



**GESUNDHEITLICHE
LANGZEITFOLGEN
VON SED-UNRECHT**

Tobias Schott & Georg Schomerus

Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten

Gefördert durch:



Der Beauftragte der Bundesregierung
für Ostdeutschland

Impressum

Das Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" ist eine Kooperation der Universitätskliniken Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock. Es wurde für vier Jahre vom Beauftragten der Bundesregierung für Ostdeutschland (Förderzeichen: 411-AS 05/2021 und 411-AS 06/2024) gefördert. www.sed-gesundheitsfolgen.de

Titelbild: Wikimedia, Lupus in Saxonia (Street_Photographer)

Zitationshinweis

Schott, T. & Schomerus, G. (2025). Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten. Modulbroschüre zur Weiterbildung. Jena, Leipzig, Magdeburg und Rostock: Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht". Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie.

Zu den Autoren

Tobias Schott, M.Sc. Psychologie, Psychologischer Psychotherapeut (VT), ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Von 2021 bis 2025 war er im Verbundprojekt "Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht" in Leipzig tätig.

Prof. Dr. Georg Schomerus, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 2019 Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Leipzig. Von 2021 bis 2025 war er Projektleiter im Verbundprojekt »Gesundheitliche Langzeitfolgen von SED-Unrecht« am Standort Leipzig.

Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten

Inhaltsverzeichnis

Prävalenz psychischer Erkrankungen	1
Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Krisen	2
Wege zur Psychotherapie	3
Probleme, die für die Aufnahme einer Gesundheitsbehandlung sprechen	4
Menschen mit Unrechtserfahrungen in der DDR	5

Prävalenz psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen haben sich weltweit zu einer ernsthaften Herausforderung entwickelt und tragen erheblich zur globalen Krankheitslast bei (Arias et al., 2022; Vigo et al., 2016). In den vergangenen drei Jahrzehnten sind die Prävalenzraten psychischer Störungen kontinuierlich gestiegen (GBD, 2022), was nicht nur die individuelle Belastung erhöht. Neben steigenden direkten und indirekten Gesundheitskosten haben psychische Erkrankungen weitreichende gesellschaftliche Auswirkungen (Eden et al., 2021; Kissling et al., 1999; Konnopka et al., 2009; Krauth et al., 2004; Trautmann et al., 2016). Dies zeigt sich unter anderem in der wachsenden Zahl von Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen (DRV Bund, 2023). Zudem weisen aktuelle Gesundheitsberichte der Krankenkassen auf einen deutlichen Anstieg der Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen hin (Barmer Krankenkasse, 2023; Techniker Krankenkasse, 2024). Der DAK-Psychreport 2024 dokumentiert einen Anstieg der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund psychischer Störungen um 33 % in den letzten zehn Jahren (DAK Gesundheit, 2024). Auch der AOK-Fehlzeiten-Report 2024 bestätigt diesen Trend und hebt hervor, dass psychische Erkrankungen besonders lange Krankschreibungen nach sich ziehen. Im Jahr 2023 betrug die durchschnittliche Dauer einer Krankschreibung aufgrund psychischer Erkrankungen 28,1 Tage, während sie bei Atemwegserkrankungen lediglich 6,1 Tage lag (Badura et al., 2024).

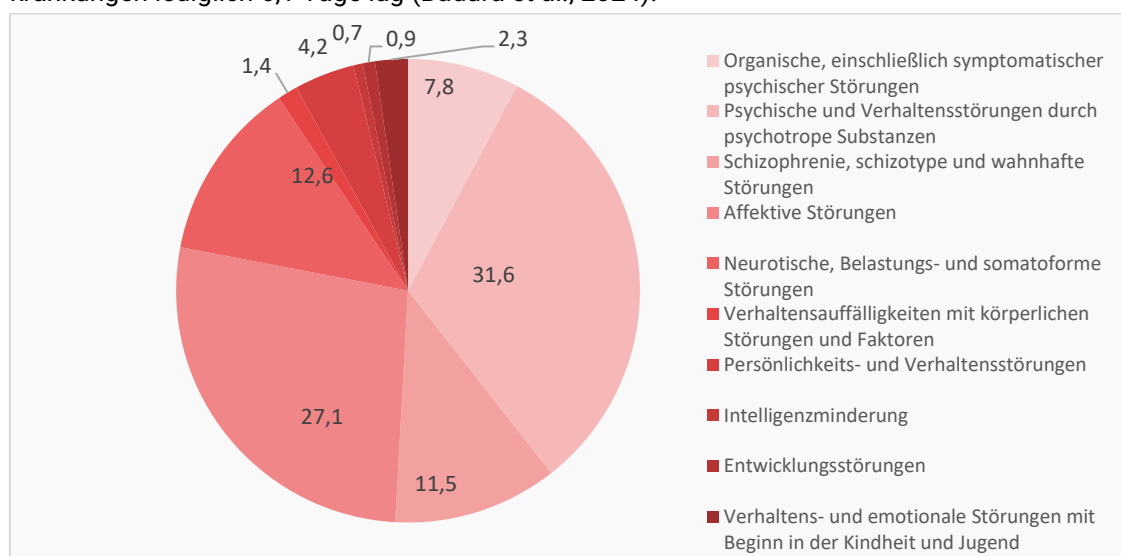


Abbildung 1 Prozentuale Diagnoseverteilung (ICD-10, Kapitel F, psychische Erkrankungen) aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern (Gesamt=1.048.686 Behandlungsfälle: destatis, 2023a)

Die Corona-Pandemie hat diese Entwicklung weiter verschärft: Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen während dieser Zeit weiter zugenommen haben (Husky et al., 2023; Ten Have et al., 2023). Trotz dieser besorgniserregenden Zahlen bleibt die Versorgungslage unzureichend. Nur ein geringer Teil der Betroffenen mit einer klinisch relevanten psychischen Störung erhält eine angemessene Behandlung (Kessler et al., 2001; Mojtabai et al., 2011a; Stolzenburg et al., 2019), was die Belastung für Individuen und Gesellschaft zusätzlich verstärkt (Trautmann et al., 2016). Besonders problematisch ist die Diskrepanz zwischen dem steigenden Bedarf an psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung und der tatsächlichen Versorgungssituation. Vor allem Menschen mit psychischen Störungen erhalten oft nicht die notwendige Unterstützung (Alonso et al., 2018; Kohn et al., 2004; Lora et al., 2012). Diese Versorgungslücke macht deutlich, dass bestehende Behandlungssysteme optimiert und der Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung weltweit verbessert werden müssen.

Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Krisen

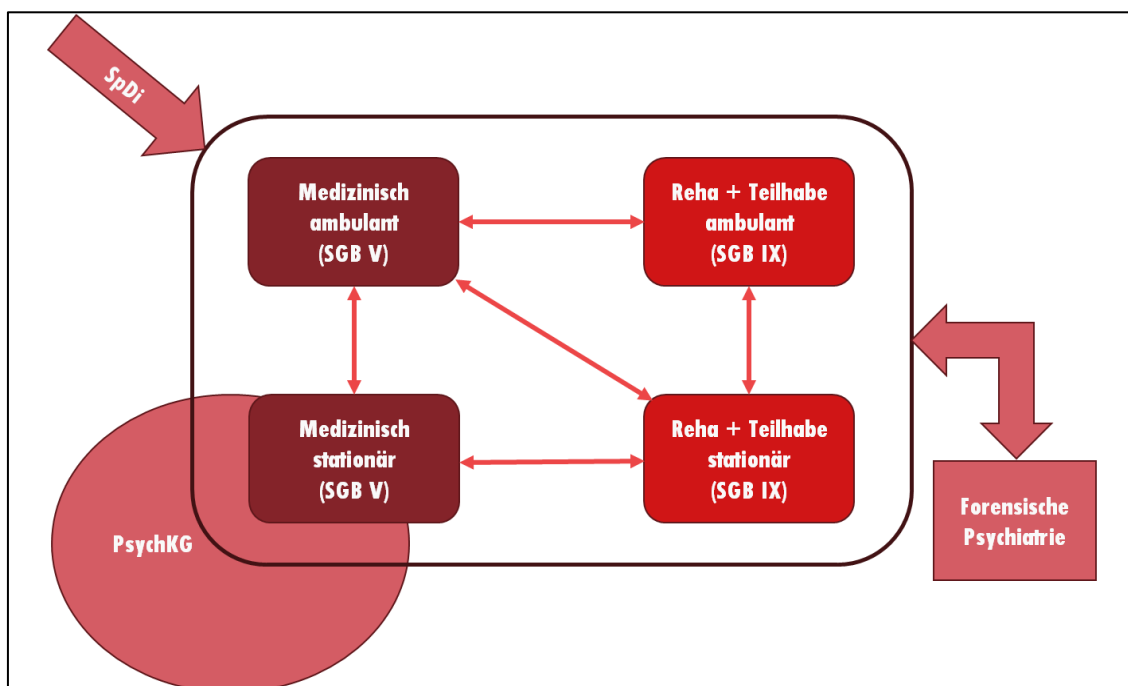


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen: Die Regelversorgung basiert auf den SGB-Leistungen (SGB V und IX). Ergänzend greifen Länderleistungen wie Sozialpsychiatrische Dienste, Unterbringung nach PsychKG und forensische Psychiatrie, wenn Betroffene keinen Zugang zur Regelversorgung haben oder aus ihr herausfallen (Abbildung nach Bramesfeld, 2023).

In Deutschland ist die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in verschiedene Bereiche gegliedert. Die allgemeine Gesundheitsversorgung wird durch das Sozialgesetzbuch V geregelt, das die Finanzierung des Gesundheitssystems bestimmt. Zentrale Säulen sind die ambulante und stationäre medizinische Betreuung. Die ambulante Versorgung erfolgt durch Fachärzt:innen für (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzt:innen für Psychosomatik sowie psychologische Psychotherapeut:innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen. Ergänzend dazu übernehmen psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) eine bedeutende Funktion (Bramesfeld, 2023). Darüber hinaus stehen spezialisierte Therapieformen wie häusliche Krankenpflege, Ergotherapie oder Soziotherapie zur Verfügung (Bramesfeld, 2023).

Zwischen 2014 und 2023 ist die Zahl der ärztlichen und psychotherapeutischen Fachkräfte in der ambulanten Versorgung um 13,6 % gestiegen (KBV, 2025). Ein weiterer wichtiger Bereich ist die (teil-)stationäre Versorgung, die mit rund 900 Kliniken und über 75.000 Betten einen wesentlichen Beitrag zur psychosomatischen, psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung leistet (destatis, 2023b).

Darüber hinaus spielt die Rehabilitation eine zentrale Rolle, insbesondere im Hinblick auf Teilhabe und Erwerbsfähigkeit. Die ambulante und stationäre Rehabilitationsbehandlung ist im Sozialgesetzbuch IX geregelt und umfasst zeitlich begrenzte, zielgerichtete Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben (Stengler et al., 2014). Die Zahl der Anträge auf medizinische Rehabilitation ist zwischen 1970 und 2023 um 49,8 % gestiegen (DRV Bund, 2024). Im selben Zeitraum verzeichneten die Anträge zur Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne einer Eingliederung ins Arbeitsleben einen Anstieg von 355,4 % (DRV Bund, 2024). Neben der orthopädischen Rehabilitation (36,3 %) nimmt der Bereich Psychosomatik und Psychotherapie mit einem Anteil von 16,1 % den zweiten Platz ein (DRV Bund, 2024). In Deutschland gibt es 317 Rehaeinrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapie sowie 369 Einrichtungen für Abhängigkeitserkrankungen, sodass diese beiden Fachrichtungen zusammen etwa ein Drittel aller Rehakliniken ausmachen und einen wichtigen Beitrag zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen leistet.

Zusätzliche Unterstützung bieten die Bundesländer durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi), der niedrigschwellige Beratungsangebote bereitstellt. Zudem sind die Länder für die forensische Psychiatrie verantwortlich, in der psychisch oder suchtkranke Personen untergebracht werden, die schwere Straftaten begangen haben (Bramesfeld, 2023).

Wege zur Psychotherapie

Wenn du als Patient oder Patientin eine Psychotherapie benötigst, gibt es mehrere Wege, um einen Therapieplatz zu finden. Der erste Schritt ist in der Regel die Kontaktaufnahme mit einer psychotherapeutischen Praxis. Psychotherapeut:innen mit Kassenzulassung bieten Behandlungen an, die von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Da Therapieplätze oft knapp sind, musst du gegebenenfalls mehrere Praxen kontaktieren oder dich auf Wartelisten setzen lassen.

Eine wichtige Anlaufstelle ist die *Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigung*, die unter der Telefonnummer 116117 erreichbar ist. Sie kann innerhalb weniger Wochen einen Termin für eine psychotherapeutische Sprechstunde vermitteln. Diese Sprechstunde ist eine Art Erstgespräch, in dem der Bedarf für eine Therapie eingeschätzt wird. Sie ist verpflichtend, wenn du eine Richtlinienpsychotherapie über die Krankenkasse beginnen möchtest.

Nach der Sprechstunde folgen oft *probatorische Sitzungen* (Probesitzungen), in denen du die Therapeutin oder den Therapeuten kennenlernen kannst. Diese Sitzungen dienen auch dazu, eine Diagnose zu stellen und zu prüfen, welche Therapieform für dich geeignet ist. Falls eine Psychotherapie notwendig ist, stellt der Therapeut oder die Therapeutin einen Antrag auf Kostenübernahme bei der Krankenkasse. Wenn du keinen Therapieplatz bei einem kassenzugelassenen Psychotherapeuten findest, kannst du prüfen, ob das *Kostenerstattungsverfahren* infrage kommt. Dabei

übernimmt die Krankenkasse die Kosten für eine Therapie bei einem Therapeuten oder einer Therapeutin ohne Kassenzulassung, wenn nachweislich keine zeitnahe Behandlung bei einem kassenärztlichen Psychotherapeuten möglich ist. Dafür müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein, darunter eine dokumentierte Suche nach Therapieplätzen und eine Bestätigung über die Dringlichkeit der Behandlung.

Zusätzlich gibt es psychotherapeutische Ambulanzen an Universitätskliniken oder psychologische Beratungsstellen, die kurzfristige Unterstützung anbieten können. In akuten Krisen ist auch ein Besuch in einer psychiatrischen Klinik oder einer Notaufnahme möglich.

Einschub 1: BPtK-Patienteninformation „Wege zur Psychotherapie“



https://api.bptk.de/uploads/bptk_patienten-broschuere_2021_4b62a0d05f.pdf

Probleme, die für die Aufnahme einer Gesundheitsbehandlung sprechen

Angesichts der deutlichen Diskrepanz zwischen dem Bedarf an Behandlung und der tatsächlichen Versorgung psychischer Erkrankungen stellt sich die Frage, welche Faktoren diese Lücke beeinflussen. Dabei spielen sowohl strukturelle als auch individuelle Barrieren eine wesentliche Rolle. Strukturelle Hürden wie hohe Behandlungskosten oder eine unzureichende Verfügbarkeit therapeutischer Angebote erschweren den Zugang zur Versorgung erheblich (Forbes et al., 2017; Mojtabai et al., 2011a; Sareen et al., 2007; Wang et al., 2024). Eine verspätete oder ausbleibende Behandlung kann den Verlauf psychischer Erkrankungen zusätzlich verschlechtern. Studien zeigen, dass eine lange unbehandelte Krankheitsdauer mit einer geringeren Wirksamkeit von Medikamenten, häufigeren Krankenhausaufenthalten und einem erhöhten Risiko für Begleiterkrankungen einhergeht (Dell’Osso et al., 2013).

Strukturelle Barrieren	Einstellungsbarrieren
• fehlende finanzielle Ressourcen, die den Zugang zu therapeutischen oder medizinischen Behandlungen erschweren • begrenzte oder schwer zugängliche Behandlungsangebote • Mangel an qualifiziertem Fachpersonal • Schwierigkeiten bei der Erreichbarkeit von Behandlungseinrichtungen • fehlende Transportmöglichkeiten oder lange Anfahrtswege • lange Wartezeiten oder bürokratische Hürden	• schlechte Erfahrungen mit früherer Psychotherapie und medizinischem Fachpersonal • Schamgefühl und Angst vor Stigmatisierung • pessimistische Erwartungen gegenüber der Behandlung • Wunsch, das Problem eigenständig zu bewältigen • eingeschränkte Wahrnehmung des eigenen Hilfebedarfs

Abbildung 3: Hindernisse für die Behandlung der psychischen Gesundheit (Mojtabai et al., 2011b)

Neben diesen strukturellen Barrieren beeinflussen auch persönliche Überzeugungen und Erfahrungen die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten. Viele Betroffene gehen davon aus, ihre Probleme eigenständig bewältigen zu können, oder hoffen, dass sich die Symptome von selbst bessern. Scham, gesellschaftliche Stigmatisierung oder negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem können ebenfalls dazu führen, dass Betroffene eine Behandlung meiden oder hinauszögern (Forbes et al., 2017; Mojtabai et al., 2011a; Sareen et al., 2007). Diese Faktoren verdeutlichen die Vielschichtigkeit der Ursachen für die Versorgungslücke und unterstreichen die Notwendigkeit, sowohl strukturelle als auch psychosoziale Hürden gezielt abzubauen.

Menschen mit Unrechtserfahrungen in der DDR

Die Teilung Deutschlands (1949–1989/90) in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) und die Deutsche Demokratische Republik (DDR) hat einen herausragenden Platz in der deutschen Geschichte. In der DDR herrschte eine Einparteiendiktatur, die politische Repression auf verschiedene Weisen gegenüber Andersdenkenden und Abweichlern ausübte (Maercker & Guski-Leinwand, 2018). In ihrem umfassenden Überblick über die Struktur und Methoden der Repression durch das Ministerium für Staatssicherheit (MfS) beschreiben Maercker und Guski-Leinwand (2018) unter anderem den Einsatz operativer Psychologie. Eine häufige Praxis war die politische Inhaftierung von Oppositionellen oder Menschen, die versuchten, aus der DDR zu fliehen. Studien zeigen, dass solche unrechtmäßigen Inhaftierungen erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Betroffenen hatten (für einen Überblick siehe: Brooks & Greenberg, 2021). Diese Erkenntnisse lassen sich auf andere Personen übertragen, die unter dem SED-Regime durch verschiedene Formen der Repression litten. Untersuchungen belegen, dass Menschen, die in der DDR Unrecht erlitten haben, eine höhere Prävalenz somatischer (z. B. Schmerzen, Verdauungsprobleme) und psychischer Erkrankungen (z. B. Angststörungen, Depressionen, PTBS) aufweisen (Spitzer, 2017; Weißflog et al., 2011, 2012; Weißflog & Brähler, 2015). Menschen mit traumatischen Erlebnissen stoßen oft auf Hindernisse bei der Suche nach Hilfe – ein Problem, das auch Betroffene von SED-Unrecht betrifft. Neben fehlenden Versorgungsangeboten spielen Angst vor Stigmatisierung, Scham und Misstrauen gegenüber Behandelnden eine große Rolle. Negative Erfahrungen in früheren Behandlungen verstärken diese Barrieren zusätzlich (Kantor et al., 2017).



Diese Studien verdeutlichen, dass Betroffene von Unrechtserfahrungen in der DDR einen erhöhten Behandlungsbedarf haben und dass Therapeut:innen besonders sensibel in ihrer Behandlung sein müssen.

Literatur

- Alonso, J., Liu, Z., Evans-Lacko, S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Bruffaerts, R., Cardoso, G., Cia, A., Florescu, S., De Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., De Jonge, P., ... the WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety*, 35(3), 195–208. <https://doi.org/10.1002/da.22711>
- Arias, D., Saxena, S., & Verguet, S. (2022). Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*, 54, 101675. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., & Schröder, H. (Eds.). (2024). *Fehlzeiten-Report 2024: Bindung und Gesundheit - Fachkräfte gewinnen und halten* (Vol. 2024). Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-69620-0>
- Barmer Krankenkasse. (2023). *Barmer Gesundheitsreport 2023—Risikofaktoren für psychische Erkrankungen* (Schriftenreihe Zur Gesundheitsanalyse – Band 41). Barmer. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Gesundheitsreporte/2023/barmer-gesundheitsreport-2023-bf.pdf>
- Bramesfeld, A. (2023). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 66(4), 363–370. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03671-x>
- Brooks, S. K., & Greenberg, N. (2021). Psychological impact of being wrongfully accused of criminal offences: A systematic literature review. *Medicine, Science and the Law*, 61(1), 44–54. <https://doi.org/10.1177/0025802420949069>
- DAK Gesundheit. (2024). *Psychreport 2024—Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2013-2023*. DAK Gesundheit.
- Dell’Osso, B., Glick, I. D., Baldwin, D. S., & Altamura, A. C. (2013). Can Long-Term Outcomes Be Improved by Shortening the Duration of Untreated Illness in Psychiatric Disorders? A Conceptual Framework. *Psychopathology*, 46(1), 14–21. <https://doi.org/10.1159/000338608>
- destatis. (2023a). *Diagnosen der Krankenhauspatienten 2023*. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/static/DE/dokumente/5231301237015_SB.xlsx
- destatis. (2023b). *Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland 2023 [Dataset]*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/krankenhausverzeichnis-3500100237005.html>
- DRV Bund. (2023). *Rente 2023* (Statistik Der Deutschen Rentenversicherung No. band 230).
- DRV Bund. (2024). *Rentenversicherung in Zahlen 2024*. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Eden, J.-L., Konnopka, A., & König, H.-H. (2021). Kosten der Depression in Deutschland: Systematische Übersichtsarbeit. *Psychiatrische Praxis*, 48(06), 290–300. <https://doi.org/10.1055/a-1399-4430>
- Forbes, M. K., Crome, E., Sunderland, M., & Wuthrich, V. M. (2017). Perceived needs for mental health care and barriers to treatment across age groups. *Aging & Mental Health*, 21(10), 1072–1078. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1193121>
- GBD. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Husky, M. M., Léon, C., Du Roscoät, E., & Vasiliadis, H.-M. (2023). Prevalence of past-year major depressive episode among young adults between 2005 and 2021: Results from four national representative surveys in France. *Journal of Affective Disorders*, 342, 192–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.019>
- Kantor, V., Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2017). Perceived barriers and facilitators of mental health service utilization in adult trauma survivors: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 52, 52–68. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.12.001>
- KBV. (2025). *Gesundheitsdaten*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
- Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J., Manderscheid, R. W., Rosenheck, R. A., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2001). The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research*, 36(6 Pt 1), 987–1007.
- Kissling, W., Höffler, J., Seemann, U., Müller, P., Rütger, E., Trenckmann, U., Über, A., Graf V.D. Schulenburg, J., Glaser, P., Glaser, Th., Mast, O., & Schmidt, D. (1999). Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 67(01), 29–36. <https://doi.org/10.1055/s-2007-993735>
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858–866.

- Konnopka, A., Klingberg, S., Wittorf, A., & König, H.-H. (2009). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiatrische Praxis*, 36(05), 211–218. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090234>
- Krauth, C., Buser, K., & Vogel, H. (2004). Die gesellschaftlichen Kosten von Essstörungen-Krankheitskostenanalysen zu Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In H. Vogel & J. Wasem, *Gesundheitsökonomie in Psychotherapie und Psychiatrie* (pp. 153–173). Schattthauer.
- Lora, A., Kohn, R., Levav, I., McBain, R., Morris, J., & Saxena, S. (2012). Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: A survey in 50 low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(1), 47–54B. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.089284>
- Maercker, A., & Guski-Leinwand, S. (2018). Psychologists' Involvement in Repressive "Stasi" Secret Police Activities in Former East Germany. *International Perspectives in Psychology*, 7(2), 107–119. <https://doi.org/10.1037/ipp0000085>
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011a). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Mojtabai, R., Olfson, M., Sampson, N. A., Jin, R., Druss, B., Wang, P. S., Wells, K. B., Pincus, H. A., & Kessler, R. C. (2011b). Barriers to mental health treatment: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41(8), 1751–1761. <https://doi.org/10.1017/S0033291710002291>
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B. J., Clara, I., ten Have, M., Belik, S.-L., de Graaf, R., & Stein, M. B. (2007). Perceived Barriers to Mental Health Service Utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58(3), 357–364. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.357>
- Spitzer, C. (2017). Psychische Erkrankungen durch politische Verfolgung in der DDR. In A. Kaminsky, A. Maercker, K. Bomberg, & S. Trobisch-Lütge (Eds.), *Verborgene Wunden: Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe* (2., korrigierte Auflage, pp. 257–271). Psychosozial-Verlag. <https://www.psychosozial-verlag.de/2488>
- Stengler, K., Riedel-Heller, S. G., & Becker, T. (2014). Berufliche Rehabilitation bei schweren psychischen Erkrankungen. *Der Nervenarzt*, 85(1), 97–107. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3846-0>
- Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2019). Individuals with currently untreated mental illness: Causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(04), 446–457. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000828>
- Techniker Krankenkasse. (2024). *Gesundheitsreport 2024–Arbeitsunfähigkeitszeiten*. <https://www.tk.de/resource/blob/2168508/ee48ec9ef5943d2d40dc10a76bedf290/gesundheitsreport-au-2024-data.pdf>
- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F., Luik, A. I., & De Graaf, R. (2023). Prevalence and trends of common mental disorders from 2007–2009 to 2019–2022: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Studies (NEMESIS), including comparison of prevalence rates before vs. during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 22(2), 275–285. <https://doi.org/10.1002/wps.21087>
- Trautmann, S., Rehm, J., & Wittchen, H. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Reports*, 17(9), 1245–1249. <https://doi.org/10.15252/embr.201642951>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Wang, J., Pasyk, S. P., Slavin-Stewart, C., & Olagunju, A. T. (2024). Barriers to Mental Health care in Canada Identified by Healthcare Providers: A Scoping Review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01366-2>
- Weißflog, G., & Brähler, E. (2015). Political Violence in the German Democratic Republic Between 1949 and 1989 and Its Consequences for Mental and Physical Health. In J. Lindert & I. Levav (Eds.), *Violence and Mental Health* (pp. 287–301). Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-017-8999-8_14
- Weißflog, G., Daig, I., Klinitzke, G., & Brähler, E. (2012). Körperbeschwerden nach politischer Inhaftierung und deren Zusammenhang mit Ängstlichkeit und Depressivität. *Verhaltenstherapie*, 22(1), 37–46. <https://doi.org/10.1159/000335418>
- Weißflog, G., Klinitzke, G., & Hinz, A. (2011). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Posttraumatische Belastungsstörungen bei in der DDR politisch Inhaftierten. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(03/04), 133–139. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1253416>

Alle Weiterbildungsmodule im Überblick

Module	Benötigte Vorkenntnisse*
1 Geschichte und Aufarbeitung	
1a Opfergruppen und Repressionsformen in der DDR	1
1b Rehabilitierungs- und Entschädigungsmöglichkeiten	1
1c Akteneinsicht	1
2 Gesundheitliche (Langzeit-) Folgen von SED-Unrecht	
2a Schädigungen und gesundheitliche Folgen	1
2b Trauma und Traumafolgestörungen	1
2c Besonderheiten bei Traumatisierung im politischen Kontext	2
3 Psychosoziale Beratung für Betroffene von SED-Unrecht	
3a Beratung im Rahmen der Aufarbeitung von SED-Unrecht	3
3b Beratung für Betroffene von SED-Unrecht – Praxismodul	3
3c Schwierigkeiten bei sozialrechtlicher Begutachtung	3
3d Gesprächsführung	3
4 Die Regelversorgung	
4a Das Hilfesystem für psychische Krisen und Krankheiten	3
4b Psychotherapie und Gruppentherapie	3
5 Soziologische und sozialpsychologische Aspekte	
5a Stigma im Kontext SED-Unrecht	2
5b Unterschiedliche Perspektiven auf die Thematisierung von SED-Unrecht	2
6 Einzelne Opfergruppen im Fokus	
6a Minderjährig zwangsgedopte Leistungssportler*innen	2
6b Betroffene von Zersetzung	2
6c Betroffene der kontaminierten Anti-D-Prophylaxe	2
6d DDR-Heimkinder – Spätschäden staatlicher Zwangserziehung	2
6e Wenn ehemalige DDR-Heimkinder in Pflegeheime kommen	3

*Stufe 1 Basic: für alle Berufsgruppen geeignet, da keine Vorkenntnisse nötig. Stufe 2 erweiterter Basic: vertieftes Interesse/Basicmodule als Voraussetzung. Stufe 3 Vertiefung: speziell für Berufsgruppen, die intensiv mit Betroffenen arbeiten.



Gesundheitliche Langzeitfolgen
von SED-Unrecht
www.sed-gesundheitsfolgen.de