

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:440–446  
<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00982-w>  
 Eingegangen: 2. Mai 2022  
 Angenommen: 28. August 2022  
 Online publiziert: 21. September 2022  
 © Der/die Autor(en) 2022



Sandra Kirchhoff<sup>1</sup> · Alexandra Maria Freĳian<sup>1</sup> · Tessa Schulkorf<sup>1</sup> ·  
 Torsten Michael Bollweg<sup>1</sup> · Ullrich Bauer<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München, München, Deutschland

<sup>2</sup> Zentrum für Prävention im Kindes- und Jugendalter, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

# Unterrichtsprogramm zur Förderung von Mental Health Literacy

## Bewertung der Intervention durch Schüler:innen

### Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-022-00982-w>) enthalten.

**Um junge Menschen beim Thema psychische Gesundheit zu stärken, können Präventionsmaßnahmen eingesetzt werden, die die Mental Health Literacy (MHL) junger Menschen stärken und damit jene Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen fördern, die im Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen wichtig sind. Im Beitrag wird anhand der Rezeption der deutschen Version eines MHL-basierten Unterrichtsprogramms aus Kanada erörtert, ob das Programm für deutsche Schüler:innen geeignet ist und welche Inhalte und Lernformen Schüler:innen beim Thema psychische Gesundheit ansprechen.**

### Hintergrund

Psychische Erkrankungen stellen eine große Belastung im Kindes- und Jugendalter dar [9, 10]. Sie sind mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in diesen Lebensphasen verbunden und können zudem zu Einschränkungen der psychischen Gesundheit im gesamten

Lebensverlauf beitragen. Dennoch werden Unterstützungs- und Behandlungsangebote wenig oder stark verzögert angenommen [10, 24]. Zur Stärkung der psychischen Gesundheit werden darum vermehrt Präventionsmaßnahmen diskutiert, die die Mental Health Literacy (MHL) junger Menschen verbessern und den Zugang zu Hilfsangeboten erleichtern. Die MHL gemäß Kutcher et al. (2016) umfasst 4 Komponenten: 1) Wissen über Förderung und Erhaltung psychischer Gesundheit, 2) Wissen zu psychischen Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten, 3) Verringerung von Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und 4) Stärkung der Wirksamkeit bei der Hilfesuche [14].

Die Bedeutung von MHL für den Umgang mit psychischen Belastungen, frühes Erkennen von Erkrankungen, Suche und Inanspruchnahme von Unterstützung und damit die Förderung der psychischen Gesundheit wird vielfach betont [1, 8, 13]. Entsprechend wächst international die Forschung zu MHL [23] und es werden auf MHL basierende Interventionen für Jugendliche – oft für den Einsatz in Schulen aufgrund der dortigen Erreichbarkeit junger Menschen – entwickelt, eingesetzt und evaluiert [5, 16, 19].

Hierzulande sind Forschung und Interventionspraxis zu MHL im Jugendalter vergleichsweise gering ausge-

prägt. Vereinzelt existieren thematisch verwandte Aufklärungsprogramme zur psychischen Gesundheit mit Fokus auf Stigmareduktion (z. B. „Verrückt? Na und!“ [2]) oder Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit im Schulsetting (z. B. „MindMatters“ [4]). Um das Angebot an primärpräventiven Programmen zur MHL-basierten Kompetenzerweiterung zu vergrößern, widmet sich seit 2019 das Forschungsprojekt *IMPRES* an der Universität Bielefeld bzw. seit April 2022 an der Technischen Universität München dem Thema MHL für Jugendliche und setzt auf das MHL-basierte Schulprogramm „The Mental Health and High School Curriculum Guide“ aus Kanada [11], das durch das Projektteam übersetzt, adaptiert und in einer lokalen Kooperation pilotiert wurde. Die deutsche Version „Psychische Gesundheit und Schule“ [25] umfasst 6 Module, die in mindestens 7 Unterrichtsstunden vom Lehrpersonal in den Jahrgängen 8 bis 10 angewendet werden können (Informationen zu Adaption und Programm s. Anhang 1: Zusatzmaterial online).

Das Ursprungsprogramm ist in Kanada weit verbreitet und wurde bereits international adaptiert. Auch liegen Evaluationsstudien zur Wirksamkeit des Programms vor. Vor allem ließen sich über Länder und unterschiedliche Schulsettings hinweg positive Effekte bzgl. Wis-

Tab. 1 Stichprobenmerkmale		
–	n	MW (SD)
Alter	161	15,74 (1,53)
Geschlecht	n	%
Weiblich	98	60,5
Männlich	64	39,5
Zuhause gesprochene Sprache		
Deutsch	100	62,1
Mindestens eine andere Sprache	61	37,9
Erfahrung mit psychischen Erkrankungen (selbst/Umfeld)		
Ja	103	63,2
Nein/weiß nicht/„will nicht antworten“	60	36,8

*n* Anzahl der Antworten, *MW* Mittelwert, *SD* Standardabweichung

Tab. 2 Programmbewertung			
„Wie fandest du ...?“	n	MW	SD
Das Programm (insgesamt)	182	3,33	0,66
Die Gruppenarbeiten	181	3,47	0,69
Die Arbeitsblätter	181	2,82	0,74
Die Lernvideos	178	3,21	0,80
Die Begegnungsstunde	90 <sup>a</sup>	3,66	0,66
„Wie würdest du es finden, wenn alle Schüler:innen deines Alters dieses Programm machen würden?“	181	3,52	0,69

Antwortskala: 4 = gut, 3 = eher gut, 2 = eher nicht gut, 1 = gar nicht gut  
*n* Anzahl der Antworten, *MW* Mittelwert, *SD* Standardabweichung  
<sup>a</sup>Begegnungsstunde fand in fünf Klassen statt

senszuwachs und Verringerung stigmatisierender Einstellungen nachweisen (z. B. [12, 15, 17, 18, 21]). Studien zum Programm erfassen jedoch nicht die subjektive Bewertung durch die Zielgruppe, obwohl dies Akzeptanz aber auch Weiterentwicklungsimpulse abbilden kann, um Interventionen ansprechender und ggf. effektiver zu gestalten.

Nachfolgend wird erörtert, ob sich das Programm für Schüler:innen in Deutschland eignet und auf Bedarfe zum Thema psychische Gesundheit antwortet. Dafür werden Evaluationsdaten der erstmaligen Anwendung der deutschen Version herangezogen, die die Rezeption der Schüler:innen aufzeigen. Ausgehend von ihrer Bewertung wird zudem abgeleitet, was junge Menschen beim Thema psychische Gesundheit erreicht und welche Inhalte und Lernformen bedarfs- und interessensgerecht sind.

## Methode

### Feldzugang

Zur Programmanwendung wurden Lehrkräfte und Sozialarbeiter:innen Bielefelder Schulen zu vorbereitenden, eintägigen Fortbildungen eingeladen. Diese fanden zwischen Oktober 2019 und April 2021 4-mal mit insgesamt 32 Teilnehmenden statt. Hier erhielten sie Programmmaterialien und Informationen zur Evaluation.

## Datenerhebung und -auswertung

Die Programmanwendung wurde mit einer schriftlichen fragebogengestützten Evaluation im Prä-Post-Design begleitet. Details zu Instrumenten und Auswertung werden an anderer Stelle publiziert [6]. Die Post-Befragung beinhaltete programmbezogene Fragen zur formativen Evaluation. Mittels selbst entwickelter Items mit geschlossenem Antwortformat wurde die Bewertung und damit die Akzeptanz der Schüler:innen zu verschiedenen Programmaspekten erhoben: „Wenn du an die Unterrichtsstunden denkst, wie fandest du a) das Programm insgesamt; b) die Gruppenarbeiten; c) die Arbeitsblätter; d) die Lernvideos; e) die Begegnungsstunde?“; „Wie würdest du es finden, wenn alle Schülerinnen und Schüler in deinem Alter dieses Unterrichtsprogramm machen würden?“. Bei letztgenannter Frage wurde zusätzlich eine Begründung erbeten (offenes Antwortformat). Neben diesen Fragen wurden demografische Angaben wie Alter, Geschlecht, Zuhause gesprochene Sprache und Erfahrung mit psychischen Erkrankungen erhoben.

Items mit geschlossenem Antwortformat wurden in IBM SPSS® (Version 28, Armonk, NY, USA) univariat beschrieben (absolute Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichung), Gruppenvergleiche bzgl. Geschlecht, gesprochener Sprache und Erfahrungen mit psychischen

Erkrankungen erfolgten mittels t-Test für unabhängige Stichproben und bzgl. des Alters mittels Pearson-Korrelation. Die offenen Antworten wurden mithilfe von MAXQDA (Version 2020, VERBI Software, Berlin, Deutschland) inhaltlich strukturiert. Zwei Projektmitarbeitende bildeten induktiv Aussagekategorien und kodierten unabhängig die Antworten. Dabei waren Mehrfachzuordnungen zulässig. Kodierungsdifferenzen wurden diskutiert und nach Konsens zugeordnet.

## Ergebnisse

### Stichprobe

Zwischen Februar 2020 und Juni 2021 nahmen an Programm und Befragung sieben 10. Klassen von zwei Realschulen und einem Gymnasium sowie zwei Berufsschulklassen teil. Letztere zählten nicht zur Kernzielgruppe, wurden jedoch aufgrund von geäußertem Interesse eingeschlossen.

Die Durchführungsbedingungen variierten: Das Programm wurde vor bzw. nach Beginn der Coronapandemie gestartet und einmal unvollständig, einmal mit Unterbrechung, wöchentlich oder als Projekttag, mit oder ohne Begegnungsstunde (Schulbesuch durch Psychiatricerfahrene) realisiert. Durchgeführt wurde das Programm von Lehrkräften und einer Schulsozialarbeiterin, wovon die Hälfte vorab die Fortbildung besuchte.

Zur Auswertung liegen Programmbewertungen von 185 Schüler:innen vor, wobei 166 zusätzlich demografische Angaben ausfüllten. Das Durchschnittsalter betrug 15,7 Jahre mit einer Altersspanne von 14 bis 24 Jahren, wobei 97,5 % 14–18 Jahre alt waren. Gemäß den Angaben waren 60,5 % weiblich, 62,1 % sprachen zuhause ausschließlich Deutsch und 63,2 % hatten Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen (selbst/Umfeld). Die Stichprobenmerkmale sind in **Tab. 1** abgebildet.

### Programmbewertung

Die Schüler:innen bewerteten das Programm insgesamt und einzelne Elemente mit Angaben von „gar nicht gut“ (1) bis „gut“ (4) (s. **Tab. 2**).

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:440–446 <https://doi.org/10.1007/s11553-022-00982-w>  
© Der/die Autor(en) 2022

S. Kirchhoff · A. M. Frejšan · T. Schulenkorf · T. M. Bollweg · U. Bauer

## Unterrichtsprogramm zur Förderung von Mental Health Literacy. Bewertung der Intervention durch Schüler:innen

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die Bedeutung von Mental Health Literacy (MHL) junger Menschen für den Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen wird vermehrt betont und deren Stärkung in präventiven Maßnahmen anvisiert. Da in Deutschland kaum MHL-Programme existieren, wurde ein kanadisches, MHL-basiertes Unterrichtsprogramm adaptiert, eingesetzt und evaluiert. Zum Programm liegen international Wirksamkeitsnachweise vor (z. B. bzgl. Wissenszuwachs, Stigmaverringerung), jedoch keine Berichte, wie das Programm von der Zielgruppe angenommen wird. Die vorliegende Studie widmet sich der Rezeption der Schüler:innen und prüft, ob sich das Programm für deutsche Schüler:innen eignet.

**Ziel der Arbeit.** Es wird die Rezeption des Programms durch Schüler:innen dargestellt, um Akzeptanz, Eignung und Bedarfsangemessenheit zu erörtern.

**Material und Methoden.** Die deutsche Programmversion wurde in Bielefelder Schulen pilotiert und evaluiert. Über programmspezifische Fragen schätzten teilnehmende Schüler:innen das Programm ein.

**Ergebnisse.** Schüler:innen der 9 teilnehmenden Klassen bewerteten das Programm insgesamt, unterschiedliche Programmaspekte sowie die Relevanz für Schüler:innen gleichen Alters positiv. Auch die Auswertung offener Angaben bestätigt, dass das MHL-Programm an Bedarfe und Interessen zum

Thema psychische Gesundheit anschließt und Schüler:innen der heterogenen Stichprobe erreicht hat.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse legen nahe, dass sich das adaptierte Programm für Schüler:innen an deutschen Schulen eignet. Weitere Studien sind nötig, um dies zu bestätigen. Neben Wirksamkeitsprüfungen sollten Programmevaluationen die Einschätzung der Zielgruppe integrieren, da diese Hinweise bzgl. Akzeptanz und Entwicklungspotenzial liefert.

### Schlüsselwörter

Mentale Gesundheitskompetenz · Jugendalter · Prävention · Psychische Gesundheit · Schule

## Curriculum program to promote mental health literacy. Students' evaluation of the intervention

### Abstract

**Background.** The relevance of mental health literacy (MHL) for youth as a supporting factor for dealing with mental health problems and illness has been stressed. Therefore, strengthening MHL becomes a focus of preventive interventions. As there are hardly any MHL programs in Germany, a Canadian program was adapted, implemented and evaluated. The program's effectiveness has been documented internationally (e.g., in terms of increased knowledge and stigma reduction); however, there are no reports of how the program was perceived by the target group. The present study focuses on the students' perception of the program to examine whether the program is suitable for German students.

**Objective.** The students' perception of the program is presented in terms of its acceptability, appropriateness, and needs based adequacy.

**Material and methods.** The adapted German version of the program was piloted and evaluated in schools in Bielefeld, Germany. Participating students rated the program by answering program-specific questions.

**Results.** On average students of the nine participating classes positively rated the overall program, different program aspects and its relevance to students of the same age. Additionally, the evaluation of open-ended statements confirms that the program addresses students' needs and interests regarding the topic of mental health as

well as its ability to reach students of the heterogeneous sample.

**Conclusion.** The results suggest that the adapted program is suitable for students in German schools. Further studies are needed to consolidate these findings. Moreover, program evaluations should consider the perception of the target group, as this provides insights into the acceptance and adaptation needs of the program.

### Keywords

Mental health literacy · Youth · Prevention · Mental health · School

Das Programm wurde insgesamt sehr positiv bewertet. Der Mittelwert liegt mit 3,33 zwischen „eher gut“ und „gut“. Bewertungsunterschiede liegen bezogen auf das Alter vor: mit steigendem Alter sinkt die Programmbewertung signifikant ( $r = -0,207$ ;  $p < 0,01$ ). Die Einschätzung des Programms für Gleichaltrige weist einen hohen Mittelwert von 3,52 auf, 94,5% der Schüler:innen fänden es „eher gut“ oder „gut“, wenn alle Schüler:innen ihres Alters das Programm

machten. Auch hier nimmt die Bewertung mit steigendem Alter signifikant ab ( $r = -0,284$ ;  $p < 0,001$ ).

Die Bewertung unterschiedlicher Programmaspekte fiel ähnlich positiv aus: die Begegnungsstunde (MW = 3,66) und die Gruppenarbeiten (MW = 3,47) wurden mehrheitlich positiv bewertet, gefolgt von den Lernvideos (MW = 3,21). Die Arbeitsblätter schnitten vergleichsweise schlechter ab (MW = 2,82). Bezüglich der Gruppenarbeiten zeigt sich, dass jünge-

re Schüler:innen ( $r = -0,284$ ;  $p < 0,001$ ) diese signifikant besser bewerteten. Die Lernvideos hingegen wurden signifikant besser von Schüler:innen bewertet, die angaben, mindestens eine weitere Sprache Zuhause zu sprechen (MW = 3,48 vs. nur deutsch MW = 3,06;  $p < 0,01$ ) und keine Erfahrung mit psychischen Erkrankungen (selbst/Umfeld) zu haben (MW = 3,44 vs. Erfahrung vorhanden MW = 3,09;  $p < 0,01$ ). Bei den Arbeitsblättern fielen die Bewertungen der Schü-

**Tab. 3** Kategorisierte Begründungen zur Programmeinschätzung (inklusive Beispielzitate)

	<b>n</b>	
K1	<b>Wichtiges/relevantes Thema (mehr Beachtung nötig/betrifft jede:n)</b> „Weil ich schon finde, dass das ein wichtiges Thema ist, mit dem man sich befassen sollte“ „Jeder muss darüber informiert werden, weil jeder damit mal konfrontiert wird“	27
K2	<b>Aufgeklärt/informiert sein</b> „Da jeder über ein solches Thema Bescheid wissen sollte“	75
K3	<b>Psychische Erkrankungen erkennen</b> „Man sollte schon im frühen Alter etwas über psychische Krankheiten lernen, damit man die Symptome erkennen kann“	5
K4	<b>Umgang mit psychischen Erkrankungen</b> „Weil es vielen Schülern dabei helfen würde mit psychischen Erkrankten umzugehen“	23
K5	<b>Helfen können (sich/andere), Hilfe suchen</b> „Eine gewisse Aufklärung in dem Bereich ist sehr wichtig, um anderen Menschen oder sich selbst früh genug helfen zu können“	7
K6	<b>Stigmatisierung/Vorurteile reduzieren, Verständnis fördern</b> „Viele Leute machen dumme Kommentare, die eventuell jemanden verletzen können, wenn jeder etwas aufgeklärter wäre, würde es wahrscheinlich weniger werden“ „Ich finde es wichtig so etwas zu lernen, damit sich Leute auch in die Person hineinversetzen und nicht abweisend zu solchen Leuten sind, weil die ‚komisch‘ sind oder so“	28
K7	<b>Enttabuisieren, normalisieren, offenen Umgang fördern</b> „Weil ich finde, dass psychische Krankheiten oft totgeschwiegen werden und darüber öfter und offener geredet werden sollte“ „Man hat die Hemmungen verloren über eigene Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen im Freundes- und Familienkreis zu sprechen“	13
K8 <sup>a</sup>	<b>Allgemeine Kommentare</b> Positiv: Lehrreich/man lernt viel bzw. Wichtiges (14); interessant (6) Kritisch: langweilig/uninteressant aufbereitet (5); unvorbereitete Lehrkräfte (2); viele Infos/zu theoretisch (2); Vertiefung gewünscht (1); kein Bezug zum Religionsunterricht (1) Neutral: Wunsch nach Begegnungsstunde (2); Programm ist „eher für Jüngere“ (2); für das Thema sollte man „alt genug“ sein (1); intensive Auseinandersetzung kann „triggern“ (1); „alle sollten es machen“ (1)	34

Mehrfachzuordnungen zulässig

K Kategorie, n Anzahl der Antworten

<sup>a</sup>Aspekte werden zusammengefasst gelistet inklusive Nennungsanzahl in Klammern

ler:innen, die zuhause mindestens eine weitere Sprache sprechen (MW = 3,03 vs. nur deutsch MW = 2,74;  $p < 0,05$ ), positiver aus.

### Einschätzung des Programms für Gleichaltrige

Die Antworten von 151 Schüler:innen zur Begründung der Programmeinschätzung wurden in 8 Kategorien (K1–K8) inhaltlich strukturiert (s. [Tab. 3](#)). K1–K7 umfassen Beschreibungen der Schüler:innen des Werts bzw. Nutzens des Programms für Gleichaltrige. In Kategorie K8 fallen allgemeine Kommentare, die in [Tab. 3](#) zusammengefasst sind.

Kategorie K1 umfasst Antworten, in denen die Schüler:innen ihre Einschätzung generell mit der Relevanz des Themas begründeten. Sie wünschten mehr Beachtung für das Thema und gaben an, dass es jede:n betrifft bzw. betreffen kann und ein aktuell relevantes Thema ist. Die Kategorien K2–K5 thematisieren, dass das Programm auf Aufklärungs- und Informationsbedarfe reagiert. Am häufigsten formulierten Schüler:innen allgemein die Wichtigkeit, aufgeklärt zu werden und informiert zu sein (K2). Oft wurde konkretisiert, dass Wissen für den Umgang mit psychischen Erkrankungen oder Personen, die psychisch erkrankt sind, vonnöten ist (K4). Auch wurden

Kenntnisse als Voraussetzung benannt, psychische Erkrankungen zu erkennen (K3) und Hilfe zu suchen, bezogen auf andere oder sich selbst (K5). Dies deutet insgesamt auf den Wunsch nach Handlungsorientierung hin.

Die Begründungen in K6 und K7 lassen sich auf der Einstellungsebene verorten. Sie zeigen, dass Schüler:innen mit dem Programm die Sensibilisierung für die Problematik von Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen verknüpften. Einige gaben an, dass Verständnis für das Erleben und die Lebenssituation von Menschen mit psychischer Erkrankung erzeugt wird und Vorverurteilungen revidiert sowie ggf. diskriminierendes Verhalten verändert werden können (K6). Zudem wurde benannt, dass Themen psychischer Gesundheit mehr zur Normalität gehören sollten und offener darüber gesprochen werden sollte. Dies wurde auch im Falle eigener Betroffenheit als bedeutsam eingeschätzt (K7).

### Diskussion

Die vorliegenden Daten zeigen, dass das Programm bei erstmaliger Anwendung an deutschen Schulen trotz variierender Durchführungsmodi durchgängig positiv angenommen wurde und zu von Schüler:innen eigens formulierten Interessen und Bedarfen passt.

### Programmbewertung

Die Auswertung wies keine geschlechtsspezifischen Unterschiede nach. Dies deutet darauf hin, dass das Programm Mädchen und Jungen gleichermaßen erreicht. Hinsichtlich des Alters zeigte sich hingegen, dass Jüngere das Programm insgesamt sowie dieses für Gleichaltrige besser einschätzten. In der ursprünglichen Konzipierung des Programms waren Schüler:innen der Klassen 8–10 die Kernzielgruppe. Dies kann die größere Passung zu den jüngeren Teilnehmenden der Stichprobe erklären. Die Werte der Älteren sind dennoch positiv, was zeigt, dass auch hier eine ausreichende Passung angenommen werden kann.

Die Begegnungsstunde wurde am besten bewertet. Die Bedeutung des „Kon-

takt“-Elements wird insbesondere im Kontext von Anti-Stigma-Maßnahmen betont [22]. Auch wenn Forschungsbe-funde aktuell nicht eindeutig nachweisen, ob dieses Element z.B. die Wirksamkeit von MHL-basierten Interventionen bzgl. Wissenszuwachs und Verringerung von Stigma verstärkt [5], legt die hohe Bewertung in dieser Studie nahe, dass dieses Element für Schüler:innen besonders ansprechend ist. Eine andere Studie weist hierzu aus, dass die Begegnung einem Großteil der befragten Schüler:innen Mut machte, psychische Krisen zu überstehen und dass sie die Person als Vorbild sehen würden [2].

Interessant ist, dass Lernvideos von Schüler:innen ohne Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen positiver bewertet wurden. Eine mögliche Interpretation dessen ist, dass durch gewisses Vorwissen die in den Videos präsentierten Inhalte weniger ansprechend oder interessant empfunden werden. Allerdings spielten vorhandene Erfahrungen bei der Begegnungsstunde keine Rolle, was vermuten lässt, dass auch bei Vorwissen persönliche Erfahrungsberichte Mehrwert bieten können.

Die Begegnungsstunde und die Gruppenarbeiten erzielten die höchste Bewertung, was auf Präferenzen bzgl. interaktiverer Lernformen hindeutet.

Zudem bewerteten Schüler:innen, die zuhause nicht ausschließlich Deutsch sprechen, Lernvideos und Arbeitsblätter positiver. Anknüpfende Studien sind nötig, um den genauen Einfluss der sprachlichen Ausgangslage auf die Rezeption der Programmaspekte zu erfassen.

Überdies gilt es, zielgruppenspezifische Anpassungsnotwendigkeiten zu erforschen, um Bedarfe der heterogenen Schüler:innenschaft (bzgl. Alter, sprachlicher und kultureller Merkmale etc.) einzubinden und differenzierteres Material oder z.B. Implementierungsleitfäden anzubieten. Ausgehend von den hier präsentierten Befunden könnten insbesondere qualitative Interviews mit Schüler:innen und Lehrpersonen geführt werden oder in partizipativen Modellprojekten spezifischere Materialien entwickelt werden.

## Einschätzung des Programms für Gleichaltrige

Die Begründungen der Schüler:innen unterstreichen, dass das Programm auf bestehendes Interesse sowie Bedarfe zu diesem als relevant eingeschätzten Thema trifft. Der Schwerpunkt liegt deutlich auf Aufklärung, Befähigung zum Umgang mit psychischen Erkrankungen sowie Entstigmatisierung und Enttabuisierung, während die Stärkung der (eigenen) psychischen Gesundheit nicht explizit benannt wird. Die Antworten spiegeln damit zum großen Teil die MHL-Komponenten [14] wider, was darauf hinweist, dass die mit MHL assoziierten Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen nicht nur im MHL-Forschungsdiskurs betont, sondern auch von den Schüler:innen selbst als hilfreiche Ressourcen eingeschätzt werden. Inwieweit diese Einschätzungen durch das Programm erzeugt wurden oder bereits im Vorfeld vorhanden waren, bleibt zum jetzigen Zeitpunkt unklar.

Der prominent geäußerte Bedarf an Aufklärung und Wissen lässt sich mit empirischen Befunden zu Hindernissen bei der Hilfesuche und -inanspruchnahme verknüpfen. Fehlendes Wissen über psychische Erkrankungen und Hilfsangebote zählen mit zu den am häufigsten genannten Faktoren, da sie das Erkennen und Einschätzen psychischer Gesundheitsprobleme und das Aufsuchen von Hilfe erschweren [10, 20]. Auch zeigt sich deutlich der Bedarf nach offener Auseinandersetzung und Entstigmatisierung. Hier spiegelt sich das Bewusstsein darüber wider, dass Tabuisierung und Stigmatisierung für Betroffene zusätzliches Leid bedeuten und vielfach als „zweite Krankheit“ erlebt werden [3]. Zudem stellen insbesondere Stigmatisierungserfahrungen und -erwartungen nachweislich zentrale Barrieren bei der Hilfesuche dar [7] und beeinträchtigen den Genesungsprozess. Dies und das oben genannte fehlende Wissen hängen mit der langen Zeitdauer zwischen Auftreten und Behandlung psychischer Erkrankungen zusammen [24], die möglicherweise durch Aufklärungs- und Entstigmatisierungsbestrebungen verkürzt werden könnte.

## Limitationen

Die verwendeten Items bilden erste Anhaltspunkte zur Rezeption und damit Akzeptanz des Programms ab, bieten allerdings keine Details dahingehend, was den Schüler:innen an den Programmaspekten und -inhalten zusagt. Zudem beziehen sich die präsentierten Ergebnisse auf eine heterogene Gelegenheitsstichprobe. Weitere Forschung könnte die Einschätzung der Schüler:innen differenzierter erfassen und eine repräsentative Stichprobe anstreben zwecks Generalisierbarkeit und Aussagekraft differenzierter Auswertungen. Dazu wäre die systematische Einbindung des Programms im Schulkontext als universell ansetzende primärpräventive Maßnahme hilfreich.

## Ausblick

Trotz explorativen Charakters der Studie legen die Ergebnisse nahe, dass das Programm „Psychische Gesundheit und Schule“ an vorhandene Bedarfe anschließt und sich für Schüler:innen 10. sowie Berufsschulklassen zu eignen scheint. Auch lassen sich erste Hinweise ableiten, was Schüler:innen bei Interventionen zum Thema psychische Gesundheit wichtig erachten. Dazu zählen die inhaltliche Orientierung am MHL-Konzept, ein hoher aufklärenden Informationsgehalt, die kritische Auseinandersetzung mit stigmatisierenden Einstellungen und Meinungen, ein offenes und entstigmatisierendes bzw. stigmafrees Sprechen über psychische Erkrankungen sowie die Thematisierung von konkreten Umgangsweisen und Hilfwegen. Zudem stießen interaktive Elemente wie Gruppenarbeiten und insbesondere Begegnungsstunden auf positive Resonanz. Dies könnte in zukünftigen Interventionen berücksichtigt werden.

## Fazit für die Praxis

- Die deutsche Version des kanadischen Unterrichtsprogramm namens „Psychische Gesundheit und Schule“ ist ein Präventionsangebot zur Stärkung von Mental Health Litera-

cy (MHL), das von Schüler:innen positiv und relevant bewertet wird und daher für den weiteren Einsatz in deutschen Schulen empfohlen werden kann.

- Die mit MHL bezeichneten Kenntnisse, Fähigkeiten und Einstellungen werden nicht nur unter MHL-Forschenden, sondern ebenso von Schüler:innen selbst als relevant für die Stärkung der psychischen Gesundheit eingeschätzt.
- Präventionsprogramme für jugendliche Schüler:innen zum Thema psychische Gesundheit können sich inhaltlich an dem MHL-Konzept orientieren und interaktive Elemente beinhalten, um den Bedarfen und Interessen der Schüler:innen zu entsprechen.
- Die weitere, systematische Umsetzung des Programms inklusive Begleitforschung sind notwendig, um die genaue Wirkweise und Anpassungsnotwendigkeiten zu bestimmen.

## Korrespondenzadresse

### Sandra Kirchoff

Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften, Technische Universität München  
Georg-Brauchle-Ring 60/62, 80992 München, Deutschland  
sandra.kirchoff@tum.de

**Danksagung.** Diese Arbeit wurde im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Forschungsverbund „Health Literacy in Childhood and Adolescence (HLCA)“ ([www.hlca-consortium.de](http://www.hlca-consortium.de)) durchgeführt (Förderkennzeichen: 01EL1824A & 01EL1824F). Die Publikation wird durch die Open-Access-Publikationsfonds der Technischen Universität München gefördert.

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** S. Kirchoff, A. M. Freĵian, T. Schultenkorf, T.M. Bollweg und U. Bauer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Diese Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Bielefeld genehmigt (Referenznummer: 2019-145-S). Schüler:innen nahmen freiwillig nach eigener informierter Einwilligung sowie der eines Erziehungsberechtigten bei Schüler:innen unter 16 Jahren teil.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z et al (2014) Barriers to mental health treatment: results from the WHO world mental health surveys. *Psychol Med* 44(6):1303–1317. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001943>
2. Conrad I, Heider D, Schomerus G, Angermeyer MC, Riedel-Heller S (2010) Präventiv und stigmareduzierend? Evaluation des Schulprojekts «Verrückt? Na und!». *Z Psychiatr Psychol Psychother* 58(4):257–264. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000036>
3. Finzen A (2013) Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen, 1. Aufl. Fachwissen. Psychiatrie Verlag, Köln
4. Franze M, Meierjürgen R, Abeling I, Rottländer M, Gerdon R, Paulus P (2007) MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Präv Gesundheitsf* 2(4):221–227. <https://doi.org/10.1007/s11553-007-0071-3>
5. Freĵian AM, Graf P, Kirchoff S, Glinphratum G, Bollweg TM, Sauzet O, Bauer U (2021) The long-term effectiveness of interventions addressing mental health literacy and stigma of mental illness in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health*. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.1604072>
6. Freĵian AM, Kirchoff S et al (in Vorbereitung) Evaluation of the German version of the Mental Health and High School Curriculum Guide. *Int J Environ Res Public Health*
7. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H (2010) Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10:113. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
8. Jorm AF (2012) Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *Am Psychol* 67(3):231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
9. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustün TB (2007) Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 20(4):359–364. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c>
10. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U (2017) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 165(5):402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
11. Kutcher S, Wei Y (2017) Mental health & high school curriculum guide. Understanding mental health and mental illness. <http://mhlcurriculum.org/wp-content/uploads/2020/11/fixd-guide-dec-2017-online-cover-and-interior-1.pdf>. Zugegriffen: 20. Juli 2021
12. Kutcher S, Wei Y, Morgan C (2015) Successful application of a Canadian mental health curriculum resource by usual classroom teachers in significantly and sustainably improving student mental health literacy. *Can J Psychiatry* 60(12):580–586. <https://doi.org/10.1177/070674371506001209>
13. Kutcher S, Wei Y, Costa S, Gusmão R, Skokauskas N, Sourander A (2016) Enhancing mental health literacy in young people. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 25(6):567–569. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0867-9>
14. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C (2016) Mental health literacy: Past, present, and future. *Can J Psychiatry* 61(3):154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
15. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Brown A, Ubuguyu O, Njau T, Sabuni N, Magimba A, Perkins K (2017) The African guide: one year impact and outcomes from the implementation of a school mental health literacy curriculum resource in Tanzania. *JETS* 5(4):64. <https://doi.org/10.11114/jets.v5i4.2049>
16. Marinucci A, Grovė C, Allen K-A (2022) A scoping review and analysis of mental health literacy interventions for children and youth. *School Psych Rev*. <https://doi.org/10.1080/2372966X.2021.2018918>
17. Mcluckie A, Kutcher S, Wei Y, Weaver C (2014) Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC Psychiatry* 14:379. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0379-4>
18. Milin R, Kutcher S, Lewis SP, Walker S, Wei Y, Ferrill N, Armstrong MA (2016) Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 55(5):383–391.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.02.018>
19. Patafio B, Miller P, Baldwin R, Taylor N, Hyder S (2021) A systematic mapping review of interventions to improve adolescent mental health literacy, attitudes and behaviours. *Early Interv Psychiatry* 15(6):1470–1501. <https://doi.org/10.1111/eip.13109>
20. Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P (2021) Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 30(2):183–211. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01469-4>
21. Ravindran AV, Herrera A, Da Silva TL, Henderson J, Castrillo ME, Kutcher S (2018) Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Glob Ment Health* 5:e4. <https://doi.org/10.1017/gmh.2017.27>
22. Rüşch N, Angermeyer MC, Corrigan PW (2005) Mental illness stigma: concepts, consequences,

- and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry* 20(8):529–539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004>
23. Sweileh WM (2021) Global research activity on mental health literacy. *Middle east Curr Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5>
  24. Thompson A, Issakidis C, Hunt C (2008) Delay to seek treatment for anxiety and mood disorders in an Australian clinical sample. *Behav Change* 25(2):71–84. <https://doi.org/10.1375/behc.25.2.71>
  25. Zentrum für Prävention im Kindes- und Jugendalter (2020) Psychische Gesundheit und Schule – Unterrichtsprogramm. Psychische Gesundheit und psychische Erkrankung verstehen. <https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/erziehungswissenschaft/zpi/projekte/downloads/>. Zugegriffen: 7. März 2022 (Deutsche Übersetzung und Adaption des „Mental Health & High School Curriculum Guide, Version 3“)