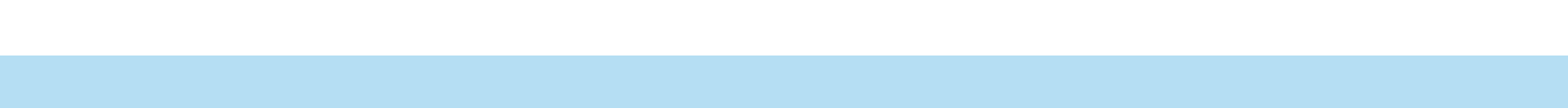




Erster bayerischer Psychiatriebericht

Erster bayerischer Psychiatriebericht





Eine psychische Erkrankung kann jeden treffen. Etwa jeder fünfte Heranwachsende zeigt psychische Auffälligkeiten und mehr als jeder vierte Erwachsene erfüllt im Laufe eines Jahres die Kriterien einer psychischen Störung. Letztere sind mittlerweile die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage und der häufigste Grund für krankheitsbedingte Frühverrentungen. Damit zählen psychische Krankheiten neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Krebserkrankungen zu den Volkskrankheiten.

Zu Recht wurden psychische Erkrankungen in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung gerückt, insbesondere auch, um sie weiter aus der Tabuzone herauszuholen. Dafür wurden in Bayern unter anderem die Kampagnen „Ganz schön gemein!“ zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und „Bitte stör mich! – Aktiv gegen Depression“ mit Blick auf Erwachsene gestartet. Gemeinsam mit vielen Partnern fanden landesweit vielfältige Aktionen zur psychischen Gesundheit statt. Begleitende Gesundheitsberichte informierten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen, zur Versorgungssituation und zu Hilfeangeboten in Bayern.

Mit der im Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG) verankerten Psychiatrieberichterstattung ist ein starkes Fundament hinzugekommen, um die Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen in Bayern auf eine verlässliche Basis stellen und zukunftsge-

recht weiterentwickeln zu können. Im Rahmen dieses Gesetzes verpflichtet sich Bayern zur Erstellung eines regelmäßig fortzuschreibenden Psychiatrieberichts.

Mit dem vorliegenden Bericht – dem ersten explizit im BayPsychKHG verankerten Psychiatriebericht – wird eine Grundlage für die weitere Entwicklung der Versorgung und der vorausgehenden Hilfen für Menschen mit psychischen Störungen geschaffen. Ziel des Berichts ist die Bereitstellung aktueller und zuverlässiger Daten über die Häufigkeit psychischer Störungen und die Versorgungssituation in Bayern. Dazu zählen auch die zahlreichen Präventionsangebote sowie die niedrigschwelligen Angebote zur Beratung und Betreuung für Menschen mit psychischem Hilfebedarf. Der Bericht informiert ferner über die wichtigsten Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit.

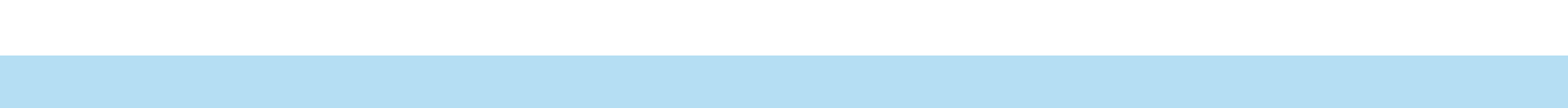
Im Jahr 2020 ist die Corona-Pandemie als ein ganz maßgeblicher Faktor mit Einfluss auf die psychische Gesundheit dazugekommen. Der vorliegende Bericht greift auch diese Entwicklung und die sich daraus ergebenden Belastungen für die psychische Gesundheit auf und unterstreicht damit die Bedeutung dieses Berichts.

Angesichts der vielen und langen Krankschreibungen, der erheblichen Anzahl an krankheitsbedingten Frühberentungen und der noch immer zu hohen Suizidraten besteht dringender Handlungsbedarf. Wir brauchen auch künftig vernetzte Versorgungsstrukturen, die den Menschen in den Mittelpunkt und passgenaue Hilfen für Betroffene und deren soziales Umfeld niedrigschwellig, wohnortnah und frühzeitig zur Verfügung stellen. Mit diesem Bericht wollen wir dazu einen entscheidenden Beitrag leisten.

Ihr

Klaus Holetschek Mdl

Staatsminister für Gesundheit und Pflege



Inhalt

Wichtige Ergebnisse auf einen Blick	8
1. Zur Einführung in den Bericht	11
2. Psychisches Wohlbefinden	15
2.1 Einführung	16
2.2 Positive psychische Gesundheit	19
2.3 Personale und soziale Schutzfaktoren	21
3. Häufigkeit psychischer Störungen	25
3.1 Die Häufigkeit psychischer Störungen international und national	27
3.2 Die Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern	32
3.3 Vorzeitliche Sterblichkeit und Suizide	42
4. Risiken psychischer Störungen	48
4.1 Allgemeine soziale Risikofaktoren psychischer Störungen	49
4.2 Stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Suchtmittel als Risiko	62
4.3 Im Fokus: Psychische Gesundheit und Corona	69
5. Prävention im Bereich psychischer Gesundheit	82
6. Versorgung psychischer Störungen	90
6.1 Versorgungsangebote und Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen	91
6.2 Inanspruchnahme der Leistungen	107
6.3 Psychopharmakotherapie	116
6.4 Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung	118
6.5 Unterbringungen	121
7. Psychische Beeinträchtigungen und gesellschaftliche Teilhabe	125
8. Psychische Gesundheit und Krankheitskosten	134
9. Im Fokus: Psychische Gesundheit und Arbeit	136
9.1 Belastungen und Ressourcen der Arbeit	137
9.2 Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Störungen	140
9.3 Rentenzugänge infolge einer psychischen Erkrankung	144
9.4 Teilhabe am Arbeitsmarkt	145
10. Koordination in der Versorgung psychischer Störungen	147
11. Informationen, Beratung und Begleitung	151
12. Tabellenanhang	155

Wichtige Ergebnisse auf einen Blick

- Nach den Daten des Robert Koch-Instituts zeigen deutschlandweit etwas mehr als 17 % der Kinder und Jugendlichen und 28 % der Erwachsenen psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen. Im Vordergrund stehen insbesondere Angst- und affektive Störungen wie Depressionen. Insgesamt sind Frauen häufiger betroffen als Männer.
- Psychische Störungen sind in den letzten 10 bis 15 Jahren an sich vermutlich nicht häufiger geworden, vielmehr nutzen die betroffenen Personen vermehrt die professionellen Hilfeangebote.¹
- In Bayern leben derzeit etwa 240.000 Menschen mit Demenz im Alter über 65 Jahren. Etwa zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. Aufgrund der demografischen Veränderungen kann bis 2030 von einem Anstieg auf 280.000 bis 300.000 Betroffene ausgegangen werden. Aus einer wachsenden Zahl von Studien gibt es inzwischen Hinweise auf eine rückläufige Erkrankungswahrscheinlichkeit in den westlichen Ländern mit Verminderungen der Inzidenzraten um bis zu 35 Prozent.
- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag für etwas mehr als 2,8 Mio. gesetzlich versicherte Patienten in Bayern 2020 die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor, darunter 278.000 Kinder und Jugendliche.
- Bei den Kindern und Jugendlichen stehen unter den ambulanten Fällen in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80–F89) im Vordergrund, bei den Erwachsenen dominieren die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) und die affektiven Störungen (F30–F39).
- In den Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung zeigt sich auch, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die Diagnosehäufigkeit mit dem Alter zunimmt. Es wird jedoch kontrovers diskutiert, ob psychische Störungen mit dem Alter wirklich häufiger werden.
- Die Suizidrate in Bayern ist seit Jahren rückläufig. Im Jahr 2019 gab es in Bayern 1.520 Suizide, rund 75 % der Suizide werden von Männern begangen. Die Ursachen sind häufig psychische Störungen. Die Coronakrise hat bis Ende 2020 zu keiner Zunahme der Suizide geführt.
- Schwierige familiäre Situationen, schwierige Arbeits- und Lebensverhältnisse, traumatisierende Fluchterfahrungen und Einsamkeit, nicht nur im Alter, sind wichtige Risikofaktoren für psychische Störungen.
- Der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen kann zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen. In Bayern raucht ca. ein Fünftel der Bevölkerung ab 15 Jahren, unter den Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) geht man von rund 256.000 Personen mit einer Alkoholabhängigkeit aus, von etwa 290.000 mit Medikamentenabhängigkeit (v.a. Schmerzmittel) und 66.000 Drogenabhängigen.
- Die Corona-Pandemie wie auch die Gegenmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung haben sich auf die psychische Gesundheit ausgewirkt. Studien zeigen eine Zunahme von Depressionen und Angststörungen sowie Veränderungen im Suchtverhalten.
- Während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 waren vor allem Menschen in den Heimen und ihre Angehörigen durch die Besuchsverbote psychisch hoch belastet. Für die Gesamtbevölkerung haben Studien unterschiedliche Befunde gezeigt. Der

¹ Der Anstieg an Diagnosestellungen weist nicht auf einen tatsächlichen Anstieg der Erkrankungshäufigkeit in den letzten 10 bis 15 Jahren hin; vielmehr nutzen die betroffenen Personen, auch bei zunehmender Sensibilität und abnehmender Tabuisierung in der Gesellschaft im Umgang mit psychischen Störungen, vermehrt – niedrighschwelliger und zahlreicher verfügbare – professionelle Hilfeangebote, so dass psychische Erkrankungen zwischenzeitlich häufiger erkannt werden können.

- zweite Lockdown im Spätherbst 2020 hat insgesamt zu einer stärkeren psychischen Belastung der Bevölkerung geführt, auch in jüngeren Altersgruppen.
- Zu den vulnerablen Gruppen, die infolge der Infektionsschutzmaßnahmen besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt waren, zählen unter anderem Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, Kinder und Jugendliche, Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen sowie medizinisches Personal.
 - Die Behandlung von psychischen Störungen erfolgt meist ambulant. Für gesetzlich Versicherte gibt es derzeit in ganz Bayern keine Versorgungslücken im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie. Es bestehen aber deutliche regionale Versorgungsunterschiede.
 - In mehr als der Hälfte der Fälle haben Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärzte Diagnostik und Behandlung übernommen.
 - Neben verschiedenen präventiven und therapeutischen Angeboten steht ein breites Spektrum von komplementären Hilfen (z. B. Beratungsstellen, betreutes Wohnen, stationäre Wohnformen, usw.) zur Verfügung.
 - Insgesamt 123 Plankrankenhäuser sowie vier Universitätsklinika und 19 Vertragskrankenhäuser mit spezialisierten Fachabteilungen gewährleisten in Bayern die stationäre Versorgung.
 - Nur ein kleiner Teil benötigt eine Behandlung in einem Krankenhaus. Im Jahr 2019 gab es insgesamt 176.815 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Etwa 30 % davon wurden in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt.
 - Bei den Kindern unter 15 Jahren waren die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99) häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt, bei den Heranwachsenden ab 15 Jahren und bei den Erwachsenen überwiegen die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19).
 - Die Rate der vollstationären Behandlungen liegt in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt hat Bayern weniger Betten in der Psychiatrie (auch in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) und mehr Betten in der Psychosomatik. In der teilstationären Versorgung zeigt sich dies ähnlich.
 - Die Verordnung von Psychopharmaka, wie etwa von Antidepressiva, ist in den letzten Jahren in Bayern angestiegen.
 - Für einen Termin für eine Richtlinienpsychotherapie mussten Patienten in Bayern weiterhin länger warten.
 - Im Jahr 2019 gab es in Bayern rund 207.000 schwerbehinderte Menschen aufgrund einer seelischen Behinderung. 9.497 Menschen wurden im Jahr 2020 infolge einer psychischen Erkrankung vorzeitig berentet.
 - Psychische Störungen sind teilweise noch immer stark stigmatisiert und führen zu Problemen bei der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben.
 - Psychische Störungen verursachen in Bayern schätzungsweise 7 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten jährlich.
 - In der Arbeitswelt entfällt inzwischen ein Sechstel der Krankschreibungen auf psychische Störungen, bei den krankheitsbedingten Frühberentungen stehen die psychischen Störungen an erster Stelle. Repräsentative Befragungen unter Beschäftigten zeigen regelmäßig hohe Belastungen durch Termin- und Leistungsdruck sowie andere psychische Belastungsfaktoren.

1. ZUR EINFÜHRUNG IN DEN BERICHT

1. Zur Einführung in den Bericht

Psychiatrieberichterstattung in Bayern

Das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG), Art. 4, verpflichtet die Staatsregierung, alle drei Jahre einen Bericht „über die Situation der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung in Bayern“ zu erstellen. „Der Bericht soll epidemiologische Basisdaten bezogen auf die Wohnbevölkerung Bayerns enthalten sowie die bestehende ambulante, stationäre und komplementäre Versorgungslandschaft abbilden und Veränderungen deutlich machen.“²

Demnach stehen die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, deren Schutz- und Risikofaktoren wie auch deren Prävention und Versorgung im Mittelpunkt dieses ersten Psychiatrieberichts nach dem BayPsychKHG. Neben der medizinischen Versorgung schafft der Bericht auch einen Überblick über die komplementären Hilfen, wie Beratungs-, Arbeits- oder Wohnangebote für psychisch Kranke. Der vorliegende Bericht bildet eine erste Bestandsaufnahme, Veränderungen werden vor allem in Folgeberichten aufgegriffen werden können. Nichtsdestotrotz werden auch in diesem Bericht zeitliche Entwicklungen – je nach verfügbarer Datenlage – dargestellt.

Es ist vorgesehen, in jedem Bericht ein Thema vertieft darzustellen. In diesem ersten Bericht 2021 wurde das Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit und Arbeitswelt“ gewählt. Zudem wird aus aktuellem Anlass auf Bezüge der Corona-Pandemie zur psychischen Gesundheit und Versorgung eingegangen. Zur fachlichen Begleitung wurde ein Beirat eingerichtet, der das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit bei der Berichterstellung unterstützt hat.

Die Datengrundlagen

Der vorliegende Bericht präsentiert wichtige Eckdaten zur psychischen Gesundheit und dem Versorgungssystem in Bayern und z. T. Deutschland. Dazu mussten unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden, die nicht immer in allen Belangen vergleichbar sind. Wo notwendig, weisen wir auf die Besonderheiten der jeweiligen Datenquellen im Text hin. Ein paar wichtige Erläuterungen finden Sie hier vorab:

Ambulante Diagnosen

Ambulante Diagnosen in diesem Bericht stammen im Wesentlichen von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Die ambulanten Diagnosen werden nach einem internationalen Klassifikationssystem („ICD“) verschlüsselt, wobei psychische und Verhaltensstörungen beginnend mit einem „F“ notiert werden (F-Diagnosen). Sie geben wieder, was die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, die in Bayern an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, an Diagnosen dokumentiert haben. Der Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vom 1. Quartal 2020 bis einschließlich 4. Quartal 2020. Bis auf die Versorgungsdaten in Kapitel 4.3 beruhen die Daten auf Diagnosen, die in mindestens zwei Quartalen in diesem Zeitraum bei gesetzlich Versicherten dokumentiert sind. Die Auswertung folgt in der Regel dem Wohnortprinzip. Vergleichbare Daten für Deutschland gibt es für die meisten Sachverhalte nicht. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass die Häufigkeit von Diagnosen nicht ohne Weiteres mit der Häufigkeit einer Erkrankung an sich gleichzusetzen ist: Wer krank ist, aber nicht zur Ärztin oder zum Arzt geht, kommt in den Diagnosedaten des Versorgungssystems nicht vor. Zudem erfolgt die Dokumentation einer F-Diagnose in vielen Fällen nicht von Anfang an. Verdachtsdiagnosen werden bewusst vorsichtig und zurückhaltend vergeben, um unnötige Stigmatisierungen zu vermeiden. Außerdem fehlen in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung

² Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG), Art. 4.

Bayerns die privat Versicherten, die etwa 10 % der Bevölkerung Bayerns ausmachen. Deren Diagnosedaten stehen bisher für die Psychiatrie-berichterstattung nicht zur Verfügung.³ Gleiches gilt für die – vergleichsweise kleine – Gruppe der Personen mit anderen Versicherungsverhältnissen bzw. ohne Versicherung.

Stationäre Diagnosen

Über die Fälle, die im Krankenhaus behandelt werden, wurde für diesen Bericht die amtliche Krankenhausstatistik herangezogen. Hier werden alle Versicherten, auch die privat Versicherten, erfasst. Stationäre und ambulante Fälle kann man allerdings nicht einfach addieren, oft haben stationär behandelte Patienten auch schon eine Diagnose bei den niedergelassenen Ärzten oder Psychotherapeuten erhalten. Ausgewertet wurde, sofern nicht explizit anders angegeben, nach dem Wohnortprinzip, d.h. mit Blick auf den Gesundheitszustand der bayerischen Bevölkerung. Nicht erfasst werden also Patienten mit Wohnsitz außerhalb Bayerns, die in Bayern behandelt werden. Bei der Krankenhausstatistik ist außerdem zu beachten, dass sie Fälle zählt, nicht Patienten. Eine Patientin oder ein Patient kann durch mehrere Krankenhausaufenthalte mehr als einen Fall verursachen. Dokumentiert wird stets die Hauptdiagnose des Krankenhausaufenthalts. Auch hier kommt das ICD-System zur Anwendung. Die bei Redaktionsschluss aktuellsten Daten waren die des Jahres 2019.

Daten einzelner Krankenkassen

An einigen Stellen bezieht sich der Bericht auf Daten einzelner gesetzlicher Krankenkassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Repräsentativität dieser Daten für die Gesamtheit der gesetzlich Versicherten bzw. die Gesamtheit der Bevölkerung in Bayern eingeschränkt sein kann.

Studiendaten

Vieles über die psychische Gesundheit kann nicht in Routinestatistiken erfasst werden, z. B. wenn Beschwerden nicht zu einer Behandlung führen oder wenn es um Risikofaktoren für Erkrankungen geht. Hier können Studien Daten liefern. Die wichtigste Studie zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (inkl. der BELLA-Studie, das Modul zur psychischen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität). Die letzte Erhebungswelle fand von 2014 bis 2017 statt. Dabei wurden mehr als 15.000 Kinder und Jugendliche bzw. ihre Eltern befragt. Daten speziell für Bayern gibt es aus der KiGGS-Studie allerdings nicht. Für die Erwachsenen ist die wichtigste repräsentative Studie zur psychischen Gesundheit der Erwachsenen survey (DEGS1) des Robert Koch-Instituts. Dabei wurden ca. 8.000 Menschen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren untersucht und befragt. Die Datenerhebungen fanden in den Jahren 2008 bis 2011 statt. Auswertungen für Bayern gibt es aus der DEGS1-Studie aufgrund der Stichproben-

Bayerischer Demenz-Survey

Im Rahmen des vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderten Forschungsvorhabens Bayerischer Demenz Survey der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) wurden im Zeitraum 2015–2017 Daten an drei unterschiedlichen Standorten in städtisch und ländlich geprägten Regionen in Bayern erhoben. Insgesamt nahmen 363 Menschen mit Demenz und 342 pflegende Angehörige teil und wurden über einen Zeitraum von 12 Monaten nachbeobachtet. Die gewonnenen Daten zum Krankheitsverlauf, dem Versorgungs- und Pflegeaufwand sowie der Angehörigenbelastung tragen zu einem besseren Verständnis für die Auswirkungen von Demenzen auf die Betroffenen und ihre Familien sowie zur Verbesserung der Versorgungssituation bei.⁴

³ Es handelt sich hierbei letztlich um Betriebsdaten privater Unternehmen.

⁴ Kolominsky-Rabas, P. et al.: Bayerischer Demenz Survey (BayDem) Bericht für die Projektphase 2015–2018. Friedrich-Alexander-Universität Erlangen. München. 2018.

größe ebenfalls nicht. Neben DEGS führt das Robert Koch-Institut regelmäßig die GEDA-Befragungsstudie („Gesundheit in Deutschland aktuell“) durch. Auch aus GEDA liegen Daten zu Aspekten der psychischen Gesundheit vor, zum Teil auch auf Bayerebene.

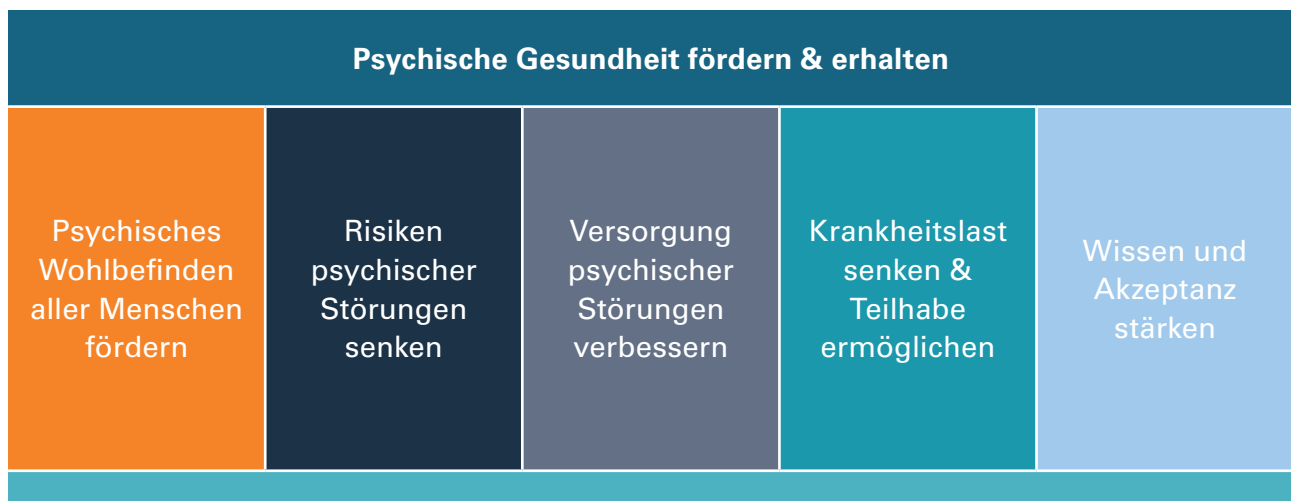
Zu vielen Sachverhalten gibt es allerdings bisher unzureichende aussagekräftige Studiendaten. So wissen wir beispielsweise insgesamt noch zu wenig über die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen in Bayern, die wirtschaftliche und soziale Lage von chronisch psychisch Kranken, die psychische Gesundheit der unterschiedlichen Migrantengruppen, die Verteilung von Risiko- und Schutzfaktoren für psychische Erkrankungen in der Bevölkerung in Bayern und vieles mehr. Dies ist auf Bundesebene oft nicht anders und das beim Robert Koch-Institut vor kurzem begonnene Vorhaben einer „Nationalen Mental Health-Surveillance“ versucht daher auch, Datenlücken zur psychischen Gesundheit zu schließen.

Der Aufbau des Berichts

Der Aufbau des Berichts orientiert sich an den Handlungsfeldern, die auch die Nationale Mental Health-Surveillance strukturieren (siehe Abb.).

Der Anhang enthält zudem einige tabellarische Datenübersichten, die mit dem weiteren Ausbau der Psychiatrieberichterstattung in Bayern und der Nationalen Mental Health-Surveillance auf Bundesebene zu einem fortschreibungsfähigen Indikatorensystem weiterentwickelt werden. An einigen Stellen im Bericht werden ausgewählte bayerische Projekte aus Forschung und Praxis vorgestellt.

Handlungsfelder der Nationalen Mental Health Surveillance



2. PSYCHISCHES WOHLBEFINDEN

2. Psychisches Wohlbefinden

Das Wichtigste

- Psychische Gesundheit hat unterschiedliche Aspekte. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden werden nicht alleine durch individuelle Merkmale beeinflusst, sondern auch durch soziale Umstände, in denen sich Menschen befinden, und die Umgebung, in der sie leben. Diese Faktoren interagieren dynamisch und können den psychischen Zustand einer Person negativ oder positiv beeinflussen.
- Das Robert Koch-Institut erfragt u. a. die „seelische Belastung“ der Bevölkerung. Der Anteil seelisch belasteter Erwachsener liegt in Bayern mit 9,2 % unter dem Bundesdurchschnitt.
- Heranwachsende Mädchen im Alter von 14 bis 17 Jahren bewerten ihr psychisches Wohlbefinden schlechter als 11- bis 13-jährige Mädchen, und sie bewerten es schlechter als gleichaltrige Jungen.
- Frauen bewerten ihr psychisches Wohlergehen schlechter als Männer, die unteren Sozialstatusgruppen schlechter als die oberen.
- Verschiedene protektive Faktoren schützen vor einer psychischen Erkrankung, besonders wirkungsvoll erweist sich eine höhere Selbstwirksamkeit und soziale Unterstützung.

2.1 Einführung

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.⁵ Psychische Gesundheit ist neben dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden ein wichtiger Aspekt menschlicher Gesundheit. Für den Einzelnen ist sie eine essentielle Vorausset-

zung für Vitalität, Partizipation und Leistungsfähigkeit. Auf der gesellschaftlichen Ebene ist das psychische Wohlbefinden wesentlich für Gemeinschaft, Gerechtigkeit und Wohlstand. Gemäß der WHO-Gesundheitsdefinition ist psychische Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen. Sie wird definiert als „Zustand psychischen Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“⁶.

Für die psychische Gesundheit sind dabei drei unterschiedliche Bereiche relevant: Psychisches Wohlbefinden, psychische Belastungen und psychische Störungen bzw. Krankheiten.

Psychisches Wohlbefinden

Psychisches Wohlbefinden hat mehrere Ebenen: emotionale, psychologische und soziale.⁷ Es umfasst Aspekte wie Ausgeglichenheit, das Gefühl der Lebensfreude, ein positives Selbstbild oder die Befähigung, Gedanken, Emotionen und Verhalten in einen Ausgleich bringen zu können. Dies gelingt nicht immer gleich gut – die Befindlichkeit der Menschen ändert sich und hängt von vielen Bedingungen ab, von biologischen Faktoren bis hin zu den Arbeits- und Wohnverhältnissen. Risiko- und Schutzfaktoren können dabei die Auswirkungen genetischer Prädisposition, frühkindlicher Erfahrungen oder belastender Lebensereignisse modifizieren und beeinflussen. In Folge dessen nehmen sie Einfluss auf die psychische Befindlichkeit. Psychisches Wohlbefinden und psychische Krankheiten, beziehungsweise Störungen, können damit als Pole eines Kontinuums verstanden werden.

⁵ Europäische Kommission: Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung für eine Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. Brüssel. 2005.

⁶ WHO: Mental health: strengthening mental health promotion. Genf. 2007 (Fact sheet No. 220).

⁷ Westerhof, G. J. und Keyes, C. L. M.: Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. J Adult Dev 2010; 17: 110–119.

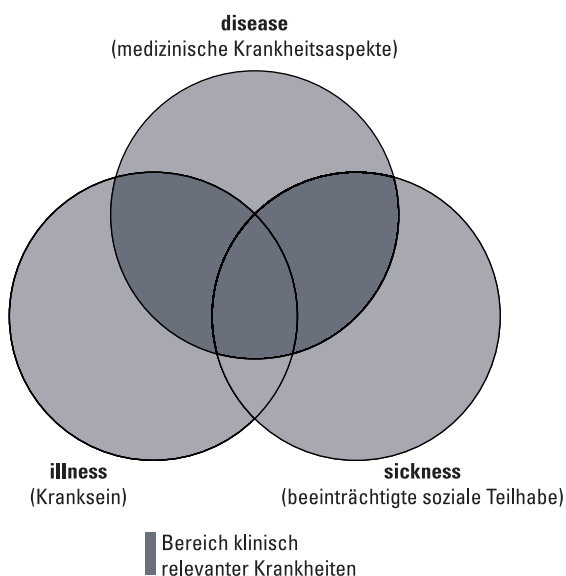
Psychische Belastung

Während das psychische Wohlbefinden insbesondere positive Aspekte wie Lebenszufriedenheit oder Glück in den Vordergrund rückt, geht es bei der psychischen Belastung eher um gesundheitliche Beschränkungen. Psychische oder seelische Belastungen und daraus vielleicht resultierende psychische Auffälligkeiten implizieren nicht zwingend eine medizinische Diagnose oder Behandlungsbedarf. Die Abgrenzung zu psychischen Störungen und Erkrankungen ist fließend.

Psychische Störungen

Eine klinisch relevante Einschränkung des psychischen Wohlbefindens kann die Diagnose einer psychischen Störung nach sich ziehen, wobei nicht jede subjektiv wahrgenommene psychische Beeinträchtigung eine psychische Störung im medizinischen Sinne darstellt.

Ob man Symptomen einen Krankheitswert zuspricht und sie als „psychische Störung“ einordnet, kann sich an unterschiedlichen Kriterien festmachen: Leidet die Betroffene oder der Betroffene bzw. Dritte unter den Symptomen? Schränken sie die Alltagskompetenzen ein? Besteht Behandlungsbedarf? Gefährden sie die betroffene Person oder Dritte? Stehen sie in Zusammenhang mit krankhaften biologischen Prozessen?



Quelle: Heinz A.: Krankheit vs. Störung. Medizinische und lebensweltliche Aspekte psychischen Leidens. Nervenarzt 2015; 86: 40

So gibt es Menschen, die das Hören von akustisch nicht vorhandenen Stimmen nicht als Belastung erleben und weder als Beeinträchtigung noch als Symptom einer Krankheit einstufen. Zu einer klinisch relevanten Erkrankung (siehe Abb.) werden akustische Halluzinationen („disease“) jedoch immer, wenn ein subjektives Leiden oder ein belastendes Krankheitserleben („illness“) hinzukommt oder wenn man aufgrund der Stimmen nicht mehr in der Lage ist, sich selbst zu versorgen beziehungsweise am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen („sickness“).

ICD-10, Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)

F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20–F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30–F39	Affektive Störungen
F40–F49	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60–F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70–F79	Intelligenzstörung
F80–F89	Entwicklungsstörungen
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), ICD-GM

In der Fachterminologie spricht man häufig nicht von psychischen Erkrankungen, sondern von psychischen Störungen. Oft ist nämlich unklar, ob die Beschwerden wirklich von einer zugrundeliegenden Krankheit mit typischen Wesensmerkmalen hervorgerufen werden oder ob es sich um ein Bündel von Symptomen handelt,

hinter denen unterschiedliche psychische Prozesse stehen können.

In der medizinischen Diagnostik werden psychische Störungen in der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) im Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen F00–F99 aufgeführt (siehe Tab.).

Diese Systematik fasst sehr unterschiedliche Sachhalte als „Psychische Störungen“ zusammen. Zu ihnen gehören kindliche Sprachentwick-

lungsstörungen, die Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) und der Autismus ebenso wie Depressionen, Angststörungen, Alkoholmissbrauch, die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und eine primär im Alter auftretende Demenz. Auch der Schweregrad psychischer Störungen variiert breit von kaum merklichen Störungen im Alltag bis hin zu Störungen, die den Betroffenen ein normales Leben unmöglich machen und zum Suizid führen können.

Triolog und Psychoseseminare

Triologforen und Psychoseseminare sind Gesprächsgruppen, die allen Interessierten offenstehen. Betroffene, Angehörige, Mitarbeitende psychotherapeutischer, psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen sowie Interessierte tauschen sich auf Augenhöhe über die unterschiedlichen Perspektiven und jeweiligen Erfahrungen von psychischen Belastungen oder psychischen Erkrankungen aus. Ziel dieses Erfahrungsaustauschs ist u. a. ein gemeinsames Verständnis für die Entstehung und den Verlauf psychischer Beeinträchtigungen und seelischer Krisen zu entwickeln. Triologforen und Psychoseseminare gibt es z. B. in Ansbach, Bayreuth, Erlangen, München, Nürnberg, Regensburg, Schwandorf und Weiden.

Triologische Arbeit findet zudem immer mehr Eingang in die psychiatrische Therapie auf allen Versorgungsebenen (-sektoren), beispielsweise durch die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen in die psychiatrische Versorgung (siehe dazu Kapitel 6).

Im **Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Diathese-Stress-Modell)** geht man davon aus, dass die Entstehung psychischer Erkrankungen auf ein Zusammenfallen von Vulnerabilität (eine Art verletzliche Vorbedingung) und ein oder mehrere Stressereignisse zurückzuführen sind.⁸ Die vulnerable Prädisposition kann biologisch veranlagt sein (z. B. durch eine zerebrale Schädigung) oder im Laufe des Lebens erworben oder erlernt werden (z. B. durch vorgängige Trennungs- und Verlusterfahrungen). Sie selbst führt jedoch nicht zwangsläufig zur Ausbildung einer psychischen Störung. Gemäß dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell muss ein auslösender Stressor hinzukommen – eine berufliche Belastungssituation, Konflikte in der Familie, ein traumatisches Ereignis oder ähnliches. Inwiefern sich letztlich eine psychische Störung entwickelt, ist weiterhin abhängig von psychologischen und entwicklungsbezogenen Faktoren. Nicht nur die Art, Intensität und Dauer der Belastungen, sondern in gleicher Weise die Befähigung zur Selbstreflexion und Affektregulation, die verfügbaren Bewältigungsstrategien oder auch das Ausmaß der sozialen Unterstützung können die individuelle Situation modifizieren, so dass sie weitaus weniger belastend erscheinen.

⁸ Wittchen, H.-U. und Hoyer, J. (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer. Berlin-Heidelberg. 2011.

Häufig ist nicht eine einzelne Ursache allein für die Entstehung einer psychischen Erkrankung verantwortlich, sondern eine Kombination aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Ihr Zusammenspiel ist individuell unterschiedlich und lässt sich im Einzelfall nicht immer aufklären. Allerdings ist aus der Forschung bekannt, dass bei psychischen Erkrankungen neben genetischen Dispositionen häufig Belastungssituationen in biografischen Schlüsselsituationen eine wichtige Rolle spielen.⁹

2.2 Positive psychische Gesundheit

Die positive psychische Gesundheit lässt sich in Gesundheitssurveys mithilfe von Fragen zur Vitalität, zum Glücksempfinden, zur Lebenszufriedenheit oder wie Menschen psychisch und sozial mit ihrem Leben zurecht kommen („Funktionalität“) abbilden. Im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts zeigen sich dabei signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechts- und Altersgruppen.¹⁰ Demnach bewerten 14- bis 17-jährige Mädchen ihr psychisches Wohlbefinden schlechter als gleichaltrige Jungen. Auch im Vergleich zu den 11- bis 13-jährigen schneiden die älteren Mädchen schlechter ab. Das heißt die gesundheitsbezogene Lebensqualität nimmt für Mädchen mit zunehmenden Alter ab. Bei den Jungen fallen diese Altersunterschiede geringer aus.¹¹

Daten für das psychische Wohlbefinden von Erwachsenen gibt es zum einen aus der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), zum anderen aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) mit dem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH)¹². Beide Studien wurden vom Robert Koch-Institut durchgeführt. Die Daten der GEDA-Studie von 2010 zeigen, dass bei 61,9 % der Befragten eine durchschnittliche oder überdurchschnittliche und bei 27,6 % eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheit vorliegt.¹³ Eine erhebliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit wurde bei 10,5 % der Befragten ermittelt. Hinsichtlich der Geschlechtsunterschiede als auch bezüglich des sozialen Status weisen die Ergebnisse der GEDA-Studie von 2010 und der ersten DEGS-Erhebungswelle in eine ähnliche Richtung: Frauen bewerten ihr psychisches Wohlergehen etwas schlechter als Männer und je höher der soziale Status, desto besser wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität gewertet.¹⁴ Kein einheitliches Bild zeigte sich hierbei hinsichtlich der Frage, ob sich mit steigender Altersgruppe eine Veränderung des psychischen Wohlbefindens abzeichnet.

⁹ Kendler, K. S. et al.: Causal Relationship between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *Am J Psychiatry* 2009; 156(6): 837–841; Hapke, U. et al.: Chronischer Stress bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 749–754.

¹⁰ Baumgarten et al.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität und Zusammenhänge mit chronischen Erkrankungen und psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. *Ergebnisse aus KiGGS Welle 2*. *Bundesgesundheitsblatt* 2019; 62: 1205–1214.

¹¹ Die Ergebnisse aus der HBSC-Studie von 2017/18 (Health Behaviour in School-Aged Children Deutschland) weisen in eine ähnliche Richtung; siehe Wüstner, A., Ravens-Sieberer, U.: Faktenblatt zur Studie Health Behaviour in School-aged Children 2017/18. Psychosomatische Beschwerdelast von Kindern und Jugendlichen. HBSC- Studienverbund Deutschland 2020; <http://hbsc-germany.de>.

¹² Die erste Erhebungswelle der DEGS-Studie vom Robert Koch-Institut erfolgte zwischen 2008 und 2011 bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren.

¹³ An der Studie GEDA 2010, die von September 2009 bis Juni 2010 durchgeführt wurde, nahmen 22.050 Menschen im Alter ab 18 Jahren teil. Die Ergebnisse der Studie sind veröffentlicht in: Robert Koch-Institut: Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin 2012.

¹⁴ Vgl. Ellert, U., Kurth, B.M.: Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsblatt* 2013; 56: 645 ff.; Robert Koch-Institut (Hrsg.): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. Berlin. 2012.

Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit

Für GEDA 2010 wurde zur Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit der Fragebogen Mental Health Inventory (MHI-5) verwendet. Dieser erfasst die Präsenz positiver (z. B. Glücksgefühle) wie auch negativer Affekte (z. B. Niedergeschlagenheit) der letzten vier Wochen gleichermaßen. In der DEGS1-Studie wird die positive psychische Gesundheit etwas differenzierter erfasst, insofern das Ausmaß der Vitalität und die Funktionalität mit einfließen.

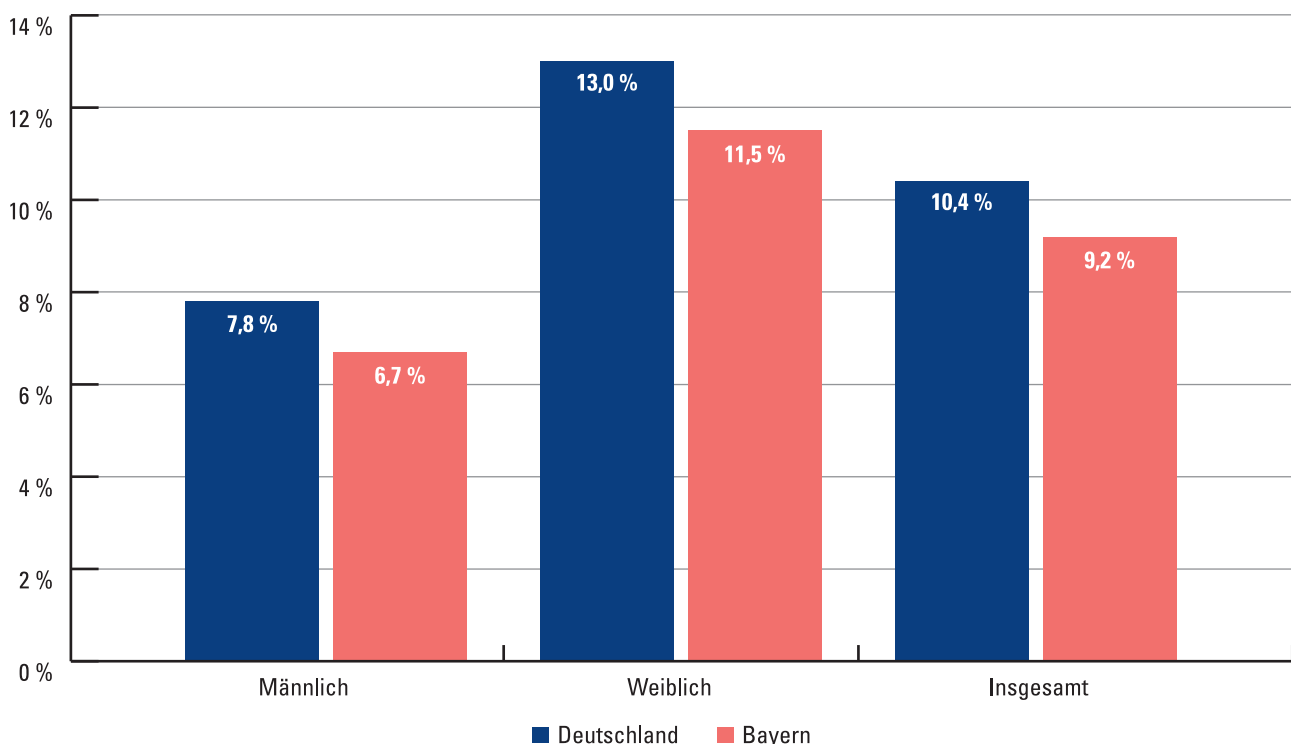
schen Belastungen ein. Dazu liegen auch Daten für Bayern vor. In der GEDA-Studie wurde nach der psychischen Befindlichkeit in den letzten vier Wochen gefragt.¹⁵ Für das Jahr 2012 wurden in Bayern 9,2 % der Erwachsenen (6,8 % der Männer und 11,5 % der Frauen) als seelisch belastet eingestuft, etwas weniger als in Deutschland insgesamt, hier waren es 10,4 %.

Sowohl in Deutschland als auch in Bayern war der Anteil der seelisch belasteten Personen in der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen mit 12,4 % in Deutschland und 11,6 % in Bayern am höchsten. Der Anteil der seelisch belasteten Personen in der Altersgruppe der 18- bis 44-Jährigen war mit 7,4 % in Bayern geringer als deutschlandweit (9,8 %).

Einen anderen Blickwinkel auf das psychische Wohlergehen nimmt die Frage nach den psychi-

Seelische Belastungen, 2012

Anteil Betroffener an der Bevölkerung



Datenquelle: RKI, GEDA; Berechnungen IGES

¹⁵ Die befragten Personen gaben die Anzahl der Tage innerhalb der zurückliegenden vier Wochen an, an denen ihre seelische Gesundheit nach eigener Einschätzung nicht gut war, sowie die Anzahl der Tage, an denen sie in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren. Für den Indikator „Seelische Belastungen“ werden diejenigen Befragten als belastet angesehen, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens beeinträchtigt waren.

2.3 Personale und soziale Schutzfaktoren

Für die Entwicklung von angemessenen Versorgungsangeboten sowie für Prävention und Gesundheitsförderung ist die Kenntnis von Schutzfaktoren, d.h. das was Menschen psychisch gesund hält, unabdingbar. Auch hier spielen vielfältige Faktoren zusammen, von der Genetik über personale Faktoren (z.B. Selbstwertgefühl, Kommunikationsfähigkeiten) bis hin zu den familiären und gesellschaftlichen Verhältnissen. Soziale Unterstützung in der Familie oder im Freundeskreis fördert die psychische Gesundheit ebenso wie ein solidarisches gesellschaftliches Klima oder ein Leben in sozialer Sicherheit mit guten Zukunftsperspektiven.

Über die Gesundheitsressourcen der Menschen speziell in Bayern, insbesondere im Regionalvergleich sowie im Vergleich verschiedener Personengruppen, liegen kaum Daten vor. Hier besteht grundlegender Forschungsbedarf. Verschiedene repräsentative Studien geben jedoch einen Einblick in die Wirkungsweise personaler und sozialer Schutzfaktoren.

Einen Hinweis auf die hohe Relevanz von individuellen, familiären und sozialen Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen geben die Ergebnisse der BELLA-Studie (Modul zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität des bundesweiten Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS-Studie). Zu den spezifischen Schutzfaktoren im Kindes- und Jugendalter gehören:

Resilienzforschung

Ein wichtiger Forschungsbereich ist die „Resilienzforschung“. Hier geht es um Faktoren, die Kinder, Jugendliche und Erwachsene gesund erhalten, obwohl sie unter schwierigen Bedingungen leben, z.B. Heranwachsende, deren Eltern psychisch krank sind, die von familiärer Gewalt betroffen sind oder die ein Trauma (z.B. als Flüchtlinge) bewältigen müssen. Studien konnten wichtige Resilienzfaktoren identifizieren.¹⁶ Als personale Ressourcen gelten Flexibilität, Optimismus, Selbstwirksamkeit, Problemlösekompetenzen, aber auch neurobiologische und neurophysiologische Strukturen. Auch die Fähigkeit zu einer angemessenen Emotionsregulation und Stressbewältigung zählen als krankheitsübergreifende Resilienzfaktoren. Neben den persönlichen Schutzfaktoren liegen die Gesundheitsressourcen auch im Lebensumfeld einer Person. Dazu gehört soziale Unterstützung durch Familie und Freunde. Auch eine spirituelle Verankerung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind wichtige soziale Ressourcen.¹⁷ Für Kinder und Jugendliche ist insbesondere eine konstante und unterstützende Bezugsperson (innerhalb oder außerhalb der Familie) bedeutsam, die sich in zahlreichen Studien als zentraler Schutzfaktor gezeigt hat.¹⁸ Gleichmaßen wichtig sind Arbeitsbedingungen, die eine Entfaltung der Persönlichkeit unterstützen, oder ein Wohnumfeld, das zur Entspannung und Erholung beiträgt. Besonders im Alter, in dem viele Menschen alleine leben, ist ein intaktes soziales Umfeld von besonderer Bedeutung.

¹⁶ Eine Übersicht dazu liefert: Bengler, J., Lyssenko, L.: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. BZgA 2012: 43.

¹⁷ Bonelli, R.M.: Religiosität und psychische Gesundheit – was ist wissenschaftlich belegt? Deutsche Medizinische Wochenschrift 2016; 141: 1863–1867.

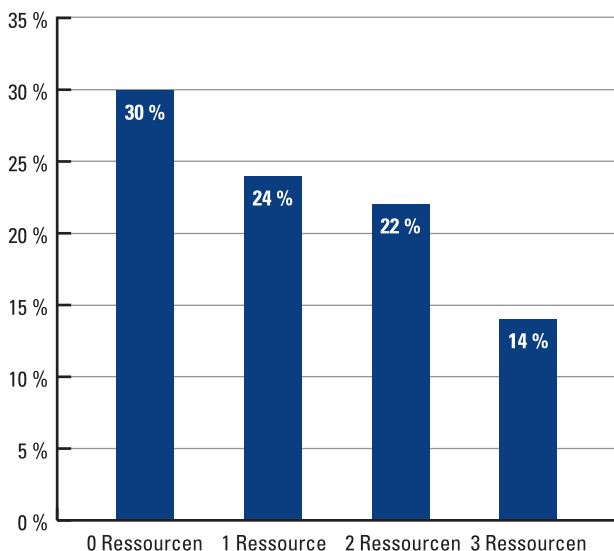
¹⁸ Werner E. E.: What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: Goldstein S., Brooks R. (Hrsg.): Handbook of resilience in children. New York. 2006: 510–549.

- Selbstwirksamkeit
- positives Selbstkonzept
- Optimismus
- gutes Familienklima
- elterliche Unterstützung
- soziale Unterstützung
- soziale Kompetenz

Hierbei hat sich gezeigt: Die Wahrscheinlichkeit psychischer Probleme sinkt mit dem Ausmaß beziehungsweise mit der Anzahl der verfügbaren Ressourcen.¹⁹

Kumulativer Effekt von Schutzfaktoren, Deutschland 2003-2006

Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen



Datenquelle: RKI, BELLA-Studie, nach Wille et al. (2008)

In der BELLA-Studie zeigt sich im Langzeitvergleich eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung sowie soziale Unterstützung als besonders

wirkungsvoll: Der Zuwachs an Selbstwirksamkeit und sozialer Unterstützung führt zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im Zeitverlauf.²⁰ Ferner hat sich gezeigt, dass insbesondere Kinder von psychisch belasteten Eltern zusätzlich zu den personalen und familiären Schutzfaktoren von einem positiven Schulklima profitieren.²¹ Die Autoren der BELLA-Studiengruppe vermuten, dass das schulische Umfeld (Schulleistungen, Kontakt zu Mitschülern etc.) den Kindern und Jugendlichen als Quelle für eine positive Selbstwahrnehmung dient und negative Erfahrungen aus der Kernfamilie kompensieren kann.

Für Erwachsene ist die protektive Wirkung einer höheren Selbstwirksamkeit und sozialen Unterstützung ebenfalls durch zahlreiche Studien belegt.²² Eine Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Unterstützung und der 12-Monatsprävalenz diagnostizierter Depressionen zeigt sich auch in den Daten der GEDA-Studie von 2012.²³ Personen, die sich durch nahestehende Personen oder Nachbarn nur wenig unterstützt fühlen, haben im Durchschnitt eine etwa dreifach höhere 12-Monatsprävalenz von diagnostizierten Depressionen als Personen mit einem hohen Grad an sozialer Unterstützung. Dieser Zusammenhang scheint in Bayern sogar noch etwas stärker ausgeprägt zu sein als im Bundesdurchschnitt.

Eine herausragende Bedeutung für die Entwicklung und Stärkung von psychischen Schutzfaktoren im Erwachsenenalter nimmt der Arbeitskontext ein.²⁴ Arbeit verleiht dem Alltag eine Struktur, verbindet Menschen und vermittelt zahlreiche

¹⁹ Wille, N. et al.: Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 141/142.

²⁰ Otto, C. et al.: Risk and social protectors of health related quality of life in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA-Studie. *PLoS One* 2017; 12(12).

²¹ Plass, A. et al.: Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. *Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(1): 41–49.

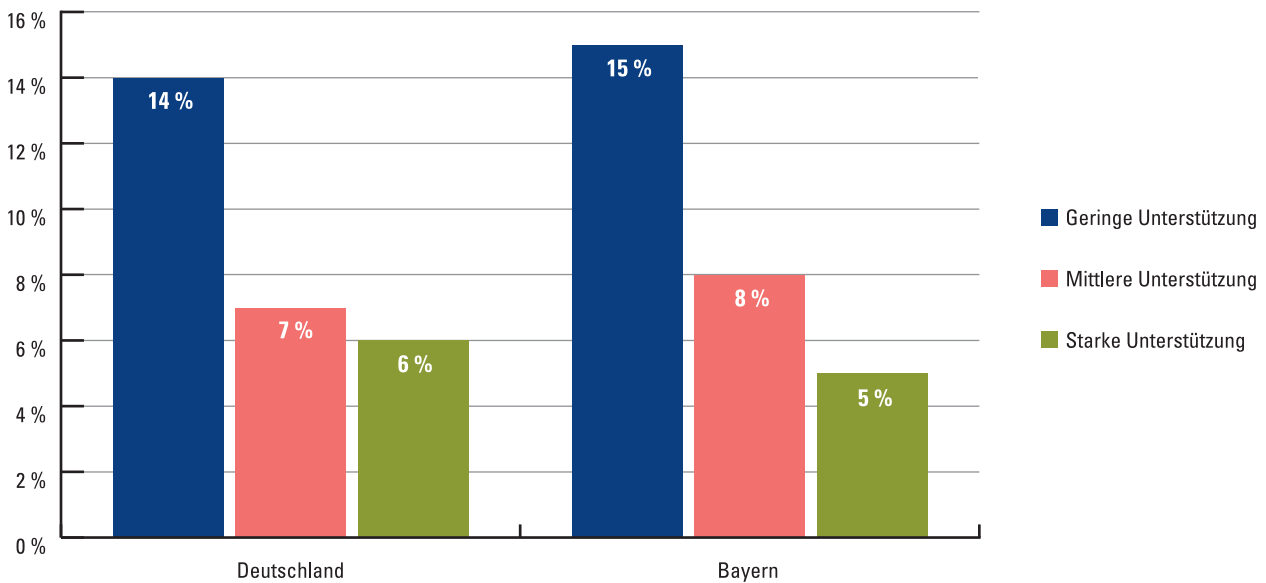
²² Bengler, J., Lyssenko, L.: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. *Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. BZgA* 2012; 43.

²³ Robert Koch-Institut (Hrsg.): *Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“*. Soziale Unterstützung. Berlin. 2014.

²⁴ Herrman, H., Saxena, S., Moodie, R.: *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice: report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. WHO 2005: 52.

Diagnostizierte Depressionen (12-Monatsprävalenz) und soziale Unterstützung, 2012

Anteil Betroffener nach Grad der sozialen Unterstützung



Datenquelle: RKI, GEDA; Berechnungen IGES; Soziale Unterstützung nach Oslo-3-Item-Social-Support Scale

Fertigkeiten. Einerseits ist Erwerbsarbeit mit Risiken für die psychische Gesundheit verbunden (siehe Kapitel 9), andererseits bietet sie Erfahrungsquellen für Selbstwertschätzung, soziale Anerkennung und Sinnhaftigkeit und stärkt damit das psychische Wohlbefinden.²⁵ Der Einfluss des beruflichen Sinnerlebens auf die Gesundheit ist seit langem bekannt.²⁶ In einer repräsentativen Studie von 2018 zum Sinnerleben in der Erwerbsarbeit stufen die befragten Personen ihre psychische und physische Gesundheit subjektiv höher ein, je stärker der eigene Anspruch und die erlebte Wirklichkeit in der Arbeit übereinstimmen (u. a. gesellschaftlicher Nutzen des Unternehmens, Sinnhaftigkeit des eigenen beruflichen Handelns, Kooperation mit Kollegen und Vorgesetzten).²⁷ Ein ähnlicher Effekt zeigte sich auch hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Sinnstiftend und somit förderlich für die psychische Gesundheit kann auch die Ausübung einer ehrenamtlichen Tätigkeit sein. In Bayern engagiert sich fast die Hälfte der Menschen über 14 Jahre im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit.²⁸ Als Begründung für das Engagement rangieren die Kategorien „macht mir Spaß“ (93 %), „die Gesellschaft gestalten“ (82 %), „mit anderen Menschen zusammenkommen“ (81 %) sowie „mit Menschen anderer Generationen zusammenkommen“ (80 %) weit oben. Wohlbefinden und psychische Gesundheit profitieren davon, indem ein solches Engagement Räume für soziale Begegnungen und Aktivitäten schafft, Selbstwirksamkeit befördert und Rollenverluste (z. B. aufgrund von Berentung oder Arbeitslosigkeit) kompensieren kann. Wenngleich die Daten des deutschen Freiwilligensurvey 2014 keine Rückschlüsse zulassen,

²⁵ Lehr, D., Hillert, A.: Selbstwertschätzung im Beruf – ein Weg zur Balance? In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Springer-Verlag. Berlin/Heidelberg. 2018: 143–156.

²⁶ Ulich, E., Marc W.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Springer Fachmedien. Wiesbaden 2018 (7. Aufl.): 27 ff.

²⁷ In der Studie wurden zwischen März und April 2018 2030 Erwerbstätige (16–65 Jahren) telefonisch zu den sinnhaften Aspekten ihrer beruflichen Tätigkeit befragt; siehe Waltersbacher et al.: Sinnerleben bei der Arbeit. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Erwerbstätigen. In: Badura, B. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Springer-Verlag. Berlin/Heidelberg. 2018: 23–46.

²⁸ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration: Freiwilligensurvey Bayern 2014. Ergebnisse und Trends. München. 2014: 11, 19.

ob das gesundheitliche und persönliche Wohlbefinden Voraussetzung oder vielmehr Folge des Engagements ist, so gehen die Autoren dennoch von einer gegenseitigen Wechselwirkung aus.²⁹ Demnach hat die soziale Unterstützung für andere auch selbstwertstärkende, positive Auswirkungen auf die eigene Gesundheit. Die Ergebnisse der Studie von Pavlova und Silbereisen von 2012 unterstützen diese Annahme, spezifizieren jedoch den Einfluss der Freiwilligenarbeit dahingehend, dass sich dieser Effekt stärker bei arbeitslosen/berenteten, beziehungsweise alleinstehenden, älteren Personen (56–75 Jahre) zeigt.³⁰

Weiterhin hat sich gezeigt, dass auch der allgemeine Lebensstil mit der psychischen Gesundheit korreliert, auch hier ist von einer Wechselwirkung auszugehen. Die Daten der GEDA-Studie von 2009 zeigen beispielsweise, dass geringer Alkoholkonsum, Nichtraucher, ein normales Körpergewicht, sportliche Aktivität und

Obst- und Gemüsekonsum mit weniger seelischer Belastung einhergeht – der Zusammenhang ist umso stärker, je mehr positive Lebensstilfaktoren vorliegen.³¹ Auch die Häufigkeit von Depression korreliert in der GEDA-Studie in gleicher Weise mit dem Lebensstil. Die protektive Schutzfunktion einer regelmäßigen körperlichen Betätigung ist auch aus der sportbezogenen Stressforschung bekannt. Sport hat einen stresspuffernden Effekt, hebt die Stimmung und stärkt das Selbstbewusstsein. Zudem gilt als gesichert, dass eine regelmäßige sportliche Betätigung einen protektiven Effekt gegen Depression und Angsterkrankungen aufweist.³² Auch im höheren Alter ist eine regelmäßige Bewegung für die psychische Gesundheit wichtig. Neben dem Erhalt der geistigen Fitness hat die körperliche Fitness einen bedeutsamen demenzpräventiven Effekt.³³ Ein gesunder Lebensstil kann dazu beitragen, insbesondere der Alzheimer Demenz vorzubeugen.³⁴

²⁹ Müller, D., Tesch-Römer, C.: Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In: Simonson et al. (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligensurvey 2014. Springer. Wiesbaden. 2017: 465–484.

³⁰ Pavlova M. K., Silbereisen, R.K.: Participation in voluntary organizations and volunteer work as a compensation for the absence of work or partnership? Evidence from two German samples of younger and older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2012; 67(4): 514–524.

³¹ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011.

³² Gabrys, L.: Körperliche Fitness als gesundheitsrelevanter Prädiktor. In: Balzer, W.(Hrsg.): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin. Springer 2017; Berlin-Heidelberg: 67 ff.

³³ Fellgiebel, A.: Resilienz gegenüber psychischen Störungen im Alter. *Nervenarzt* 2018; 89: 773–778.

³⁴ Luck, T., Riedel-Heller, S.: Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland. *Nervenarzt* 2016. 87: 1194–1200.

3. HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER STÖRUNGEN

3. Häufigkeit psychischer Störungen

Das Wichtigste

- Deutschlandweit zeigen etwas mehr als 17 % der Kinder und Jugendlichen und 28 % der Erwachsenen psychische Auffälligkeiten bzw. Störungen.
- In Bayern leben derzeit etwa 240.000 Menschen mit Demenz im Alter über 65 Jahren. Etwa zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. Aufgrund der demografischen Veränderungen kann bis 2030 von einem Anstieg auf 280.000 bis 300.000 Betroffene ausgegangen werden. Aus einer wachsenden Zahl von Studien gibt es inzwischen Hinweise auf eine rückläufige Erkrankungswahrscheinlichkeit in den westlichen Ländern mit Verminderungen der Inzidenzraten um bis zu 35 Prozent.
- Psychische Störungen sind in den letzten 10 bis 15 Jahren an sich vermutlich nicht häufiger geworden, vielmehr nutzen die betroffenen Personen vermehrt die professionellen Hilfeangebote.³⁵
- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag für etwas mehr als 2,8 Mio. gesetzlich versicherte Patienten in Bayern 2020 die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor, darunter 278.000 Kinder und Jugendliche.
- Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
- Bei den Kindern und Jugendlichen stehen unter den ambulanten Fällen in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80–F89) im Vordergrund, bei den Erwachsenen dominieren die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) und die affektiven Störungen (F30–F39).
- In den Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen die

Diagnosehäufigkeit mit dem Alter zunimmt. Es wird jedoch kontrovers diskutiert, ob psychische Störungen mit dem Alter wirklich häufiger werden.

- Insgesamt 176.815 Fälle mit Wohnsitz in Bayern wurden 2019 infolge einer psychischen Störung vollstationär in (Akut-)Krankenhäusern behandelt.
- Bei den Kindern unter 15 Jahren waren die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99) häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt, bei den Heranwachsenden ab 15 Jahren und bei den Erwachsenen überwiegen die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19).
- 2019 gab es in Bayern 1.520 Suizide. Drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen. Die Mehrzahl der Suizide ist mit einer psychischen Erkrankung oder einer akuten psychischen Krisensituation assoziiert.
- Die Suizidrate in Bayern ist schon seit vielen Jahren rückläufig. In den letzten 40 Jahren betrug der Rückgang rund 40 %.

³⁵ Der Anstieg an Diagnosestellungen sowie die vermehrte Verordnung von Psychopharmaka weisen nicht auf einen tatsächlichen Anstieg der Erkrankungshäufigkeit in den letzten 10 bis 15 Jahren hin; vielmehr nutzen die betroffenen Personen, auch bei zunehmender Sensibilität und abnehmender Tabuisierung in der Gesellschaft im Umgang mit psychischen Störungen, vermehrt – niedrighschwelliger und zahlreicher verfügbare – professionelle Hilfeangebote, so dass psychische Erkrankungen zwischenzeitlich häufiger erkannt werden können.

3.1 Die Häufigkeit psychischer Störungen international und national

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

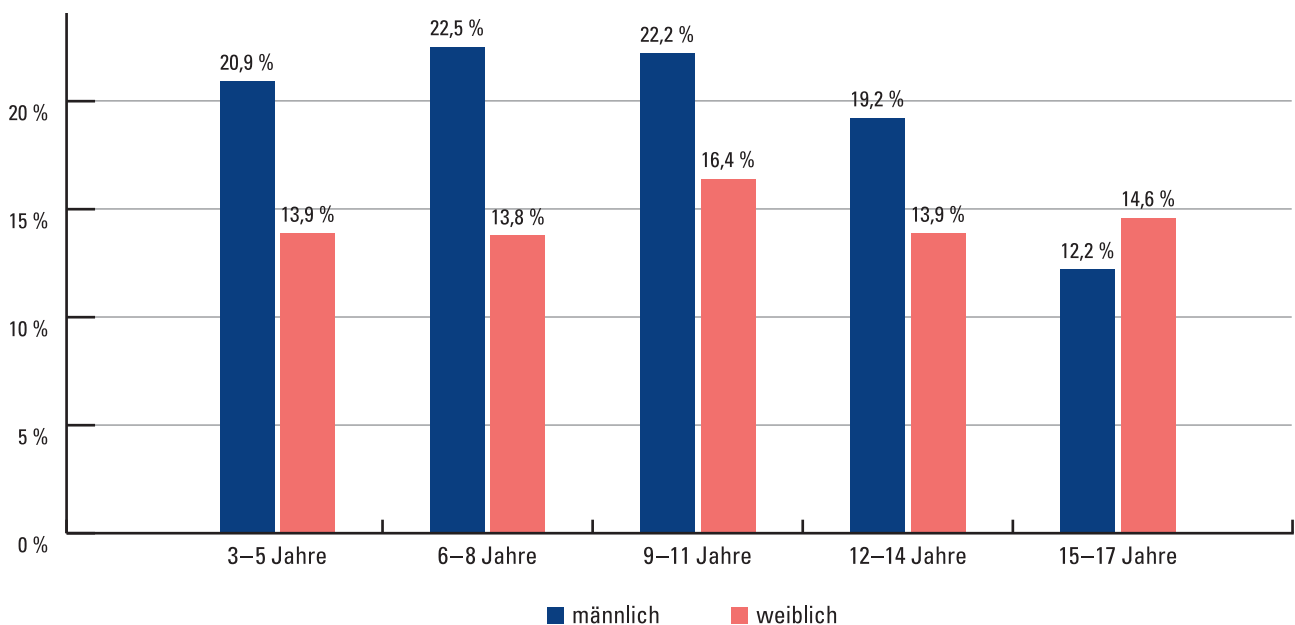
Weltweit leiden etwa 10–20 % der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Störung.³⁶ Mädchen sind stärker betroffenen als Jungen. In der Europäischen Region zählen laut der WHO Depressionen und Angsterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zu den fünf am häufigsten genannten Ursachen der durch Krankheit oder Behinderung verlorengegangenen gesunden Lebensjahre.³⁷ Die geschätzte Prävalenz psychischer Erkrankungen (inklusive der Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen) bei den 10- bis 19-Jährigen lag in Europa im Jahr 2015 bei 17 Mio. Personen. Dies entspricht 20 % aller Kinder und Jugendlichen.

Während bei den 10- bis 14-Jährigen Verhaltensstörungen wie ADHS und Störungen des Sozialverhaltens im Vordergrund stehen, sind bei den älteren Heranwachsenden Substanzstörungen häufiger.

Nach den Befunden der KiGGS-Studie tragen gut 17 % der Heranwachsenden zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland ein erhöhtes Risiko für psychische Auffälligkeiten. Konträr zum selbstberichteten psychischen Wohlbefinden (siehe Kapitel 2) und der oben berichteten Prävalenz sind die Mädchen hier, gemäß den Autoren der KiGGS-Studie, seltener von psychischen Auffälligkeiten betroffen als die Jungen: Der Anteil der psychisch auffälligen Jungen mit 19,1 % war deutlich höher als der Mädchen mit 14,5 %. Dies betrifft insbesondere die Altersgruppen der 3- bis 14-Jährigen.

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen (Elternbefragung), Deutschland, 2014–2017

KiGGS Welle 2



Datenquelle: RKI, KiGGS-Studie Welle 2, nach Klipker et al. (2018)

³⁶ Kieling, C.: Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378: 1515–25; Polanczyk, G.V. et al.: Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2015; 56(3): 345–365. Die Datenlage ist jedoch schwach, siehe Erskine, H.E. et al.: The global coverage of prevalence data for mental disorders in children and adolescents. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2017; 26: 395–402.

³⁷ WHO Regional Office for Europe: Fact sheet – Adolescent mental health in the WHO European Region (2018). www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/383891/adolescent-mh-fs-eng.pdf [Abruf am 7.5.20].

Im Vergleich zu den Daten aus der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) lässt sich für den genannten Zeitraum eine rückläufige Prävalenz psychischer Auffälligkeiten um 3 % feststellen, was vor allem auf die 9- bis 17-jährigen Jungen zurückgeht. Als mögliche Ursachenerklärung wird hier eine verbesserte (Früh-)Erkennung sowie Versorgung von externalisierten Verhaltensauffälligkeiten diskutiert, was letztlich auch den Geschlechtsunterschied erklären könnte, insofern Mädchen eher dahin tendieren, emotionale Probleme zu internalisieren.

In der an KiGGS angegliederten Modulstudie zur psychischen Gesundheit (BELLA) hat sich gezeigt, dass bei 40,7 % der Heranwachsenden mit Auffälligkeiten die psychischen Probleme über einen längeren Zeitraum (6 Jahre) hinweg bestehen.³⁸ Aus der Befragung der Eltern konnte

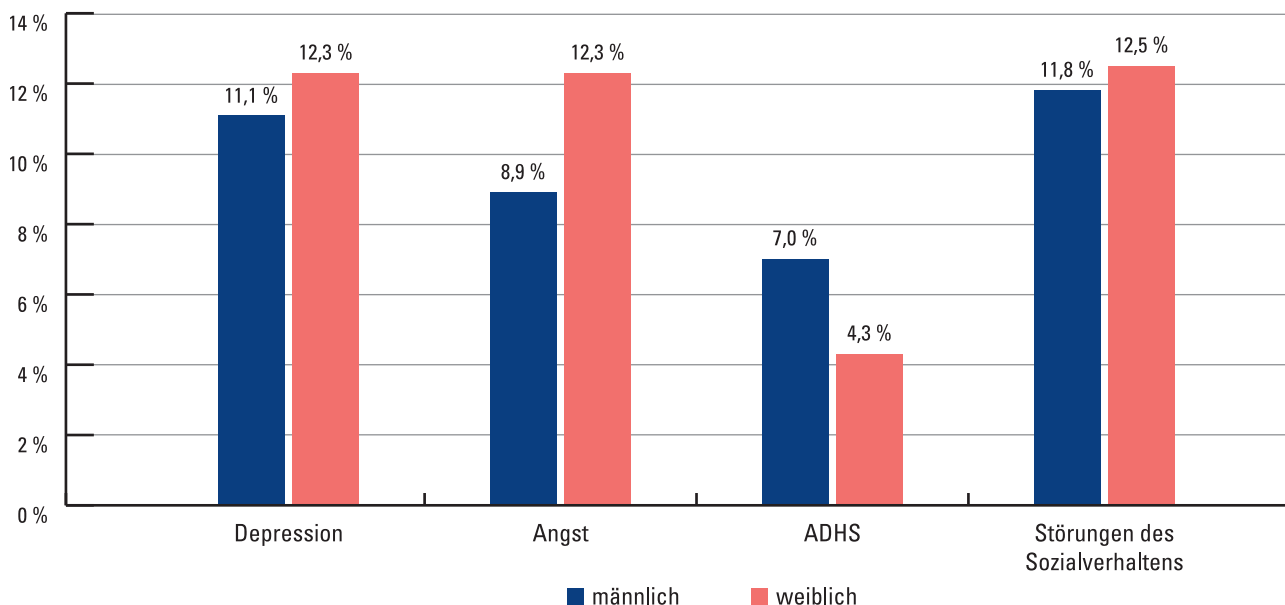
geschlossen werden, dass bei den Mädchen Symptome von Angst häufiger auftreten, während sich bei Jungen verstärkt Symptome von ADHS zeigen.³⁹

Im Selbstbericht der Mädchen wurden Symptome von Depression und Angst allerdings etwa um 10 Prozentpunkte höher angegeben als durch ihre Eltern (Depression: 20,8 % vs. 12,3 %, Angst: 21,4 % vs. 12,3 %). Hingegen wurden ADHS-Symptome von den Eltern für Jungen häufiger angegeben als in deren Selbsteinschätzung (1,8 % vs. 7 %).⁴⁰

Laut den Autoren der KiGGS-Studie (Welle 2, 2014–2017) liegen bei knapp einem Fünftel der Kinder und Jugendlichen Essstörungssymptome vor, wobei Mädchen mit knapp 28 % mehr als doppelt so häufig davon betroffen sind als Jun-

Einzelne Störungsbereiche mit klinischer Relevanz aus der Elternperspektive, Deutschland, 2003–2012

Anteil der Betroffenen nach Störungsbereichen differenziert, Altersgruppe 7–19 Jahre



Datenquelle: RKI, BELLA-Kohortenstudie, nach Klasen et al. (2016)

³⁸ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse der BELLA-Studie. Monatschr Kinderheilkd 2017; 165: 402–407.

³⁹ Klasen, F. et al.: Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 2016; 25 (1): 10–20.

⁴⁰ Klasen, F. et al.: Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen, Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 2016; 25 (1): 10–20.

gen.⁴¹ Im Vergleich zur ersten Erhebung (KiGG-Basis, 2003–2006) zeigt sich hier ein leichter Rückgang von 2,8 Prozentpunkten, was insbesondere auf die 11- bis 13-jährigen Jungen zurückzuführen ist. Bei den Mädchen ist der Anteil vergleichbar hoch geblieben

Psychische Erkrankungen bei Erwachsenen

Bei den Erwachsenen sind psychische Erkrankungen nach der Global Burden of Disease (GBD) Studie weltweit für mehr als 14 % der durch Krankheit oder Behinderung verlorengegangenen gesunden Lebensjahre verantwortlich. In allen untersuchten Regionen der GBD-Studie ergeben sich hohe Prävalenzen psychischer Erkrankungen im zweistelligen Bereich.⁴² Frauen sind weltweit stärker von affektiven Störungen und Angststörungen betroffen, Männer häufiger von Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen, z. B. Alkoholabhängigkeit.

In der Europäischen WHO-Region haben psychische Störungen den drittgrößten Anteil an der allgemeinen Krankheitslast nach den Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen. Für die Europäische Union kam eine große Studie 2010 zu einer 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen bei Erwachsenen (18 bis 65 Jahre) auf ca. 27 %.⁴³ Dies deckt sich mit der weiteren internationalen Studienlage.⁴⁴ Analog zu den weltweiten Schätzungen zählen auch in Europa die Angsterkrankungen und Depressionen zu den häufigsten psychischen Störungen und Frauen sind häufiger von psychischen Störungen betroffen.

In Deutschland wurde zwischen 2008 und 2011 die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) mit einem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren durchgeführt. Die Studienteilnehmer wurden dafür zu zahlreichen psychischen Störungen befragt und untersucht. Wie schon im Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern im Jahr 2017 beschrieben⁴⁵, liegt die 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen insgesamt bei etwa 28 %, bei Frauen mit 33 % deutlich höher als bei Männern (22 %). Knapp die Hälfte der betroffenen Frauen und etwa ein Drittel der betroffenen Männer hatte mehr als eine Diagnose, insbesondere Kombinationen aus Angst- und affektiven Störungen (darunter auch Depressionen), mehreren Angststörungen sowie Angst- und affektiven und somatoformen Störungen.⁴⁶

Im zeitlichen Verlauf kann die genannte europäische Studie mit einer methodisch ähnlichen Studie 2005 verglichen werden, die deutsche DEGS1-MH-Studie mit dem Bundesgesundheitsurvey 1998. In beiden Fällen zeigt sich kein Anstieg der Erkrankungshäufigkeit, d. h. psychische Störungen sind in den letzten 10 bis 15 Jahren vermutlich nicht häufiger geworden.

Der DEGS1-MH-Studie zufolge scheint die Häufigkeit psychischer Störungen (ohne Demenzerkrankungen) mit dem Alter tendenziell abzunehmen: Während bei den 18- bis 34-Jährigen bei jedem Dritten eine psychische Störung vorliegt,

⁴¹ Die hier erhobenen Essstörungssymptome sind nicht mit den diagnostischen Kriterien einer Essstörung, wie Anorexia oder Bulimia nervosa gleichzusetzen, aber sie liefern wichtige Hinweise für deren Häufigkeiten; siehe Cohrdes, C. et al.: Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren. Ergebnisse aus KiGG Welle 2 und Trends. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 1195–1204.

⁴² James, S.L. et al.: Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet 2018; 392: 1839.

⁴³ Wittchen, H.-U. et al.: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopathology 2011; 21(9): 655–679.

⁴⁴ Steel, Z. et al.: The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International Journal of Epidemiology 2014; 43(2): 476–493.

⁴⁵ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. München 2017.

⁴⁶ Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Der Nervenarzt 2014; 85(1): 77–87; Jacobi, F. et al.: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 2016; 87(1): 88–90.

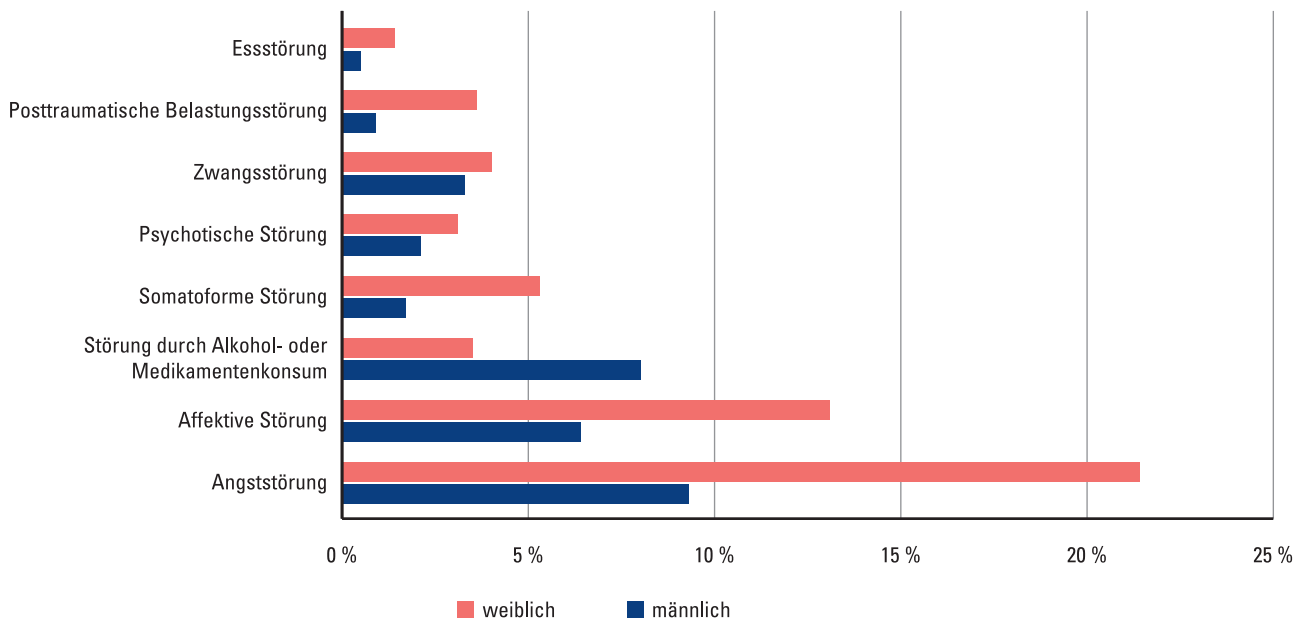
ist das in der Altersgruppe zwischen 65 und 79 Jahren nur bei jedem Fünften der Fall.

Allerdings finden sich in der Literatur unterschiedliche Befunde zur Häufigkeit psychischer Störungen

bei den Älteren, ebenso wie es Diskrepanzen zwischen Daten aus Studien und Daten aus dem Versorgungsgeschehen gibt (siehe dazu auch den Textkasten: Diskrepanz zwischen Gesundheitssurveys und Abrechnungsdaten).⁴⁷

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen, Deutschland, 2008–2011

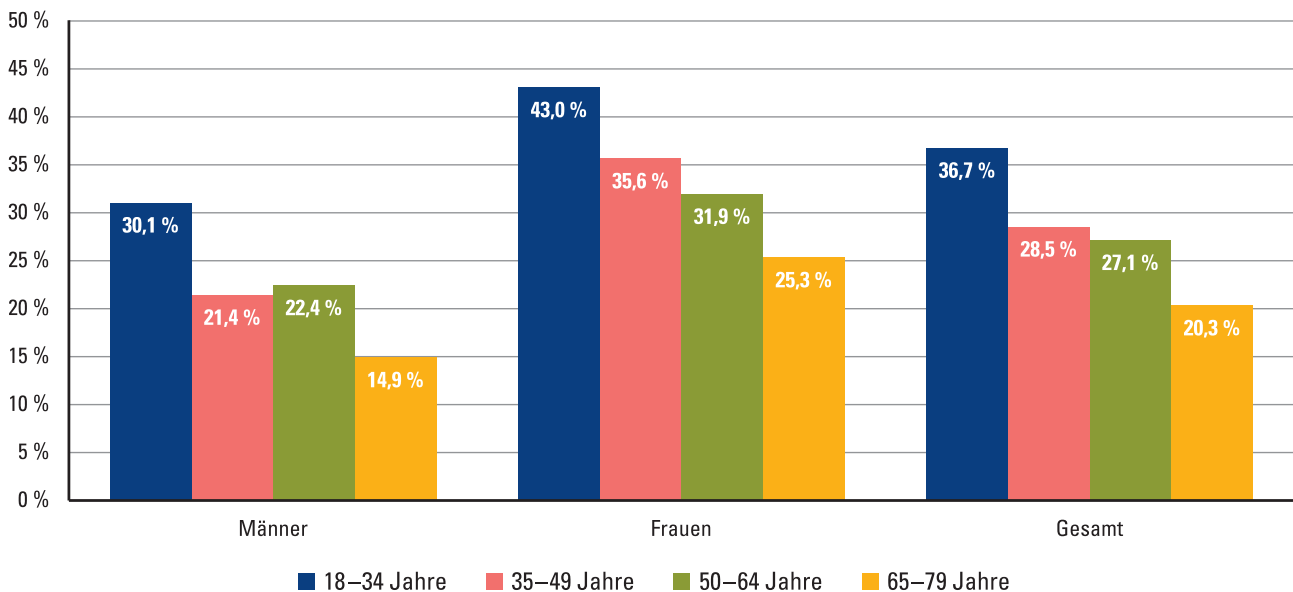
Anteil Betroffener an der Bevölkerung, Altersgruppe 18–79 Jahre



Datenquelle: RKI, DEGS1-MH, nach Jacobi et al. (2016)

12-Monatsprävalenz irgendeiner psychischen Störung stratifiziert nach Alter, Deutschland, 2008–2011

Anteil Betroffener nach Alter



Datenquelle: RKI, DEGS1, nach Jacobi et al. (2014)

⁴⁷ Andreas, S. et al.: Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. The British Journal of Psychiatry 2017; 210: 125–131. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. München 2017.

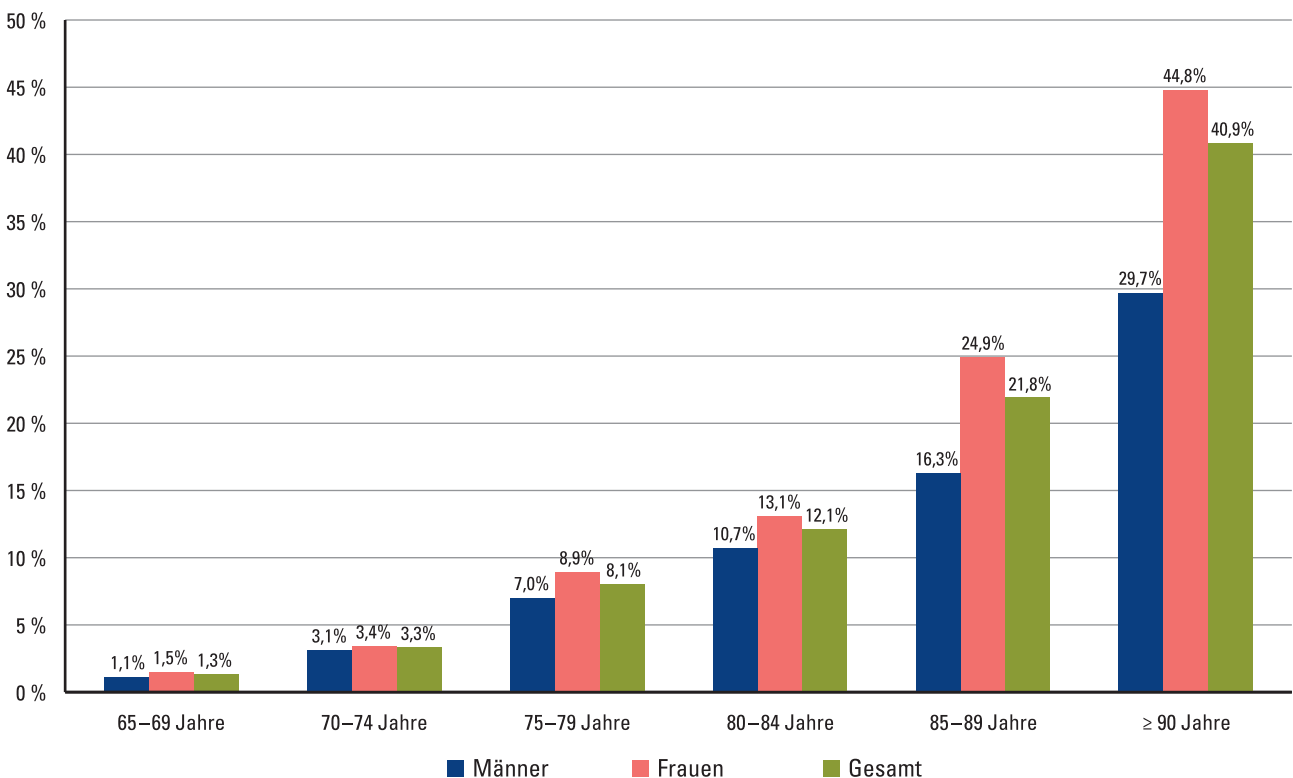
Demenz

Nach Schätzungen der Dachorganisation Alzheimer Europe beläuft sich der Anteil demenziell Erkrankter an der Gesamtbevölkerung (Prävalenz) in Europa auf etwa 1,7 %.⁴⁸ Für Deutschland liegt die Prävalenz etwas höher bei 1,9 %. Demenzen sind zu Beginn des Rentenalters noch selten – von den 65-69-Jährigen sind gerade einmal 1,6 % betroffen. Jedoch verdoppelt sich die Betroffenenrate im weiteren Altersverlauf nahezu alle 5 Jahre. In der Altersgruppe 90 und mehr Jahre zeigen mehr als 40 % Symptome einer Demenz. Der Anteil der Betroffenen steigt auch im höchsten Alter an. Etwa zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen.⁴⁹

In Bayern leben derzeit etwa 240.000 Menschen mit Demenz im Alter über 65 Jahren.⁵⁰ Blicke das altersspezifische Erkrankungsrisiko in den nächsten Jahren konstant, wäre infolge der Alterung der Bevölkerung davon auszugehen, dass sich die Zahl der Menschen mit Demenz in Bayern bis 2030 auf 280.000 bis 300.000 Betroffene erhöht. Aus einer wachsenden Zahl von Studien gibt es inzwischen Hinweise auf eine rückläufige Erkrankungswahrscheinlichkeit in den westlichen Ländern mit Verminderungen der Inzidenzraten um bis zu 35 Prozent.⁵¹

Häufigkeit von Demenzerkrankungen in Europa

Anteil Betroffener an der Bevölkerung, Altersgruppe 65 Jahre und älter



Datenquelle: Alzheimer Europe 2019

⁴⁸ Alzheimer Europe: Dementia in Europe Yearbook 2019. Estimating the prevalence of dementia in Europe. www.alzheimer-europe.org/Publications/Dementia-in-Europe-Yearbooks [Abruf am 3.6.2020].

⁴⁹ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsreport Bayern. 2/2019 – Update Demenzerkrankungen. LGL. S. 1–2.

⁵⁰ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsreport Bayern. 2/2019 – Update Demenzerkrankungen. LGL.

⁵¹ Bickel, H.: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Berlin 2020; Berechnungen der demenziell Erkrankten in Bayern: LGL.

Prävalenz von Demenzerkrankungen, Bayern

	Männer	Frauen	insgesamt
65–69	3.700	5.600	9.300
70–74	8.300	10.300	18.600
75–79	18.700	28.700	47.400
80–84	20.800	35.300	56.200
85–89	13.400	35.600	49.000
90 und älter	9.800	38.400	48.200
65 und älter	74.700	153.900	228.600

Datenquelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, eigene Berechnungen LGL

Im stationären Versorgungssystem sind Demenzen als Hauptdiagnose verhältnismäßig selten. 2019 wurden in Bayern 5.622 Betroffene wegen einer Demenz behandelt – darunter 3.495 Menschen mit Alzheimer-Demenz. Allerdings spielt Demenz als Komorbidität auch in der stationären Versorgung eine wichtige Rolle, weil dann die Behandlung erheblich erschwert werden kann. Studien deuten darauf hin, dass rund 40 % der Über-65-Jährigen im Krankenhaus kognitive Beeinträchtigungen aufweisen, 20 % sind von einer Demenz betroffen.⁵²

Für eine verbesserte stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz können u. a. ein strukturierter Tagesablauf, persönliche Zuwendung und kontinuierliche Betreuung durch Patientenbegleiterinnen und -begleiter sowie die Schaffung interdisziplinärerer Stationen für Menschen mit Demenz beitragen.⁵³

3.2 Die Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern

Epidemiologische Studien, die repräsentative Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen

liefern, sind sehr aufwändig und liegen daher meist nur bundesweit vor. Legt man die Zahlen der KiGGS-Studie zugrunde, wären im Freistaat Bayern von den etwa 2,1 Mio. Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren schätzungsweise 350.000 von psychischen Auffälligkeiten betroffen. Nimmt man an, dass die deutschlandweiten Prävalenzraten der DEGS1-Studie in etwa auch für Bayern gelten, kommt man auf dieser Basis zu einer Zahl von ca. 2,7 Mio. Menschen in Bayern in der Altersgruppe 18 bis 79 Jahre, die im Laufe eines Jahres unter einer klinisch relevanten psychischen Störung, wie Angststörung, Depressionen oder Zwangserkrankungen leiden.

Eine andere Datenquelle zur Abschätzung der Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern sind die ambulanten Abrechnungsdaten aller gesetzlich krankenversicherten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen. Sie spiegeln das Diagnose- und Behandlungsgeschehen für ca. 90 % der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen wider. Zu Privatversicherten liegen keine Daten vor. Anders als in den oben genannten Gesundheits-surveys (KiGGS, BELLA, DEGS, GEDA) werden hier nicht repräsentativ ausgewählte Personen anhand von standardisierten psychiatrischen Interviews untersucht oder befragt. Die Auswertungen beziehen sich nur auf Personen, die die ambulante Versorgung in Anspruch nehmen.

Bei etwas mehr als 2,8 Mio. gesetzlich versicherten Patienten aller Altersgruppen lag in mindestens zwei Quartalen im Beobachtungszeitraum 1. Quartal 2020 bis einschließlich 4. Quartal 2020 eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor. In der Altersgruppe der unter 18-Jährigen waren es insgesamt etwas mehr als 278.000 Kinder und Jugendliche, darunter gut 237.000 Kinder unter 15 Jahren. In der Altersgruppe 75+ lag bei über einer halben Million Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor.

⁵² Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsreport Bayern. 2/2019 – Update Demenzerkrankungen. LGL. S. 5.

⁵³ Bickel, H.: Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. Ergebnisse der General Hospital Study (GHoSt). In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 11, Heft 44, 02.11.2018, S. 734.

Beim relativen Vergleich der einzelnen Altersgruppen (Rate je 100.000 Einwohnern) zeigt sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der Anteil der Patienten mit einer psychischen Erkrankung mit dem Alter zunimmt (siehe Graphik). Vor allem für die Gruppe der Frauen ab 75 Jahren ergibt sich nochmals ein deutlicher Anstieg. Dieser Altersgang steht in Widerspruch zu den Surveydaten des Robert Koch-Instituts, eine Diskrepanz, die seit längerem bekannter Gegenstand von vertiefenden Untersuchungen unter Beteiligung des Robert Koch-Instituts ist.

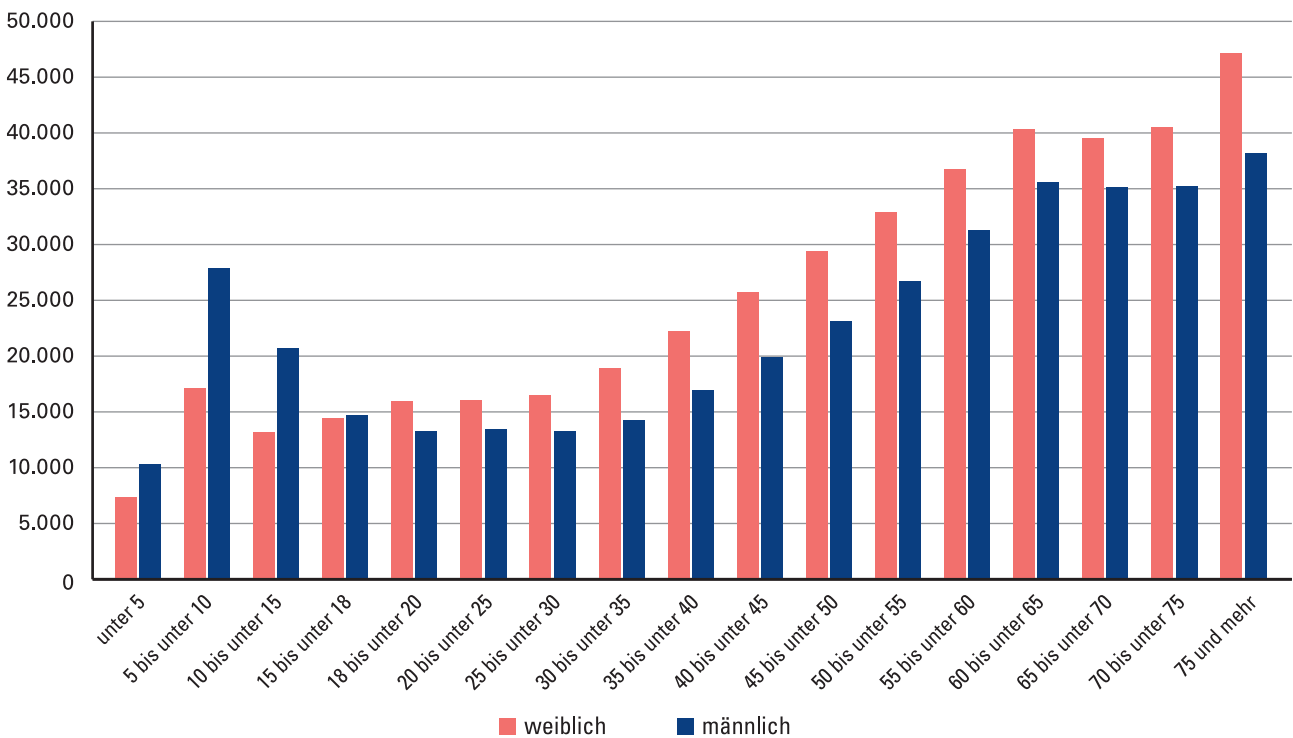
Für den Prävalenzanstieg bei den Kindern und Jugendlichen ab 5 Jahren, insbesondere bei den Jungen, spielen die Entwicklungsstörungen (F8) und die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) eine große Rolle. Zur Bedeutung von Sprachentwicklungsstörungen, Lese- und Recht-

schreibstörungen sowie ADHS an dieser Stelle sei auf den Bericht zu psychischen Gesundheit von Kinder und Jugendlichen von 2016 verwiesen, der dazu ausführlich berichtet hat.⁵⁴

Bei den Kindern und Jugendlichen dominieren unter den ambulanten Fällen in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80–F89) mit einem Anteil von 47 %. Dazu zählen die Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens sowie Entwicklungsstörungen schulischer Fähigkeiten. Mit einem Anteil von 31 % folgen die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F99), mit 13 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F49) und mit 3 % die affektiven Störungen (F30–F39). Allein die Hyperkinetischen Störungen (F90) machen im Alter zwischen 5 und 14 Jahren gut ein Viertel der Diagnosen aus.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), Bayern 2020

Anzahl der Patienten mit einer psychischen Störung je 100.000 Patienten, nach Alter und Geschlecht differenziert

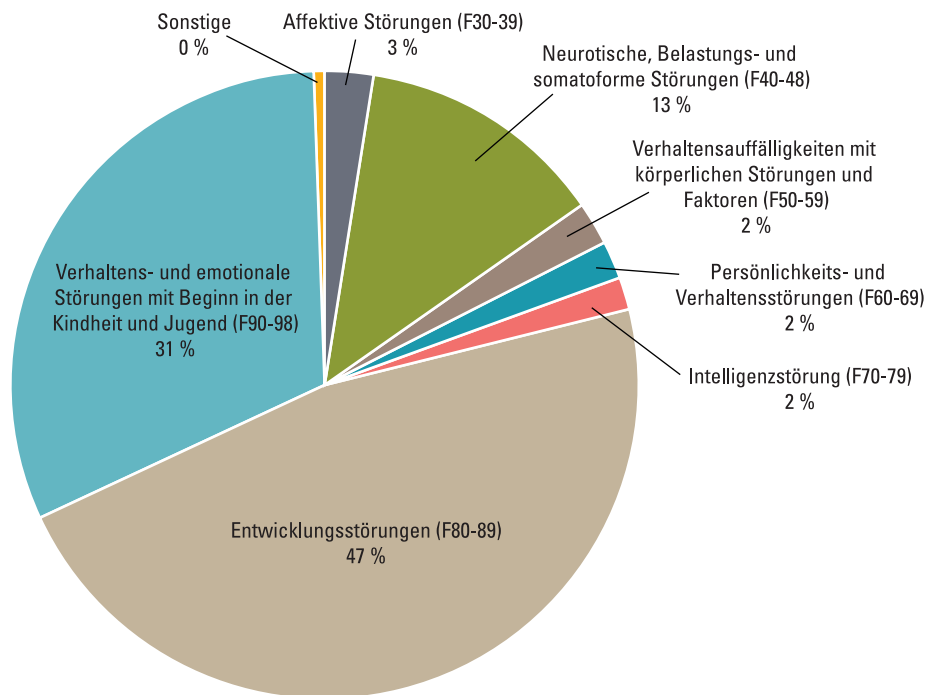


Datenquelle: KVB

⁵⁴ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München 2016.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), Bayern 2020

Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 0 Jahre bis einschließlich 17 Jahre



Datenquelle: KVB. In die Gruppe Sonstige mit einem Anteil von weniger als 1 % fallen: Organische einschließlich symptomatische psychische Störungen (F00–09), Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–19) und Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–29).

Wie schon im Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern 2016 beschrieben, sind bei den Klein- und Vorschulkindern die Entwicklungsstörungen (F80–F89) die häufigste Diagnose, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99). Depressionen (F32 und F33) und Substanzkonsum (F10 bis F19) kommen als relevante Störungsbilder erst in den Altersgruppen ab 15 Jahren hinzu.⁵⁵

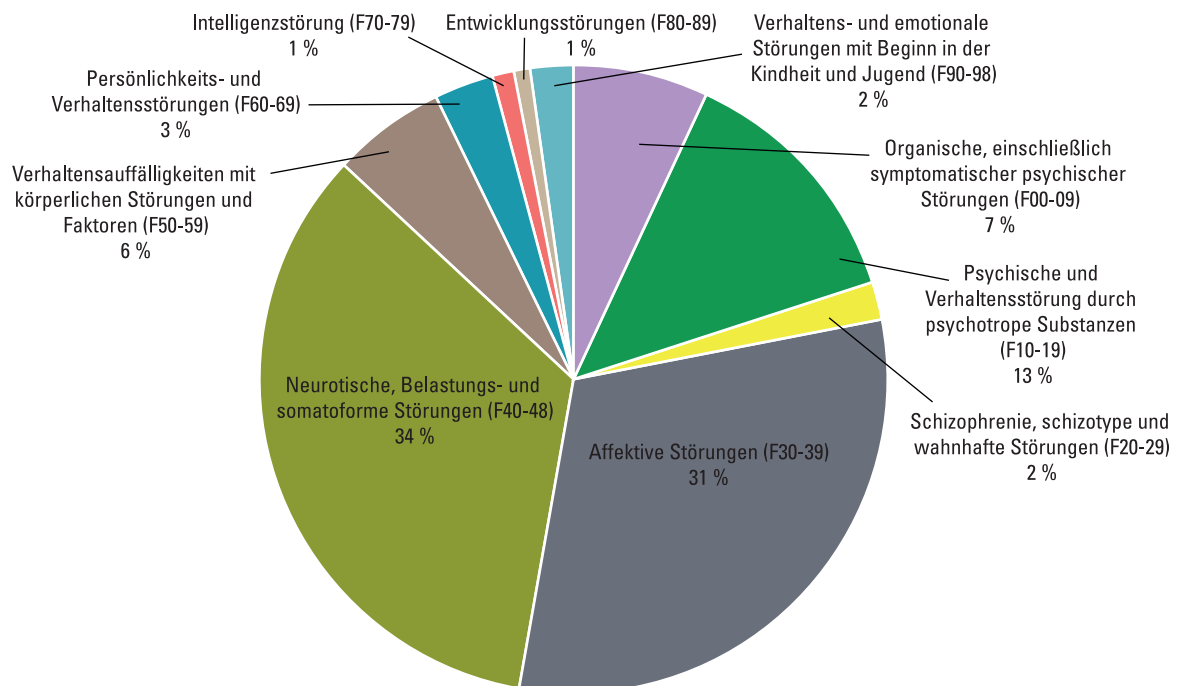
Bei den Erwachsenen stehen unter den ambulanten Fällen in Bayern mit je einem Drittel neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) sowie affektive Störungen (F30–F39) im Vordergrund, gefolgt von den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) mit einem Anteil von knapp 13 %. Dies entspricht in etwa der Verteilung der ambulanten Diagnosen aus dem Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern von 2017.⁵⁶

⁵⁵ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München 2016.

⁵⁶ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. München 2017.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), Bayern 2020

Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 18 Jahre



Datenquelle: KVB

Diskrepanz zwischen Gesundheitssurveys und Abrechnungsdaten

Da die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nur die gesetzlich Versicherten umfassen, liegen die absoluten Fallzahlen für die bayerische Bevölkerung vermutlich ca. 10 % höher. Damit entspricht einerseits zwar die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen, die sich aus der DEGS1-Studie ergibt, in der Größenordnung recht gut der Zahl aus dem Versorgungssystem. Andererseits ist aber zu beachten, dass ein erheblicher Teil der Menschen, bei denen in der DEGS1-Studie eine psychische Störung festgestellt wurde, nicht in Behandlung ist und umgekehrt in den Gesundheitssurveys psychisch schwer Erkrankte unterrepräsentiert sind⁵⁷. Die beiden Personengruppen sind also nicht ganz deckungsgleich.

Besonders deutlich zeigt sich die Diskrepanz beim Vergleich der Altersgruppen. Die Häufigkeit von psychischen Störungen nach Altersgruppen stellt sich unterschiedlich dar, je nachdem, ob man die Befunde der psychiatrischen Interviews aus den Gesundheitssurveys betrachtet (Erfassung von Krankheitssymptomen, Diagnoseprävalenz ermittelt über Selbstangabe) oder die Diagnosen aus dem Versorgungsgeschehen.

⁵⁷ So fehlen im Zusatzmodul DEGS1-MH langfristig institutionalisierte Personen, nicht den Meldeämtern gemeldete Personen (z. B. Obdachlose) oder Personen mit mangelnden Sprachkenntnissen. Ebenso gehen die Autoren der DEGS1-MH-Studie davon aus, dass kränkere Personen sich häufiger gegen eine Teilnahme ausgesprochen haben. Zudem gilt es zu beachten, dass die Behandlungsdaten rund 10 Jahre aktueller sind, als die der Gesundheitssurveys.

Dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey KiGGS (3. Welle der BELLA-Studie) zufolge ist die Häufigkeit einer psychischen Auffälligkeit oder Störung im Kindes- und Jugendalter bei den 11- bis 13-Jährigen im Vergleich zu den anderen Altersgruppen am höchsten.⁵⁸ Dagegen zeigen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (siehe Graphik Ambulante Diagnosen (F00–F99), Bayern 2020) analog zu den deutschlandweiten Versorgungsdaten⁵⁹, dass die F-Diagnosen in der Altersgruppe der 5- bis 10-Jährigen am häufigsten sind.

Der DEGS1-Studie zufolge ist die Häufigkeit einer depressiven Symptomatik im jungen Erwachsenenalter am höchsten und nimmt mit zunehmendem Alter tendenziell ab.⁶⁰ Dagegen dokumentieren Studien, die nach diagnostizierten Störungen fragen, einen Anstieg der Häufigkeit bis zum Alter um den Renteneintritt herum und einen Rückgang erst in den folgenden Jahren.⁶¹ Diese Diskrepanz zeigt sich für Bayern ebenfalls. In der GEDA-Studie gaben die Befragten im späteren Erwerbsalter am häufigsten an, dass bei ihnen eine Depression diagnostiziert wurde, danach gehen die Raten zurück.⁶² Noch ein etwas anderes Bild zeigen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für die Häufigkeit diagnostizierter Depressionen: Hier nimmt der Anteil der Patienten mit einer Depressionsdiagnose mit dem Alter immer weiter zu, wobei der Anstieg im späteren Erwachsenenalter mehrheitlich durch die „depressiven Episoden“ (F32) bedingt ist.

Für diese unterschiedlichen Alterseffekte sind verschiedene Erklärungsansätze denkbar.⁶³ Im Vergleich zu den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten erfasst der Kinder- und Jugendgesundheitssurvey z. B. nicht systematisch Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten oder der Motorik (F8), die bei den 5- bis 7-Jährigen für den Prävalenzanstieg in den ambulanten Abrechnungsdaten verantwortlich sind.

Hinsichtlich der Alterseffekte bei den Depressionsdiagnosen bei den Erwachsenen ist davon auszugehen, dass ältere Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen in wissenschaftlichen Studien unterrepräsentiert sind, zudem werden Personen in Heimen nicht einbezogen.⁶⁴ Speziell in Befragungen kann auch eine Rolle spielen, dass sich ältere Menschen seltener an eine frühere Diagnosestellung durch eine Ärztin oder einen Arzt erinnern, insbesondere wenn sie keine Behandlung zur Folge hatte, oder sich – aufgrund einer höheren Tabuisierung psychischer Störungen bei älteren Menschen – schwerer damit tun, in einer Befragung darüber zu berichten. Auch von Messungenauigkeiten bzgl. im Alter häufiger vorkommender untypischer Depressionen (z. B. mit im Vordergrund stehenden somatischen Symptomen) wird berichtet.⁶⁵ Bei den Abrechnungsdaten könnte auch eine Rolle spielen, dass eine einmal gestellte Depressionsdiagnose bei älteren Personen gelegentlich ohne regelmäßige Überprüfung weiter mitgeführt wird.

⁵⁸ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 2017; 165: 402–407.

⁵⁹ Siehe Steffen, A. et al.: Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07*. Berlin 2018; <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93> [Abruf am 25.05.20].

⁶⁰ In der GEDA-Studie 2019/2020 zeigt sich, dass in der Altersgruppe der 65–79-Jährigen am seltensten über depressive Symptome berichtet wird, allerdings bildet sich hier kein eindeutiger Altersverlauf ab. Siehe Heidemann C., et al.: *Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS*. *Journal of Health Monitoring* 2021; 6(3).

⁶¹ Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 733–739.

⁶² Thom, J. et al.: 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 2017; 2(3).

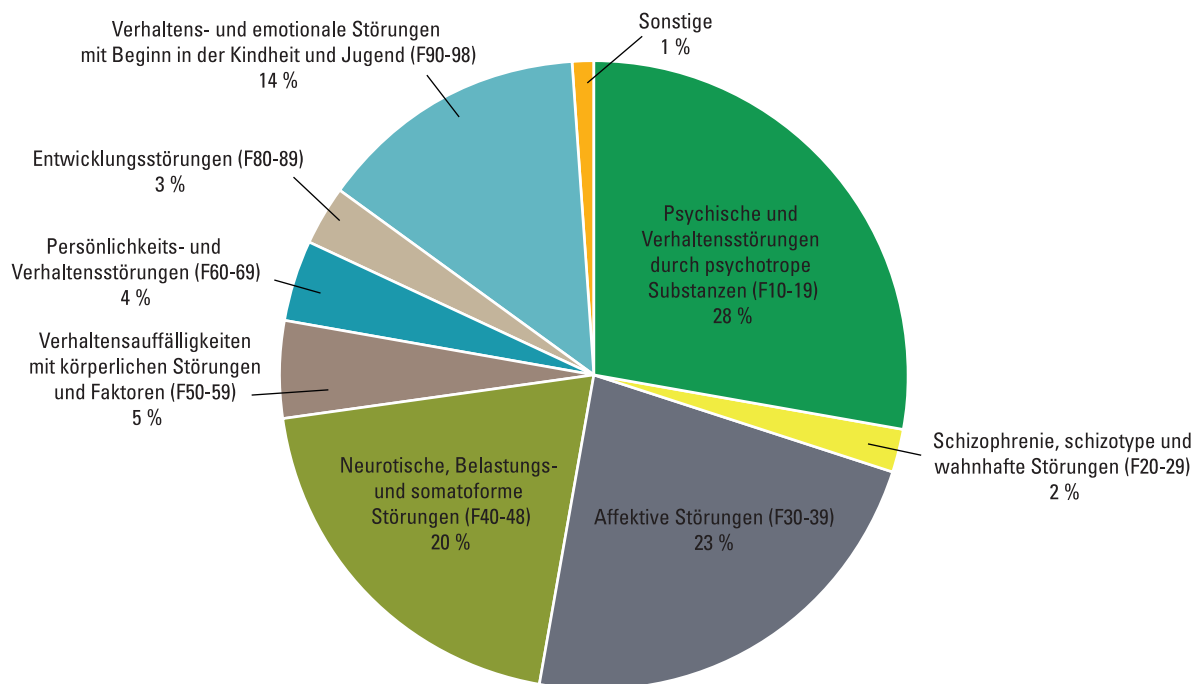
⁶³ Siehe dazu Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: *Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern*. München 2017.

⁶⁴ Gemäß der DEGS1-Studiengruppe wurden langfristig institutionalisierte Personen (Heimbewohner) nicht befragt; siehe Jacobi, F. et al.: *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung*. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 85.

⁶⁵ Busch, M.A. et al.: Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. *Bundesgesundheitsbl* 2013; 56: 733–739.

Stationäre Diagnosen (F00–F99), Bayern 2019

Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen bis 20 Jahre



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL. In die Gruppe Sonstige mit einem Anteil von weniger als 1 % fallen: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–09), Intelligenzminderung (F70–79), nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99).

In den stationären Diagnosen spiegeln sich vermehrt auch schwerere Erkrankungen wider, wie Schizophrenie oder schwere depressive Episoden. Dabei ist zu beachten, dass die Krankenhausstatistik Fälle zählt und nicht Patienten, eine Patientin oder ein Patient kann im Laufe eines Jahres mehrere Fälle verursachen. Eine stationäre Behandlung aufgrund einer psychischen Störung kann sowohl im (Akut-)Krankenhaus als auch in einer Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Im Jahr 2019 gab es 176.815 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Das waren 5,8 % aller Krankheitsbehandlungen im Krankenhaus. Wie in der ambulanten Versorgung entfällt auch hier nur ein kleiner Teil der Fälle auf Heranwachsende unter 20 Jahren, 20.217 Behandlungsfälle waren es in Bayern (darunter 6.500 Kinder unter 15 Jah-

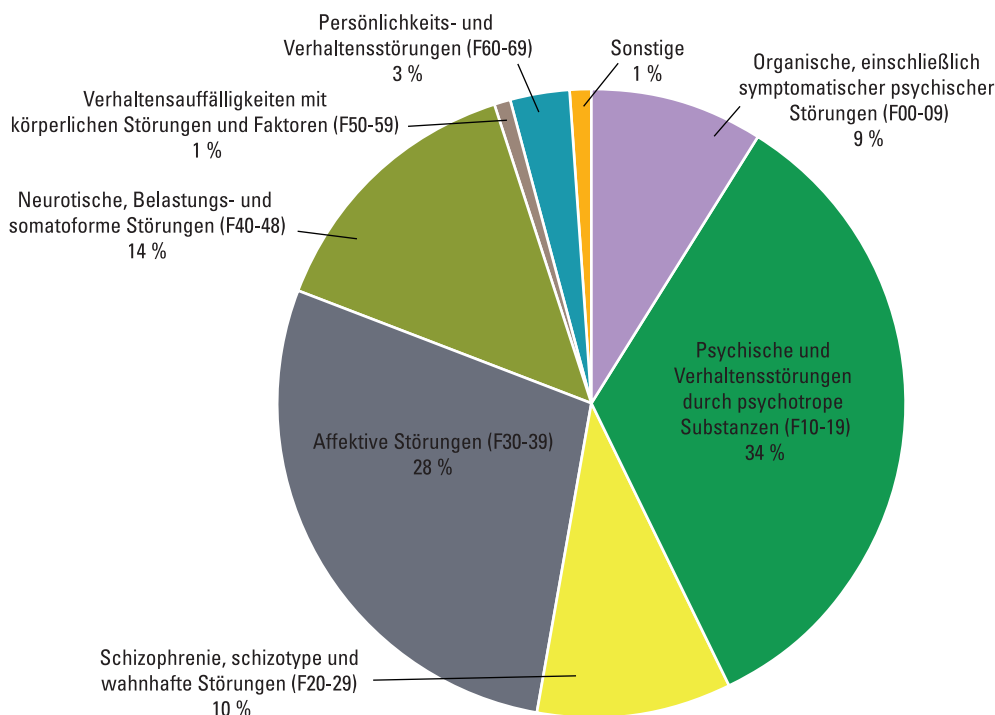
ren). Des Weiteren wurden im Jahr 2019 insgesamt 21.224 Fälle teilstationär in einer Fachabteilung mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt (darunter 2.871 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie). In einer Reha-Klinik wurden 2019 insgesamt 28.278 Fälle aufgrund einer psychischen Störung bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern behandelt, darunter 2.526 Fälle unter 20 Jahren.⁶⁶

Bei den Heranwachsenden bis 20 Jahren sind die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) mit ca. 28 % der häufigste Anlass für einen stationären Aufenthalt in einem (Akut-)Krankenhaus, gefolgt von den affektiven Störungen (F30–F39) mit 23 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) mit 20 %. Allerdings waren bei den Kindern unter 15 Jahren die Ver-

⁶⁶ Dies bezieht sich auf Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten; Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

Stationäre Diagnosen (F00–F99), Bayern 2019

Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 20 Jahre



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL. In die Gruppe Sonstige mit einem Anteil von weniger als 1 % fallen: Intelligenzminderung (F70–79), Entwicklungsstörungen (F80–89), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90–F98), nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99).

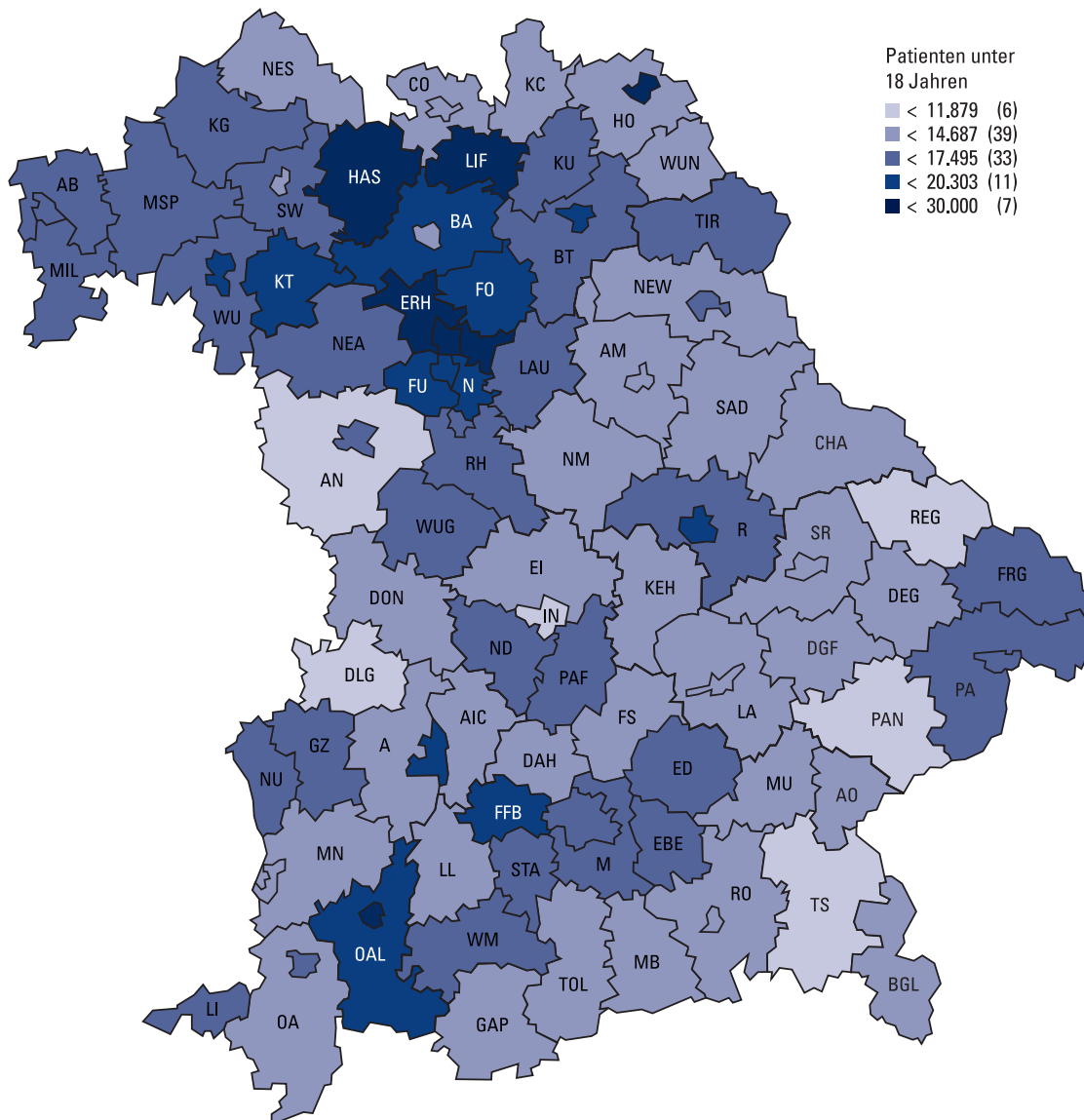
haltens- und emotionalen Störungen (F90–F99) mit 34 % häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 22 % und den affektiven Störungen mit 16 %. Bei den Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren hingegen dominieren die Substanzstörungen mit 36 %, gefolgt von affektiven Störungen mit 26 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 20 %.

Auch bei den Erwachsenen überwiegen unter den stationären Fällen in Bayern mit 34 % die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen, gefolgt von den affektiven Störungen mit 28 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14 %.

Häufigkeit nach Geschlecht

Während Frauen insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer oder erstgenannte zumindest häufiger das Hilfesystem anfragen, sind in der stationären Versorgung Männer in der Mehrzahl, verursacht vor allem durch alkoholbedingte Behandlungen (Männer: 1.412 Fälle je 100.000 Ew.; Frauen: 1.288 Fälle je 100.000 Ew.). Im Jahr 2019 wurden in Bayern Männer doppelt so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum stationär behandelt wie Frauen (Männer 45,2 %; Frauen 19,8 %). Bei den weiblichen Krankenhausfällen überwiegen unter den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Frauen 35,1 %; Männer 21,0 %) und die Angststörungen (Frauen 19,7 %; Männer 11,8 %).

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Altersgruppe 0 bis einschließlich 17 Jahren, Bayern, 2020



Datenquelle: KVB, Berechnungen LGL

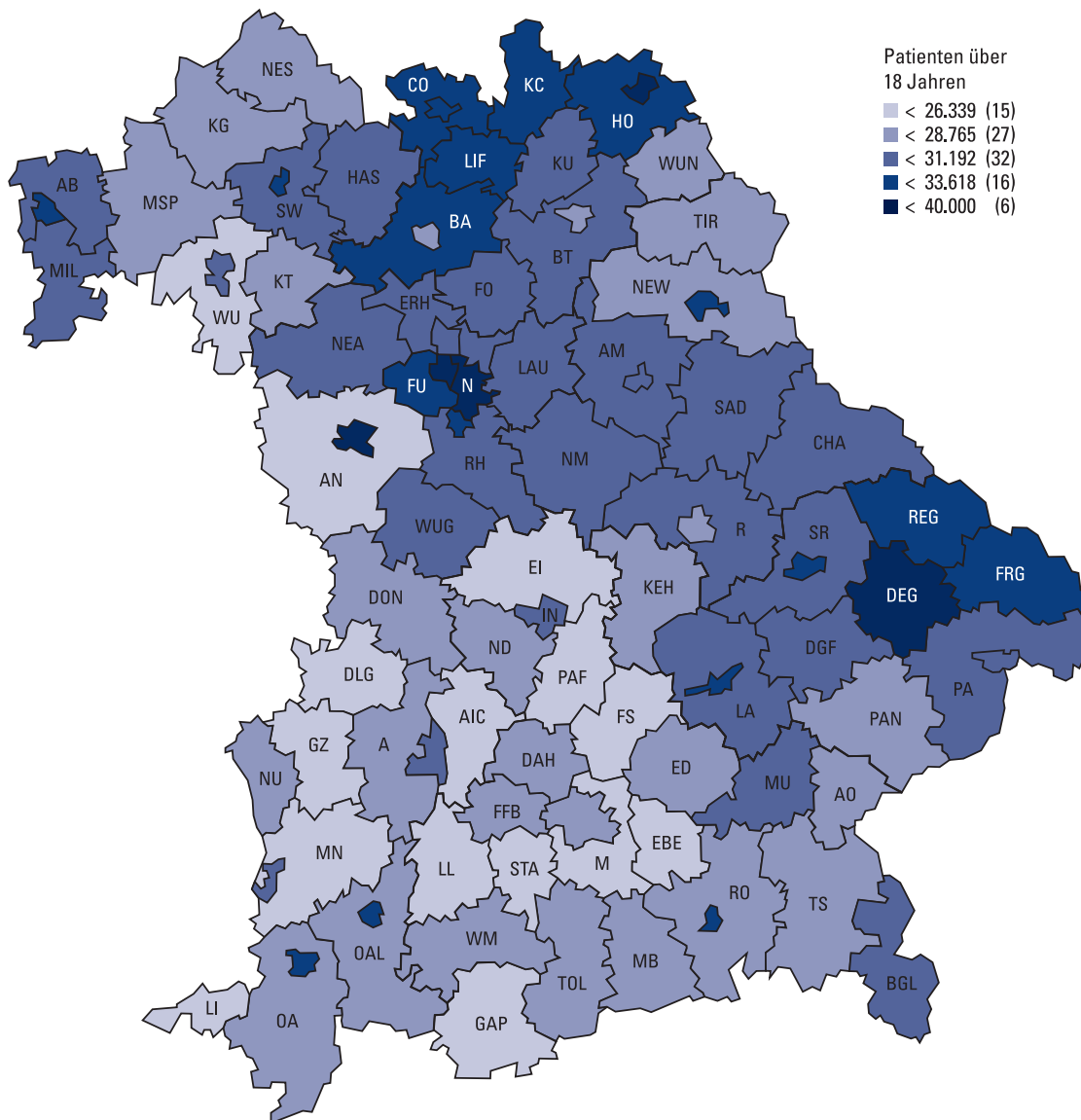
Regionale Unterschiede in Bayern

Die Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen bei den Kindern und Jugendlichen variiert in Deutschland erheblich und liegt gemäß dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) in Bayern im Jahr 2017 etwas niedriger als im Bundesdurchschnitt. Auch innerhalb Bayerns zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede. Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zufolge liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit bei den heranwachsenden GKV-Versicherten auf Kreis-

ebene zwischen 23.685 und 9.071 je 100.000 Patienten unter 18 Jahren.

Bezogen auf einzelne Störungsbilder der Kinder und Jugendlichen zeigen sich einige regionale Besonderheiten. In Unterfranken wird die Diagnose ADHS (F9) deutlich häufiger gestellt als in anderen Regionen Bayerns, ein inzwischen vielfach bestätigter Befund, der mit Besonderheiten der Versorgungsangebote in der Region Würzburg zusammenhängt. Bei den affektiven Störungen liegt die Spannweite der Diagnosehäufig-

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Altersgruppe ab 18 Jahren, Bayern, 2020



Datenquelle: KVB, Berechnungen LGL

keit zwischen 1.147 und 239 je 100.000 Patienten unter 18 Jahren.

Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen durch akute Alkohol-Intoxikation (akuter Rausch) (F10.0) finden sich bei den unter 20-Jährigen überdurchschnittlich gehäuft in einigen wenigen Wohnorten.

Bei den Erwachsenen gibt es ebenfalls regionale Unterschiede. Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zufolge liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit bei den GKV-Versicherten ab 18 Jahren auf Kreisebene zwischen

36.045 und 23.912 je 100.000 Patienten. Wie bereits im Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern Jahr 2017 berichtet, werden vor allem im Südwesten Bayerns weniger Depressionen diagnostiziert. Ob somit auch die psychische Gesundheit in Bayern dem bekannten regionalen Nordost-Südwest-Muster folgt, das bei vielen gesundheitlichen Merkmalen zu beobachten ist und auf sozioökonomische Faktoren zurückgeht, oder ob sich hier Versorgungsunterschiede unterhalb der Ebene der statistisch dokumentierten Versorgungsziffern zeigen, ist nicht bekannt. Hierfür wären vertiefende Studien nötig.

Psychische Störungen im Zeitverlauf

Die Gesundheitssurveys des RKI deuten, wie bereits erwähnt, darauf hin, dass die Zahl der psychischen Auffälligkeiten und Störungen in den letzten Jahren nicht zugenommen hat. Die 12-Monatsprävalenz liegt demzufolge bei den 3- bis 17-Jährigen konstant bei etwas mehr als 17 %, bei den 18- bis 79-Jährigen je nach einbezogenem Diagnosespektrum bei etwa 28 %. Dagegen dokumentieren die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zwischen 2009 und 2017 bei den Kindern und Jugendlichen in Deutschland eine deutliche Steigerung der Diagnosen infolge einer psychischen Störung.⁶⁷ Der Anteil der Heranwachsenden, die pro Jahr in mindestens zwei Quartalen eine solche Diagnose erhielten, erhöhte sich bis 2017 um 29 %. Bei den affektiven Störungen ist der stärkste Zuwachs zu verzeichnen. Eine analoge Entwicklung zeigt sich bei den Erwachsenen. Der Anstieg bei den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten spiegelt folglich keinen Anstieg der Erkrankungen wider, es werden vielmehr mehr Erkrankungen erkannt und behandelt.

Auch in Bayern verzeichnen die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten einen Anstieg der Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99).

In Bayern nahm unter den Versicherten mit Arztkontakt der Anteil mit einer ambulanten F-Diagnose (nach M2Q-Kriterium) seit 2011 bei den Erwachsenen von 24,5 % im Jahr 2011 auf 28,7 % im Jahr 2020 zu, bei den Kindern und Jugendlichen von 13,7 % im Jahr 2011 auf 15,5 % im Jahr 2020. Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen (AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre) von bayerischen DAK-Versicherten ist zwischen 2011 und 2019 um knapp 30 % angestiegen. Bei den Krankenhausbehandlungen in Bayern haben die psychischen Störungen bis vor ca. 10 Jahren ebenfalls zugenommen, seitdem sind sie leicht rückläufig, möglicherweise ein Effekt des Ausbaus der ambulanten Versorgung.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), M2Q-Kriterium, Bayern 2014–2020

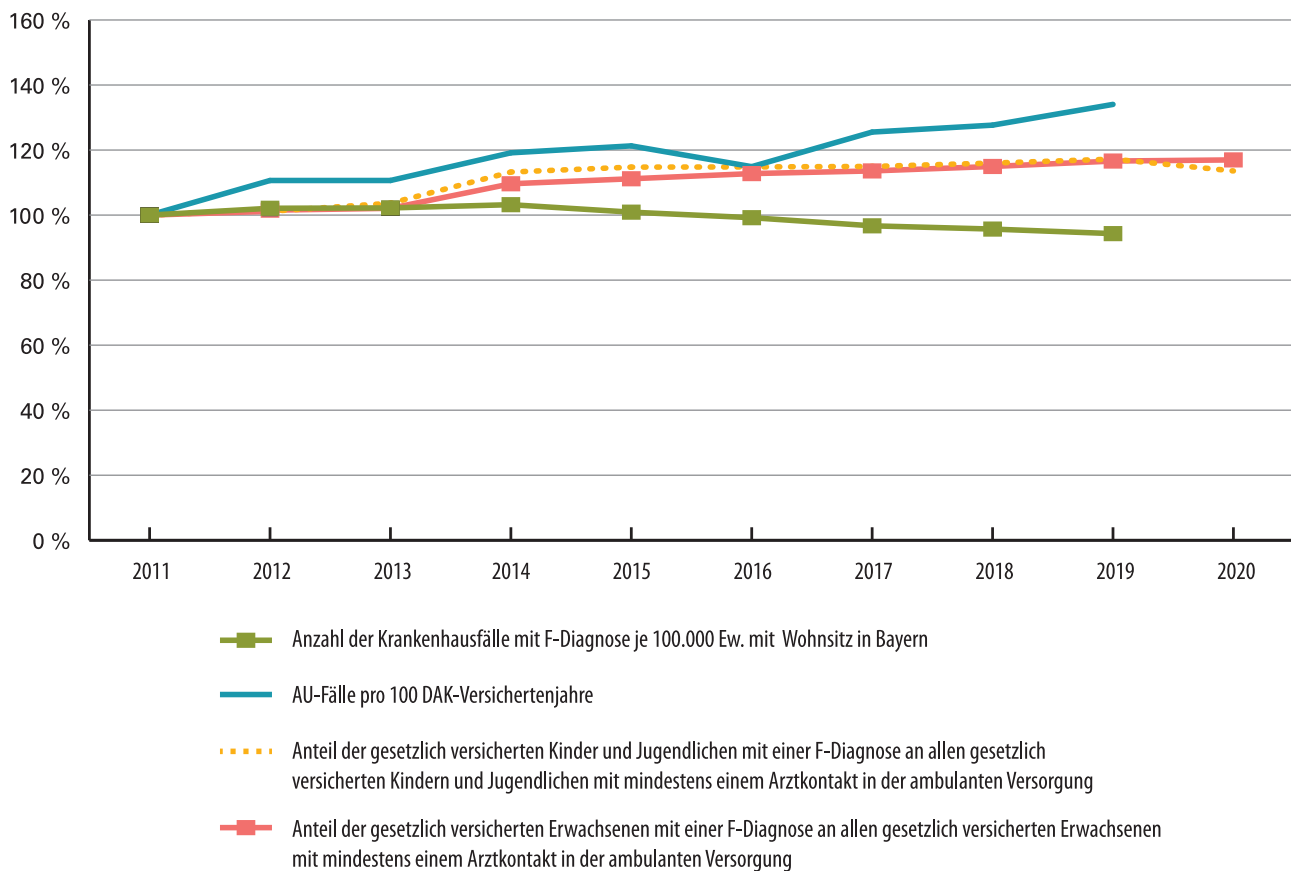
Jahr	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose 0–17 Jahre	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose 18 Jahre und mehr	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose gesamt
2014	263.881	2.258.714	2.522.595
2015	268.417	2.325.687	2.594.104
2016	271.654	2.388.398	2.660.052
2017	274.849	2.429.631	2.704.480
2018	280.198	2.486.219	2.766.417
2019	285.244	2.534.468	2.819.712
2020	278.185	2.528.779	2.806.964

Datenquelle: KVB, Stand Juli 2021

⁶⁷ Steffen, A. et al.: Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin 2018: 8.

Psychische Störungen im Versorgungsalltag, Bayern – ausgewählte Indikatoren

Indexdarstellung: Jahr 2011 = 100 %



Datenquellen: Ambulante Diagnosen: KVB; Krankenstand: DAK Gesundheitsreports 2011–2020; Krankenhausfälle: LfStat; Berechnungen LGL

3.3 Vorzeitliche Sterblichkeit und Suizide

Psychische Erkrankungen und vorzeitliche Sterblichkeit

Ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit ist aus internationalen Studien seit langem bekannt.⁶⁸ Psychosen beispielsweise können zu einem erhöhten Suizidrisiko führen, als Folge einer Depression wird häufig die Gesundheit vernachlässigt, der starke Gewichtsverlust bei einer Anorexie kann zum Tode führen, Tabak- und

Alkoholabhängigkeit tragen in vielfältiger Weise zu erheblichen Lebenszeitverlusten bei und Konsumenten illegaler Drogen sind durch Überdosierungen, Gewalttaten oder Infektionen gefährdet. Studien zufolge sterben psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten rund zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung und psychische Erkrankungen werden für ein Siebtel aller Todesfälle weltweit verantwortlich gemacht.⁶⁹ Einer großen dänischen Studie zufolge hing Substanzmissbrauch mit dem größten Verlust an Lebensjahren zusammen, aber auch Depressionen oder Angststörungen zeigten einen erheblichen Einfluss auf die vorzeitige Sterblichkeit.⁷⁰

⁶⁸ Murray, CJL., et al. World Health Organization, The Global Burden of Disease, 1996; Chesney E, Goodwin GM, Fazel S.: Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry 2014; 13: 153–60.

⁶⁹ Walker, ER., McGee, RE., Druss, BG.: Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Psychiatry 2015;72(4): 334-41.

⁷⁰ Weye, N., et.al. Association of Specific Mental Disorders With Premature Mortality in the Danish Population Using Alternative Measurement Methods, JAMA Netw Open 2020; 3(6): e206646. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.6646.

Für Deutschland liegen nur Studien zur Mortalität bei schweren psychischen Störungen vor.⁷¹ Im Rahmen einer Analyse von Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland zeigte sich bei Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung eine deutlich erhöhte Sterblichkeit. Das Risiko, in den nächsten zwei Jahren zu versterben, ist zwischen 1,3 und 2,7 mal höher als bei Menschen ohne schwere psychische Erkrankung (vgl. Tabelle, Sterblichkeitsraten variieren je nach Geschlecht und Erkrankung).

Risikoerhöhung der 2-Jahres-Sterblichkeitsraten bei Männern und Frauen für schwere psychische Erkrankungen		
	Männer	Frauen
Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.3)	2,4	2,21
Psychotische Störungen (F20–F29)	2,66	2,24
Bipolare Störungen (F30, F31)	1,59	1,47
Schwere unipolare Depressionen (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3)	1,48	1,33

Datenquelle: Schneider et al. 2019

Der geschätzte Verlust an Lebenszeit für Patientinnen und Patienten mit schweren psychische Erkrankungen liegt bei gesetzlich versicherten Patienten in Deutschland je nach Erkrankung, Alter und Geschlecht zwischen 2,8 und 11,5 Jahren. Der Lebenszeitverlust ist bei jüngeren Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen höher als bei älteren und bei Männern höher als bei Frauen.⁷²

Vorzeitige Sterbefälle treten auch aufgrund von Suchtmittelkonsum auf (siehe dazu auch den Abschnitt zum Thema Alkohol, Rauchen und Drogenkonsum). Die Todesursachenstatistik weist für das Jahr 2019 in Bayern 1.600 Verstorbene aufgrund von Alkoholkonsum aus. Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge sterben in Bayern jährlich knapp 16.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik gab es 2020 in Bayern 248 an illegalen Drogen Verstorbene.

Häufigkeit von Suiziden in Bayern

Im Jahr 2019 gab es in Bayern 1.520 Suizide, 151 weniger als im Vorjahr. Im langfristigen Trend ist die Suizidrate in Bayern wie auch in Deutschland insgesamt bei beiden Geschlechtern rückläufig. Zwischen einem Höchststand in 1982 und 2019 betrug der Rückgang der Suizidrate in Bayern knapp 50 % (siehe Graphik). Als Gründe für diesen Rückgang werden eine Verbesserung der Diagnostik und Versorgung von Depressionen sowie Fortschritte im Rettungswesen und in der Notfallmedizin diskutiert.

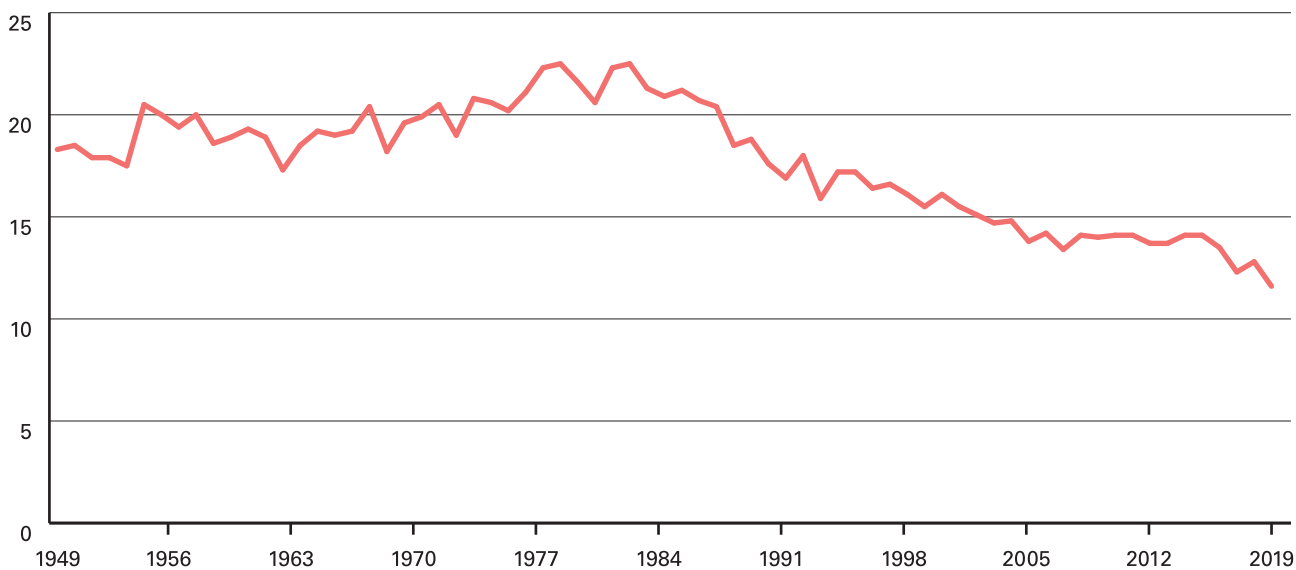
Rund 75 % der Suizide entfallen auf Männer. Die Geschlechterunterschiede bei den Suiziden nehmen mit dem Alter zu, insbesondere ab dem 70. Lebensjahr (siehe Graphik). Der Anstieg der Suizide im höheren Lebensalter ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in diesem Lebensabschnitt Kontaktverluste und Vereinsamung zunehmen, berufliche Anerkennung wegfällt, Depressionen nicht ausreichend behandelt werden und schwere körperliche Krankheiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit auftreten.

⁷¹ Rabe-Menssen, C., Dazer, A., Maaß, E. Report Psychotherapie 2020. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung e.V. 2020.

⁷² Schneider, F., et. al.: Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine deutsche Registerstudie. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 405–11.

Suizide in Bayern 1949–2019

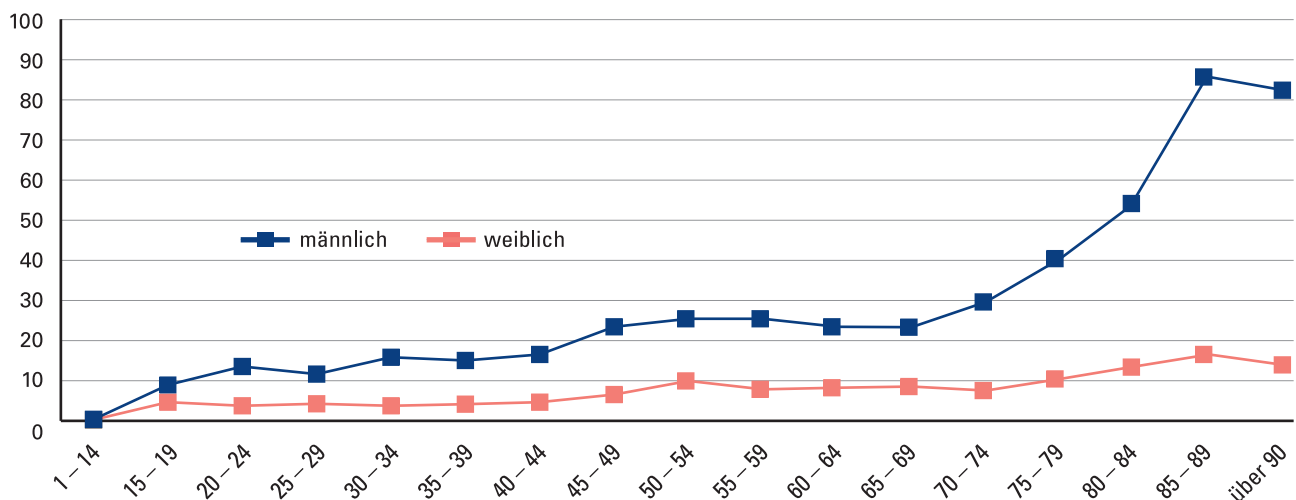
rohe Rate, je 100.000 Einwohner



Datenquellen: LfStat, Stat. Bundesamt, Ratenberechnung 1953–1970 LGL

Suizide in Bayern nach Alter und Geschlecht

Rate pro 100.000 Ew., Durchschnitt der Jahre 2017–2019



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, LGL Berechnungen: LGL

Die Zunahme der Suizidraten bei Männern im höheren Lebensalter, das sog. „ungarische Muster“, zeigt sich in vielen europäischen Industrieländern. In Kanada oder Japan fällt die Zunahme der Suizidraten bei älteren Männern hingegen deutlich schwächer aus.⁷³ Hier könnten möglicherweise auch gesellschaftliche Altersbilder eine Rolle spielen.

Die häufigste Suizidmethode war in Bayern im Jahr 2019 „Erhängen, Strangulierung oder Erstickern“. Im Vergleich zum Jahr 1950 zeigt sich eine Zunahme beim „Sturz in die Tiefe“, während „Vergiftungen“ und „Ertrinken“ abnahmen.

⁷³ WHO: Suicide rate estimates, crude, 10-year age groups Estimates by country. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE10YEARAGEGROUPS?lang=en> [Abruf am 23.10.2020].

Suizidmethoden Bayern 2019		Suizidmethoden Bayern 1950	
ICD 10 X70 Erhängen, Strangulierung oder Ersticken	43,1 %	Erhängen	46,2 %
ICD 10 X60–69 Selbstvergiftung	17,6 %	Vergiften	26,3 %
ICD 10 X80 Sturz in die Tiefe	10,2 %	Ertrinken	11,3 %
ICD 10 X72–75 Feuerwaffen, Explosivstoffe	8,9 %	Überfahrenlassen	6,0 %
ICD 10 X81 Sichwerfen oder Sichlegen vor ein sich bewegendes Objekt	6,4 %	Erschießen	3,5 %
Andere	13,8 %	Andere	6,8 %

Datenquelle: LfStat

Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zufolge gibt es in Deutschland jährlich mindestens 100.000 Suizidversuche. Während vollendete Suizide bei Männern und vor allem im höheren Lebensalter auftreten, sind Suizidversuche und suizidale Gedanken bereits im jüngeren Lebensalter häufig und hier sind vor allem Mädchen und junge Frauen betroffen.⁷⁴

Zu den Personen mit einem erhöhten Suizidrisiko zählen Menschen mit früheren Suizidversuchen oder Suiziden in der Familiengeschichte. Dies ist der wichtigste Risikofaktor für einen Folgesuizid, was besonders für die Prävention jener Suizide wichtig ist, die nach stationärer Therapie unternommen werden. Weitere Risikofaktoren sind psychische Erkrankungen (u.a. Depression, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen) sowie Lebenskrisen und schwere chronische Erkrankungen⁷⁵. Suizide kommen zwar in allen gesellschaftlichen Schichten vor, ein erhöhtes

Risiko besteht jedoch in sozial prekären Lebenslagen wie etwa bei Arbeitslosigkeit oder Inhaftierung.

Auch im Zusammenhang mit sozialen und ökonomischen Krisen kann die Suizidrate steigen.⁷⁶ Die Corona-Pandemie sowie die damit einhergehenden Maßnahmen ziehen ebenso psychische Belastungen nach sich (siehe Kapitel 4.3). Die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik zeigen für das Jahr 2020 keine relevante Veränderung der Suizide und Suizidversuche gegenüber den Vorjahren⁷⁷, auch vorläufige Daten der Todesursachenstatistik zeigen bisher keine Auffälligkeiten.⁷⁸ Allerdings zeigen Studien, dass Epidemien zu steigenden Suizidzahlen führen können.⁷⁹ In Bayern gaben während der Ausgangsbeschränkungen im Frühjahr 2020 22 % der psychiatrischen Notfallpatienten in der Notaufnahme der TU München, die von Corona-Belastungen berichteten, an, einen Suizidversuch unternom-

⁷⁴ Plener, P. et al.: An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine* 2009; 39 (9): 1549–58.

⁷⁵ Calderaro, MC.: Offspring's Risk for Suicidal Behavior in Relation to Parental Death by Suicide – A Systematic Review and Meta-Analysis. Unveröffentlichte Masterarbeit 2020.

⁷⁶ Hinrichs, H.: Unterschiede in den regionalen Suizidraten Bayerns – Untersuchung möglicher Determinanten auf Ebene der Landkreise. Unveröffentlichte Masterarbeit 2020; Nordt, C. et al.: Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000–11. *The Lancet Psychiatry* 2015; 2 (3): 239–245; Huikari, S. et al.: Economic crises and suicides between 1970 and 2011: time trend study in 21 developed countries. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73 (4): 311–316.

⁷⁷ Bayerischer Landtag, Drucksache 18/17503.

⁷⁸ Datenquelle: LfStat.

⁷⁹ Chan, SMS et al.: Elderly suicide and the 2003 SARS epidemic in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2006; 21 (2): 113–8; Sher, L.: The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM* 2020; 113 (10): 707–712.

men zu haben. Bei Patienten ohne Corona-Belastungen belief sich dieser Anteil lediglich auf 6 %.⁸⁰

Bündnisse gegen Depression

Die Versorgung depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern, Hilfeeinrichtungen besser bekannt zu machen und untereinander zu vernetzen und Suiziden vorzubeugen sind zentrale Ziele der Bündnisse gegen Depression. Ihren Ursprung haben Letztere im Nürnberger Bündnis gegen Depression, das 2001 als bundesweit einzigartiges Modellprojekt durch die Stiftung Deutsche Depressionshilfe gestartet wurde. Im Rahmen dieses Bündnisses gelang es, die Zahl der Suizide und der Suizidversuche innerhalb von zwei Jahren um mehr als ein Fünftel zu senken⁸¹. Daraufhin etablierten weitere Kommunen Bündnisse gegen Depression und führten Kampagnen durch. In Bayern sind dies Cham, Dillingen, Erlangen, Fürth, Ingolstadt, Kempten, München, Regensburg, Würzburg sowie die Landkreise Memmingen-Unterallgäu, Nürnberg-Land und Rottal-Inn. Das Chiemseer Bündnis gegen Depression ist aktuell in der Gründungsphase. Bundesweit haben sich mehr als 75 Städte und Regionen im Deutschen Bündnis gegen Depression e.V. unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zusammengeschlossen (www.buendnis-depression.de).

Bei den Suizidzahlen ist insgesamt zu beachten, dass es sich aufgrund einer gewissen Dunkelziffer nicht erkannter Suizide (die beispielsweise irrtümlich als Autounfälle oder „natürlicher“ Tod älterer Menschen deklariert werden) nur um einen unteren Schätzwert handelt, der angibt, wie viele Suizide mindestens in dem betreffenden Zeitraum aufgetreten sind.

Regionale Vergleiche

Im europäischen Vergleich zeigen sich bei den altersstandardisierten Suizidraten erhebliche Unterschiede. Die höchsten Raten in der Europäischen Union wiesen 2017 Litauen und Slowenien auf, die niedrigsten Zypern und Griechenland.⁸² Die Suizidrate Deutschlands liegt im europäischen Mittelfeld. Aufgrund unterschiedlicher Erfassungsverfahren, kultureller Traditionen und gesetzlicher Regelungen sind die Suizidraten auf europäischer Ebene jedoch nur eingeschränkt vergleichbar. Im Bundesvergleich war 2018 die altersstandardisierte Suizidrate in Sachsen-Anhalt am höchsten, in Nordrhein-Westfalen am niedrigsten. Im Bundesdurchschnitt gab es 8,8 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 13,7, weiblich: 4,1). In Bayern waren es 10,1 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 15,8, weiblich: 4,7). Die Suizidrate in Bayern liegt seit Anfang der 1990er Jahre etwas über dem Bundesdurchschnitt, die Gründe dafür sind unbekannt.

Bei den bayerischen Regierungsbezirken ist die Suizidrate (gemittelt über die Jahre 2015 bis 2019) in Unterfranken am niedrigsten und in der Oberpfalz am höchsten. Kleinere regionale Unterschiede bestehen auch im längeren historischen Trend fort, die Ursachen hierfür sind ebenfalls nicht bekannt.

⁸⁰ Aly, L. et al. Die COVID-19-Pandemie veränderte nicht die Zahl, aber die Art psychiatrischer Notfälle. *Der Nervenarzt* 2020; 91(11): 1047–1049.

⁸¹ Hegerl, U. et al.: Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2010; 260: 401–406.

⁸² Datenquelle: Eurostat.

Suizide nach Regierungsbezirken, 2015 bis 2019 (Fälle und Rohe Rate pro 100.000 Ew.)		
	Fälle	Rohe Rate
Oberbayern	585	12,6
Niederbayern	159	13,0
Oberpfalz	149	13,6
Oberfranken	141	13,3
Mittelfranken	234	13,4
Unterfranken	152	11,6
Schwaben	246	13,2
Bayern	1666	12,9

Datenquelle: LfStat

Suizidprävention

Obwohl Suizide mehr als zweieinhalbmals so viele Sterbefälle wie der Straßenverkehr verursachen, ist die öffentliche Aufmerksamkeit für das Thema eher gering. Zwar ist eine zurückhaltende Medienberichterstattung bei konkreten Suiziden wünschenswert, allerdings sollten das Ausmaß der Problematik wahrgenommen werden und Risikofaktoren, Warnsignale und Hilfemöglichkeiten bekannt sein. Da Suizide häufig auf eine psychische Erkrankung oder eine akute psychische Krise zurückzuführen sind, stellt die Früherkennung und adäquate Behandlung psychischer Störungen sowie die Unterstützung in Krisensituationen demzufolge einen relevanten Präventionsansatz dar. Hier spielen auch die Kinder- und Jugendärzte sowie die Hausärzte als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen aller Art eine wichtige Rolle, ebenso der mit dem BayPsychKHG forcierte Ausbau der Krisendienste in allen bayerischen Bezirken (siehe Kapitel 6).

Mehr Aufmerksamkeit muss dabei älteren Menschen gewidmet werden, da diese insbesondere in Verbindung mit Abhängigkeitserkrankungen oder psychischen Störungen wie Depressionen ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Die 93.

Gesundheitsministerkonferenz hebt zu Recht die Bedeutung der Suizidprävention für Personen jeden Alters hervor und fordert eine Stärkung der Fachstellen für Suchtprävention sowie der Depressionsnetzwerke. Unter präventiven Gesichtspunkten gilt es darüber hinaus, die potentiellen Suizidwege zu erschweren. Das Entschärfen von örtlichen oder baulichen Hotspots wie Brücken oder Hochhäusern zählt ebenso dazu wie das Verkleinern der Packungsgrößen von Analgetika und Zugangsbeschränkungen zu Schusswaffen und Pestiziden.⁸³

Initiativen zur Suizidprävention

Zu den internationalen Initiativen zur Suizidprävention zählen der „Mental Health Action Plan 2013–2020“ der WHO, der „European Pact for Mental Health and Well-being“ der Europäischen Union sowie der Welttag der Suizidprävention, der von der International Association for Suicide Prevention (IASP) ausgerichtet wird.

Auf nationaler Ebene vernetzt die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V.** Akteure der Suizidforschung und Suizidprävention, um suizidgefährdete Menschen und ihre Angehörigen zu unterstützen. Darüber hinaus leistet das **Nationale Suizidpräventionsprogramm (NaSPro)** deutschlandweit Netzwerkarbeit, um das Thema Suizidprävention in der Gesellschaft stärker zu verankern. Weitere Informationen, Daten und Präventionsinitiativen zum Themenkomplex Suizidalität sind im Gesundheitsreport „Update Suizide in Bayern“ des LGL zu finden.⁸⁴

⁸³ Zalsman, G. et al.: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry 2016; 3 (7): 646–659.

⁸⁴ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsreport Bayern 4/2019 – Update Suizide in Bayern. München 2019.

4. RISIKEN PSYCHISCHER STÖRUNGEN

4. Risiken psychischer Störungen

Das Wichtigste

- Sowohl biologische, psychische als auch soziale Faktoren sind für die Entstehung psychischer Erkrankungen verantwortlich.
- Schwierige familiäre Situationen, schwierige Arbeits- und Lebensverhältnisse, traumatisierende Fluchterfahrungen und Einsamkeit, nicht nur im Alter, sind Risikofaktoren für psychische Störungen.
- Bei sozialen Rahmenbedingungen wie Armut oder Arbeitslosigkeit schneidet Bayern deutlich besser ab als Deutschland insgesamt.
- In Bayern haben schätzungsweise eine halbe Million Kinder ein Elternteil mit einer psychischen Erkrankung. Mehr als die Hälfte der Kinder mit psychisch kranken Eltern entwickeln selbst eine psychische Störung in der Kindheit oder Adoleszenz.
- Der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen kann zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen. In Bayern raucht ca. ein Fünftel der Bevölkerung ab 15 Jahren, unter den Erwachsenen (18 bis 64 Jahre) geht man von rund 256.000 Personen mit einer Alkoholabhängigkeit aus, von etwa 290.000 mit Medikamentenabhängigkeit (v. a. Schmerzmittel) und 66.000 Drogenabhängigen.
- Postpartale Depressionen betreffen ca. 10–15 % der Mütter nach einer Entbindung und können auch die psychische Gesundheit der Kinder beeinträchtigen.
- Die Corona-Pandemie wie auch die Gegenmaßnahmen zum Schutz der Bevölkerung haben sich auf die psychische Gesundheit ausgewirkt. Studien zeigen eine Zunahme von Depressionen und Angststörungen sowie Veränderungen im Suchtverhalten.
- Während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 waren vor allem Menschen in den Heimen und ihre Angehörigen durch die Besuchsverbote psychisch hochbelastet. Für die Gesamtbevölkerung haben Studien unterschiedliche Befunde gezeigt. Der zweite Lockdown im Spätherbst 2020 hat insgesamt zu einer stärkeren psychischen Belastung der Bevölkerung geführt, auch in jüngeren Altersgruppen.
- Zu den vulnerablen Gruppen, die infolge der Infektionsschutzmaßnahmen besonderen psychischen Belastungen ausgesetzt waren, zählen unter anderem Menschen mit psychischen Vorerkrankungen, Kinder und Jugendliche, Pflegebedürftige und ihre pflegenden Angehörigen sowie medizinisches Personal.

4.1 Allgemeine soziale Risikofaktoren psychischer Störungen

Wie bereits erwähnt, ist für psychische Störungen in der Regel eine Kombination aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren verantwortlich. Schutz- und Risikofaktoren zusammen geben Hinweise insbesondere auf Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit. Damit werden auch Schnittstellen des spezifisch psychiatrischen Versorgungssystems zum Gesundheitssystem insgesamt und zu den Lebensbedingungen der Menschen deutlich. In Anlehnung an die WHO lassen sich folgende lebenslaufspezifische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit identifizieren.⁸⁵

⁸⁵ World Health Organization: Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan 2012.

Lebenslaufspezifische Risikofaktoren für die psychische Gesundheit



Quelle: Eigene Darstellung nach den lebenslaufspezifischen Risikofaktoren der WHO 2012

Nicht alle der aufgelisteten Risikofaktoren sind durch Prävention beeinflussbar, z. B. die genetischen Dispositionen. Andere Risikofaktoren geben dagegen Hinweise auf präventive Potentiale. In der Regel bewirkt die Kumulation verschiedener Risikofaktoren sowie das Fehlen von Schutzfaktoren (siehe Kapitel 2) die Entstehung einer psychischen Störung. Dabei können sich die lebenslagenbezogenen wie auch altersspezifischen Risikofaktoren über den Lebenslauf und teilweise auch über Generationen hinweg fortsetzen. Im familiären Kontext kann auch der Gesundheitszustand der Eltern häufig Folgen für die Kinder haben. Kinder psychisch kranker Eltern haben oft ein erhöhtes Risiko, selbst psychische Beschwerden zu entwickeln (siehe dazu

auch den Abschnitt zur postpartalen Depression und zu Kindern psychisch kranker Eltern). Beispielsweise sind depressive Eltern nicht selten weniger aufmerksam gegenüber den Bedürfnissen ihrer Kinder, verfügen über weniger Unterstützungsmöglichkeiten und zeigen weniger ihre Gefühle, was sich letztlich auf das Stresserleben und künftige Verhalten der Kinder auswirken kann. Gleichermäßen können traumatische Erlebnisse in der Kindheit, wie Missbrauch, die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter langfristig negativ beeinflussen. Im Folgenden sollen einige wichtige Risikofaktoren für die psychische Gesundheit mit Blick auf Bayern kurz beleuchtet werden.

Armut und Armutsgefährdung

Im Jahr 2019 lag die sogenannte Armutsgefährdungsquote⁸⁶ in Bayern bei etwa 11,9 %. Betroffen sind vor allem Alleinerziehende, Familien mit drei oder mehr Kindern und Erwerbslose. Dabei fällt die Armutsgefährdungsquote in Bayern geringer aus als im Bundesdurchschnitt. So liegt beispielsweise die Armutsgefährdungsquote bei Erwerbslosen bei 44,9 % in Bayern, während sie in Deutschland bei 57,9 % liegt.⁸⁷ Armut und soziale Benachteiligung können auch psychischen Störungen beeinflussen.

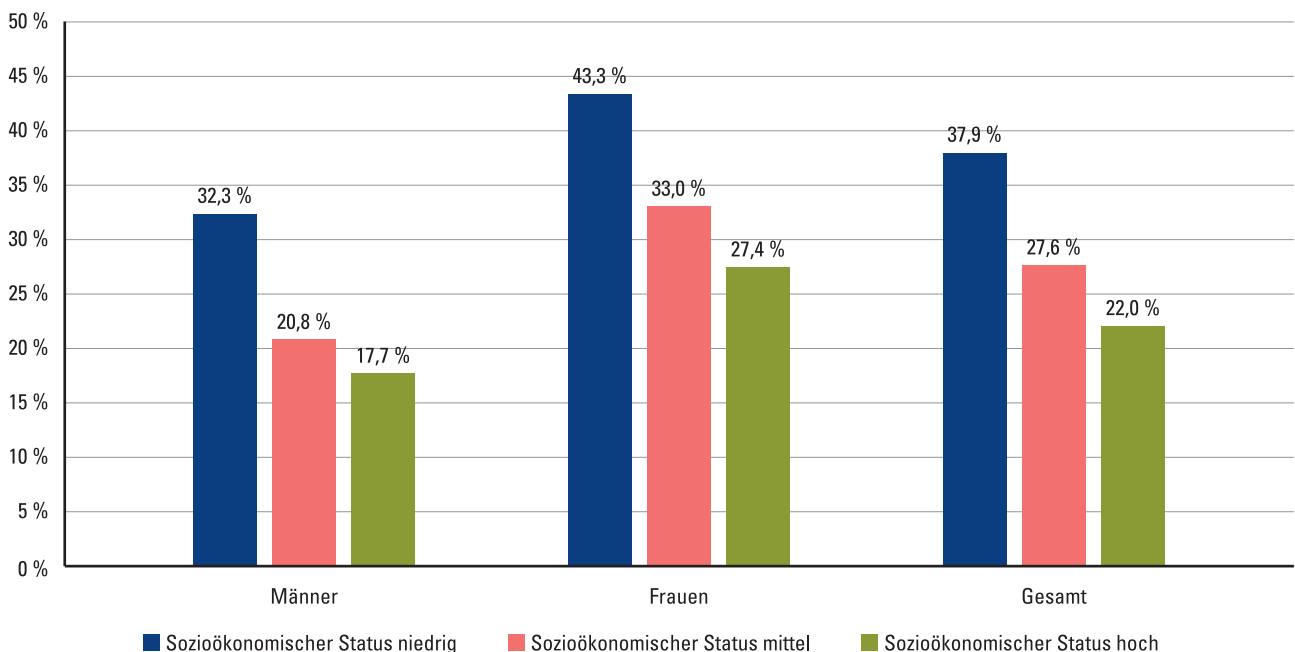
Die Auswertung der bundesweiten DEGS1-MH Daten zeigen, dass Personen mit einem niedrigen Sozialstatus, gemessen anhand von Angaben zu Einkommen, beruflicher Stellung und for-

malem Bildungsstand, häufiger von einer psychischen Störung betroffen sind als Personen mit einem mittleren oder auch einem hohen Sozialstatus.⁸⁸

Das Zusammenspiel zwischen psychischer Gesundheit und Sozialstatus ist jedoch komplex und z.T. auch wissenschaftlich noch nicht abschließend geklärt. Zum einen kann ein niedriger Sozialstatus das Risiko erhöhen, an einer psychischen Störung zu erkranken, zum anderen haben psychisch erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko, in Armut zu geraten, etwa durch die mit der Erkrankung verbundenen Probleme auf dem Arbeitsmarkt.⁸⁹

12-Monatsprävalenz psychischer Störungen und sozioökonomischer Status, Deutschland, 2008–2011

Alter 18–79 Jahre



Datenquellen: RKI, DEGS1-MH, nach Jacobi et al. 2014

⁸⁶ Als armutsgefährdet gilt der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt. Die Armutsgefährdungsquote beschreibt eine Niedrigeinkommensgefährdung.

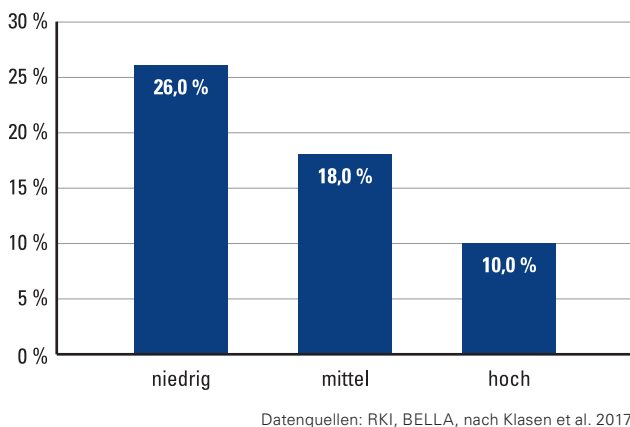
⁸⁷ Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Armutsgefährdungsquote nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian, 2018

⁸⁸ Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 2014; 85: 77–87.

⁸⁹ Lampert, T. et al: Sozioökonomischer Status und psychische Gesundheit. Public Health Forum 2014; 22 (82); Lampert, T. und Schmidtke, C.: Armut, soziale Ungleichheit und psychische Gesundheit. Sozialpsychiatrische Information 2020; 50 (2): 13–17.

Auch die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zeigt einen Sozialgradienten. Nach der BELLA-Studie⁹⁰ sind bundesweit Heranwachsende aus Familien mit niedrigerem Sozialstatus mehr als doppelt so häufig von psychischen Auffälligkeiten betroffen als Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem höheren sozioökonomischen Status (26 % versus 10 %). Es ist davon auszugehen, dass dies auch für Bayern so zutrifft.

Psychische Auffälligkeiten nach sozioökonomischem Status der Herkunftsfamilie, Deutschland, 2009–2012
Altersgruppe 3–17 Jahren



Arbeitslosigkeit

Arbeit kann die psychische Gesundheit stabilisieren. Sie vermittelt im besten Fall soziale Kontakte, Einkommen, eine geregelte Tagesstruktur, Sozialstatus, bietet Chancen zur Selbstverwirklichung und stellt für viele Menschen ein wichtiges Element ihrer sozialen und persönlichen Identität dar. Arbeit kann die psychische Gesundheit aber auch gefährden, etwa durch hohe Arbeitsbelastungen oder Mobbing (siehe Kapitel 9). Aber auch der Verlust des Arbeitsplatzes kann mit einem erhöhten Krankheitsrisiko ver-

knüpft sein. Neben monetären Einbußen kann der Verlust der Erwerbstätigkeit zu massiven Auswirkungen auf die Partizipationsmöglichkeiten, die Zeitstruktur wie auch auf das Selbstwertgefühl führen. Auch Arbeitslosigkeit und psychische Störungen sind wechselwirkend verknüpft, d.h. Arbeitslosigkeit kann sowohl Folge als auch (Mit)-Ursache einer psychischen Erkrankung sein.⁹¹ Die Arbeitslosenquote lag in Bayern 2020 im Jahresdurchschnitt bei 3,6 % (Männer: 3,9; Frauen: 3,4). Damit weist Bayern die niedrigste Quote aller Bundesländer auf. Aufgrund der Corona-Pandemie stieg die Arbeitslosenquote in Bayern im Vergleich zu 2019 allerdings um 0,9 % und lag im Januar 2021 bei 3,7 % (gleitender Jahresdurchschnitt Februar 2020–Januar 2021).⁹²

Zahlreiche Studien geben Hinweise darauf, dass Arbeitslose eine schlechtere Gesundheit haben als Beschäftigte. Das gilt auch für die psychische Gesundheit und hier vor allem für Depressionen und Angsterkrankungen.⁹³ Dabei zeigt die GEDA-Studie eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit.⁹⁴

Auch Krankenkassendaten zeigen höhere Betroffenenraten bei Arbeitslosen als bei Beschäftigten. Beispielsweise lag 2018 unter den BKK-Versicherten die Häufigkeit einer depressiven Episode (F32) bei Arbeitslosen (Bezieher von ALG-I) knapp 5 Prozentpunkte höher (14 %) als bei den beschäftigten Mitgliedern (9,3 %). Etwas ausgeprägter war die Differenz bei den rezidivierenden Depressionen (F33), hier ist der Anteil unter den Arbeitslosen doppelt so hoch (6,4 % versus 3,2 %); gleiches gilt für die alkoholinduzierten Störungen (F10) (2,0 % versus 0,9 %). Langzeitarbeitslose

⁹⁰ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 2017; 165: 402–407.

⁹¹ Weber, A. & Hörmann, G. & Heipertz, W.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 43: 2957–2962.

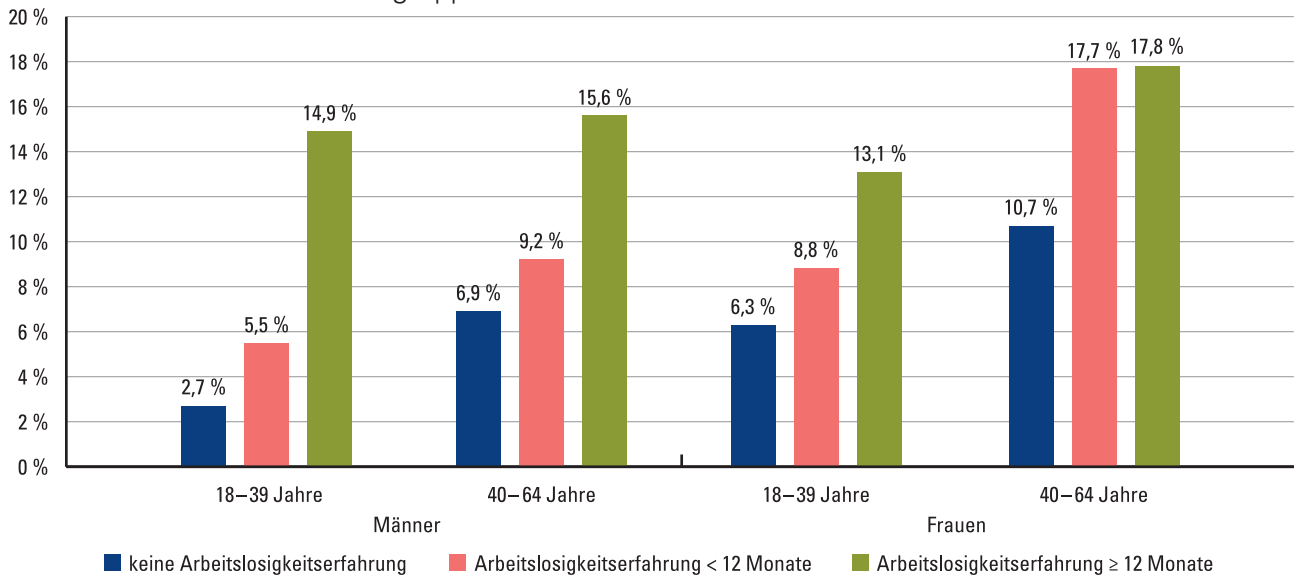
⁹² Bundesagentur für Arbeit.

⁹³ Herbig, B. & Dragano, N. & Angerer, P.: Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. *Deutsches Ärzteblatt* 2013; 8: 367–372.

⁹⁴ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. *GBE-Kompakt* 2012; 3 (1).

Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression, Deutschland 2010–2012

Anteil Betroffener nach Altersgruppen



Datenquellen: RKI, GEDA 2010, 2012, nach Kroll et al. 2016

erhielten zudem deutlich häufiger Verordnungen für Psychopharmaka als Beschäftigte.⁹⁵

Die negativen Auswirkungen des Jobverlusts auf die psychische Gesundheit betreffen nicht nur die Arbeitslosen selbst, sondern wirken sich auch auf das familiäre Umfeld aus: Die Partner und die Kinder leiden mit.⁹⁶

Wohnungslosigkeit

Eine flächendeckende Erhebung in Bayern zum Stichtag 30.06.2017 ergab rund 15.500 wohnungslose Personen, die von Kommunen bzw. freien Trägern der Wohnungslosenhilfe untergebracht worden waren.⁹⁷ Zwei Drittel davon waren Männer, ein Drittel Frauen. Im Gegensatz zu untergebrachten Wohnungslosen liegen zur Zahl der Obdachlosen, d. h. der auf der Straße lebenden Menschen, keine gesicherten Informationen vor.

Studien zeigen, dass die Mehrheit wohnungsloser Personen unter behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leidet, jedoch häufig keine Behandlung bzw. nur kurzfristige Kriseninterventionen erhält.⁹⁸ Zwischen Wohnungslosigkeit und psychischen Störungen gibt es, wie beim Sozialstatus oder der Einkommensarmut, wiederum Wechselwirkungen: Wohnungslosigkeit erhöht das Risiko für psychische Störungen, psychische Störungen erhöhen das Risiko, die Wohnung zu verlieren. Flächendeckende Daten zur psychischen Gesundheit Wohnungsloser in Bayern liegen nicht vor, die in München im Rahmen der SEEWOLF-Studie erhobenen Daten geben jedoch Hinweise und können zumindest für andere großstädtische Räume als repräsentativ betrachtet werden.

⁹⁵ Knieps, K. & Pfaff, H.: BKK Gesundheitsreport 2019. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin 2019: 208–210.

⁹⁶ Marcus, J.: Arbeitslosigkeit trifft auch den Partner. DIW Wochenbericht 2014; 22: 494–499; Peter, F. H. und Spieß, C. K.: Arbeitsplatzverlust der Mutter kann die Entwicklung ihrer Kinder beeinträchtigen. DIW Wochenbericht 2013; 33: 3–8.

⁹⁷ Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Ergebnisse der zweiten Erhebung zur Wohnungslosigkeit in Bayern zum Stichtag 30.06.2017. München 2019.

⁹⁸ Schreiter S. et al.: The prevalence of mental illness in homeless people in Germany – a systematic review and meta-analysis. Dtsch Arztebl Int 2017; 114: 665–72; Meller I et al.: Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose: Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. Nervenarzt 2000; 71: 543–51.

SEEWOLF-Studie

In den Jahren 2010–2012 wurden im Rahmen der von der TU München durchgeführten SEEWOLF-Studie (Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München) 232 Bewohnerinnen und Bewohnern von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München zu ihrer psychischen und körperlichen Gesundheit befragt.⁹⁹ Personen, die ausschließlich auf der Straße leben, sowie Migranten und Migrantinnen mit schlechten Deutschkenntnissen waren nicht in die Studie einbezogen.

Die Ergebnisse bestätigen frühere Untersuchungen in München.¹⁰⁰ Im Einzelnen ergab die SEEWOLF-Studie u. a., dass psychiatrische Erkrankungen (außer Persönlichkeitsstörungen) bei rund 93 % der Befragten im Laufe ihres Lebens diagnostiziert worden waren (Lebenszeitprävalenz), mehr als die Hälfte wies eine Persönlichkeitsstörung auf. Zwei Drittel berichteten eine behandlungsbedürftige psychische Störung bereits vor der Wohnungslosigkeit, bei rund einem Fünftel war die Reihenfolge umgekehrt. Die höchsten Lebenszeitprävalenzen fanden sich für substanzinduzierte Störungen (74 %), vor allem im Zusammenhang mit Alkohol, gefolgt von affektiven Störungen (45 %), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (21 %) sowie schizophrenen Störungen (14 %). Aktueller psychiatrischer Behandlungsbedarf lag bei ungefähr drei Viertel der Befragten vor, rund ein Drittel erhielt eine Versorgung. Die Häufigkeit aktueller psychischer Erkrankungen ist damit wesentlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, wo rund eine von vier Personen psychische Störungen in den letzten zwölf Monaten angibt¹⁰¹ (siehe Kapitel 3).

Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit einer Verzahnung des psychiatrischen Versorgungssystems, der Suchtkranken- und der Wohnungslosenhilfe.

⁹⁹ Bäuml J et al.: Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Freiburg im Breisgau 2017.

¹⁰⁰ Fichter M et al.: Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 246(4): 185–196; Fichter M et al.: Mental illness in homeless men and women in Munich. *Psychiatr Prax* 1999; 26(2): 76–84.

¹⁰¹ Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87; Jacobi, F. et al.: Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2016; 87(1): 88–90.

Hilfen für Wohnungslose in Bayern

Sozialpolitisch unterstützt der Freistaat Bayern eine Vermeidung von Wohnungslosigkeit u. a. durch den sozialen Wohnungsbau und das Wohngeld. Der Fachausschuss Wohnungslosenhilfe der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege hat ein Rahmenkonzept zur Verbesserung der Situation wohnungsloser Menschen in Bayern erarbeitet. Die Koordinationsstellen Nord- und Südbayern der Wohnungslosenhilfe koordinieren bedarfsgerechte Hilfen, stellen die Zusammenarbeit der relevanten Stellen sicher und wirken bei der Bedarfsermittlung und Planung mit (siehe www.wohnungslosenhilfe-bayern.de). Mit dem 2019 ins Leben gerufenen Aktionsplan „Hilfe bei Obdachlosigkeit“ unterstützt die Staatsregierung insbesondere Modellprojekte, die zur Verbesserung der Betreuung von wohnungs- und obdachlosen Personen beitragen, mit einer Anschubfinanzierung. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Prävention von Wohnungslosigkeit. Die 2019 gegründete Stiftung „Obdachlosenhilfe Bayern“ zielt u. a. auf die Förderung innovativer Projekte zur Verbesserung der Situation wohnungs- und obdachloser Menschen in Bayern (siehe www.stiftung-obdachlosenhilfe-bayern.de).

Alleinerziehende

2019 lebten dem Mikrozensus zufolge 373.000 Alleinerziehende in Bayern, darunter 196.000 Alleinerziehende mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren. 84 % der Alleinerziehenden sind Frauen.¹⁰²

Im Rahmen der GEDA-Studie des RKI wurde die Gesundheit Alleinerziehender untersucht, darunter waren auch Indikatoren der psychischen Gesundheit. Alleinerziehende wiesen deutlich häufiger Depressionen auf als in Partnerschaft lebende Mütter und Väter.¹⁰³

Frühe Hilfen

Die „Frühen Hilfen“ sind ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Mit Unterstützung des Förderprogramms „Koordinierende Kinderschutzstellen – KoKi-Netzwerk frühe Kindheit“ der Staatsregierung sind seit 2009 über 120 interdisziplinäre KoKi-Netzwerke flächendeckend in Bayern etabliert. Zentrales Ziel der bei den bayerischen Jugendämtern angesiedelten KoKis ist es, Überforderungssituationen von Eltern und andere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen, damit ihnen durch zuverlässige und institutionsübergreifende Unterstützungs- und Hilfeangebote rechtzeitig begegnet werden kann. Die Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungskompetenzen schafft dabei auch positive Entwicklungschancen für die Kinder.

Mehr zu den koordinierenden Kinderschutzstellen, KoKi-Netzwerken und Frühen Hilfen in Bayern www.koki.bayern.de und www.fruehehilfen.bayern.de sowie zum Nationalen Zentrum Frühe Hilfen www.fruehehilfen.de

¹⁰² Statistisches Bundesamt; Ergebnisse des Mikrozensus 2019.

¹⁰³ Rattay P. et al.: Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2017; 2: 24–44.

Depression bei Alleinerziehenden und in Partnerschaft lebenden Müttern und Vätern, Deutschland (Jahre 2009, 2010, 2012 gepoolt)

Anteil der betroffenen Mütter und Väter nach Familienstatus

	Mütter	Väter
Alleinerziehend	15,0%	12,4%
in Partnerschaft lebend	6,0%	4,6%

Datenquelle: GEDA; nach Rattay et al. (2017)

Auch internationale Studien bestätigen eine schlechtere psychische Gesundheit alleinerziehender Mütter im Vergleich zu Frauen in anderen Familienkonstellationen.¹⁰⁴ Als mögliche Ursachen kommen Faktoren der sozialen Lage sowie Belastungen durch das Alleinerziehen an sich infrage.¹⁰⁵

Postpartale Depression und Kinder psychisch kranker Eltern

Nach einer Geburt sind Stimmungsschwankungen (mitunter als „Baby-Blues“ bekannt) nicht selten. Sie gehen in der Regel nach kurzer Zeit von alleine wieder vorbei. Eine postpartale Depression, die „Wochenbettdepression“, ist definiert als eine depressive Störung, die typischerweise während der ersten Wochen bis zum ersten Jahr nach der Entbindung auftreten kann und die Diagnosekriterien einer depressiven Störung (ICD-10) aufweist. Etwa 10–15 %

aller Frauen erkranken nach der Geburt ihres Kindes an einer postpartalen Depression. Sie ist eines der häufigsten psychischen Probleme nach der Entbindung und erschwert den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und psychische Erkrankungen der Kinder können die Folge sein. So haben Kinder von Müttern, die an postpartaler Depression erkranken, ein siebenfach erhöhtes Risiko, im jungen Erwachsenenalter selbst an einer Depression zu leiden. Eine postnatale Depression sollte daher zeitnah erkannt und behandelt werden.¹⁰⁶ Auch Männer können eine depressive Symptomatik nach der Geburt entwickeln.¹⁰⁷

Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich ca. drei bis vier Millionen Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil aufwachsen.¹⁰⁸ Überträgt man diese Schätzungen bevölkerungsgewichtet auf Bayern, wäre mit ca. 470.000 bis 630.000 Kindern unter 15 Jahren zu rechnen, die ein Elternteil mit psychischer Erkrankung erleben. Von den stationär behandelten psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten haben 10 % bis 30 % minderjährige Kinder.¹⁰⁹ Die psychische Erkrankung eines Elternteils ist ein Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Auffälligkeiten bei den Kindern. Ergebnisse der BELLA-Studie zeigten fast 3 mal häufiger psychische Auffälligkeiten bei Kindern mit psychisch belasteten Eltern (38 % gegenüber 13 % bei Kindern von psychisch unbelasteten

¹⁰⁴ Crosier T., Butterworth P., & Rodgers B.: Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2007; 42(1): 6–13; Cooper C., Bebbington P., Meltzer H. et al.: Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological Medicine* 2008; 38: 335–342.

¹⁰⁵ Siehe Rattay P et al. 2017; Liang LA, Berger U, Brand C.: Psychosocial factors associated with symptoms of depression, anxiety and stress among single mothers with young children: A population-based study. *J Affect Disord.* 2019; 242: 255–264; Sperlich S., Kerri A., Geyer S.: Soziale Lebenssituation und Gesundheit von Müttern in Deutschland – Ergebnisse einer Bevölkerungsstudie. *Bundesgesundheitsblatt* 2011, 54: 735–744.

¹⁰⁶ Di Florio, A. et al.: The impact of education, country, race and ethnicity on the self-report of postpartum depression using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Psychol Med* 2017; 47: 787–799; Riecher-Rössler, A.: Postpartale Depression. *KiPra* 2018; 89: 86–94; Netsi, E. et al.: Association of persistent and Severe Postnatal Depression With Child Outcomes. *JAMA Psychiatry* 2018; 75: 247–253.

¹⁰⁷ Siehe dazu auch Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern Schwerpunkt Depression. München 2017.

¹⁰⁸ Wiegand-Greife, S., Petermann, F.: Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(2): 63–67; Plass-Christl, A. et al.: Parents with mental health problems and their children in German population based sample. Results of the BELLA study. *PLoS ONE* 12 2017; DOI: 10.1371/journal.pone.0180410.

¹⁰⁹ Clemens, V. et al.: Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Nervenarzt* 2018; 89: 1262–1270.

ten Eltern).¹¹⁰ Mehr als die Hälfte der Kinder mit psychisch kranken Eltern entwickeln selbst eine psychische Störung in der Kindheit oder Adoleszenz.¹¹¹

Belastungen auffangen: Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

Neben ambulanten und stationären Angeboten, wie dem Krisendienst, dem Sozialpsychiatrischen Dienst, Psychotherapien, Mutter-Kind-Tageskliniken oder betreuten Wohnformen gibt es in Bayern unterschiedliche Angebote im Bereich der Frühen Hilfen (<https://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/fruehe-hilfen/index.php>), um speziell Familien in ihren individuellen Belastungssituationen zu unterstützen. Dazu zählen unter anderem die Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit, <https://www.stmas.bayern.de/kinderschutz/koki-netzwerke/index.php>) der Jugendämter und die Erziehungsberatungsstellen (<https://www.stmas.bayern.de/erziehungsberatung/stellen/index.php>). Auch Kommunen und Wohlfahrtsverbände bieten Familien, in denen psychische Erkrankungen vorliegen, Hilfsmöglichkeiten an. Netzwerke, Vereine und Selbsthilfegruppen kommen als weitere Anlaufstellen in Frage. Erwähnt seien hier exemplarisch Ki.Ps.E – das Münchner Netzwerk Kinder psychisch erkrankter Eltern (<https://www.kipse.de/>), Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre suchtkranken oder psychisch erkrankten Eltern (<https://hilfenetzwerke.de/>) und der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (<https://www.lapk-bayern.de/>).

Die Augsburgsburger Kindersprechstunde unterstützt psychisch kranke Eltern und ihre Kinder durch ein breit gefächertes Hilfeangebot und professionelle Beratung durch Kinderpsychologen am Bezirkskrankenhaus Augsburg. Bei Bedarf werden auch Hausbesuche durchgeführt und externe Hilfen vermittelt. Neben einer altersgerechten Information und Aufklärung über die Probleme der Eltern gibt es Gruppenangebote für die ganze Familie, um der einsetzenden Verunsicherung und Tabuisierungstendenzen der Kinder entgegenzuwirken. In die Beratung können auch Angehörige und Vertreter der Kindergärten und Schulen einbezogen werden. *Mehr dazu unter:* <https://www.zpg-bayern.de/augsburger-kindersprechstunde.html>

Weitere Hilfen für Kinder und Jugendliche psychisch kranker Eltern bieten die Präventionsprojekte „Kinderleicht“ vom Caritas-Zentrum Garmisch-Partenkirchen und Dachau, das Fachberatungsangebot „Gute Zeiten – schlechte Zeiten“ vom Evangelischen Beratungszentrum der Diakonie Würzburg e.V. und das Patenschaftsmodell für Kinder psychisch kranker Eltern vom Deutscher Kinderschutzbund Kreisverband Günzburg e.V.

Mehr dazu unter: <https://www.caritas-nah-am-naechsten.de/fachambulanz-fuer-suchtkranke-garmisch-partenkirchen>; www.caritas-nah-am-naechsten.de/caritas-zentrum-dachau/cont/39838; www.verbund-gzsz.de; www.kinderschutzbund-guenzburg.de/paten-f-kinder-psychisch-erkrankter-eltern/

¹¹⁰ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatschr Kinderheilkd* 2017; 165: 402–407.

¹¹¹ Plass, A. et al.: Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(1): 41–49.

Besonders problematisch ist die fehlende Stabilität der familiären Lebenssituation. Die Erziehungskompetenzen bei psychisch kranken Eltern sind häufig eingeschränkt und die Eltern-Kind-Interaktion gestört. Für die Kinder ergibt sich daraus eine erschwerte Lebenssituation. Sie übernehmen oft Teile der Rolle der Eltern und erledigen nicht-altersadäquate Aufgaben innerhalb der Familie (Parentifizierung), machen sich Sorgen um ihre Eltern und entwickeln häufig Schuldgefühle in Bezug auf die elterliche Erkrankung. Hinzu kommen die Angst vor Stigmatisierung durch das soziale Umfeld und die Isolation der Kinder und ihrer Probleme durch eine Tabuisierung der elterlichen Erkrankung („familiäres Schweigegebot“). Zudem ist das Risiko einer Kindsmisshandlung für Kinder psychisch kranker Eltern zwei bis fünffach erhöht.¹¹²

Welchen Einfluss die psychische Erkrankung der Eltern auf die psychische Gesundheit der Kinder hat, hängt von Schutzfaktoren wie der psychischen Widerstandsfähigkeit des Kindes und sozialer Unterstützung innerhalb und außerhalb der Familie ab. Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil sind ganz besonders auf ein unterstützendes soziales Umfeld und auf bedarfsorientierte, qualifizierte Hilfe und Versorgung angewiesen. Familienorientierte Präventionsprogramme beinhalten alltagspraktische Hilfen, Psychoedukation der Eltern und Kinder und Stärkung der sozialen Ressourcen.

Einsamkeit

Unter Einsamkeit versteht man das subjektive Gefühl einer Diskrepanz der gewünschten und tatsächlichen sozialen Beziehungen, d.h. emp-

fundene soziale Isolation (nicht zwingend eine objektive Isolation). Einsamkeit und (psychische) Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig. Internationale Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Störungen häufiger einsam sind als die allgemeine Bevölkerung und dass psychisch Erkrankte, die von Einsamkeit berichten, schlechtere Outcomes ihrer Erkrankungen aufweisen als nicht einsame psychisch Kranke.¹¹³ Zudem kann sich chronische Einsamkeit in vielerlei Weise negativ auf das Wohlbefinden auswirken und beispielsweise mit depressiven Symptomen, Schlafstörungen, Angstzuständen sowie einem erhöhten Risiko für Demenz einhergehen. Einsame Menschen weisen auch vermehrt einen ungesunden Lebensstil, ein erhöhtes Risiko für verschiedene körperliche Erkrankungen und eine erhöhte Sterblichkeit in einem ähnlichen Umfang wie zum Beispiel aufgrund von Adipositas auf.¹¹⁴

Dem Deutschen Alterssurvey zufolge, für den Personen ab 40 Jahren befragt wurden, lag im Jahr 2017 das Einsamkeitsrisiko in Deutschland im Bereich von 8 % bis 11 % mit einem U-förmigen Verlauf: von 11 % bei den 40-Jährigen sank es bis zum Alter von 70 Jahren auf ca. 8 %, um dann wieder anzusteigen. Jedoch selbst im hohen Alter von 90 Jahren war das Einsamkeitsrisiko nicht höher als mit 40 Jahren. Zudem zeigt sich im Zeitverlauf keine Zunahme seit Mitte der 1990er Jahre.¹¹⁵ Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch eine Auswertung des Sozioökonomischen Panels (SOEP) aus den Jahren 2013 und 2017, die darüber hinaus für jüngere Altersgruppen unter 40 Jahren Einsamkeitshäufigkeiten von 9 bis 10 % aufführt.¹¹⁶ Aus diesen Daten

¹¹² Gehrman, J., Sumargo, S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatschr Kinderheilkd 2009; 157: 383–394.

¹¹³ Wang, J. et al.: Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. BMC Psychiatry 2018; 18:156; Wang, J. et al.: Loneliness as a predictor of outcomes in mental disorders among people who have experienced a mental health crisis: a 4-month prospective study. BMC Psychiatry 2020; 20:249.

¹¹⁴ Rico-Urbe, L.A. et al.: Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLoS ONE 2018; 13(1): e0190033. DOI: 10.1371/journal.pone.0190033; Hawkey, L.C., Capitanio, J.P.: Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. Phil Trans R Soc B 2015; 370: 20140114.; Deutsches Zentrum für Altersforschung: Informationsdienst Altersfragen. Ursachen, Mechanismen und Konsequenzen von Einsamkeit im Alter: Eine Literaturübersicht. Berlin 2014.

¹¹⁵ Huxhold, O., Engstler, H.: Soziale Isolation und Einsamkeit bei Frauen und Männern im Verlauf der zweiten Lebenshälfte. In: Vogel et al. (Hrsg.): Frauen und Männer in der zweiten Lebenshälfte. Älterwerden im sozialen Wandel. Springer VS, Wiesbaden 2019: 71–90.

¹¹⁶ Eyerund, T., Orth, A.K.: Einsamkeit in Deutschland. IW-Report 22/2019. Institut der deutschen Wirtschaft, Köln 2019.

lässt sich die oftmals berichtete „Epidemie der Einsamkeit“ nicht ableiten.¹¹⁷ Nichtsdestotrotz stellt Einsamkeit eine Belastung für die Gesundheit dar.

Inwiefern die Corona-Pandemie und eine damit einhergehende Isolation aufgrund von Kontaktbeschränkungen und Quarantäne Einsamkeit verstärken und welche Gruppen davon ggf. besonders betroffen sind, ist Gegenstand aktueller Studien (siehe dazu auch Kapitel 4.3). Ergebnisse der SOEP-CoV Studie und der NAKO-Gesundheitsstudie zeigen während des Lockdowns im Frühjahr 2020 einen starken Anstieg der Einsamkeit über alle Bevölkerungsgruppen hinweg im Vergleich zu Zeiten vor der Pandemie, wobei Frauen und junge Personen besonders betroffen waren.¹¹⁸ Andere Indikatoren für psychische Belastungen wie Lebenszufriedenheit und emotionales Wohlbefinden waren zum Befragungszeitpunkt unverändert.¹¹⁹

Migration

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Dem Statistischen Bundesamt zufolge hatten 2019 in Bayern ca. 3,3 Mio. Menschen, also jeder 4. Einwohner, einen Migrationshintergrund¹²⁰. Ein großer Teil (42,9 %) der bayerischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund stammt aus den EU-Mitgliedsstaaten, bezogen auf Einzelstaaten stellen türkischstämmige Menschen mit 340.000 (10,2 %) die größte Gruppe dar. Eine Übersichtsarbeit zeigt auf, dass für türkischstämmige Personen eine erhöhte Prävalenz für depressive und somatoforme Störungen vorliegt.¹²¹

Datenlage Migration

Repräsentative Daten zur psychischen Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegen bislang nur unzureichend vor. Sprachbarrieren führen in nationalen Gesundheitssurveys, aber auch in Studien zu psychischen Erkrankungen häufig zu geringerer Teilnahmebereitschaft. Mit dem Ziel, ein migrations-sensibles Gesundheitsmonitoring aufzubauen und die Einbindung der Menschen mit Migrationshintergrund in die nationalen Surveys zu verbessern, wurde am Robert Koch-Institut das Projekt Improving-Health-Monitoring-in-Migrant-Populations (IMIRA) durchgeführt.

Mehr dazu unter: www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Migration/IMIRA/IMIRA_node.html

Eine besondere Personengruppe unter den Menschen mit Migrationshintergrund sind die Schutzsuchenden. In Bayern waren im Jahr 2020 213.000 Menschen schutzsuchend. Geflüchtete aus Kriegsgebieten sind in besonderem Maße traumatischen Erlebnissen ausgesetzt und leiden verstärkt unter deren Folgen. Laut WHO Bericht 2018 ist die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen bei Geflüchteten höher als in der Bevölkerung des Aufnahmelandes. Dies betrifft auch Kinder und Jugendliche. Risikofaktoren für psychische Probleme können in

¹¹⁷ Die Zahl alleinlebender Menschen nimmt auch in Bayern zu. Gemäß Daten des Mikrozensus ist in den letzten 50 Jahren der Anteil der Einpersonenhaushalte um 17 Prozentpunkte auf 42 % aller Haushalte gestiegen. Im Jahr 2019 lebten rund 20 % der Menschen in Bayern alleine.

¹¹⁸ Berger, K. et al.: Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. Bundesgesundheitsbl 2021; DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03393-y>.

¹¹⁹ Entringer, T. et al.: Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. SOEP Papers 1087. DIW, Berlin. 2020.

¹²⁰ Nach der Definition des statistischen Bundesamtes zählen dazu alle Personen, die die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzen, oder bei denen ein Elternteil die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzt.

¹²¹ Idge, E. et al.: Depressive und somatoforme Störungen bei türkeistämmigen Personen in Deutschland. Nervenarzt 2019; 90: 25–34.

allen Phasen der Flucht sowie beim Ankommen im Aufnahmeland auftreten.¹²² Nach einer repräsentativen Befragung von Schutzsuchenden in Deutschland durch das wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) zeigten mehr als 40 % der Befragten Anzeichen einer Depression. Müdigkeit, Erschöpfung und Schlafstörungen gaben jeweils 30 % der Befragten an. Bei Personen mit Traumaerfahrung traten die Beschwerden doppelt so häufig auf.¹²³ Ergebnisse der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von 2016–2017 zeigen, dass das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, bei Geflüchteten in den Altersgruppen 18 bis 24 Jahren bei über 30 % liegt, in der Altersgruppe zwischen 45 bis 54 Jahren sogar bei etwa 50 %.¹²⁴

Erkrankung und Versorgung von Asylsuchenden und Regelversicherten im Vergleich, Deutschland, 2017

Anteil je 1.000 Versicherte

	Asyl-suchende	Regel-versicherte
Depression	40,9	31,9
Angststörung	32,7	22,6
Diagnosen F00–F99 Aufnahme im Krankenhaus	13,19	5,06
Psychotherapeutenkontakte	6	20

Datenquelle: Barmer GEK

Eine von der BARMER publizierte Analyse¹²⁵ von

Abrechnungsdaten 3.639 Asylsuchender zeigte auf, dass Asylsuchende im Vergleich zu den Regelversicherten häufiger an Depressionen und an Angststörungen leiden und häufiger wegen psychischen Erkrankungen ins Krankenhaus aufgenommen werden, jedoch deutlich weniger Psychotherapeutenkontakte aufweisen.

Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Bayern (MiMi)

Das Gesundheitsprojekt MiMi wird durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert und in Kooperation mit zahlreichen Projektpartnern landesweit durchgeführt. Im Rahmen der bayerischen Gesundheitsinitiative „Gesund.Leben.Bayern.“ steht MiMi für interkulturelle Gesundheitsförderung und Prävention, auch der seelischen Gesundheit. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz von Migrantinnen und Migranten zu fördern indem engagierte Migranten und Migrantinnen kultursensibel beraten und unterstützen. Zudem werden Dolmetscher vermittelt.

Mehr dazu unter: www.mimi.bayern/index.php/das-projekt/mimi-bayern

Chronische körperliche Erkrankungen und Behinderung

Studien weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen sowohl Ursache, als auch Folge einer körperlichen Erkrankung sein können.¹²⁶ Psychische Erkrankungen beeinträchtigen die körper-

¹²² World Health Organisation: Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health. 2018; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311348/9789289053785-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Abruf am 04.11.2020].

¹²³ Gemäß WIdO hatten ca. 75 % aller Befragten Gewalt erfahren. Nur 22 % hatten keine traumatischen Erfahrungen; vgl. Schröder, H. et al.: Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan, WIdO-monitor 2018; 15: 1–20.

¹²⁴ Brückner, H. et al.: Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. IAB-Kurzbericht. 2019.

¹²⁵ Göppfarth, D., Bauhoff, S.: Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell. 2017; 32–65.

¹²⁶ Vgl. Härter, M., Baumeister, H.: Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg 2007: 1–13; Benton, T., Staab, J., Evans, DL.: Medical co-morbidity in depressive disorders. Ann Clin Psychiatry 2007; 19(4): 289–303.

liche Verfassung der Betroffenen, z. B. in Form von Schlafstörungen, Erschöpfung oder allgemeiner Schwäche und gehen auch mit einem erhöhten Risiko für manifeste körperliche Erkrankungen einher. Diese Auswirkung kann der psychischen Erkrankung selbst zugrunde liegen, aber auch durch mit der psychischen Erkrankung einhergehende Verhaltensänderungen, z. B. weniger Bewegung, veränderter Nikotin- oder Koffeinkonsum, Änderung der Ernährungsgewohnheiten oder durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen notwendiger Medikation bedingt sein.

Die Entstehung von psychischen Erkrankungen als Reaktion auf eine körperliche Erkrankung ist gut belegt. Psychische Auffälligkeiten sind bei chronisch somatisch kranken Kindern und Jugendlichen etwa dreimal so hoch wie bei den nicht-chronisch Erkrankten, dabei zeigen Herzkrankheiten, Krampfanfälle, Migräne und Adipositas die stärkste Risikoerhöhung.¹²⁷ Eine Studie kommt zu dem Ergebnis, dass erwachsene Patientinnen und Patienten mit einer chronischen körperlichen Erkrankung verglichen mit gesunden Personen bzw. der Allgemeinbevölkerung ein etwa 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung aufweisen.¹²⁸ Wie bereits im Bericht zur psychischen Gesundheit bei Erwachsenen von 2016 beschrieben, können depressive Störungen bei Personen mit somatischen Erkrankungen mit einer Verstärkung der körperlichen Symptome, einer schlechteren Anpassung an die Erkrankung sowie geringerer Compliance mit der Behandlung dieser Erkrankungen, mit reduzierter Lebensqualität sowie erhöhter Mortalität einhergehen. Die Sterblichkeit von Herzinfarktpatienten, die nach dem Herzinfarkt an einer Depression erkranken, liegt zwei bis viermal höher als für Infarktpatienten ohne Depression.

Die psychosoziale Krebsberatung

Eine Krebserkrankung stellt für die Betroffenen eine erhebliche psychische Belastung dar. Die Psychoonkologie ist ein Teilbereich der Onkologie und umfasst insbesondere die Information, Beratung, Psychoedukation, Krisenintervention und supportive Begleitung von Krebspatienten und deren Angehörigen.¹²⁹ Bei etwa 30 % der Krebserkrankten entwickelt sich im Laufe ihrer Erkrankung eine psychische Störung, die einer psychoonkologischen Betreuung bedarf. Niederschwellige Angebote der Beratung für Betroffene bietet die Bayerische Krebsgesellschaft e.V. mit 14 Beratungsstellen und 16 Außenberatungsstellen in Bayern an. 2019 erfolgten etwas mehr als 18.000 Beratungen, überwiegend persönlich oder am Telefon. In 71 % der Fälle waren die Ratsuchenden selbst erkrankt, 25 % waren An- und Zugehörige und 4 % Beteiligte an Therapie und Betreuung der erkrankten Person.¹³⁰

Mehr dazu unter: www.bayerische-krebsgesellschaft.de

Eine Behinderung entsteht durch die Wechselwirkung aus den Beeinträchtigungen einer Person und ihren Lebensumständen. Erst durch einstellungs- und umweltbedingten Barrieren können Beeinträchtigungen der Person zu einer Behinderung werden, die sie an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Die Bevölkerungsgruppe der Menschen mit Behinderung ist eine heterogene Gruppe, etwa im Hinblick auf Behinderungsart und -ursache. Je nach Schwere der Beeinträchtigung wird ein „Grad der Behinde-

¹²⁷ Erhart, M., et al.: Psychische Komorbidität bei chronisch somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsbl 2011; 54: 66–74.

¹²⁸ Härter, M., et al.: Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. Psychotherapy and psychosomatics 2007; 76: 354–360.

¹²⁹ Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). Nationaler Krebsplan, Handlungsfeld 2, Ziel 9: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung, Berlin 2010. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/Ziel_9_Psychoonkologische_Versorgung.pdf [Abruf am 26.11.2020].

¹³⁰ Bayerische Krebsgesellschaft e. v. (Hrsg.): Jahresbericht 2019, München, 2020; https://www.bayerische-krebsgesellschaft.de/fileadmin/website_bkgs/images/Flyer/BKG_JB-2019_Entwurf_FINAL_red.pdf [Abruf am 10.08.21].

rung“ (GdB) zugemessen, der in Zehnerschritten von 20 bis 100 reicht. Ab einem GdB von mindestens 50 wird von „Schwerbehinderung“ gesprochen. In Bayern waren 2019 rund 1,2 Mio. Menschen bei den bayerischen Versorgungsämtern als schwerbehindert, d. h. mit einem GdB von mindestens 50, mit gültigem Ausweis amtlich anerkannt.

Studien zeigen, dass Menschen mit Behinderung ihre psychische Gesundheit häufig schlechter einschätzen als Menschen ohne Behinderung. Eine Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung verglichen mit Menschen ohne Behinderung ein etwa 7-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung aufweisen.¹³¹ Auch die Daten der GEDA-Studie von 2012 zeigen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen. 16,7 % der Personen mit einem GdB von weniger als 50 und 20,8 % der Personen mit einem GdB von mindestens 50 gaben eine häufige seelische Belastung an im Vergleich zu 8,9 % der Menschen ohne Behinderung. Das Risiko für eine Depression bei Menschen mit einem GdB von weniger als 50 ist um das 2-Fache erhöht, bei schwerbehinderten Menschen erhöht sich das Risiko sogar um das 2,5-Fache. Die Autoren der GEDA-Studie gehen davon aus, dass u. a. die Erfahrung von Diskriminierung und Benachteiligung dafür ursächlich ist.¹³²

Für Kinder und Jugendliche mit Behinderung und dauerhaft krankheitsbedingter Einschränkung ermitteln die Autoren der KiGGS-Studie (Welle 2, 2014–2017) ein fünfmal höheres Risiko für eine psychische Auffälligkeit als Gleichaltrige ohne Behinderung und Einschränkung. Ein signifikant erhöhtes Risiko zeigt sich für emotionale

Probleme, Verhaltensprobleme, Unaufmerksamkeit/Hyperaktivität, Probleme mit der Peergruppe sowie auffälliges oder grenzwertiges prosoziales Verhalten.¹³³

4.2 Stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Suchtmittel als Risiko

Der Konsum von Suchtmitteln wie auch übermäßige nicht-stoffgebundene Verhaltensweisen, zum Beispiel pathologisches Glückspiel oder exzessive Mediennutzung, bergen das Risiko von physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen bis hin zum Missbrauch und zur Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Das Risiko für die Entwicklung einer Abhängigkeit hängt dabei von vielen Aspekten ab, darunter die Verfügbarkeit bzw. leichte Erhältlichkeit des Suchtmittels und dessen Abhängigkeitspotenzial wie auch individuelle körperliche, psychische und soziale Faktoren. Studien haben zudem bestätigt, dass substanzbezogene Störungen häufig in Kombination mit anderen psychischen Störungen auftreten, wie Angsterkrankungen und depressiven Störungen. Ob andere psychische Störungen dem Substanzgebrauch vorausgehen oder nicht, lässt sich häufig nicht eindeutig feststellen.¹³⁴ Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zu wichtigen psychotropen Substanzen und nicht-stoffgebundenen Risiken mit Abhängigkeitspotenzial gegeben.

Alkohol

Alkoholkonsum ist in Deutschland weit verbreitet. Über 70 % der Deutschen im Alter von 18 bis 64 Jahren konsumierten in den letzten 30

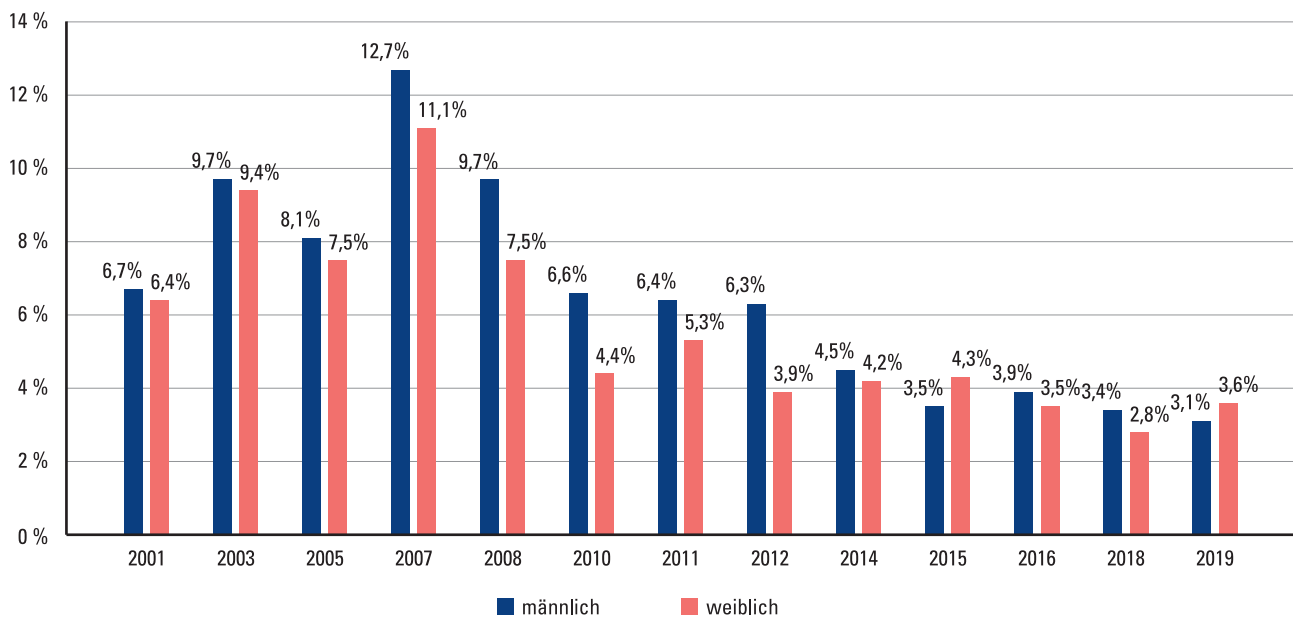
¹³¹ Hughes-McCormack, S. et al.: Prevalence of mental health conditions and relationship with general health in a whole-country population of people with intellectual disabilities compared with the general population. *BJPsych Open* 2017; 3: 243–248.

¹³² Rathmann, K., Nellen, C., Wetzel, L.D.: Behinderungsspezifischer Gradient in der psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsbewusstsein. Ergebnisse der repräsentativen GEDA-Studie für Deutschland. *Rehabilitation* 2020; 59: 223–230.

¹³³ Karg, S. et al.; Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung und krankheitsbedingter Einschränkung: Ergebnisse der repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS Welle 2). *Gesundheitswesen* 2021; 83: 490–497.

¹³⁴ Diehl, A., Batra, A.: Psychiatrische Komorbidität bei Alkohol- und Tabakabhängigkeit. In: Singer, M.V. et al. (Hrsg.) *Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen*. Stuttgart, New York 2011; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) (Hrsg.): S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ Kurzfassung (Aktualisierte Version 2020). www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001k_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-02.pdf [Abruf am 15.02.2021].

Verbreitung des Konsums riskanter Alkoholmengen unter Jugendlichen (12 bis 17 Jahre) in Prozent, Deutschland, 2019



Datenquelle: Drogenaffinitätsstudie, BZgA. Riskante Alkoholmengen entsprechen mehr als 24 Gramm (Männer) bzw. mehr als 12 Gramm (Frauen) pro Tag in den letzten zwölf Monaten.

Tagen Alkohol.¹³⁵ 9 % der Jugendlichen von 12 bis 17 Jahren in Deutschland konsumierten regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) Alkohol.¹³⁶ Knapp 15 % der Jugendlichen tranken innerhalb der letzten 30 Tage mindestens einmal bis zu einem Rausch („binge drinking“), d. h. mehr als 4 Gläser bei Mädchen und 5 Gläser bei Jungen bei einer Gelegenheit. Bei Jungen ist der Konsum höher als bei Mädchen. Der regelmäßige Alkoholkonsum sowie der Konsum riskanter Mengen ist bei den Heranwachsenden beider Geschlechter seit Jahren rückläufig.

Neben vielen körperlichen Erkrankungen kann Alkoholkonsum auch die Entwicklung einer Such-

terkrankung verursachen. Dem Epidemiologischen Suchtsurvey zufolge hatten 2018 in Deutschland 3,1 % der Erwachsenen (Altersgruppe 18- bis 64-Jährige) eine Alkoholabhängigkeit¹³⁷ (Männer: 4,5 %, Frauen: 1,7 %).¹³⁸ Auf die Bevölkerung Bayerns 2019 übertragen wären das schätzungsweise 256.000 Betroffene.

Im Zeitverlauf ist ein leichter Anstieg der Alkoholabhängigkeit bei beiden Geschlechtern zu erkennen.¹³⁹ Männer sind zu allen Erhebungszeitpunkten deutlich häufiger betroffen, darunter insbesondere junge Erwachsene: 2018 trafen auf fast 12 % der Männer zwischen 18 und 25 Jahren die Merkmale einer Alkoholabhängigkeit zu. Ein jah-

¹³⁵ Seitz, N.N. et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapiefor- schung 2019. www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Alkohol.pdf [Abruf am 25.01.2021].

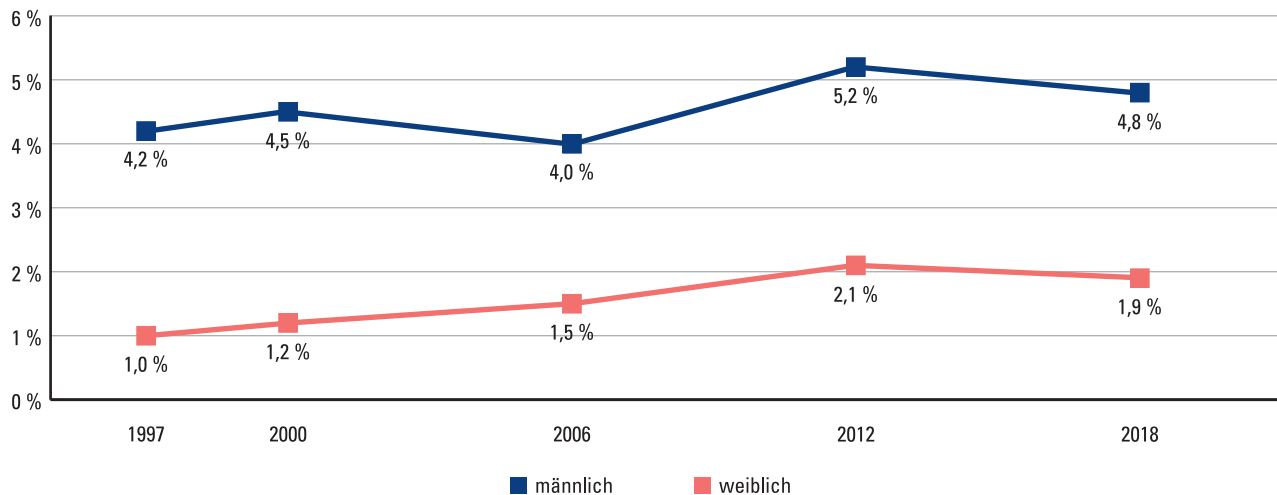
¹³⁶ Orth, B., Merkel, C.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht 2020.

¹³⁷ Alkoholabhängigkeit nach Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV).

¹³⁸ Seitz, N.-N., et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018 Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapiefor- schung 2019. https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Alkohol.pdf [Abruf am 25.01.2021].

¹³⁹ Seitz, N.-N., et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Trends der Prävalenz des Alkoholkonsums, episodischen Rauschtrinkens und Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit nach Geschlecht und Alter 1995–2018. München: IFT Institut für Therapiefor- schung 2019. https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Trends_Alkohol.pdf [Abruf am 25.01.2021].

Alkoholabhängigkeit bei Erwachsenen (18 bis 59 Jahre) in Prozent, Deutschland



Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 1997–2018. Ohne Altersgruppe 60 bis 64, da nicht für alle Jahre verfügbar.

relanger übermäßiger Alkoholkonsum mit der Folge eines Vitamin-B1-Mangels ist die häufigste Ursache des Wernicke-Korsakow-Syndroms, einem organisch amnestischen Syndrom, das v. a. mit Gedächtnisverlusten kürzlich stattgefundenen Ereignisse verbunden ist.

Rauchen

Unter den Jugendlichen ist das Tabakrauchen in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen.¹⁴⁰ Der bereits erwähnten Drogenaffinitätsstudie der BZgA zufolge hatte 2019 die überwiegende Mehrheit der Kinder und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren noch nie geraucht (83 %), 7,2 % gaben an, zumindest gelegentlich zu rauchen, 1,8 % rauchen täglich. Schülerinnen und Schüler, die das Gymnasium besuchen, rauchen seltener als jene an Mittel- und Realschulen. Der Rückgang des Rauchens bei Kindern und Jugendlichen ist auch mit Blick auf die spätere Entwicklung einer Abhängigkeit bedeutsam: Als ein wichtiger Risikofaktor gilt ein frühes Einstiegsalter in das Rauchen.¹⁴¹

Dem Mikrozensus 2017 zufolge raucht in Bayern

circa ein Fünftel der Bevölkerung ab 15 Jahren (3,4 % gelegentlich; 17,1 % regelmäßig), Männer häufiger als Frauen. Zudem gibt es regionale Unterschiede: Der Vergleich nach Regierungsbezirken zeigt, dass in der Oberpfalz mit 23,7 % mehr geraucht wird als in Unterfranken (19,4 %) oder Oberbayern (19,8 %). Das Raucherverhalten hängt auch von sozialen Merkmalen wie Bildung und Einkommen ab. Je höher der soziale Status, desto seltener wird geraucht. So ist das Rauchen beispielsweise unter Erwerbslosen deutlich häufiger als unter Erwerbstätigen vertreten.¹⁴²

Medikamente

Bestimmte Medikamente haben ein hohes Abhängigkeitspotential. Eine Medikamentenabhängigkeit entsteht schleichend und wird häufig erst spät erkannt. Dem Epidemiologischen Suchtsurvey zufolge war in Deutschland 2018 bei Medikamenten mit hohem Abhängigkeitspotential unter den 18- bis 64-Jährigen am häufigsten die tägliche Einnahme von Schmerzmitteln (3,6 % der Befragten), gefolgt von Schlaf- und Beruhigungsmitteln (1,1 %).¹⁴³ Medikamenten-

¹⁴⁰ Zeiher, J. et al.: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 2018; 3(2): 23–44 Berlin; Seitz, N.-N. et al.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. Institut für Therapieforschung München 2020.

¹⁴¹ Kendler, K. et al.: Early Smoking Onset and Risk for Subsequent Nicotine Dependence: A Monozygotic Co-Twin Control Study. *Am J Psychiatry* 2013; 170(4): 408–413.

¹⁴² Heiles, B.: Die Gesundheit der bayerischen Bevölkerung – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. *Bayern in Zahlen* 11/2018: 766–775.

¹⁴³ Bezieht sich auf die Einnahme innerhalb der letzten 30 Tagen.

missbrauch lag in den letzten 12 Monaten bei 7,8 % der Befragten vor, Abhängigkeit bei 3,5 %.¹⁴⁴ Dabei war die mit Abstand am häufigsten genannte Arzneimittelgruppe die Schmerzmittel, danach folgten Schlaf- und Beruhigungsmittel. Eine Abhängigkeit nach Schmerzmitteln wurde häufiger bei Frauen (Frauen: 3,6 %, Männer: 2,7 %) und eine Abhängigkeit nach Schlaf- und Beruhigungsmitteln häufiger bei Männern (Schlafmittel: Frauen: 0,3 %, Männer: 0,5 %; Beruhigungsmittel: Frauen: 0,3 %, Männer: 0,7 %) festgestellt. Übertragen auf die bayerische Bevölkerung 2020 wären demnach rund 290.000 Menschen im Alter von 18 bis 64 Jahren von einer Medikamentenabhängigkeit betroffen.¹⁴⁵ In der befragten Altersgruppe der

18–64-Jährigen zeichnet sich kein klarer Alterstrend ab und Daten zur älteren Bevölkerung ab 65 Jahren liegen aus dem Epidemiologischen Suchtsurvey nicht vor. Fachleute gehen jedoch davon aus, dass im Alter durch die häufige Einnahme von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential Medikamentenabhängigkeit ein relevantes Problem darstellt.¹⁴⁶

Illegale Drogen

Knapp 30 % der erwachsenen Deutschen haben dem Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 zufolge jemals in ihrem Leben illegale Drogen konsumiert, in den letzten 12 Monaten waren es 8,3 %.¹⁴⁷

12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen in Prozent, Deutschland, 2018

	Männer	Frauen	Gesamt
Irgendeine illegale Droge	10,2 %	6,4 %	8,3 %
Cannabis	8,9 %	5,3 %	7,1 %
Amphetamine/Methamphetamine	1,5 %	0,9 %	1,2 %
Amphetamine	1,5 %	0,9 %	1,2 %
Methamphetamine	0,3 %	0,1 %	0,2 %
Ecstasy	1,2 %	1,0 %	1,1 %
LSD	0,5 %	0,1 %	0,3 %
Heroin und andere Opiate	0,5 %	0,4 %	0,4 %
Kokain/Crack	1,4 %	0,8 %	1,1 %
Pilze	0,6 %	0,2 %	0,4 %
NPS	1,1 %	0,8 %	0,9 %
Inhalanzien	0,4 %	0,0 %	0,2 %

Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey; zeilenweise Summierung aufgrund der Möglichkeit des Mehrfachkonsums nicht möglich.

¹⁴⁴ Seitz, N.-N., et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Medikamenteneinnahme und Hinweise Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung 2019. www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Medikamente.pdf. [Abruf am 25.01.2021].

¹⁴⁵ Schätzung des LGL auf Basis der Prävalenz der Medikamentenabhängigkeit des Epidemiologischen Suchtsurveys und der bayerischen Bevölkerung der 18–64-Jährigen.

¹⁴⁶ Buth, S., et al.: Problematische Medikation von Benzodiazepinen, Z-Substanzen und Opioid-Analgetika Analyse von Verschreibungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung der Jahre 2006–2016. Deutsches Ärzteblatt 2019, 37: 607–614; Martens, M.S. et al.: Epidemiologie der Verschreibung von Medikamenten in Hamburg. Eine deskriptive Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Verordnungen von Benzodiazepinen 2011. www.hamburg.de/contentblob/3315450/0343133f36e1493e2f0b7e4d1909e40d/data/epidemiologie-der-verschreibung-von-medikamenten.pdf [Abruf am 28.01.2021].

¹⁴⁷ Seitz, N.-N., et al.: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung 2019. https://www.ift.de/fileadmin/user_upload/Literatur/Berichte/ESA_2018_Tabellen_Drogen.pdf. [Abruf am 10.11.21]

Bei den 12- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen gaben in der Drogenaffinitätsstudie 2019 knapp 11 % an, schon einmal eine illegale Droge konsumiert zu haben (Jungen: 13,4 %, Mädchen 7,6 %). Auf Bayern bezogen wären das circa 75.000 Jugendliche in dieser Altersgruppe. Auch hier steht Cannabis im Vordergrund (10,4 %).¹⁴⁸ Der Cannabiskonsum unter Jugendlichen steigt seit einigen Jahren. Bei Jungen ist der regelmäßige Konsum mehr als doppelt so hoch wie bei Mädchen.

Etwas weniger als 1 % der Erwachsenen in Deutschland sind dem Epidemiologischen Suchtsurvey zufolge drogenabhängig. Bezogen auf die Bevölkerung Bayerns wären das circa 66.000 Betroffene im Alter von 18 bis 64 Jahren.

Manche illegalen Drogen können auch psychotische Symptome auslösen oder psychische Störungen triggern. Dies gilt z. B. für Cannabisprodukte, für Pilze mit psychogenen Inhaltsstoffen und für synthetische Drogen wie LSD.¹⁴⁹

Pathologisches Glücksspiel und exzessiver Internetkonsum

Das pathologische Glücksspiel oder Glücksspielsucht ist eine Impulskontrollstörung, bei der ein häufiges und wiederholtes, meist episodenhaftes Glücksspielverhalten besteht, auch wenn damit erhebliche negative soziale und finanzielle Auswirkungen einhergehen.¹⁵⁰ Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) führt seit 2007 eine Repräsentativbefragung zum Glücksspielverhalten in der deutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 70 Jahren durch, zuletzt im Jahr 2019. Dabei gaben 37,3 % der Befragten an, in den letzten 12 Monaten mindestens einmal ein Glücksspiel gespielt zu haben, Männer

häufiger als Frauen (44,4 % gegenüber 30,9 %).¹⁵¹ Am beliebtesten sind Lotterien (knapp 33 %), gefolgt von Automaten- und Casinospiele (4,1 %) und Sportwetten (2,2 %). Ein geringer Anteil der Befragten von 0,34 % weist ein „wahrscheinlich pathologisches Glücksspielverhalten“ auf (niedrigster Stand seit 10 Jahren; 2009: 0,45 %). Hochgerechnet auf die 16- bis 70-jährige Bevölkerung Bayerns wären dies schätzungsweise 32.000 Personen mit wahrscheinlich pathologischem Glücksspielverhalten. Faktoren, die statistisch mit einem problematischen Glücksspielverhalten zusammenhängen, sind männliches Geschlecht, junges Alter und niedriges Einkommen. Automaten- und Casinospiele, insbesondere im Internet, weisen ein hohes Gefährdungspotential auf, Lotterien gelten als weniger schädlich.

Der Europäischen Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) zufolge, die in Bayern unter den Schülern und Schülerinnen der neunten und zehnten Klassen durchgeführt wurde, betrug die durchschnittliche Nutzungsdauer sozialer Medien im Jahr 2019 an Schultagen 2,8 Stunden und 3,9 Stunden am Wochenende.¹⁵² In der Studierenerhebung von 2015 wiesen knapp 10 % einen problematischen Umgang mit dem Internet auf.¹⁵³ Mädchen waren mit knapp 12 % häufiger betroffen als Jungen mit knapp 7 %. Während Mädchen eher soziale Netzwerke exzessiv nutzen, sind es bei Jungen Online-Spiele. Eine Studie der DAK Gesundheit aus dem Jahr 2020 zeigte bei 10 % der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zwischen 10 und 17 Jahren ein riskantes Nutzungsverhalten für digitale Spiele, und 8,2 % für soziale Medien. Dies entspricht umgerechnet auf die bayerische

¹⁴⁸ Das Ausprobieren anderer illegaler Drogen wie Ecstasy, Amphetamine, Crystal Meth, etc. ist mit 1,7 % weitaus seltener.

¹⁴⁹ Schnell, T. et al.: Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht. *Nervenarzt* 2010; 81:323–328.

¹⁵⁰ Definition Pathologisches Glücksspiel, Landesstelle Glücksspielsucht Bayern: <https://www.lsgbayern.de/information/gluecksspiel-sucht-daten-fakten/definition-pathologischen-gluecksspielens>.

¹⁵¹ Banz, M.: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2019.

¹⁵² Seitz, N.-N. et al.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2019 (ESPAD) Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. Institut für Therapieforchung München 2020.

¹⁵³ Ergebnisse auf Basis der Compulsive Internet Use Scale (CIUS Score ≥ 30 Punkte), siehe: Kraus, L.: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen 2015 (ESPAD) – Befragung von Schülerinnen und Schülern der 9. und 10. Klasse in Bayern. Institut für Therapieforchung München 2016.

Bevölkerung schätzungsweise 94.000 bzw. 77.000 Kinder und Jugendliche. Laut der Studie waren mehr Jungen als Mädchen davon betroffen.¹⁵⁴

Ergebnissen einer Studie der DAK von 2021 zufolge ist die krankhafte Nutzung von Computerspielen unter den 10–17-Jährigen während der Pandemie von 2,7 % im Jahr 2019 auf 4,1 % im Jahr 2021 angestiegen. Auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine pathologische Social Media Nutzung aufweisen, ist seit 2019 von 3,2 % auf 4,6 % angestiegen. Jungen sind deutlich häufiger von krankhafter Mediennutzung betroffen als Mädchen.¹⁵⁵

Ambulante und stationäre Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen

Im Jahr 2020 erhielten in Bayern insgesamt 1.161 gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren eine ambulante Diagnose der ICD-Gruppe F10–F19 „Psychische und Verhaltensstörungen aufgrund psychotroper Substanzen“. Im stationären Versorgungssystem entfielen im Jahr 2019 ca. 5.600 Krankenhaufälle auf diese Diagnose bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren, Jungen waren häufiger betroffen als Mädchen. Die Mehrzahl der stationären Diagnosen (rund 72 %) ist auf eine akute Alkohol-Intoxikation (F10.0) zurückzuführen.

Abhängigkeiten sind im Jugendalter erwartungsgemäß nur selten Grund für eine stationäre Behandlung.¹⁵⁶

Bei den Erwachsenen ab 18 Jahren hatten 2020 in Bayern gut 500.000 gesetzlich versicherte Patienten im ambulanten Versorgungssystem eine Diagnose aus der Gruppe der Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Männer etwas häufiger als Frauen (282.481 Männer, 219.254 Frauen). Bei etwa 67.000 Personen wurde eine Alkoholabhängigkeitserkrankung (F10.2) diagnostiziert. 2.808 Erwachsene hatten die Diagnose Pathologisches Spielen (F63.0), davon war die überwiegende Zahl Männer.

Im stationären Bereich gab es in Bayern bei Erwachsenen ab 20 Jahren 2019 knapp 53.000 stationäre Behandlungsfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, darunter knapp 25.000 Abhängigkeitserkrankungen. Im Vordergrund steht dabei die Alkoholabhängigkeit mit knapp 18.000 Fällen, gefolgt von Schmerzmitteln (Opioiden) mit fast 3.000 stationären Fällen und Sedativa/Hypnotika mit fast 900 Fällen. Der Geschlechtervergleich zeigt: Männer sind im stationären Versorgungssystem circa zweieinhalbmal so häufig von einer Substanzabhängigkeit

Stationäre Fälle aufgrund von Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei < 20-Jährigen, Bayern 2019

	Jungen	Mädchen
F10–F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3.460	2.137
F10.0 Akute Alkoholintoxikation (akuter Rausch)	2.399	1.615
F10.2–F19.2 Abhängigkeitssyndrom insgesamt	368	99

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

¹⁵⁴ DAK: Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12–17 Jahre) und deren Eltern. <https://www.dak.de/dak/download/report-2296314.pdf> [Abruf am 25.03.2021].

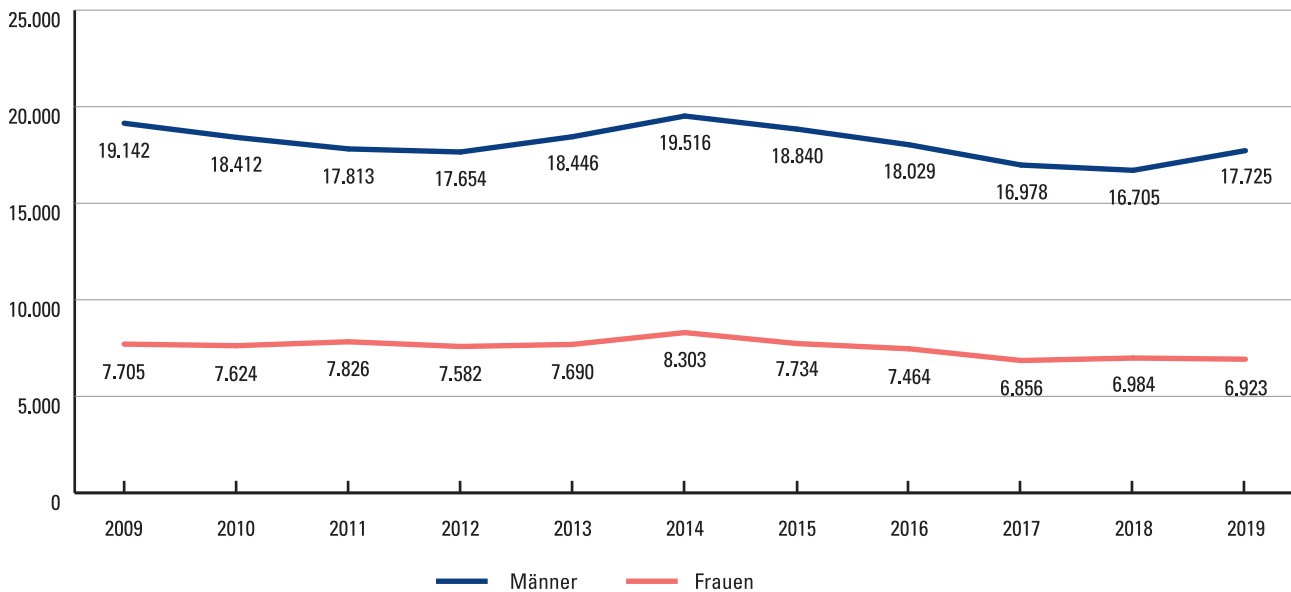
¹⁵⁵ DAK Gesundheit 2021: Pressemitteilung: Mediensucht steigt in Corona-Pandemie stark an. Hamburg. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/mediensucht-steigt-in-corona-pandemie-stark-an-2508248.html#/> [Abruf am 04.11.2021].

¹⁵⁶ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

betroffen wie Frauen. Bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs ist seit 2014 bei beiden Geschlechtern ein leichter Rückgang der Zahlen zu erkennen, dieser fällt bei den Männern stärker aus. Bei den Männern gab es jedoch zuletzt wieder einen leichten Anstieg.

Eine Entwöhnungsbehandlung im Rahmen der Sucht-Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung erhielten im Jahr 2020 4.808 Versicherte, auch hier machten alkoholbedingte Störungen mit 3.299 Behandlungen den größten Teil aus.¹⁵⁷

Stationäre Fälle mit der Diagnose F10.2–F19.2: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: Abhängigkeitssyndrom, ab 20 Jahre, Bayern



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Modellprojekt „Take-Home-Naloxon in Bayern“

Opioidabhängigkeit ist eine schwere, oft chronisch verlaufende Erkrankung mit einem hohen Sterberisiko durch eine Überdosierung. In Bayern wurde mit Landtagsbeschluss Drs. 17/16794 ein Modellprojekt (Take-Home-Naloxon in Bayern) initiiert, um zu evaluieren, inwieweit durch Schulung von Betroffenen und Laien der Einsatz und der Gebrauch von Naloxon als Gegenmittel gegen Opioidwirkungen medizinisch sicher, effektiv und rechtssicher als fester Bestandteil der Drogenhilfe implementiert werden kann. Das Projekt wurde unter Leitung der Universitäten Bamberg, München und Regensburg von den lokalen Suchtberatungsstellen im Zeitraum Oktober 2018 bis März 2021 an fünf Studienorten (Augsburg, Ingolstadt, München, Nürnberg, Regensburg) durchgeführt. Grundsätzlich konnte gezeigt werden, dass durch eine standardisierte Drogennotfallschulung Take-Home-Naloxon sicher und effektiv eingesetzt werden kann und so zur Reduktion des Drogentods bei Opioidabhängigen beiträgt. Es handelte sich um ein bundesweit beispielhaftes Projekt zur Verbesserung der Versorgungssituation der Betroffenen. In Bayern sollen künftig möglichst viele Schulungen durchgeführt werden.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Dies bezieht sich auf alle in Anspruch genommenen Entwöhnungsbehandlungen unabhängig von der gestellten Diagnose.

¹⁵⁸ Wodarz-von Essen, H. et al.: THN Bayern – Evaluation eines Schulungsprogramms für medizinische Laien zum Einsatz von nasalem Take-Home-Naloxon in Notfallsituationen bei Menschen mit Opioidabhängigkeit in Bayern (BayTHN). Endbericht und Addendum. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. München 2021.

Die langfristigen Folgen eines missbräuchlichen Konsums von Tabak, Alkohol und anderen Drogen sind auch volkswirtschaftlich und gesellschaftlich bedeutsam. Im Jahr 2020 gab es in Bayern 538 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit durch eine alkoholbedingte psychische Störung. Zu 74 % waren Männer betroffen. Weitere 126 Rentenzugänge waren auf psychische Störungen im Zusammenhang mit Medikamenten und Drogen zurückzuführen, es geht dabei vor allem um Abhängigkeitserkrankungen.

Die schwerwiegendsten Folgen des Suchtmittelkonsums sind Sterbefälle. Die Todesursachenstatistik weist für Bayern für das Jahr 2019 etwa 1.600 Verstorbene aufgrund von Alkoholkonsum aus. Die Zahl der an illegalen Drogen Verstorbenen beträgt der Polizeilichen Kriminalstatistik zufolge im Jahr 2020 248 Menschen. Daten zur tabakbedingten Mortalität können nur geschätzt werden: Dem Deutschen Krebsforschungszentrum zufolge sterben in Bayern jährlich knapp 16.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums.¹⁵⁹

4.3 Im Fokus: Psychische Gesundheit und Corona

Die Corona-Pandemie bewirkte weltweit tiefgreifende Veränderungen. Dies gilt für das Infektionsgeschehen an sich wie für die Infektions-

schutzmaßnahmen zugleich. Die Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens führten zu erheblichen Einschränkungen in allen Lebensbereichen der Menschen. Längerfristige Planungen wurden durch die Dynamik des Infektionsgeschehens und der konsekutiven Notwendigkeit rascher Reaktionen erschwert.

Dies beeinflusst die psychische Gesundheit auf unterschiedlichen Ebenen. Bereits die Sorge vor einer Coronainfektion kann zu psychischen Beeinträchtigungen führen. Darüber hinaus können wirtschaftliche Unsicherheit, materielle Notlagen, Perspektivlosigkeit oder Existenzängste sowie durch den Lockdown bedingte Isolation und soziale Distanz nachteilige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben.¹⁶⁰ Studien zeigen beispielsweise in der Allgemeinbevölkerung eine Zunahme von depressiven Symptomen und von Angstsymptomen seit Beginn der COVID-19-Pandemie.¹⁶¹ Weitere psychische Folgen der Pandemie und des Lockdowns können posttraumatischer Stress, Verwirrung, Niedergeschlagenheit, Wut und Ärger sowie Schlafbeschwerden sein.¹⁶² Auch das mit schlechterer psychischer Gesundheit in Zusammenhang gebrachte Einsamkeitsempfinden stieg während der ersten Coronawelle in Deutschland an.¹⁶³ Während des zweiten Lockdowns im Spätherbst 2020, der im Vergleich zum ersten Lockdown deutlich länger andauerte, blieb das Einsamkeitsempfinden in der Bevölkerung unverändert hoch und die Lebenszufriedenheit sank.¹⁶⁴

¹⁵⁹ Datenquelle: Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ), LGL eigene Berechnung.

¹⁶⁰ Pieh, C., Budimir, S., Probst, T.: The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research* 2020; 136: 110186.

¹⁶¹ Peters, A. et al.: COVID-19-Pandemie verändert die subjektive Gesundheit. Erste Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Deutsches Ärzteblatt* 2020; 117: 861–867; Entringer, T. et al.: Psychische Krise durch Covid-19? Sorgen sinken, Einsamkeit steigt, Lebenszufriedenheit bleibt stabil. *SOEP: The Socio-Economic panel at DIW Berlin* 2020; Kunzler, AM. et al.: Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses. *Globalization and Health* 2021; 17(1): 34; Santomauro, DF. et al.: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2021; epub DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7) [Abruf am 12.10.21].

¹⁶² Brooks, S. et al.: The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce it: Rapid Review of the Evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–20; Torales, J. et al.: The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry* 2020; 66(4): 317–320.

¹⁶³ Berger, K. et al.: Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsblatt* 2021; 64: 1157–1164.

¹⁶⁴ Entringer, T., Kröger, H.: Weiterhin einsam und weniger zufrieden – Die COVID-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lockdown stärker auf das Wohlbefinden aus. *Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung*. Berlin 2021.

Zu den psychischen Auswirkungen im Zuge der Corona-Pandemie zählen auch Veränderungen im Suchtverhalten. Es zeichnet sich ab, dass die Coronakrise die Suchtgefährdung erhöht – sowohl im Hinblick auf stoffgebundene Süchte wie Alkohol, Tabak und illegale Drogen als auch bei nicht stoffgebundenen Süchten wie dem Glücksspielverhalten und der pathologischen Internetnutzung.¹⁶⁵ Einer Studie des Zentralinstituts für seelische Gesundheit in Mannheim und des Klinikums Nürnberg zufolge griffen rund 40 % der Befragten seit dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 häufiger zur Zigarette oder zur E-Zigarette, rund ein Drittel der Befragten gab an, seit dem Lockdown mehr Alkohol zu konsumieren.¹⁶⁶ Auch internationale Studien weisen darauf hin, dass Einschränkungen im öffentlichen Leben vermehrt zu „riskantem Alkoholkonsum“ führen.¹⁶⁷

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die Corona-Pandemie nicht ausschließlich zu psychischen Belastungen führte, sondern auch Entlastungen bis hin zum „posttraumatischen Wachstum“ mit sich brachte (z. B. verbesserte Beziehungen und zufriedeneres Leben durch das Meistern von Krisen).¹⁶⁸ Zudem verändert sich die Studienlage kontinuierlich und viele Befunde sind nicht einheitlich¹⁶⁹. So ist derzeit noch unklar, inwieweit Veränderungen

des Substanzkonsumverhaltens auch tatsächlich in Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial münden.¹⁷⁰ Eine repräsentative bundesweite Befragung des Robert Koch-Instituts lässt darauf schließen, dass es in Deutschland im Frühjahr 2020 nicht zu einer Erhöhung depressiver Symptome gekommen ist.¹⁷¹ Auch eine Studie des Zentralinstituts für seelische Gesundheit in Mannheim kommt zu ähnlichen Befunden.¹⁷² Möglicherweise haben das klare politische Handeln und die sozialen Ausgleichsmaßnahmen in Deutschland die Folgen der Krise auf die psychische Gesundheit abgemildert. Nach Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik hat sich 2020 keine relevante Veränderung der Suizide und Suizidversuche gegenüber den Vorjahren gezeigt¹⁷³, auch vorläufige Daten der Todesursachenstatistik zeigen bisher keine Auffälligkeiten.¹⁷⁴ Längerfristig ist – abhängig vom Verlauf der Wirtschaftskrise – eine Zunahme der psychischen Störungen zu erwarten. Die pandemiebedingte Rezession kann zudem zur Verschärfung sozialer Ungleichheiten beitragen.¹⁷⁵

Vulnerable Gruppen

Für Menschen mit psychischen Vorerkrankungen ergeben sich aus Studien Hinweise, dass sie gefährdet sind, aufgrund der Corona-Pandemie eine Verschlimmerung der bestehenden psychischen Erkrankung zu erleiden.¹⁷⁶ Zudem gibt es

¹⁶⁵ Suhren, E. et al.: Forschungsaktivitäten zu den Auswirkungen von COVID-19 auf den Substanzkonsum, die Entwicklung von Verhaltenssüchten sowie das Suchthilfesystem. Institut für Innovation und Technik. Berlin 2021.

¹⁶⁶ Georgiadou, E. et al.: Alkohol und Rauchen: Die COVID-19-Pandemie als idealer Nährboden für Süchte. Deutsches Ärzteblatt 2020; 117(25): A-1251 / B-1060.

¹⁶⁷ Risikofaktoren für erhöhten Alkohol- und Tabakkonsum sind vorheriger Substanzmissbrauch/-abhängigkeit, niedrigeres Bildungsniveau, sowie erhöhtes Stresserleben während der Corona-Pandemie. Jin, KU. et al.: Effect of COVID-19 lockdown on alcohol consumption in patients with pre-existing alcohol use disorder. Lancet Gastroenterol Hepatol 2020; 5(10): 886–887.

¹⁶⁸ Eichenberg, C.: Differenzielle Auswirkungen auf die Psyche. Deutsches Ärzteblatt 2021; 19 (6): 277–9.

¹⁶⁹ Siehe Mauz, E. et al.: Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. Journal of Health Monitoring 2021; 6(S7); DOI 10.25646/9178.

¹⁷⁰ Siehe Uhl, A.: Die inadäquate Darstellung von COVID-19-Statistiken – ganz allgemein und in Zusammenhang mit Substanzkonsum und Suchtphänomenen. Suchttherapie 2021; epub DOI: 10.1055/a16600836 [Abruf am 25.10.21].

¹⁷¹ Damerow, S. et al.: Die gesundheitliche Lage in Deutschland in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie. Zeitliche Entwicklung ausgewählter Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. Journal of Health Monitoring 2020; 5(4): 3–22.

¹⁷² Kühner, C. et al.: Psychisches Befinden in der Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie. Psychiatr Prax 2020; 47(7): 361–369.

¹⁷³ Bayerischer Landtag, Drucksache 18/17503.

¹⁷⁴ Datenquelle: LfStat.

¹⁷⁵ Riedel-Heller, S., Bohlken, J.: COVID-19-Pandemie: Psychische Folgen für Bevölkerung und medizinisches Personal. NeuroTransmitter 2020; 31 (11): 38–42.

¹⁷⁶ Hao, F. et al.: Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. Brain, Behavior, and Immunity 2020; 87: 100–106; Atzendorf, J., Gruber, S.: The mental well-being of older adults after the first wave of COVID-19. SHARE Working Paper Series 63-2021. Munich Center for the Economics of Aging. München 2021.

Hinweise aus internationalen Studien, dass Menschen mit psychischen Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko einer Sars-CoV-2-Infektion und eine erhöhte Sterblichkeit in Zusammenhang mit COVID-19 aufweisen.¹⁷⁷ Erklärt wird dies unter anderem damit, dass Personen mit psychischen Vorerkrankungen einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen haben oder aufgrund ihres niedrigen Sozialstatus häufiger in prekären Verhältnissen leben.¹⁷⁸ Insbesondere psychisch schwer erkrankte Menschen – etwa mit Demenz – sind oftmals nicht in der Lage, Hygienemaßnahmen und Abstandsregeln einzuhalten. Dies erschwert die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen zum Schutz vor einer COVID-19-Infektion.

Die ZQP-Studie „Pflegerische Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung“ (Juni 2020) verdeutlicht, dass insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz die Auswirkungen der Pandemie im Pflegekontext deutlich belastet: 41 % berichten eine Verschlechterung der Pflegesituation infolge des ersten Lockdowns 2020 und über ein Drittel gibt an, überfordert zu sein. 35 % befürchten, die häusliche Pflege der von Demenz betroffenen Person in Folge der mit der Pandemie einhergehenden Entwicklungen nicht mehr zu schaffen. Aber auch andere belastende Gefühle oder Konflikte haben in dieser Personengruppe deutlicher zugenommen als bei pflegenden Angehörigen ohne direkten Demenzbezug: So liegt etwa der Wert für Gefühle der Verzweiflung 14 Prozentpunkte oder der Hilflosigkeit 13 Prozentpunkte höher. In Bezug auf Wut und Ärger in der Pflegesituation liegt die Differenz zwischen beiden

Gruppen bei 10 Prozentpunkten – bei belastenden Konflikten noch bei 8 Prozentpunkten.¹⁷⁹

Eine Bevölkerungsgruppe, die im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie ebenfalls besonderer Beachtung bedarf, stellen Kinder und Jugendliche dar. Schulschließungen, die Reduktion sozialer Kontakte, der Wegfall von Hobbies und die Reduktion körperlicher Aktivität können die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie unter bestimmten Bedingungen auch ihre psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Bei Kindern und Jugendlichen traten infolge des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 vermehrt Symptome von Angst und Depression auf.¹⁸⁰ Im Rahmen der COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf berichteten 40 % der befragten 11- bis 17-Jährigen im Mai und Juni 2020 eine verminderte Lebensqualität. Vor der COVID-19-Pandemie war dies nur bei 15 % der Kinder und Jugendlichen der Fall. Betroffen sind vor allem Kinder aus sozial benachteiligten Familien. Zudem war nach dem ersten Lockdown im Frühjahr 2020 eine Zunahme von psychischen und psychosomatischen Auffälligkeiten (Hyperaktivität, emotionale Probleme, Verhaltensprobleme) bei Kindern und Jugendlichen zu verzeichnen. Psychosomatische Beschwerden wie Einschlafprobleme und Kopf- und Bauchschmerzen traten ebenfalls gehäuft auf.¹⁸¹ Auch knapp ein Jahr nach Beginn der Pandemie leidet der zweiten Befragungsrunde der COPSY-Studie zufolge fast jedes dritte Kind unter psychischen Auffälligkeiten, vor der Corona-Pandemie litt nur jedes fünfte Kind unter psychischen Auffälligkeiten. Sorgen und Ängste

¹⁷⁷ Vygen-Bonnet, S. et al.: Beschluss der STIKO zur 2. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. *Epid Bull* 2021; 5:3–79; Taquet, M. et al.: Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62.354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry* 2021; 8: 130–40.

¹⁷⁸ Wang, QQ., Xu, R., Volkow, ND.: Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 2021; 20:124–130.2020.

¹⁷⁹ Eggert, S. et al.: Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin 2020. www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-AngehörigeCOVID19.pdf [Abruf am 19.05.21].

¹⁸⁰ Bujard, M. et al.: Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB). Wiesbaden 2021. <https://www.bib.bund.de/Publikation/2021/Belastungen-von-Kindern-Jugendlichen-und-Eltern-in-der-Corona-Pandemie.html?nn=9755140> [Abruf am 29.07.21]; Schlack, R. et al.: Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring* 2020; 5(4): 23–34.

¹⁸¹ Ravens-Sieberer, U. et al.: Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117:828–829.

Bayernweite Erfassung von psychosozialen Unterstützungsbedarf junger Familien unter Krisenbedingungen

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales fördert das Projekt „Junge Familien und Corona (Corona-baBY)“ des Lehrstuhls für Sozialpädiatrie der TU München und des kbo-Kinderzentrums München. Bei dem Projekt wird bayernweit evaluiert, inwieweit familiäre Belastungen im Rahmen kinderärztlicher U-Untersuchungen erkannt und ob Frühe Hilfen für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in ausreichendem Maße vermittelt werden. Eine gelingende Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit der Kinder- und Jugendhilfe ist für einen effektiven Kinderschutz von zentraler Bedeutung. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den vielfältigen psychosozialen Belastungen bei jungen Familien, die gerade auch im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu erwarten sind. Im Rahmen des Projekts sollen 5.000 Familien in Bayern mit Kindern von 0–3 Jahren über einen Zeitraum von 18 Monaten mit Fokus auf die psychosozialen Belastungsfaktoren sowie der Vermittlungsrate zu Angeboten der Frühen Hilfen untersucht werden.

Mehr dazu unter: <https://kbo-kinderzentrum-muenchen.de/forschungsschwerpunkte-und-projekte/junge-familien-corona-corona-baby>

haben im Vergleich zur ersten Befragung noch einmal zugenommen. Vier von fünf Kindern fühlten sich durch die Corona-Pandemie belastet.¹⁸²

Insbesondere mögliche Folgen des Lockdowns wie Einsamkeit und soziale Isolation können die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefährden. Ein guter familiärer Zusammenhalt wirkt hingegen protektiv und kann die Belastungen durch die Pandemie abmildern.¹⁸³

Auch im jungen Erwachsenenalter war während der COVID-19-Pandemie eine starke Zunahme der Gefühle Trauer und Depression zu beobachten. Eine repräsentative Studie der pronova BKK weist darauf hin, dass mehr als die Hälfte der befragten 16–29-Jährigen häufiger traurig oder depressiv ist als vor der Pandemie.¹⁸⁴

Wegen ihres erhöhten Risikos für schwere COVID-19-Verläufe stehen ältere Menschen im Fokus von Schutzmaßnahmen, in Pflegeheimen wurden sie besonders restriktiven Schutz- und Isolationsvorschriften unterworfen. Allerdings können Isolation, die Einschränkung sozialer Partizipationsmöglichkeiten und Einsamkeit insbesondere bei älteren Menschen zu Perspektivlosigkeit durch den Wegfall der familiären und sozialen Aufmerksamkeit sowie psychischen Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen führen.¹⁸⁵ Erschwerend kommt hinzu, dass sich ältere Menschen vielfach mit Zugangsbarrieren zu psychotherapeutischen Onlineangeboten konfrontiert sehen. Die Bundespsychotherapeutenkammer weist darauf hin, dass die Angst vor einer COVID-19-Infektion insbesondere für Über-75-Jährige auch zur Todesangst

¹⁸² Ravens-Sieberer, U.: Copsy-Studie: Kinder und Jugendliche leiden psychisch weiterhin stark unter Corona-Pandemie. Pressemitteilung des UKE Hamburg vom 10.02.2021. <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>.

¹⁸³ Kaman, A. et al.: Belastungserleben und psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Hamburg während der COVID-19-Pandemie. *Nervenheilkunde* 2021; 40(5): 319–326.

¹⁸⁴ Pressemitteilung der pronova BKK vom 31.05.21. www.pronovabkk.de/presse/pressemitteilungen/studie-generation-corona-vereinsamt.html [Abruf am 09.06.2021].

¹⁸⁵ Palmer, K. et al.: The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020; 32: 1189–1194; Bundespsychotherapeutenkammer. Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen. Berlin 2020.

werden kann. Die Betroffenen können sich oftmals niemandem mitteilen und quälen sich mit der Erwartung, wegen Corona allein zu sterben.¹⁸⁶

Ältere Menschen in Pflegeheimen sind besonders stark von der Corona-Pandemie betroffen – sowohl was die Erkrankungsschwere, die Mortalität wie auch die Einschränkung durch Schutzmaßnahmen betrifft.¹⁸⁷ Die Besuchsverbote und Ausgangssperren führten zu erhöhten psychischen Belastungen der Heimbewohner. Die Stimmung unter den Seniorinnen und Senioren, die ihre Angehörigen nicht mehr treffen konnten, wurde einer Studie der Fachhochschule Münster

zufolge als traurig, verzweifelt und depressiv beschrieben.¹⁸⁸

Auch medizinisches Personal¹⁸⁹ ist während der Corona-Pandemie besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. In ihrem Arbeitsalltag kumulieren ein hohes Infektionsrisiko, Schichtdienst und lange Arbeitszeiten, zudem erfordert das Infektionsgeschehen besondere Vorsichts- und Hygienemaßnahmen. Daher weist das Gesundheitspersonal während der Corona-Pandemie ein hohes Gefährdungspotential in Bezug auf psychische Belastungen und Stressoren auf.¹⁹⁰

Häusliche Gewalt

Opfer häuslicher Gewalt sind vor allem Frauen. Einer Studie der TU München zufolge waren in Deutschland drei Prozent der Frauen während des Lockdowns im Frühjahr 2020 Opfer häuslicher Gewalt. Häusliche Gewalt wurde häufiger berichtet, wenn die Befragten in Quarantäne waren oder finanzielle Probleme hatten. Die Arbeitslosigkeit eines Partners sowie das Vorliegen einer psychischen Erkrankung zählten ebenfalls zu den Risikofaktoren für häusliche Gewalt.¹⁹¹ Internationale Befunde weisen auf eine Zunahme der häuslichen Gewalt während der Corona-Pandemie hin¹⁹², allerdings ist noch unklar, inwieweit die Studienergebnisse auch auf Deutschland übertragbar sind. Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales listet eine Vielzahl niederschwelliger regionaler Beratungsangebote wie Frauenhäuser, Fachberatungsstellen und telefonische Hilfemöglichkeiten auf.

Mehr dazu unter: www.stmas.bayern.de/gewaltschutz/beratung/index.php

¹⁸⁶ Bundespsychotherapeutenkammer. Erfahrungen von Psychotherapeut*innen in der Coronakrise. Berlin 2020.

¹⁸⁷ Eine ausführliche Analyse zur erhöhten Mortalität der Pflegeheimbewohner in Deutschland ist beispielsweise im Pflegereport 2021 der AOK zu finden, siehe Jacobs, K. et al.: Pflege-Report 2021. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin 2021.

¹⁸⁸ Sporket, M.: Befragung zur Situation von Bewohner*innen in Pflegeeinrichtungen im Rahmen der Corona-Pandemie. Fachhochschule Münster 2020.

¹⁸⁹ In Bayern gab es im Jahr 2018 gut 900.000 Personen, die im Gesundheitswesen tätig waren; Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

¹⁹⁰ Petzold, MB., Plag, J., Ströhle, A.: Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Der Nervenarzt 2020; 91 (5): 417–421.

¹⁹¹ Pressemitteilung der Technischen Universität München vom 02.06.20. <https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/details/36053/> [Abruf am 19.11.2020].

¹⁹² Fegert, JM. et al.: Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2020; 14:20 epub.

Unterstützung für die Heime

In Bayern unterstützte zunächst die Steuerungsstelle Pflegeheime des Bayerischen Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit ab April 2020 in Abstimmung mit den zuständigen regionalen Gesundheitsämtern die Pflegeheime in Bayern durch Vor-Ort-Begehungen und telefonische Beratungen. Neben dem Infektionsschutz ging es dabei auch darum, mit den Heimen nach Lösungen zu suchen, um die Folgen der Einschränkungen sozialer Kontakte für die Heimbewohner möglichst gering zu halten.¹⁹³ Seit Dezember 2020 übernahm die „Schnelle Einsatzgruppe Pflege“ am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit 190 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern diese Unterstützungsaufgaben zur Eindämmung des Infektionsgeschehens in den Alten- und Pflegeheimen.

Laut der aktuellen nationalen und internationalen Studienlage zeigen COVID-19-Erkrankte, insbesondere bei schwerem Verlauf, ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen. Aktuelle Studien weisen darauf hin, dass das Virus im Zuge der Infektion neurologische und neuropsychiatrische Komplikationen wie Angststörungen, Depression, Vergesslichkeit und Delirium verursachen kann.¹⁹⁴ Die psychischen Krankheitsbilder können auch Monate nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bestehen bleiben. Beispielsweise ermittelte eine britische Studie, dass jeder dritte Patient sechs Monate nach der COVID-19-Diagnose an einer neurologischen oder psychischen Erkrankung litt. Dies stellt im Vergleich zu Grippepatienten ein um 44 % höheres Risiko für Angsterkrankungen und Stimmungsschwankungen dar.¹⁹⁵ Auch Angehörige, die eine nahestehende Person durch COVID-19 verloren haben, berichteten häufiger psychische Erkrankungen, darunter die Posttraumatische Belastungsstörung, Depressionen sowie über Symptome wie Stress und Schlafstörungen.¹⁹⁶

Post-Covid

Das Post-Covid-Syndrom beschreibt ein Krankheitsbild, das noch Wochen und Monate nach einer Covid-19-Erkrankung bestehen kann. In Bayern gab es im ersten Halbjahr 2021 über 38.000 gesetzlich versicherte Patienten mit einer spezifischen Post-Covid-Diagnose (ICD-10-Code: U09.9) in der ambulanten Versorgung. Zu den häufigsten Symptomen zählen unter anderem Beschwerden der Lunge und des Kreislaufsystems, Erschöpfungszustände aber auch psychische Erkrankungen wie Angstzustände und Depressionen. Betroffene können sich zur Behandlung neben den Haus- und Fachärzten auch an die Post-Covid-Ambulanzen wenden, die eine zeitnahe und an den individuellen Krankheitsbildern orientierte Behandlung anbieten.

Weitere Informationen unter: <https://www.stmgp.bayern.de/coronavirus/post-covid/>

¹⁹³ Mühle, U., Kuhn, J., Nennstiel, U.: Protecting Populations from COVID-19. Why health governance and operations matter to implement interventions fast. Bavarian perspective. Health Management 2020; 20 (9) epub.

¹⁹⁴ Varatharaj, A. et al.: Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. Lancet Psychiatry 2020; 7: 875-82; Vindegaard, N., Benros, ME.: COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain, Behavior, and Immunity 2020; 89: 531-542.

¹⁹⁵ Taquet, M. et al.: 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236.379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. Lancet Psychiatry 2021; 8: 416-27.

¹⁹⁶ Rossi, R. et al.: COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. Front. Psychiatry 2020; 11: 790 epub; Huang, C. et al.: 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. The Lancet 2021; 397: 220-32.

Veränderungen im ambulanten und stationären Versorgungsgeschehen

Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge wurden im zweiten Quartal 2020 in Bayern gut 2,5 Mio. ambulante, gesetzlich versicherte Patienten mit mindestens einer Diagnose aus dem ICD-Kapitel der Psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-Code F00–F99) verzeichnet. Im Vergleich zum zweiten Quartal 2019 stellt dies einen Rückgang um gut 100.000 Patienten dar. Dieser Rückgang betrifft alle diagnostischen Untergruppen und weist auf eine geringere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung aufgrund des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 hin. Im ersten und im dritten Quartal 2020 gab es hingegen eine leichte Zunahme der gesetzlich versicherten ambulanten Patienten gegenüber dem Vergleichszeitraum 2019. Während sich die Coronakrise im ersten Quartal 2020 nur geringfügig im ambulanten Versorgungssystem niedergeschlagen hatte, ist die Zunahme im dritten Quartal 2020 möglicherweise durch einen Nachholeffekt infolge aufgeschobener Arztkontakte aus dem zweiten Quartal zu interpretieren. Im vierten Quartal 2020 gab es im Vergleich zum Vorjahreszeitraum 2019 keine nennenswerten Unterschiede. Der zweite Lockdown im Spätherbst 2020 hatte demzufolge keine spürbaren Auswirkungen auf die Anzahl der gesetzlich versicherten ambulanten Patienten mit einer Diagnose aus dem Bereich der Psychischen und Verhaltensstörungen in Bayern.

Bei der Interpretation der ambulanten Daten ist zu beachten, dass Diagnosen aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen teilweise längerfristig beibehalten werden und daher nur bedingt Aufschluss über Veränderungen tatsächlich stattgefundener Behandlungen

einheiten geben. Ergebnisse des Deutschland-Barometers Depression weisen jedoch darauf hin, dass sich in Deutschland auch das Behandlungsangebot während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 reduzierte. Bei 30 % der an Depression Erkrankten fielen im Frühjahr 2020 Behandlungstermine beim Facharzt aus, rund 20 % der Erkrankten gaben an, dass die Behandlungstermine beim Psychotherapeuten ausfielen.¹⁹⁷ Als Alternativen wurden beispielsweise telemedizinische Versorgungsangebote und Videosprechstunden ausgeweitet.¹⁹⁸ Die verstärkte Nutzung von Telefon- und Videokonsultationen spiegelt sich auch in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wider.¹⁹⁹

Bei den Krankschreibungen der Beschäftigten gab es keinen Rückgang bei den psychischen Störungen. Der DAK zufolge machten psychische Erkrankungen im ersten Halbjahr 2020 in Bayern bei DAK-Mitgliedern einen Anteil von 15,8 % am Krankenstand aus, eine Zunahme um 1,6 Prozentpunkte im Vergleich zum ersten Halbjahr 2019.²⁰⁰ Auch eine Untersuchung der TK zeigt, dass psychische Störungen bei den Krankschreibungen im ersten Halbjahr 2020 eher etwas zugenommen haben. Zudem stiegen unter den TK-Versicherten im März 2020 die Arzneimittelverordnungen aus der Gruppe „Nervensystem“ (hierunter fallen beispielsweise auch Antidepressiva) um knapp 20 % im Vergleich zum Vorjahreszeitraum.²⁰¹

Einem Scoping Review des Robert Koch-Instituts zufolge gingen in Deutschland während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 die stationären Behandlungszahlen von psychischen Störungen zurück.²⁰² Um die Versorgung in akuten Kri-

¹⁹⁷ Deutschland-Barometer Depression: massive Folgen für die psychische Gesundheit infolge der Corona-Maßnahmen. Deutsche Depressionshilfe 2020. www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer/2020 [Abruf am 19.01.2021].

¹⁹⁸ Scheidt-Nave, C. et al.: Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 2020; 5: 1–28.

¹⁹⁹ KVB: Pandemie treibt Digitalisierung voran – auch in der Psychotherapie. *KVB Forum* 2021; 6: 27–29.

²⁰⁰ DAK Gesundheit, IGES Institut GmbH: Kurzstudie zum Krankenstand Ersten Halbjahr 2020 in Bayern. Berlin/ Hamburg 2020.

²⁰¹ Grobe, TG., et al.: Corona 2020 Gesundheit, Belastungen, Möglichkeiten. Techniker Krankenkasse. Hamburg 2020.

²⁰² Scheidt-Nave, C. et al.: Versorgung von chronisch Kranken in Deutschland – Herausforderungen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Journal of Health Monitoring* 2020; 5: 1–28.

Anzahl der gesetzlich versicherten ambulanten Patienten in den vier Quartalen 2019 und 2020 nach F-Diagnose, Bayern

	1/2019	2/2019	3/2019	4/2019	1/2020	2/2020	3/2020	4/2020
F00–F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	250.111	247.330	248.153	249.937	249.677	240.962	245.234	245.698
F10–F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	472.686	455.994	463.869	479.495	492.426	440.597	469.224	481.084
F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	82.733	81.405	81.754	81.706	82.106	78.932	81.250	81.165
F30–F39: Affektive Störungen	1.145.301	1.119.420	1.125.346	1.150.521	1.168.576	1.088.043	1.132.256	1.154.622
F40–F49: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.336.824	1.297.358	1.311.376	1.342.093	1.373.294	1.250.153	1.325.691	1.360.861
F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	227.913	218.997	222.930	231.125	234.239	214.734	231.513	240.029
F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	119.755	115.716	115.806	117.462	119.633	109.139	115.995	117.422
F70–F79: Intelligenzstörung	46.761	45.974	46.761	47.222	47.356	43.972	46.467	47.000
F80–F89: Entwicklungsstörungen	200.385	189.285	189.474	196.131	203.290	170.453	194.339	199.092
F90–F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	179.680	170.564	171.161	178.486	182.393	158.459	173.485	182.124
F99: Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	16.198	15.486	15.453	15.628	15.228	13.755	14.622	14.581
Insgesamt: alle gesetzlich versicherten bayerischen Patienten mit gesicherter F-Diagnose (F00–F99)*	2.699.132	2.614.898	2.629.957	2.696.513	2.749.134	2.502.756	2.646.466	2.709.337

Datenquelle: KVB, Stand April 2021; *mehrere F-Gruppen je Patientin oder Patient möglich. Daher entspricht die Zeile Insgesamt nicht der Summe der einzelnen F-Diagnosen. Innerhalb der aufgeführten F-Gruppen werden Patienten nur einmal gezählt.

sensituationen sicherzustellen, wurden Behandlungen in psychiatrischen Kliniken verschoben, teilweise kam es zum Ersatz stationärer durch ambulante Angebote.²⁰³ Allerdings kam es auch in Bayern im Frühjahr 2020 zu einer Einschränkung von Beratungseinrichtungen und anderen Betreuungsangeboten. Zu berücksichtigen ist, dass ein Teil des Rückgangs der stationären Fälle in Bayern auch auf ambulant-sensitive Krankenhaufälle²⁰⁴ entfallen könnte, bei denen eine adäquate ambulante Behandlung erfolgt ist.

In diesem Zeitraum hat sich das telefonische Inanspruchnahmeverhalten der bayerischen Krisendienste – im Jahr 2020 waren in Bayern nur die Krisendienste der Bezirke Mittelfranken und Oberbayern bezirkswweit in Betrieb – regional unterschiedlich dargestellt. Während das Beratungsangebot des Krisendienstes Mittelfranken im Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren um rund 50 % häufiger nachgefragt wurde, ergab sich beim Krisendienst Psychiatrie Oberbayern eine weitgehend konstante Inanspruchnahme. Daten des Krisendienstes Psychiatrie Oberbayern zeigen zudem, dass zwischen 3 und 7 % der Anrufenden bei ihrem Anliegen auf Nachfrage einen Bezug zur Corona-Pandemie angaben (für weitere Informationen zu den Krisendiensten siehe Kapitel 6.1).

Gleichzeitig nahm im Frühjahr 2020 die Nachfrage bei der „Nummer gegen Kummer“ und bei der Telefonseelsorge zu. Laut der Statistik des Eltern- bzw. Kinder- und Jugendtelefons standen 18,6 % aller Elternberatungen und 6,3 % aller Kinder- und Jugendberatungen in 2020 im direkten Zusammenhang mit der aktuellen Corona-Pandemie. Bei den Kindern und Jugendlichen waren Einsamkeit, Langeweile und die Sorge um die eigene psychische Stabilität der häufigste Anlass.²⁰⁵ Das bundesweite Angebot verzeichnete während der Corona-Pandemie mehr Anrufe und Chats als zu Zeiten vor der Pandemie. So gingen im März und April 2020 pro Tag circa 3.000 Anrufe ein, im Vorjahreszeitraum waren es 2.500. Die Pandemie und mit ihr einhergehende Veränderungen und Einschränkungen waren Hauptgesprächsthemen. Häufige Symptome waren Einsamkeit, Angstgefühle und Depressionen. Das Thema Suizidalität wurde während des ersten Lockdowns 2020 um circa ein Drittel häufiger genannt (9.600 Gespräche im April 2020 gegenüber 6.600 Gespräche im April 2019). In den Folgemonaten nach dem ersten Lockdown normalisierte sich das Anrufaufkommen und lag leicht über dem Niveau der Vorjahre. Im Oktober und November 2020 rückte die Corona-Pandemie als Auslöser für Einsamkeit und Ängste wieder in den Vordergrund, knapp 25 % der Anrufe drehten sich um dieses Thema.²⁰⁶ Einer Auswertung der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung zufolge stiegen in Deutschland die Patientenfragen in den psychotherapeutischen Praxen Anfang Januar 2021 im Vergleich zum Vorjahr um 40 % an. Mehr als ein Drittel der Anfragenden müssen länger als ein halbes Jahr auf einen Behandlungsplatz warten.²⁰⁷

²⁰³ Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. Pandemie und Psyche 2020. www.dgppn.de/schwerpunkte/COVID-19/presseservice.html [Abruf am 19.01.2021].

²⁰⁴ Zu ambulant-sensitiven Krankenhaufällen siehe Sundmacher L., Schüttig W., Faisst C.: Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin 2015. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/69/VA-69-ASK-Diagnosekatalog-final.pdf [Abruf am 9.6.21].

²⁰⁵ Nummer gegen Kummer e.V.: Statistik 2020 Elterntelefon. https://www.nummergegenkummer.de/wp-content/uploads/2021/03/2020_Statistik_ET.pdf, Nummer gegen Kummer e.V.: Statistik 2020 Kinder- und Jugendtelefon. https://www.nummergegenkummer.de/wp-content/uploads/2021/03/2020_Statistik_KJT.pdf [Abruf am 11.08.2021].

²⁰⁶ Telefonseelsorge www.telefonseelsorge.de/zweiter-lockdown-wirkt-sich-auf-telefonseelsorge-aus/ [Abruf am 19.01.2021].

²⁰⁷ Rabe-Menssen, C.: Patientenfragen während der Corona-Pandemie. Deutschen PsychotherapeutenVereinigung Berlin 2021.

Während der Corona-Pandemie haben sich die Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz und ihre pflegenden Angehörigen im Alltag deutlich verändert. Vor diesem Hintergrund wurden vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, um die Betreuung und Pflege in der Häuslichkeit weiter zu unterstützen.

Die rund 110 geförderten Fachstellen für pflegende Angehörige (Stand: 31.12.2020) zur psy-

chosozialen Beratung, begleitenden Unterstützung und Entlastung der pflegenden Angehörigen, insbesondere von Menschen mit Demenz, wurden anlässlich des pandemischen Geschehens vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege explizit gebeten, ihre Beratungen per Telefon und E-Mail anzubieten, damit Ratsuchende ohne Ansteckungsrisiko auch weiterhin auf diese Expertise zurückgreifen können.

Veränderungen der psychosozialen Versorgungsstruktur infolge der Corona-Pandemie

Um die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychosoziale Versorgungsstruktur in Bayern zu untersuchen, gab die Bayerische Staatsregierung im August 2020 ein Gutachten in Auftrag. Neben einer Medien- und Literaturrecherche wurden Experten-Interviews durchgeführt und fast 500 Beteiligte (u. a. aus Kliniken, Praxen, Betreuungseinrichtungen und Beratungsstellen) nach ihren Erfahrungen, den Veränderungen ihrer Angebote während der Krise und ihren Vorbereitungen auf die Zukunft befragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass es in Bayern während des ersten Lockdowns zu vielfältigen Veränderungen und Einschränkungen in der psychosozialen Versorgung kam. Diese sind vor allem auf die restriktiven Allgemeinverfügungen, die bestimmte Behandlungen aus dem Bereich der Rehabilitation und der elektiven Therapien ausdrücklich untersagten, zurückzuführen. Viele Beratungsstellen stellten in der Folge ihre Angebote auf telefonische oder digitale Beratung um, niedrighschwellige Einrichtungen reduzierten ihre Angebote, bzw. stellten sie vorübergehend ein. Die ambulante Versorgung stieg vermehrt auf Telefon- bzw. Videokonsultationen um. Dieser Trend spiegelt sich auch deutlich in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern wider.²⁰⁸ Krankenhäuser und psychiatrische Kliniken reduzierten ebenfalls Angebote und Belegung bis hin zum Aufnahmestopp. In der Substitutionstherapie wurden die Möglichkeiten zur Take-Home-Vergabe und zur wohnortnahen Versorgung über Apotheken und Suchthilfeeinrichtungen erweitert. Das Verbot von Gruppentreffen im Rahmen der Infektionsprophylaxe führte sehr früh dazu, dass viele Selbsthilfegruppen ihre Arbeit vorübergehend einstellen mussten.

²⁰⁸ KVB: Pandemie treibt Digitalisierung voran – auch in der Psychotherapie. KVB Forum 2021; 6: 27–29.

Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mussten im Vergleich zur Gesamtsituation ihr Angebot sowohl im Umfang als auch in Art und Zahl verfügbarer Angebote und Maßnahmen stärker reduzieren. Zudem wiesen diese Einrichtungen eine stärkere Belastung bezüglich der Personalsituation auf. Während 72 % aller Befragten keine COVID-19 Erkrankungen beim Personal berichteten, galt dies nur für 54 % der Befragten in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Dies dürfte dazu beigetragen haben, dass in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik die Personalkapazität in 29 % als „nicht ausreichend“ eingeschätzt wird, während dies in der Gesamtgruppe aller Befragten nur in 15 % der Fall war. Umgekehrt konnten in ambulanten Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik die Angebote in größerem Umfang aufrechterhalten werden. Zudem war die Personalbelastung geringer und die Umsetzung des Hygienekonzepts einfacher. Die geringsten Einschränkungen im Therapieangebot wurden von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten berichtet. Der Umstieg auf Online-Angebote zeigt sich in der Nutzung von Telepsychotherapie bei 75 % der Befragten während des Lockdowns im Vergleich zu 37 % davor.

Die räumlichen Kapazitäten stellten in der Regel kein Problem dar. 75 % der Befragten hielten sie für zumindest teilweise adäquat. Allerdings gab es bei einigen auch Probleme. Die temporäre Änderung einiger gesetzlicher oder finanzieller Vorgaben erlaubte es, manche Behandlungsangebote in etwas veränderter Form weiterzuführen, statt sie gänzlich einzustellen. So wurde der Umstieg von face-to-face-Psychotherapie zu Tele(psycho)therapie durch entsprechende Änderungen der Finanzierungsbedingungen deutlich erleichtert bzw. erst ermöglicht. Durch die Verkleinerung von Gruppengrößen, die Nutzung größerer Räume oder Treffen im Freien konnten Gruppenangebote weiter durchgeführt werden, die ansonsten aus Gründen des Infektionsschutzes ausgefallen wären. Auch Teammeetings konnten auf diese Weise, zumindest während der Sommermonate, flexibel stattfinden. Ambulanten Einrichtungen fiel es insgesamt offensichtlich leichter, alternative Vorgehensweisen zu entwickeln, da sie weniger Rahmenbedingungen zu berücksichtigen hatten und oft schneller und flexibler handeln konnten als ihre stationären Pendanten.

Um beschleunigt Entscheidungen treffen zu können und deren schnelle Umsetzung zu ermöglichen, wurden in vielen Einrichtungen einzelne Personen bestimmt oder Arbeitsgruppen eingerichtet, welche die teilweise überbordende Menge an Informationen sichteten und Relevantes in Handlungsanweisungen übersetzten. Die Beschäftigten, die die Situation auch durch ihre Unklarheit und schnelle Veränderungen belastete, nahmen die Tätigkeit dieser Hygienebeauftragten, Task Force, Koordinations- oder Steuerungsgruppe in aller Regel dankbar an und verließen sich auf diese Instanzen, was die regulatorischen Anforderungen an ihre Tätigkeit anging.

Die aufgrund der pandemiebedingten Mehrbelastung erschwerte Erreichbarkeit von Mitarbeitern staatlicher oder nicht staatlicher Stellen sowie Probleme beim digitalen statt analogen Austausch von Informationen und Anträgen hat besonders zu Beginn der Pandemie die Arbeit der Einrichtungen erschwert.

Die Ergebnisse der schriftlichen und mündlichen Befragungen legen nahe, dass gerade bei Menschen mit psychischen Störungen die Maßnahmen zur Kontaktreduzierung zu Gefühlen der Einsamkeit und Isolation geführt haben. Im Alltag war durch das Fehlen vieler Hilfeangebote für manche Patientinnen und Patienten die Tagesstruktur ins Wanken geraten. Gemäß den Experten zeigten sich während und nach dem Lockdown vermehrt affektive Störungen, vor allem Depressionen, neurotische Störungen und Störungen durch psychotrope Substanzen. Es fand sich einerseits unerwartet viel Resilienz auf Seiten der Klientel, andererseits aber auch ein mit der Zeit zunehmender Behandlungsbedarf vor allem nach dem ersten Lockdown.

Bezüglich der Weiterentwicklung psychosozialer Arbeit hat sich gezeigt, dass Angebote der Telemedizin – hier der Telefon- oder Online-Psychotherapie – zunehmend geschätzt und genutzt wurden. Die reduzierte Intensität dieser Art von Kommunikation durch das weitgehende Fehlen von nonverbalem Austausch kann Therapie jedoch deutlich erschweren und wird von manchen Therapeutinnen und Therapeuten mehr als Notbehelf denn als vollwertiger Ersatz direkter Begegnung gesehen. Auf der anderen Seite erlauben diese Ansätze jedoch einen Kontakt zu Betroffenen, die räumlich weit entfernt oder krankheitsbedingt schwer zu erreichen sind. Dabei sind jedoch noch rechtliche, finanzielle, administrative und strukturelle Fragen offen.

Die COVID-19 Pandemie hat viele Menschen im Bereich psychosozialer Versorgung vor neue Herausforderungen gestellt. Die Ergebnisse der Studie erlauben einige Hinweise, wie man in der Zukunft noch besser damit umgehen könnte:

- Ansätze wie Teletherapie und Home-Office, die sich als hilfreich erwiesen haben, sollten evaluiert und in den Arbeitsalltag integriert werden. Dies gilt insbesondere für telebasierte Lösungen: Technik, Know-how, datenschutz- und erstattungsrechtliche Bedingungen sollten weiterentwickelt werden.
- Flexibilität ist in unbekanntem Situationen von zentraler Bedeutung, steht jedoch im Normalfall im Widerspruch zum Wunsch nach Kontrolle und Struktur. Im Vergaberecht, bei der fachlichen Aufsicht und in der Leitung von Einrichtungen sollte nach Möglichkeiten gesucht werden, in Ausnahmesituationen lokale, schnelle, flexible Entscheidungen treffen zu können.
- Pandemiebezogene Notfallpläne, Konzepte für Homeoffice im Personalbereich, eingelagerte Hygienematerialien vom Desinfektionsmittel bis zum Spuckschutz, Handbücher für alternative Arbeitsweisen und Dienstwege sollten gebrauchsfertig in der Schublade liegen.
- Ein auf die Anforderungen der Pandemie zugeschnittenes, reduziertes Angebot der psychosozialen Versorgung sollte auch unter schwersten Bedingungen gewährleistet sein.
- Information und Kommunikation sind in einer Pandemie zentrale Themen. Sie müssen aber in Menge und Qualität kontrolliert werden, um Überforderung und Hilflosigkeit zu vermeiden. Klare Verantwortlichkeiten intern, aber auch die vorgesehene Neustrukturierung der Krisendienste in Bayern können hier helfen.

Prävention psychischer Störungen im Zuge der Corona-Pandemie

Hilfeangebote wie die bayerischen Krisendienste oder etwa die Telefonseelsorge sind insbesondere während der Corona-Pandemie wichtige Anlaufpunkte zur Prävention psychischer Erkrankungen. Aufgrund der erhöhten psychischen Belastungen, denen die Bevölkerung im Zuge der Corona-Krise ausgesetzt ist, fordert die Leopoldina in ihrer 6. Ad-hoc-Stellungnahme vom 23. September 2020 beispielsweise ein deutlich vergrößertes psychotherapeutisches bzw. psychiatrisches und beratendes Angebot hinsichtlich Prävention und Therapie.²⁰⁹ Auch Maßnahmen außerhalb des Gesundheitssektors wie die finanzielle Unterstützung von Menschen in wirtschaftlichen Notlagen können psychische Belastungen abfangen und Erkrankungsrisiken senken.

Studien weisen auch darauf hin, dass das Vertrauen in die Ärzte und politischen Entscheidungsträger psychische Belastungen reduziert. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung wirkt im Hinblick auf psychische Erkrankungen ebenfalls als protektiver Faktor. Daher kommen der Bereitstellung von Informationen und der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung eine Schlüsselrolle zu²¹⁰, ebenso wie einer angemessenen Risikokommunikation, der Begründung der gewählten Infektionsschutzmaßnahmen sowie dem Aufzeigen einer langfristigen Strategie, um Perspektiven zu schaffen.

²⁰⁹ Artmann, S. et al.: Coronavirus-Pandemie: Wirksame Regeln für Herbst und Winter aufstellen. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften 2020.

²¹⁰ Wang, C. et al.: A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020; 87: 40–48; Bäuerle, A. et al. Mental Health Burden of the COVID-19 Outbreak in Germany: Predictors of Mental Health Impairment. *J Prim Care Community Health* 2020; 11: 1–8.

5. PRÄVENTION IM BEREICH PSYCHISCHER GESUNDHEIT

5. Prävention im Bereich psychischer Gesundheit

Das Wichtigste

- Neben krankheitsspezifischen Ansätzen der Primärprävention und Rückfallprävention psychischer Erkrankungen gibt es in Bayern eine Vielzahl von Beratungsangeboten sowie Projekte und Programme zur Förderung psychischer Gesundheit.
- Viele dieser Programme orientieren sich an Lebensphasen- bzw. Lebenslagen-spezifischen Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit.

Gesundheit und damit auch psychische Gesundheit ergibt sich als Balance aus Ressourcen und Risiken. Ressourcen zu stärken und Risiken zu reduzieren und damit Gesundheit zu erhalten und zu fördern bzw. Krankheit zu verhindern sind die Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention. Mit Blick auf die psychische Gesundheit geht es um die Förderung psychischen Wohlbefindens und die Vermeidung psychischer Erkrankungen („mental health promotion“). Die Vielfalt der Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit – von persönlichen Ressourcen wie Resilienz bis hin zu sozialen Risiken wie Armut – weist darauf hin, dass deren Erhalt und Förderung mehr als eine Aufgabe für die Einzelnen oder den Gesundheitssektor ist, sondern alle Bereiche der Gesellschaft betrifft.

Das Präventions- und Gesundheitsförderungs-geschehen im Bereich der psychischen Gesundheit ist zum einen gekennzeichnet durch primärpräventive Krankheits- bzw. störungsspezifische Ansätze wie z.B. die Sucht-, Suizid- oder Demenzprävention sowie die tertiärpräventive Rückfallprävention bei bereits bekannten, episodisch verlaufenden Erkrankungen wie beispielsweise rezidivierenden Depressionen, Angststörungen und Schizophrenie. Die Rückfallprävention wird durch das psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische

Versorgungssystem sowie durch psychosoziale Betreuungsangebote geleistet. Sekundärpräventive Ansätze wie z.B. die Früherkennung von Depressionen durch ein Screening mittels Kurzfragebogens bei der Ärztin oder beim Arzt finden sich bislang eher selten.

Zum anderen gibt es viele – oft universell und krankheitsunspezifisch ausgerichtete – Ansätze, die Ressourcen für eine gute psychische Gesundheit stärken bzw. Risiken vermindern wollen. Viele dieser Maßnahmen orientieren sich an Lebensphasen bzw. Lebenslagen mit deren spezifischen Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit. Dazu gehören die Kindheit und Jugend, u. a. mit der Entwicklung grundlegender Lebenskompetenzen und einschneidenden Übergängen beim Eintritt in die Schule bzw. von der Schule in das Berufsleben, das Erwachsenenalter mit z. B. der Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit oder Alleinerziehenden-Status und das Älterwerden mit den Möglichkeiten eines erfüllten Ruhestands bis hin zu psychischen Risiken durch Vereinsamung oder chronische Erkrankungen.

Neben Projekten und Programmen findet die Förderung psychischer Gesundheit auch in Form von Regelangeboten bzw. innerhalb von Regelstrukturen statt. Hierzu zählen u. a. Beratungs- und Hilfeangebote, z. B. zu psychischer Gesundheit allgemein, zu Sucht und Suchtgefährdung, bei psychosozialen Konfliktsituationen, Erziehungsfragen wie auch akuten Krisen (für weitere Informationen zu diesen Angeboten siehe Kapitel 6). Auch die U-Untersuchungen bei den Kinder- und Jugendärzten stellen ein zentrales und wichtiges Regelangebot zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit dar. Im Schulwesen stellt die Staatliche Schulberatung mit Beratungslehrkräften, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen eine Anlaufstelle für Schülerinnen, Schüler und deren Eltern an allen

staatlichen Schulen sowie an den neun Staatlichen Schulberatungsstellen dar, z.B. bei Lernschwierigkeiten, Verhaltensauffälligkeiten, schulischen Konflikten und psychischen Problemen²¹¹. In der Arbeitswelt ist der Schutz der psychischen Gesundheit durch das Arbeits-

schutzgesetz verpflichtend. Psychische Belastungen müssen bei der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung und den darauf gestützten Verbesserungen des Arbeitsschutzes explizit berücksichtigt werden (siehe hierzu auch das Kapitel 9).

Prävention

Prävention hat krankmachende Risiken und Belastungen im Blick. Diese sollen vermindert oder völlig beseitigt und damit das Auftreten von Krankheiten verhindert, reduziert oder verzögert werden. Dabei zielt die *Verhaltensprävention* auf eine Änderung des individuellen Verhaltens ab, die *Verhältnisprävention* auf eine gesundheitsverträgliche Gestaltung der Verhältnisse, wie zum Beispiel der Lebens- und Arbeitsbedingungen. In Bezug auf die psychische Gesundheit stellen z. B. Kurse zur Vermittlung von Entspannungstechniken zur Stressreduktion einen verhaltenspräventiven Ansatz dar. Die Berücksichtigung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz bei der Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber, wie sie im Arbeitsschutzgesetz gefordert wird, ist eine verhältnispräventive Maßnahme.

Prävention kann sich *universell* an die Allgemeinbevölkerung wenden, wie zum Beispiel Kurse zur Förderung der Bindung zwischen Eltern und Kindern, oder sich *selektiv* an Gruppen mit einem vermuteten erhöhten Risiko richten, wie zum Beispiel Interventionen für Kinder psychisch erkrankter Eltern oder aus suchtselasteten Familien. Nochmals spezieller adressiert *indizierte* Prävention Personen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. mit bereits manifesten Erkrankungen.

Nach ihrem Ansetzen im Verlauf einer Erkrankung unterscheidet man zudem *Primärprävention* (Ansetzen vor dem Auftreten einer Erkrankung mit dem Ziel diese zu verhindern), *Sekundärprävention* (Früherkennung einer Krankheit mit dem Ziel einer frühzeitigen Behandlung mit guten Erfolgsaussichten) und *Tertiärprävention* (Vermeidung von Verschlimmerungen, Folgeschäden oder Rückfällen bei einer bereits eingetretenen Erkrankung).

Im Gegensatz zur Prävention zielt die Gesundheitsförderung auf die Stärkung gesunderhaltender Ressourcen. Die Entwicklung *persönlicher Kompetenzen*, wie z. B. Kommunikations- oder Problemlösekompetenzen, die Schaffung *gesundheitsförderlicher Lebenswelten*, wie z. B. ein Wohnumfeld, das zu Erholung und Entspannung beiträgt, sowie eine Verantwortung für Gesundheit nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen Politikbereichen, z. B. auch in der Bildungs-, Sozial- und Arbeitspolitik (*gesundheitsfördernde Gesamtpolitik*), sind wichtige Strategien der Gesundheitsförderung (siehe auch Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, 1986). Gesundheitsförderung setzt unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren oder eventuellen Symptomen an und bezieht sich nicht auf bestimmte Erkrankungsbilder.

In der Praxis sind Prävention und Gesundheitsförderung nicht immer trennscharf voneinander abzugrenzen. Vor allem zwischen der Verhältnisprävention und der Gesundheitsförderung (Schaffung gesunder Lebenswelten) bestehen fließende Übergänge.

²¹¹ Weiterführende Informationen unter www.schulberatung.bayern.de.

Ansätze im Lebensverlauf – Angebote der Mental Health Promotion in Bayern

Der Bayerische Präventionsplan, der das gesundheitspolitische Rahmenkonzept für die Gesundheitsförderung und Prävention im Freistaat darstellt, orientiert sich an Lebensphasen und -lagen. Er fokussiert auf die Handlungsfelder gesundes Aufwachsen, gesundes Arbeiten, gesundes Älterwerden sowie gesundheitliche Chancengleichheit (http://www.bestellen.bayern.de/shoplink/stmgrp_gesund_026.htm)²¹². Dabei werden u.a. auch Zielsetzungen im Bereich der psychischen Gesundheit formuliert, wie zum Beispiel die Förderung sicherer Bindungen und eines gesunden Selbstbewusstseins bei Kindern oder Erhalt und Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Beschäftigten. Entsprechend hatten Schwerpunktaktionen des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege in den vergangenen Jahren wiederholt die psychische Gesundheit und deren Förderung im Blick, angefangen mit der psychischen Gesundheit von Kindern im Jahr 2016, von Erwachsenen mit einem Fokus auf Depressionen im Jahr 2016/2017 sowie als Aspekt der Seniorengesundheit 2017/2018²¹³.

Neben dem Bayerischen Präventionsplan nehmen eine Reihe weiterer strategischer Rahmen-dokumente wie u.a. der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Kitas (www.ifp.bayern.de/projekte/curricula/BayBEP.php), die Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen (www.stmgrp.bayern.de/vorsorge/sucht/), die Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern (www.stmgrp.bayern.de/vorsorge/psychische-gesundheit/) und das seniorenpolitische Konzept der Staatsregierung (www.stmas.bayern.de/senioren/index.php) explizit Bezug auf Aspekte der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit. Prävention ist auch eines der zehn Handlungsfelder der Bayerischen Demenzstrategie (www.stmgrp.bayern.de/pflege/demenz/).

²¹² Auch die Landesrahmenvereinbarung Bayern, die vom Freistaat Bayern mit den Trägern der Sozialversicherung zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie gemäß Präventionsgesetz (§ 20f SGB V) geschlossen wurde, orientiert sich an Handlungsfeldern im Lebensverlauf. Für weitere Informationen zu Präventionsgeschehen und -strukturen in Bayern siehe auch: StMGP: Bayerischer Präventionsbericht 2019. München, Nürnberg. 2019.

²¹³ Siehe hierzu auch die Schwerpunktberichte: StMGP: Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München. 2016; StMGP: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern – Schwerpunkt Depression. München. 2017; StMGP: Gesundheit im Alter. Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern. München. 2017.

Handlungsfelder des Bayerischen Präventionsplans und exemplarische Programme und (Modell-)Projekte in Bayern mit Bezug zur psychischen Gesundheit

Handlungsfeld „Gesundes Aufwachsen in der Familie, in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule“:

- **PeKiP**, Prager Eltern-Kind-Programm zur Förderung des Bindungsverhaltens im ersten Lebensjahr, www.pekip.de
- **ELTERNTALK**, ein Gesprächsangebot für Eltern zur Förderung der Erziehungskompetenz zu den Themen gesundes Aufwachsen in Familien, Konsum, Medien, Suchtgefahren, www.elterntalk.net
- **Lebenskompetenzprogramme an Kitas, Schulen bzw. Ausbildungsplatz**, z. B.:
 - **Freunde**, Lebenskompetenzförderung im Kindergarten, <https://stiftung-freunde.de/>
 - **Faustlos**, Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und Gewaltprävention für Vorschul- und Grundschul Kinder, www.km.bayern.de/lehrer/erziehung-und-bildung/gewaltpraevention.html
 - **Klasse2000**, ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung bei Grundschulkindern, www.klasse2000.de
 - **Digitale Helden**, ein Schulprogramm zur Prävention von Cybermobbing und anderen sozialen Problemen im Internet, <https://digitale-helden.de/angebote/mentorenprogramm/bayern/>
 - **STARK – Resilienz und Stresskompetenz in Schule und Ausbildung**, ein Programm zur Unterstützung der Stresskompetenz und des Umgangs mit Belastungen in Schule und Berufsleben, www.stark-bayern.de
 - **PIT – Prävention im Team**, ein teamorientiertes Programm von Schule und Polizei zum sozialen Lernen und zur Gewaltprävention im Jugendalter, <https://www.km.bayern.de/lehrer/erziehung-und-bildung/gewaltpraevention.html>
 - **Lions-Quest „Erwachsen werden“**, ein Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von jungen Menschen, <https://www.km.bayern.de/lehrer/erziehung-und-bildung/gewaltpraevention.html>
 - **Mobbingfreie Schule - Gemeinsam Klasse sein**, Online-Projekt zur Prävention von Mobbing und Ausgrenzung an Schulen, <https://www.km.bayern.de/lehrer/erziehung-und-bildung/mobbingpraevention.html>
- **Prävention und Früherkennung depressiver Störungen** von Kindern und Jugendlichen, z. B.:
 - Aufklärungsbroschüre „Paul ganz unten“ für Jugendliche, Entwicklung von Kurzfragebögen zum Screening und eines Webbasierten Leitfadens für betroffene Kinder, Jugendliche und deren Angehörige, www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung.php
 - Entwicklung einer Lehrerfortbildung zur Früherkennung psychischer Belastungen bei Schülern, www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/forschung/lehrerfortbildung.html
 - Maßnahmen im Rahmen des „10-Punkte-Programms zur alters- und entwicklungsgemäßen Aufklärung über Depressionen und Angststörungen an bayerischen Schulen“, www.km.bayern.de/ministerium/meldung/6530/schulen-in-bayern-leisten-wichtigen-beitrag-zur-aufklaerung-ueber-depressionen.html

- **Alkohol-, Tabak- und Drogenprävention**, z. B.:
 - **Be Smart – Don't Start**, Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen, www.besmart.info
 - **PiA – Peers informieren über Alkohol**, Unterstützung von Peer-Projekten zur Alkoholprävention in der Kommune, www.zpg-bayern.de/pia-peers-informieren-ueber-alkohol.html
 - **HaLT – Hart am Limit**, Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikation und deren Eltern sowie Alkoholprävention in der Kommune, www.halt-in-bayern.de
 - **Mindzone**, Vorbeugung von Drogenmissbrauch und einer möglichen Suchtentwicklung bei jugendlichen Partygängern, www.mindzone.info

Handlungsfeld „Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur“:

- **FlexA** – Flexibilisierung, Erreichbarkeit und Entgrenzung in der Arbeitswelt, ein betrieblicher Handlungsleitfaden zur Prävention psychischer Fehlbelastungen und Stärkung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz, www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/flexa.htm
- **PSU Akut**, kollegiale Peer-Unterstützung zur Bewältigung psychischer Belastungen im akutmedizinischen und pflegerischen Alltag, www.psu-akut.de
- **Schwerpunktaktionen der Bayerischen Gewerbeaufsicht** mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zur Prävention psychischer Fehlbelastungen bei der Arbeit, www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/arbeitspsychologie/schwerpunktaktionen_gewerbeaufsicht/index.htm
- **Betriebsübergabe – ein Gesundheitsthema**, ein Seminarangebot der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau unter Einschluss psychischen Aspekte bei der Betriebsübergabe, www.svlfg.de/betriebsuebergabe-ein-gesundheitsthema

Handlungsfeld „Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld“:

- **Sport- und Bewegungsangebote**, u. a. zur Demenzprävention und/oder Förderung des psychischen Wohlbefindens, wie z. B.:
 - das Bewegungsprogramm **„GESTALT“** (Gehen, Spielen, Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten), www.gestalt-kompetenzzentrum.de
 - **„Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“**, Sportangebote in Zusammenarbeit der Alzheimer Gesellschaft Landesverband Bayern e. V. mit unterschiedlichen regionalen Organisationen, www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-fach-und-pflegekraefte/demenzprojekte
- **Lokale Projekte zur Stärkung der sozialen Teilhabe, der sozialen Unterstützung und des Selbsthilfepotenzials älterer Menschen**, z. B.:
 - **Sonntagsfrühstück 60plus für alleinlebende Männer und Frauen**, www.zpg-bayern.de/sonntagsfruehstueck-60plus-fuer-alleinlebende-maenner-und-frauen.html
 - **Offener Mittagstisch und Hoigata**, www.zpg-bayern.de/offener-mittagstisch-und-hoigata.html
 - **Offener Frühstücks-Treff „Gut für die Seele“** der Beratungsstelle „Ruhepunkt“ des Krisendienstes Mittelfranken, https://krisendienst-mittelfranken.de/?page_id=181
 - **Präventiv aktiv – mit Angeboten für körperliche und geistige Fitness**, www.buerger-mengkofen.de

- **Hilfe für suchtgefährdete alte Menschen** („SAM“) durch Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen, Seniorendiensten und der Suchthilfe in Nürnberg, www.stadtmission-nuernberg.de/ich-brauche-hilfe/gesundheit/sucht/suchthilfzentrum/sucht-im-alter

Handlungsfeld „Gesundheitliche Chancengleichheit“:

- **Angebote für arbeitslose Menschen**, z. B.:
 - Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung, aktuell 17 Projektstandorte in Bayern (<https://lzg-bayern.de/taetigkeitsfelder/verzahnungsprojekt>) mit verschiedenen Angeboten, z. B. AktivA (Trainingsprogramm zur Stärkung psychosozialer Ressourcen, www.aktiva-training.de) oder JobFit (motivierende Gesundheitsgespräche, www.jobfit-ansatz.de)
 - Arbeitshilfe 2000 e. V. zur Arbeitsförderung für chronisch oder suchterkrankte Menschen, www.arbeitshilfe2000.de
 - Fachstelle „Tandem“ in Fürth zur Unterstützung arbeitsloser Familien bzw. Alleinerziehender, www.tandem-fuerth.de
- **Angebote für Alleinerziehende und deren Kinder**, z. B.:
 - Ehrenamtliche Patenschaften und Unterstützung im Alltag, www.lavenir-ev.de
- **Angebote für Kinder mit kranken Eltern**, z. B.:
 - Beratungs-Projekt „Kinder kranker Eltern“ wurde zu Gunsten von Kindern entwickelt, bei denen ein Elternteil schwer erkrankt ist (KVB mit AOK, SBK, DAK und BMW BKK), www.kvb.de/abrechnung/verguetungsvertraege/kinder-kranker-eltern/
- **Angebote für Kinder mit psychisch kranken Eltern**, z. B.:
 - Augsburger Kindersprechstunde mit Beratung und Hilfeangeboten für Kinder und die ganze Familie, www.zpg-bayern.de/augsburger-kindersprechstunde.html
 - Fachberatungsangebot „Gute Zeiten – schlechte Zeiten“ für Kinder und deren psychisch erkrankte Eltern, www.verbund-gzsz.de
 - „PRODO“ zur Primärprävention von Depression bei Kindern und Jugendlichen mit einem an Depression erkranktem Elternteil, www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung/prodo.php
- **Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund**, z. B.:
 - „MiMi – Mit Migranten für Migranten“, mehrsprachige und kultursensible Informationsveranstaltungen zu wichtigen Themen der Prävention, auch im Bereich psychische Gesundheit, durch interkulturelle Gesundheitsmediatoren, 15 Standorte in Bayern, www.mimi.bayern
 - Muttersprachliche Frauencafés für Migrantinnen zur Information und Austausch (auch zu Aspekten psychischer Gesundheit), psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen und anderes mehr, www.donnamobile.org

Nach einer in den Jahren 2014/15 durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit durchgeführten trägerübergreifenden Bestandsaufnahme zur Präventions- und Gesundheitsförderung in Bayern gehört die psychische Gesundheit zu den am häufigsten aufgegriffenen Themen: 58 % der befragten Präventionsakteure gaben an, zu diesem Thema aktiv zu sein, übertroffen nur vom Themenkomplex „Gesundheitskompetenzen“ (62 % der Akteure) und gefolgt von den Themen „Ernährung“ (56 %) und „Bewegung“ (52 %)²¹⁴. Die aktuell

57 vom bayerischen Gesundheitsministerium geförderten Gesundheitsregionen^{plus}, die als lokale Vernetzungsgremien mittlerweile in 72 Land- und Stadtkreisen Bayerns an einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Pflege und Prävention vor Ort arbeiten, sind sehr aktiv im Kontext der Prävention psychischer Erkrankungen (Stand Juli 2021). So wurden beispielsweise 60 Projekte in diesem Themenfeld initiiert. Sieben Gesundheitsregionenplus haben eine eigene Arbeitsgruppe hierfür eingerichtet.

Verhalten und Verhältnisse – Förderung der psychischen Gesundheit durch die gesetzliche Krankenversicherung

Seit Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015²¹⁵ hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihr Engagement zur Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten ausgebaut. Es werden insbesondere Aktivitäten in den Lebenswelten Kitas und Schulen sowie in Betrieben unterstützt. Laut dem aktuellen Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands für das Jahr 2020 war in über der Hälfte der Maßnahmen in den verschiedenen Lebenswelten die Stärkung psychischer Ressourcen und die Stressreduktion/Entspannung Teil der Aktivitäten²¹⁶. Darüber hinaus gibt es vielerorts präventive Kursangebote im Bereich der psychischen Gesundheit. Nach dem Leitfaden Prävention, der die Handlungsfelder und Qualitätskriterien für die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention festlegt, übernehmen gesetzliche Krankenkassen Kosten für verhaltensbezogene Kurse in den Bereichen Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtmittelkonsum²¹⁷. Bei Letzterem stehen die Förderung eines verantwortlichen Konsums von Alkohol und des Nichtrauchens im Vordergrund. Dem Präventionsbericht zufolge entfielen im Jahr 2020 bundesweit 32 % der geförderten rund 1,2 Mio. Kursteilnahmen auf den Bereich Stressbewältigung und Entspannung, weniger als 1 % auf den Suchtmittelkonsum²¹⁸. Die Kursangebote der Krankenkassen werden häufiger von Frauen als von Männern genutzt. Gesonderte Daten für Bayern liegen nicht vor.

²¹⁴ StMGP: Bayerischer Präventionsbericht 2019. München, Nürnberg 2019: 28–29; Reisig, V. et al.: Primärprävention und Gesundheitsförderung in Bayern – eine explorative Bestandsaufnahme. Gesundheitswesen 2017; 79: 238–246.

²¹⁵ Das nationale Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) aus dem Jahr 2015 sieht ein verstärktes Engagement der Sozialversicherungsträger, d. h. der Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, in Gesundheitsförderung und Prävention vor. Dies ist verbunden mit einer Ausgabenerhöhung für Prävention, insbesondere für Ansätze in Lebenswelten, sowie einer Intensivierung der Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger untereinander, mit den Ländern und Kommunen.

²¹⁶ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg): Präventionsbericht 2021. Berlin, Essen 2021.

²¹⁷ Weitere Handlungsfelder, zu denen die gesetzliche Krankenversicherung präventive Angebote vorhält, sind Ernährung und Bewegung. Siehe auch: GKV-Spitzenverband (Hrsg): Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V. Berlin 2021.

²¹⁸ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband (Hrsg): Präventionsbericht 2021. Berlin, Essen. 2021.

6. VERSORGUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN

6. Versorgung psychischer Störungen

Das Wichtigste

- Die Behandlung von psychischen Störungen erfolgt meist ambulant. Für gesetzlich Versicherte gibt es derzeit in ganz Bayern keine Versorgungslücken im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie. Es bestehen aber deutliche regionale Versorgungsunterschiede.
- Etwa 2,8 Mio. gesetzlich versicherte Patienten hatten 2020 eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen, darunter etwa 278.000 Kinder und Jugendliche.
- In mehr als der Hälfte der Fälle haben Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärzte Diagnostik und Behandlung übernommen.
- Neben verschiedenen präventiven und therapeutischen Angeboten steht ein breites Spektrum von komplementären Hilfen (z. B. Beratungsstellen, betreutes Wohnen, stationäre Wohnformen, usw.) zur Verfügung.
- Insgesamt 123 Plankrankenhäuser sowie vier Universitätsklinika und 19 Vertragskrankenhäuser mit spezialisierten Fachabteilungen gewährleisten in Bayern die stationäre Versorgung.
- Zum Stichtag 01.01.2021 gab es in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen 807 Betten und 517 teilstationäre Plätze. Für die Erwachsenen standen 7.328 Betten und 1.437 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.237 Betten und 614 teilstationäre Plätze für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung.
- 2019 gab es insgesamt 176.815 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Etwa 30 % davon wurden in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt.
- Die Rate der vollstationären Behandlungen

liegt in Bayern etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt hat Bayern weniger Betten in der Psychiatrie (auch in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und –psychotherapie) und mehr Betten in der Psychosomatik. In der teilstationären Versorgung zeigt sich dies ähnlich.

- Die Verordnung von Psychopharmaka, wie etwa von Antidepressiva, ist in den letzten Jahren in Bayern angestiegen.
- Für einen Termin für eine Richtlinienpsychotherapie mussten Patienten in Bayern weiterhin länger warten.

6.1 Versorgungsangebote und Versorgungskapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit umfasst sowohl sekundärpräventive, unterstützende und kurative als auch rehabilitative Maßnahmen. In vielen Fällen haben Menschen mit einer psychischen Erkrankung einen komplexen Hilfebedarf. Dies gilt insbesondere dann, wenn Fachkräfte aus verschiedenen therapeutischen Fachrichtungen gleichzeitig erforderlich sind, wenn neben der medizinischen Grundversorgung auch Hilfen zur Selbstversorgung und zur Tagesgestaltung benötigt werden oder Angehörige entlastet werden müssen. Je nach individuellem Hilfebedarf müssen somit unterschiedliche Angebote miteinander verknüpft und aufeinander abgestimmt werden.

Leitgedanken für die Entwicklung von Betreuungs- und Behandlungsangeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind insbesondere die in Art. 100 der Bayerischen Verfassung und Art. 1 des Grundgesetzes verankerte Würde des Menschen, das in Art. 2 des Grundgesetzes garantierte Recht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit, die UN-Behindertenrechtskonvention mit ihrem zentralen Leitgedanken der Inklusion, die UN-Kinderrechtskonvention sowie die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen

mit psychischen Erkrankungen in Bayern“²¹⁹. Die Hilfen sollen sich an der Selbstbestimmung und am individuellen Bedarf der Menschen mit psychischen Erkrankungen orientieren. Im Vordergrund stehen die gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe und die Diskriminierungsfreiheit. Die Versorgungsangebote sollen leicht zugänglich sein. Transparenz über die zur Verfügung stehenden Hilfen, wohnortnahe Versorgungsangebote wie auch der einfache Übergang zwischen den Hilfeangeboten sind dafür wichtige Voraussetzungen.

Im Mittelpunkt der nachfolgenden Abschnitte stehen insbesondere die niedrigschwelligen Beratungs- und Hilfeangebote und die medizinisch-therapeutischen sowie pflegerischen Versorgungsangebote in Bayern. Komplementäre Versorgungsangebote wie Tagesstätten und Betreutes Wohnen werden ebenso wie die Themen Koordination und Vernetzung später behandelt.

Ambulante, (teil)stationäre und komplementäre Versorgungslandschaft im Bereich der psychischen Gesundheit



²¹⁹ Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. München 2007.

Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung

Für „erste Hilfen in seelischer Not“ stehen in Bayern zahlreiche niedrigschwellige Versorgungsangebote zur Verfügung. Mit dem bayernweiten Ausbau der Krisendienste im Rahmen der Umsetzung des BayPsychKHG wurde zudem die Möglichkeiten der ambulanten Krisenintervention verbessert. Maßgebliches Ziel der Krisendienste ist, Menschen in psychischen Krisen Anlaufstellen zu bieten und durch eine frühzeitige Unterstützung wirksam zu helfen. Im Bedarfsfall kann auch ein Kriseneinsatz vor Ort erfolgen. Seit März 2021 sind die Krisendienste bayernweit verfügbar, seit Juli 2021 rund um die Uhr erreichbar.

Für Kinder und Jugendliche bieten zudem das deutschlandweite Kinder- und Jugendtelefon „Nummer gegen Kummer“ oder die „bke-Jugendberatung“ Beratungsangebote auch zu psychosozialen Themen und Gesundheit (telefonisch sowie online). Bei Bedarf vermitteln sie z. B. auch in weiterführende medizinisch-therapeutische Hilfen. Eltern können sich ebenfalls kostenfrei und anonym beraten zu lassen.

Die Kinder- und Jugendhilfe bietet auf der Grundlage des SGB VIII (Sozialgesetzbuch, Aachtes Buch) ergänzend zu den Angeboten im Gesundheitsbereich auch Beratungen und Hilfen, z. B. bei Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten von Kindern, aber auch für Kinder psychisch erkrankter Eltern an, insbesondere zur Sicherstellung des Kindeswohls. Zur ganzheitlichen Unterstützung von Kindern psychisch belasteter oder erkrankter Eltern ist insbesondere eine enge Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitsbereich mit der Kinder- und Jugendhilfe wichtig. Zentrale Anlaufstellen zur Unterstützung und Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sind die 96 bayerischen Jugendämter, die sich in allen Arbeitsfeldern der Kinder- und Jugendhilfe engagieren, um günstige Rahmenbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen junger Menschen zu schaffen. Zur qualifizierten Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme können sich junge Menschen und ihre Familien insbe-

sondere auch an die von der Staatsregierung geförderten und flächendeckend in Bayern vorhandenen rund 180 Erziehungsberatungsstellen wenden.

Peer-Beratung für junge Menschen in Suizidgefahr

In der Online-Beratung [U25] Deutschland beraten speziell ausgebildete ehrenamtliche Gleichaltrige suizidgefährdete Jugendliche kostenfrei und anonym. Im Hintergrund sind hauptamtliche Fachkräfte tätig. Nürnberg ist einer von zehn [U25]-Standorten in Deutschland und wird vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege gefördert.

Mehr dazu unter: www.u25-deutschland.de/

Für Erwachsene spielen die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) eine wichtige Rolle, für psychisch erkrankte Menschen ab 60 Jahren auch die Gerontopsychiatrischen Dienste (GpDi) und für Erwachsene mit einer Suchtproblematik die Psychosozialen Suchtberatungsstellen (PSB). In Bayern befinden sich diese vorrangig in Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Für Betroffene und deren Angehörige bieten sie flächendeckend niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote an (sowohl im Einzelkontakt als auch im Rahmen von Gruppenangeboten). In diesen Einrichtungen sind vor allem Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen tätig, seit mehreren Jahren werden verschiedentlich auch „EX-IN-Genesungsbegleiter“ eingesetzt (siehe Kasten).

EX-IN in Bayern

EX-IN steht für Experienced Involvement und bedeutet die Einbeziehung von Psychatrieerfahrenen in die psychiatrische Versorgung. Hierbei handelt es sich um psychiatrieerfahrene Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter mit einer EX-IN-Ausbildung. Sie können in Sozialpsychiatrischen Diensten, Tagesstätten oder Kliniken beschäftigt sein. Sie sind meist eingebunden in ein multiprofessionelles Team und haben die Aufgabe, ihre eigenen Erfahrungen im Umgang mit der Erkrankung einfließen zu lassen. In den Gesundheitsunternehmen der Bezirke bzw. von den bayerischen Bezirken geförderte Einrichtungen wurden Stand Dezember 2020 82 EX-IN-Genesungsbegleitende beschäftigt – vornehmlich in den Sozialpsychiatrischen Diensten und Tagesstätten, aber auch in einigen Kliniken (z. B. in Ansbach, Kempten, Haar). Die EX-IN-Ausbildung dauert ein Jahr und wird regelhaft an fünf bayerischen Standorten angeboten: Kaufbeuren, München, Nürnberg, Regensburg und Würzburg.

Mehr dazu unter: <http://ex-in-by.de/>

Bayernweit gab es zum Stichtag 31.12.2019 94 Sozialpsychiatrische Dienste und 103 Psychosoziale Suchtberatungsstellen. In zahlreichen Regionen gibt es zudem entsprechende Außenstellen. Hauptsächlich bei der Anzahl der PSB-Fachkräfte je 100.000 Einwohner zeigen sich regionale Unterschiede: Mit 4,0 je 100.000 Einwohner weist Schwaben die meisten auf. Zudem be-

stehen regionale Unterschiede auch bei der Anzahl der Fachkräfte im Gerontopsychiatrischen Dienst.

Die finanziellen Aufwendungen für die Sozialpsychiatrischen und Gerontopsychiatrischen Dienste beliefen sich im Jahr 2019 auf 37 Mio. Euro; das sind etwa 6 Mio. Euro mehr als 2015. Für die

Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), Gerontopsychiatrische Dienste (GpDi) und Psychosoziale Suchtberatungsstellen (PSB)

Stichtag 31.12.2019

Regierungsbezirk	Anzahl der SpDi	Anzahl der SpDi-Fachkräfte pro 100.000 EW.	Anzahl der GpDi-Fachkräfte pro 100.000 EW.	Anzahl der PSB	Anzahl der PSB-Fachkräfte pro 100.000 EW.
Oberbayern	32	2,5	1,4	41	3,6
Oberfranken	6	2,3	0,4	4	2,4
Mittelfranken	11	2,8	–	11	3,9
Unterfranken	14	2,5	0,3	11	2,5
Oberpfalz	8	2,5	0,8	12	2,9
Niederbayern	9	2,6	0,6	9	2,8
Schwaben	14	2,6*	–	15	4,0

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; SpDi- und PSB-Außenstellen wurden in der Zählung nicht berücksichtigt; da gerontopsychiatrische Fachkräfte mehrheitlich an die Sozialpsychiatrischen Dienste angegliedert sind, erfolgt keine separate Auflistung der GpDi; *Gerontopsychiatrische Fachkräfte sind in der Anzahl der SpDi-Fachkräfte enthalten.

Selbsthilfegruppen für Betroffene und Angehörige

Selbsthilfegruppen sind selbstorganisierte Zusammenschlüsse von Menschen mit einem gemeinsamen Anliegen, wie etwa ein soziales Problem oder eine Erkrankung. Selbsthilfegruppen gibt es für Menschen mit psychischer Erkrankung und für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung. Sie ermöglichen Erfahrungsaustausch und Gemeinschaft. Vorrangiges Ziel ist die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt die Stärkung des Selbsthilfepotentials. Sie beraten und informieren nicht nur. Selbsthilfegruppen fördern durch gegenseitige Akzeptanz und Achtung das Selbstvertrauen und die Selbstbefähigung und tragen damit auch zum Genesungsprozess bei bzw. zum besseren Umgang mit der eigenen Situation.

Darüber hinaus bringen sich die organisierte Selbsthilfe der Psychiatrieerfahrenen und der Angehörigen in zahlreiche Gremien ein. Sie engagieren sich u. a. für eine Verbesserung der Versorgungsangebote und den Abbau von Vorurteilen und Diskriminierung.

Bayernweite Daten zu Angebot und zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischer Erkrankung und für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung liegen nicht vor.

Mehr dazu unter: www.lag-selbsthilfe-bayern.de und www.seko-bayern.de

Psychosozialen Suchtberatungsstellen wurden 2019 gut 40 Mio. Euro aufgewandt, etwa 5 Mio. mehr als 2015.²²⁰

Niedrigschwellige Beratungsangebote für Menschen in seelischen Krisen bieten zudem die Telefonseelsorge und spezialisierte Beratungsstellen, wie beispielsweise für suizidgefährdete Menschen (z. B. in München die „Arche“ oder die „Münchner Insel“) oder Beratungsstellen für Essstörungen (z. B. das „Therapienetz Essstörung“ oder das „waagnis“ in Regensburg). Dabei gewinnen Mail- und Chat-Angebote seit Längerem an Bedeutung. In Oberbayern und Schwaben gibt es zudem Kontaktläden (2019: 7) sowie Kontakt- und Begegnungsstätten (2019: 16) für Erwachsene mit einer Suchtproblematik.

Weitere Beratungs- und Informationsmöglichkeiten bieten die zahlreichen, teilweise störungs- oder themenzentrierten, regionalen Selbsthilfeprojekte für Betroffene und Angehörige, die es in Bayern in jeder Region gibt.

Leistungen ambulanter und (teil-)stationärer Behandlungen

Ambulante Versorgung

Neben den Kinder- und Jugendärzten sowie Hausärzten stehen für die vertragsärztliche und rein privatärztliche Versorgung in Bayern insgesamt 5.815 Fachärzte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich²²¹ zur Verfügung, sowie 5.663 Psychologische Psychotherapeuten und 1.523 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Stand 2020).²²² 146 Ärzte nehmen darüber hinaus an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teil. Die Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Die ambulante Versorgung wird im Folgenden vor allem mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung von gesetzlich krankenversicherten

²²⁰ Datenquelle Bayerischer Beiratsrat. Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017.

²²¹ Dies umfasst Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

²²² Datenquellen: Statistisches Bundesamt; Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Patientinnen und Patienten beschrieben. Zum einen stellt sie den Großteil der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung dar, zum anderen sind Daten aus der rein privatärztlichen Versorgung nur sehr eingeschränkt verfügbar.

An der vertragsärztlichen Versorgung von psychisch kranken **Kindern und Jugendlichen** nahmen zum Stichtag 20.01.2021 197 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie teil.²²³

Regionale Versorgungsniveaus der ambulanten Versorgung

In welcher Region sich wie viele Ärzte einer Fachrichtung niederlassen können, richtet sich in der vertragsärztlichen Versorgung nach der sogenannten Bedarfsplanung. Die Rahmenbedingungen dieser Bedarfsplanung werden vom Bundesgesetzgeber festgelegt. Die nähere Ausgestaltung ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als höchstem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen übertragen, der hierzu eine Bedarfsplanungsrichtlinie erlassen hat.

In zahlreichen bayerischen Kreisen ist eine Überversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie festzustellen (siehe unten). Allerdings ist dabei zu beachten, dass die Bedarfsplanung nur eingeschränkt morbiditätsorientiert ist und in gewisser Weise eine Fortschreibung der bestehenden Versorgungslage darstellt. Laut dem Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2018 weisen viele Planungsbereiche – trotz Versorgungsgrade über 110 % – lange, teils mehrmonatige Wartezeiten auf.²²⁴

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass auf Planungsbereiche bezogene Versorgungsgrade keine Aussage über die räumliche Verteilung der Ärzte innerhalb des jeweiligen Planungsbereichs treffen können. So kann es durchaus Unterschiede in der Versorgungsdichte zwischen Ballungszentren und ländlichen Regionen, aber auch zwischen einzelnen Stadtteilen geben. Die zeitnahe Terminfindung kann also auch in einem insgesamt als regel- oder überversorgt geltenden Planungsbereich unterschiedlich sein und je nach Wohnort einen geringeren oder höheren (zeitlichen) Aufwand für die zu versorgenden Patienten erfordern.

²²³ KVB Versorgungsatlas. Die Daten beruhen auf der sog. „Personenzählung“, d.h. unabhängig davon, in welchem Umfang sie für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen.

²²⁴ SVR: Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 19/3180.

Laut dieser bundesweit gültigen Bedarfsplanung gilt als Richtwert in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie für 16.895 Kinder und Jugendliche zuständig sein soll.²²⁵ Hier zeigen sich in Bayern große regionale Unterschiede im Versorgungsgrad (siehe Tab.).

Derzeit liegt in keiner Region eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanung vor. In 14 Regionen liegt der Versorgungsgrad über 110 %, d. h. diese Regionen gelten im Sinne der Bedarfsplanung als überversorgt. An der Spitze steht hier Würzburg mit einem Versorgungsgrad von 369,41 %, gefolgt von Regensburg (166,54 %), Landshut (156,1 %) und Main-Rhön (133,88 %).

Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die Städte auch Mitversorgungsfunktionen für die umliegenden Regionen wahrnehmen.

Während die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie neben psychotherapeutischen Leistungen insbesondere auch in der Diagnostik und der medikamentösen Behandlung tätig sind, steht bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Psychotherapie im Mittelpunkt. Sie sind keine Ärzte, sondern Psychologen und Sozialpädagogen mit einer psychotherapeutischen Approbation. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden gemeinsam mit den „Psychologischen sowie Ärztlichen Psychotherapeuten“, die für die Erwachsenen zuständig

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der kassenärztlichen Versorgung,

Versorgungsgrade nach Region, Stichtag 29.01.2021

Region	Versorgungsgrad
Oberbayern	
München	111,67 %
Ingolstadt	115,69 %
Oberland	115,81 %
Südostoberbayern	113,90 %
Oberfranken	
Oberfranken-West	125,96 %
Oberfranken-Ost	66,33 %
Mittelfranken	
Westmittelfranken	119,27 %
Industrieregion Mittelfranken	110,84 %
Unterfranken	
Bayerischer Unterrhein	125,28 %
Main-Rhön	133,88 %
Würzburg	369,41 %

Region	Versorgungsgrad
Oberpfalz	
Nord	105,26 %
Regensburg	166,54 %
Niederbayern	
Landshut	156,10 %
Donau-Wald	96,06 %
Schwaben	
Augsburg	113,37 %
Donau-Iller	104,08 %
Allgäu	117,23 %

Datenquelle: KVB- Versorgungsatlas 2021

²²⁵ KVB Versorgungsatlas Kinder und Jugendpsychiater, Januar 2021. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas-Kinder-und-Jugendpsychiater.pdf> [Abruf: 01.06.2021].

sind, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ geführt (siehe unten).²²⁶ Auch in dieser gemeinsam geführten Fachgruppe liegt im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie in keiner Region eine Unterversorgung vor.²²⁷ Zum Stichtag 31.08.2021 nahmen in Bayern 1.265 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Personenzählung) an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Das Versorgungsangebot hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Während zum 1.1.2015 noch knapp 571 Sitze in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorhanden waren, gibt es zum 31.08.2021 bereits 770 Sitze. Dies entspricht einer Steigerung von fast 35 %. Auch das Angebot an niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxen hat sich um mehr als 20 % seit 2015 erhöht. Allerdings zeigen sich regionale Unterschiede in der Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten: Mit 34,8 je 100.000 Einwohner unter 21 Jahren weist Oberbayern die meisten auf.

Eine erste wichtige Anlaufstelle für Eltern mit Kindern im Säuglings-, Kleinkind- und Kindergartenalter sind die flächendeckend in Bayern vertretenen Interdisziplinären Frühförderstellen. Sie leisten einen wichtigen Beitrag bei der Früherkennung und Therapie von Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen oder Verhaltensauffälligkeiten. Gleichzeitig bieten sie Beratung und Unterstützung für die Eltern an. Diese über 220 Stellen erbringen die Leistungen sowohl ambulant in der Frühförderstelle als auch mobil im häuslichen Umfeld der Familie oder einer Kindertageseinrichtung. Daneben leisten auch die 21 Sozialpädiatrischen Zentren in Bayern einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen. Für Fälle, in denen eine vorhandene oder drohende psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer nicht von geeigneten Ärzten oder in interdisziplinären Frühförderstellen behandelt

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der kassenärztlichen Versorgung, Stichtag 31.08.2021

Regierungsbezirk	Anzahl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Personenzählung)	Anzahl Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Berücksichtigung des Zulassungs- bzw. Anstellungsumfang)	Verhältnis pro 100.000 Ew. (Berücksichtigung des Zulassungs- bzw. Anstellungsumfang)
Oberbayern	568	327,5	34,8
Oberfranken	76	46,5	23,9
Mittelfranken	190	116,8	33,6
Unterfranken	99	62,0	24,9
Oberpfalz	87	57,3	26,8
Niederbayern	87	55,3	22,8
Schwaben	167	104,8	27,5
Bayern*	1.265	770,0	30,0

Datenquelle: KVB (u.a. Versorgungsatlas 2021, Stichtag 31.08.2021, gerundet), Berechnungen LGL, Bevölkerung unter 21 Jahre zum 31.12.2020; die GKV-Versicherten unter 21 Jahren sind auf Bezirksebene nicht verfügbar, *aufgrund von Doppelzählungen kommt es zu geringen Abweichungen in der Gesamtsumme

²²⁶ Neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird die psychotherapeutische Behandlung auch durch andere Facharztgruppen mit einer Genehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sichergestellt, unter anderem Kinder- und Jugendärzte sowie Nervenärzte.

²²⁷ Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Bedarfsplanung – Planungsblätter. 2020.

werden kann, bieten die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V eine interdisziplinäre Versorgung an. Sie leisten ihren Versorgungsbeitrag insbesondere in schwerwiegenden bzw. komplexen Fällen, in denen andere Behandlungsangebote alleine nicht ausreichen.

An der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen wirken des Weiteren die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) gemäß § 118 SGB V mit. Ihr Angebot richtet sich zum einen an Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen. Sie sollen helfen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen. Zum anderen richtet sich das Angebot der PIAs auch an Erkrankte, die darauf wegen zu großer Entfernungen zu geeigneten niedergelassenen Ärzten angewiesen sind, d. h. sie erfüllen eine „Auffangfunktion“ in weniger gut versorgten Regionen. In Bayern gibt es Stand 2021

39 Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche.²²⁸

Im **Erwachsenenbereich** waren in der vertragsärztlichen Versorgung zum Stichtag 29.01.2021 in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ 326 Psychiater, 318 Nervenärzte sowie 373 Neurologen tätig, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ 3.541 Psychologische Psychotherapeuten und 1.226 Ärztliche Psychotherapeuten.²²⁹ In der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ weist keiner von den 79 Planungsbereichen eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie auf, in der Gruppe „Nervenärzte“ ein Landkreis. In der Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ besteht in 50 Planungsbereichen eine Überversorgung (über 110 %) und in der Gruppe „Psychotherapeuten“ in 64 Planungsbereichen.²³⁰ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die einzelnen Arztgruppen unterschiedliche Versorgungsleistungen einbringen, insbesondere was

Regionale Versorgungsniveaus ausgewählter Berufsgruppen in der kassenärztlichen Versorgung (Personenzählung),

Stichtag 29.01.2021

	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater		Ärztliche Psychotherapeuten		Psychologische Psychotherapeuten	
	absolut	je 100.000 Ew. ab 18 Jahren	absolut	je 100.000 Ew. ab 18 Jahren	absolut	je 100.000 Ew. ab 18 Jahren
Oberbayern	421	10,8	666	17,0	1.747	44,6
Niederbayern	77	7,4	77	7,4	195	18,7
Oberpfalz	76	8,2	53	5,7	253	27,1
Oberfranken	74	8,2	53	5,9	198	22,0
Mittelfranken	143	9,7	149	10,1	516	34,9
Unterfranken	90	8,1	94	8,5	312	28,2
Schwaben	135	8,5	136	8,6	345	21,8
Bayern	1.014	9,3	1.226	11,2	3.541	32,3

Datenquelle: KVB; LfStat, Berechnungen LGL; Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten haben nur unter bestimmten Voraussetzungen eine Abrechnungsbefugnis für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, im Wesentlichen sind sie für Erwachsene zuständig. Bezug auf Bevölkerung ab 18 Jahre zum 31.12.2020, weil die GKV-Versicherten nicht nach Region und Alter verfügbar sind. *aufgrund von Doppelzählungen kommt es zu geringen Abweichungen in der Gesamtsumme

²²⁸ Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag.

²²⁹ Die Daten beruhen auf der sog. „Personenzählung“. Aufgrund des geringen Umfangs wurden hierbei weitere Fachärzte, die ebenso über eine Genehmigung zur psychotherapeutischen Behandlung verfügen (u. a. Hausärzte) nicht berücksichtigt.

²³⁰ Kassenärztliche Vereinigung Bayern: Bedarfsplanung – Planungsblätter. 2021.

die psychotherapeutische Versorgung betrifft. Auch hier gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung.

Die regionalen Versorgungsunterschiede spiegeln sich möglicherweise auch in der Art der regionalen Angebote wider. Beispielsweise ist in Niederbayern und in der Oberpfalz, die beide ein geringeres Versorgungsniveau an Psychotherapeuten aufweisen, der Anteil an verschriebenen Antidepressiva (medikamentöse Therapie aus der Gruppe N06A) höher – beziehungsweise der Anteil abgerechneter psychotherapeutischer Behandlungen oder Kombinationsbehandlungen niedriger als in Oberbayern (siehe Abb.).

Psychotherapeutische Sprechstunde – Akutbehandlung – Richtlinienpsychotherapie

2017 wurde die psychotherapeutische Sprechstunde eingeführt. Seit April 2018 ist sie eine verpflichtende Voraussetzung (mit Ausnahmen) für die Aufnahme einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie. Neben der Beratung und der Klärung des individuellen Hilfebedarfs dient die psychotherapeutische Sprechstunde ebenso der Abklärung weiterer Hilfemöglichkeiten. Des Weiteren hält das Angebot auch die Möglichkeit für eine psychotherapeutische Kurz-Intervention vor. Versicherte können die psychotherapeutische Sprechstunde höchstens sechsmal (Einheiten mit mindestens 25 Minuten; insgesamt bis zu 150 Minuten) je Krankheitsfall in Anspruch nehmen. Bei Heranwachsenden bis zum vollendeten 21. Lebensjahr kann die psychotherapeutische Sprechstunde bis zu zehnmal je Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten) durchgeführt werden. Die Betroffenen können sich dafür direkt an Therapeutinnen oder Therapeuten wenden.

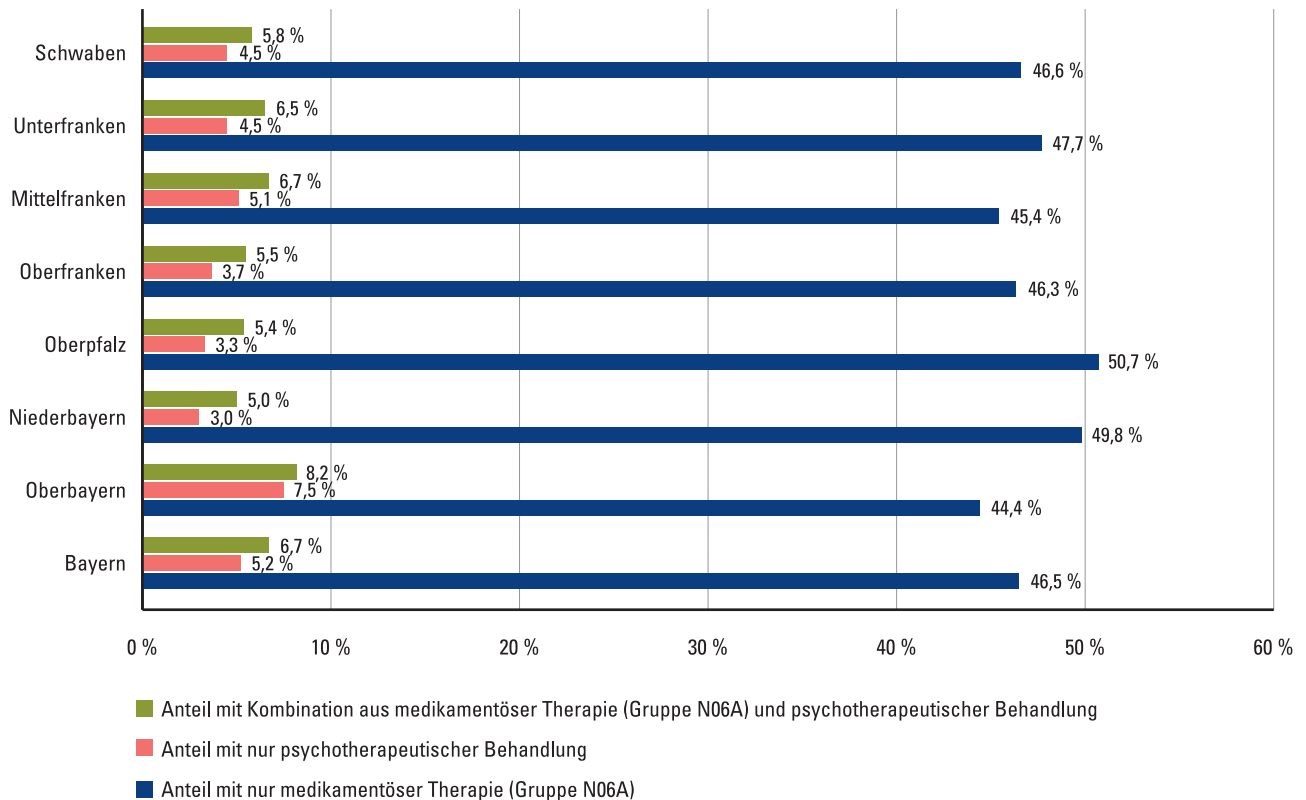
An die psychotherapeutische Sprechstunde kann sich eine ambulante Psychotherapie in Form einer Akutbehandlung oder einer langfristigen Therapie anschließen. Zur Beantragung einer weiterführenden Therapie finden sogenannte probatorische Sitzungen statt. Hier erfolgt unter anderem die weitere diagnostische Klärung des Krankheitsbildes. Weiterführende Psychotherapieverfahren, sog. Richtlinien-therapeutische Verfahren, wie analytische Psychotherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder Verhaltenstherapie, sowie seit dem 1.7.2020 die systemische Therapie, müssen bei der Krankenkasse beantragt werden.

Zur ambulanten Versorgung gehören zudem die 84 Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) der Erwachsenenpsychiatrie gemäß § 118 SGB V (Stand 2021).²³¹ Angegliedert an Fach- und Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil versorgen sie insbesondere längerfristige sowie deutlich schwer erkrankte Patienten, die ein besonderes, krankenhaushnahmes Versorgungsangebot benötigen.²³² Hinzu kommt noch eine kleinere Zahl nur privatärztlich tätiger Therapeuten.

²³¹ Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag.

²³² Gemäß der Gesamtauswertung der Basisdokumentation der Psychiatrischen Institutsambulanzen 2016 wohnt knapp ein Fünftel der Patienten in einer betreuten Wohnform (z. B. Heim), über ein Drittel weist eine Erkrankungsdauer mit mehr als 10 Jahren auf; siehe AmBADO-Datenbericht 2016; www.bay-bezirke.de/data/download/gesamtauswertung-der-ambulanten-basisdokumentation-ambado_erwachsenenpsychiatrie.pdf.

Versorgungssituation, Patienten mit Depression (F32/F33), Bayern 2020



Datenquelle: KVB, Zuordnung der Arzneimittel über Praxisstandort

Besondere Versorgung

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungstärkungsgesetzes im Juli 2015 wurde der § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ (ehemals Integrierte Versorgung) neu verfasst. Auf Basis der Besonderen Versorgung können sektorenübergreifende, interdisziplinär fachübergreifende oder besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Die Regelung schafft damit einen flexiblen Gestaltungsspielraum für unterschiedliche Versorgungsprogramme und fördert eine stärkere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Institutionen (z. B. Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pharmaunternehmen etc.), um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die Gesundheitskosten zu senken. Insbesondere für die Versorgung psychisch Kranker zeigt sich aufgrund der multifaktoriellen Krankheitsursachen und des individuellen Kontextes die Notwendigkeit sektorenübergreifender Ansätze.²³³ Die Behandlungsangebote sind vielfach unübersichtlich und bedürfen einer besseren Koordination. Hierfür sind neue Versorgungsangebote notwendig, beispielsweise durch eine engere Verzahnung zwischen dem stationären und dem ambulanten System. Zudem sollte die Transparenz der stationären Behandlungsangebote verbessert werden.²³⁴ Bayernweite Daten zu Angebot und Inanspruchnahme der besonderen Versorgungsleistungen liegen nicht vor.

²³³ Köhler, S., et al.: Innovative ambulante Modelle. Der Nervenarzt 2020; 91: 1003–1016.

²³⁴ Bühring, P.: Sektorenübergreifende Versorgung psychisch Kranker: Gefragt ist der Gesetzgeber. Dtsch Arztebl 2018; 115(31–32): A-1422–A 1424.

(Teil-)Stationäre Versorgung

Insgesamt 123 Plankrankenhäuser sowie vier Universitätsklinika und 19 Vertragskrankenhäuser gewährleisten in Bayern die stationäre Versorgung von gesetzlich Versicherten mit einer psychischen Erkrankung. In einigen Kliniken gibt es sowohl eine Fachabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie als auch eine Fachabteilung für psychosomatische Medizin und Psychotherapie beziehungsweise eine Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Anzahl der Fachkrankenhäuser mit einem entsprechenden Profil beläuft sich insgesamt auf 97, die Anzahl der Allgemeinkrankenhäuser mit mindestens einer der genannten Fachrichtungen (inklusive der Universitätsklinika) beläuft sich auf 30.

Knapp 70 % dieser Krankenhäuser befinden sich in öffentlicher Trägerschaft (z. B. Kommunen, Landkreise oder Bezirke). Die anderen Krankenhäuser werden von freigemeinnützigen (z. B. Ordensgemeinschaften) oder privaten Trägern betrieben. Insgesamt gab es in Bayern zum Stichtag 01.01.2021 in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen 807 Betten und 517 teilstationäre Plätze. Für die Erwachsenen standen 7.328 Betten und 1.437 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.237 Betten und 614 teilstationäre Plätze für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung.²³⁵

Während die Zahl der vollstationären Krankenhausbetten je 100.000 Einwohner in Bayern in den Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie Anfang des Jahrtausends gesunken ist, von 77,2 je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren im Jahr 2002 auf 69,6 im Jahr 2019, zeigt sich im Bereich der psychosomatischen Medizin ein deutlicher Zuwachs. Hier erhöhte sich die Anzahl der Krankenhausbetten im gleichen Zeitraum um das Sechsfache von 7,0 je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren auf 42,1 je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren. Auch in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich in den letzten Jahren die Zahl der Krankenhausbetten deutlich erhöht. Von 15,0 je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren im Jahr 2002 ist ihre Zahl auf 34,9 je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren im Jahr 2019 gestiegen.

Anzahl der Fachabteilungen in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern

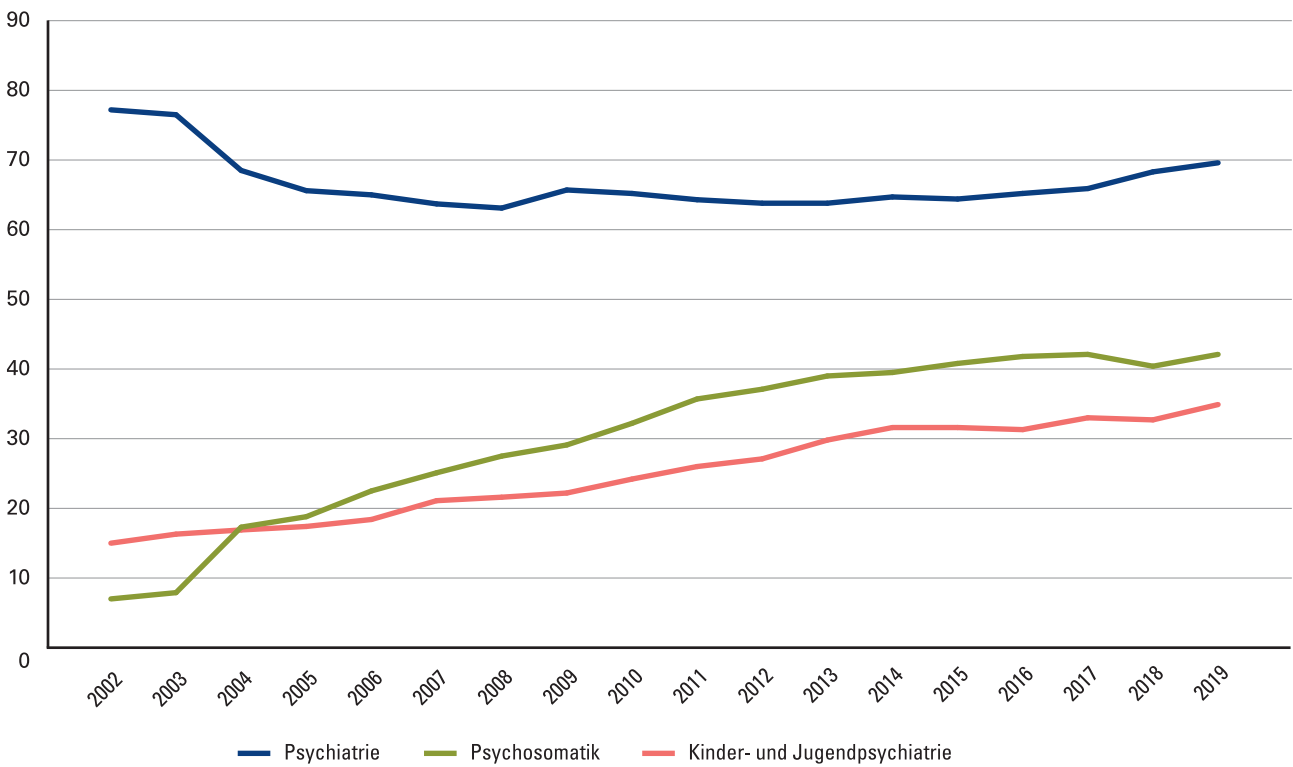
	Anzahl der Fachabteilungen in Fachkrankenhäusern	Anzahl der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	28	9
Psychiatrie und Psychotherapie	56	9
Psychosomatische Medizin	55	14

Datenquelle: Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand Januar 2021

²³⁵ Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2021. Im Krankenhausplan sind die geförderten Einrichtungen mit der Zulassung bzw. vom Typ „Hochschulklinik/Universitätsklinikum“, „Plankrankenhaus“ und „Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag“ enthalten. Die Krankenhausstatistik hingegen bezieht auch Einrichtungen vom Typ „Krankenhaus mit Zulassung nach § 30 GewO (ohne Versorgungsvertrag)“ mit ein. Das führt zu geringen Abweichungen bei der Berechnung der Krankhausplätze.

Entwicklung der vollstationären Krankenhausbetten nach Fachabteilung, Bayern

Psychiatrie und Psychosomatik: Betten je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren, Kinder- und Jugendpsychiatrie: Betten je 100.000 Einwohner unter 18 Jahre



Datenquelle: LfStat, Berechnungen LGL

In den letzten Jahren konnten in Bayern zwei moderne Spezialkliniken für die besondere Patientengruppe der Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung oder Schwer- und Mehrfachbehinderung und zusätzlichen psychischen Erkrankungen in Würzburg und im Raum München in Betrieb genommen werden.

Insbesondere die teilstationären Versorgungsangebote wurden in den letzten Jahren ausgebaut: Der Bereich der Allgemeinen Psychiatrie verzeichnet zwischen 2014 und 2019 einen Zuwachs um 40 %, in der Psychosomatik einen Zuwachs um 34 % und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie um 10 %.²³⁶

Bayern weist im Ländervergleich die wenigsten Betten pro 100.000 Einwohner in der Kinder-/Jugendpsychiatrie und -psychotherapie auf, ebenso wie in den psychiatrischen Fachabteilungen für Erwachsene. Dagegen hat Bayern in der Psychosomatik auch weiterhin die meisten Betten pro 100.000 Einwohner (Stand 2019: Bayern: 42,1, Deutschland: 17,8). Hier spielen auch Zuweisungen von Patienten aus anderen Bundesländern eine Rolle. Ähnlich stellt sich dies in der teilstationären Versorgung dar. Während Bayern im Jahr 2019 pro 100.000 Einwohner im Bundesvergleich mehr teilstationäre in der Psychosomatik hat (Bayern: 4,9, Deutschland: 3,4), verfügt es über weniger Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Bayern: 22,7, Deutschland: 25,4) sowie in der Allgemeinen Psychiatrie (Bayern: 13,2, Deutschland: 22,2).²³⁷

²³⁶ Datenquelle: LfStat; Berechnungen LGL

²³⁷ Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Berechnungen LGL; Bezug auf Bevölkerung unter bzw. über 18 Jahre zum Stichtag 31.12.2019.

Klinikpatienten zu Hause versorgen

Die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung nach Paragraf 115d Absatz 2 Sozialgesetzbuch V wurde zum 1. Januar 2018 eingeführt. Kliniken haben dadurch die Möglichkeit, anstelle der vollstationären Behandlung eine gleichwertige Behandlung im Lebensumfeld zu erbringen. Mobile fachärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams besuchen dabei die Patienten in ihrem häuslichen Umfeld. Allerdings müssen dafür bestimmte Kriterien erfüllt sein, wie z. B. keine akute Selbst- oder Fremdgefahr und die Zustimmung des häuslichen Umfeldes. Stationäre Behandlungszeiten können damit reduziert und Behandlungsbereitschaft und Patientenzufriedenheit erhöht werden. Zudem bietet die neue Behandlungsform mehr Flexibilität. Dadurch kann die Versorgung z. B. von Patienten mit Kindern wesentlich verbessert werden. Bislang bieten nur einzelne Kliniken diese Leistung an.

Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation

Eine Rehabilitation ist sozialrechtlich insbesondere zur Festigung von Behandlungserfolgen, zur Behandlung von längerfristigen Krankheitsfolgen, zur Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung sowie zur Verbesserung oder Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit angezeigt. Dazu zählen auch die Entwöhnungsbehandlungen bei den Suchterkrankungen. Eine Rehabilitation kann ambulant z. B. in einem Reha-Zentrum oder stationär in einer Reha-Klinik durchgeführt werden. Eine medizinische Rehabilitation zielt u. a. darauf ab, eine dauerhafte Behinderung oder Pflegebedürftigkeit zu verhüten bzw. ihre Folgen zu mildern und hilft bei der emotionalen Verarbeitung der Folgen der Erkrankung. Die berufliche Rehabilitation fokussiert auf das (Wieder-)Erreichen der Erwerbs- bzw. Ausbildungsfähigkeit unter Einbeziehung weiterer Aufgaben aus Alltagsaktivitäten, Freizeitgestaltung und der Pflege sozialer Kontakte.

Den Daten der Krankenhausstatistik zufolge verfügten die bayerischen Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 2019 über 29 Betten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 1.437 Betten in den Fachabteilungen für Psychiatrie sowie 2.334

Betten in den Fachabteilungen für Psychosomatik/Psychotherapie.²³⁸

Zwischen 2007 und 2019 zeigt sich ein Anstieg der Reha-Betten für die Fachrichtungen Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie zusammen von 31,5 Betten je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren auf 34,4 Betten je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren. Dies entspricht einem Anstieg um 9 %, der jedoch vor allem auf einer Zunahme der Betten in der Psychosomatik/Psychotherapie beruht.

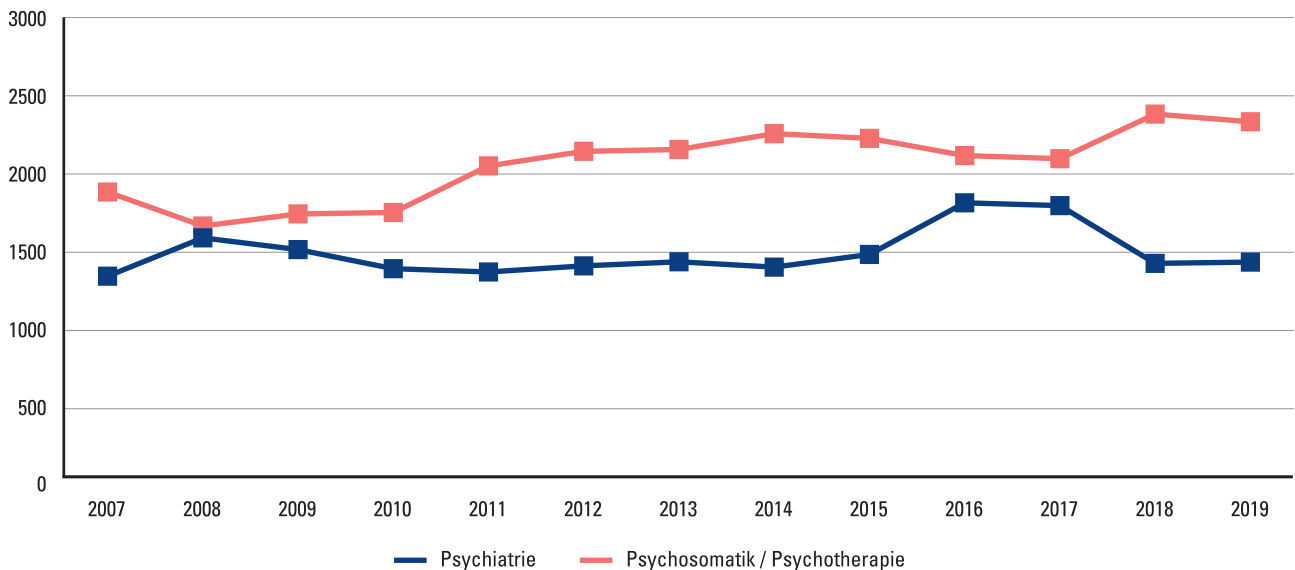
Eine besondere Form der Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK) dar. Sie bieten insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitationsleistungen an. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation psychische kranker Menschen e.V. (Bag RPK) listet derzeit für Bayern neun Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).²³⁹ Der Krankenhausstatistik zufolge gab es in den RPKs 2019 insgesamt 104 Plätze.

²³⁸ Seit 2018 wird die Fachabteilung „Psychiatrie und Psychotherapie“ unter dem Begriff „Psychiatrie“ geführt. Diese umfasst die „Allgemeine Psychiatrie“, „Entwöhnungsbehandlungen“ und „Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)“. Die Fachrichtung „Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik“ wird seit 2018 unter dem Begriff „Psychosomatik/Psychotherapie“ geführt.

²³⁹ Siehe www.bagrpk.de.

Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung, Bayern

Aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt



Datenquelle: LfStat

Leistungen der ambulanten und stationären Pflege

Ambulante Pflegedienste übernehmen im häuslichen Umfeld Aufgaben der Pflege und Betreuung auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Für die bayernweite Versorgung von pflegebedürftigen Personen nach dem Pflegeversicherungsgesetz – dies gilt auch für Menschen mit einer psychischen Erkrankung – gab es der Pflegestatistik 2019 zufolge 2.077 ambulante Pflegedienste mit 56.166 Mitarbeitern.

Wenn eine häusliche Betreuung infolge eines erhöhten Hilfebedarfs oder infolge unzureichender häuslicher Hilfemöglichkeiten nicht mehr sichergestellt werden kann, bieten (teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen entsprechende Betreu-

ungs- und Versorgungsleistungen. Von den 2.016 stationären Pflegeeinrichtungen in Bayern mit insgesamt 139.463 verfügbaren Plätzen (Dauer-, Kurzzeit-, und Tages- und/oder Nachtpflegeplätze) sind 45 Pflegeheime (mit insgesamt 2.258 verfügbaren Plätzen) spezifisch auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung ausgerichtet (Stand Dezember 2019).²⁴⁰ Speziell für die Gruppe der älteren Menschen mit einer psychischen Erkrankung – auch ohne ausgewiesenen Pflegegrad – weist das Statistische Landesamt für das Jahr 2018 40.979 verfügbare Plätze aus. Im Jahr 2020 ist die Anzahl der Plätze um etwa 20 % gesunken (2020: 32.890 Plätze). Dies ist vermutlich auch auf die Beschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie zurückzuführen.

Pflegebedürftige in Pflegeheimen für psychisch Kranke, Bayern

	2011	2013	2015	2017	2019
Pflegebedürftige insgesamt	1.748	1.454	1.839	2.009	2.155
davon nur Dauerpflege	1.467	1.328	1.570	1.841	1.911

Datenquelle: LfStat

²⁴⁰ Dies bezieht sich auf Pflegeeinrichtungen, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben. Datenquelle: LfStat.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Zur Stärkung der häuslichen Versorgung und Entlastung der pflegenden Angehörigen stehen in Bayern rund 1.600 Angebote zur Unterstützung im Alltag (Stand: Oktober 2021) zur Verfügung. Dazu zählen unter anderem Betreuungsgruppen, ehrenamtliche Helferkreise zur häuslichen Betreuung und Alltagsbegleitung sowie haushaltsnahe Dienstleistungen. Diese Angebote tragen wesentlich dazu bei, dass insbesondere Menschen mit Demenz weiterhin zuhause leben können.

Fachstelle für Demenz und Pflege

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat zur Optimierung der Lebensbedingungen von Menschen mit Demenz und ihrer pflegenden Angehörigen sowohl eine bayernweite Fachstelle für Demenz und Pflege als auch in jedem Regierungsbezirk eine regionale Fachstelle für Demenz und Pflege etabliert. Diese tragen dazu bei, die Angebote zur Unterstützung im Alltag noch weiter in die Fläche zu bringen und sind zentrale Anlaufstellen für alle Fragen rund um das Thema Demenz (www.demenz-pflege-bayern.de).

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten können für zahlreiche Diagnosen zeitlich befristet eine psychiatrische häusliche Krankenpflege (pHKP) verordnen (in bestimmten Fällen und für einen engeren Zeitraum ebenso Hausärzte). Ziel der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege ist insbesondere die Erlangung einer selbstständigen Alltagsbewältigung und die Koordination notwendiger Therapiemaßnahmen. Bayernweite Zahlen zur Inanspruchnahme der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege liegen nicht vor.

Mit der seit Ende 2019 in Kraft getretenen Förderrichtlinie „Pflege im sozialen Nahraum – PflegesoNahFÖR“ – wird das Ziel verfolgt, in Bayern eine bedarfsgerechte und flächendeckende, regional ausgerichtete, demenzsensible und barrierefreie pflegerische Versorgungsstruktur weiter auszubauen und zu verbessern. Unter ande-

rem können der Neubau sowie Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen von Dauer- und Kurzzeitpflegeplätzen für erwachsene Menschen mit einer seelischen Behinderung und Pflegebedarf nach der Förderrichtlinie gefördert werden.

DECIDE-Projekt

Um die Öffentlichkeit und die Beschäftigten in der medizinischen Versorgung und Pflege für einen verantwortungsbewussten Einsatz sedierender Psychopharmaka bei an Demenz erkrankten Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen bzw. Mieterinnen und Mietern ambulant betreuter Wohngemeinschaften der Pflege zu sensibilisieren hat das Klinikum Rechts der Isar das Projekt „DECIDE“ („Reduktion sedierender Psychopharmaka bei Heimbewohnern und Mietern in ambulant betreuten Wohngemeinschaften mit fortgeschrittener Demenz“) ins Leben gerufen. Die Bayerische Staatsregierung fördert das Projekt mit rund 260.000 Euro.

Mehr dazu unter: www.decide.bayern

Leistungen zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und Familien

Im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe steht Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern bei individuellen und familienbezogenen Problemen ein breites Angebot an Information, Beratung und Unterstützung zur Verfügung, auch im Zusammenhang mit Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten oder psychisch erkrankten Eltern. Unter den zum Stichtag 31.12.2019 laufenden ca. 73.000 Maßnahmen (Hilfen/Beratungen) waren in mehr als 10.000 Fällen Entwicklungsauffälligkeiten oder seelische Probleme der Hauptgrund für die Hilfestellung, in mehr als 9.000 Fällen Auffälligkeiten des Sozialverhaltens und in knapp 6.000 Fällen Belastungen der jungen Menschen durch Problemlagen der Eltern.

Autismus-Strategie-Bayern

Die Staatsregierung wurde mit Beschluss des Landtags vom 26. Juni 2018 aufgefordert, bis Mitte 2022 eine im Rahmen der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel umsetzbare Bayerische Autismusstrategie für das gesamte Autismusspektrum unter Berücksichtigung der verschiedenen Lebenslagen zu entwickeln. Um dem Auftrag des Landtags zu entsprechen, hat das Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales im Zeitraum von 2018 bis 2021 das Projekt „Entwicklung einer Autismus-Strategie-Bayern“ der Hochschule München gefördert. In einem breit angelegten Beteiligungsprozess wurden Empfehlungen, die zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Autismus-Spektrum-Störung (ASS) und ihrer Angehörigen beitragen sollen, erarbeitet. Auf der Grundlage der Projektergebnisse wird die Staatsregierung eine „Autismusstrategie für Bayern“ entwickeln, um die Lebensbedingungen für Menschen mit ASS in Bayern weiter zu verbessern.

6.2 Inanspruchnahme der Leistungen

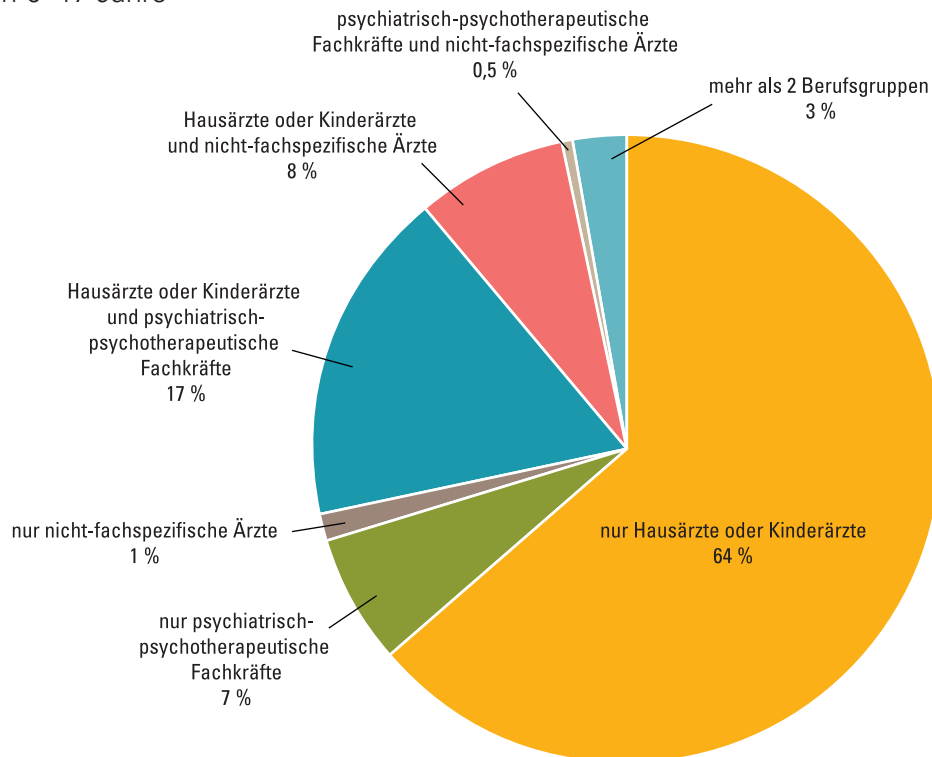
Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen

In Bayern lag im Jahr 2020 bei etwas mehr als 2,8 Mio. gesetzlich versicherten Patienten aller Altersgruppen eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor. In der Altersgruppe der unter 18-Jährigen waren es insgesamt etwas mehr als 278.000 Kinder und Jugendliche, darunter gut 237.000 Kinder unter 15 Jahren. In der Altersgruppe der 18- bis 65-Jährigen lag bei etwa 1,6 Mio. eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor und in den Altersgruppen ab 65 Jahren beziffert sich die Anzahl auf etwas mehr als 934.000.

In zahlreichen Fällen sind Hausärzte bzw. Kinder- und Jugendärzte die erste Anlaufstelle für Eltern, wenn sie sich Sorgen um ihr Kind machen. Ein Blick auf die abgerechneten Diagnosen zu psychischen Störungen zeigt die große Bedeutung dieser „familiennahen“ Ärzte: Rund 64 % der Fälle werden in einer pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis diagnostiziert bzw. behandelt.

Diagnosestellung nach Ärztegruppe differenziert, Bayern 2020

Altersgruppen 0–17 Jahre



Datenquelle KVB

Allerdings gilt es zu beachten, dass die Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklungsstörungen) zu den am häufigsten in einer kinderärztlichen Praxis gestellten Diagnosen gehören.²⁴¹ Beim Vergleich der beteiligten Fachgruppen an der Diagnosestellung und Behandlung für ausgewählte ambulante Leistungen zeigt sich: Wenn ein Patient Diagnosen von mehreren Fachgruppen erhält, steigt die Inanspruchnahme der ambulanten therapeutischen Angebote innerhalb des gleichen Jahres. Möglicherweise steht dies in Zusammenhang mit der Komplexität der Erkrankung.

²⁴¹ Siehe StMGP: Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München. 2016.

Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Leistungen, Bayern, 2020

Patienten bis 18 Jahre

		Diagnosestellung/Behandlung durch eine Fachkraft*		Diagnosestellung/Behandlung durch mehrere Fachgruppen*	
Diagnose	N	Arzneimitteltherapie (N05, N06) ²⁴² und/oder Psychotherapie	ohne Therapie	Arzneimitteltherapie (N05, N06) und/oder Psychotherapie	ohne Therapie
Depressive Episode/ rezidivierende depressive Störung (F32/F33)	8.828	60 %	40 %	82 %	18 %
Phobische Störungen/ andere Angststörungen (F40/F41)	10.843	42 %	58 %	68 %	32 %
Essstörungen (F50)	3.697	22 %	78 %	60 %	40 %
Hyperkinetische Störungen (F90)	56.502	40 %	60 %	81 %	19 %

Datenquelle: KVB; die Prozentangaben der Tabelle erfolgen diagnosebezogen (Zeilenprozent); d. h. Patientinnen oder Patienten können mehrere Diagnosen aufweisen und daher in mehreren Zeilen berücksichtigt werden. *Hierzu zählen Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Nervenärzte, Neurologen und (Kinder- und Jugend-)Psychiater

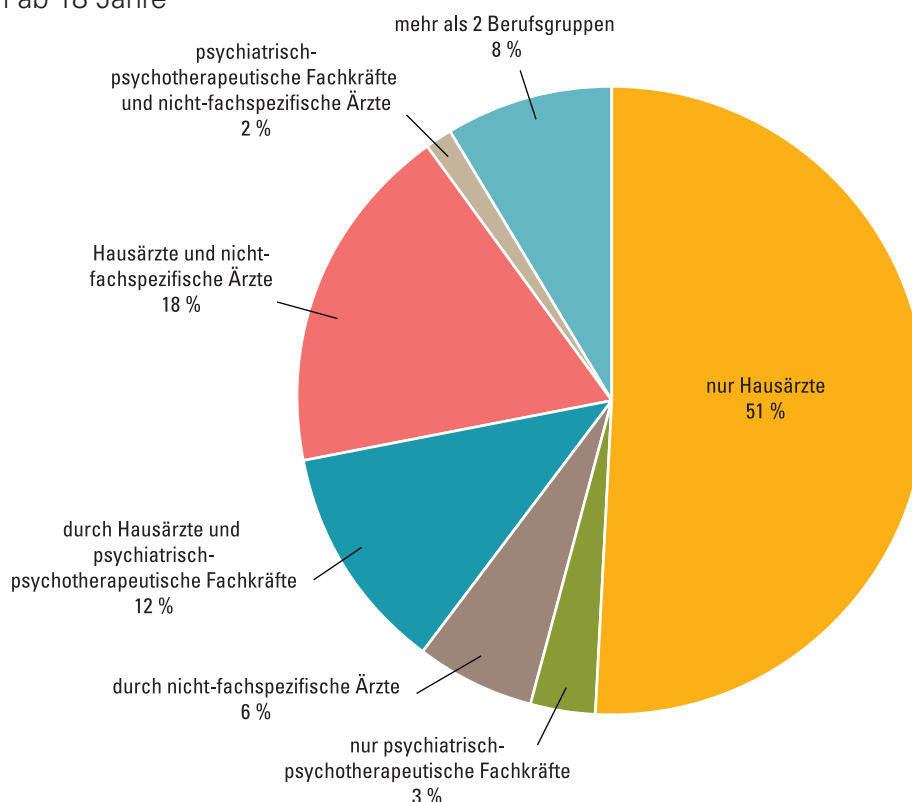
Bei den Essstörungen (F50) spielen bei der höheren Behandlungsquote im Falle der Diagnosestellung durch mehrere Fachgruppen vorrangig psychotherapeutische Verfahren bzw. die Kombinationen von Psychotherapie und medikamentöser Therapie eine Rolle, bei den hyperkinetischen Störungen (F90) dagegen medikamentöse Behandlungen sowie wiederum Kombinationsbehandlungen von Psychotherapie und

medikamentösen Therapien. Bei der Interpretation der Daten ist allerdings zu beachten, dass nicht-antragspflichtige Leistungen, wie Ergotherapie, nicht berücksichtigt werden und es sich hier um einen begrenzten Zeitraum handelt. So können z. B. Patienten bereits im Vorjahr eine Psychotherapie usw. erhalten haben, die hier nicht mitgezählt wird.

²⁴² Die Kennzeichnungen N05 bzw. N06 beziehen sich auf die „Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikation“, eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe.

Diagnosestellung nach Ärzteguppe differenziert, Bayern 2020

Altersgruppen ab 18 Jahre



Datenquelle KVB

Bei den Erwachsenen sind ebenfalls oftmals die Hausärzte die ersten Ansprechpartner. In Bayern wurde im Jahr 2020 die Hälfte der ambulanten Patienten mit einer psychischen Störung ausschließlich von Hausärzten diagnostiziert bzw. behandelt. Bei etwa 18 % erfolgte die Diagnosestellung sowohl durch Hausärzte als auch durch nicht fachspezifische Ärzte, bei rund 12 % durch

Hausärzte und Fachärzte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.

Wie bei den Kindern und Jugendlichen zeigt sich auch bei den Erwachsenen: Wenn mehrere Fachgruppen an der Diagnosestellung beteiligt sind, steigt die ambulante Therapiequote innerhalb des erfassten Jahres.

Inanspruchnahme ausgewählter ambulanter Leistungen, Bayern, 2020

Patienten ab 18 Jahren

		Diagnosestellung/Behandlung durch eine Fachkraft*		Diagnosestellung/Behandlung durch mehrere Fachgruppen*	
Diagnose	N	Arzneimitteltherapie (N05, N06) und/oder Psychotherapie	ohne Therapie	Arzneimitteltherapie (N05, N06) und/oder Psychotherapie	ohne Therapie
Demenz bei Alzheimer-Krankheit (F00)	49.787	79 %	21 %	92 %	8 %

Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29)	85.656	67 %	33 %	90 %	10 %
Depressive Episode/ rezidivierende depressive Störung (F32/F33)	1.144.844	48 %	52 %	82 %	18 %
Phobische Störungen/andere Angststörungen (F40/F41)	449.928	55 %	45 %	82 %	18 %
Essstörungen (F50)	35.628	51 %	49 %	76 %	24 %

Datenquelle: KVB; die Prozentangaben der Tabelle erfolgen diagnosebezogen (Zeilenprozent); d. h. Patientinnen oder Patienten können mehrere Diagnosen aufweisen und daher in mehreren Zeilen berücksichtigt werden; weitere Maßnahmen, wie das hausärztliche Gespräch oder die psychosomatische Grundversorgung wurden dabei nicht berücksichtigt. *Hierzu zählen Hausärzte, Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Nervenärzte, Neurologen und (Kinder- und Jugend-) Psychiater.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass Patienten ohne spezifische Therapie möglicherweise andere primäre oder aber auch sekundäre ambulante Maßnahmen (z. B. das hausärztliche Gespräch oder die psychosomatische Grundversorgung), als unterstützende und stabilisierende Angebote in Anspruch nehmen. Im Rahmen einer zeitgemäßen Versorgung kommen bei vielen psychischen Störungen – etwa Demenzen – neben Arzneimitteltherapie und/oder Psychotherapie weitere Therapieansätze (z. B. Ergotherapie) zur Anwendung.²⁴³ Auch stationäre Maßnahmen könnten sich an eine Diagnosestellung im ambulanten Bereich anschließen. Derartige Konstellationen können nur durch spezielle Fallanalysen erkannt und abgebildet werden, bei denen eine Vielzahl unterschiedlicher Daten vorhanden sein müsste. Erst mit einer solchen weitergehenden Fallanalyse könnte die Versorgungssituation adäquat und umfänglich eingeschätzt werden.

Die Daten werfen die Frage auf, inwiefern möglicherweise ein Teil der Menschen mit psychischen Störungen selbst dann nicht oder nicht adäquat versorgt wird, wenn eine einschlägige Diagnose gestellt ist. Dies lässt sich aus den Versorgungsdaten selbst jedoch nicht beantworten. Das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts sowie Wartezeitenstudien belegen allerdings „unmet needs“ (unerfüllten medizinischen Bedarf) in der Versorgung von psychischen Störungen.²⁴⁴ Im Rahmen der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts ist geplant, das Thema „ungedeckter Behandlungsbedarf“ in aktuelle und zukünftige Studien zu integrieren um diese Datenlücke zu schließen. Weitere Informationen zur Unter- und Fehlversorgung finden sich im Kapitel 6.4.

Insgesamt erhielten 2020 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge 7,5 % der Patienten (alle Altersgruppen) mit einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Behandlung,

²⁴³ DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie Demenzen. Springer Verlag. Berlin. 2017.

²⁴⁴ Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017.

35,2 % wurden medikamentös therapiert.²⁴⁵ Im Jahresvergleich zeichnet sich anteilig ein leichter Rückgang der psychotherapeutischen Behandlung (2011: 7,8 %) wie auch der medikamentösen Therapie ab (2011: 39,8 %). Dies betrifft jedoch nicht die absoluten Zahlen abgerechneter Behandlungen. Der Rückgang der anteiligen psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen erklärt sich zum einen aufgrund der dynamischen Steigerung der Patientenzahl mit einer F-Diagnose im Versorgungssystem (siehe Kapitel 3.2) und zum anderen aufgrund der Aufnahme neuer Leistungen in das Vergütungssystem der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM)). So kamen 2013 das hausärztliche Gespräch und 2017 die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die Akuttherapie hinzu. Neben der Psychosomatischen Grundversorgung, die bereits seit längerer Zeit besteht, sind dies weitere niedrigschwellige Versorgungsangebote in der Versorgung psychischer Störungen.

Inanspruchnahme: (Akut-)Krankenhäuser

Im Jahr 2019 gab es insgesamt 176.815 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-) Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Das waren 5,8 % aller bayerischen Krankenhausfälle. In Bayern wird der Großteil der Fälle, die eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose aufweisen, in Fachabteilungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt. Im Jahr 2019 waren das 100.390 vollstationäre Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,3 Tagen in der Allgemeinen Psychiatrie; 34.330 Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 44,6 Tagen in der Psychosomatik/Psychotherapie und 6.887 Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer

von 36,1 Tagen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.²⁴⁶ Damit lag der Nutzungsgrad der Betten in der Allgemeinen Psychiatrie bei 99,9 %, in der Psychosomatik/Psychotherapie bei 93,4 % und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei 92,4 %.²⁴⁷ Des Weiteren wurden im Jahr 2019 insgesamt 21.224 Fälle teilstationär in Fachabteilungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt, darunter 13.913 Fälle in der Allgemeinen Psychiatrie, 2.871 Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und 4.440 Fälle in der Psychosomatik/Psychotherapie. Insgesamt ist bei diesen Zahlen zu beachten, dass im Unterschied zu den vorgestellten Zahlen der ambulanten Versorgung in Krankenhausstatistiken aufsummierte Fälle und nicht Personen gezählt werden. Die Anzahl der tatsächlich stationär behandelten Personen liegt daher niedriger als die hier dargestellten Fallzählungen.

Etwa 30 % der Fälle werden in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt. Dabei sind nahezu alle weiteren Krankenhausabteilungen beteiligt, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Unter den anderen Fachabteilungen hat im Jahr 2019 mit rund 19 % die Innere Medizin am meisten Fälle behandelt, gefolgt von der Neurologie (3 %) und der Kinderheilkunde (3 %).²⁴⁸ Wichtige Gründe dafür sind z. B. Entgiftungsbehandlungen bei Suchtkranken, die häufig in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen durchgeführt werden.

Hinsichtlich der Beanspruchung von therapeutischen Leistungen in den Krankenhäusern in Zusammenhang mit psychischen Störungen ist zu berücksichtigen, dass bei vielen Patienten, die wegen einer somatischen Diagnose behandelt werden, auch eine psychische Störung als Nebendiagnose vorliegt. Dabei kann es entweder um psychische Begleit- und Folgesymptome

²⁴⁵ Untersucht wurde, ob ein Medikament aus der Gruppe N05 (Psycholeptika) und aus der Gruppe N06 (Psychoanaleptika) verordnet wurde. Aus den Daten geht nicht eindeutig hervor, wie viele Patienten eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung erhalten.

²⁴⁶ Datenquelle: LfStat, Angaben beziehen sich auf alle Entlassungen aus der vollstationären Behandlung (ohne Sterbefälle).

²⁴⁷ Datenquelle: LfStat.

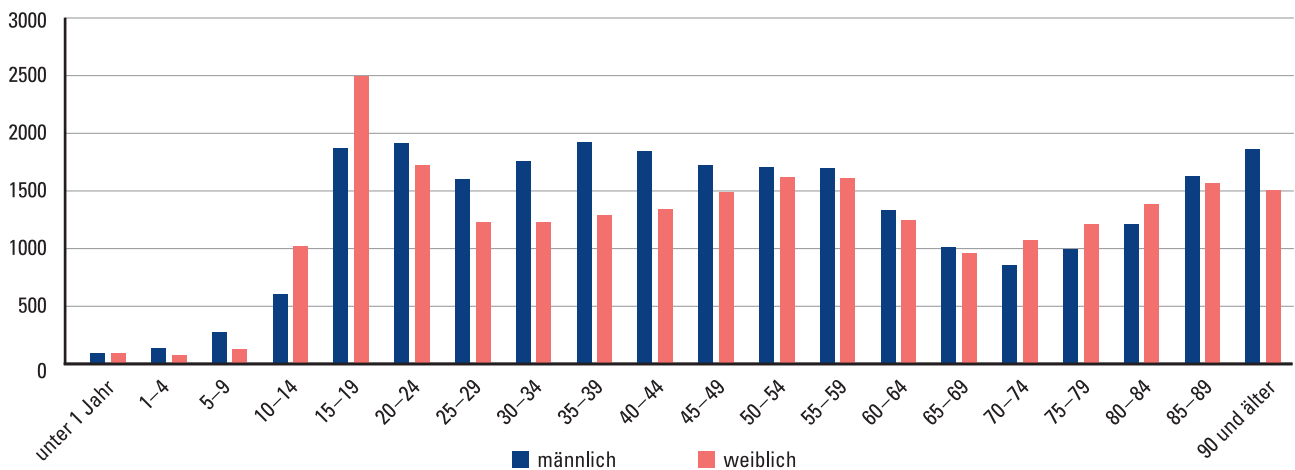
²⁴⁸ Datenquelle: LfStat, Berechnungen LGL.

körperlicher Erkrankungen gehen, z. B. Depressionen bei Krebserkrankungen, oder um unabhängig bestehende psychische Störungen, die bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde im Jahr 2019 in Bayern bei etwas mehr als einer halben Mio. stationären Behandlungsfällen eine psychische Störung als Nebendiagnose kodiert. Darunter dominieren insbesondere die Diagnosen nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und depressive Episode (F32).

Heranwachsende machen nur einen kleinen Teil der stationären Fälle aus (siehe Graphik). Im Jahr 2019 waren es in Bayern 20.217 Behandlungsfälle im Alter unter 20 Jahren (darunter 6.500 Kinder unter 15 Jahren). Bei den jungen Frauen fallen dabei viele Behandlungen infolge von Affekt- und Angsterkrankungen auf. Bei den Männern im mittleren Erwachsenenalter spielen Behandlungen infolge von Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle.

Vollstationäre Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen, Bayern, 2019

Fälle je 100.000 Einwohner

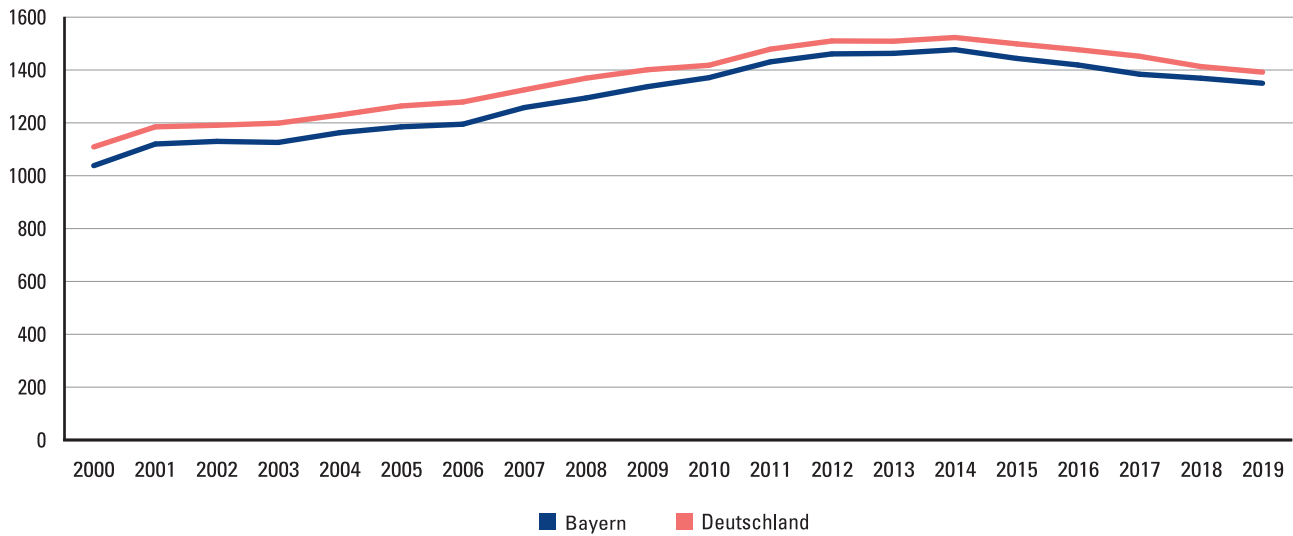


Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

Die Zahl der vollstationären Behandlungen infolge von psychischen Erkrankungen ist zwischen 2000 und 2019 sowohl in Bayern als auch im Bundesdurchschnitt zunächst stark angestiegen und dann leicht zurückgegangen. Für Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich über alle Altersgruppen hinweg für den genannten Zeitraum ein Anstieg der bevölkerungsbezo-

genen Rate um 30 %. Bei einer altersstandardisierten Betrachtung der Rate über die Zeit fällt dieser Anstieg etwas kleiner aus (26 %), was bedeutet, dass die steigende Anzahl älterer Menschen dabei eine Rolle spielt.

Vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Bayern und Deutschland im Vergleich, Fälle je 100.000 Einwohner, alle Altersgruppen

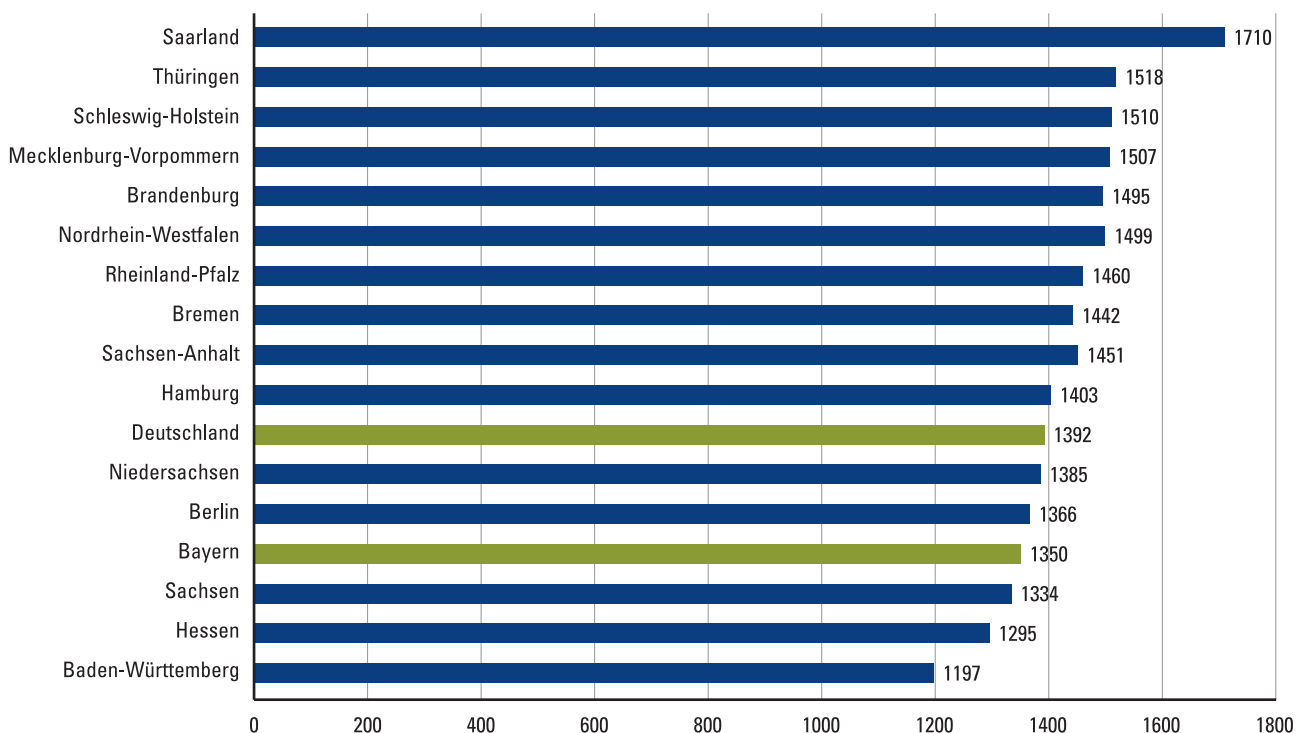


Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Bayern lag dabei in den letzten Jahren stets etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Das könnte sowohl auf eine geringere Zahl schwerer Krankheitsverläufe (aufgrund des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Erkrankungshäufigkeit) als auch auf die vergleichsweise bes

sere ambulante Versorgungsstruktur in Bayern zurückzuführen sein. Betrachtet man die bevölkerungsbezogene Rate der Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen unter den Heranwachsenden (bis 20 Jahre), so zeigt sich ein ähnliches Bild.

Vollstationäre Behandlungen infolge psychischer Störungen in Krankenhäusern, 2019 Fälle je 100.000 Einwohner, alle Altersgruppen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Die durchschnittliche Verweildauer bayerischer Patienten, die im Jahr 2019 wegen psychischer Verhaltensstörungen (F00–F99) vollstationär behandelt wurden, ist etwas höher als im Bundesdurchschnitt (Bayern: 24,0 Tage, Deutschland: 23,0 Tage). Dabei weisen die Schizophrenie, schizotyp und wahnhaftige Störungen (F20–F29) mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 39,4 Tagen den höchsten Wert auf, gefolgt von den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50–F59) mit 38,8 Tagen und den Affektiven Störungen (F30–39) mit 38,1 Tagen.²⁴⁹

Der Krankenhausstatistik zufolge wurden 2019 die meisten Patienten nach ihrer Behandlung nach Hause entlassen und nur ein geringer Anteil in weiterführende (teil-)stationäre Behandlungsangebote. Aus den kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern wurden etwa 0,4 % der Fälle in teilstationäre Behandlungsangebote entlassen, 0,04 % in stationäre Rehabilitationseinrichtungen und 2,6 % der Fälle wurden in andere Krankenhäuser verlegt. Aus den allgemein-psychiatrischen Fachabteilungen wurden 0,7 % der Fälle in teilstationäre Behandlungsangebote entlassen, weitere 1,4 % in stationäre Rehabilitationseinrichtungen, 7,9 % in Pflegeheime und 4,9 % der Fälle wurden in andere Krankenhäuser verlegt. Aus den psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen wurden etwa 0,3 % der entlassenen Behandlungsfälle in teilstationäre Behandlungsangebote entlassen und 1,5 % der Fälle wurden in andere Krankenhäuser verlegt.²⁵⁰

Inanspruchnahme: Medizinische und berufliche Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung als häufigster Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weist 2020 insgesamt 19.917 bayerische Reha-Fälle infolge einer psychischen Erkrankung aus, darunter 125 im Rahmen der speziellen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)²⁵¹. Gegenüber

dem Vorjahr liegt die Inanspruchnahme um 4.000 Behandlungsfälle niedriger, was sich auf die Veränderungen der psychosozialen Versorgungsstruktur infolge der Corona-Pandemie zurückführen lässt (siehe Kapitel 4.3). Die Inanspruchnahme ist zwischen 2010 und 2019 um 9 % gestiegen.

In etwa der Hälfte der Behandlungsfälle handelt es sich um Affektive Störungen (F30–39), gefolgt von Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (F10–19) und Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–48). Heranwachsende unter 20 Jahren machen nur einen sehr kleinen Anteil unter den medizinischen Reha-Leistungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen aus: Inklusiv der Leistungen der Kinderrehabilitation beläuft sich die Anzahl der im Jahr 2020 abgeschlossenen Leistungen auf etwa 1.700.

Insgesamt ist der Frauen- und Männeranteil hier in etwa ausgeglichen. Allerdings gibt es bei einzelnen Leistungsarten deutliche Geschlechtsunterschiede. So nehmen Männer Entwöhnungsbehandlungen dreimal so häufig in Anspruch wie Frauen. Während in den letzten Jahren die Entwöhnungsbehandlungen aufgrund von Medikamentenabhängigkeit (2010: 52 Fälle; 2020: 62 Fälle) und Drogenabhängigkeit (2010: 1.065 Fälle; 2020: 1.438 Fälle) tendenziell zugenommen haben, zeigt sich bezüglich der Alkoholabhängigkeit eine deutliche Abnahme der in Anspruch genommenen Leistungen (2010: 4.536 Fälle; 2020: 3.286 Fälle).

Daten zu den stationären Reha-Leistungen – unabhängig vom Leistungsträger – sind über die Krankenhausstatistik verfügbar (für Kliniken mit mehr als 100 Betten). Danach wurden 2019 28.278 Fälle aufgrund einer psychischen Störung bei Patienten mit Wohnsitz in Bayern behandelt, darunter 2.526 Fälle unter 20 Jahren.²⁵² Beim Vergleich der Geschlechter zeigt sich, dass sich Frauen deutlich

²⁴⁹ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

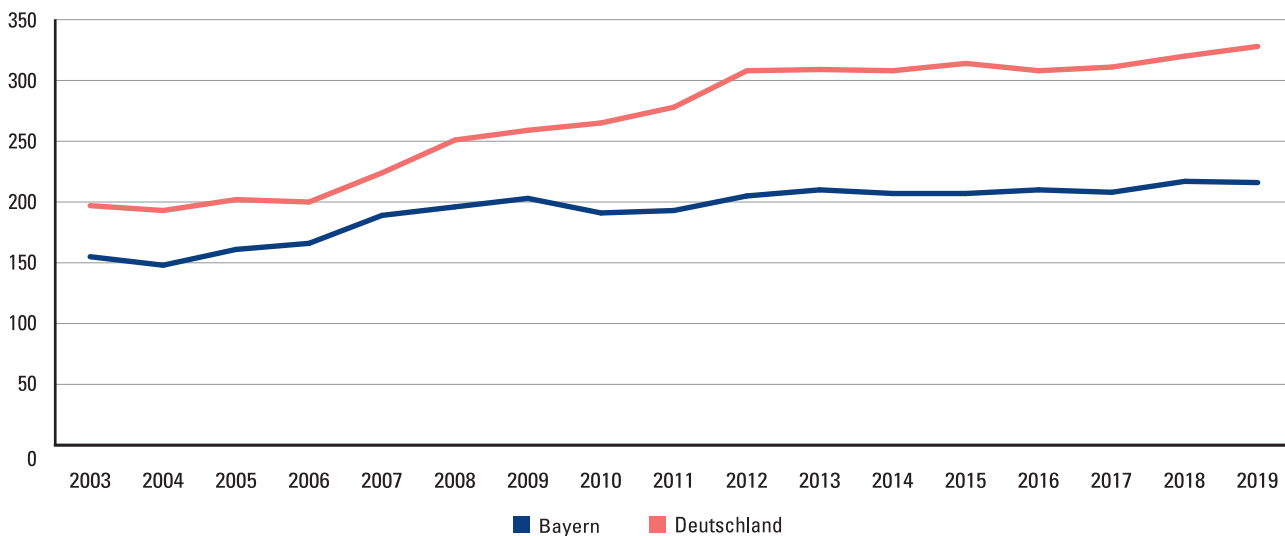
²⁵⁰ Entlassungen aus kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen in Pflegeheime erfolgten eher selten (0,1 % der Fälle). Entlassungen aus psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen in stationäre Rehabilitationseinrichtungen erfolgten nur bei 0,04 % der Fälle.

²⁵¹ Die Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ist ein integriertes medizinisch-berufliches Versorgungsangebot, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen.

²⁵² Dies bezieht sich auf Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten.

Stationäre Fälle in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten aufgrund einer psychischen Störung, Bayern und Deutschland im Vergleich

Fälle je 100.000 Einwohner, alle Altersgruppen



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

häufiger in einer Reha-Klinik behandeln lassen als Männer (weibliche Behandlungsfälle: 17.554; männliche Behandlungsfälle: 10.724). Mit weitem Abstand dominieren hierbei die Affektiven Störungen (F30–39) sowie die Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–49). Bei den Männern stehen wiederum die alkoholbedingten Störungen im Vordergrund.

Die stationären Reha-Behandlungen von Patienten mit Wohnsitz in Bayern haben zwischen 2003 und 2019 deutlich zugenommen, bevölkerungsbezogen ist die Rate um 40 % angestiegen. Im Bundesdurchschnitt ist der Anstieg noch größer und liegt bei 66 %.

Wie bereits im Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern von 2017²⁵³, weist Bayern beim Vergleich der stationären Fälle aufgrund einer psychischen Störung in Vorsorge- und Reha-Einrichtungen mit mehr als 100 Betten mit 216 Fällen je 100.000 Einwohner (Stand 2019) eine der niedrigsten Reha-Raten unter den Bundesländern auf.²⁵⁴

6.3 Psychopharmakotherapie

Je nach Art und Schweregrad der psychischen Erkrankung erfolgt die Therapie durch Psychotherapie sowie durch Medikamente (Psychopharmaka). In der Psychotherapie stehen für gesetzlich Versicherte vier sog. „Richtlinienverfahren“ zur Verfügung: die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die psychoanalytische Psychotherapie sowie die systemische Therapie. Diese Therapieverfahren sind für unterschiedliche Störungsbilder unterschiedlich gut geeignet. Die beiden wichtigsten Gruppen bei der medikamentösen Therapie sind die Psycholeptika (N05) und die Psychoanaleptika (N06).²⁵⁵ Psycholeptika (N05) werden eingesetzt, um das Zentralnervensystem zu dämpfen, dazu gehören Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Narkosemittel und Neuroleptika. Im Gegensatz dazu sollen Psychoanaleptika (N06) das Zentralnervensystem anregen, hierzu gehören vor allem die bei Depressionen eingesetzten Antidepressiva.

²⁵³ Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017.

²⁵⁴ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

²⁵⁵ Die Kennzeichnungen beziehen sich auf die „Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikation“, eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe.

Für die einzelnen psychischen Erkrankungen werden bestimmte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten empfohlen und in sogenannten Versorgungsleitlinien beschrieben.²⁵⁶ Die Leitlinie für Unipolare Depression bei Erwachsenen beispielsweise differenziert im Hinblick auf empfohlene Behandlungsmethoden insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und des Verlaufs der depressiven Erkrankung: So kann bei leichten depressiven Erkrankungen zunächst eine aktiv abwartende Begleitung ohne depressionsspezifische Behandlung erfolgen, auch Gespräche im Sinne einer psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Grundversorgung sind angebracht. Hingegen wird bei einer mittelgradigen Depression eine medikamentöse oder eine Psychotherapie empfohlen; eine Kombinationsbehandlung wird bei einer schweren oder chronischen Depression empfohlen.²⁵⁷ Eine Auswertung von Abrechnungsdaten von unterschiedlichen Krankenkassen hat allerdings gezeigt, dass deutschlandweit im Jahr 2011 nur etwa die Hälfte der Menschen mit behandlungsbedürftigen Depressionen leitliniengerecht behandelt wurde. Menschen mit einer schweren Depressionsdiagnose werden sogar nur zu einem Viertel leitliniengerecht behandelt (26 %). Der Studie zufolge erhalten die meisten Menschen mit einer schweren Depression entweder keine Behandlung oder eine medikamentöse Monotherapie. In Bayern ist der Anteil der leitliniengerecht versorgten Menschen mit einer schweren Depression noch geringer und liegt bei ca. 22 %.²⁵⁸

Wie bereits erwähnt, erhielten 2020 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge 7,5 % der Patienten (alle Altersgruppen) mit einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Behandlung, 35,2 % wurden medikamentös therapiert.²⁵⁹ Hinsichtlich der ambulanten Behandlung von Patienten mit Depression (F32/ F33) liegen für Bayern regionale Daten vor. Wie in Kapitel 6.1 dargelegt, zeigen sich dabei regionale Unterschiede. So ist z. B. in Niederbayern mit einem geringeren Versorgungsniveau an Psychotherapeuten der Anteil an verschriebenen Antidepressiva (medikamentöse Therapie aus der Gruppe N06A) höher als in Oberbayern. Das heißt, je nach Versorgungsniveau an Psychotherapeuten ist der Anteil an verschriebenen Antidepressiva höher – beziehungsweise der Anteil abgerechneter psychotherapeutischer Behandlungen oder Kombinationsbehandlungen niedriger.

Zusammengenommen belegten die Gruppen Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06) im Jahr 2020 mit bundesweit etwa 1,8 Mrd. Euro Bruttoumsatz und mit einem Verbrauch von 2,3 Mrd. definierten Tagesdosen (DDD)²⁶⁰ einen der vorderen Plätze im Fertigarzneimittelbereich. Sie zählen somit zu den sehr häufig verordneten Arzneimitteln.²⁶¹ In Bayern entfielen rund 268 Mio. Euro und ca. 368 Mio. DDD auf die beiden Psychopharmakagruppen. Insgesamt ist die Verordnung von Psychopharmaka in den letzten Jahren in Bayern angestiegen. Dies gilt jedoch nur für die Gruppe der Psychoanaleptika (N06). Die Verordnung der Psycholeptika (N05) ging in den letzten Jahren zurück.²⁶²

²⁵⁶ DGPPN: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. www.dgppn.de/leitlinien-publikationen/leitlinien.html [Abruf am 11.2.21].

²⁵⁷ DGPPN et al. (Hrsg.): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Kurzfassung, 2. Auflage, Version 1, 2017.

²⁵⁸ Melchior, H., Schulz, H., Härter, M.: Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh 2014. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf [Abruf am 11.2.21].

²⁵⁹ Untersucht wurde, ob ein Medikament aus der Gruppe N05 (Psycholeptika) und aus der Gruppe N06 (Psychoanaleptika) verordnet wurde. Aus den Daten geht nicht eindeutig hervor, wie viele Patienten eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung erhalten.

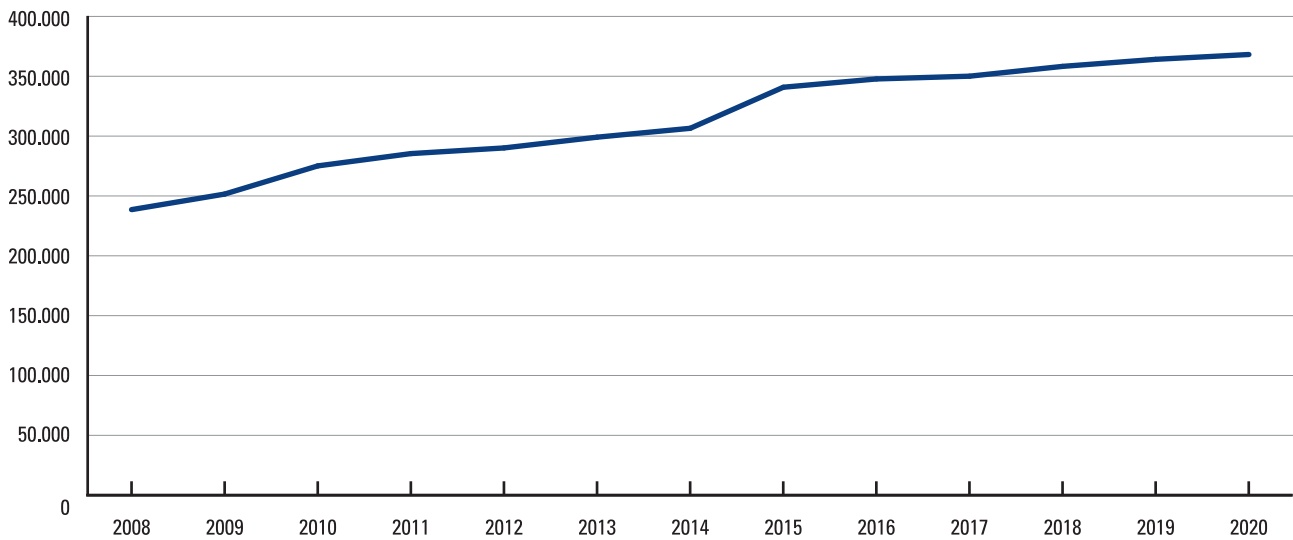
²⁶⁰ Eine definierte Tagesdosis (DDD) ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

²⁶¹ Datenquelle: GamSi. Seit 2015 wird der Verbrauch von Psychoanaleptika (N06) und Psycholeptika (N05) getrennt ausgewiesen.

²⁶² Siehe dazu auch den Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. Schwerpunkt Depression. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017.

Verordnung von Psychopharmaka (N05 und N06) in Bayern

Definierte Tagesdosen (DDD) in Tausend



Datenquelle: GamSi

6.4 Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung

Nicht alle Betroffenen werden unter Umständen (zeitnah) behandelt oder mit entsprechenden Hilfeangeboten versorgt. Die Gründe dafür können sehr unterschiedlich sein. Neben der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands und der Motivation zur Behandlung spielt dabei auch die Kenntnis über verfügbare Gesundheitsdienstleistungen eine maßgebliche Rolle. Auch die Angst vor Stigmatisierung, das Fehlen passender Angebote bzw. deren zeitnaher Verfügbarkeit oder das Nicht-Erkennen seitens der Behandelnden kann zur Unter- oder Fehlversorgung der Betroffenen führen.

Die Ergebnisse der BELLA-Studie weisen darauf hin, dass die Hälfte der Heranwachsenden, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, zeitnah keine psychologische, psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in Anspruch nimmt.²⁶³ Auch die Mehrzahl der erwachsenen Personen (68 %), bei denen in der DEGS1-MH-Studie in den letzten 12 Monaten vor der Befragung eine psychische Störung festgestellt wurde, gab an, bisher gar nicht psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelt worden zu sein. Dabei nimmt mit der Zahl der in der Studie festgestellten F-Diagnosen, die eine Person hat, die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu: Unter den Befragten mit nur einer Diagnose berichten 11 % von einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem wegen psychischer Probleme, unter den Befragten mit mindestens vier Diagnosen waren es bis zu 40 %.²⁶⁴ Dies lässt darauf schließen, dass es in Deutschland, wie auch in anderen Ländern, noch immer Verbesserungsbedarf vor allem

²⁶³ In der BELLA-Studie gaben 5,5 % der befragten Eltern an, dass bei ihrem Kind eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde. Nur die Hälfte davon befand sich in psychologischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung; siehe Hintzpeter, B. et al.: Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kindheit und Entwicklung* 2014, 23(4): 229–238.

²⁶⁴ In DEGS1-MH wurde jede Art von berichtetem Kontakt gezählt, ungeachtet der Art des Versorgers (z. B. Arztgruppe, Beratungsstelle) sowie ungeachtet der Art, des Umfangs oder der Adäquatheit der vorgenommenen Diagnostik, Beratung und Behandlung; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87.

bezüglich der Behandlung von psychischen Störungen im Frühstadium gibt.²⁶⁵

Hinsichtlich der Inanspruchnahme zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen: Insbesondere bei den Abhängigkeitserkrankungen und bei der Essstörung „bulimia nervosa“ ist die Behandlungsrate (innerhalb eines Jahres) deutlich geringer; bei spezifischen Angst- und Panikstörungen²⁶⁶ und bei den psychotischen Erkrankungen ist die Rate am höchsten. Bei Personen, die nicht im ersten Jahr nach Auftreten der Symptome Kontakt zum Gesundheitssystem aufbauen, liegt die Zeitspanne zwischen Krankheitsbeginn (erstes Auftreten von Symptomen) und erstem Kontakt mit dem Gesundheitssystem bei den Angsterkrankungen bei sechs Jahren. Bei den affektiven Erkrankungen dauert dies im Durchschnitt sogar sieben Jahre.²⁶⁷

Besondere Herausforderungen gehen mit der Versorgung psychischer Störungen im Alter einher.²⁶⁸ Wie oben bereits ausgeführt, sind etwa ein Drittel der gesetzlich versicherten Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen 65 Jahre oder älter. Allerdings haben die höheren Altersgruppen einen stark unterproportionalen Anteil an den Psychotherapiepatienten. Laut dem Barmer Arztreport 2020 zeigt sich eine deutlich sinkende Inanspruchnahme von Psychotherapien in den Altersgruppen ab 60 Jahren. Obwohl sich Psychotherapie-

verfahren bei älteren Patientengruppen bewährt haben, sind diese Patientengruppen weiterhin deutlich unterversorgt. Hierzu tragen u. a. auch falsche Annahmen über die Therapierbarkeit psychischer Störungen im Alter bei.

Laut der Bundespsychotherapeutenkammer lag, auf der Grundlage einer Befragung von Leistungserbringern, die durchschnittliche Wartezeit für einen ersten Termin bei einem Psychotherapeuten in Bayern 2018 bei fünf Wochen (Deutschland: 5,7 Wochen). Etwa 70 % erhielten innerhalb der ersten vier Wochen ein erstes Gespräch zur Diagnostik und Beratung. Für einen Termin für eine Richtlinienpsychotherapie mussten Patienten in Bayern im Durchschnitt 19 Wochen warten (Deutschland: 19,9 Wochen).²⁶⁹ Die Aussagekraft dieser Befunde ist möglicherweise methodisch bedingt eingeschränkt. Allerdings hebt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2018 die noch immer überdurchschnittlich langen Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie hervor. Obwohl viele Planungsbereiche – u. a. auch die Psychotherapeuten – Versorgungsgrade über 110 % aufweisen, wird über Angebotsmängel und lange, teils mehrmonatige Wartezeiten berichtet.²⁷⁰ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Wartezeit nur eine von vielen weiteren Parametern hinsichtlich der Versorgungsqualität darstellt. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist u. a. auch

²⁶⁵ Demyttenaere, K. et al.: Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Jama* 2004; 291(21): 2581–2590; Patel, V. et al.: Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010; 9(3): 169–176; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1), 77–87.

²⁶⁶ Die Studie von Mack, S. et al (2014) bezieht sich hier auf einzelne Diagnosen, wie die soziale und generalisierte Angststörung sowie Panikstörungen. Siehe Mack, S. et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014; 23(3): 289–303.

²⁶⁷ Mack, S. et al.: Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2014; 23(3): 289–303.

²⁶⁸ Siehe dazu auch den Bericht: Gesundheit im Alter Bericht zur Seniorengesundheit in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2017.

²⁶⁹ Für die BPTK-Studie wurden 9.432 Psychologischen-Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen, befragt. Siehe Bundespsychotherapeutenkammer: Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [Abruf am 28.12.2020].

²⁷⁰ Im Rahmen der SVR-Befragung zur Koordination in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde die subjektive Einschätzung zahlreicher Gesundheitsexperten zu den geschätzten Wartezeiten auf bestimmte Leistungsangebote abgefragt. Siehe SVR: Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 19/3180.

eine gemeindenahere Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, von Bedeutung. Hier gilt es künftig Datenlücken zu schließen.

Zu den durchschnittlichen Wartezeiten bis zur Aufnahme in eine Klinik (z. B. Tageskliniken, psychosomatische Kliniken) liegen für Bayern keine repräsentativen Daten vor.

Bayerische Beratungsstelle für seltene Demenzerkrankungen

Bei den Versorgungsangeboten für Menschen mit Demenz fällt sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich auf, dass diese oftmals Menschen mit seltenen Demenzformen nicht im Blick haben. Insbesondere die eklatanten Persönlichkeitsveränderungen und die besonders herausfordernden Verhaltensweisen der Menschen mit einer seltenen Demenzform stellen sowohl pflegende Angehörige als auch professionell Pflegende und andere Berufsgruppen vor besondere Herausforderungen.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege förderte daher über fünf Jahre (2016–2020) das Modellprojekt „Bayerische Beratungsstelle für seltene Demenzerkrankungen“. Nach der Alzheimer Demenz sind frontotemporale Demenzen (FTD) im jüngeren Lebensalter (d. h. vor dem 65. Lebensjahr) die zweithäufigste Demenzform.²⁷¹ Die Alltagsfähigkeiten sind bei Menschen mit FTD (insbesondere mit der Verhaltensvariante) in noch stärkerem Maße betroffen als bei der Alzheimer-Demenz.²⁷² Ziel des Modellprojekts war der Aufbau der Beratungsstelle seltene Demenzerkrankungen, an die sich sowohl pflegende Angehörige, Angebots-träger zur Unterstützung der häuslichen Versorgung als auch weitere begleitende Einrichtungen wenden können. Dabei erfolgte eine zahlenmäßige und inhaltliche Auswertung der persönlich, telefonisch oder über die Homepage gestellten Anfragen. Durch die Konzentrierung von Beratungsanfragen im Bereich seltener Demenzerkrankungen sollten zudem vorhandenes Wissen gebündelt (z. B. Versorgungsangebote für Menschen mit einer seltenen Demenzerkrankung) und weitergegeben sowie Versorgungsprobleme in Bayern identifiziert werden.

Mehr dazu unter: <https://wohlbedacht.de/bayerische-beratungsstelle-fuer-seltene-demenzerkrankungen-bsd/>

²⁷¹ Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.: Demenz im jüngeren Lebensalter. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. 1. Auflage Berlin 2018: 17.

²⁷² ebd.

6.5 Unterbringungen

Einer besonderen Betrachtung im Zusammenhang mit psychischen Störungen bedarf die zwangsweise Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer anderen geschlossenen Einrichtung. Eine zwangsweise Unterbringung kann unter Umständen auch weitere freiheitsentziehende Maßnahmen, wie Isolation oder Immobilisation (Fixierung), und diagnostische und therapeutische Interventionen gegen den erklärten Willen des der Patientin oder Patienten beinhalten, was unter dem Begriff der „Zwangsbehandlung“ zusammengefasst wird. Solche Zwangsmaßnahmen gelten als Ultima Ratio, weil sie massiv in die Grundrechte der Betroffenen eingreifen und zudem die therapeutischen Beziehungen sehr belasten. Sie haben erhebliche Auswirkungen auf das Selbstwelterleben und können den Genesungsprozess wie auch das zukünftige Hilfesuchverhalten negativ beeinflussen. Sie sind daher nur zu rechtfertigen, wenn z. B. die Gefahr besteht, dass sich ein Mensch infolge einer erheblichen psychischen Störung und aufgehobenen Selbstbestimmungsfähigkeit selbst tötet, sich schwer schadet (Eigengefährdung) oder Dritte gefährdet (Fremdgefährdung). Bei Zwangsbehandlungen muss zudem sichergestellt sein, dass zuvor Versuche unternommen wurden, die Betroffenen unter Einbezug vertrauter Bezugspersonen von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen beziehungsweise die Person zur Aufgabe der Ablehnung zu bewegen. Außerdem sind unabhängige Begutachtung und richterliche Beschlussfassung gesetzlich vorgeschrieben.

Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für Zwangsmaßnahmen sind folgende:

- Unterbringungen und Maßnahmen im Rahmen der rechtlichen Betreuung, wie die zivilrechtliche Unterbringung für Erwachsene nach dem Betreuungsrecht § 1906 BGB (gilt nur bei Eigengefährdung) und die freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen von Kindern nach § 1631b BGB
- Unterbringungen und Maßnahmen nach dem BayPsychKHG
- Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften (vor allem § 63 und 64 StGB und § 93a JGG)

Die Rolle der Polizei bei Unterbringungen nach dem BayPsychKHG

Die Polizei hat vielfache und unterschiedliche Berührungspunkte zum BayPsychKHG. Sie ist in mannigfaltiger Weise mit Personen in psychischen Krisen befasst. Sie sucht suizidgefährdete Vermisste oder wird alarmiert, wenn es zu einem Suizidversuch gekommen ist oder dieser unmittelbar bevorsteht. Die Polizei wird auch von besorgten Angehörigen oder Freunden einer betroffenen Person eingeschaltet, wenn eine psychische Krise eskaliert. Teilweise wenden sich die Betroffenen auch selbst an die Polizei, weil sie sich verfolgt oder bedroht fühlen und Hilfe brauchen. In vielen Fällen rufen auch Menschen die Polizei, weil sich eine Person, offenbar im Zustand einer psychischen Störung, auffällig verhält und die Mitteiler sich belästigt oder bedroht fühlen oder sich einfach nur Sorgen machen. Auch psychiatrische Kliniken wenden sich an die Polizei beispielsweise bei Entweichung einer Patientin oder eines Patienten.

All diese Beispiele können in der Folge die sofortige vorläufige Unterbringung für einen Menschen nach sich ziehen, bei welcher die Polizei beteiligt ist, wenn eine akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung von der betroffenen Person ausgeht und deren Einsichts- und Steuerungsfähigkeit erheblich beeinträchtigt ist und keine mildereren Maßnahmen die Gefahrensituation abwenden können.

Die Polizei arbeitet bei Unterbringungsfällen eng mit den Kreisverwaltungsbehörden zusammen. Nach dem BayPsychKHG obliegt der Vollzug einer Unterbringung der jeweils zuständigen Kreisverwaltungsbehörde. Diese prüft unter Zuhilfenahme ihrer ärztlichen Kompetenz, ob gewichtige Anhaltspunkte für das Vorliegen der Voraussetzungen einer Unterbringung vorliegen. Die Kreisverwaltungsbehörde beantragt daraufhin beim zuständigen Gericht die Unterbringung oder eine vorläufige Unterbringung auf Grund einer einstweiligen Anordnung. Über den Antrag entscheidet das für die Anordnung der Unterbringung zuständige Gericht. In Fällen, in denen eine gerichtliche Entscheidung nicht rechtzeitig ergehen kann, kann die Kreisverwaltungsbehörde die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und vollziehen (Art. 11 BayPsychKHG).

Kann in einem unaufschiebbaren Fall eine behördliche Entscheidung nicht rechtzeitig ergehen, wie beispielsweise außerhalb der täglichen Behördenöffnungszeiten oder am Wochenende, kann auch die Polizei selbst die sofortige vorläufige Unterbringung anordnen und die betroffene Person durch Überstellung an das Klinikpersonal einliefern (Art. 12 BayPsychKHG).

Insbesondere bei diesen Fällen ist die Zusammenarbeit der Polizeidienststellen mit den Krisendiensten von großer Bedeutung. Hier kann schon eine telefonische Kontaktaufnahme Unterstützung bieten und z. B. die betroffene Person überzeugen, sich freiwillig in Behandlung zu begeben. Zudem kann die Beratung durch den Krisendienst für die Polizei zur Abklärung der Notwendigkeit einer sofortigen ärztlichen Behandlung hilfreich sein. Zum Teil kann durch die schnelle Entsendung eines mobilen Teams vor Ort eine geeignete Betreuung der betroffenen Person gewährleistet und deshalb auf eine sofortige vorläufige Unterbringung verzichtet werden. Zunehmend wird von der Polizei auf den Krisendienst verwiesen, wenn Betroffene oder z. B. Angehörige sich Beratung suchend zunächst an die Polizei wenden.

Auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften erfolgten im Jahr 2020 bei den Minderjährigen 4.491 Verfahren im Hinblick auf freiheitsentziehende Unterbringungen nach § 1631b Abs. 1 BGB. Das sind 592 Verfahren mehr als im Vorjahr. Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b Abs. 2 BGB ist die Anzahl der Verfahren im selben Zeitraum um 71 Verfahren angestiegen und beläuft sich auf 1.817 Verfahren. Bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen von Minderjährigen nach § 151 Nr. 7 FamFG i.V.m. BayPsychKHG wurden 2020 insgesamt 779 Verfahren dokumentiert. Das sind 109 mehr als im Vorjahr.²⁷³

Für Erwachsene verzeichnet die Justizstatistik in Bayern auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften (BGB) für 2020 folgende Verfahren:²⁷⁴

Freiheitsentziehende Unterbringungen	Anträge auf Genehmigungen	16.367
	Genehmigungen	14.566
	Anordnungen nach §§ 1908i Abs. 1 Satz 1, 1846 BGB	3.413
Freiheitsentziehende Maßnahmen	Anträge auf Genehmigungen	13.957
	Genehmigungen	11.875
	Anordnungen nach §§ 1908i Abs. 1 Satz 1, 1846 BGB	3.171
Ärztliche Zwangsmaßnahmen	Anträge auf Genehmigungen	865
	Genehmigungen	690
	Anordnungen nach §§ 1908i Abs. 1 Satz 1, 1846 BGB	123

Datenquelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Im Rahmen des anonymisierten Melderegisters gem. Art. 33 BayPsychKHG wurden für das Jahr 2020 auf der Grundlage öffentlich-rechtlicher Vorschriften (BayPsychKHG) 15.866 Fälle sofortiger vorläufiger Unterbringungen gem. Art. 11–13 BayPsychKHG und 2.746 Fälle gerichtlich angeordneter Unterbringungen nach BayPsychKHG gemeldet. Ein Fall wird grundsätzlich erst nach seiner Beendigung erfasst und somit bei jahresübergreifenden Fällen in dem Kalenderjahr, in dem er beendet wurde.

Nach Art. 33 BayPsychKHG werden im anonymisierten Melderegister im Bereich der Zwangsmaßnahmen lediglich die Zwangsbehandlungen gemäß Art. 20 BayPsychKHG und Zwangsfixierungen gemäß Art. 29 Abs. 2 Nr. 2 BayPsychKHG erfasst. Weitere freiheitsbeschränkende Maßnahmen fallen nicht in die Erfassung des Melderegisters. Für das Erhebungsjahr 2020 wurden 368 durchgeführte Zwangsmedikationen, 10 durchgeführte Zwangsernahrungen und 25 durchgeführte sonstige Zwangsbehandlungen (z. B. das Anlegen von Kopfschutzhelmen oder Schutzhandschuhen gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person) gemeldet. Außerdem wurden für 2020 4.207 durchgeführte Fixierungen an allen Gliedmaßen gemeldet.

Auf der Grundlage strafrechtlicher Vorschriften waren in Bayern zum 31.12.2020 2.916 Personen im Maßregelvollzug untergebracht.

Rechtsgrund der Unterbringung	Insgesamt in Bayern:
§ 63 StGB:	1.052
§ 64 StGB:	1.626
§ 126a StPO:	182
Sonstige:	56
Insgesamt:	2.916

Datenquelle: Datenkatalog des ZBFS – Amt für Maßregelvollzug

²⁷³ Datenquelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz

²⁷⁴ Dies umfasst Personen in Krankenhäusern, Heimen und Einrichtungen für behinderte Menschen sowie Maßnahmen, die im Rahmen eines betreuungsgerichtlichen Verfahrens erfolgen als auch durch einen Vorsorgebevollmächtigten erwirkt wurden.

Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in stationären Einrichtungen

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege hat im September 2019 das Forschungsprojekt „Wissenschaftliche Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern“ ins Leben gerufen. Die Studie soll für das Thema sensibilisieren, aber auch die Kenntnis und die Implementierung möglicher Alternativen verbessern.

Mehr dazu unter: www.fem-bayern.de

Krisenkarten und psychiatrische Patientenverfügungen

Vorausverfügungen, wie Krisenkarten oder psychiatrische Patientenverfügungen, dienen der Regelung einer zukünftigen medizinischen Behandlungsnotwendigkeit. Dabei werden in einer Lebensphase der psychischen Gesundheit und voller Selbstbestimmungsfähigkeit bestimmte Therapiemöglichkeiten für den Fall einer psychischen Krise (ohne Selbstbestimmungsmöglichkeiten) aktiv gewünscht (z. B. ein bestimmtes Medikament) oder ausgeschlossen. Aus Studien ist die Wirksamkeit von psychiatrischen Patientenverfügungen bekannt, insbesondere solche, die in Kooperation mit dem Versorgungsnetzwerk erstellt wurden.²⁷⁵ Allerdings müssen diese Instrumente von allen Beteiligten konsequent umgesetzt werden.

Werdenfelser Weg

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unterstützt den vom Amtsgericht Garmisch-Partenkirchen in Zusammenarbeit mit der Betreuungsstelle beim Landratsamt Garmisch-Partenkirchen entwickelten Werdenfelser Weg als verfahrensrechtlichen Ansatz im Rahmen des geltenden Betreuungsrechts, um die Anwendung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen auf ein unumgängliches Minimum zu reduzieren. Er setzt auf die Vermeidung von freiheitsentziehenden Maßnahmen durch intensive Prüfung pflegerischer Alternativen. Zu diesem Zweck werden vom Gericht speziell geschulte Verfahrenspflegerinnen und Verfahrenspfleger mit eigener pflegerischer Berufserfahrung eingesetzt, die in jedem Einzelfall gemeinsam mit allen Beteiligten prüfen, ob durch vorbeugende Maßnahmen wie Niederflurbetten, Schutzkleidung (z. B. Hüftschutzhose) oder Bewegungstraining eine Fixierung der betroffenen Person vermieden werden kann. In Bayern, aber auch in anderen Bundesländern, haben sich dem Werdenfelser Weg inzwischen zahlreiche Gerichte angeschlossen. Zur Weiterentwicklung der Maßnahmen im Rahmen des Werdenfelser Wegs werden regelmäßig von den Initiatoren des Werdenfelser Wegs organisierte Fachtagungen abgehalten.

Mehr dazu unter:
www.werdenfelser-weg-original.de

²⁷⁵ Rittmannsberger, H., Lindner, H.: Erste Erfahrungen mit dem Angebot einer Behandlungsvereinbarung. *Psychiat Prax* 2006. 33(2): 95–98.

7. PSYCHISCHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN UND GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE

7. Psychische Beeinträchtigungen und gesellschaftliche Teilhabe

Das Wichtigste

- In Bayern gibt es rund 207.000 schwerbehinderte Menschen aufgrund einer seelischen Behinderung.
- 2020 wurden in Bayern 9.497 Menschen infolge einer psychischen Erkrankung vorzeitig berentet.
- Psychische Störungen sind teilweise noch immer stark stigmatisiert und führen zu Problemen bei der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben.
- Bayern hält zahlreiche Unterstützungsangebote vor, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Schwerbehindertenstatistik zeigt auf, wie viele Personen in ihrer gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft besonders eingeschränkt sind. Demgemäß waren 2019 rund 1,2 Mio. Menschen bei den bayerischen Versorgungsämtern als schwerbehindert, d.h. mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50, mit gültigem Ausweis amtlich anerkannt. Knapp ein Fünftel davon entfallen auf seelische Behinderungen oder Suchterkrankungen, darunter 33.664 Personen aufgrund von Psychosen (wie Schizophrenie), 83.287 Personen mit Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und 8.557 mit einer Suchterkrankung. Weitere 81.567 Personen erhielten einen Schwerbehindertenausweis aufgrund eines Hirnorganischen Psychosyndroms mit/ohne neurologische Ausfallerscheinungen (häufigste Folge einer Demenzerkrankung). Schwerbehinderungen werden mit zunehmendem Alter häufiger, dies zeigt sich auch bei den Behinderungen mit einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung: Knapp die Hälfte der schwerbehinderten Menschen waren 65 Jahre und älter, nur rund 2.000 Personen waren jünger als 18 Jahre.

Die Zahl der schwerbehinderten Menschen mit einer psychischen Erkrankung (Hauptbeeinträchtigung) ist in Bayern in den letzten Jahren von rund 180.000 Personen im Jahr 2011 um 15 % auf rund 207.000 Personen im Jahr 2019 angewachsen. Dagegen ist die Gesamtzahl der schwerbehinderten Menschen in diesem Zeitraum nur um 6 % gestiegen.

Hinweise zur beeinträchtigten Teilhabe am Arbeitsleben (unabhängig vom Behinderungsgrad) liefert auch die Erwerbsbeteiligung (siehe auch Kapitel 9). Etwa zwei Fünftel der Arbeitslosen mit Leistungsbezug nach SGB II haben in Deutschland eine psychiatrische Diagnose, während der Anteil psychisch erkrankter Menschen in der erwachsenen Gesamtbevölkerung bei rund 28 % liegt. Bei den Erwerbsminderungsrenten haben psychische Störungen gegenüber früheren Jahrzehnten erheblich zugenommen. Lagen sie in den 1990er Jahren noch an dritter Stelle der häufigsten Frühberentungsdiagnosen, sind sie seit Anfang 2001 der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Allein zwischen 2005 und 2015 stieg ihre Zahl deutschlandweit von 47.090 auf 73.586 krankheitsbedingte Frühberentungen. In Bayern erhöhte sich die Zahl im gleichen Zeitraum von 7.300 auf 8.895. Der Anstieg fiel mit 22 % geringer aus als im Bundesdurchschnitt (56 %). In den letzten Jahren stagniert die Zahl der Frühberentungen aufgrund psychischer Störungen allerdings, in Bayern ist sie sogar leicht rückläufig. So verzeichnet die Deutsche Rentenversicherung für das Jahr 2020 in Bayern 9.497 Rentenzugänge infolge einer psychischen Erkrankung. Das entspricht rund 39 % aller Rentenzugänge aufgrund einer verminderten Erwerbsfähigkeit. Innerhalb der krankheitsbedingten Rentenzugänge aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen betrug der Anteil der Frauen rund 60 %.

Psychische Störungen und Stigmatisierung

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Tabuisierung psychischer Störungen und auch die Stigmatisierung der Betroffenen gegenüber der Vergangenheit deutlich abgenommen hat. Dennoch sind psychisch Erkrankte – je nach Störungsbild und Lebensbereich – noch immer Stigmatisierungserfahrungen ausgesetzt. Hinsichtlich der Störungsbilder gilt dies vor allem mit Blick auf Schizophrenie und Suchterkrankungen, während Depressionen, Angst und Essstörungen weniger stark stigmatisiert werden.²⁷⁶ Was stigmatisierungsbedrohte Lebensbereiche angeht, werden beispielsweise in der Arbeitswelt in der Regel hohe Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erwartet, mit entsprechenden Schwierigkeiten für die Beschäftigten, offenzulegen, wenn sie diesen Erwartungen infolge psychischer Probleme nicht mehr nachkommen können.²⁷⁷ Dies erschwert auch die Rückkehr von psychisch Erkrankten an ihren Arbeitsplatz nach einer Behandlung.

Des Weiteren zeigen Studien, dass zahlreiche Betroffene mit psychischen Störungen nicht psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelt werden bzw. aufgrund ihrer psychischen Probleme kein Kontakt zum Gesundheitssystem besteht.²⁷⁸ Auch hier spielen neben Behandlungshemmnissen durch unzureichendes Wissen über psychische Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten Stigmatisierungen eine wichtige Rolle. Negative Vorurteile und diskriminierende Praktiken im persönlichen oder beruflichen Umfeld stellen für die Betroffenen wie auch für deren Angehörige eine zusätzliche Belastung dar, die auch erhebliche Auswirkungen auf das Befinden und den Krankheitsverlauf haben können.

Es gibt zahlreiche **Kampagnen**, die über psychische Erkrankungen informieren und das Ziel haben, diskriminierende Praktiken abzubauen:

Mit **„Bitte stör mich! – Aktiv gegen Depression“** war die Kampagne des bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zum Thema Depression überschrieben – eine Kampagne, bei der die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ein zentrales Ziel war. Mit Erfahrungsberichten von Betroffenen und durch gezielte und sachgerechte Informationen sollen psychische Erkrankungen aus der Tabuzone herausgeholt werden. Die Kampagne wirbt für mehr Aufmerksamkeit und mehr Achtsamkeit gegenüber Betroffenen. Um die Öffentlichkeit verstärkt für mögliche psychische Folgen der Corona-Pandemie zu sensibilisieren und zu motivieren, aktiv etwas für die eigene psychische Gesundheit zu tun sowie auf Mitmenschen zu achten, hat das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die erfolgreiche Kampagne im Kontext der Corona-Pandemie ausgeweitet. (www.bitte-stoer-mich.de).

Die **Woche für Seelische Gesundheit** findet alle zwei Jahre rund um den internationalen Tag der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober statt. Im Rahmen von Vorträgen, Workshops, Ausstellungen, Theaterstücken, etc. wird über gesundheitsfördernde, präventive Angebote berichtet und die Öffentlichkeit für das Thema sensibilisiert. Die Veranstaltungen finden in unterschiedlichen Städten in Deutschland statt, darunter auch in München und Nürnberg. (www.woche-seelische-gesundheit.de/).

²⁷⁶ Schomerus, G., Bauch, A.: Hat sich die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten verändert? Befunde aus Bevölkerungsstudien der letzten 25 Jahre. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis* 2017; 49(2): 297–306.

²⁷⁷ Schomerus, G. et al.: Offener Umgang mit psychischer Gesundheit. Aktuelle Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung. Initiative Neue Qualität in der Arbeit (Hrsg.) 2020.

²⁷⁸ Hintzpeter, B. et al.: Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Ergebnisse der BELLA-Studie. Kindheit und Entwicklung* 2014, 23(4): 229–238; Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt* 2014; 85(1): 77–87.

Das **Bündnis für psychisch erkrankte Menschen (BASTA)** sensibilisiert mit Aufklärungsseminaren für Schüler und Polizeibeamte, Kulturveranstaltungen und durch Pressearbeit für das Thema psychische Erkrankungen. Ziel ist es, Vorurteile gegenüber psychisch kranken Menschen abzubauen, z. B. durch die persönliche Begegnung mit Psychiatrie-Erfahrenen (www.bastagegenstigma.de).

Das **Deutsche Bündnis gegen Depression e.V.** ist ein unabhängiger, gemeinnütziger Verein für Betroffene und Angehörige, Experten und in der Versorgung tätige Personen und Institutionen unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Der Verein hat zum Ziel, die gesundheitliche Situation depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen. In Bayern gibt es regionale Bündnisse für Cham, Chiemsee, Dillingen, Erlangen, Fürth, Ingolstadt, Kempten, Memmingen-Unterallgäu, München, Nürnberg, Nürnberger Land, Regensburg, Rottal-Inn und Würzburg (www.buendnis-depression.de).

Die **Deutsche DepressionsLiga e.V.** ist eine bundesweit aktive Organisation für an Depression erkrankte Menschen. Der Verein setzt sich dafür ein, Depression zu einem öffentlichen Thema zu machen und gesellschaftliche Vorurteile und Barrieren abzubauen. Die Deutsche DepressionsLiga e.V. ist auch Trägerverein der **MUT-TOUR**: Deutschlands erstes Aktionsprogramm auf Rädern, bei dem durch Radtouren ein Beitrag zur Entstigmatisierung der Depression geleistet werden soll. 2020 endete die Südstrecke der MUT-Tour in Regensburg (www.depressionsliga.de; www.mut-tour.de).

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflegen will aktiv dazu beitragen, die in der Bevölkerung teils noch vorhandene Stigmata im Zusammenhang psychischer Erkrankungen weiter abzubauen. Hierzu wurde gemeinsam mit der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee die Wanderausstellung **LebensBilderReise** konzipiert, die Besucher mitnimmt in das persönliche Erleben von Menschen, die an einer Depression erkrankt sind. An exemplarisch dargestellten Therapieverläufen wird Verständnis für die Erkrankung und die verschiedenen Gesichter der Depression geweckt. Diese Ausstellung wurde aktuell um ein passendes Hygienekonzept erweitert und kann über das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) innerhalb Bayerns kostenfrei ausgeliehen werden. (<https://www.zpg-bayern.de/lebensbilderreise.html>).

Da Kinder von psychisch erkrankten Eltern besonders belastet sind, wurde in enger Zusammenarbeit mit dem ZPG und dem Bezirkskrankenhaus Augsburg gemeinsam die Wanderausstellung **KinderSprechStunde** ins Leben gerufen. In anrührenden Bildern lassen betroffene Kinder die Besucher der Ausstellung an ihren Ängsten, Hoffnungen und Wünschen teilhaben. Die Ausstellung wendet sich an alle Menschen, die privat oder beruflich mit Kindern zu tun haben, also z. B. an Eltern, Großeltern, Erzieher und Erzieherinnen oder Lehrerinnen und Lehrer. Sie informiert darüber, dass schon Kinder psychische Störungen entwickeln können. Darüber hinaus motiviert sie dazu, den Kindern beizustehen und ihre Ressourcen zu fördern. Dies kann ihnen dabei helfen, gesund aufzuwachsen. Zudem informiert die Ausstellung über psychische Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten und trägt so weiter zur Reduktion von Vorurteilen bei. Diese Ausstellung wurde aktuell um ein passendes Hygienekonzept erweitert und kann über das ZPG innerhalb Bayerns kostenfrei ausgeliehen werden (<https://www.zpg-bayern.de/kindersprechstunde.html>).

Die Leitziele der Bayerischen Demenzstrategie umfassen auch die verbesserte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Demenz und deren Angehörige. Die Wanderausstellung **Was geht. Was bleibt. Leben mit Demenz** tourt als Kooperationsprojekt des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege mit dem Landesverband Bayern der Deutschen Alzheimer Gesellschaft durch Bayern. Ziel ist es, auch Menschen, die bisher nicht mit einer Demenzerkrankung konfrontiert wurden, auf das Thema aufmerksam zu machen, Verständnis für Menschen mit Demenz zu wecken und Ängste abzubauen. Die Ausstellung kann kostenlos ausgeliehen werden (<https://www.stmgp.bayern.de/ministerium/oefentlichkeitsarbeit/#Leben-mit-Demenz>).

Der **Demenzparcours** des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege ermöglicht es anhand verschiedener Erfahrungsstationen, Menschen ohne Demenz die Sinnes- und Lebenswelt von Betroffenen nachspüren zu lassen, und zielt durch den damit verbundenen Perspektivwechsel vor allem auf die Förderung des gesellschaftlichen Bewusstseinswandels ab. Auch dieser wird kostenlos als Leihgabe zur Verfügung gestellt (<https://www.demenz-pflege-bayern.de/demenz/bayerische-demenzstrategie/demenzparcours/>).

Mit dem Ziel, die Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Demenz zu verbessern, wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege der Bayerische **Demenzfonds** ins Leben gerufen. Nach Maßgabe der neuen Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe – DEMTeil erfolgen Zuwendungen und Auszeichnungen mit Preisen aus dem Bayerischen Demenzfonds zur Förderung von Angeboten zur Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren Zu- und Angehörigen. Zudem sollen praxisrelevante Erkenntnisse zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Personengruppe generiert werden. Der Bayerische Demenzfonds verfügt zum einen über Mittel, die vom Freistaat Bayern zur Verfügung gestellt werden. Zum anderen ist der Bayerische Demenzfonds ein Spendensammel-pool, über den Spendengelder eingeworben werden sollen (<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/bayerischer-demenzfonds/>).

Die **Bayerische Demenzwoche** zielt in erster Linie darauf ab, das Thema Demenz in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken. Dazu werden alle bayerischen Aktivitäten zum Thema Demenz gebündelt und durch den Einsatz vielfältiger öffentlichkeitswirksamer Maßnahmen begleitet. Akteure, die sich daran aktiv beteiligen möchten, finden weitere Informationen unter www.demenzwoche.bayern.de.

Leistungen zur sozialen Teilhabe

Menschen mit einer psychischen Behinderung oder mit einer chronischen Suchterkrankung eine selbstbestimmte und selbstständige Lebensführung zu ermöglichen ist das Ziel der Eingliederungshilfe (SGB IX, Teil 2). Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wird den psychosozialen Therapien, wie dem Training sozialer Fertigkeiten oder dem selbstbestimmten Wohnen mit Unterstützung, eine besondere Bedeutung zugesprochen. Die Bezirke als Träger der komplementären Versorgung finanzieren Unterstützungsleistungen im Bereich Selbstversorgung, Kommunikation, Kontaktfindung und Alltagsbewältigung, zudem Hilfeleistungen zum Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung und zur Krisenintervention. Die Unterstützungsleistungen orientieren sich dabei am individuellem Hilfebedarf.

Dem Bayerischen Bezikretag zufolge wurde das Angebot des betreuten Wohnens in Familien zum Stichtag 31.12.2019 bayernweit von 309

Personen mit einer seelischen Behinderung genutzt. Etwa 1,7 Mio. Euro wurden im Jahr 2019 dafür aufgewandt. Das sind knapp eine halbe Mio. Euro mehr als im Jahr 2015.²⁷⁹ Das betreute Einzel-/Paarwohnen wurde insgesamt von 13.000 Personen genutzt und in den betreuten Wohngemeinschaften gab es 5.000 Plätze bzw. laufende Fälle. Zusammengenommen sind das 18.000 Plätze bzw. laufende Fälle (Stand Dezember 2019). Die Gesamtzahl hat sich damit in den letzten Jahren deutlich erhöht (Stand Januar 2018: 13.999). In den besonderen Wohnformen, ehemals Heimen, wurden zum Stichtag 31.12.2019 insgesamt 7.031 volljährige Personen mit einer seelischen Behinderung betreut.

Mit dem persönlichen Budget können Menschen mit einer psychischen Erkrankung ihre Leistungen auch „selbst einkaufen“ und dadurch die Leistung und Art der Erbringung eigenverantwortlich und selbstständig bestimmen. Dies betrifft auch alle Leistungen zur sozialen Teilhabe. Dem Bayerischen Bezikretag zufolge

Besondere Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht) in Bayern Stichtag 31.12.2019

Regierungsbezirk	Ambulant betreutes Einzelwohnen	Ambulant betreute Wohngemeinschaften		Besondere Wohnformen (ehemals Heime; geschlossen und offen geführt)	
	Anzahl der Plätze/ laufende Fälle	Anzahl der WGs	Anzahl der Plätze/ laufende Fälle	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze/ laufende Fälle
Oberbayern	5.926	416	2.636	103	3.124
Oberfranken	968	nicht bekannt	397	21	701
Mittelfranken	2.422	nicht bekannt	840	10	261
Unterfranken	754	nicht bekannt	341	25	554
Oberpfalz	555	29	227	41	996
Niederbayern	633	36	201	12	495
Schwaben	1.742	nicht bekannt	358	27	900

Datenquelle: Bayerischer Bezikretag; Anzahl der Plätze im ambulant betreuten Einzelwohnen sowie der ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Niederbayern bezieht sich auf den Stichtag 01.07.2020; Anzahl der ambulant betreuten Wohngemeinschaften wird in Schwaben nicht gesondert erfasst, die Refinanzierung erfolgt über Fachleistungsstunden; Anzahl der Wohnheime in Oberfranken umfasst nur Einrichtungen mit mehr als drei Bewohnern mit einer seelischen Behinderung

²⁷⁹ Vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Bericht zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen in Bayern. München 2017.

wurde das Persönliche Budget bayernweit von 1.910 Personen mit einer seelischen Behinderung in Anspruch genommen, vornehmlich im Bezirk Mittelfranken. Die starken regionalen Unterschiede sind vermutlich auf die unterschiedlich ausgestalteten Rahmenbedingungen durch die Leistungsträger als auch auf die Verfügbarkeit entsprechender Dienstleistungen in den Regionen zurückzuführen.

Inanspruchnahme des Persönliches Budgets von Personen mit einer seelischen Behinderung, 2019

Regierungsbezirk	Persönliches Budget Anzahl der Leistungsberechtigten
Oberbayern	6
Oberfranken	44
Mittelfranken	1.618
Unterfranken	166
Oberpfalz	37
Niederbayern	15
Schwaben	24

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag

Bayernweit beläuft sich die Anzahl der Tagesstätten zum Stichtag 31.12.2019 auf 152. Das sind 24 mehr als im Januar 2018. Die finanziellen Aufwendungen im Jahr 2019 belaufen sich insgesamt auf gut 33,6 Mio. Euro. Das sind etwa 1,4 Mio. Euro mehr als im Jahr 2017.²⁸⁰

Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung in Bayern

Stichtag 31.12.2019

Regierungsbezirk	Anzahl der Tagesstätten	Finanzielle Aufwendungen
Oberbayern	76	15.321.680 €
Oberfranken	5	635.000 €
Mittelfranken	15	2.540.497 €
Unterfranken	15	3.589.623 €
Oberpfalz	8	1.772.039 €
Niederbayern	9	1.817.536 €
Schwaben	24	7.922.804 €

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; die Tabelle beinhaltet sowohl pauschal finanzierte als auch entgeltfinanzierte Tagesstätten

Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot zur Tagesstrukturierung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bieten die Zuverdienstplätze. Hierbei handelt es sich um betreute Beschäftigungsangebote im Sinne einer arbeitsweltorientierten Tätigkeit. Der Beschäftigungsumfang liegt in der Regel unter 15 Stunden pro Woche und kann flexibel und individuell an das aktuelle Befinden und an die Leistungsfähigkeit der Betroffenen angepasst werden. Die Bayerischen Bezirke zählen für das Jahr 2019 gut 2.200 Plätze (bzw. laufende Fälle) im Zuverdienst. Insgesamt wurden etwa 15,6 Mio. Euro dafür aufgewandt.

²⁸⁰ Vgl. Bayerischer Bezirkstag: Aufwand (€) für die ambulant-komplementäre psychiatrische Versorgung zum 1.12.2017; https://www.bay-bezirke.de/data/download/ausgaben_eingliederungshilfe_psychiatrische-versorgung_gesamt_stand_jan-2018.pdf [Abruf am 15.02.21].

Zuverdienstmöglichkeiten in Bayern

Stichtag 31.12.2019

Regierungsbezirk	Anzahl der Plätze/laufende Fälle im Zuverdienst
Oberbayern	973
Oberfranken	14
Mittelfranken	154
Unterfranken	238
Oberpfalz	71
Niederbayern	252
Schwaben	509

Datenquelle: Bayerischer Bezikretag

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Menschen mit einer psychischen Erkrankung, insbesondere mit einer schweren Erkrankung, haben oftmals Schwierigkeiten, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Um die Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern, stehen verschiedene Unterstützungsangebote zur Verfügung. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) bieten Menschen, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung nicht oder noch nicht an einem Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein können, eine Beschäftigungstätigkeit. Dem Bayerischen Bezikretag zufolge gab es in Bayern 2019 ca. 21.000 Plätze für körperlich, geistig und seelisch behinderte Menschen (bzw. laufende Fälle) in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM).

Anzahl der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) in Bayern

Stichtag 31.12.2019

Regierungsbezirk	Anzahl der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM)
Oberbayern	28
Oberfranken	34
Mittelfranken	34
Unterfranken	3
Oberpfalz	6
Niederbayern	5
Schwaben	18

Datenquelle: Bayerischer Bezikretag

Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) werden nur zu einem Teil von Personen mit einer seelischen Behinderung in Anspruch genommen. Der Anteil der WfbM-Beschäftigten mit einer seelischen Behinderung ist in den letzten Jahren weitgehend stabil geblieben und liegt deutschlandweit (Stand 2020) bei rund 21 %.²⁸¹ Laut dem Bayerischen Bezikretag wurden im Jahr 2019 geschätzte 75,5 Mio. Euro für WfbM-Beschäftigte mit einer seelischen Behinderung aufgewandt.

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, der Bayerische Bezikretag, alle sieben Bayerischen Bezirke, die Regionaldirektion Bayern der Bundesagentur für Arbeit, das Zentrum Bayern Familie und Soziales sowie die Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstätten und der Integrationsfachdienste haben im Jahr 2014 eine Kooperationsvereinbarung über gemeinsame Maßnahmen zur Förderung des Übergangs von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt geschlossen. Im Jahr 2019 haben bayernweit 206 Personen an dieser Fördermaßnahme teilgenommen. Davon haben 78 Perso-

²⁸¹ Angabe bezieht sich auf den Anteil der einzelnen Behinderungsarten an allen Leistungsberechtigten in Werkstätten; Datenquelle: BAG WfbM: Neue Herausforderungen. Neue Perspektiven. Neue Wege. Jahresbericht 2020. BAG WfbM 2020; <https://www.bagwfbm.de/publications> [Abruf am 13.12.21]. Bayernweite Daten liegen nur für das Jahr 2016 vor; demnach lag der Anteil von WfbM-Beschäftigten mit einer seelischen Behinderung bei etwa 15 %, siehe Bayerischer Bezikretag; Löffler, F.: Herausforderungen der Arbeitsmarktintegration von Menschen mit psychischen Belastungen aus Sicht der Bezirke. Beitrag zur Festschrift anlässlich des 100jährigen Bestehens der Arbeiterwohlfahrt in Bayern „Bayern ist ein Sozialstaat“.

nen ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufgenommen, nur sechs davon sind wieder in die WfbM zurückgekehrt.

Inklusionsbetriebe hingegen sind auf dem ersten Arbeitsmarkt angesiedelt. In Bayern sind dies überwiegend Klein- oder Mittelbetriebe aus verschiedenen Wirtschaftsbranchen.²⁸² Sie ermöglichen Beschäftigten mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung durch eine arbeitsbegleitende Betreuung Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt. Laut der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen lag der Anteil der seelisch behinderten Beschäftigten in den Inklusionsbetrieben im Jahr 2019 deutschlandweit bei 28 %. Bayernweit gab es 2019 98 Inklusionsbetriebe mit insgesamt 3.903 Beschäftigten (darunter 1.941 Personen mit einer schweren Behinderung).²⁸³ Die Bezirke als Träger der Eingliederungshilfe fördern etwa zwei Drittel der Inklusionsbetriebe – im Jahr 2019 wurden dafür etwa 4 Mio. Euro aufgewandt.

Seit dem 1. Januar 2018 gibt es zudem das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) – eingeführt als Alternative zur Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen

und als Einstieg in den ersten Arbeitsmarkt. Demgemäß richtet sich die Unterstützungsleistung an Menschen mit einer Behinderung, die berechtigt sind, in einer Werkstatt zu arbeiten. Die Leistungen umfassen einen Ausgleich für den Arbeitgeber für die dauerhafte Minderleistung der behinderten Beschäftigten und die notwendigen Assistenzleistungen am Arbeitsplatz. Das Budget für Arbeit wurde im Jahr 2019 kaum in Anspruch genommen. Der Bayerische Bezirketag zählt 17 Personen.²⁸⁴

Supported Employment

Die Zweckmäßigkeit unterstützter Beschäftigungsmodelle („supported employment“), die Menschen mit einer psychischen Erkrankung Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt ermöglichen, ist durch Studien gut belegt. Solche Angebote werden im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ als Intervention empfohlen.

Begleiteter Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (BÜWA), 2019

Regierungsbezirk	Anzahl der Teilnehmer	Anzahl der Teilnehmer, die ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufgenommen haben	Anzahl der Teilnehmer, die in die WfbM zurückgekehrt sind
Oberbayern	105	35	3
Oberfranken	16	9	0
Mittelfranken	37	9	1
Unterfranken	25	11	1
Oberpfalz	2	1	0
Niederbayern	7	5	1
Schwaben	14	8	Keine Angabe

Datenquelle: Bayerischer Bezirketag, Stand März 2020

²⁸² Siehe Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales unter <https://www.stmas.bayern.de/arbeitswelt/inklusionsbetriebe/index.php> [Abruf am 27.01.21].

²⁸³ BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: BIH-Jahresbericht 2019 | 2020. Behinderung & Beruf und soziale Entschädigung. BIH 2020.

²⁸⁴ Datenquelle: Bayerischer Bezirketag; für den Bezirk Oberfranken liegen dazu keine Daten vor.

8. PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND KRANKHEITSKOSTEN

8. Psychische Gesundheit und Krankheitskosten

Psychische Erkrankungen verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen. Zu den sogenannten **direkten Kosten** zählen die Kosten der ambulanten und stationären Betreuung, die Kosten für Psychopharmaka, für Krankengeld sowie für präventive und rehabilitative Maßnahmen. Das Statistische Bundesamt weist für das Jahr 2015 direkte Krankheitskosten in Höhe von 44,4 Mrd. Euro für die psychischen Erkrankungen in Deutschland aus. Mit einem Anteil von 13,1 % an den gesamten direkten Krankheitskosten stellen psychische Erkrankungen nach Herz-Kreislaufkrankungen die zweit teuerste Erkrankungsgruppe in Deutschland dar.²⁸⁵ Übertragen auf Bayern bedeutet dies jährliche Krankheitskosten von rund 7 Mrd. Euro. Bedingt durch das Rechenverfahren des Statistischen Bundesamtes werden die direkten Krankheitskosten allerdings deutlich unterschätzt.

Zudem entstehen auch **indirekte Kosten**, z.B. Produktionsausfälle aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten oder Frühberentungen sowie Minderleistungen aufgrund der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Die Produktionsausfallkosten in der Wirtschaft durch Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen beziffert der Bericht der Bundesregierung zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit in Deutschland für das Jahr 2019 mit 14,4 Mrd. Euro, den Ausfall an Bruttowertschöpfung mit 24,5 Mrd. Euro.²⁸⁶ Verursachten Psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2009 noch Produktionsausfallkosten in Höhe von rund 5 Mrd., so ist dieser Wert bis 2019 kontinuierlich angestiegen. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung betrug im Jahr 2009 noch 8,5 Mrd. Euro und stieg bis 2019 um mehr als 180 %.

Unterteilt nach den einzelnen Wirtschaftszweigen ist die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen für den tertiären Sektor hervorzuheben.

Volkswirtschaftliche Ausfälle durch Psychische und Verhaltensstörungen nach Wirtschaftszweigen in Mrd. Euro, Deutschland 2019

	Produktionsausfall	Ausfall an Bruttowertschöpfung
Baugewerbe	0,36	0,54
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	0,03	0,05
Produzierendes Gewerbe (ohne Baugewerbe)	3,13	4,80
Handel, Verkehr, Gastgewerbe, Information und Kommunikation	2,93	4,19
öffentliche und sonstige Dienstleister, Erziehung und Gesundheit	5,50	6,55
Finanz- Versicherungs- und Unternehmensdienstleister, Grundstücks- und Wohnungswesen	2,03	4,54

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

²⁸⁵ Rabe-Menssen, C., Dazer, A., Maaß, E.: Report Psychotherapie 2020. Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung. Berlin 2020.

²⁸⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - Berichtsjahr 2019. Unfallverhütungsbericht Arbeit. 1. Auflage. Dortmund 2020.

9. IM FOKUS: PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ARBEIT

9. Im Fokus: Psychische Gesundheit und Arbeit

Das Wichtigste

- Psychische Störungen sind nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems in Bayern die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage.
- In den vergangenen Jahren ist eine deutliche Zunahme der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen.
- Rund 39 % der Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit in Bayern entfallen auf die Hauptdiagnosegruppe der psychischen und Verhaltensstörungen.
- 37 % der arbeitslosen Leistungsbeziehenden nach SGB II haben in Deutschland eine psychiatrische Diagnose.

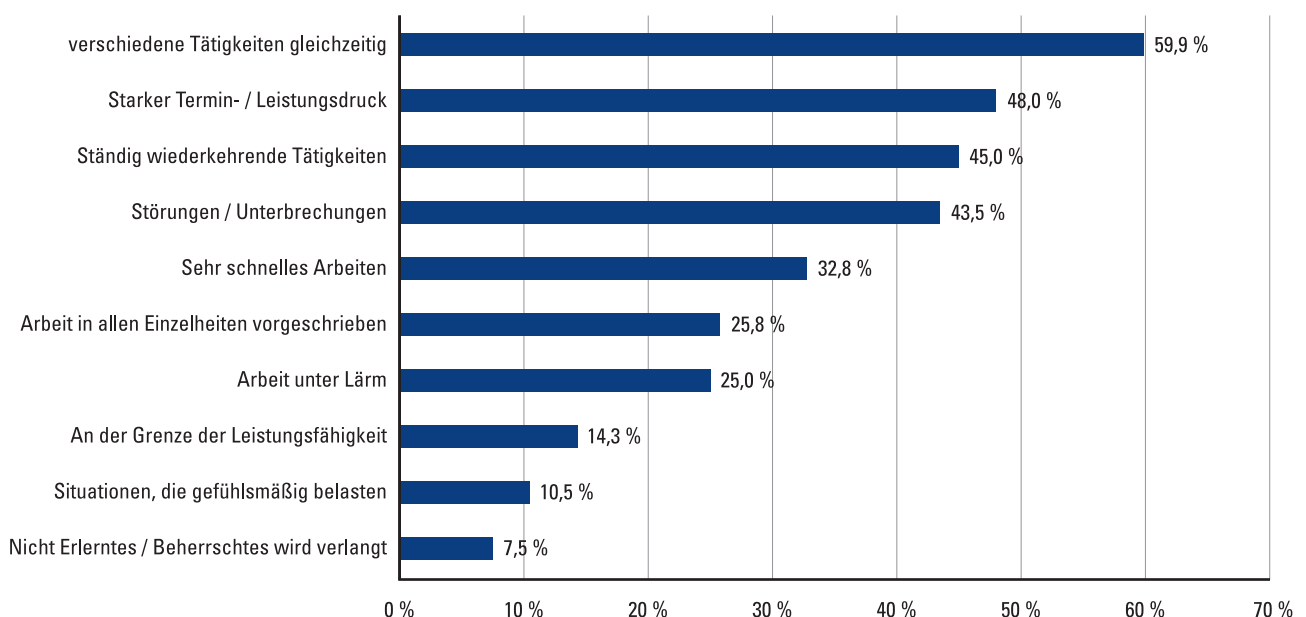
9.1 Belastungen und Ressourcen der Arbeit

Im Jahr 2019 gab es in Bayern rund 6,8 Mio. Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren. In

dieser Altersgruppe waren damit ca. 80 % erwerbstätig. Die Arbeitswelt war in den letzten Jahren durch vielfältige Veränderungen geprägt. Beruf und Privatleben sind nicht mehr so klar getrennt wie früher, die Arbeit erfordert insgesamt mehr zeitliche und räumliche Flexibilität, Qualifikationen unterliegen einem permanenten Veränderungsdruck, prekäre Beschäftigungsverhältnisse haben zugenommen und die Digitalisierung verändert in vielen Bereichen die Arbeitsinhalte grundlegend. Der Leistungsdruck ist gestiegen, es gibt vielfach mehr Entwicklungsmöglichkeiten im Beruf, aber oft auch mehr Unsicherheit und weniger Verlässlichkeit, was die langfristigen Perspektiven angeht.

Psychische Belastungen gehören heute für viele zum Arbeitsalltag. Fast die Hälfte der Beschäftigten nimmt starken Termin- und Leistungsdruck wahr. Jeder Siebte arbeitet häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit, d. h. unter Bedingungen, die auf Dauer die Gesundheit schädigen (siehe Abb.).

Anteil der Beschäftigten, die häufig vom jeweiligen Faktor betroffen sind, Bayern 2018



Datenquelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018

Blaufeuer

Im Rahmen des bundesweiten Förderprogramms RehaPro des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wurde das Modellvorhaben „Blaufeuer“ initiiert, u. a. an den Standorten Ansbach, Erlangen, Fürth, Nürnberg und Schwabach. Die Beratungsstelle Blaufeuer berät Beschäftigte kostenfrei rund um das Thema Arbeit und psychische Gesundheit. Das Angebot wird von der Medical School Berlin, der Universität Würzburg und dem Universitätsklinikum Würzburg wissenschaftlich begleitet.

Mehr dazu unter: <https://blaufeuer.info/>

Neue Wege gehen

Rund 2–4 % der Demenzen entfallen auf Unter-65-Jährige.²⁸⁷ Für Menschen mit Demenz, die sich noch in der aktiven Berufsphase befinden, sind eine verständnisvolle und wohlwollende Unternehmenskultur sowie angepasste Rahmenbedingungen für einen weiterhin gelingenden Arbeitsalltag entscheidend. Mit der Handreichung „Neue Wege gehen“ unterstützt das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Unternehmen und Behörden als Arbeitgeber von Mitarbeitenden mit Demenz.

Mehr dazu unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/neue-wege-gehen-161252>

Neben diesen unmittelbar mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Belastungen können auch von den Beschäftigungsverhältnissen psychische

Belastungen ausgehen. Beispielsweise waren im Jahr 2019 dem Mikrozensus zufolge in einem Zeitraum von vier Wochen vor der Befragung 14,3 % der abhängig Erwerbstätigen in Schichtarbeit tätig, 5,1 % in Nachtarbeit, 12,5 % haben an Sonntagen bzw. Feiertagen gearbeitet und 21,9 % an Samstagen. Einer befristeten Beschäftigung gehen 8,2 % der Erwerbstätigen nach.²⁸⁸ Es gibt Hinweise, dass Personen in den atypischen Beschäftigungsformen Leiharbeit, Befristung, Teilzeit, (Solo-)Selbstständigkeit sowie Mehrfachbeschäftigung einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen.²⁸⁹

Eine weitere relevante arbeitsbedingte Belastung stellt die Interaktionsarbeit dar, also Arbeit mit Kunden, Patienten oder Schülern. Laut dem DGB-Index Gute Arbeit, einer bundesweit repräsentativen Befragung von ca. 6.300 Beschäftigten, spielten auch im Jahr 2020 soziale und emotionale Anforderungen eine große Rolle. 12 % der Befragten waren sehr häufig oder oft Herablassungen ausgesetzt, 27 % mussten sehr häufig oder oft ihre Gefühle unterdrücken und 15 % berichteten sehr häufig oder oft von Konflikten mit Kunden oder Klienten. Betroffen sind vor allem Branchen wie Erziehung und Unterricht sowie die öffentliche Verwaltung.²⁹⁰

Arbeitsbedingungen können jedoch nicht nur als Belastungen und Stressoren, sondern auch als (gesundheitsförderliche) Ressourcen wirken. Beschäftigungsverhältnisse, die ausreichend soziale Sicherheit geben, und Arbeitstätigkeiten, die als sinnvoll empfunden werden und abwechslungsreich sind, Handlungsspielräume beinhalten, nicht überfordern und in ein kollegial-unterstützendes Umfeld eingebettet sind, fördern die psychische Gesundheit und eröffnen Möglichkeiten der Persönlichkeitsentfaltung.²⁹¹

²⁸⁷ Bickel, H.: Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. Selbsthilfe Demenz. Berlin. 2020.

²⁸⁸ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Berichtsjahr 2019. Dortmund 2020.

²⁸⁹ Deutscher Bundestag. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Fersch, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/15314 – Auswirkung atypischer Beschäftigung auf die Gesundheit. Berlin 2019.

²⁹⁰ Institut DGB-Index Gute Arbeit: DGB-Index Gute Arbeit. Jahresbericht 2020. Berlin 2020.

²⁹¹ Rothe, I. et al.: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/Berlin/Dresden: 2017.

Anteil der Beschäftigten, die in der Arbeit häufig über die jeweilige Ressource und Arbeitsbedingung verfügen, Bayern 2018

Gute Zusammenarbeit mit Kollegen	85,7 %
Teil einer Gemeinschaft am Arbeitsplatz	79,1 %
Unterstützung durch Kolleg/innen	78,4 %
Gefühl sinnvoller Arbeit	77,6 %
Unterstützung durch Vorgesetzte	61,0 %
Einfluss auf die Arbeitsmenge	32,1 %

Datenquelle: BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018, Sonderauswertung

COVID-19: ein Stressor für Psychische Belastungen in der Arbeitswelt

Durch die COVID-19-Pandemie sowie die damit einhergehenden Maßnahmen zur Bekämpfung des Infektionsgeschehens erfuhr die Arbeitswelt weltweit einschneidende Veränderungen. Auch in Deutschland änderte sich der Arbeitsalltag während des Lockdowns erheblich. Die Arbeitslosenzahlen sowie die Anzahl der Menschen in Kurzarbeit stiegen zwischen April und Juni 2020 deutlich an, ebenso die Nutzung von Homeoffice. Während im Jahr 2018 nur 5,3 % der Beschäftigten angab, mindestens die Hälfte der Arbeitstage zu Hause zu arbeiten, vervierfachte sich dieser Anteil im April 2020.²⁹² Eine Studie der DAK ergab, dass viele Arbeitnehmer das Homeoffice als Entlastung empfanden – zu den Vorteilen zählten eine höhere Arbeitszufriedenheit, eine bessere Work-Life-Balance sowie ein Rückgang im täglichen Stressempfinden. Allerdings werden auch Nachteile des Homeoffice genannt. Fast jeder Zweite vermisst laut der Studie der DAK eine klare Trennung zwischen Job und Privatleben, 75 % der Befragten fehlt der direkte Kontakt zu Kollegen.²⁹³

Der Fehlzeiten-Report der AOK weist darauf hin, dass es im Homeoffice in höherem Maße erforderlich ist, eine Grenze zwischen Arbeit und Privatem zu ziehen. Hierbei helfen feste Vereinbarungen zur Erreichbarkeit und eine gemeinsame Priorisierung von Aufgaben durch Arbeitgeber und Beschäftigte. Auch gilt es im Hinblick auf die Prävention psychischer Belastungen, regelmäßig Pausen einzuplanen und die technische Ausstattung langfristig weiter zu optimieren, um den digitalen Stress zu reduzieren.²⁹⁴

²⁹² Bujard, M. et al.: Eltern während der Corona-Krise – Zur Improvisation gezwungen. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. Wiesbaden 2020.

²⁹³ DAK: Digitalisierung und Homeoffice entlasten Arbeitnehmer in der Corona-Krise. Hamburg 2020.

²⁹⁴ Ludwig, S. et al.: Corona made my home my office – Arbeit im Homeoffice sicher und gesund gestalten. In: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H.: Fehlzeiten-Report 2021. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin 2021.

Zu den weiteren gesundheitsförderlichen Aspekten der Arbeit gehören eine regelhafte Tagesstruktur, Lern- und Weiterbildungsmöglichkeiten und soziale Integration.²⁹⁵

Pflegekräfte und COVID-19

Für bestimmte Berufsgruppen stellt die Corona-Pandemie einen besonderen Risikofaktor für psychische Erkrankungen dar. Dies gilt beispielsweise für das Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen, insbesondere in stark von der COVID-19-Pandemie betroffenen Regionen. Insbesondere Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen traten bei dieser Berufsgruppe gehäuft auf. Pflegekräfte, die kurz zuvor Kontakt zu COVID-19-positiven Patienten oder Kollegen hatten, wiesen im Vergleich zu Kollegen ohne Kontakt zu COVID-19-Infizierten ein höheres Risiko für eine psychiatrische Symptomatik auf.²⁹⁶ Erhöhte psychische Belastungen zeigten sich auch bei einer Befragung von Krankenhausbeschäftigten in Deutschland im Frühjahr 2020 mit einer stärkeren Betroffenheit des Pflegepersonals im Vergleich zu Ärzten und anderen Beschäftigten.²⁹⁷

9.2 Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Störungen

Daten der DAK zufolge lag im Jahr 2019 der Anteil der psychischen Erkrankungen an den AU-Tagen in Bayern bei 16,1 %. Damit stellen psychische Störungen nach Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (20,4 %) die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage dar.²⁹⁸ Auswertungen von Daten der Techniker Krankenkasse oder der Betriebskrankenkassen kommen zu ähnlichen Ergebnissen.²⁹⁹

Der DAK-Gesundheitsreport 2019 für Bayern zeigt darüber hinaus, dass affektive Störungen (46,8 % aller AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (41,6 % aller AU-Tage aufgrund von psychischen Erkrankungen) die wichtigsten Diagnosegruppen in der Gruppe der psychischen Störungen sind.³⁰⁰

Nach Branchen differenziert, weisen Wirtschaftszweige mit hohem Anteil an Interaktionsarbeit auch einen erhöhten Anteil der psychischen und Verhaltensstörungen bei den AU-Tagen auf. Darin kommen tätigkeitsspezifische Belastungen zum Ausdruck, die beispielsweise durch den Umgang mit Patienten oder Kunden entstehen.

Seit vielen Jahren ist eine deutliche Zunahme der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen zu verzeichnen. Bei DAK-Mitgliedern in Bayern stiegen die AU-Tage pro 100 DAK-Versichertenjahre von 99,1 im Jahr 2007 auf 228,9 im Jahr 2020. Auch die AU-Fälle pro 100 DAK-Versichertenjahre stiegen in diesem Zeitraum deutlich an, von 3,5 im Jahr 2007 auf 5,8 im Jahr 2020.

²⁹⁵ Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung: Psychische Belastungen. www.dguv.de/de/praevention/themen-a-z/psychisch/index.jsp. [Abruf: 20.10.2020].

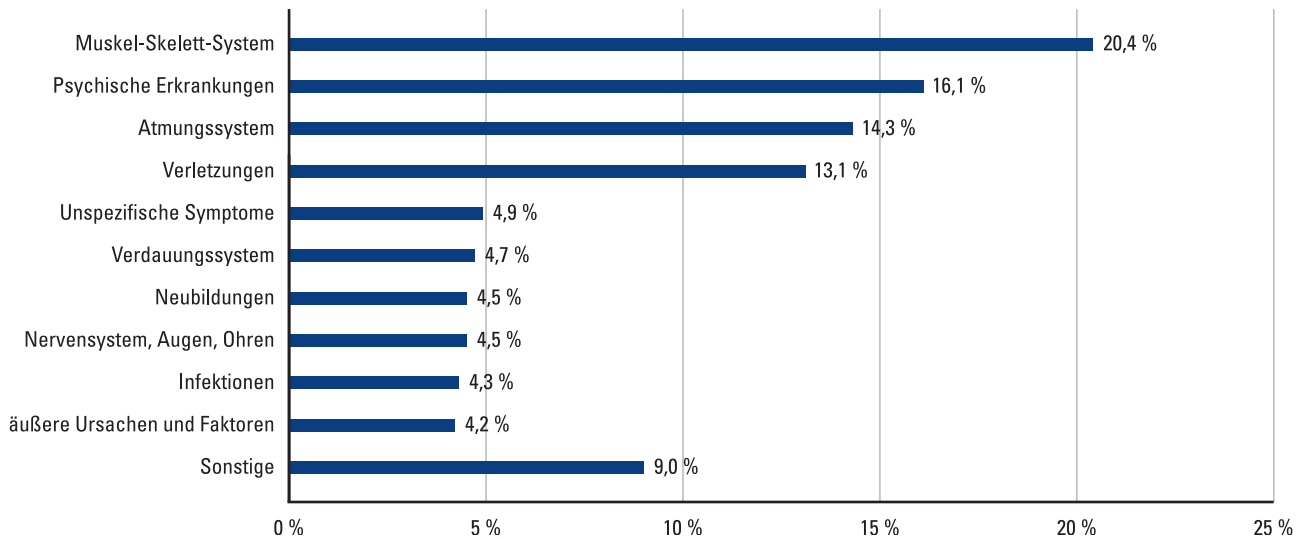
²⁹⁶ Riello, M. et al.: Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *Royal Society Open Science* 2020; 7(9): 200880.

²⁹⁷ Kramer, V. et al.: Subjective burdens and perspectives of German healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2020. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01183-2> [Abruf am 10.02.21].

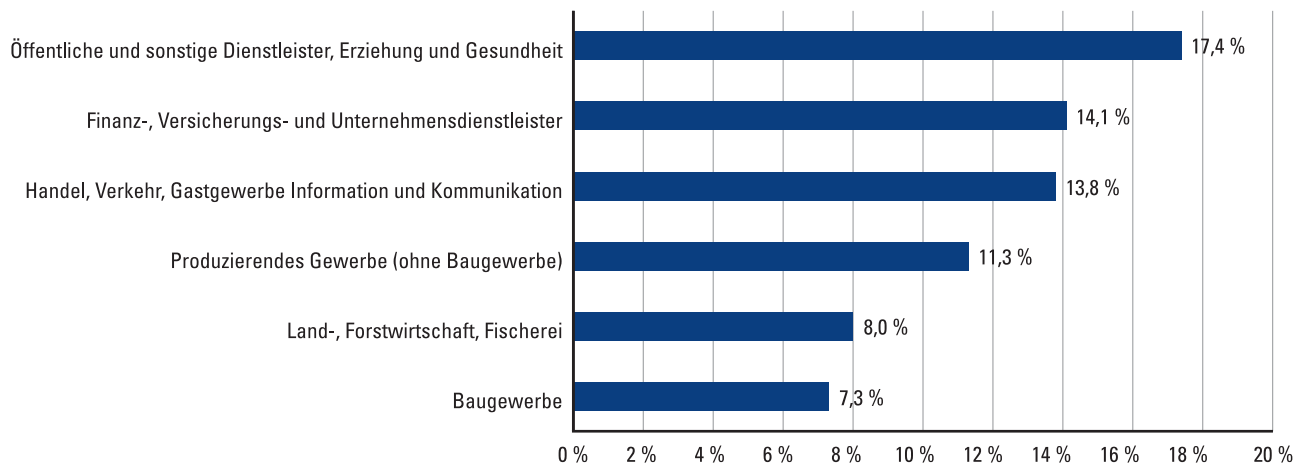
²⁹⁸ Kordt, M. et al.: DAK-Gesundheitsreport 2020 für Bayern. DAK-Forschung, IGES Institut GmbH. Hamburg 2020.

²⁹⁹ Thomas, T., Steinmann, S., Gerr, J.: TK Gesundheitsreport 2018. Hamburg 2018; Knieps, F., Pfaff, H. (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2018. Berlin 2018.

³⁰⁰ Kordt, M. et al.: DAK-Gesundheitsreport 2019 für Bayern. DAK-Forschung, IGES Institut GmbH. Hamburg 2019.

Anteile der 10 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen, DAK Versicherte Bayern 2019

Datenquelle: DAK Gesundheitsreport Bayern 2020

Anteil der psychischen und Verhaltensstörungen an allen AU-Tagen nach Branchen, Deutschland 2019

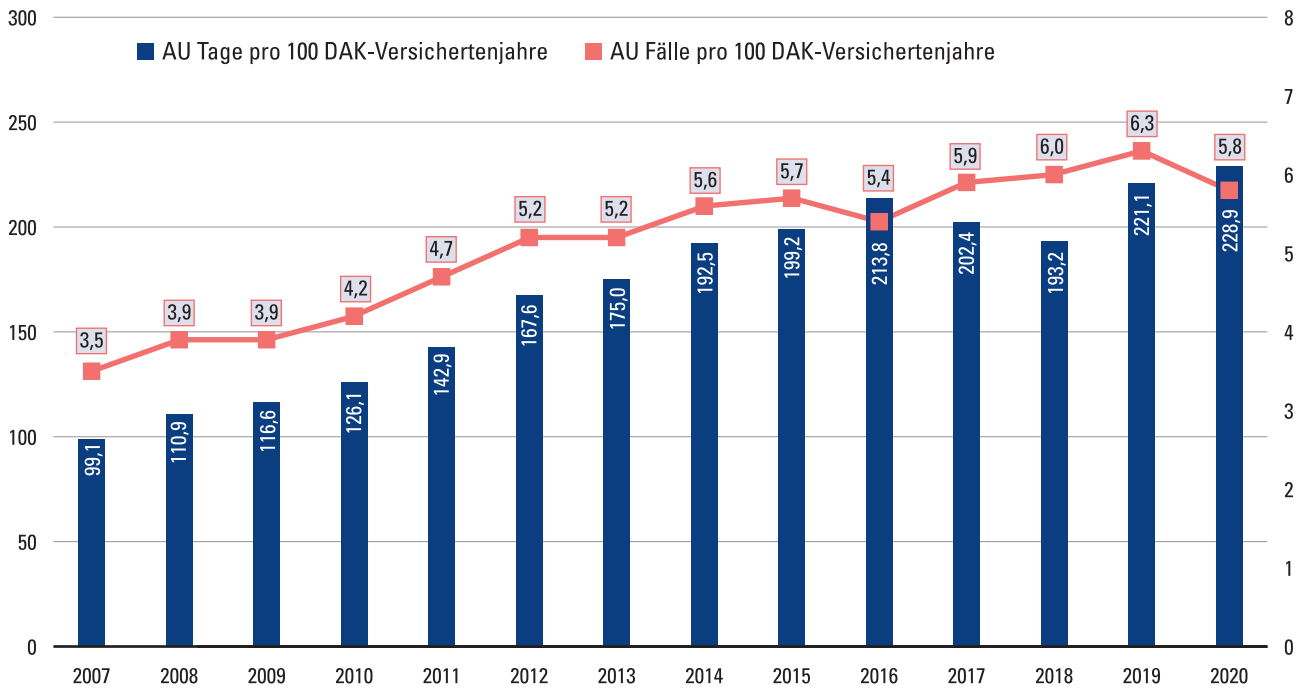
Datenquelle: Bericht „Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ – Berichtsjahr 2019

Kollegiales Helfeteam

Das Projekt „Kollegiales Helfeteam“ zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen bei psychisch belastenden Situationen am Arbeitsplatz wurde 2016 in der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Sozialstiftung Bamberg gestartet und richtet sich an Beschäftigte im Gesundheitswesen. Mithilfe systematischer Mitarbeiterschulungen und psychologischer Betreuung sollen psychische Folgeschäden bei traumatisierenden Ereignissen beim Gesundheitspersonal vermieden werden. Das von der Sozialstiftung Bamberg geförderte Projekt erreichte seit 2017 rund 4.500 Personen durch Schulungen, Interventionen und Information.

Mehr dazu unter: www.zpg-bayern.de/das-kollegiale-hilfeteam.html

Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen, DAK-Mitglieder Bayern, 2007–2020



Datenquelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2007–2020

Wie im Abschnitt zu den Häufigkeiten psychischer Störungen bereits erläutert, ist davon auszugehen, dass die Erkrankungshäufigkeit an sich nicht zunimmt und die Zunahme der Krankschreibungen infolge psychischer Störungen ebenfalls mit der Ausweitung des diagnostisch-therapeutischen Angebots und einer partiellen Enttabuisierung psychischer Störungen in Zusammenhang steht.³⁰¹

Im Vergleich der Bundesländer wies Bayern im Jahr 2020 nach Baden-Württemberg die wenigsten AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen je 100 DAK-Versicherte auf.

Krankschreibungen infolge psychischer Störungen sind durch eine vergleichsweise hohe Falldauer gekennzeichnet, die in den letzten Jahren weiter zunahm. Bei den DAK-Mitgliedern dauerte eine Krankschreibung mit einer psychischen Störung im Jahr 2008 durchschnittlich 28,1 Tage, im Jahr 2020 waren es durchschnittlich 39,3 Tage.

Präsentismus

Studien zum sogenannten „Präsentismus“, der Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit, zeigen, dass ein erheblicher Teil der Beschäftigten hin und wieder krank zur Arbeit geht, z. B. um Kolleginnen oder Kollegen nicht zusätzlich zu belasten, aus Angst vor Arbeitsplatzverlust oder vor Stigmatisierung durch die Erkrankung.³⁰² Krankenkassendaten legen nahe, dass dies bei psychischen Störungen besonders häufig der Fall ist,³⁰³ ein Hinweis darauf, dass in einer Leistungsgesellschaft psychische Probleme und „Nichtbelastbarsein“ nach wie vor als Makel gelten.

³⁰¹ Maybaum, T.: Gesundheitsreport: Fehltag wegen psychischer Erkrankungen nehmen zu. Deutsches Ärzteblatt 2019; 18: 342.

³⁰² Lohmann-Haislah, A.: Stressreport Deutschland 2012. Dortmund 2012.

³⁰³ IGES Institut GmbH: DAK-Gesundheitsreport 2013. Hamburg 2013.

Burnout

Eine besonders auffällige Erscheinung im Zusammenhang von psychischen Belastungen und Krankschreibungen ist die Entwicklung der Krankheitstage durch Burnout-Diagnosen (ICD-10 Z73). Im Jahr 2019 gab es dem Gesundheitsreport der BKK zufolge unter den BKK-Versicherten in Deutschland rund 78 AU-Tage je 1.000 beschäftigte BKK-Mitglieder. Frauen waren mit 95 AU-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder etwas häufiger betroffen als Männer mit 61 AU-Tagen je 1.000 beschäftigte Mitglieder. Zwischen 2006 und 2011 nahmen die Krankheitstage durch Burnout deutlich zu, dies spiegelt jedoch auch den durch damalige Medienberichte häufigeren Gebrauch der Zusatzdiagnose Burnout (Z73) durch die Ärzte wider. In den vergangenen fünf Jahren gab es bei den Krankheitstagen durch Burnout keine gravierenden Veränderungen mehr.³⁰⁴

Etwa 140.000 Menschen im Erwerbsalter mussten 2019 wegen einer psychischen Störung im Krankenhaus behandelt werden. Die Fallzahlen waren zuletzt leicht rückläufig.

Return-to-Work

Das am Klinikum Rechts-der-Isar der TU München laufende Forschungsprojekt RETURN geht der Frage nach: Verbessern sogenannte Return-to-Work-Experten die Rückkehr stationär behandelter psychiatrischer Patienten an ihren bestehenden Arbeitsplatz? Dabei unterstützen ausgewiesene Gesundheitsexperten, wie Sozialarbeiter und Psychologen, die Patienten während ihres Rückkehrprozesses an den Arbeitsplatz, auch bis zu sechs Monate nach ihrer Entlassung aus der Klinik. Darunter fällt beispielsweise die Begleitung zu Wiedereingliederungsgesprächen oder die Klärung der Offenlegung der Erkrankung. Die Intervention wurde an den sieben unterschiedlichen Kliniken für Akut- und Allgemeinpsychiatrie in München sowie im Münchner Umland erprobt.³⁰⁵

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Um die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung zu fördern bzw. wiederherzustellen und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden, können Leistungen der Rehabilitation in Anspruch genommen werden. Daten dazu liegen aus der Statistik der gesetzlichen Rentenversicherung vor. Im Jahr 2020 wurden in Bayern 19.917 stationäre Leistungen der medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe im Zusammenhang mit einer psychischen Erkran-

Psychische und Verhaltensstörungen (ICD F00–99), Krankenhaufälle, bayerische Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

Altersgruppe 15 bis unter 65 Jahre										
Jahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fälle	136.741	141.688	145.224	146.749	148.998	147.311	146.012	142.555	141.257	139.681

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

³⁰⁴ Knieps F., Pfaff, H. (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2020. Berlin 2020.

³⁰⁵ Riedl, L. et al.: Return-to-work-experts for inpatient treatment of patients with mental illness – a proof-of-concept-study (RETURN): the study protocol. BMC Psychiatry 2020; 20: 177.

kung abgeschlossen, davon entfiel der überwiegende Anteil mit 18.946 Rehabilitationsleistungen auf die Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen. Frauen nahmen die stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation etwas häufiger als Männer in Anspruch. Affektive Störungen machten fast 45 % der Fälle aus, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit knapp 23 % der Fälle und Maßnahmen infolge von Alkoholabhängigkeit mit rund 17 % der Fälle.

Im Vergleich zu 2019 reduzierten sich in Bayern die Leistungen der medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung im Jahr 2020 um rund 4.000. Dieser Rückgang um rund 17 % wird in Zusammenhang mit der Corona-Pandemie gebracht.

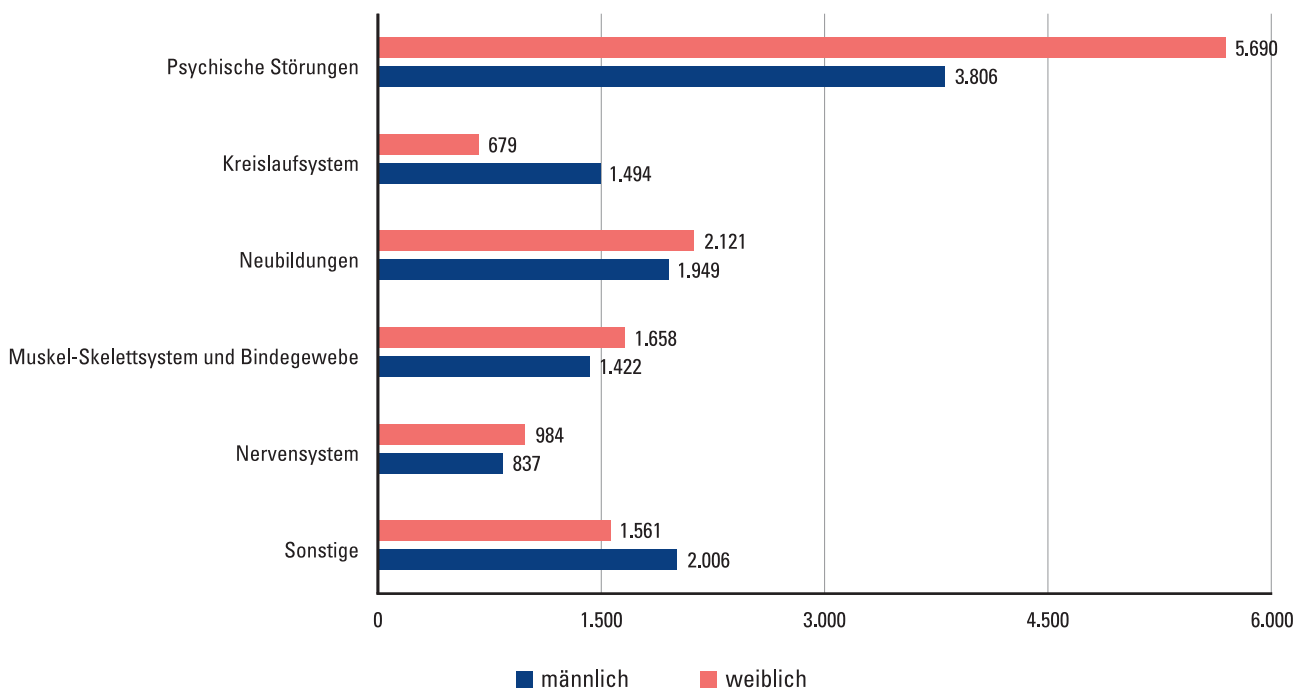
9.3 Rentenzugänge infolge einer psychischen Erkrankung

Im Jahr 2020 gab es in Bayern 24.208 Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit, davon entfielen 9.497, also rund 39 %, auf die psychischen Störungen. Damit stellen die psychischen und Verhaltensstörungen die häufigste Ursache einer krankheitsbedingten Frühberentung dar. An zweiter Stelle folgen die Neubildungen mit 17 % und an dritter Stelle die Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes mit knapp 13 %.

Das durchschnittliche Rentenzugangsalter aufgrund psychischer Erkrankungen der Männer lag 2020 in Bayern bei 51,0 Jahren, das der Frauen bei 51,5 Jahren.³⁰⁶

Im langfristigen Trend war zwischen 2001 und 2010 in Bayern eine Zunahme der Rentenzugänge infolge einer psychischen Erkrankung zu beobachten, zwischen 2011 und 2019 sind die Zahlen leicht zurückgegangen, bedingt durch die rückläufige Fallzahlentwicklung bei den Män-

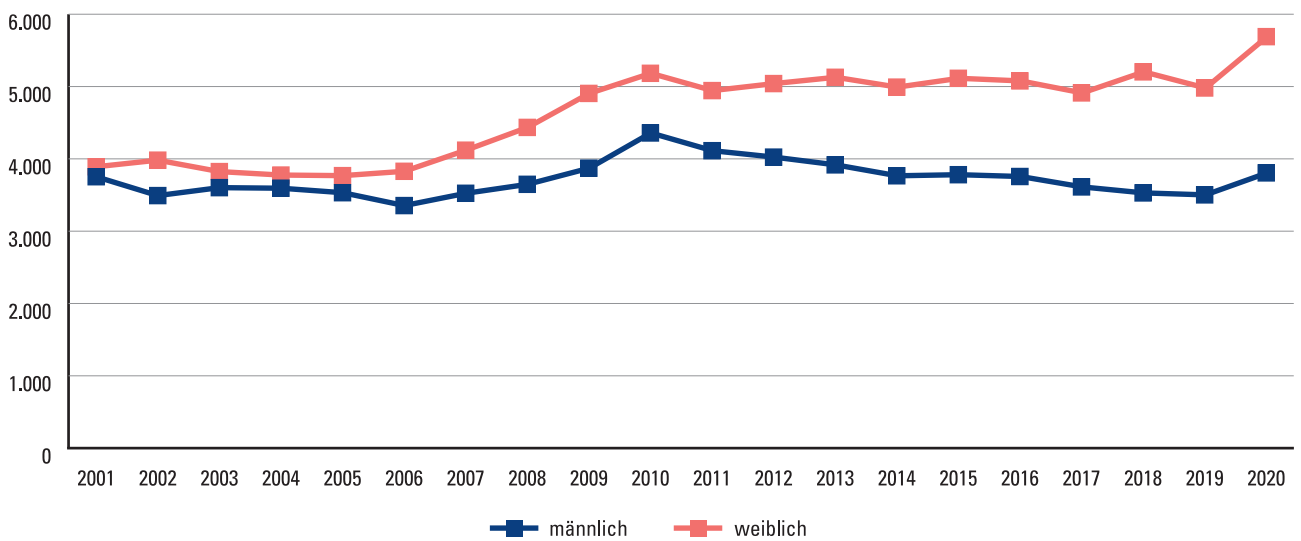
Krankheitsbedingte Rentenzugänge nach Diagnosen, Bayern 2020



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung

³⁰⁶ Quelle: Deutsche Rentenversicherung.

Krankheitsbedingte Rentenzugänge infolge psychischer Störungen nach Geschlecht, Bayern 2001–2020



Datenquelle: Deutsche Rentenversicherung

nern. Im Jahr 2020 war im Vergleich zum Vorjahr eine Zunahme um knapp 12 % zu beobachten. Innerhalb der krankheitsbedingten Rentenzugänge aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen betrug der Anteil der Frauen im Jahr 2020 rund 60 %.

9.4 Teilhabe am Arbeitsmarkt

37 % der Arbeitslosen in Deutschland mit Leistungsbezug nach SGB II haben eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen, ein höherer Anteil als in der Gesamtbevölkerung.³⁰⁷ Man geht, wie bereits erwähnt, davon aus, dass einerseits psychische Erkrankungen das Risiko erhöhen, arbeitslos zu werden oder in prekäre Beschäftigungsverhältnisse zu geraten, dass andererseits Arbeitslosigkeit und prekäre Beschäftigung psychisch krank machen können.

Der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt gestaltet sich insbesondere nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung häufig kompliziert. Einer Studie der Technischen Universität München zufolge misslang es rund 30 % der Patienten, drei Monate nach Entlassung aus der stationär-psychiatrischen Behandlung wieder ihrer alten Arbeit nachzugehen.³⁰⁸ Die Gründe für die erschwerte Rückkehr an den vorherigen Arbeitsplatz sind individuell unterschiedlich, sie hängen auch mit den vielfältigen arbeitsbezogenen Gegebenheiten zusammen. Es kristallisiert sich jedoch heraus, dass unter anderem Konflikte mit Kollegen und eine zu große Arbeitsmenge den Wiedereinstieg erschweren. Diese Faktoren stehen im Zusammenhang mit psychischen Belastungen in der Arbeitswelt und sollten beim Wiedereinstieg beachtet werden. Seit 2004 sind Arbeitgeber in Deutschland gesetzlich verpflichtet, länger erkrankten Beschäftigten ein Betriebliches Eingliederungsmanagement anzubieten.³⁰⁹

³⁰⁷ Gühne, U., Riedel-Heller, S.G., Kupka, P.: Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken – ein Überblick. IAB-Forum 2020.

³⁰⁸ Mernyi, L., Hölzle, P., Hamann, J.: Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. Psychiat Prax 2018; 45: 197–205.

³⁰⁹ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Betriebliches Eingliederungsmanagement. <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement.html> [Abruf am 18.11.2020].

Prävention psychischer Erkrankungen in der Arbeitswelt

Das Arbeitsschutzgesetz schreibt vor, dass Arbeitgeber eine Gefährdungsbeurteilung auch für psychische Belastungen durchführen müssen, um psychische Risiken am Arbeitsplatz zu erkennen und ihnen vorzubeugen. Zur Gefährdungsbeurteilung zählt neben der Ermittlung der Gefährdungen und Belastungen auch die Festlegung und Durchführung von geeigneten Maßnahmen, eine Wirksamkeitskontrolle dieser Maßnahmen sowie deren Dokumentation und Fortschreibung.

Darauf aufbauend gibt es zudem Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung auch zur Förderung der psychischen Gesundheit der Beschäftigten. Das Spektrum reicht dabei von Angeboten an Entspannungstrainings und Workshops zum Umgang mit Stressoren bis hin zu Führungskräftebildungen und zur Neugestaltung von Arbeitsabläufen.

Die psychische Gesundheit steht auch auf der arbeitsschutzpolitischen Agenda, z. B. über das Arbeitsprogramm Psyche der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (www.gda-psyche.de). Handlungsbedarf besteht nach wie vor: Einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zufolge haben viele Betriebe keine Gefährdungsbeurteilungen, die auch psychische Belastungen berücksichtigen, in kleinen Betrieben wird häufig sogar gar keine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt.³¹⁰

Berufliche Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung weist 2020 für Personen mit einer psychischen Erkrankung in Bayern 1.350 abgeschlossene Leistungen zur

Teilhabe am Arbeitsleben aus. Personen mit einer Suchterkrankung nutzen dieses Angebot jedoch kaum.

Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Bayern 2020

Maßnahmenart	Anzahl
Individuelle betriebliche Qualifizierung	6
Förderung der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit	5
Leistungen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes	44
Berufsvorbereitung	95
Leistungen zur beruflichen Bildung	540
Rehabilitation psychisch Kranker	94
Leistungen im Eingangsverfahren und im Berufsbildungsbereich	432
Kfz-Hilfe	3
Leistungen an Arbeitgeber	131
Summe	1.350

Quelle: DRV

³¹⁰ Beck, D., Lenhardt U.: Consideration of psychosocial factors in workplace risk assessments: findings from a company survey in Germany. Int Arch Occup Environ Health 2019; 92 (3): 435–451.

10. KOORDINATION IN DER VERSORGUNG PSYCHISCHER STÖRUNGEN

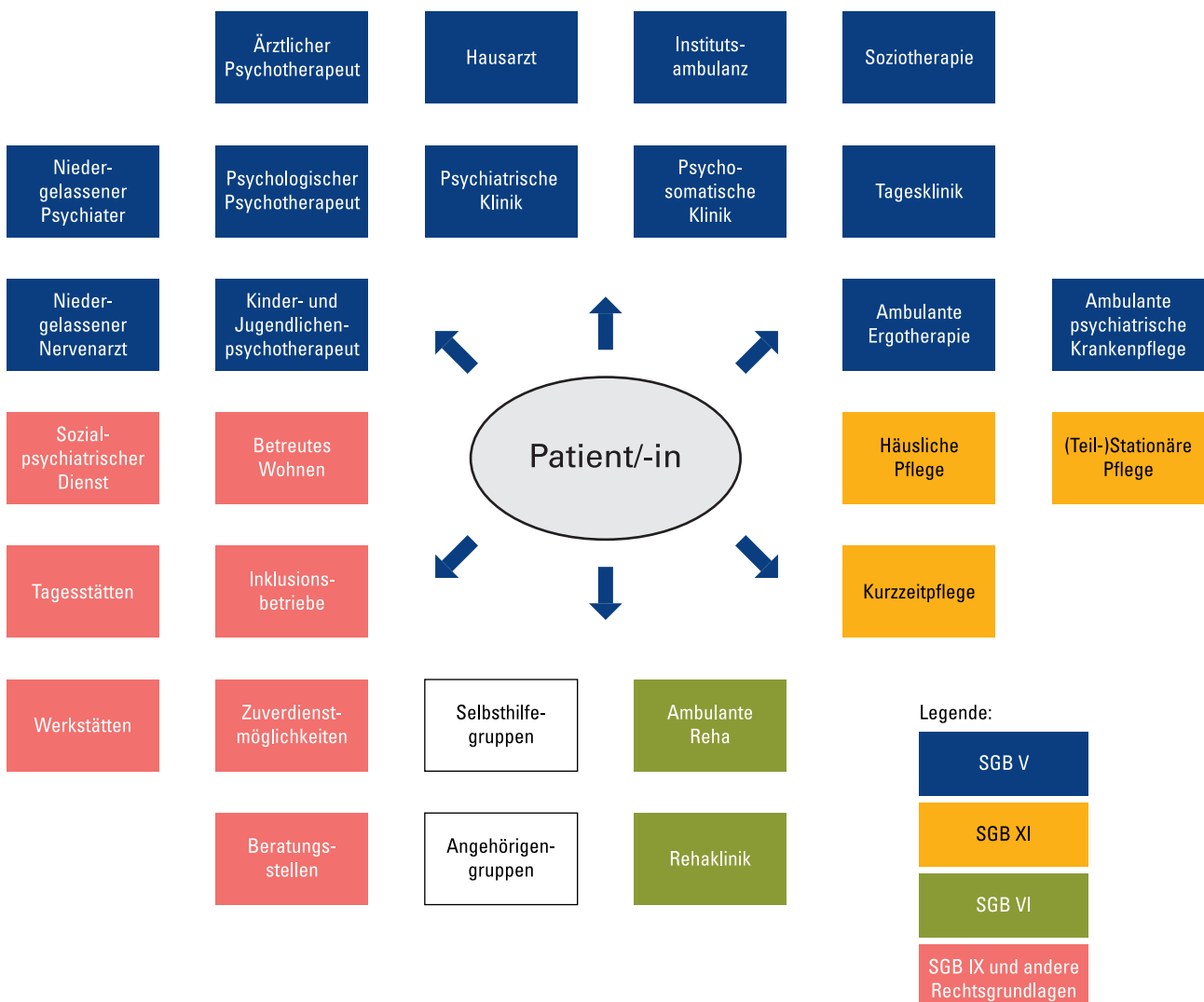
10. Koordination in der Versorgung psychischer Störungen

Seit der Psychiatrie-Enquête Mitte der 70er Jahre mit den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und der gemeindenahen Erbringung der Leistungen sind zahlreiche neue Hilfe- und Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen hinzugekommen. Die vorangehenden Kapitel zeigen, dass das Versorgungssystem in Bayern multiprofessionell und komplex geworden ist.

Zahlreiche Versorgungsangebote werden inzwischen wohnortnah zur Verfügung gestellt.

Es wurde allerdings beklagt, dass der Umbau zu einer Zersplitterung des Versorgungssystems und zu einer Unübersichtlichkeit für Betroffene, für ihre Angehörigen und selbst für die professionellen Helfer geführt hat. Das mehrgliedrige Gesundheitssystem in Deutschland und die

Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen: die ambulante, (teil-)stationäre und komplementäre Versorgungslandschaft



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Bramesfeld, A., Koller, M., Salize, H.-J. 2019; ohne Anspruch auf Vollständigkeit

unterschiedlich zuständigen Sozialgesetzbücher haben dabei eine maßgebliche Rolle gespielt bzw. sind auch heute noch für die fehlende gemeinsame Sichtweise und Koordination verantwortlich.³¹¹ Den Betroffenen fehlt eine angemessene Unterstützung auf ihrem Weg in und durch das Versorgungssystem. Dabei kann es u. a. zu unnötigen stationären Behandlungen kommen oder es entstehen Lücken im Anschluss an eine Behandlung. Insbesondere bei Menschen mit komplexem Hilfebedarf gilt es, unterschiedliche Angebote miteinander zu verknüpfen und aufeinander abzustimmen.

Demzufolge wurden mehr Transparenz sowie Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungsdienstleistern eingefordert. Zwar wurden in den zurückliegenden Jahren u. a. verschiedene Modellprojekte zur verbesserten Steuerung auf den Weg gebracht (z. B. Besondere Versorgung nach § 140a SGB V), allerdings wurden diese in vielen Fällen nicht in die Regelversorgung überführt bzw. müssen weiterhin mit jeder Krankenkasse einzeln verhandelt werden. Auch den regionalen Steuerungsverbänden fehlen zur Verbesserung der Koordination die notwendigen Entscheidungskompetenzen. Zudem bilden sie oftmals nicht die gesamte Breite des Versorgungssystems ab.³¹²

Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer und Leistungsträger sowie die Vernetzung der Hilfeangebote mit nahtlosen Übergängen wurde auch bereits in den derzeit im Überarbeitungsprozess befindlichen „Grundsätzen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ der Bayerischen Staatsregierung von 2007 als notwendig benannt. Das BayPsychKHG von 2018 hebt erneut die Bedeutung der Vernetzung und Zusammenarbeit der Beteiligten hervor.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten 2018 neben dem Ausbau ambulanter und teilstationärer Kapazitäten eine stärker verbindliche Koordinierung der Leistungen, beispielsweise durch eine gestaffelte Hauptkoordinierungsverantwortung (denkbar wären hier z. B. Hausärzte, die bei längerem Krankheitsverlauf die Koordinierungsleistung an den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie weitergeben), inklusive einer separaten Vergütung für diese Leistung. Insbesondere für den ländlichen Raum könnten lokale Gesundheitszentren mit angestellten Sozialarbeitern die Koordinierungsfunktion übernehmen. Zudem wird eine sektorenübergreifende Angebotskapazitätsplanung befürwortet.³¹³

Regionale Steuerungsverbände

Ein Regionaler Steuerungsverbund ist ein Zusammenschluss aller in der Region an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Organisationen, Behörden, Vertretungen der Betroffenen und Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen. Er hat die Aufgabe, die regionale Versorgungssituation hinsichtlich des Bedarfs, der Angebote und Leistungen kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Zudem hat er eine wichtige Vernetzungs- und Koordinierungsfunktion.³¹⁴

³¹¹ Bramesfeld, A., Koller, M., Salize, H.-J.: Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Bern 2019.

³¹² Kuhn, J., Brieger, P., Härter, M.: Brücken statt Mauern. Kooperation in der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen. Bundesgesundheitsbl 2019; 62: 119–120; Bramesfeld, A., Koller, M., Salize, H.-J.: Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Bern 2019.

³¹³ SVR: Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Deutscher Bundestag Drucksache 19/3180.

³¹⁴ Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. 2007.

Die Koordination und Vernetzung der Beteiligten ist für die Weiterentwicklung der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen von enormer Bedeutung. Modellprojekte und Initiativen haben seit der Psychiatrie-Enquête bereits wichtige Impulse dafür gesetzt. Es gilt, die notwendigen Ansätze für ein multiprofessionelles und koordiniertes Versorgungsmanagement in den Regelstrukturen zu etablieren.

Der Bericht lässt zentrale Herausforderungen für das Handlungsfeld Psychische Gesundheit erkennen:

1. Psychische Gesundheit ist ein unverzichtbarer Teil von Gesundheit und Wohlbefinden.
2. Etwa ein Drittel der Bevölkerung leidet im Laufe eines Jahres an einer relevanten psychischen Störung. Die Corona-Pandemie hat zu zusätzlichen Belastungen mit absehbarer Zunahme von psychischen Beschwerden geführt. Psychische Gesundheit ist ein Public Health-Thema, das die Breite der Bevölkerung betrifft, nicht kleine Gruppen.
3. Auch die psychische Gesundheit ist insgesamt durch soziale Ungleichheit geprägt.
4. Eine durchgreifende Verbesserung der psychischen Gesundheit ist nur möglich, wenn sie als gesamtgesellschaftliche Herausforderung gesehen, enttabuisiert und in den gesundheitspolitischen Handlungsrahmen integriert wird.
5. Die Prävention im Bereich psychischer Gesundheit, z. B. in den Familien, in Schulen, am Arbeitsplatz oder in den Gemeinden ist weiter zu stärken.
6. In der Versorgung psychischer Störungen sind niedrigschwellige, gemeindenahe und sektorübergreifende Ansätze wichtig.
7. Der Ausbau der Krisenintervention ist fortzusetzen, auch mit Blick auf die Vermeidung von Unterbringungen. Hier setzt das BayPsychKHG wichtige Impulse.
8. Die Verbesserung der gesellschaftlichen Teilhabe psychisch Kranker ist eine bedeutende Zukunftsaufgabe. Hierzu gehört auch die Entstigmatisierung von Problemen der psychischen Gesundheit durch eine gemeinsame, akzeptierende Öffentlichkeitsarbeit. Der vorliegende Bericht setzt hier die bereits mit den früheren Berichten der bayerischen Staatsregierung begonnene Strategie fort.
9. Die weitere Entwicklung der vorgenannten Themenfelder in Bayern sollen durch die novellierten „Grundsätze der Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ aufgegriffen und konkretisiert werden.
10. Die Datengrundlage zur psychischen Gesundheit ist weiterzuentwickeln, auch in Zusammenarbeit mit der Nationalen Mental Health Surveillance auf Bundesebene.

11. INFORMATIONEN, BERATUNG UND BEGLEITUNG

11. Informationen, Beratung und Begleitung

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten zu Information, Beratung und Betreuung, Erfahrungsaustausch und Unterstützung für Betroffene und ihre Angehörigen. Im Bericht wurden bereits einige benannt. Im Folgenden ist eine Auswahl der wichtigsten Ansprechpartner in Bayern zusammengestellt.

Akute Krisen

Neben den regionalen Krankenhäusern und der Polizei bieten folgende Anlauf- und Beratungsstellen Hilfen an:

Die **bayerischen Krisendienste** bieten niederschwellige Hilfe und Unterstützung in psychischen Notlagen, bei Bedarf mobile Einsätze am Ort der Krise, Abklärung der Krisensituation und Beratung von Betroffenen und Bezugspersonen vor Ort und Wegweisung und Vermittlung an spezialisierte Hilfen.

Tel. 0800/6553000; www.krisendienste.bayern

Die **Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention** (DGS) bietet eine Informationsplattform über bundesweite Beratungsangebote für Suizidgefährdete und eine Übersicht über alle Hilfeeinrichtungen und Telefonseelsorgestellen an.

www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote

Das deutschlandweite Kinder- und Jugendtelefon **„Nummer gegen Kummer“** bietet Beratungsangebote zu psychosozialen Themen und Gesundheit. Bei Bedarf vermitteln sie z. B. auch in weiterführende medizinisch-therapeutische Hilfen. Eltern können sich ebenfalls kostenfrei und anonym beraten zu lassen.

Kinder- und Jugendtelefon: 116111; Elterntelefon: 0800110550

Die **Telefonseelsorge** ist bundesweit tätig, mit rund 8.000 umfassend ausgebildeten (ehrenamtlichen) Mitarbeitern in 104 Telefon-Seelsorgestellen vor Ort. Zusätzliche Angebote neben der telefonischen Beratung sind Mail-, Chat- und Face-to-face-Beratungen. Eine Liste der beteilig-

ten Stellen vor Ort ist auf der Homepage abrufbar.

Tel.: 0800/1110111, 0800/1110222 oder 116123 oder per Mail und Chat unter

www.telefonseelsorge.de

Etwa 180 **Erziehungsberatungsstellen** Erziehungsberatungsstellen (einschließlich Nebenstellen und Außensprechstunden) stehen Kindern, Jugendlichen und Eltern in Bayern zur Verfügung. Sie beraten unter anderem bei interfamiliären Problemen, Erziehungs- und Entwicklungsfragen und psychischen familiären Belastungen.

www.erziehungsberatung.bayern.de

Medizinische und psychotherapeutische Versorgung

Auskunft darüber, welche niedergelassenen Ärzte wohnortnah erreichbar sind, gibt der **Arzt-suchdienst der Bayerischen Landesärztekammer** unter:

www.arzt-bayern.de

Bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz hilft der **Psychotherapeutensuchdienst der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**:

www.ptk-bayern.de

Die **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)** bietet neben einer online Arztsuche unter www.kvb.de die Terminservicestelle an, die telefonisch unter: Tel. 116117; Termine bei Ärzten vermittelt sowie unterstützt bei der Suche nach dauerhaften Haus-, Kinder- und Jugendärzten.

Die **„Koordinationsstelle Psychotherapie“** der KVB hilft bei der Therapeutensuche:

Tel. 0921/88099-40410; www.kvb.de/service/patienten/koordinationsstelle-psychotherapie/

Darüber hinaus stehen **Demenzambulanzen** und Demenzsprechstunden als Möglichkeit der

Früherkennung, Therapie und Beratung von Demenzpatienten zur Verfügung. Eine Übersicht über Angebote in der Umgebung bietet die Deutsche Alzheimer-Gesellschaft auf ihrer Website: <https://www.deutsche-alzheimer.de/adressen>

Psychosoziale Hilfen

Sozialpsychiatrische Dienste (teils mit gerontopsychiatrischen Fachkräften) und **Psychosoziale Suchtberatungsstellen** gibt es in nahezu jeder Region Bayerns. Die Dienste sind häufig auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte organisiert. In einigen Regionen gibt es zudem eigenständige Gerontopsychiatrische Dienste. Die Adresse und Telefonnummer des nächsten Dienstes sind über die bayerischen Bezirke erhältlich.

Informationen über Unterstützungsleistungen im Rahmen der **Eingliederungshilfe** sowie Adressen und Telefonnummern von Einrichtungen, wie Tagesstätten oder betreutes Wohnen, sind über die **Bayerischen Bezirke** erhältlich.

www.bezirk-oberbayern.de
www.bezirk-niederbayern.de
www.bezirk-oberpfalz.de
www.bezirk-oberfranken.de
www.bezirk-mittelfranken.de
www.bezirk-unterfranken.de
www.bezirk-schwaben.de

Adressen und Telefonnummern der Suchthilfeeinrichtungen in Bayern listet die **Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe (KBS)** Tel.: 089/536515; www.kbs-bayern.de

Für Kinder im Alter von der Geburt bis zum Schuleintritt und deren Familien steht ein flächendeckendes Netz von über 220 **Interdisziplinären** Frühförderstellen zur Verfügung. Sie bieten neben Früherkennung und Förderung gezielte Beratung für die Eltern im Hinblick auf (drohende) Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen und Verhaltensauffälligkeiten bei noch nicht schulpflichtigen Kindern an.

Auf der Website der Arbeitsstelle Frühförderung Bayern finden sich weitergehende Informationen sowie eine Adressenliste: <https://www.fruehfoerderung-bayern.de/>

Für Menschen mit Demenz und deren Angehörige stehen die **regionalen Alzheimer Gesellschaften** in Bayern als Ansprechpartner zur Verfügung. Die jeweiligen Kontaktdaten sind abrufbar unter: <https://www.alzheimer-bayern.de/index.php/standorte-in-bayern>

Zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen stehen in Bayern derzeit rund 110 **Fachstellen für pflegende Angehörige** beratend zur Verfügung. Durch psychosoziale Beratung und begleitende Unterstützung sollen pflegende Angehörige entlastet werden. Die jeweiligen Kontaktdaten sind abrufbar unter: https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflege-zu-hause/fachstellen_pfleger_angehoerige/

Anlaufstellen der Betroffenenorganisationen und Beschwerdestellen

Der Bayerische Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. bietet Beratung von und für Menschen, die Erfahrungen mit Psychiatrie bzw. mit seelischen Krisen gemacht haben. Tel: 0821/45047863 Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. – Bayerischer Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (baype.info)

Der **Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V.** stellt Informationen für Angehörige psychisch erkrankter Erwachsener, ebenso wie für Kinder psychisch kranker Eltern, Beratungsmöglichkeiten, regionale Selbsthilfeangebote, Seminare, u. a. auf seiner Webseite zur Verfügung. Tel.: 089/51086325; www.lvbayern-apk.de

In Bayern gibt es in jeder Region **Selbsthilfegruppen** zu Problemlagen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit. Informationen zur Selbsthilfe in Bayern gibt die Selbsthilfekoordination Bayern. Tel.: 0931/20781640; www.seko-bayern.de und www.selbsthilfe-in-bayern.de

Bei der Behandlung von psychischen Störungen kann es wie bei jeder anderen Erkrankung auch zu Konflikten mit Therapeuten oder Einrichtungen kommen. In Oberbayern gibt es bereits neun **Unabhängige psychiatrische Beschwerdestellen (UpB)**, die bei der Suche nach einer einvernehmlichen Lösung helfen (Oberbayerische UpB; <https://www.ospe-ev.de/beschwerdestellen>). Derzeit werden in Bayern flächendeckend UpB eingerichtet, die Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen leicht erreichbar, kostenlos und auf Wunsch anonym ein offenes Ohr für ihre Anliegen bieten.

12. TABELLEN- ANHANG

12. Tabellenanhang

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99) mit M2Q-Diagnosestellung in den Altersgruppen 0 bis einschließlich 17 Jahren – Regionale Verteilung, Bayern, 2020

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	838	1.428	2.266	8.547	13.751	11.212
München (Krfr.St)	13.646	19.422	33.069	14.535	19.777	17.201
Rosenheim (Krfr.St)	458	733	1.191	10.698	16.135	13.493
Altötting (Lkr)	767	1.238	2.005	9.503	14.578	12.101
Berchtesgadener Land (Lkr)	773	1.134	1.908	11.574	15.898	13.804
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	886	1.317	2.203	10.405	14.334	12.439
Dachau (Lkr)	1.207	1.880	3.087	10.996	16.388	13.749
Ebersberg (Lkr)	1.292	1.922	3.214	12.812	18.117	15.523
Eichstätt (Lkr)	946	1.663	2.609	9.122	15.410	12.326
Erding (Lkr)	1.199	1.960	3.159	12.148	18.425	15.401
Freising (Lkr)	1.435	2.192	3.627	11.365	16.492	13.988
Fürstenfeldbruck (Lkr)	2.285	3.388	5.673	15.268	21.436	18.434
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	591	902	1.493	11.246	16.191	13.786
Landsberg am Lech (Lkr)	806	1.257	2.063	10.159	15.314	12.773
Miesbach (Lkr)	667	1.021	1.688	10.786	15.732	13.312
Mühldorf a. Inn (Lkr)	992	1.448	2.440	11.939	16.230	14.157
München (Lkr)	2.709	4.187	6.896	12.234	17.935	15.147
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	897	1.511	2.409	12.178	20.027	16.148
Pfaffenhofen a.d. Ilm (Lkr)	1.151	1.788	2.939	12.326	18.165	15.312
Rosenheim (Lkr)	1.795	2.811	4.606	10.276	15.125	12.770
Starnberg (Lkr)	1.059	1.527	2.586	13.257	18.292	15.826
Traunstein (Lkr)	1.105	1.675	2.780	9.319	13.545	11.475
Weilheim-Schongau (Lkr)	1.291	2.016	3.308	13.621	20.076	16.941
Oberbayern	38.795	58.420	97.219	12.377	17.713	15.105

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Landshut (Krfr.St)	526	805	1.332	11.201	16.823	14.040
Passau (Krfr.St)	367	542	909	12.868	18.613	15.759
Straubing (Krfr.St)	336	543	879	11.230	17.129	14.256
Deggendorf (Lkr)	928	1.399	2.327	11.772	17.178	14.517
Freyung-Grafenau (Lkr)	627	896	1.523	12.520	17.267	14.928
Kelheim (Lkr)	1.010	1.576	2.586	10.978	16.478	13.780
Landshut (Lkr)	1.138	1.778	2.916	9.900	14.719	12.365
Passau (Lkr)	1.562	2.432	3.994	12.516	18.284	15.485
Regen (Lkr)	472	738	1.210	9.595	13.946	11.845
Rottal-Inn (Lkr)	586	941	1.527	7.193	10.841	9.071
Straubing-Bogen (Lkr)	761	1.141	1.902	10.606	15.340	13.010
Dingolfing-Landau (Lkr)	770	1.163	1.933	11.226	15.962	13.663
Niederbayern	9.083	13.954	23.038	10.851	15.886	13.425
Amberg (Krfr.St)	290	445	735	10.968	16.354	13.695
Regensburg (Krfr.St)	1.337	2.035	3.372	15.191	21.774	18.567
Weiden i. d. OPf. (Krfr.St)	342	494	836	12.979	17.808	15.427
Amberg-Sulzbach (Lkr)	748	1.234	1.982	11.146	17.249	14.287
Cham (Lkr)	811	1.278	2.089	9.583	14.303	12.006
Neumarkt i. d. OPf. (Lkr)	1.032	1.642	2.675	11.037	17.044	14.084
Neustadt a. d. Waldnaab (Lkr)	634	1.060	1.694	10.525	16.701	13.686
Regensburg (Lkr)	1.624	2.487	4.111	11.965	17.480	14.783
Schwandorf (Lkr)	1.095	1.775	2.870	10.866	16.766	13.886
Tirschenreuth (Lkr)	564	956	1.521	12.100	19.703	15.982
Oberpfalz	8.477	13.406	21.885	11.622	17.506	14.630
Bamberg (Krfr.St)	576	897	1.473	13.543	20.171	16.923
Bayreuth (Krfr.St)	596	989	1.585	15.481	24.694	20.168
Coburg (Krfr.St)	256	373	629	11.034	15.113	13.132
Hof (Krfr.St)	548	820	1.368	16.971	23.810	20.439
Bamberg (Lkr)	1.634	2.453	4.088	15.829	23.320	19.610
Bayreuth (Lkr)	812	1.309	2.121	12.130	18.437	15.371

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Coburg (Lkr)	565	940	1.505	10.267	16.302	13.354
Forchheim (Lkr)	1.134	1.838	2.972	13.931	22.171	18.079
Hof (Lkr)	652	949	1.601	11.316	16.181	13.676
Kronach (Lkr)	374	640	1.014	9.907	16.563	13.267
Kulmbach (Lkr)	541	865	1.406	12.717	19.386	16.126
Lichtenfels (Lkr)	853	1.205	2.058	20.075	27.158	23.685
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	489	789	1.278	11.004	16.604	13.887
Oberfranken	9.030	14.067	23.098	13.519	20.264	16.939
Ansbach (Krfr.St)	322	472	794	11.247	16.164	13.723
Erlangen (Krfr.St)	1.320	1.918	3.238	18.413	25.214	21.898
Fürth (Krfr.St)	1.375	2.096	3.472	15.410	22.133	18.856
Nürnberg (Krfr.St)	5.614	8.424	14.039	15.912	22.651	19.358
Schwabach (Krfr.St)	362	591	953	12.693	19.806	16.324
Ansbach (Lkr)	1.141	1.888	3.030	8.770	13.513	11.225
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	1.747	2.624	4.371	18.128	25.528	21.938
Fürth (Lkr)	1.216	1.817	3.033	15.540	22.078	18.882
Nürnberger Land (Lkr)	1.396	2.261	3.657	12.586	18.970	15.888
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	945	1.523	2.468	13.312	20.196	16.848
Roth (Lkr)	988	1.662	2.650	11.533	18.296	15.006
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	931	1.304	2.236	13.797	18.465	16.181
Mittelfranken	17.357	26.580	43.941	14.337	20.724	17.613
Aschaffenburg (Krfr.St)	615	940	1.555	13.522	19.486	16.583
Schweinfurt (Krfr.St)	359	681	1.040	9.437	17.111	13.354
Würzburg (Krfr.St)	1.182	1.817	3.000	17.483	25.541	21.604
Aschaffenburg (Lkr)	1.324	2.194	3.518	11.849	18.482	15.262
Bad Kissingen (Lkr)	822	1.184	2.006	12.413	17.499	14.978
Rhön-Grabfeld (Lkr)	600	902	1.502	11.007	16.249	13.650
Haßberge (Lkr)	932	1.540	2.472	16.102	25.200	20.770
Kitzingen (Lkr)	930	1.414	2.344	14.906	21.496	18.281
Miltenberg (Lkr)	1.114	1.708	2.822	12.764	18.654	15.773
Main-Spessart (Lkr)	993	1.565	2.558	12.494	19.104	15.847

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Schweinfurt (Lkr)	992	1.616	2.608	12.746	19.400	16.185
Würzburg (Lkr)	1.404	2.275	3.679	13.065	20.168	16.700
Unterfranken	11.267	17.836	29.104	13.164	19.872	16.593
Augsburg (Krfr.St)	3.043	4.571	7.615	15.689	22.186	19.028
Kaufbeuren (Krfr.St)	651	854	1.505	20.497	25.630	23.111
Kempton (Allgäu) (Krfr.St)	608	938	1.546	13.186	19.432	16.375
Memmingen (Krfr.St)	368	525	893	12.085	16.325	14.261
Aichach-Friedberg (Lkr)	957	1.522	2.479	9.907	15.164	12.581
Augsburg (Lkr)	1.999	3.221	5.220	11.178	16.982	14.162
Dillingen a. d. Donau (Lkr)	557	958	1.515	8.182	13.346	10.824
Günzburg (Lkr)	1.020	1.713	2.733	11.352	17.967	14.751
Neu-Ulm (Lkr)	1.362	2.084	3.446	11.762	17.679	14.740
Lindau (Bodensee) (Lkr)	527	889	1.416	11.177	18.073	14.692
Ostallgäu (Lkr)	1.521	2.202	3.723	14.973	20.884	17.982
Unterallgäu (Lkr)	964	1.603	2.567	9.337	14.955	12.187
Donau-Ries (Lkr)	947	1.410	2.357	10.248	14.416	12.388
Oberallgäu (Lkr)	1.146	1.739	2.885	11.507	16.614	14.119
Schwaben	15.670	24.229	39.900	12.096	17.827	15.024
Bayern	109.679	168.492	278.185	12.562	18.363	15.527

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern; Stand Oktober 2021

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99) mit M2Q-Diagnosestellung in den Altersgruppen ab 18 Jahren – Regionale Verteilung, Bayern, 2020

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	16.231	11.596	27.827	32.562	26.289	29.612
München (Krfr.St)	161.915	97.861	259.779	30.534	23.283	27.320
Rosenheim (Krfr.St)	7.672	4.875	12.547	32.630	25.704	29.530
Altötting (Lkr)	13.170	8.898	22.068	31.080	24.645	28.116
Berchtesgadener Land (Lkr)	12.051	7.144	19.195	32.710	25.198	29.440
Bad Tölz-Wolfrats- hausen (Lkr)	13.967	8.526	22.494	30.516	22.876	27.084
Dachau (Lkr)	16.843	10.761	27.605	30.536	23.101	27.128
Ebersberg (Lkr)	14.078	8.811	22.889	28.141	21.571	25.183
Eichstätt (Lkr)	12.870	8.911	21.781	27.413	21.113	24.428
Erding (Lkr)	14.774	9.849	24.625	29.534	23.307	26.682
Freising (Lkr)	17.145	11.385	28.530	27.340	20.647	24.204
Fürstenfeldbruck (Lkr)	23.463	13.740	37.203	29.877	22.043	26.405
Garmisch-Parten- kirchen (Lkr)	9.052	5.433	14.485	28.289	22.705	25.895
Landsberg am Lech (Lkr)	11.017	7.129	18.146	26.721	21.162	24.220
Miesbach (Lkr)	10.474	6.109	16.583	30.522	22.334	26.885
Mühldorf a. Inn (Lkr)	13.343	9.585	22.928	31.737	25.940	29.022
München (Lkr)	34.365	19.757	54.122	29.385	21.709	26.022
Neuburg-Schroben- hausen (Lkr)	10.557	7.493	18.050	29.477	24.109	26.980
Pfaffenhofen a.d. Ilm (Lkr)	12.931	9.157	22.088	28.212	22.548	25.549
Rosenheim (Lkr)	28.135	17.870	46.005	30.123	23.678	27.241
Starnberg (Lkr)	12.374	6.819	19.193	27.523	20.466	24.514
Traunstein (Lkr)	19.924	12.545	32.470	30.479	23.208	27.186
Weilheim-Schongau (Lkr)	14.473	10.397	24.870	29.283	25.034	27.340
Oberbayern	500.824	314.651	815.483	29.929	23.077	26.848
Landshut (Krfr.St)	9.363	5.894	15.257	35.308	27.901	32.016
Passau (Krfr.St)	6.371	4.235	10.606	33.784	27.972	31.190

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Straubing (Krfr.St)	6.730	4.762	11.492	37.460	31.333	34.634
Deggendorf (Lkr)	16.810	11.185	27.995	37.681	29.354	33.838
Freyung-Grafenau (Lkr)	10.342	7.010	17.352	35.103	27.121	31.367
Kelheim (Lkr)	13.849	9.378	23.227	30.852	23.247	27.248
Landshut (Lkr)	18.542	12.657	31.199	32.417	25.405	29.148
Passau (Lkr)	23.789	15.735	39.525	32.688	25.458	29.364
Regen (Lkr)	10.620	6.974	17.594	36.384	28.040	32.544
Rottal-Inn (Lkr)	13.833	8.998	22.832	30.754	23.347	27.333
Straubing-Bogen (Lkr)	12.347	8.397	20.744	33.290	25.781	29.775
Dingolfing-Landau (Lkr)	12.130	9.167	21.298	34.025	27.821	31.044
Niederbayern	154.726	104.392	259.121	33.696	26.341	30.284
Amberg (Krfr.St)	5.242	3.592	8.834	32.388	27.185	30.040
Regensburg (Krfr.St)	17.150	10.921	28.071	31.249	24.715	28.320
Weiden i. d. OPf. (Krfr.St)	5.840	3.834	9.674	35.054	29.008	32.352
Amberg-Sulzbach (Lkr)	12.641	8.864	21.505	32.245	26.049	29.366
Cham (Lkr)	15.924	11.575	27.499	32.880	27.635	30.445
Neumarkt i. d. OPf. (Lkr)	15.511	11.242	26.753	31.761	26.324	29.221
Neustadt a. d. Waldnaab (Lkr)	11.113	7.474	18.587	31.324	24.612	28.223
Regensburg (Lkr)	24.107	16.640	40.747	34.173	27.310	30.989
Schwandorf (Lkr)	18.476	12.590	31.066	33.347	25.932	29.880
Tirschenreuth (Lkr)	8.832	5.840	14.672	31.949	24.369	28.421
Oberpfalz	134.836	92.572	227.408	32.627	26.221	29.669
Bamberg (Krfr.St)	9.376	5.751	15.128	34.393	26.827	31.057
Bayreuth (Krfr.St)	8.185	5.307	13.492	30.833	25.618	28.540
Coburg (Krfr.St)	5.611	3.645	9.256	35.095	29.039	32.428
Hof (Krfr.St)	7.054	4.746	11.800	38.837	32.578	36.045
Bamberg (Lkr)	19.215	13.291	32.506	35.233	28.073	31.905
Bayreuth (Lkr)	13.105	8.807	21.913	33.452	26.790	30.411
Coburg (Lkr)	11.963	8.103	20.066	35.037	29.018	32.323

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Forchheim (Lkr)	14.637	10.425	25.062	33.464	27.738	30.815
Hof (Lkr)	13.092	8.582	21.674	35.094	28.005	31.896
Kronach (Lkr)	9.324	6.501	15.825	35.443	29.341	32.651
Kulmbach (Lkr)	8.997	5.968	14.965	31.653	25.346	28.792
Lichtenfels (Lkr)	8.849	6.329	15.178	33.898	28.865	31.598
Wunsiedel i. Fichtelgebirge (Lkr)	9.150	5.994	15.144	31.709	25.117	28.722
Oberfranken	138.558	93.449	232.009	34.081	27.718	31.194
Ansbach (Krfr.St)	6.072	3.914	9.987	38.861	30.943	35.318
Erlangen (Krfr.St)	13.341	8.737	22.080	32.671	25.477	29.377
Fürth (Krfr.St)	18.877	12.095	30.974	38.267	29.476	34.267
Nürnberg (Krfr.St)	75.171	50.221	125.393	38.015	30.403	34.536
Schwabach (Krfr.St)	5.518	3.599	9.117	36.415	28.475	32.801
Ansbach (Lkr)	19.063	14.249	33.312	28.226	23.818	26.147
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	16.235	11.000	27.235	32.208	25.736	29.232
Fürth (Lkr)	16.045	9.999	26.045	35.800	27.799	32.234
Nürnberger Land (Lkr)	21.393	13.968	35.361	33.904	26.661	30.611
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	12.735	8.827	21.562	33.916	26.441	30.393
Roth (Lkr)	15.032	10.805	25.838	32.201	27.658	30.125
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	11.445	8.802	20.247	32.902	28.227	30.599
Mittelfranken	230.927	156.216	387.151	34.801	27.878	31.618
Aschaffenburg (Krfr.St)	9.232	6.333	15.565	34.247	28.377	31.586
Schweinfurt (Krfr.St)	7.151	5.565	12.716	34.924	31.414	33.284
Würzburg (Krfr.St)	15.223	9.758	24.982	31.135	26.386	29.083
Aschaffenburg (Lkr)	20.497	14.385	34.882	31.497	26.247	29.094
Bad Kissingen (Lkr)	11.516	7.811	19.327	29.345	23.480	26.653
Rhön-Grabfeld (Lkr)	8.685	6.091	14.776	29.166	23.187	26.362
Haßberge (Lkr)	10.897	7.563	18.460	33.924	26.637	30.504
Kitzingen (Lkr)	10.198	7.614	17.813	29.687	25.473	27.723
Miltenberg (Lkr)	16.224	11.119	27.345	32.924	26.169	29.797
Main-Spessart (Lkr)	14.333	10.735	25.068	29.711	25.786	27.892

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Schweinfurt (Lkr)	13.523	9.835	23.358	31.788	26.103	29.116
Würzburg (Lkr)	16.916	11.494	28.410	28.708	23.433	26.310
Unterfranken	154.395	108.303	262.702	31.135	25.757	28.665
Augsburg (Krfr.St)	35.261	23.536	58.797	32.765	26.135	29.738
Kaufbeuren (Krfr.St)	6.020	4.411	10.431	35.133	31.070	33.289
Kempten (Allgäu) (Krfr.St)	9.191	6.298	15.489	35.739	29.745	33.029
Memmingen (Krfr.St)	5.374	3.776	9.150	33.400	27.566	30.714
Aichach-Friedberg (Lkr)	12.870	8.485	21.356	27.450	21.092	24.514
Augsburg (Lkr)	27.118	17.700	44.820	29.901	23.320	26.901
Dillingena.d.Donau (Lkr)	9.768	7.185	16.953	27.344	23.173	25.403
Günzburg (Lkr)	12.587	8.955	21.542	27.274	22.077	24.839
Neu-Ulm (Lkr)	19.481	13.262	32.744	30.847	24.780	28.062
Lindau (Bodensee) (Lkr)	7.526	4.717	12.243	26.028	21.183	23.914
Ostallgäu (Lkr)	14.876	10.172	25.049	29.335	23.717	26.759
Unterallgäu (Lkr)	13.512	9.834	23.348	26.039	21.500	23.912
Donau-Ries (Lkr)	14.837	10.624	25.461	30.651	24.860	27.930
Oberallgäu (Lkr)	16.840	10.678	27.522	30.161	23.463	27.153
Schwaben	205.261	139.633	344.905	29.968	24.096	27.274
Bayern	1.519.527	1.009.216	2.528.779	31.678	25.166	28.707

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns; Stand Oktober 2021

Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2019

Alter in Jahren	Anzahl			Je 100 000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0	57	61	118	91	93	92
1–4	188	350	538	76	135	106
5–9	363	823	1.186	129	277	205
10–14	2.862	1.796	4.658	1.019	606	807
15–19	7.608	6.109	13.717	2.495	1.867	2.170
20–24	6.260	7.740	14.000	1.721	1.910	1.821
25–29	5.077	7.209	12.286	1.228	1.604	1.424
30–34	5.204	7.981	13.185	1.230	1.760	1.504
35–39	5.408	8.317	13.725	1.286	1.924	1.609
40–44	5.331	7.391	12.722	1.342	1.841	1.593
45–49	6.525	7.653	14.178	1.484	1.725	1.605
50–54	8.634	9.331	17.965	1.620	1.705	1.663
55–59	8.271	8.762	17.033	1.606	1.694	1.650
60–64	5.315	5.555	10.870	1.244	1.333	1.288
65–69	3.568	3.410	6.978	960	1.006	982
70–74	3.229	2.290	5.519	1.070	853	968
75–79	3.914	2.654	6.568	1.212	995	1.114
80–84	3.738	2.359	6.097	1.385	1.212	1.313
85–89	2.236	1.332	3.568	1.564	1.624	1.586
90 und älter	1.290	614	1.904	1.507	1.861	1.605
Insgesamt	85.078	91.737	176.815	1.296	1.413	1.354
standard. an Europ.bev. alt				1.261,1	1.366,1	1.314,6

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand Juni 2021

Krankenhausfälle infolge von verschiedenen psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter, Bayern 2019

Alter in Jahren	Anzahl insgesamt				
	Organische, einschl. symptom. psych. Störungen (F00–F09)	Psych. u. Verhaltensstör. d. psychotr. Subst. (F10–F19)	Schizophrenie, schizotype u. wahnhaftige Stör. (F20–F29)	Affektive Störungen (F30–F39)	Neurot., Belastungs- u. somatorforme Störungen (F40–F48)
0	–	–	–	–	30
1–4	1	1	–	1	74
5–9	8	1	2	29	147
10–14	11	679	39	1.023	1.164
15–19	53	4.916	399	3.541	2.714
20–24	93	4.654	1.289	3.438	2.523
25–29	100	4.409	1.532	2.901	2.034
30–34	122	5.604	1.648	2.900	1.858
35–39	130	6.348	1.746	3.080	1.698
40–44	163	5.796	1.452	3.121	1.651
45–49	220	5.692	1.486	4.302	2.043
50–54	310	6.464	1.782	6.261	2.700
55–59	504	6.009	1.717	5.973	2.519
60–64	569	3.682	1.122	3.743	1.594
65–69	786	1.960	780	2.320	1.031
70–74	1.184	1.023	456	1.934	863
75–79	2.442	645	340	2.154	934
80–84	3.196	341	223	1.567	726
85–89	2.443	88	97	625	295
90 und älter	1.517	42	38	175	123
Insgesamt	13.852	58.354	16.148	49.088	26.721

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand Juni 2021

Krankenhausfälle infolge von verschiedenen psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter, Bayern 2019

Alter in Jahren	Anzahl insgesamt				
	Verhaltensauf- fälligk. m. körperl. Stör. u. Faktoren (F50–F59)	Persönlich- keits- u. Ver- haltensstör. (F60–F69)	Intelligenz- minderung (F70–F79)	Entwicklungs- störungen (F80–F89)	Verhaltens- u. emotion. Stör. mit Beginn i. d. Kindh. u. Jugend (F90–F98)
0	8	–	–	15	65
1–4	32	2	1	253	173
5–9	38	1	30	256	672
10–14	320	26	27	101	1.268
15–19	661	719	65	82	564
20–24	347	1.393	147	58	56
25–29	261	855	123	41	27
30–34	236	645	135	13	23
35–39	169	446	78	16	14
40–44	139	282	91	14	12
45–49	118	212	101	1	2
50–54	139	184	108	5	9
55–59	104	130	73	1	3
60–64	70	42	43	1	2
65–69	30	26	37	–	8
70–74	26	12	18	1	–
75–79	31	10	7	–	2
80–84	17	15	3	–	6
85–89	10	3	1	–	4
90 und älter	4	2	–	–	3
Insgesamt	2.760	5.005	1.088	858	2.913

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand Juni 2021

Anzahl Betten und Plätze in Plankrankenhäusern, Regional, Bayern 2021

Region	Anzahl Krankenhausbetten			Anzahl Krankenhausplätze		
	Psy	Pso	KJP	Psy	Pso	KJP
Oberbayern	2.768	1.641	298	649	349	151
Niederbayern	640	549	50	75	30	47
Oberpfalz	571	345	40	98	22	58
Oberfranken	758	266	74	122	31	48
Mittelfranken	1.018	350	142	245	101	91
Unterfranken	686	498	101	138	44	52
Schwaben	887	588	102	110	37	70
Bayern	7.328	4.237	807	1.437	614	517

KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie PSO: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie PSY : Psychiatrie und Psychotherapie

Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege – Bayerischer Krankenhausplan; Januar 2021

Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60–X84) nach Geschlecht, Bayern im Regionalvergleich, 2015–2019

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	2,8	10,0	12,8	4,2	14,7	9,5
München (Krfr.St)	58,2	116,6	174,8	7,8	16,4	12,0
Rosenheim (Krfr.St)	2,6	6,0	8,6	8,2	19,5	13,7
Altötting (Lkr)	5,2	13,2	18,4	9,3	24,4	16,8
Berchtesgadener Land (Lkr)	3,8	14,4	18,2	7,1	28,0	17,4
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	4,2	11,4	15,6	6,6	18,4	12,4
Dachau (Lkr)	4,2	13,0	17,2	5,5	17,2	11,4
Ebersberg (Lkr)	4,6	12,8	17,4	6,6	18,4	12,5
Eichstätt (Lkr)	3,0	12,2	15,2	4,7	18,4	11,6
Erding (Lkr)	4,4	12,8	17,2	6,5	18,7	12,7
Freising (Lkr)	4,4	18,0	22,4	5,1	20,0	12,7
Fürstenfeldbruck (Lkr)	8,0	19,2	27,2	7,2	18,1	12,6
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	3,8	11,0	14,8	8,4	25,8	16,9

*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Landsberg am Lech (Lkr)	3,4	12,2	15,6	5,7	20,5	13,1
Miesbach (Lkr)	6,0	8,0	14,0	11,9	16,5	14,2
Mühldorf a.Inn (Lkr)	4,4	12,8	17,2	7,8	22,3	15,1
München (Lkr)	8,4	26,4	34,8	4,8	15,5	10,1
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	3,0	9,2	12,2	6,3	19,1	12,7
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	4,0	12,8	16,8	6,5	20,0	13,4
Rosenheim (Lkr)	7,8	25,4	33,2	6,0	19,9	12,9
Starnberg (Lkr)	5,4	12,0	17,4	7,8	18,4	12,9
Traunstein (Lkr)	6,0	16,4	22,4	6,8	18,9	12,8
Weilheim-Schongau (Lkr)	6,2	15,4	21,6	9,2	23,2	16,1
Oberbayern	163,8	421,2	585,0	7,0	18,4	12,6
Landshut (Krfr.St)	1,6	6,4	8,0	4,4	18,6	11,3
Passau (Krfr.St)	2,0	3,4	5,4	7,5	13,8	10,5
Straubing (Krfr.St)	0,8	6,4	7,2	3,4	26,9	15,2
Deggendorf (Lkr)	2,6	13,4	16,0	4,4	22,8	13,6
Freyung-Grafenau (Lkr)	1,0	10,4	11,4	2,5	26,7	14,6
Kelheim (Lkr)	3,2	11,8	15,0	5,4	19,3	12,5
Landshut (Lkr)	4,4	13,8	18,2	5,7	17,4	11,6
Passau (Lkr)	6,2	17,4	23,6	6,5	18,5	12,4
Regen (Lkr)	2,6	8,8	11,4	6,7	22,8	14,8
Rottal-Inn (Lkr)	3,2	14,0	17,2	5,3	23,4	14,3
Straubing-Bogen (Lkr)	3,4	8,2	11,6	6,9	16,4	11,6
Dingolfing-Landau (Lkr)	3,0	11,2	14,2	6,5	22,9	14,9
Niederbayern	34,0	125,2	159,2	5,6	20,4	13,0
Amberg (Krfr.St)	1,6	5,8	7,4	7,5	28,0	17,6
Regensburg (Krfr.St)	5,6	15,8	21,4	7,3	21,9	14,4
Weiden i. d. OPf. (Krfr.St)	1,8	5,6	7,4	8,2	27,5	17,5

*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Amberg-Sulzbach (Lkr)	3,2	13,6	16,8	6,2	26,4	16,3
Cham (Lkr)	4,0	13,2	17,2	6,3	20,7	13,5
Neumarkt i. d. OPf. (Lkr)	5,0	12,8	17,8	7,6	19,2	13,5
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	2,0	6,4	8,4	4,2	13,6	8,9
Regensburg (Lkr)	4,8	19,4	24,2	5,0	20,3	12,7
Schwandorf (Lkr)	2,8	16,2	19,0	3,9	22,1	13,0
Tirschenreuth (Lkr)	1,4	8,4	9,8	3,8	23,2	13,5
Oberpfalz	32,2	117,2	149,4	5,8	21,4	13,6
Bamberg (Krfr.St)	1,4	6,4	7,8	3,5	17,7	10,3
Bayreuth (Krfr.St)	2,6	6,8	9,4	6,9	19,1	12,8
Coburg (Krfr.St)	1,8	4,0	5,8	8,5	20,0	14,1
Hof (Krfr.St)	1,2	5,0	6,2	5,1	23,0	13,7
Bamberg (Lkr)	2,8	13,2	16,0	3,8	18,0	10,9
Bayreuth (Lkr)	2,4	8,6	11,0	4,6	16,7	10,6
Coburg (Lkr)	3,2	9,8	13,0	7,3	22,9	15,0
Forchheim (Lkr)	2,4	8,2	10,6	4,1	14,3	9,2
Hof (Lkr)	3,4	14,2	17,6	6,9	30,4	18,4
Kronach (Lkr)	2,4	8,8	11,2	7,0	26,4	16,6
Kulmbach (Lkr)	2,6	8,0	10,6	7,1	22,6	14,7
Lichtenfels (Lkr)	1,8	7,0	8,8	5,3	21,3	13,2
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	3,6	9,4	13,0	9,6	26,4	17,8
Oberfranken	31,6	109,4	141,0	5,8	20,9	13,3
Ansbach (Krfr.St)	2,4	6,2	8,6	11,1	31,3	20,8
Erlangen (Krfr.St)	4,0	8,2	12,2	7,2	15,0	11,1
Fürth (Krfr.St)	4,4	9,6	14,0	6,8	15,6	11,1
Nürnberg (Krfr.St)	22,4	52,2	74,6	8,5	20,9	14,5
Schwabach (Krfr.St)	2,0	4,0	6,0	9,6	20,2	14,8
Ansbach (Lkr)	5,0	18,6	23,6	5,5	20,3	12,9
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	3,6	12,6	16,2	5,3	18,8	12,0
Fürth (Lkr)	2,6	8,0	10,6	4,4	14,2	9,1

*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Nürnberger Land (Lkr)	7,0	16,2	23,2	8,2	19,5	13,7
Neustadt a.d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	2,0	10,6	12,6	4,0	21,3	12,7
Roth (Lkr)	5,4	11,8	17,2	8,5	18,9	13,7
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	3,2	12,4	15,6	6,8	26,5	16,6
Mittelfranken	64,0	170,4	234,4	7,2	19,8	13,4
Aschaffenburg (Krfr.St)	3,2	6,2	9,4	8,9	18,4	13,5
Schweinfurt (Krfr.St)	2,4	5,6	8,0	8,8	21,7	15,1
Würzburg (Krfr.St)	2,4	10,8	13,2	3,6	18,0	10,5
Aschaffenburg (Lkr)	2,8	15,2	18,0	3,2	17,6	10,4
Bad Kissingen (Lkr)	3,2	10,4	13,6	6,1	20,5	13,2
Rhön-Grabfeld (Lkr)	1,6	10,4	12,0	4,0	26,2	15,0
Haßberge (Lkr)	2,4	8,0	10,4	5,7	18,9	12,3
Kitzingen (Lkr)	2,0	8,8	10,8	4,5	19,5	12,0
Miltenberg (Lkr)	2,2	10,0	12,2	3,4	15,6	9,5
Main-Spessart (Lkr)	4,2	12,2	16,4	6,6	19,4	13,0
Schweinfurt (Lkr)	2,8	8,8	11,6	4,9	15,3	10,1
Würzburg (Lkr)	2,2	13,8	16,0	2,7	17,2	9,9
Unterfranken	31,4	120,2	151,6	4,7	18,5	11,6
Augsburg (Krfr.St)	10,0	28,8	38,8	6,8	20,2	13,4
Kaufbeuren (Krfr.St)	2,0	4,8	6,8	9,1	22,6	15,7
Kempton (Allgäu) (Krfr.St)	2,0	5,6	7,6	5,8	16,7	11,2
Memmingen (Krfr.St)	2,0	3,0	5,0	9,1	14,0	11,5
Aichach-Friedberg (Lkr)	3,4	13,6	17,0	5,1	20,7	12,9
Augsburg (Lkr)	8,0	23,8	31,8	6,4	19,3	12,8
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	3,0	11,4	14,4	6,3	24,0	15,1
Günzburg (Lkr)	6,2	9,8	16,0	10,1	15,6	12,9
Neu-Ulm (Lkr)	6,0	15,6	21,6	6,9	18,3	12,6

*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Lindau (Bodensee) (Lkr)	3,8	8,0	11,8	9,2	20,1	14,6
Ostallgäu (Lkr)	4,4	16,4	20,8	6,3	23,7	15,0
Unterallgäu (Lkr)	4,0	16,2	20,2	5,7	22,7	14,2
Donau-Ries (Lkr)	4,4	9,6	14,0	6,7	14,3	10,6
Oberallgäu (Lkr)	4,6	15,2	19,8	5,9	20,0	12,9
Schwaben	63,8	181,8	245,6	6,8	19,6	13,2
Bayern	420,8	1.245,4	1.666,2	6,4	19,4	12,9
*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)						

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Todesursachenstatistik; Stand Januar 2021

Impressum:

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Fachliche Bearbeitung: Daniela Blank, Dr. Joseph Kuhn, Johannes Brettner, Dr. Anja Lüders, Dr. Veronika Reisig Judith Hausmann, Manuel Fenkl, Sylvia Zollikofer
Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Redaktion: Dr. Daniel Renné, Referat 27, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Für die **Bereitstellung von Daten** danken wir insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, dem Bayerischen Landesamt für Statistik, dem Bayerischen Bezirketag, der Deutsche Rentenversicherung Bund, dem Zentrum Bayern Familie und Soziales – Amt für öffentlich-rechtliche Unterbringung und dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz. Der Bayerischen Polizei danken wir für fachliche Hinweise zur Rolle der Polizei bei Unterbringungen.

Für die **Bereitstellung von fachlichen Hinweisen** danken wir dem Beirat der Psychiatrieberaterstattung: Celia Wenk-Wolff (Bayerischer Bezirketag), Prof. Mathias Zink (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bezirksklinikum Ansbach), Prof. Andreas Schuld (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Psychosomatik Klinikum Ingolstadt), Dr. Christian Rexroth (Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg), Prof. Oliver Pogarell (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München), Prof. Dr. Peter Brieger (kbo-Isar-Amper-Klinikum), Andrea Fembacher (Kassenärztliche Vereinigung Bayern), Davor Stubican (Paritätischer Wohlfahrtsverband), Birgit Gorgas (Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Dr. Julia Damm (Bayerische Landesärztekammer), Martina Heland-Graef (BayPE e.V.), Rudolf Starzengruber (OSPE e.V.), Karl Heinz Möhrmann (LApK) und Agnes Kolbeck (Vereinigung der Pflegenden in Bayern). Des Weiteren danken wir Prof. Heiner Vogel (Universität Würzburg) für fachliche Informationen.



BAYERN | DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung.

Unter Telefon **089 12 22 20** oder per E-Mail unter direkt@bayern.de erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.

IMPRESSUM

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Haidenauplatz 1 Gewerbemuseumsplatz 2
81667 München 90403 Nürnberg
Telefon: +49 89 540233-0 Telefon: +49 911 21542-0
Fax: +49 89 540233-90999 Fax: +49 911 21542-90999

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg
Stand: Dezember 2021
Artikelnummer: stmgp_psych_021

Korrektur 25.4.2022: Farbenreihenfolge in Grafik auf S. 101 korrigiert

HINWEIS

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbern oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung – auch von Teilen – Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt. Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.