleben, und schlägt sich auch in dem Versuch, den Begriff des Wohlbefindens genauer zu definieren, nieder (Leamy, Bird et al. 2011); (Dodge, Daly et al. 2012); (Williams, Leamy et al. 2012). Es geht daher vielmehr darum, der Dualität zwischen Gesundheit und Erkrankung gerecht zu werden und alle dazu beitragenden Komponenten im Sinne eines Spektrums zu betrachten. Diesem Ansatz folgen Galderisi et al. (Galderisi, Heinz et al. 2015), indem sie psychische Gesundheit wie folgt definieren:

„Psychische Gesundheit ist ein dynamischer Zustand eines internen Gleichgewichtes, das es Individuen ermöglicht, ihre Fähigkeiten in Übereinstimmung mit universellen Werten der Gesellschaft zu nutzen. Grundlegende kognitive und soziale Fertigkeiten; die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu erkennen, auszudrücken und zu modulieren, wie auch die Fähigkeit, empathisch mit anderen zu interagieren; die Flexibilität und Fähigkeit, mit negativen Lebensereignissen umzugehen und in sozialen Rollen zu funktionieren, sowie eine harmonische Beziehung zwischen Körper und Geist stellen wichtige Komponenten von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden dar, die in unterschiedlichem Ausmaß zu dem Zustand des internen Gleichgewichtes beitragen.“ (Übersetzung d. Autors). Diese umfassende Definition eines Gleichgewichtes liegt allen nachfolgenden Überlegungen zu Grunde.

Ungeachtet dieser Entwicklungen und Überlegungen wird psychische Gesundheit (wie auch das psychosoziale-psychiatrische Versorgungssystem) oft noch als ein von den sonstigen Gesundheitsentwicklungen abgekoppelter Diskurs betrachtet. Dies führte nicht zuletzt zu dem Slogan der WHO, der deutlich macht, dass es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt (WHO 2005); (Prince, Patel et al. 2007). Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Eine gewichtige Rolle dürfte neben der nach wie vor vorhandenen Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und des Hilfesystems (Gaebel, Zäske et al. 2015); (Pescosolido and Martin 2015) auch die schwierigere kognitive Fassbarkeit des Konzeptes der psychischen Gesundheit und des Wohlergehens spielen (Karlsson 2012).

Dies spiegelte sich beispielhaft in den sogenannten Millennium Development Goals (MDGs) der UN, die im Jahr 2000 verabschiedet wurden, wider, bei denen das Thema psychische Gesundheit keine Rolle spielte. Erst in Folge der Global Burden of Disease Study, die zeigte, dass psychische Erkrankungen weltweit 11 % der Disability-adjusted Lifyears (DALYS), einem Maß für die „Krankheitslast“, bzw. 21,2 % der Jahre, die mit einer Beeinträchtigung gelebt werden, ausmachen (Murray, Barber et al. 2015), sowie durch entsprechende Lobbyarbeit von Nicht-Regierungs-Initiativen (s. z. B. <https://www.fundamentalsdg.org/>) rückte das Thema psychische Gesundheit vermehrt in den Fokus der Vereinten Nationen und wurde prominent 2016 in die die Millenium Development Goals ablösenden Sustainable Development Goals (SDGs) aufgenommen (Thorncroft and Votruba 2016); (Votruba and Thorncroft 2016). So lautet ein Unterziel des SDG 3 (Gesundheit und Wohlergehen), dass bis zum Jahr 2030 die vorzeitige Sterblichkeit durch nicht-kommunizierbare Erkrankungen um 1/3 durch Prävention und Behandlung reduziert und psychische Gesundheit und Wohlbefinden gefördert werden sollen (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/publications/2016/fact-sheets-on-sustainable-development-goals-sdgs-health-targets-mental-health-sdg-target-3.4>). Auch das Unterziel 3.5 betrifft das Thema psychische Gesundheit: Danach sollen die Prävention und Behandlung von Substanzmissbrauch gestärkt werden (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2020/fact-sheet-on-the-sdgs-alcohol-consumption-and-sustainable->

[development-2020](#)). Beiden Unterzielen ist gemeinsam, dass sie vielfältige Querverbindungen zum Erreichen anderer SDGs, u. a. dem SDG 11 „Nachhaltige Städte und Siedlungen – Städte und Siedlungen inklusiv, sicher, widerstandsfähig und nachhaltig gestalten“, aufweisen (siehe dazu auch das Hintergrundpapier zu dem Thema „Healthy Cities – eine Berliner Perspektive“ von Götz).

Dies ist v. a. vor dem Hintergrund relevant, dass das gegenwärtige Anthropozän auch eine Geschichte der Urbanisierung darstellt, deren Zunahme nach wie vor ungebremst ist (<https://www.bpb.de/gesellschaft/umwelt/anthropozan/>). So leben mittlerweile 2/3 der Weltbevölkerung in urbanen Räumen (Rydin, Bleahu et al. 2012). Adli und Schöndorf (2020) fassen die Gründe dafür unter dem Begriff des „Urban Advantage“ zusammen: „Stadtbewohner leben unter durchschnittlich günstigeren Bedingungen: Günstigere individuelle Entwicklungs- und Entfaltungsbedingungen, ein dichteres Bildungs- und Förderangebot, bessere Chancen auf Wohlstand, eine bessere Gesundheitsversorgung und ein reiches kulturelles Angebot, auch wenn diese Ressourcen innerhalb von Städten wiederum ungleich verteilt sind.“ Urbane Räume und die darin stattfindenden sozialen Interaktionen weisen dabei eine Janusköpfigkeit auf: Neben dem Urban Advantage (und dem damit einhergehenden positiven Effekt auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden) haben sie auch das Potential, psychische Belastungen auszulösen bzw. diese zu verstärken und dadurch zur Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen beizutragen (Adli and Schöndorf 2020); (Gruebner, Rapp et al. 2017). Soziale Isolierung, Diskriminierung und Armut scheinen dabei wichtige Variablen darzustellen. Auch wenn insbesondere für psychotische Störungen ein stress-vermittelter Zusammenhang zwischen Urbanisierung und Erkrankungsdynamik sehr wahrscheinlich ist, zeigt sich mit zunehmendem Erkenntnisgewinn, dass die Korrelation zwischen verschiedenen psychischen Erkrankungen und der Urbanisierung äußerst komplex ist. Eine aktuelle Meta-Analyse (Richter, Löbner et al. 2021) führt dazu aus, dass dies u. a. auf die mangelhafte Konzeptionalisierung des Begriffs der Urbanisierung zurückzuführen sein könnte, die neben der zu untersuchenden Population die Operationalisierung von Forschungsfragen und damit Binnendifferenzierungen/Graduierungen innerhalb eines urbanen Umfeldes deutlich erschwert und allenfalls auf die – grobe – Unterscheidung zwischen städtischem und ländlichem Raum anwendbar ist. So weist zum Beispiel eine aktuelle Untersuchung aus den USA darauf hin, dass auf einer Makroebene die Größe einer Stadt negativ mit dem Auftreten von depressiven Symptomen korreliert, was für einen vorrangigen – kontraintuitiven – Urban-Advantage-Effekt sprechen könnte. Eine vermittelnde (und in dieser Untersuchung nicht detailliert untersuchte) Rolle wird dabei den individuellen sozioökonomischen Netzwerken der Menschen beigemessen. So lassen sich soziale Netzwerkeffekte in der Ätiologie und Aufrechterhaltung depressiver Störungen wie auch anderer Gesundheitsherausforderungen beschreiben und stellen damit eine „moderne“ Perspektive auf den sozialen Teil des biopsychosozialen Modells dar (Rosenquist, Fowler et al. 2011); (Perkins, Subramanian et al. 2015); (Valente and Pitts 2017). Dass soziale Interaktionen eine zentrale Rolle im Kontext psychischer Gesundheit spielen, zeigen auch zahlreiche – unter der SARS-CoV-2 und den damit einhergehenden Maßnahmen der körperlichen Distanzierung nochmals zahlreiche aktualisierte – Befunde über den Zusammenhang zwischen sozialer Isolierung, dem subjektiven Gefühl von Einsamkeit und der psychischen Gesundheit (Lim, Holt-Lunstad et al. 2020); (Holt-Lunstad 2021); (Williams, Townson et al. 2021). Über die reinen sozialen Netzwerke (Freunde, Bekannte, Kollegen, Familien etc.) hinaus zeigt sich insbesondere bei psychisch kranken Menschen, dass auch Orte, an denen Begegnungen und/oder andere Aktivitäten ermöglicht werden (z. B. Bibliotheken, Fitnessclubs, Parks etc.) einen

modulierenden Effekt auf die psychische Gesundheit haben (Sweet, Byng et al. 2018). Diese sind individuell sehr unterschiedlich und können durch quantitative Studien nur wenig erfasst werden. Es spricht daher vieles dafür, auch zunehmend qualitative Ansätze entweder isoliert oder im Sinne von Mixed-Methods-Ansätzen zu verfolgen und in eine Gesamtbetrachtung der Zusammenhänge zwischen Urbanisierung und psychischer Gesundheit einzubeziehen. Interessante Aspekte können auch durch ethnografische Methoden im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung direkt in den Lebenswirklichkeiten der Menschen gewonnen werden (Bieler and Klausner 2019). Fest steht, dass der komplexe Zusammenhang zwischen urbanem Leben und psychischer Gesundheit nur aus multiplen Perspektiven betrachtet werden kann. Das Berliner Interdisziplinäre Forum Neurourbanistik, das seit 2017 existiert (Adli, Berger et al. 2017), bietet dafür eine Plattform. Es hat sich u. a. zum Ziel gesetzt, eine „Urban Mental Health“-Strategie für die Großstadt Berlin zu erarbeiten und diese zu begleiten (Tonne, Adair et al. 2021). Der Fokus liegt hier auf der Förderung psychischer Gesundheit im Lebensraum Stadt. Zu diesem Zweck wurde eine Charta der Neurourbanistik entwickelt, die 9 Dimensionen der urbanen Lebensrealität definiert und mit der Brille der urbanen psychischen Gesundheit betrachtet (Abb. 1).

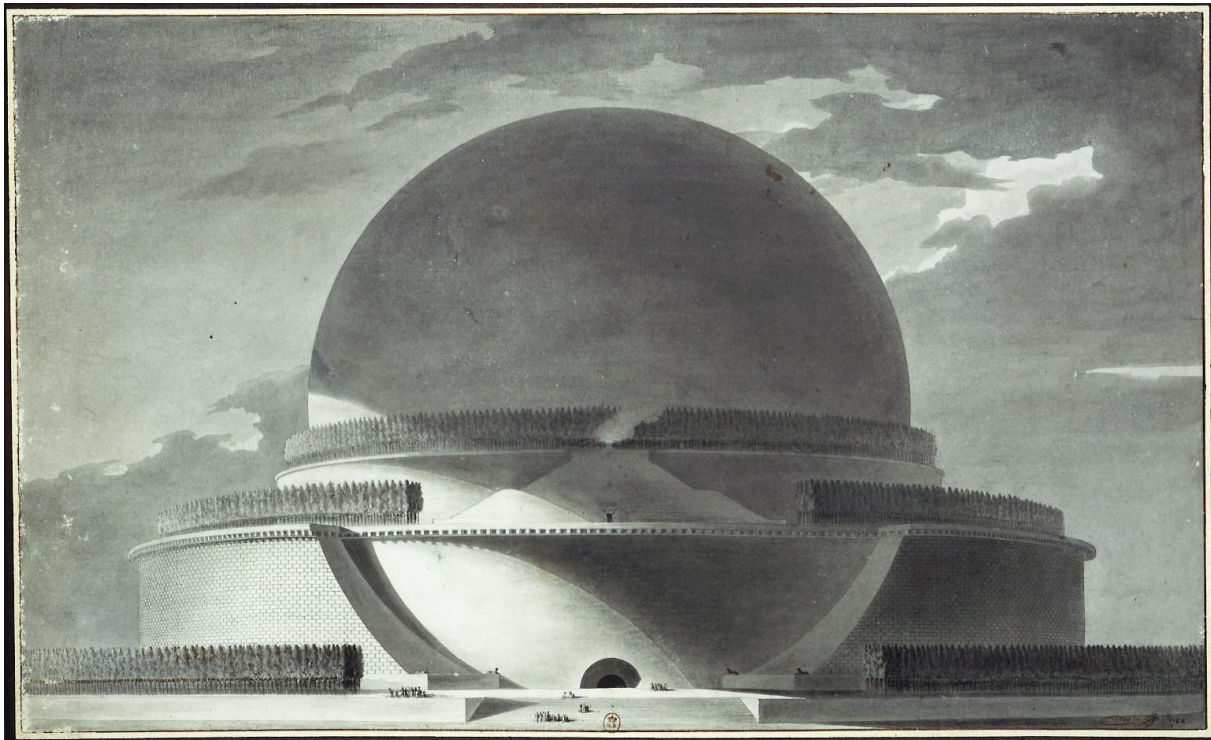


Abb. 1: Die 9 Dimensionen der Charta der Neurourbanistik (<https://neurourbanistik.de/charta-der-neurourbanistik/>), Bild: Takeshi Ishikawa, Vecteezy, Public Domain

Andere Ansätze einer „Urban Mental Health“-Strategie lassen sich auch in anderen Städten finden. Ein prominentes Beispiel stellt hier New York City dar. Unter der Ägide und auf Initiative des amtierenden Bürgermeister Bill de Blasio wurde 2015 die Kampagne „ThriveNYC: A Mental Health Roadmap for All“ ins Leben gerufen (Belkin, Linos et al. 2016). Mit der im August 2021 freigeschalteten Website <https://mentalhealthforall.nyc.gov/> ist darüber hinaus ein zentrales Informations- und Gesundheitskompetenz förderndes Angebot an den Start gegangen. Eine ähnliche Urban-Mental-Health-Kampagne wurde auch in London

unter dem Namen „ThriveLDN“ (<https://thrivedn.co.uk/>) initialisiert. Neben gesundheitsfördernden und präventiven Angeboten stehen auch die Zugänge in das und die Weiterentwicklung des psychiatrischen-psychozialen Versorgungssystems im Vordergrund. Insbesondere bei der ThriveNYC-Kampagne ist anzumerken, dass der Verwaltung dabei in der koordinierenden Steuerung eine gewichtige Rolle zukommt, die durch eine klare politische Haltung unterstützt wird.

Eine Weltkarte, die das Land Utopia nicht enthielte, wäre es nicht wert, dass man einen Blick auf sie wirft, denn in ihr fehlt das einzige Land, in dem die Menschheit immer landet. – Oscar Wilde



Source gallica.bnf.fr / Bibliothèque nationale de France

Abb. 2: Etienne Louis Boullée – Cénotaphe pour Newton, 1784, Quelle: Bibliothèque Nationale de France, Gallica, Public Domain (<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/btv1b7701015b/f2.item#>)

Der französische Revolutionsarchitekt Etienne-Louis Boullée – ganz ein Kind des Zeitalters der Aufklärung und Vernunft – entwarf 1784 ein utopisches Projekt, einen Isaac Newton gewidmeter Kenotaphen (Abb. 2). Obwohl dieser nie gebaut wurde, steht er in seiner klaren Form für die Art von Utopie, die auch für eine nachhaltige und gelingende psychische gesundheitliche Chancengleichheit in der Stadt Berlin Anwendung finden kann (Abb.3). Die folgenden Ausführungen schließen damit nahtlos an die oben dargestellten Sachverhalte an. Dabei wird zunächst zwischen verschiedenen Sphären unterschieden: Im Zentrum steht der Aspekt der psychischen Gesundheit (1). Dieser ist umgeben von Angeboten des psychozialen-psychiatrischen Hilfesystems (2), welches wiederum von bestimmten Anforderungen, die dieses direkt beeinflussen, umschlossen wird (3). Die äußerste Sphäre sind Kontextfaktoren, die die davon umschlossenen Sphären modulieren (4).

Stakeholdern aus den Verwaltungs- und Beratungsbereichen auf Berliner Bezirks- und Landesebene wider, die im Rahmen einer Bachelorarbeit im Bereich Gesundheitsförderung der HS Magdeburg-Stendal im Jahr 2019 durchgeführt wurde (L. Jentsch, nicht veröffentlicht). Neben der eigentlichen psychischen Gesundheitsförderung spielt auch das Wissen um die Bedeutung der psychischen Gesundheit sowie gesundheitsförderlicher und gesundheitsschädigender Einflussfaktoren eine wichtige Rolle. Erst dann kann eine informierte und selbstbestimmte Entscheidung zur psychischen Gesundheit getroffen werden (Jorm 2012). Aufgrund der hohen sozialen Interaktionalität als definierende Form des Menschseins (Happé, Cook et al. 2017) impliziert eine individuelle psychische Gesundheitskompetenz aber gleichzeitig auch deren Anwendbarkeit auf Dritte. Diese Aspekte werden in der sogenannten psychischen ersten Hilfe aufgegriffen, die analog zu den körperlichen Ersthelfer*innen-Kursen eine niedrigschwellige und nachhaltige Maßnahme zur Förderung der allgemeinen psychischen Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung darstellt (Morgan, Reavley et al. 2018). Ursprünglich in Australien entwickelt ist seit vergangenem Jahr das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim der Lizenznehmer des Programms für Deutschland und für dessen Qualitätssicherung verantwortlich (<https://www.mhfa-ersthelfer.de/de/ersthelfer/kurs/>). Ab 2021 sollen diese Kurse auch durch den Berliner Krisendienst, ein seit über 20 Jahren bestehendes niedrigschwelliges, professionelles psychosoziales Kriseninterventionsangebot, für die Berliner Bevölkerung angeboten werden. Angesichts der hohen Krankheitslast, die durch psychische Erkrankungen bedingt wird (in Berlin sind diese die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und die häufigste Ursache für Frühberentungen (Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2019)) und die damit einhergehenden ökonomischen Herausforderungen (DiLuca and Olesen 2014) ist es essentiell, dass die psychische Gesundheitsförderung Hand in Hand mit der Prävention von psychischen Erkrankungen (zu denen auch die Abhängigkeitserkrankungen und andere Substanzkonsumstörungen zählen) geht. Während entsprechende Strukturen im Bereich der Suchtprävention z.B. in Form der Fachstelle für Suchtprävention in Berlin bereits existieren, sind diese für die restlichen psychischen Erkrankungen noch wenig entwickelt. Dies, obwohl es ausreichend Evidenz für die Wirksamkeit und guten ökonomischen Return of Investment für den Bereich der psychischen Erkrankungen gibt (Knapp, McDavid et al. 2011); (Campion, Bhui et al. 2012);

(Kalra, Christodoulou et al. 2012). Eine Besonderheit stellt in diesem Kontext der Bereich der Suizidprävention dar, da es sich hierbei in der Regel nicht um einen isolierten, erkrankungsspezifischen Präventionsansatz handelt. Angesichts der gegenwärtigen Diskussion um einen selbstbestimmten Tod erscheint es wichtiger denn je, ausreichend Informations- und Präventionsangebote zu installieren, um auch hier Grundlagen für eine informierte Entscheidungsfindung zu schaffen. Dass eine differenzierte Suizidprävention wirkt, ist unstrittig (Zalsman, Hawton et al. 2016) und findet sich auch in Form der Suizidrate als Indikator im SDG Unterziel 3.4 wieder. Dies wird exemplarisch durch das seit 2014 existierende Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention (FRANS, www.frans-hilft.de) illustriert. Ein wichtiger Erfolgsfaktor stellt dabei die steuernde Rolle der Kommune, auf deren Initiative die Gründung zurückgeht und die Ressourcen für die Netzwerkarbeit zur Verfügung stellt, dar. Ähnliche Überlegungen und Ansätze existieren auch in Berlin (<https://www.suizidpraevention-berlin.de/>), allerdings ist hier die Ressourcenfrage noch nicht abschließend geklärt.

- (2) Psychosoziales-psychiatrisches Hilfesystem: Unter dem Begriff Hilfesystem wird die Gesamtheit an Angeboten verstanden, die der Beratung, Begleitung und Unterstützung von Menschen in psychischen Krisen, psychischen Erkrankungen und/oder psychischen Beeinträchtigungen dienen. Diese sind sowohl klinischer (psychiatrischer) als auch außerklinischer (psychosozialer) Natur. Ein besonderer Fokus sollte dabei in der Ausgestaltung der Angebotslandschaft für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen liegen. Eine schwere psychische Erkrankung liegt vor, wenn die Behandlungsdauer mehr als zwei Jahre beträgt und mit der Erkrankung deutliche psychosoziale Funktionseinschränkungen einhergehen. Schätzungen besagen, dass zwischen 1 und 2 % der Bevölkerung diese Definition erfüllen, d. h. dass in Berlin zwischen 35.000 und 70.000 Menschen von einer solchen schweren psychischen Erkrankung betroffen sind (Gühne, Becker et al. 2015). Konzeptionell unterschiedlich, aber ähnlich ist die Definition einer (seelischen) Behinderung durch den Gesetzgeber im SGB IX: Demnach sind Menschen mit Behinderungen „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_9_2018/_2.html). Noch fünfzig Jahre nach der

Formulierung des „Inverse Care Law“ (Cookson, Doran et al. 2021) zeigen sich auch im psychiatrischen-psychozialen Versorgungssystem weiter Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme, insbesondere was Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und/oder Behinderung angeht. Dasselbe gilt auch für die Zugänge und Inanspruchnahme des weiteren Gesundheitssystems durch diese Zielgruppe mit der Folge, dass Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung hohe und qualitativ oft schlechter behandelte somatische Komorbiditäten aufweisen und signifikant früher sterben (Liu, Daumit et al. 2017); (Vancampfort, Firth et al. 2019); (Ronaldson, Elton et al. 2020). Besonders deutlich wurde dieser Sachverhalt zuletzt in Folge der SARS-CoV-2-Pandemie (Vai, Mazza et al. 2021); (De Picker, Dias et al. 2021); (Epstein, Ayers et al. 2021); (Mazereel, Van Assche et al. 2021); (Wang, Xu et al. 2021); (Wang, Kaelber et al. 2021), was zumindest formal eine höhere Priorisierung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der seinerzeit geltenden Coronavirus-Impfverordnung des Bundes zur Folge hatte. Basierend auf dem Ansatz der gesundheitlichen Chancengleichheit, der Versorgungs- und sozialen Gerechtigkeit (Marmot 2007); (Alves-Bradford, Trinh et al. 2020) sollte sich ein Hilfesystem zunächst an schwer psychisch kranken Menschen ausrichten und für diese adäquate Angebote schaffen. Hierbei ist insbesondere auch an die zunehmende Gruppe wohnungsloser bzw. obdachloser Menschen zu denken, die einem besonders hohen Exklusionsrisiko ausgesetzt sind und die oft psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen aufweisen (Gutwinski, Schreiter et al. 2021). In der Ausgestaltung des Hilfesystems sollte das Prinzip einer gestuften Versorgung mit kollaborativer bzw. kooperativer Grundausrichtung leitend sein, die von informellen Community-Ansätzen und Selbsthilfe über niedrigschwellige Angebote (z. B. Beratungsangebote, aber auch Drogenkonsumräume (EMCDDA 2018) und Begleitungs-/Behandlungs-/Betreuungsangebote) bis hin zu hochspezialisierten Angeboten und Settings wie z. B. der forensischen Psychiatrie reicht. Dabei sollen die Angebote den Grundsätzen einer Lebensweltorientierung mit vorrangig ambulanter (inklusive aufsuchender) Ausrichtung entsprechen (für den klinischen Teil siehe Bechdolf, Bühling-Schindowski et al. 2021), Selbstbestimmtheit und eine geteilte Entscheidungsfindung „auf Augenhöhe“ leben sowie in weiten Teilen niedrigschwellig zugänglich sein. Dies beinhaltet auch die kontinuierliche Befähigung von Akteur*innen des Hilfesystems, aber auch von angrenzenden/überlappenden Systemen, wie z. B. der Wohnungslosenhilfe, sich mit den

besonderen Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen. Exemplarisch für solch einen Ansatz seien an dieser Stelle das Housing-First-Projekt für Obdachlose mit psychischen Erkrankungen genannt (Hwang and Burns 2014). Hierzu gibt es auch in Berlin seit Kurzem ein Modellprojekt (<https://housingfirstberlin.de/>).

Ein anderer Ansatz ist z.B. die Einrichtung von „psychosozialen Brückenbauern“, die für bestimmte Zielgruppen Hilfesysteme verbinden und im Sinne einer psychosozialen Organisationsentwicklung für deren Bedarfe sensibilisieren. Beispiele hierfür finden sich in Berlin in den sogenannten psychosozialen Fachkräften für Geflüchtete, die das System der Flüchtlingsunterkünfte mit den niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsstrukturen koppeln. Ein anderer – noch nicht realisierter – Ansatz ist die Stärkung der sozialpsychiatrischen Dienste (s.u.), um psychologische, krankenschwermische und sozialarbeiterische Fachkräfte, die aufsuchend beratend und begleitend für besonders marginalisierte Menschen und deren bestehende Unterstützungssysteme tätig werden. Erfreulicherweise sind wesentliche der oben genannten Anforderungen im Berliner psychosozialen-psychiatrischen Versorgungssystem bereits vorhanden. Auch werden beispielweise in der Krankenhausplanung oder in der gemeindepsychiatrischen Einbindung der forensischen Psychiatrie entsprechende Weichen gestellt. Gerade die Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung stellt hierfür ein Beispiel dar. Der Trend geht hin zu vermehrten (Akut-)Tagesklinischen und Stationsäquivalenten Behandlungsangeboten (StÄB). Auch die Flexibilisierung von PIA-Leistungen sollte zukünftig kein Tabu mehr sein, ebenso wenig die strukturelle Implementierung von bislang leider immer noch auf einzelne Krankenkassen beschränkten Modellvorhaben der integrierten Versorgung. Dennoch sind ressourcen-orientierte bzw. recovery-orientierte Ansätze noch nicht flächendeckend etabliert, obwohl diese eine gute Evidenzlage aufweisen (Williams, Leamy et al. 2012, Slade 2017); (AWMF S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2018). Dazu gehört auch eine deutliche Skalierung von rehabilitativen Angeboten, wie sie nicht nur im SGB IX vorgesehen sind, sondern z.B. auch in Form einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke Menschen (AWMF S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen 2018). Erst seit Kurzem existiert eine solche Einrichtung in Berlin, was in deutlichem Kontrast zu den tatsächlichen Bedarfen steht, auch was die Lebensweltorientierung und den Sozialraumbezug betrifft. Deutliches Entwicklungspotential hat weiterhin auch die

strukturierte Vernetzungsarbeit/Kollaboration vor dem Hintergrund einer gemeinsamen Verantwortungshaltung („Verantwortungsgemeinschaft“) und Gesamtsteuerung des Hilfesystems, wie sie auch gesetzlich vorgegeben ist (PsychKG Berlin 2016).

Ein weiteres Element einer optimierten Versorgung stellen Angebote an der Schnittstelle zwischen Prävention und Frühintervention dar. Diese sind angesichts der Tatsache, dass die Mehrzahl schwerer psychischer Erkrankungen in der Jugend / dem jungen Erwachsenenalter beginnt (Solmi, Radua et al. 2021), vorrangig für dieses Altersspektrum untersucht. Ausgehend von einem Clinical-staging-Konzept werden Risikozustände oder Frühsymptome erkannt und durch passende multimodale Interventionen begleitet bzw. behandelt. Hervorzuheben sind hier die einschlägigen Untersuchungen zur Früherkennung/Frühintervention von/bei schizophrenen Psychosen bzw. bipolaren Störungen (Fusar-Poli, Salazar de Pablo et al. 2020); (McGorry and Mei 2018); (Colizzi, Lasalvia et al. 2020); (McGorry, Hartmann et al. 2018). Entsprechende Angebote sind durchaus bereits in Berlin etabliert, jedoch noch nicht flächendeckend in der Versorgung angekommen, was auch mit den nach wie vor auszulotenden Schnittstellen zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrischen und der Erwachsenenpsychiatrischen Versorgung im klinischen und außerklinischen Bereich zu tun hat. Diese wiederum sind auch für die nachhaltige Etablierung transitionspsychiatrischer und transitionspsychosozialer Angebote hochrelevant. Gerade in diesem Bereich ist es wichtig, jenseits der klinisch-psychiatrischen Versorgungskulturen zu denken und auch niedrigschwellige Beratungs- und Begleitungsangebote sowie Angebote der Jugend- und Eingliederungshilfe, des Arbeits- und Bildungsbereiches einzubeziehen. Modellhaft für einen derartigen Ansatz steht das Projekt Soulspace, das das australische Konzept von „Headspace“ (Malla, Iyer et al. 2016) aufgreift und im Kontext einer regionalen Versorgungsverpflichtung als kooperatives Projekt bestehend aus transitionspsychiatrischer Expertise sowie niedrigschwelligem psychosozialen Beratungsstrukturen auf die Berliner Verhältnisse anwendet (Bechdorf, Schellong et al. 2019). Besonders interessant scheint in diesem Licht auch die Intervention der „Urban Remediation“ zu sein, die den recovery-orientierten Ansatz verfolgt, erkrankten Menschen mit einer Psychose individuelle Unterstützung und Strategien im Umgang mit urbanem Stress anzubieten (Baumann, Söderström et al. 2020).

Eine weitere wesentliche – allerdings oftmals unterschätzte – Komponente des psychosozialen-psychiatrischen Hilfesystems stellt der Öffentliche Gesundheitsdienst mit seinen vielfältigen Angeboten dar. Klassischerweise wird er als sogenannte 3. Säule des Gesundheitswesens – neben der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung – wahrgenommen. Dabei verfolgt er einen wesentlich breiter gefassten gesundheitsorientierten Ansatz, der besser als „New Public Health“ beschrieben werden sollte (siehe dazu z. B. die Ausführungen im Gesundheitsdienstgesetz des Landes Berlin). Er ist in Berlin als bezirklicher Dienst ein elementarer Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge. Er handelt lebensweltorientiert und sozialkompensatorisch und ist dem vielfältigen Aufgabenspektrum entsprechend multiprofessionell aufgestellt. Abb. 4 verdeutlicht das „Koordinatensystem Öffentlicher Gesundheitsdienst“, das sich auf die vier Bereiche Gesundheitsförderung, Gesundheitshilfen, Gesundheitsschutz und Gesundheitskoordination erstreckt. Auf die psychosoziale-psychiatrische Versorgung heruntergebrochen existieren innerhalb des ÖGD in jedem Bezirk mindestens vier Akteur*innen: der Sozialpsychiatrische Dienst, der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst, die Psychiatriekoordination und die Suchthilfekoordination, die innerhalb dieses Koordinatensystems tätig sind. Neben der Gesundheitsförderung spielen v. a. die fünf weiteren Koordinaten eine bedeutsame Rolle: Information, Beratung, Begleitung, Krisenintervention (bis hin zu sozialkompensatorischen Aufgaben wie z. B. die Betreuung psychisch kranker, obdachloser Menschen) sowie Koordination von Angeboten und Bedarfen spielen sich darin ab. Dem „neutralen“ *öffentlichen* ÖGD kommt damit in Vernetzungsfragen eine wichtige Rolle zu, deren Potential bei Weitem noch nicht ausgereizt ist.

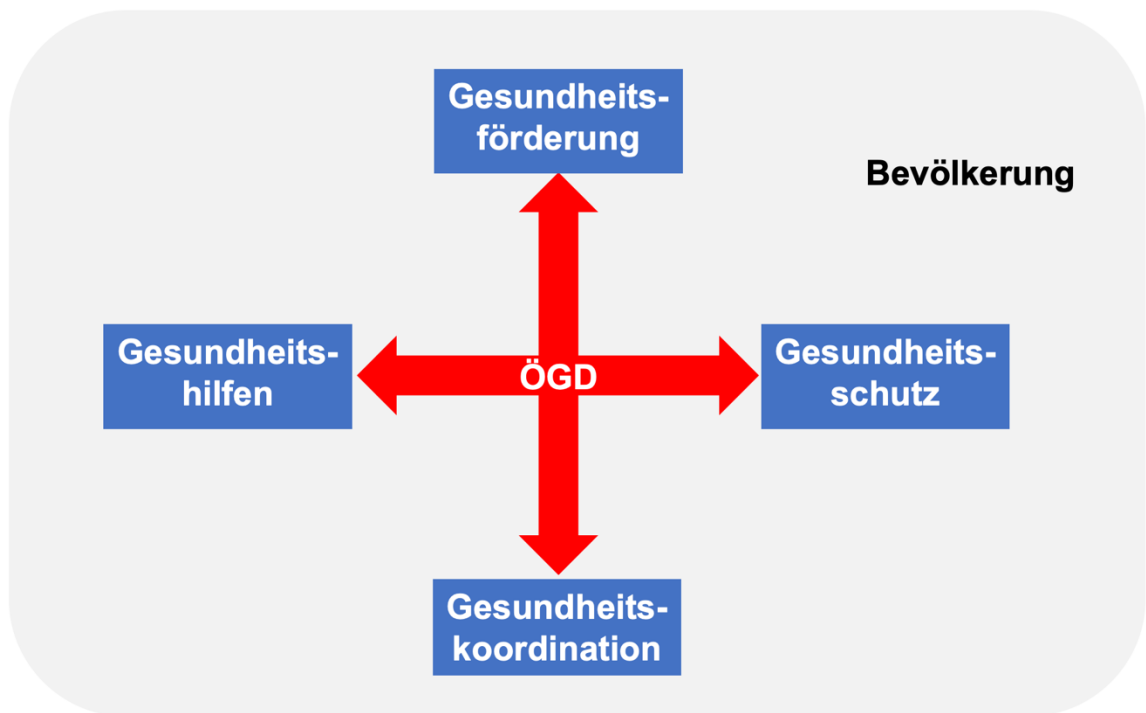


Abb. 3: Koordinatensystem des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

- (3) Sowohl der Themenkomplex Gesundheitsförderung/Krankheitsprävention wie auch das Hilfesystem werden durch verschiedene systemische Anforderungen flankiert, die direkten Einfluss auf dessen Ausgestaltung haben. Auf ein paar dieser Anforderungen soll im Folgenden kurz eingegangen werden. Im Zentrum steht eine grundsätzliche konzeptionelle Handlungsausrichtung nach dem bio-psycho-sozialen Modell, das biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren auf das komplexe System von (psychischer) Gesundheit, Erkrankung, Beeinträchtigung und Rehabilitation postuliert (Engel 1977); (Engel 1980); (Cabaniss, Moga et al. 2015); (Gask 2018). Diese treten zwar je nach Situation in unterschiedlichen Intensitäten auf, bilden aber die Grundlage für die Beschäftigung und Modulierung dieses Systems mit individuellen, interpersonellen, gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Faktoren. Nur ein systemischer multiperspektivischer Ansatz ist hier mittel- und langfristig zielführend (Cohen 2017). Dabei stellt die Selbstbestimmung der Bürger*innen und die damit zusammenhängende informierte Entscheidungsfindung ein wichtiges Leitmotiv dar (Ng, Ntoumanis et al. 2012); (Hinneburg 2017); (Migliorini, Cardinali et al. 2019). Diese Themen gelangen zu besonderer Bedeutung, fokussiert man auf Menschen, die mit einer psychischen Erkrankung und/oder

Behinderung leben, weil hier weiterhin ein hohes Exklusionsrisiko besteht, das auch mit einem erhöhten Risiko, Zwangsmaßnahmen zu erleben, einhergeht (Turnpenny, Petri et al. 2018). Es muss ein klar formuliertes Ziel sein, Zwangsmaßnahmen, soweit es irgend möglich ist, zu minimieren. Voraussetzung dafür ist neben einer offenen Diskussion über das Thema, die eingebettet ist in eine gesamtgesellschaftliche Diskussion um die Rolle von Gewalt und Aggressionen gegen sich und andere, die Schaffung einer transparenten Datenlage (Rosemann, Gallinat et al. 2020). Flankierend bedarf es ganz im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention besonderer Maßnahmen des Empowerments und der Partizipation, die auch im Rahmen des Recovery-Ansatzes verfolgt werden (Corrigan, Kosyluk et al. 2013); (Barbui, Purgato et al. 2020). Neben der strukturellen Einbindung in entsprechende politische und Fach-Gremien ist es im Sinne einer modernen, qualitativ hochwertigen psychosozialen-psychiatrischen Versorgung unerlässlich, Expert*innen aus Erfahrung strukturiert in das Hilfesystem als Peers einzubeziehen und damit ein Interaktionsgebot „auf Augenhöhe“ zu schaffen (Shalaby and Agyapong 2020). Darüber hinaus ist auch der Einbezug von Angehörigen von großem Vorteil (Dirik, Sandhu et al. 2017). Als eine Plattform für so einen gelebten Dialog bietet sich z.B. der Open Dialogue an, ein auf einem systemischen Ansatz beruhendes Interaktionsmodell, das die verschiedenen Perspektiven zum Tragen kommen lässt (Razzaque and Stockmann 2016). Dieses wird bereits vereinzelt in Berlin praktiziert, bedürfte jedoch einer breiteren Anwendung in allen Versorgungsregionen.

Eine generelle und nach wie vor hochaktuelle Herausforderung liegt in der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen/Krisen/Beeinträchtigungen und Personen, die diese erleben, wie auch des professionellen Hilfesystems (Corrigan 2016). Dabei ist zwischen verschiedenen Formen der Stigmatisierung zu unterscheiden (Pescosolido 2015). Stigma führt zu vermindertem Hilfesuchverhalten und führt zu Diskriminierung und Exklusion. Beide können sich wiederum negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Clement, Schauman et al. 2015). Mittlerweile existieren evidenzbasierte Maßnahmen, um Stigmatisierung vorzubeugen und diesem entgegenzuwirken. V. a. gegen die Selbststigmatisierung wirken der Peer-Ansatz, Empowerment und Recovery (Priebe, Omer et al. 2014). Auch große Entstigmatisierungskampagnen, wie z.B. die „Time-to-change“-Kampagne in England (Henderson and Thornicroft 2009), sind wirksam, allerdings hält dieser Effekt nicht längerfristig an (Sampogna, Bakolis et al. 2017); (Corrigan, Michaels et

al. 2015). Anti-Stigma-Kampagnen sind also sinnvoll und notwendig, stellen aber gleichzeitig eine dauerhafte Aufgabe dar. Darüber hinaus führt eine gute psychische Gesundheitskompetenz, die z.B. durch Teilnahme an psychischer erster Hilfe gestärkt wurde, auch zu weniger Stigmatisierung (Morgan, Ross et al. 2018). All diese Aspekte müssen auch in Bezug auf das Berliner Hilfesystem mitgedacht und entsprechende Maßnahmen in die Wege geleitet werden.

- (4) Die vorangehenden Aspekte sind wiederum in übergeordnete „große“ Themen eingebettet, die aktuelle gesamtgesellschaftliche Prozesse widerspiegeln. Ganz im Sinne Salomon Neumanns bzw. Rudolf Virchows mit dem Slogan einer „Medizin als sozialer Wissenschaft“ entfalten diese Diskurse auch eine Strahlkraft in den Bereich der psychischen Gesundheit hinein. Dabei können diese je nach Betrachtungsart sowohl negative als auch positive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben.

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind – basierend auf der sozialen Natur des Menschen (Brooks 2011); (Tomasello 2014) – stark durch Interaktionsprozesse zwischen Menschen und deren Umgebung bestimmt. Es ist also von erheblicher Bedeutung, wie Bedingungen geschaffen werden können, in denen soziale Interaktionen gedeihen können (s. dazu auch die Ausführungen weiter oben bzw. in der Charta für Neurourbanistik). Eine Facette davon ist das Vorhalten bzw. die Entwicklung von sozialer Infrastruktur in den – wohnortnahen – Lebensrealitäten der Menschen. Zur sozialen Infrastruktur zählen neben öffentlichen Grünflächen und Stadtteilzentren beispielweise auch öffentliche Bibliotheken (Klinenberg 2018). Im weiteren Sinne muss auch die psychosoziale Infrastruktur (z. B. in Form von Beratungs- und Begegnungsstellen) dazu gezählt werden. Diese als Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge zu erkennen, zu beschreiben und zu erhalten, stellt angesichts steigender Gewerbemieten in der dynamischen Großstadt Berlin eine zunehmende Herausforderung dar (Oberst 2020). Parallele Entwicklungen zeigen sich bei der Verfügbarkeit von bezahlbarem Wohnraum und der Mietpreisentwicklung (Singh, Daniel et al. 2019); (Singh, Aitken et al. 2020). Hier bedarf es einer klugen und weitsichtigen integrierten Stadtdokumentation, -planung und Entwicklung, die sich auch modernen Ansätzen einer Gesundheits- bzw. Sozialgeografie nicht verschließt (Jokela, Bleidorn et al. 2015); (Kousoulis and Goldie 2017); (Park, McMorris et al. 2021). So finden in Berlin beispielsweise Daten aus dem „Handlungsorientierten Sozialstrukturatlas“, der

Sozialindices für die Bezirke und kleinere räumliche Einheiten – sogenannte lebensweltorientierte Räume – beinhaltet, in Form einer sozialstrukturellen Gewichtung Eingang in die psychiatrische Krankenhausplanung, aber auch in die Planung der niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsangebote und Angebote der Eingliederungshilfe. Ein weiteres großes Thema sind bestehende gesellschaftliche Ungleichheiten, die eine gesundheitliche Chancengleichheit minimieren und gerade für den Bereich der psychischen Gesundheit teils erhebliche negative Auswirkungen haben können. Dies wird z.B. bei dem Themenkomplex Armut in all ihren Facetten deutlich (Rapp, Kluge et al. 2015); (Götz 2016); (Wahlbeck, Cresswell-Smith et al. 2017). Interessant ist dabei der Ansatz, soziale Unterstützungssysteme nach für die psychische Gesundheit förderlichen Aspekten auszurichten (Senior 2020). Gleiches gilt für die aktuell intensiv stattfindende Debatte um Diskriminierung und Rassismus (Kluge, Aichberger et al. 2020). Gerahmt werden diese Themen durch die Klimakrise als die zentrale Herausforderung für die Zukunft des Menschen. Es ist daher nicht verwunderlich, dass damit einhergehende Veränderungen mittelbar und unmittelbare Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben, begonnen bei der „Klimaangst“ der heutigen und zukünftigen Generation über psychosoziale Belastungen infolge von Wetterextremen wie Hitze oder Überschwemmungen etc. (Bunz and Mücke 2017); (Cunsolo, Harper et al. 2020); (Wu, Snell et al. 2020); (Charlson, Ali et al. 2021); (Lawrance, Thompson et al. 2021); (Watts, Amann et al. 2021) bis hin zu dadurch mit ausgelösten Migrationsbewegungen und damit einhergehenden großen Anforderungen an eine inklusive, diverse und pluralistische Gesellschaft im Sinne dauerhafter und nachhaltiger Bestrebungen, psychische Gesundheit auch immer durch die Brille der interkulturellen Öffnung zu betrachten. Es ist an dieser Stelle sicher nicht vermessen, anzumerken, dass nur eine Gesellschaft mit größtmöglichen psychischen Gesundheitschancen – nicht nur in high-income countries, sondern weltweit (Kola, Kohrt et al. 2021) – überhaupt die kognitiven und emotionalen Ressourcen aufbringen kann, sich den vielfältigen Herausforderungen des Klimawandels zu stellen. Eine „Urban Mental Health“-Strategie muss daher auch gleichzeitig immer eine „Planetary Mental Health“-Strategie beinhalten (Ingle and Mikulewicz 2020).

Ein weiterer zeitdefinierender Kontextfaktor ist die Digitalisierung. Sie bietet Lösungen, stellt uns aber auch vor neue Herausforderungen, wie z. B. die Beschleunigung unseres Alltags (Wajcman 2018); (Borle, Reichel et al. 2021) oder neue Formen der sozialen

Interaktionen bis hin zu Verhaltenssuchten (Aboujaoude and Gega 2021). Dies hat naturgemäß auch Auswirkungen auf unsere psychische Gesundheit und unser Wohlbefinden. Die Lockdown- und Quarantänebedingungen in Folge der SARS-CoV2-2-Pandemie haben digitalen Angeboten im Bereich der psychischen Gesundheit nicht nur einen Boost gegeben, sondern noch einmal verdeutlicht, dass auch hier – ganz wie bei den analogen Strukturen – ein diversifiziertes und für alle zugängliches Angebotsportfolio – von der Information, Beratung und Begleitung bis zur Behandlung – zur Verfügung stehen muss, welches ebenfalls gängigen Kriterien für Wirksamkeit, Wirkung, Qualitätssicherung, Datenschutz und Kosteneffizienz entspricht (Hayes, Maughan et al. 2016); (Hill, Martin et al. 2017); (Hollis, Sampson et al. 2018); (Chevance, Hekler et al. 2020); (Crawford and Serhal 2020); (Polillo, Gran-Ruaz et al. 2021). Die Angebote müssen auch eine intensive Vernetzungsmöglichkeit mit anderen Akteur*innen (ob virtuell oder reell) bieten und Kollaboration und Kooperation anstreben (Kemp, Zhang et al. 2020); (Lehtimaki, Martic et al. 2021). Eine besondere Aufmerksamkeit muss dabei in der Förderung einer digitalen (psychischen) Gesundheitskompetenz liegen (El Benny, Kabakian-Khasholian et al. 2021) und es muss v.a. eine umfassende digitale Teilhabe ermöglicht werden. Denn die Erfahrungen mit SARS-CoV-2 zeigen auch, dass eine mangelnde digitale Teilhabemöglichkeit nicht nur digitale gesundheitliche Ungleichheit noch deutlich verstärken kann (Greer, Robotham et al. 2019); (Cosco, Fortuna et al. 2021); (Spanakis, Peckham et al. 2021).

Zuletzt, aber nicht abschließend soll an dieser Stelle noch auf den Themenkomplex der Arbeit und Beschäftigung als weiteren wichtigen Kontextfaktor verwiesen werden. Gemäß Marie Jahoda, der österreichischen Soziologin, erfüllen Arbeit und Beschäftigung stützende, strukturierende, sinn- und identitätsstiftende, wertschöpfende und autonomiefördernde (finanziell und interaktionell) Funktionen (Jahoda 1981); (Jahoda 1986); (Paul and Batinic 2010). Arbeit und psychische Gesundheit stehen in einem dynamischen und komplexen Spannungsverhältnis – so kann Arbeit im oben genannten Sinn eine gesundheitsförderliche Wirkung haben. Je nach Arbeitskontext bzw. auch im Fall, dass Arbeitslosigkeit droht, kann auch eine psychische Belastung bzw. Erkrankung daraus folgen (Herbig, Dragano et al. 2013); (Shields, Dimov et al. 2021). Diese Dynamiken sind daher zwingenderweise bei der Planung einer „Urban Mental Health“-Strategie mit zu berücksichtigen.

Die Basis all dieser Überlegungen besteht aus drei Dimensionen.

Die erste Klammer ist die Schaffung einer qualitativ hochwertigen Datenbasis zur Planung, Steuerung und Weiterentwicklung der Angebote. Hier kommt der klassische Public-Health-Aktionszyklus zur Anwendung, der aus den sich einander ablösenden und wiederholenden Phasen, die in Abb. 5 dargestellt sind, zusammensetzt.



Abb. 4: Der Public- (Mental-)Health-Aktionszyklus

Neben einer divers aufgestellten exzellenten Berliner Hochschullandschaft und weiteren Wissenschaftseinrichtungen existiert bereits eine Vielzahl von Datenquellen in Berlin (siehe hierzu z. B. <https://www.berlin.de/sen/gesundheits/service/gesundheitsberichterstattung/> und <https://www.gbe-bund.de/gbe/>) mit dem Potential, diese gezielt auszuweiten bzw. für spezifische Fragestellungen anzupassen. Voraussetzung dafür ist ein Public-Mental-Health-Datenerhebungs- und Datenmanagementkonzept. Dieses sollte im Rahmen von public academic-partnerships (Salerno, Dixon et al. 2011); (Kilbourne, Neumann et al. 2012); (Kang-

Yi 2019) entwickelt werden, wobei hier dem Thema Versorgungsforschung eine wichtige Rolle zukommt (Schwarz, von Peter et al. 2021), die auch moderne Ansätze von digital erhebbaren User- bzw. Patient-Reported Outcome Measurements (Obbarius, Fischer et al. 2018); (Turvey, Lindsay et al. 2019) sowie multidisziplinäre und partizipative Nutzer*innen- und Bürger*innenforschung mit quantitativen und qualitativen Fragestellungen beinhaltet (Wykes, Haro et al. 2015); (Chevance, Ravaud et al. 2020); (Holmes, O'Connor et al. 2020); (Beeker, Glück et al. 2021). Synergien mit dem im Aufbau befindlichen Deutschen Zentrum für psychische Gesundheit mit Berlin als prominentem Standort sollten gezielt gesucht und entwickelt werden, ebenso wie die Chancen, die eine engere Kooperation zwischen der Charité und dem Vivantes Klinikkonzern im Rahmen der Gesundheitsstadt 2030 bietet, genutzt werden sollten. In dieser Linie wäre auch die Etablierung einer nachhaltigen Kooperation zwischen dem Krankenhaus des Maßregelvollzugs, der größten forensisch-psychiatrischen Einrichtung der Bundesrepublik, und der Charité (insbesondere dem Institut für forensische Psychiatrie) zu sehen. Hier existieren – unter Berücksichtigung der besonderen ethischen Situation (Gather, Radenbach et al. 2019) – große Potentiale in der (angewandten) Versorgungsforschung, zumal die forensische Psychiatrie zwar ein hochspezialisiertes Angebot der psychiatrischen Versorgung darstellt, aber dennoch integraler Bestandteil und potentieller Qualitätsindikator des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems in Berlin ist. Siehe hierzu auch das Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN).

Auch die Chance eines strukturierten Einbezugs der aktiven Start-up-Szene darf in Berlin nicht ungenutzt bleiben. Unter strukturell-steuernenden und synergetischen Gesichtspunkten würde sich hier v.a. die Etablierung eines Senatsressorts mit den Bereichen Wissenschaft, Forschung und Gesundheit unter einem Dach bezahlt machen, zumindest aber die Einrichtung eines Landes-Förderprogramms für public-academic-Partnerships zu „Urban Mental Health“ unter Beteiligung dieser Akteur*innen.

Die zweite Klammer bildet der gemeindepsychiatrische Grundsatz der multiprofessionellen Vernetzung, Kooperation und Kollaboration, der Partikularinteressen in den Hintergrund rückt (Rand and Nowak 2013); (Fehr and Schurtenberger 2018). Dem komplexen Konstrukt „psychische Gesundheit“ kann nur mit einem solchen Ansatz begegnet werden.

Die dritte – damit unmittelbar zusammenhängende – Klammer betrifft die Ressourcen, die für die Ausgestaltung einer „Urban Mental Health“-Strategie zur Verfügung stehen müssen. Diese sind finanzieller, personeller, aber auch ideeller Natur im Sinne der Entwicklung einer gemeinsamen Grundhaltung durch intensive Vernetzungsarbeit. Sie zu fordern und zu fördern, ist ein wesentliches, aber lohnendes Element einer solchen Strategie.

Zusammenfassung und Ausblick

Das Feld der psychischen Gesundheit unterliegt in den letzten Jahren einer großen Entwicklungsdynamik (Bhugra, Tasman et al. 2017); (Alemán-Díaz, Backhaus et al. 2018). Gerade die SARS-CoV2-Pandemie führte uns die Relevanz des Themas psychische Gesundheit erneut und intensiv erfahrbar vor Augen, sei es als Belastete, Erkrankte, Angehörige, Freund*innen und/oder Professionelle. Dies gilt es nun kritisch zu reflektieren (McCartan, Adell et al. 2021) und die sich daraus ergebenden Chancen im Sinne eines postkritischen Wachstums zu nutzen und strukturiert-nachhaltig in die Entwicklung einer „Urban Mental Health“-Strategie einzubinden – sowohl was die Versorgungsforschung als auch die Bereitstellung von Angeboten im Kontext psychischer Gesundheit angeht (Moreno, Wykes et al. 2020); (Belkin, Appleton et al. 2021).

Essenziell für die Gewährleistung psychischer gesundheitlicher Chancengleichheit ist dabei eine offene und dennoch strukturierte Kollaborations- bzw. Kooperationskultur unter Einbezug aller Stakeholder (Allgemeinbevölkerung, Politik und Verwaltung, Psychiatrieerfahrene, Angehörige, außerklinische und klinische ambulante, teilstationäre und vollstationäre Leistungserbringer*innen). In gleichem Maße notwendig ist der Einbezug und das Mitdenken des Themas psychische Gesundheit in alle anderen Politik- bzw. Aktivitätsfelder im Sinne einer „Urban Mental Health in all Policies“, insbesondere (aber nicht abschließend) in den Bereichen Bildung, Jugend, Familie, Arbeit und Soziales. Denn: „Man lerne von der Psychiatrie!“

Literatur

Aboujaoude, E. and L. Gega (2021). "Editorial Perspective: Missing the forest for the trees - how the focus on digital addiction and gaming diverted attention away from wider online risks." Child Adolesc Ment Health.

Adli, M., et al. (2017). "Neurourbanism: towards a new discipline." Lancet Psychiatry **4**(3): 183-185.

Adli, M. and J. Schöndorf (2020). "[Does the city make us ill? The effect of urban stress on emotions, behavior, and mental health]." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz **63**(8): 979-986.

Alemán-Díaz, A. Y., et al. (2018). "Child and adolescent health in Europe: monitoring implementation of policies and provision of services." Lancet Child Adolesc Health **2**(12): 891-904.

Alves-Bradford, J. M., et al. (2020). "Mental Health Equity in the Twenty-First Century: Setting the Stage." Psychiatr Clin North Am **43**(3): 415-428.

AWMF (2018) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html> (abgerufen am 31.08.2021)

Barbui, C., et al. (2020). "Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: umbrella review of randomised evidence." Br J Psychiatry: 1-11.

Baumann, P. S., et al. (2020). "Urban remediation: a new recovery-oriented strategy to manage urban stress after first-episode psychosis." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **55**(3): 273-283.

Bechdorf, A., et al. (2021). "[Evidence on the effects of crisis resolution teams, home treatment and assertive outreach for people with mental disorders in Germany, Austria and Switzerland - a systematic review]." Nervenarzt.

Bechdorf, A., et al. (2019). "[soul space - Implementing a Low Threshold Specific Treatment and Early Intervention Programme for Young Adults and Adolescents in Routine Care in Germany]." Psychiatr Prax **46**(5): 243-246.

Beeker, T., et al. (2021). "Designed to Clash? Reflecting on the Practical, Personal, and Structural Challenges of Collaborative Research in Psychiatry." Front Psychiatry **12**: 701312.

Belkin, G., et al. (2021). "Reimagining mental health systems post COVID-19." The Lancet Planetary Health **5**(4): e181-e182.

Belkin, G., et al. (2016). "A roadmap for better mental health in New York City." Lancet **387**(10015): 207-208.

Berliner Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom 25. Mai 2006 <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-%C3%96GesDGBEV4IVZ> (abgerufen am 31.08.2021)

Berliner Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) vom 17. Juni 2016 <https://gesetze.berlin.de/bsbe/document/jlr-PsychKGBE2016pIVZ> (abgerufen am 31.08.2021)

Bhugra, D., et al. (2017). "The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry." Lancet Psychiatry **4**(10): 775-818.

Bieler, P. and M. Klausner (2019). "Nicheing in cities under pressure. Tracing the reconfiguration of community psychiatric care and the housing market in Berlin." Geoforum **101**: 202-211.

Borle, P., et al. (2021). "How Are Techno-Stressors Associated with Mental Health and Work Outcomes? A Systematic Review of Occupational Exposure to Information and Communication Technologies within the Technostress Model." Int J Environ Res Public Health **18**(16).

Brooks, D. (2011). "Social animal: how the new sciences of human nature can help make sense of a life." New Yorker: 26-32.

Bunz, M. and H. G. Mücke (2017). "[Climate change - physical and mental consequences]." Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz **60**(6): 632-639.

Cabaniss, D. L., et al. (2015). "Rethinking the biopsychosocial formulation." Lancet Psychiatry **2**(7): 579-581.

Campion, J., et al. (2012). "European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders." Eur Psychiatry **27**(2): 68-80.

Charlson, F., et al. (2021). "Climate Change and Mental Health: A Scoping Review." International Journal of Environmental Research and Public Health **18**(9): 4486.

Chevance, A., et al. (2020). "Identifying outcomes for depression that matter to patients, informal caregivers, and health-care professionals: qualitative content analysis of a large international online survey." Lancet Psychiatry **7**(8): 692-702.

Chevance, G., et al. (2020). "Digital health at the age of the Anthropocene." Lancet Digit Health **2**(6): e290-e291.

Clement, S., et al. (2015). "What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies." Psychol Med **45**(1): 11-27.

Cohen, M. (2017). "A systemic approach to understanding mental health and services." Social Science & Medicine **191**: 1-8.

Colizzi, M., et al. (2020). "Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care?" Int J Ment Health Syst **14**: 23.

Cookson, R., et al. (2021). "The inverse care law re-examined: a global perspective." Lancet **397**(10276): 828-838.

Corrigan, P., et al. (2015). "Do the effects of antistigma programs persist over time? Findings from a meta-analysis." Psychiatr Serv **66**(5): 543-546.

Corrigan, P. W. (2016). "Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness." World Psychiatry **15**(1): 67-73.

Corrigan, P. W., et al. (2013). "Reducing self-stigma by coming out proud." Am J Public Health **103**(5): 794-800.

Cosco, T. D., et al. (2021). "COVID-19, Social Isolation, and Mental Health Among Older Adults: A Digital Catch-22." J Med Internet Res **23**(5): e21864.

Crawford, A. and E. Serhal (2020). "Digital Health Equity and COVID-19: The Innovation Curve Cannot Reinforce the Social Gradient of Health." J Med Internet Res **22**(6): e19361.

Cunsolo, A., et al. (2020). "Ecological grief and anxiety: the start of a healthy response to climate change?" Lancet Planet Health **4**(7): e261-e263.

De Picker, L. J., et al. (2021). "Severe mental illness and European COVID-19 vaccination strategies." Lancet Psychiatry **8**(5): 356-359.

DiLuca, M. and J. Olesen (2014). "The Cost of Brain Diseases: A Burden or a Challenge?" Neuron **82**(6): 1205-1208.

Dirik, A., et al. (2017). "Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review." BMJ Open **7**(9): e017680.

Dodge, R., et al. (2012). "The challenge of defining wellbeing" International Journal of Wellbeing **2**(3): 222-235.

Döblin, Alfred (1913) An Romanautoren und ihre Kritiker. Berliner Programm. In: Alfred Döblin: Schriften zu Ästhetik, Poetik und Literatur. S. Fischer, Frankfurt am Main 2013, S. 118–121

El Benny, M., et al. (2021). "Application of the eHealth Literacy Model in Digital Health Interventions: Scoping Review." J Med Internet Res **23**(6): e23473.

EMCDDA (2018) "Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence" (Perspectives on drugs) https://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/drug-consumption-rooms_en (abgerufen am 31.08.2021)

- Engel, G. L. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine." Science **196**(4286): 129-136.
- Engel, G. L. (1980). "The clinical application of the biopsychosocial model." Am J Psychiatry **137**(5): 535-544.
- Epstein, S., et al. (2021). "COVID-19 vaccine prioritisation for people with disabilities." Lancet Public Health **6**(6): e361.
- Fehr, E. and I. Schurtenberger (2018). "Normative foundations of human cooperation." Nat Hum Behav **2**(7): 458-468.
- Fusar-Poli, P., et al. (2020). "Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention." JAMA Psychiatry **77**(7): 755-765.
- Gaebel, W., et al. (2015). "Stigmatization of psychiatrists and general practitioners: results of an international survey." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci **265**(3): 189-197.
- Galderisi, S., et al. (2015). "Toward a new definition of mental health." World Psychiatry **14**(2): 231-233.
- Gask, L. (2018). "In defence of the biopsychosocial model." Lancet Psychiatry **5**(7): 548-549.
- Gather, J., et al. (2019). "Ist Forschung in der forensischen Psychiatrie ethisch zulässig?" Ethik in der Medizin **31**(3): 201-205.
- Götz T (2016) „Herausforderung Familienarmut“ in: Armut behindert Teilhabe – Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie (Hrsg. Elgeti H, Albers M, Ziegenbein M). Psychiatrie Verlag 2016. S 60-70. Quelle: https://mhh-publikationsserver.gbv.de/receive/mhh_mods_00000746 (abgerufen am 31.08.2021)
- Greer, B., et al. (2019). "Digital Exclusion Among Mental Health Service Users: Qualitative Investigation." J Med Internet Res **21**(1): e11696.
- Gruebner, O., et al. (2017). "Cities and Mental Health." Dtsch Arztebl Int **114**(8): 121-127.
- Gühne, U., et al. (2015). "[How many people in Germany are seriously mentally ill?]." Psychiatr Prax **42**(8): 415-423.
- Gutwinski, S., et al. (2021). "The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries: An updated systematic review and meta-regression analysis." PLoS Med **18**(8): e1003750.
- Happé, F., et al. (2017). "The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes." Annu Rev Psychol **68**: 243-267.
- Hayes, J. F., et al. (2016). "Interconnected or disconnected? Promotion of mental health and prevention of mental disorder in the digital age." Br J Psychiatry **208**(3): 205-207.

Health Capital Berlin-Brandenburg Cluster Gesundheitswirtschaft (2020)
"Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2019"
https://www.healthcapital.de/files/user_upload/BP_Gesundheitsbericht_2019_web_neu_compressed.pdf (abgerufen am 31.08.2021)

Henderson, C. and G. Thornicroft (2009). "Stigma and discrimination in mental illness: Time to Change." Lancet **373**(9679): 1928-1930.

Herbig, B., et al. (2013). "Health in the long-term unemployed." Dtsch Arztebl Int **110**(23-24): 413-419.

Hill, C., et al. (2017). "Navigating the challenges of digital health innovation: considerations and solutions in developing online and smartphone-application-based interventions for mental health disorders." Br J Psychiatry **211**(2): 65-69.

Hinneburg, J. (2017). "Evidence-based health information enabling informed decision-making" European Journal of Public Health **27**(suppl_3).

Hollis, C., et al. (2018). "Identifying research priorities for digital technology in mental health care: results of the James Lind Alliance Priority Setting Partnership." Lancet Psychiatry **5**(10): 845-854.

Holmes, E. A., et al. (2020). "Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science." Lancet Psychiatry **7**(6): 547-560.

Holt-Lunstad, J. (2021). "A pandemic of social isolation?" World Psychiatry **20**(1): 55-56.

Hwang, S. W. and T. Burns (2014). "Health interventions for people who are homeless." Lancet **384**(9953): 1541-1547.

Ingle, H. E. and M. Mikulewicz (2020). "Mental health and climate change: tackling invisible injustice." The Lancet Planetary Health **4**(4): e128-e130.

International Classification of Functioning, Disability and Health (2005)
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/> (abgerufen am 31.08.2021)

Jahoda, M. (1981). "Work, employment, and unemployment: Values, theories, and approaches in social research." American Psychologist **36**(2): 184-191.

Jahoda, M. (1982). "Employment and unemployment: A social-psychological analysis." Cambridge, England: Cambridge University Press.

Jentsch, L. (2019) „Primärprävention im Dienste psychosozialer Gesundheit in der sozialpsychiatrischen Versorgung?“ Bachelorarbeit im Fach Gesundheitsförderung und Gesundheitskommunikation. Hochschule Magdeburg-Stendal.

Jokela, M., et al. (2015). "Geographically varying associations between personality and life satisfaction in the London metropolitan area." Proc Natl Acad Sci U S A **112**(3): 725-730.

Jorm, A. F. (2012). "Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health." Am Psychol **67**(3): 231-243.

Kalra, G., et al. (2012). "Mental health promotion: guidance and strategies." Eur Psychiatry **27**(2): 81-86.

Kang-Yi, C. D. (2019). "Optimizing the Impact of Public-Academic Partnerships in Fostering Policymakers' Use of Research Evidence: Proposal to Test a Conceptual Framework." JMIR Res Protoc **8**(5): e14382.

Karlsson, H. (2012). "Problems in the definitions of positive mental health." World Psychiatry **11**(2): 106-107.

Kemp, J., et al. (2020). "Delivery of Compassionate Mental Health Care in a Digital Technology-Driven Age: Scoping Review." J Med Internet Res **22**(3): e16263.

Kilbourne, A. M., et al. (2012). "Public-academic partnerships: evidence-based implementation: the role of sustained community-based practice and research partnerships." Psychiatr Serv **63**(3): 205-207.

Klinenberg, Eric (2018) Palaces for the People. How Social Infrastructure Can Help Fight Inequality, Polarization, and the Decline of Civic Life. Crown Publishing

Kluge, U., et al. (2020). "[Racism and mental health]." Nervenarzt **91**(11): 1017-1024.

Knapp, M., et al. (2011). "Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case." Report published by the Department of Health, London: 1-43.

Kola, L., et al. (2021). "COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health." Lancet Psychiatry **8**(6): 535-550.

Kousoulis, A. A. and I. Goldie (2017). "Mapping mental health priorities in London with real-world data." Lancet Psychiatry **4**(10): e24.

Lawrance E, Thompson R, Fontana G, Jennings N (2021) The impact of climate change on mental health and emotional wellbeing: current evidence and implications for policy and practice. Grantham Institute Briefing Paper Quelle: <https://www.imperial.ac.uk/grantham/publications/all-publications/the-impact-of-climate-change-on-mental-health-and-emotional-wellbeing-current-evidence-and-implications-for-policy-and-practice.php> (abgerufen am 31.08.2021)

Leamy, M., et al. (2011). "Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis." British Journal of Psychiatry **199**(6): 445-452.

- Lehtimäki, S., et al. (2021). "Evidence on Digital Mental Health Interventions for Adolescents and Young People: Systematic Overview." JMIR Ment Health **8**(4): e25847.
- Lim, M. H., et al. (2020). "Loneliness: contemporary insights into causes, correlates, and consequences." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **55**(7): 789-791.
- Liu, N. H., et al. (2017). "Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas." World Psychiatry **16**(1): 30-40.
- Malla, A., et al. (2016). "From early intervention in psychosis to youth mental health reform: a review of the evolution and transformation of mental health services for young people." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **51**(3): 319-326.
- Marmot, M. (2007). "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes." Lancet **370**(9593): 1153-1163.
- Mazereel, V., et al. (2021). "COVID-19 vaccination for people with severe mental illness: why, what, and how?" Lancet Psychiatry **8**(5): 444-450.
- McCartan, C., et al. (2021). "A scoping review of international policy responses to mental health recovery during the COVID-19 pandemic." Health Res Policy Syst **19**(1): 58.
- McGorry, P. D., et al. (2018). "Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry." World Psychiatry **17**(2): 133-142.
- McGorry, P. D. and C. Mei (2018). "Ultra-high-risk paradigm: lessons learnt and new directions." Evid Based Ment Health **21**(4): 131-133.
- Migliorini, L., et al. (2019). "How Could Self-Determination Theory Be Useful for Facing Health Innovation Challenges?" Front Psychol **10**: 1870.
- Moreno, C., et al. (2020). "How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic." Lancet Psychiatry **7**(9): 813-824.
- Morgan, A. J., et al. (2018). "Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis." J Psychiatr Res **103**: 120-133.
- Morgan, A. J., et al. (2018). "Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour." PLoS One **13**(5): e0197102.
- Murray, C. J., et al. (2015). "Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: quantifying the epidemiological transition." Lancet **386**(10009): 2145-2191.
- Ng, J. Y., et al. (2012). "Self-Determination Theory Applied to Health Contexts: A Meta-Analysis." Perspect Psychol Sci **7**(4): 325-340.

Obbarius, A., et al. (2018). "[Empirical Assessment of Patient-Reported Outcomes and Exemplary Introduction to Health-Related Quality of Life]." Psychother Psychosom Med Psychol **68**(12): 534-547.

Oberst C, Voigtländer M (2020) IW-Kurzbericht: In Berlin steigen die Büromieten am Schnellsten. Quelle: <https://www.iwkoeln.de/studien/christian-oberst-michael-voigtlaender-in-berlin-steigen-die-bueromieten-am-schnellsten-457879.html> (abgerufen am 31.08.2021)

Park, Y. S., et al. (2021). "Use of Geographic Information Systems to Explore Associations between Neighborhood Attributes and Mental Health Outcomes in Adults: A Systematic Review." Int J Environ Res Public Health **18**(16).

Paul, K. I. and B. Batinic (2010). "The need for work: Jahoda's latent functions of employment in a representative sample of the German population." Journal of Organizational Behavior **31**(1): 45-64.

Perkins, J. M., et al. (2015). "Social networks and health: a systematic review of sociocentric network studies in low- and middle-income countries." Soc Sci Med **125**: 60-78.

Pescosolido, B. A. and J. K. Martin (2015). "The Stigma Complex." Annu Rev Sociol **41**: 87-116.

Polillo, A., et al. (2021). "The use of eHealth interventions among persons experiencing homelessness: A systematic review." Digit Health **7**: 2055207620987066.

Priebe, S., et al. (2014). "Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review." Br J Psychiatry **204**: 256-261.

Prince, M., et al. (2007). "No health without mental health." The Lancet **370**(9590): 859-877.

Rand, D. G. and M. A. Nowak (2013). "Human cooperation." Trends Cogn Sci **17**(8): 413-425.

Rapp, M. A., et al. (2015). "When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities." World Psychiatry **14**(2): 249-250.

Razzaque, R. and T. Stockmann (2016). "An introduction to peer-supported open dialogue in mental healthcare." BJPsych Advances **22**(5): 348-356.

Richter, D., et al. (2021). "[What do we Know About the Link Between Urbanisation and Mental Illness? - A Systematic Review]." Psychiatr Prax **48**(5): 231-241.

Ronaldson, A., et al. (2020). "Severe mental illness and health service utilisation for nonpsychiatric medical disorders: A systematic review and meta-analysis." PLoS Med **17**(9): e1003284.

Rose, D. (2015). "The contemporary state of service-user-led research." The Lancet Psychiatry **2**(11): 959-960.

Rosemann M, Gallinat J, Heinz A, Krüger U (2020) Vermeidung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem. Projektbericht. Quelle: <https://www.bag-gpv.de/projekte/projekt-vermeidung-von-zwangsmassnahmen-im-psychiatrischen-hilfesystem/> (abgerufen am 31.08.2021)

Rosenquist, J. N., et al. (2011). "Social network determinants of depression." Mol Psychiatry **16**(3): 273-281.

Rydin, Y., et al. (2012). "Shaping cities for health: complexity and the planning of urban environments in the 21st century." The Lancet **379**(9831): 2079-2108.

Salerno, A., et al. (2011). "Public-academic partnerships: a public-academic partnership to support a state mental health authority's strategic planning and policy decisions." Psychiatr Serv **62**(12): 1413-1415.

Sampogna, G., et al. (2017). "The impact of social marketing campaigns on reducing mental health stigma: Results from the 2009-2014 Time to Change programme." Eur Psychiatry **40**: 116-122.

Schwarz, J., et al. (2021). "[DNVF-Discussion paper - Specificities, Challenges and Aims of Mental Health Service Research in Germany]." Gesundheitswesen **83**(7): 541-552.

Shalaby, R. A. H. and V. I. O. Agyapong (2020). "Peer Support in Mental Health: Literature Review." JMIR Ment Health **7**(6): e15572.

Simmel G (1903) "Die Großstädte und das Geistesleben", Suhrkamp, Berlin 2016

Shields, M., et al. (2021). "How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **56**(7): 1147-1160.

Singh, A., et al. (2020). "Do financial hardship and social support mediate the effect of unaffordable housing on mental health?" Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **55**(6): 705-713.

Singh, A., et al. (2019). "Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review." Am J Prev Med **57**(2): 262-272.

Slade, M. (2017). "Implementing shared decision making in routine mental health care." World Psychiatry **16**(2): 146-153.

Solmi, M., et al. (2021). "Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies." Mol Psychiatry.

Spanakis, P., et al. (2021). "The digital divide: amplifying health inequalities for people with severe mental illness in the time of COVID-19." The British Journal of Psychiatry: 1-3.

Sweet, D., et al. (2018). "Personal well-being networks, social capital and severe mental illness: exploratory study." Br J Psychiatry **212**(5): 308-317.

Tait, L. and H. Lester (2005). "Encouraging user involvement in mental health services." Advances in Psychiatric Treatment **11**(3): 168-175.

Thornicroft, G. and N. Votruba (2016). "Does the United Nations care about mental health?" The Lancet Psychiatry **3**(7): 599-600.

Tomasello, M. (2014). "The ultra-social animal." Eur J Soc Psychol **44**(3): 187-194.

Tonne, C., et al. (2021). "Defining pathways to healthy sustainable urban development." Environ Int **146**: 106236.

Turnpenny, A., et al. (2018). "Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe." Project report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium.

Turvey, C. L., et al. (2019). "Current Practices in Electronic Capture of Patient-Reported Outcomes for Measurement-Based Care and the Use of Patient Portals to Support Behavioral Health." Psychiatr Clin North Am **42**(4): 635-647.

Vai, B., et al. (2021). "Mental disorders and risk of COVID-19-related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis." Lancet Psychiatry **8**(9): 797-812.

Valente, T. W. and S. R. Pitts (2017). "An Appraisal of Social Network Theory and Analysis as Applied to Public Health: Challenges and Opportunities." Annu Rev Public Health **38**: 103-118.

Vancampfort, D., et al. (2019). "The impact of pharmacological and non-pharmacological interventions to improve physical health outcomes in people with schizophrenia: a meta-review of meta-analyses of randomized controlled trials." World Psychiatry **18**(1): 53-66.

Votruba, N. and G. Thornicroft (2016). "Sustainable development goals and mental health: learnings from the contribution of the FundaMentalSDG global initiative." Glob Ment Health (Camb) **3**: e26.

Wahlbeck, K., et al. (2017). "Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **52**(5): 505-514.

Wajcman, J. (2018). "Digital technology, work extension and the acceleration society." German Journal of Human Resource Management **32**(3-4): 168-176.

Wang, Q., et al. (2021). "Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States." World Psychiatry **20**(1): 124-130.

Wang, Q. Q., et al. (2021). "COVID-19 risk and outcomes in patients with substance use disorders: analyses from electronic health records in the United States." Mol Psychiatry **26**(1): 30-39.

Watts, N., et al. (2021). "The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises." Lancet **397**(10269): 129-170.

WHO (2005) Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
Williams, C. Y. K., et al. (2021). "Interventions to reduce social isolation and loneliness during COVID-19 physical distancing measures: A rapid systematic review." PLoS One **16**(2): e0247139.

Williams, J., et al. (2012). "Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review." Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol **47**(11): 1827-1835.

Wu, J., et al. (2020). "Climate anxiety in young people: a call to action." Lancet Planet Health **4**(10): e435-e436.

Wykes, T., et al. (2015). "Mental health research priorities for Europe." The Lancet Psychiatry **2**(11): 1036-1042.

Zalsman, G., et al. (2016). "Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review." Lancet Psychiatry **3**(7): 646-659.