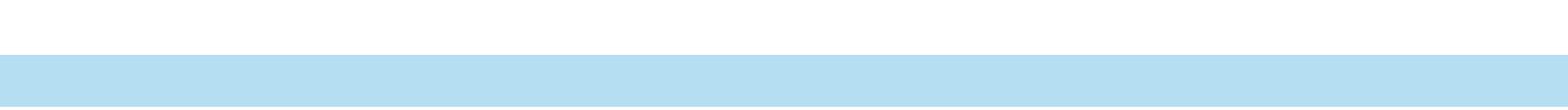




Psychische Gesundheit in Bayern

**Zweiter bayerischer
Psychiatriebericht**

Zweiter bayerischer Psychiatriebericht





Grußwort der Ministerin

Die psychische Gesundheit ist ein Public Health Thema. Psychische Erkrankungen sind bei Betroffenen und Angehörigen häufig mit Scham behaftet. Dabei haben Daten schon vor vielen Jahren gezeigt, dass psychische Störungen kein Problem von Randgruppen sind, sondern jede und jeden treffen können und damit uns alle angehen. Bereits der Bundesgesundheitsurvey 1998 hat dazu repräsentative Zahlen geliefert: Etwa ein Drittel der Erwachsenen, so die damaligen Befunde, leidet im Lauf eines Jahres an einer psychischen Störung. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Allerdings ist die Dunkelziffer auch heute noch hoch. Um den Zugang zum Hilfe- und Versorgungssystem für die betroffenen Menschen zu verbessern, brauchen wir möglichst aktuelle, belastbare Daten.

Mit dem vorliegenden Bericht möchten wir dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Wir legen den zweiten Psychiatriebericht für Bayern auf der Grundlage von Art. 4 des Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes vor und nehmen einmal mehr die psychische Gesundheit genau in den Blick. Von besonderer Bedeutung sind für uns Aspekte wie die Lebensqualität von Betroffenen und ihren Angehörigen, die Qualität einzelner Versorgungsangebote, die Effizienz von Versorgungsketten und die auch von mir persönlich stärker in den Fokus gerückten Aspekte der Prävention.

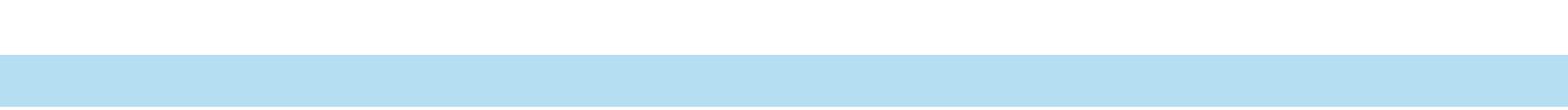
Mit dem Titel „Psychische Gesundheit in Bayern“ wollen wir die große Bedeutung des Themas für Lebensqualität, Wohlbefinden und Teilhabe unterstreichen. Fortschritte können auch hier leichter erreicht werden, wenn die Sachlage bekannt ist und Diskussionen über Verbesserungsbedarfe an aktuelle und zuverlässige Daten anknüpfen können.

In diesem Sinn soll der Bericht die Situation der Psychiatrie in Bayern beschreiben, Handlungsbedarfe sichtbar machen und zur weiteren Verbesserung der psychischen Gesundheit in Bayern beitragen. Wichtig ist, dass es dabei immer um Menschen geht, nicht nur um Zahlen. Dies möchten wir nicht zuletzt durch die enthaltenen Interviewpassagen mit Betroffenenstimmen betonen. Denn letztlich steht der Mensch im Mittelpunkt und die Versorgung muss mit Blick auf die Betroffenen gestaltet werden!

Ihre

Judith Gerlach, MdL

Bayerische Staatsministerin
für Gesundheit, Pflege und Prävention



Inhalt

Das Wichtigste auf einen Blick.....	8
1. Psychische Gesundheit in Bayern: Worum geht es?	12
1.1 Psychische Gesundheit und was sie ausmacht	12
1.2 Bericht zur psychischen Gesundheit in Bayern	16
2. Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit	22
2.1 Was hält gesund?	23
2.2 Was macht krank?	25
2.3 Psychische Störungen und Stigmatisierung	51
3. Altersübergreifende Eckdaten zur psychischen Gesundheit in Bayern	57
3.1 Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern	57
3.3. Versorgung psychischer Störungen	70
4. Psychisch gesund aufwachsen	89
4.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter	89
4.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Kindes- und Jugendalter in Bayern ..	95
4.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung	102
5. Psychische Gesundheit im Erwachsenenleben	117
5.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Erwachsenenleben	117
5.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Erwachsenenalter in Bayern	121
5.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung	126
6. Psychische Gesundheit im Alter	141
6.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Alter	141
6.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Alter in Bayern	146
6.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung	150
7. Versorgung gut und menschenwürdig gestalten	161
7.1 Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung	162
7.2 Im Fokus: Psychische Krisen- und Notfälle	169
7.3 Wenn Zwang notwendig ist	172
7.4 Krankheitskosten	180
7.5 Koordination und Steuerung in der Versorgung psychischer Störungen	182
8. Zukunft gestalten	192
9. Wichtige Anlaufstellen und Kontakte	195
10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	199
11. Tabellenanhang	205

Das Wichtigste auf einen Blick

Psychische Gesundheit – ein Public Health-Thema

- Psychische Störungen betreffen nicht nur eine kleine Minderheit, sondern viele Menschen: Deutschlandweit zeigen in Studien etwa 23 % der Heranwachsenden psychische Auffälligkeiten und fast 28 % der Erwachsenen leiden im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung, im Laufe des Lebens sogar die Hälfte aller Menschen.
- Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge lag für etwas mehr als 2,9 Mio. gesetzlich Versicherte in Bayern 2022 die Diagnose einer psychischen Störung vor, darunter etwas mehr als 302.000 gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche. Insgesamt entspricht dies etwa 26 % aller gesetzlich Versicherten in Bayern.

Die häufigsten Störungsbilder

- Bei den Kindern und Jugendlichen stehen unter den ambulanten Fällen in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80-F89) im Vordergrund; bei den Erwachsenen überwiegen mit je einem Drittel die neurotischen, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) sowie die affektiven Störungen (F30–F39), darunter vor allem die Depressionen.
- Schätzungen zufolge liegt die Häufigkeit von Demenz bei den 65+-Jährigen bei über 8 %. Etwa zwei Drittel der demenziell erkrankten Personen sind Frauen.
- Des Weiteren ist ein riskanter Konsum von Tabak und Alkohol und insbesondere bei jungen Menschen von Cannabis weit verbreitet. Der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen kann zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen. Suchterkrankungen stellen wiederum einen Risikofaktor für die Ent-

wicklung weiterer psychischer und auch körperlicher Störungen dar.

- 2022 gab es in Bayern 1.811 Suizide. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich 2022 damit ein Anstieg um gut 13 % und im Vergleich zum Durchschnitt der zehn Vorjahre ein Anstieg um gut 9 %. Von 2022 bis 2023 gab es in Bayern einen leichten Rückgang auf 1.799 Suizide. Drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen. Die Mehrzahl der Suizide ist mit einer psychischen Krisensituation assoziiert.

Soziale und soziodemografische Aspekte

- Epidemiologische Studien zeigen, dass Frauen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer.
- Psychische Störungen korrelieren mit der sozialen Lage (Armut, Erwerbsstatus, etc.): Je schlechter die soziale Lage, desto häufiger erkranken Menschen psychisch.
- In den Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die Diagnosehäufigkeit mit dem Alter zunimmt.

Trends

- Langfristig sind die Erkrankungshäufigkeiten eher stabil. Die Fälle im Versorgungssystem nehmen jedoch kontinuierlich zu.
- Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen verschlechtert: Deutschlandweite Daten zeigen, dass Depressionen und Angsterkrankungen zugenommen haben.

Risikofaktoren

- Psychische Störungen können unterschiedlichste Ursachen haben, von genetischen Faktoren über familiäre Bedingungen bis hin zu Umwelteinflüssen.
- Großen Einfluss haben soziale Bedingungen: Armut, Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsverhältnisse, Alleinerziehen, elterliche psychische Erkrankungen, Gewalt- und Diskriminierungserfahrung sowie Migration und Einsamkeit.
- Aktuelle Krisen wie der Klimawandel und die Corona-Pandemie belasten die psychische Gesundheit in besonderem Maße.

Versorgung

- Die meisten Menschen mit einer psychischen Störung werden ambulant versorgt. Hier bestehen jedoch deutliche regionale Versorgungsunterschiede. Trotz teilweise hoher Versorgungsgrade gem. Bedarfsplanungsrichtlinie gibt es vielfach lange, teils mehrmonatige Wartezeiten.
- Studien zeigen, dass zahlreiche Betroffene aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen keinen Kontakt zum Gesundheitssystem haben. Neben Behandlungshemmnissen durch unzureichendes Wissen über psychische Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten spielt Stigmatisierung eine wichtige Rolle.
- Nur ein kleiner Teil benötigt eine Behandlung in einem Krankenhaus. Im Jahr 2022 gab es insgesamt 151.550 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-) Krankenhäusern in Bayern. Etwa ein Viertel davon wurde in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt.
- Neben verschiedenen präventiven und therapeutischen Angeboten steht ein breites Spektrum an Angeboten zur Teilhabe (z. B. betreutes Wohnen) und der Selbsthilfe zur Verfügung.
- Das System der psychischen Krisen- und Notfallversorgung in Bayern ist multiprofessionell, komplex und spiegelt die Vielschichtigkeit psychischer Krisen und psychiatrischer Notfälle wider.
- Die Verordnung von Psychopharmaka wie etwa von Antidepressiva ist in den letzten Jahren in Bayern angestiegen.
- Im Jahr 2022 wurden bayernweit insgesamt 17.405 sofortig vorläufige öffentlich-rechtliche Unterbringungen und 3.013 Fälle gerichtlich angeordnete öffentlich-rechtliche Unterbringungen gemeldet.
- Letzten Schätzungen zufolge verursachen psychische Störungen jährlich etwa 9 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten in Bayern. Zudem entstehen indirekte Kosten wie z. B. Produktionsausfälle aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten, die die direkten Krankheitskosten um ein Vielfaches übersteigen.
- Psychische Störungen sind teilweise noch immer stark stigmatisiert und führen zu Problemen bei der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben.
- Der Fachkräftemangel zieht sich durch alle Bereiche der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- In Bayern gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Gremien, die eine systematische Planung und Evaluation, Steuerung und Qualitätsentwicklung des gesamten Hilfesystems in einer definierten Region zum Ziel haben.

- Stand Februar 2023 gibt es insgesamt 62 regionale Kooperationsverbünde¹, oft in Verbindung mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst. Sie sind recht heterogen zusammengesetzt.
- Die Prävention psychischer Störungen ist noch weiter zu stärken.

Datenlage

- Die Datenlage zur psychischen Gesundheit der Menschen in Bayern muss weiter verbessert werden, insbesondere was kleinräumige und longitudinale Daten angeht.

¹ Gemeint sind die Regionalen Steuerungsverbünde (RSV), Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und Gemeindepsychiatrische Verbünde (GPV).

1. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN BAYERN: WORUM GEHT ES?

1. Psychische Gesundheit in Bayern: Worum geht es?

Das Wichtigste

- Psychische Störungen können jeden treffen.
- Die Datenlage zur psychischen Gesundheit muss weiter verbessert werden.
- Prävention, Versorgung, Rehabilitation und Teilhabe sowie die Steuerung des Hilfesystems sind gleichermaßen wichtige Handlungsfelder.

1.1 Psychische Gesundheit und was sie ausmacht

Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit.² Psychische Gesundheit ist neben

dem körperlichen und sozialen Wohlbefinden ein wichtiger Aspekt menschlicher Gesundheit. Für die einzelne Person ist sie eine essentielle Voraussetzung für Vitalität, Partizipation und Leistungsfähigkeit. 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“³.

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

Abbildung 1: Dimensionen psychischer Gesundheit



² 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.

³ WHO: Mental health: strengthening mental health promotion. Genf. 2007 (Fact sheet No. 220).

In der Fachterminologie spricht man häufig nicht von psychischen Erkrankungen, sondern von psychischen Störungen. In der medizinischen Diagnostik werden psychische Störungen in der

Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) im Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen F00-F99 aufgeführt:

Tabelle 1: 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-F48	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: BfArM, ICD-10-GM Version 2024

Die ICD-Klassifikation fasst sehr unterschiedliche Sachverhalte als „Psychische Störungen“ zusammen. Zu ihnen gehören kindliche Sprachentwicklungsstörungen, 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. Ob man Symptomen einen **Krankheitswert** zuspricht und sie als „psychische Störung“ einordnet, kann sich an unterschiedlichen Kriterien festmachen, wie etwa: Leidet die Betroffene oder der Betroffene bzw. Dritte unter den Symptomen? Schränken sie die Alltagskompetenzen ein? Besteht Behandlungsbedarf? Gefähr-

(Krankheits-)Erleben

„Ich fühle mich so kraftlos und niedergeschlagen. Ich habe für viele Dinge keine Energie mehr.“ (Betroffene, 20–40 Jahre)

„Ich habe solche Beklemmungen, Angst und Panik. Ich fürchte, ich kann nie mehr das Leben führen, das ich vorher hatte.“ (Betroffene, 20–40 Jahre)

„Meine Krankheit ist ein ständiger Ausnahmezustand. Ich verletze mich und andere mit meinem Verhalten.“ (Betroffener, 20–40 Jahre)

den sie die betroffene Person oder Dritte? Stehen sie in Zusammenhang mit krankhaften biologischen Prozessen?

Risiko- und Schutzfaktoren können die Auswirkungen genetischer Prädisposition, frühkindlicher Erfahrungen oder belastender Lebensereignisse modifizieren und beeinflussen.

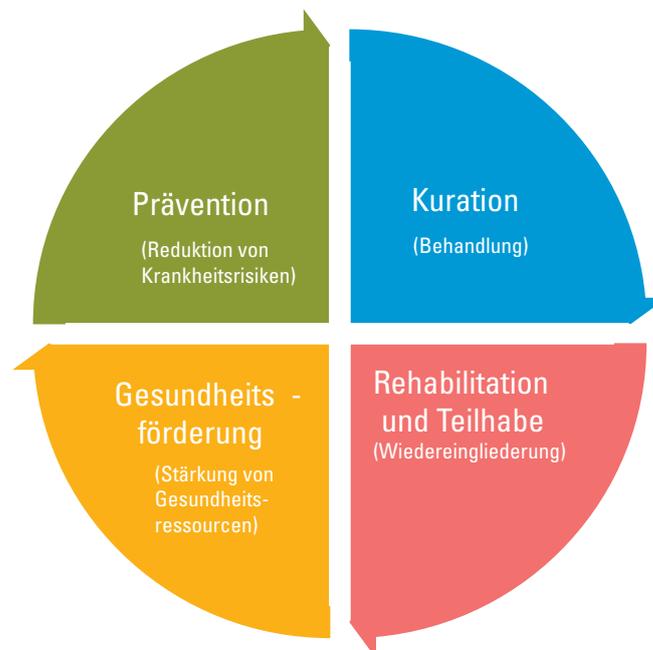
Psychische Erkrankungen besser verstehen

Im Frühjahr 2023 hat das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) mit München-Augsburg als einem von sechs Standorten seine Forschungsarbeit aufgenommen. Ziel des neuen Zentrums ist die interdisziplinäre Erforschung der Entstehung und des Verlaufs psychischer Erkrankungen über die Lebensspanne. Insbesondere der Beitrag von Lebensumständen einschließlich traumatischer Erfahrungen in der Kindheit stehen im Fokus. Dadurch sollen auch neue therapeutische Ansätze entwickelt werden. Neben dem Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) beteiligen sich das Department Psychologie der LMU, die Technische Universität München und das Klinikum rechts der Isar, das Max-Planck-Institut für Psychiatrie München, das Helmholtz-Zentrum München und die Universität Augsburg. Das bundesweite Netzwerk zur Psychischen Gesundheit wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert.

Neben kurativen und rehabilitativen Versorgungsangeboten, die eine Behandlung psychischer Erkrankungen bzw. die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen oder von einer seelischen Behinderung bedrohter Perso-

nen in das berufliche und gesellschaftliche Leben zum Ziel haben, gibt es präventive Ansätze sowie Programme zur Gesundheitsförderung, die dem Erhalt und der Stärkung der psychischen Gesundheit dienen:

Abbildung 2: Versorgungsangebote und Ansätze im Kontext psychischer Gesundheit



Auch Angehörige benötigen Unterstützung

„Meine Lebenssituation hat sich durch die psychische Erkrankung meines Sohnes stark verändert. Ich habe mich zurückgezogen, war ständig ängstlich, traurig und verunsichert. Ich bin sehr dankbar, dass ich zumindest ein paar Menschen im Freundes- und Kollegenkreis hatte, mit denen ich über alles sprechen konnte.“ (Angehörige, 40–60 Jahre)

„Über die vielen Jahre der Erkrankung meiner Tochter und durch die vielen Rückschläge im Krankheitsverlauf entwickelte ich selbst eine mittelgradige Depression. Ich bin nicht mehr so belastbar und kann in meinem Beruf als Lehrerin nur noch in Teilzeit tätig sein.“ (Angehörige, 40–60 Jahre)

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 etwa 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 oder *selektiv* an Gruppen mit einem erhöhten Risiko richten wie z. B. Interventionen

für Kinder psychisch erkrankter Eltern oder aus suchtbelasteten Familien. Nochmals spezieller adressiert *indizierte* Prävention Personen mit individuell gesicherten Risikofaktoren bzw. 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).

Ist Prävention immer gut?

Wie alle Interventionen können Präventionsmaßnahmen zur psychischen Gesundheit auch nutzlos oder gar schädlich sein.⁴ Daher sollten Präventionsmaßnahmen nach Möglichkeit evidenzbasiert sein bzw. durch die Evaluation der Maßnahmen ein positives Nutzen-Risiken-Verhältnis gezeigt werden. *Eine Empfehlungsliste evaluierter Präventionsprogramme ist zu finden unter: <https://www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information>.*

Im Gegensatz zur Prävention zielt die **Gesundheitsförderung** auf die Stärkung gesunderhaltender Ressourcen. Der Ansatz von Gesundheitsförderung ist unabhängig vom Vorliegen von Risikofaktoren, eventuellen Symptomen oder bestimmten Erkrankungsbildern. Wichtige Strategien der Gesundheitsförderung (siehe auch Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, 1986) sind die Entwicklung *persönlicher Kompetenzen* wie z. B. Kommunikations- oder Problemlösekompetenzen, die Schaffung *gesundheitsförderlicher Lebenswelten* wie z. B.

⁴ Kuyken, W. et al.: Effectiveness and cost-effectiveness of universal school-based mindfulness training compared with normal school provision in reducing risk of mental health problems and promoting well-being in adolescence: the MYRIAD cluster randomised controlled trial. *Evid Based Ment Health* 2022; 25: 99–109; Andrews, J.L. et al.: Evaluating the effectiveness of a universal eHealth school-based prevention programme for depression and anxiety, and the moderating role of friendship network characteristics. *Psychological Medicine* 2023; 53: 5042–5051.

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*).

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. Im folgenden Text wird zum Teil der Einfachheit halber von „Prävention“ gesprochen, gemeint sind aber immer Prävention und Gesundheitsförderung.

1.2 Bericht zur psychischen Gesundheit 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.“ Demnach stehen die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, Schutz- und Risikofaktoren wie auch die Prävention und Versorgung im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts. Neben der medizinischen Versorgung gibt der Bericht auch einen Überblick über die komplementären Hilfen wie Beratungs-, Arbeits- oder Wohnangebote für psychisch Kranke.

Psychische Störungen können in jedem Lebensalter auftreten. In diesem Bericht werden daher wichtige Befunde zur **psychischen Gesundheit im Lebensverlauf** genauer unter die Lupe genommen: Kapitel 4 „Psychisch gesund aufwachsen“ widmet sich der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Kapitel 5 „Psychische Gesundheit im Erwachsenenleben“

fokussiert Erwachsene bis 65 Jahre, gefolgt von Kapitel 6, das Daten rund um die psychische Gesundheit im Alter mit besonderem Fokus auf dementielle Erkrankungen enthält. Altersübergreifende Eckdaten zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen und deren Versorgung sind in Kapitel 3 zu finden, weiterführende Informationen zur Versorgungsstruktur in Kapitel 7. Abschließend legt Kapitel 8 sechs allgemeinere Handlungsbereiche für die psychische Gesundheit in Bayern dar.

Der Anhang enthält einige tabellarische Datenübersichten. An einigen Stellen im Bericht werden ausgewählte bayerische Projekte aus Forschung und Praxis vorgestellt. Der vorliegende Bericht wurde vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) erstellt. Zur fachlichen Begleitung wurde ein **Beirat** eingerichtet, der das LGL bei der Berichterstellung unterstützt. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention, nach der Menschen mit Behinderungen aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und Programme zu beteiligen sind, sind die Verbände der Psychiatrie-Erfahrenen im Beirat vertreten. Gleiches gilt für den Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.

Die Datengrundlagen

Für den vorliegenden Bericht mussten unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden, die nicht immer in allen Belangen vergleichbar sind. Dies betrifft u. a. das Jahr der Datenerhebung und die Bildung der Altersgruppen. Wo notwendig, weisen wir auf die Besonderheiten der jeweiligen Datenquellen im Text hin. Ein paar wichtige Erläuterungen finden Sie hier vorab:

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). Berichtet werden insbesondere Daten für den Zeitraum vom 1. Quartal 2022 bis einschließlich 4. Quartal

2022. Dabei wurde in der Regel das sog. M2Q-Kriterium zugrunde gelegt d.h. Diagnosen werden gezählt, wenn sie in mindestens zwei Quartalen in diesem Zeitraum bei gesetzlich Versicherten dokumentiert sind. Dies ist eine in der Versorgungsforschung übliche Vorgehensweise, sofern es sich nicht um akute und kurz verlaufende Erkrankungen handelt. 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 Daten des Versorgungssystems nicht vor. Zudem erfolgt die Dokumentation einer F-Diagnose in vielen Fällen nicht von Anfang an. Außerdem fehlen in den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die privat Versicherten, die etwa 15 % der Bevölkerung Bayerns ausmachen. Deren Daten stehen bisher für die Psychiatrieberichte nicht zur Verfügung. Gleiches gilt für die – vergleichsweise kleine – Gruppe der Personen mit anderen Versicherungsverhältnissen bzw. ohne Versicherung, wobei davon auszugehen ist, dass letztere sehr häufig unter psychischen Störungen leiden.

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 Patientinnen und Patienten auch schon eine Diagnose in einer niedergelassenen Praxis erhalten. Ausgewertet wurde, auch hier, sofern nicht explizit anders angegeben nach dem Wohnortprinzip. 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 pro Jahr 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 2022.

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.

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 Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) des Robert Koch-Instituts (inkl. der BELLA-Studie, das Modul zur psychischen Gesundheit und gesundheitsbezogenen Lebensqualität). Die letzte Erhebungswelle fand im Zeitraum von 2014 bis 2017 statt d.h. aus KiGGS liegen keine ganz aktuellen Daten vor. In der letzten Welle 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 (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. Die Daten sind vergleichsweise alt, eine neue Erhebung wäre dringend notwendig. Auswertungen für Bayern gibt es aus der DEGS1-Studie aufgrund der Stichprobengröße ebenfalls nicht. Neben DEGS hat das Robert Koch-Institut regelmäßig die GEDA-Befragungstudie („Gesundheit in Deutschland aktuell“) durchgeführt, inzwischen gibt es auch unterjährige Erhebungen. Teilweise sind hier auch bayerische Daten verfügbar.

Zu vielen Sachverhalten gibt es, wie bereits erwähnt, keine ausreichend aussagekräftigen Studiendaten. So wissen wir beispielsweise insgesamt noch zu wenig über die Lebensqualität von Menschen mit psychischen Störungen in Bayern, Behandlungshemmnisse, die wirtschaftliche und soziale Lage von chronisch psychisch erkrankten Menschen, 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. Das beim Robert Koch-Institut begonnene Vorhaben einer „Nationalen Mental Health-Surveillance“ versucht, **Datenlücken** zur psychischen Gesundheit zu schließen.

Ergänzend zu den Daten aus amtlichen Statistiken und Studien sind in diesem Bericht erstmals auch die **Sichtweisen von Betroffenen und ihren An- und Zugehörigen** („Erfahrungsexpertinnen und -experten“) in Form kurzer Statements zu finden. Diese sind im Rahmen einer Abfrage durch die Oberbayerische Selbsthilfe Psychiatrie-Erfahrener e.V., den Bayerischen Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. und den Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. entstanden. Diese Stimmen stehen für sich, sie wurden bewusst nicht mit Kommentaren versehen.

Gesundheitspolitische Rahmenkonzepte in Bayern

In Bayern gibt es eine Reihe von Rahmenkonzepten, die für das Berichtsthema relevant sind. Von besonderer Bedeutung sind hier die **Grundsätze**

der Bayerischen Staatsregierung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern (<https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/psychische-gesundheit/>) und die Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen- und Suchtfragen (<https://www.stmgp.bayern.de/vorsorge/sucht/>), die der Staatsregierung und allen beteiligten Akteuren als Richtlinie und Handlungsempfehlung dienen.

Der **Bayerische Präventionsplan**, der das gesundheitspolitische Rahmenkonzept für Gesundheitsförderung und Prävention im Freistaat darstellt und bis 2025 zum Masterplan Prävention weiterentwickelt wird, formuliert auch Zielsetzungen im Bereich der psychischen Gesundheit wie z.B. die Förderung sicherer Bindungen und eines gesunden Selbstbewusstseins bei Kindern oder Erhalt und Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit von Beschäftigten (https://www.bestellen.bayern.de/shoplink/stmgp_gesund_026.htm). Die **Landesrahmenvereinbarung Prävention Bayern** dient der Umsetzung des Präventionsgesetzes in Bayern. Letzteres regelt das Engagement der Sozialversicherungsträger, vornehmlich der Krankenkassen, in Prävention und Gesundheitsförderung, wobei auch die Förderung psychischer Gesundheit einen zentralen Aspekt darstellt.

Präventionsarbeit in den Gesundheitsregionen^{plus}

Die aktuell 62 vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP) geförderten Gesundheitsregionen^{plus}, die als lokale Vernetzungsgremien mittlerweile in 79 Landkreisen und kreisfreien Städten Bayerns an einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Pflege und Prävention vor Ort arbeiten (Stand Dezember 2023), sind sehr aktiv im Kontext der Prävention psychischer Erkrankungen: Eine Datenbankanalyse im Juni 2023 ergab, dass seit der schrittweisen Etablierung von Gesundheitsregionen^{plus} in Bayern im Jahr 2015 unter anderem 111 Projekte in diesem Themenfeld unter Mitwirkung der Geschäftsstellenleitungen initiiert wurden. Darüber hinaus wurden zahlreiche Aktivitäten im Netzwerk der Gesundheitsregionen^{plus} durchgeführt. Zudem befassen sich die Gesundheitsregionen^{plus} intensiv in Arbeitsgruppen im Handlungsfeld Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Thema. 23 Gesundheitsregionen^{plus} haben eigene Arbeitsgruppen explizit zur Prävention psychischer Erkrankungen eingerichtet.

Eine Zusammenstellung der Projekte der einzelnen Gesundheitsregionen^{plus} findet sich bei den weiterführenden Informationen zu den geförderten Gesundheitsregionen^{plus} unter https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsregionenplus/gefoerderte_regionen/.

Die Bedeutung von Prävention im Kontext psychischer Gesundheit wurde im September 2023 nochmals durch die Berufung eines **Beauftragten für Prävention für psychische Gesundheit und Sucht** hervorgehoben. Dieser soll die Qualität, Evidenzbasierung und effektive Verbreitung entsprechender Präventionsprogramme in Bayern stärken. Die Aufklärung über Risikofaktoren nimmt dabei einen zentralen Stellenwert ein, insbesondere über den Konsum von Suchtmitteln. Und auch der Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode 2023 – 2028 sieht nach Maßgabe der Haushaltsmöglichkeiten den Ausbau der Prävention bei psychischen Erkrankungen in Bayern vor, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ausbau ist auch für die Suizid- und Suchtprävention vorgesehen.⁵

Des Weiteren wären u.a. der Bayerische Bildungs- und Erziehungsplan für Kinder in Kitas zu nennen (<https://www.ifp.bayern.de/projekte/curricula/BayBEP.php>), das 10-Punkte-Programm zur Aufklärung über Depressionen und Angststörungen an den bayerischen Schulen (<https://www.km.bayern.de/ministerium/institutionen/schulberatung/beratungsanlaesse/depression.html>), das seniorenpolitische Konzept der Staatsregierung (<https://www.stmas.bayern.de/senioren/index.php>), die Autismusstrategie Bayern (siehe Textkasten) oder die Bayerische Demenzstrategie (<https://www.stmgrp.bayern.de/pflege/demenz/>).

⁵ CSU / Freie Wähler: Koalitionsvertrag für die Legislaturperiode 2023 – 2028. S. 18. <https://www.bayern.de/staatsregierung/koalitionsvertrag-2023–2028/> [Abruf am 08.11.2023].

Autismusstrategie Bayern

Autismus-Spektrum-Störung, kurz ASS, ist gemäß den aktuell gültigen Diagnosekriterien eine tiefgreifende, neurologische Entwicklungsstörung, die oft schon im Kindesalter auftritt. Menschen mit ASS haben Schwierigkeiten und Besonderheiten in der Kommunikation, im Umgang mit Mitmenschen und im Verhalten, wobei dies bei jedem Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann. Das Spektrum reicht von stark beeinträchtigten Betroffenen mit geistiger Behinderung und/oder fehlendem Sprachvermögen bis hin zu Autistinnen und Autisten mit einer hohen bis sehr hohen Intelligenz und guten Sprachfertigkeiten. Stärken, Fähigkeiten und Beeinträchtigungen variieren stark, was sehr unterschiedliche Unterstützungsbedarfe auf einem individualisierten Ansatz bedingt.

Neuere Studien gehen von einer Prävalenz von ca. 1 % der Bevölkerung aus, was für Bayern bedeuten würde, dass ca. 130.000 Menschen von Autismus betroffen sein könnten. Bayern hat diese Zahlen zum Anlass genommen, als erstes Land in Deutschland die spezifischen Belange von Autistinnen und Autisten sowie Personen aus deren Lebensumfeld mit einer eigenen Autismusstrategie aufzugreifen. Die Autismusstrategie Bayern (veröffentlicht im Februar 2023) basiert auf den Empfehlungen der Hochschule München (Download unter https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/bericht_autismusstrategie_bayern_a4_bf.pdf). In Gemeinschaftsarbeit mit Autistinnen und Autisten, deren Angehörigen, Fachleuten aus Wissenschaft und Forschung, Leistungsträgern und Leistungserbringern sind die Staatsministerien für Familie, Arbeit und Soziales, für Gesundheit, Pflege und Prävention, für Unterricht und Kultus und für Wissenschaft und Kunst tätig, um Maßnahmen zu entwickeln und umzusetzen, die die Lebensverhältnisse der Betroffenen nachhaltig verbessern und einen grundlegenden Bewusstseinswandel einleiten. In fünf nebeneinander gleichwertigen Handlungsfeldern (Aufklärung, Wissenserweiterung, Früherkennung, Gesundheit und Teilhabe) wird das gesamte Spektrum abgebildet. Die Maßnahmen sollen dabei gezielt das bestehende System auf die Bedürfnisse von Autistinnen und Autisten anpassen und bestehende Lücken schließen. Begleitet wird die Umsetzung von einem Runden Tisch Autismus, dem Vertreterinnen und Vertreter aller im Bereich Autismus relevanten Akteure angehören. Seit Mai 2023 tritt dieses Gremium zwei Mal jährlich zusammen, um die Umsetzung der Autismusstrategie eng zu begleiten. Eine Evaluation der Strategie ist nach fünf Jahren geplant.

2. CHANCEN UND RISIKEN FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

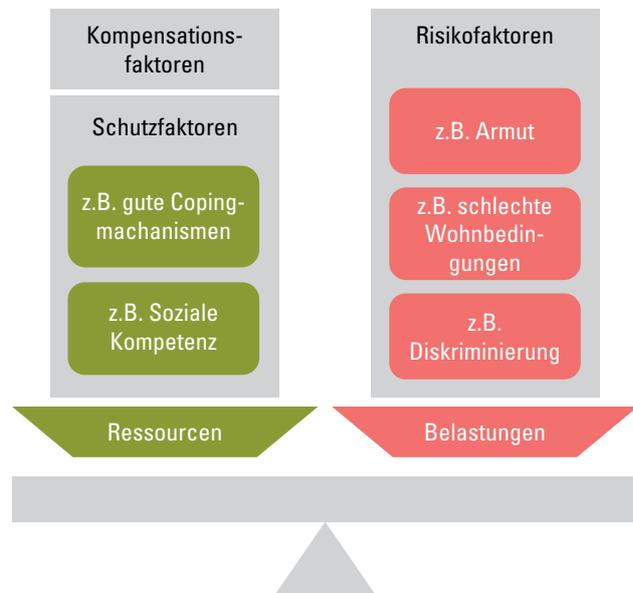
2. Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit

Das Wichtigste

- Risikofaktoren wie Armut, Wohnungs- und Arbeitslosigkeit, schwierige Arbeitsverhältnisse, Alleinerziehen, elterliche psychische Erkrankung, Gewalt- und Diskriminierungserfahrung, Migration und Einsamkeit weisen auf besondere Zielgruppen hin.
- Aktuelle Krisen wie der Klimawandel, Kriege, das Inflationsgeschehen und die Corona-Pandemie gefährden die psychische Gesundheit.
- Der Konsum von Alkohol, Tabak und Drogen kann zur Entwicklung einer Suchterkrankung führen. Suchterkrankungen stellen wiederum einen Risikofaktor für die Entwicklung weiterer psychischer Störungen dar.
- Psychische Störungen sind teilweise noch immer stark stigmatisiert und führen zu Problemen bei der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben.

Die Gründe für die Entstehung von psychischen Störungen sind komplex und vielfältig. Meist ist eine Kombination aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren verantwortlich, welche in Wechselbeziehung zueinanderstehen. Unterschieden werden **Risikofaktoren**, die eine Belastung für die psychische Gesundheit darstellen und psychische Störungen begünstigen können, und **Schutzfaktoren**, die ebenfalls zeitlich vor dem Auftreten von psychischen Störungen vorliegen und die Wirkung von Risikofaktoren abmildern oder aufheben können.

Abbildung 3: Gesundheitsdeterminanten psychischer Gesundheit – Waagemodell



Eigene Darstellung in Anlehnung an Petermann & Ullrich 2019, S. 27

Bei einer bereits bestehenden psychischen Störung können **Kompensationsfaktoren** bei der Bewältigung vorteilhaft eingesetzt werden. Das Verhältnis zwischen Ressourcen, bestehend aus Schutz- und Kompensationsfaktoren, und Belastungen (Risikofaktoren) beeinflusst die psychische Gesundheit. Überwiegen die individuellen Risikofaktoren, erhöht dies die Vulnerabilität für die Entwicklung einer psychischen Störung.⁶ Die Wahrscheinlichkeit psychischer Probleme steigt mit dem Ausmaß bzw. mit der Anzahl der Risikofaktoren. Das Verständnis dieser Risiko- und Schutzfaktoren ist essenziell, um Handlungsbedarfe der Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der psychischen Gesundheit abzuleiten. Damit werden auch Schnittstellen des spezifisch psychiatrischen Versorgungssystems zum Gesundheitssystem insgesamt und zu den Lebensbedingungen der Menschen deutlich.

⁶ Petermann, F., Ulrich, F.: Entwicklungspsychopathologie. In: Schneider & Margraf (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3. Springer; Berlin/Heidelberg 2019: 23–40; Wittchen, H.-U., Jacobi, F.: Epidemiologische Beiträge zur Klinischen Psychologie. In: Wittchen & Hoyer (Hrsg.): Klinische Psychologie und Psychotherapie. Springer; Berlin 2011: 57–90.

2.1 Was hält gesund?

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: Selbstwirksamkeit, positives Selbstkonzept, Optimismus, gutes Familienklima, elterliche Unterstützung, soziale Unterstützung, soziale Kompetenz. Hierbei hat sich gezeigt: Die Wahrscheinlichkeit psychischer Probleme sinkt mit dem Ausmaß bzw. mit der Anzahl der verfügbaren Ressourcen.⁷ Die herausragende Bedeutung individueller, familiärer und sozialer Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat sich erneut im Rahmen der bundesweiten COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf gezeigt: Heranwachsende mit hohen Ausprägungen der personalen Ressourcen sowie familiärer und sozialer Unterstützung hatten eine 4- bis 14-fach höhere Chance auf bessere psychische Gesundheitsoutcomes als andere Kinder und Jugendliche.⁸ Für Erwachsene ist die protektive Wirkung einer höheren Selbstwirksamkeit und sozialen Unterstützung ebenfalls durch zahlreiche Studien belegt.⁹ Eine Korrelation zwischen dem Grad der sozialen Unterstützung und der 12-Monatsprävalenz diag-

nostizierter Depressionen zeigt sich auch in den Daten der GEDA-Studie von 2012.¹⁰

Eine herausragende Bedeutung für die Entwicklung und Stärkung von psychischen Schutzfaktoren im Erwachsenenalter nimmt der Arbeitskontext ein.¹¹ In Bayern waren 2022 nach Angaben des Statistischen Landesamtes ca. 7,8 Mio. Menschen erwerbstätig. Die Zahl der Erwerbstätigen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Bayern hatte dem Mikrozensus zufolge 2022 mit 80 % die höchste Erwerbstätigenquote unter den Bundesländern (Deutschland: 76,9 %). **Arbeit** verleiht dem Alltag eine Struktur, verbindet Menschen und vermittelt zahlreiche Fertigkeiten. Einerseits ist Erwerbsarbeit mit Risiken für die psychische Gesundheit verbunden (siehe Kapitel 2.2), andererseits bietet sie Erfahrungsquellen für Selbstwertschätzung, soziale Anerkennung und Sinnhaftigkeit und stärkt damit das psychische Wohlbefinden.¹² Der Einfluss des beruflichen Sinnerlebens auf die Gesundheit ist seit langem bekannt.¹³ 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 in der Kollegenschaft und mit Vorgesetzten).¹⁴ Ein ähnlicher Effekt zeigte sich auch hinsichtlich der krankheitsbedingten Fehlzeiten.

⁷ 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.

⁸ Ravens-Sieberer, U. et al.: Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in public health* 2023: 11.

⁹ Bengler, J., Lyssenko, L.: Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter. Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. *BZgA* 2012; 43.

¹⁰ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. Soziale Unterstützung. Berlin. 2014.

¹¹ 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.

¹² Lehr, D., Hillert, A.: Selbstwertschätzung im Beruf – ein Weg zur Balance? In: Badura et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Springer. Berlin/Heidelberg. 2018: 143–156.

¹³ Ulich, E., Marc W.: Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Springer Fachmedien. Wiesbaden. 2018: 27ff.

¹⁴ In der Studie wurden zwischen März und April 2018 2.030 Erwerbstätige (16–65 Jahren) telefonisch zu den sinnhaften Aspekten ihrer beruflichen Tätigkeit befragt; Siehe Waltersbacher, A. et al.: Sinnerleben bei der Arbeit. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Erwerbstätigen. In: Badura et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2018. Springer. Berlin/Heidelberg. 2018: 23–46.

Sinnstiftend und somit förderlich für die psychische Gesundheit kann auch die Ausübung einer **ehrenamtlichen Tätigkeit** sein. In Bayern engagieren sich rund 41 % der Menschen über 14 Jahren im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Als Begründung für das Engagement rangiert die Kategorie „Spaß am Engagement“ weit oben, gefolgt von „Wunsch, anderen zu helfen“, „etwas für das Gemeinwohl tun“, „die Möglichkeit, die Gesellschaft mitzugestalten“ und dem „Zusammenkommen mit anderen Menschen“.¹⁵ 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. Ob das gesundheitliche und persönliche Wohlbefinden Voraussetzung oder vielmehr Folge des Engagements ist, ist unklar, dennoch wird von einer gegenseitigen Wechselwirkung ausgegangen.¹⁶ 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 bzw. alleinstehenden älteren Personen (56–75 Jahre) zeigt.¹⁷

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.¹⁸ Auch die Häufigkeit von Depression korreliert in gleicher Weise mit dem Lebensstil.¹⁹ 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 Depressionen und Angsterkrankungen aufweist.²⁰ 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.²¹ Ein gesunder Lebensstil kann dazu beitragen, insbesondere der Alzheimer Demenz vorzubeugen.²²

¹⁵ Holtmann, E., Jaeck, T., Wohlleben, O.: Länderbericht zum Deutschen Freiwilligenurvey 2019. https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/ehrenamt/fws-landerbericht_mai_2022.pdf [Abruf am 22.12.23].

¹⁶ Müller, D., Tesch-Römer, C.: Krankheitsbedingte Alltagseinschränkungen, subjektive Gesundheit, Lebenszufriedenheit und freiwilliges Engagement. In: Simonson et al. (Hrsg.): Freiwilliges Engagement in Deutschland. Der Deutsche Freiwilligenurvey 2014. Springer. Wiesbaden. 2017: 465–484.

¹⁷ 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.

¹⁸ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011.

¹⁹ Zhao, Y. et al.: The brain structure, immunometabolic and genetic mechanisms underlying the association between lifestyle and depression. *Nature Mental Health* 2023; 1: 736–750; Robert Koch-Institut (Hrsg.): Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2011.

²⁰ Gabrys, L.: Körperliche Fitness als gesundheitsrelevanter Prädiktor. In: Balzer (Hrsg.): Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Bewegungs- und Sportmedizin. Springer. Berlin-Heidelberg. 2017: 67ff; Pearce, M. et al.: Association between physical activity and risk of depression. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(6): 550–559.

²¹ Fellgiebel, A.: Resilienz gegenüber psychischen Störungen im Alter. *Nervenarzt* 2018; 89: 773–778.

²² Luck, T., Riedel-Heller, S.: Prävention von Alzheimer-Demenz in Deutschland. *Nervenarzt* 2016; 87: 1194–1200.

Gesundheitskompetenz Psyche

Zu wissen, was förderlich für die psychische Gesundheit ist, wie psychische Krankheiten verhindert werden können und wer bei psychischen Problemen helfen kann, trägt zum Erhalt der psychischen Gesundheit bei. Dafür ist es wichtig, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Einer Studie zufolge fällt es mehr als der Hälfte der Bevölkerung in Deutschland schwer, geeignete Informationen darüber zu finden, wie man mit psychischen Problemen umgeht. Etwa ein Fünftel der Befragten hat Probleme bei der Informationssuche zu Aktivitäten, die gut für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden sind.²³

2.2 Was macht krank?

In der Regel bewirken die Kumulation verschiedener Risikofaktoren sowie das Fehlen von Schutzfaktoren (siehe Kapitel 2.1) die Entstehung einer psychischen Störung. Im Folgenden sollen einige wichtige Risikofaktoren für die psychische Gesundheit mit Blick auf Bayern kurz beleuchtet werden.

Armut und Armutsgefährdung

Im Jahr 2022 lag die Armutsgefährdungsquote²⁴ in Bayern bei etwa 12,7 %. 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 35,7 % in Bayern, während sie in Deutschland bei 49,2 % liegt.²⁵ Armut und soziale Benachteiligung können auch psychische Störungen beeinflussen.

Die Auswertung der bundesweiten DEGS1-MH Daten zeigt, dass Personen mit einem niedrigen Sozialstatus, gemessen anhand von Angaben zu Einkommen, beruflicher Stellung und formalem Bildungsstand, häufiger von einer psychischen Störung betroffen sind als Personen mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus.²⁶ 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.²⁷

Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebereich beschrieben, zeigt auch die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen einen Sozialgradienten. Nach der BELLA-Studie 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 %).²⁸

²³ Schaeffer, D., et al.: Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland vor und während der Corona Pandemie Ergebnisse des HLS-GER 2. Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld 2021.

²⁴ 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.

²⁵ Datenquelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder – Armutsgefährdungsquote nach soziodemografischen Merkmalen in % gemessen am Bundesmedian, 2018.

²⁶ Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87.

²⁷ 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.

²⁸ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 2017; 165: 402–407.

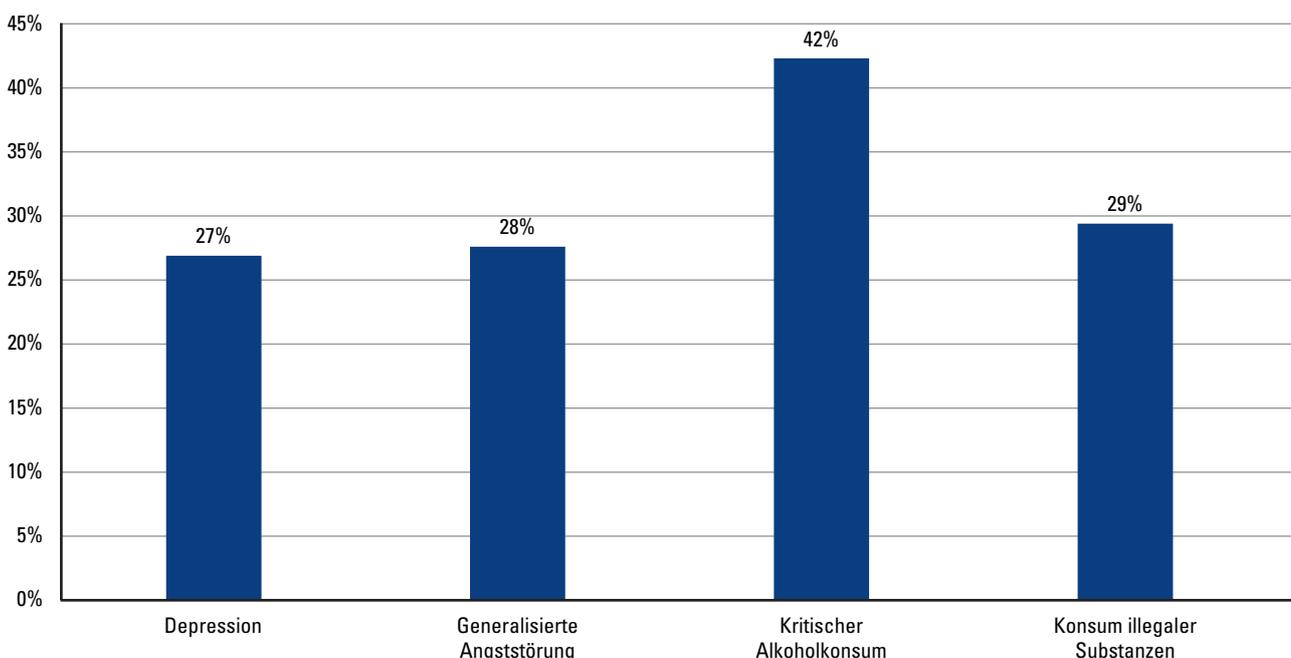
Wohnungslosigkeit

Nach der Wohnungslosenstatistik waren zum Stichtag 31.01.2024 in Bayern mehr als 39.000 **wohnungslose Personen von Kommunen bzw. freien Trägern der Wohnungslosenhilfe untergebracht**.²⁹ Damit hat sich die Zahl gegenüber 2022 mehr als verdoppelt. Neben dem deutlichen Anstieg von Geflüchteten aus der Ukraine ist dieser Anstieg auch auf eine verbesserte Datenmeldung zurückzuführen. Für die Zahl der **nicht untergebrachten Wohnungslosen** z. B. Menschen, die auf der Straße leben, liegen keine gesicherten Informationen vor. Nach einer bundesweiten Erfassung bzw. empirischen Erhebung Ende Januar/Anfang Februar 2022 (d.h. vor dem erweiterten russischen Angriffskrieg auf die

Ukraine) waren es etwa halb so viele Menschen wie die im Jahr 2022 im System der Wohnungslosenhilfe erfassten Personen.³⁰

Im Rahmen einer bundesweiten multizentrisch angelegten Studie zur psychischen Gesundheit Wohnungsloser u. a. in den Städten München und Augsburg gaben rund ein Viertel der Befragten an, jemals die Diagnose einer psychischen Erkrankung erhalten zu haben. Zudem lag der Anteil Betroffener mit Depressions- bzw. Angstsymptomatik (in den letzten zwei Wochen) jeweils bei über 25 % (siehe Abbildung 4). Darüber hinaus berichteten etwa 5 % der Befragten über eine ärztlich diagnostizierte, dementielle Erkrankung bzw. Störung des Gedächtnisses.³¹

Abbildung 4: Psychische Gesundheit von Wohnungslosen



Datenquelle: Bertram F et al. 2022; Depression (PHQ 9≥10), Generalisierte Angststörung (GAD-2≥3), kritischer Alkoholkonsum und Konsum illegaler Substanzen erfasst als „nahezu täglich/mehrmals wöchentlich“.

Überdies zeigen Studien, dass die Mehrheit wohnungsloser Personen, die unter behandlungsbe-

dürftigen psychischen Erkrankungen leiden, häufig keine Behandlung bzw. nur kurzfristige

²⁹ Datenquelle: Statistisches Bundesamt – Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen gemäß Wohnungslosenberichterstattungsgesetzes (WoBerichtsG).

³⁰ Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Ausmaß und Struktur von Wohnungslosigkeit. Der Wohnungslosenbericht 2022 des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Stand Dezember 2022.

³¹ Rund die Hälfte der Teilnehmenden waren obdachlos oder in Notunterkünften untergebracht, etwa ein Drittel in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe. Siehe Bertram, F. et al.: The mental and physical health of homeless - evidence from the National Survey on Psychiatric and Somatic health of Homeless Individuals (the NAPSHI-Study). Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 861–8.

Kriseninterventionen erhält.³² 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.

Housing First – ein innovativer Ansatz für langfristig wohnungslose Menschen mit komplexen psychischen Problemen

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) unterstützt mit dem Aktionsplan „Hilfe bei Obdachlosigkeit“ in allen Regionen Träger der freien Wohlfahrtspflege durch eine Anschubfinanzierung von Modellprojekten. Ein innovativer Ansatz in der Versorgung wohnungsloser Menschen ist etwa das Projekt „Housing First“ in Nürnberg. Im Rahmen des Projektes wird wohnungslosen Menschen eine eigene Wohnung vermittelt, ohne dass dafür von ihnen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden müssen. Hintergrund ist dabei das Grundbedürfnis nach einem sicheren Zuhause als Basis für eine erfolgreiche Lebensbewältigung. Weitere Bestandteile des Projektes sind Unterstützungsangebote auf freiwilliger Basis. Zielgruppe sind vor allem langfristig wohnungslose Menschen mit komplexen psychischen Problemen und Suchterkrankungen. Das Projekt besteht seit 2022 und wird durch das StMAS gefördert.

Weitere Informationen unter: <https://hf-nuernberg.de/>

Arbeit als Risikofaktor für psychische Erkrankung

Beschäftigungsverhältnisse, die ausreichend soziale Sicherheit geben, und Arbeitsbedingungen, die als sinnvoll empfunden werden, können die psychische Gesundheit fördern. Arbeit kann die psychische Gesundheit aber auch gefährden. Psychische Belastungen und Beanspruchungen gehören heute für viele Menschen zum Arbeitsalltag. Konkrete Belastungsfaktoren der Beschäftigten in Bayern werden vom Bundesinstitut für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BIBB/BAuA) alle sechs Jahre erfasst. Fast die Hälfte der Beschäftigten nahm bei der letzten Befragung 2018 starken Termin- und Leistungsdruck wahr. Jede siebte Person arbeitet häufig an der Grenze der Leistungsfähig-

keit d.h. unter Bedingungen, die auf Dauer die Gesundheit schädigen.

Neben diesen unmittelbar mit der Arbeitstätigkeit verbundenen Belastungen können auch von Beschäftigungsverhältnissen psychische Belastungen ausgehen. Es gibt Hinweise, dass Personen in **atypischen Beschäftigungsformen** häufiger einen schlechteren psychischen Gesundheitszustand aufweisen, wobei insbesondere ein Zusammenhang von Teilzeitbeschäftigung und Leiharbeit mit Depression bestätigt wird³³. Zudem gibt es Studienbelege zu einem erhöhten Risiko für affektive Symptomatik und Erschöpfungszuständen bei Schicht- und Nachtarbeitern³⁴. In Bayern gingen im Jahr 2021 dem Mikrozensus zufolge 1,2 Mio. Beschäftigte einer atypischen Beschäftigung nach. Darüber hinaus waren in den letzten

³² 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.

³³ Hünefeld, L.: Atypische Beschäftigung und psychische Gesundheit. ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2018; 53 (Sonderheft): 32–37.

³⁴ Amlinger-Chatterjee, M.: Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt - Atypische Arbeitszeiten. BAuA Bericht. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. BAuA. Dortmund/Berlin/Dresden. 2016.

vier Wochen vor der Befragung 12,6 % der abhängig Beschäftigten in Schichtarbeit, 8,9 % in Nachtarbeit tätig.³⁵

Burnout

Belastende Lebensumstände oder chronischer Stress – meist im Arbeitskontext – können zum „Burnout-Syndrom“ führen, Betroffene fühlen sich erschöpft, leer und ausgebrannt. Die ICD-10 listet das Burnout Syndrom nicht als eigenständige Erkrankung, sondern als Zusatzkodierung Z73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung). Somit muss immer eine andere Hauptdiagnose z. B. Depression vorausgehen. Im Jahr 2021 gab es dem Gesundheitsreport der BKK zufolge unter den weiblichen BKK-Versicherten in Deutschland 11,1 Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) je 100 beschäftigte BKK-Mitglieder mit dem Burn-out-Syndrom (Z73). Männer waren mit 7,0 AU-Tagen etwas seltener betroffen. Seit 2017 ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen.³⁶

In den letzten Jahren wurde die Arbeitswelt durch vielfältige und nachhaltige Veränderungen geprägt z. B. was die Auflösung der Trennung von Arbeit und Privatleben (ständige Erreichbarkeit), erhöhte Mobilitätsanforderungen oder eine zunehmende Internalisierung von Wettbewerbsdruck in die innerbetrieblichen Abläufe angeht.³⁷ Eine der wesentlichen Veränderungen in der Arbeitswelt im Zuge der Corona-Pandemie ist für viele

Beschäftigte die feste Etablierung von **Homeoffice**. Knapp ein Viertel der Beschäftigten in Bayern arbeitete 2022 zumindest einen Tag pro Woche zuhause³⁸. Im Rahmen der SOEP-CoV-Studie äußerten sich Homeoffice-Beschäftigte im Jahr 2021 als insgesamt weniger belastet als nicht im Homeoffice arbeitende Beschäftigte³⁹. Gleichzeitig werden auch negative Aspekte des häufigen Arbeitens im Homeoffice auf das psychische Wohlbefinden wahrgenommen. Laut dem Deutschland-Barometer Depression 2021 berichtet ein Drittel der Beschäftigten, die überwiegend im Homeoffice arbeiteten, dass der Verzicht auf den Arbeitsplatz und den Umgang mit Kolleginnen und Kollegen sich negativ auf das psychische Befinden ausgewirkt habe⁴⁰. Ähnliches wurde auch im Rahmen einer Umfrage der DAK berichtet.⁴¹ Zudem berichteten 45 % der DAK-Befragten, dass sie eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit/Privatleben vermissen. Inwieweit psychische Belastungen durch das Homeoffice auch nach der Pandemie anhalten, ist derzeit noch nicht absehbar.

Arbeitslosigkeit

Die **Arbeitslosenquote** lag in Bayern 2022 im Jahresdurchschnitt bei 3,1 % (Männer: 3,2; Frauen: 3,1). Damit weist Bayern die niedrigste Quote aller Bundesländer auf.⁴² Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebericht beschrieben, kann auch der Verlust des Arbeitsplatzes mit einem erhöhten Krankheitsrisiko verknüpft sein. Zahlreiche Studien geben Hinweise darauf, dass Arbeitslose eine schlechtere Gesundheit haben als Beschäftigte. Das gilt auch für die psychische Gesundheit und

³⁵ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik. Arbeitsmarkt in Bayern – Ergebnisse aus dem Mikrozensus 2021.

³⁶ Knieps F., Pfaff, H. (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2022. Berlin 2022.

³⁷ Kuhn, J., Brettner, J.: Psyche und Arbeitswelt. Ein Datenüberblick. Nervenheilkunde 2019; 38: 459–465.

³⁸ Pressemitteilung des Bayerischen Landesamt für Statistik vom 19.04.2023: Homeoffice bei den Beschäftigten 2022 in Bayern nach wie vor beliebt. <https://www.statistik.bayern.de/presse/mitteilungen/2023/pm095/index.html> [Abruf am 02.01.2024].

³⁹ Entringer E, & Kröger H.: Die Covid-19-Pandemie wirkt sich im zweiten Lock-down stärker

auf das Wohlbefinden aus. DWI Aktuell. 2021: 67. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.820781.de/diw_aktuell_67.pdf [Abruf am 02.01.2024].

⁴⁰ Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung: Report Psychotherapie 2023. Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. DPtV. Berlin. 2023.

⁴¹ Pressemitteilung der DAK Gesundheit vom 22.07.2020: Digitalisierung und Homeoffice entlasten Arbeitnehmer in der Corona-Krise. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/sonderanalyse-2295276.html#/> [Abruf am 02.01.2024].

⁴² Datenquelle: Bundesagentur für Arbeit. Arbeitslosenquoten - Zeitreihe (Monats- und Jahreszahlen). November 2023.

hier vor allem für Depressionen und Angsterkrankungen.⁴³ Dabei zeigt die GEDA-Studie eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit. So ist das Risiko für eine Depression bei langzeitarbeitslosen Männern im Alter zwischen 18–39 Jahren im Vergleich zu Männern, deren Arbeitslosigkeitsdauer noch unter einem Jahr liegt, fast dreimal so hoch, bei langzeitarbeitslosen Frauen dieser Altersgruppe zeigt sich eine Erhöhung um rund die Hälfte.⁴⁴ 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.⁴⁵

Psychische Folgen von Gewalt

Gewalt kann verschiedene Formen annehmen z. B. als physische Gewalt, psychische Gewalt, sexualisierte Gewalt. Zum **Ausmaß der Gewalt** in der Bevölkerung können unterschiedliche Datenquellen herangezogen werden. Im Jahr 2022 wurden in Bayern 3.238 Verfahren aufgrund akuter und 2.760 aufgrund latenter Kindeswohlgefährdung nach § 8a Abs. 1 SGB VIII gemeldet. Dabei waren Anzeichen für eine Vernachlässigung der häufigste Grund einer Kindeswohlgefährdung, gefolgt von Anzeichen einer psychischen Misshandlung, körperlicher Misshandlung sowie sexueller Gewalt.⁴⁶ Die Polizeiliche Kriminalstatistik erfasst die Zahl der Opfer von strafbaren Handlungen gegen höchstpersönliche Rechtsgüter⁴⁷. 2022 wurden in Bayern 129.472 Opfer solcher Straftaten registriert. Rund

19% davon wurden Opfer von sogenannter Gewaltkriminalität – dies umfasst bspw. Mord, Totschlag oder Vergewaltigung.⁴⁸ Laut dem Bundeskriminalamt ist die Anzahl der Opfer Häuslicher Gewalt in den letzten fünf Jahren deutlich angestiegen. Weit überwiegend sind es weibliche Personen, die durch ihre (Ex-)Partner bzw. Familienangehörigen Opfer Häuslicher Gewalt werden.⁴⁹ Insgesamt ist von einer hohen Dunkelziffer der Gewalttaten auszugehen, da nur ein Teil aller Fälle in Polizeistatistiken erfasst wird.

Oftmals stellen Gewalterfahrungen für Betroffene ein einschneidendes und traumatisches Ereignis dar. Es gibt hinreichende Belege, dass Gewaltopfer unter erheblichen gesundheitlichen Folgen leiden können, darunter insbesondere körperliche, **psychosomatische und psychische Folgen**.⁵⁰ Die psychische Dimension kann spezifische und unspezifische Gewalt- und Traumafolgen umfassen, die auch als Trauma- und belastungsbezogene Störungen zusammengefasst werden. Zu den spezifischen Folgen zählt insbesondere die PTBS, in schweren Fällen kann auch eine komplexe PTBS, eine anhaltende Trauerstörung oder eine Anpassungsstörung auftreten. Zu den unspezifischen Gewalt- und Traumafolgen zählt u. a. die Depression, die häufig als Komorbidität zu PTBS auftritt. Weitere mit Gewalt zusammenhängende Störungsbilder sind Persönlichkeits-, Angst-, und Substanzkonsumstörungen. Studien zeigen, dass Menschen mit einer PTBS ein 2- bis 4-fach erhöhtes Risiko haben eine Substanzstörung zu entwickeln.⁵¹ Des Weiteren gibt es einen Zusammenhang zwischen

⁴³ Herbig, B., Dragano, N., Angerer, P.: Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. Dtsch Arztebl 2013; 8: 367–372.

⁴⁴ Robert Koch-Institut (Hrsg.): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. GBE-Kompakt 2012; 3(1).

⁴⁵ Marcus, J.: Arbeitslosigkeit trifft auch den Partner. DIW Wochenbericht 2014; 22: 494–499; Peter, FH., Spieß, CK.: Arbeitsplatzverlust der Mutter kann die Entwicklung ihrer Kinder beeinträchtigen. DIW Wochenbericht 2013; 33: 3–8.

⁴⁶ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

⁴⁷ u. a. Handlungen gegen höchstpersönliche Rechtsgüter wie Leben, körperliche Unversehrtheit, Freiheit, Ehre und der sexuellen Selbstbestimmung.

⁴⁸ Datenquelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Bayern 2022.

⁴⁹ Bundeskriminalamt (BKA): Häusliche Gewalt. Bundeslagebild 2022. BKA 2023, <https://www.bka.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/JahresberichteUndLagebilder/HaesuslicheGewalt/HaesuslicheGewalt2022.html?nn=219004> [Abruf am 20.06.2024].

⁵⁰ Exemplarisch: Maercker, A., Hecker, T.: Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. Bundesgesundheitsbl 2015; 59(1): 28–34; Habel, U., Wagels, L., Ellendt, S. et al.: Gewalt und Gesundheit. Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten. Bundesgesundheitsbl 2016; 59(1): 17–27.

⁵¹ Maercker, A., Hecker, T.: Trauma- und Gewaltfolgen – psychische Auswirkungen. Bundesgesundheitsbl 2015; 59(1): 28–34.

früher Gewalt in der Kindheit sowie kumulierten Gewalterfahrungen im Lebensverlauf und dem Ausmaß der psychischen Folgen bzw. der Entste-

hung einer PTBS. Auch die individuelle Bewertung und Verarbeitung von Gewalterfahrungen bestimmt das Ausmaß der gesundheitlichen Folgen.⁵²

Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger Opfer von Gewalt

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung begehen Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht häufiger Gewalttaten. Jedoch besteht bei einzelnen psychischen Erkrankungen wie psychotischen Erkrankungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch ein erhöhtes Risiko für Gewaltdelikte. Eine rechtzeitige und adäquate Behandlung kann das Gewaltisiko aber erheblich senken.⁵³

Im Gegensatz dazu sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung viel häufiger Opfer von Gewalt und Verbrechen. Einer großen dänischen Studie zufolge ist die Inzidenz für Gewalterfahrungen bei Männern um den Faktor 1,8 und bei Frauen um den Faktor 2,7 erhöht. Der größte Zusammenhang zeigte sich dabei bei Frauen mit Substanzmissbrauch: Die Inzidenzrate, Opfer von Gewalt zu werden, lag hier 7-fach höher als bei Frauen ohne psychische Erkrankung.⁵⁴ Als mögliche Erklärungsansätze werden u. a. das Fehlen von sozialen Schutzfaktoren (bei Wohnungslosigkeit auch physische Schutzfaktoren), geringere Wehrhaftigkeit und erhöhtes Risiko für Missverständnisse und krisenhafte soziale Interaktionen aufgrund einer psychopathologischen Symptomatik diskutiert.⁵⁵ Psychisch kranke und/oder suchtkranke Frauen werden häufig Opfer von Tätern, die die krankheitsbedingte Abwehrschwäche der Frauen bewusst ausnutzen und körperliche, sexuelle, psychische oder soziale Gewalt gegen sie ausüben. Gewalterfahrungen können den Krankheitsverlauf der betroffenen Personen verschlechtern und zu zusätzlichen, posttraumatischen Belastungsstörungen führen.

Bei Gewalt gegen **Kinder** wird zwischen körperlicher Misshandlung, emotionaler Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch unterschieden. Betroffene Kinder leiden unter psychischen, physischen und sozialen Beeinträchtigungen (akut und chronisch), welche teilweise bis ins Erwachsenenalter anhalten. Ausmaß und Art der Folgen hängen u. a. von Dauer, Häufigkeit, Zeitpunkt bzw. Alter und Form der Misshandlung bzw. des Missbrauchs ab. Beispielsweise zeigen vernachlässigte und misshandelte Kinder häufig aggressive und sozial zurückgezogene Verhaltensweisen sowie gewalttätiges oder delinquentes Verhalten. Darüber hinaus entwickeln circa 40 bis 80 %

psychische Störungen; dazu zählen u. a. Anpassungsstörungen, Substanzmissbrauch, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten, Ängste, Essstörungen, Depressionen, Suizidalität und PTBS. Zudem können Beeinträchtigungen in der kognitiven, emotionalen und körperlichen Entwicklung die Folge sein.⁵⁶

Gewalt und Diskriminierung gegen LSB-TI-Personen

Trotz zunehmender gesellschaftlicher und rechtlicher Anerkennung in den vergangenen Jahren sind viele lesbische, schwule, bisexuelle, trans-

⁵² Hornberg, C. et al.: Gesundheitliche Folgen von Gewalt unter besonderer Berücksichtigung von häuslicher Gewalt gegen Frauen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Vol 42. Robert-Koch-Institut Berlin. 2008.

⁵³ Steinert, T., Traub, H.-J.: Gewalt durch psychisch Kranke und gegen psychisch Kranke. Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 98–104.

⁵⁴ Dean, K. et al: Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness: A Danish National Registry Study Using Police Data. JAMA Psychiatry 2018; 75: 689–696.

⁵⁵ Krumm, S. et al: Viktimisierung im Erwachsenenalter von Personen mit Psychiatriefahrung. Eine Übersichtsarbeit zu Prävalenzen, Risikofaktoren und Offenlegung. Psychiatr Prax 2018; 45: 66–77.

⁵⁶ Ziegenhain, U., Künster, A., Besier, T.: Gewalt gegen Kinder. Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 44–51.

und intergeschlechtliche Personen (LSBTI) immer noch von Diskriminierung betroffen. Forschungsergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der LSBTI-Jugendlichen und jungen Erwachsenen Ablehnung durch ihr soziales Umfeld und jede/jeder Fünfte sogar körperliche Übergriffe befürchtet⁵⁷. Diskriminierungserfahrungen von LSBTI-Personen im Zusammenhang mit ihrer geschlechtlichen Selbstrepräsentation begegnen sie in verschiedenen Lebensbereichen (Alltag, Arbeitsmarkt, Bildungswesen) und reichen bis hin zu gewalttätigen und sexualisierten Übergriffen. Diese erlebte Diskriminierung kann

erhebliche gesundheitliche Folgen haben, darunter negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. So wird in Deutschland bei LSBTI-Personen fast dreimal häufiger eine depressive Erkrankung diagnostiziert als in der restlichen Bevölkerung⁵⁸. Zudem zeigen Studien, dass das Suizidrisiko bei lesbischen, schwulen oder intersexuellen Jugendlichen höher ist als bei gleichaltrigen Jugendlichen. Ähnliches gilt für das Erwachsenenalter. Darüber hinaus ist die Substanzabhängigkeit bei lesbischen Frauen und schwulen Männern höher, als bei heterosexuellen Frauen und Männern.⁵⁹

Bayern gegen Gewalt

Die Initiative „Bayern gegen Gewalt“ ist ein Gesamtkonzept zu Gewaltschutz und Gewaltprävention in Bayern und umfasst einen drei-Stufen-Plan, der seit 2018 sukzessive umgesetzt wird. Darin wird mit breit angelegten und langfristigen Maßnahmen eine Verbesserung des Hilfesystems zunächst für von häuslicher und/oder sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen und ihren Kindern, sowie für weitere Personengruppen und Gewaltformen angestrebt.

Informationen sowie Digitale Lotsen mit Beratungs- und Hilfeangeboten für Betroffene sind zu finden unter: <https://bayern-gegen-gewalt.de/>; weitere zielgruppenspezifische Hilfeangebote stellt das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales bereit: <https://www.stmas.bayern.de/gleichstellung.php>.

Gewaltschutzkonzepte für Leistungserbringer der Eingliederungshilfe

Leistungserbringer der Eingliederungshilfe sind seit Juli 2021 gemäß § 37a SGB IX verpflichtet geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen zu ergreifen, insbesondere für Frauen und Kinder mit Behinderung. Dies beinhaltet die Entwicklung und Umsetzung eines auf die Einrichtung oder Dienstleistung zugeschnittenen Gewaltschutzkonzepts.

⁵⁷ Krell, C., Oldemeier, K., Müller, S.: Coming-out – und dann...?! Ein DJI-Forschungsprojekt zur Lebenssituation von lesbischen, schwulen, bisexuellen und trans* Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Deutsches Jugendinstitut, München 2015.

⁵⁸ Kasproski, D. et al.: Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTIQ*- Menschen. DIW-Wochenbericht 6/2021.

⁵⁹ Pöge, K. et al.: Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. JoHM 2020; 5(S1): 1–30.

Alleinerziehen

2022 lebten dem Mikrozensus zufolge 390.000 Alleinerziehende in Bayern. 13 % bzw. 278.000 von rund 2,2 Mio. Kindern in Bayern wachsen mit einem alleinerziehenden Elternteil auf, wobei 82 % der Alleinerziehenden Frauen sind.⁶⁰ Alleinerziehende sind häufig mit hohen täglichen Anforderungen konfrontiert, die eine psychische Belastung darstellen können.⁶¹ Während der Corona-Pandemie war die Belastungssituation besonders stark ausgeprägt. Gemäß Daten einer 2020 durchgeführten Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) gaben rund 60 % der alleinerziehenden Mütter an, sich vor dem Hintergrund der Corona-bedingten Kita- und Schulschließungen äußerst oder stark durch die Gesamtsituation belastet zu fühlen.⁶²

Nationale und internationale Studien bestätigen, dass Alleinerziehende ein höheres Risiko für psychische Störungen haben.⁶³ So zeigen Daten der GEDA-Studie des RKI, dass alleinerziehende Frauen und Männer häufiger von ärztlich diagnostizierten Depressionen berichten als in Paarhaushalten lebende Mütter und Väter. Im Vergleich zu anderen Familienformen kommen dabei als mögliche Ursachen auch Faktoren der sozialen Lage wie z. B. ein erhöhtes Armutsrisiko und ein häufi-

gerer niedriger Bildungsstatus in Frage. Ob die Unterschiede der psychischen Gesundheit bei Alleinerziehenden gänzlich von Faktoren der sozialen Lage erklärt werden können, wird in der Literatur nicht einheitlich geklärt.⁶⁴

Postpartale Depression

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 ist hingegen 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 Depression⁶⁵. Sie ist eines der häufigsten psychischen Probleme nach der Entbindung und erschwert den Aufbau einer guten Mutter-Kind-Beziehung. Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen der Kinder, u. a. der emotionalen Entwicklung, können die Folge sein. Eine postpartale Depression sollte daher zeitnah erkannt und behandelt werden.⁶⁶ Konservativ geschätzt ist bei ca. 120.000 Geburten jährlich in Bayern von rund 12.000 Frauen mit einer post-

⁶⁰ Pressemitteilung Bayerisches Landesamt für Statistik vom 12.05.2023: Zum Muttertag: 41 Prozent der alleinerziehenden Mütter in Bayern 2022 mit weniger als 1 500 Euro monatlichem Nettoeinkommen. <https://www.statistik.bayern.de/presse/mitteilung/2023/pm118/index.html> [Abruf am 02.01.2024]; Pressemitteilung Bayerisches Landesamt für Statistik vom 20.09.2023: Mikrozensus zeigt: Jedes 8. Kind in Bayern wächst bei alleinerziehenden Eltern auf. <https://www.statistik.bayern.de/presse/mitteilungen/2023/pm256/index.html> [Abruf am 02.01.2024].

⁶¹ an der Heiden, I., Ochmann, R., Bernhard, J.: AOK-Familienstudie 2022. Eine Befragung von Eltern mit Kindern im Alter von 4 bis 14 Jahren. IGES Institut 2023.

⁶² Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB): BIB.Bevölkerungsstudien 1 | 2020. Eltern während der Corona-Krise. Zur Improvisation gezwungen. BIB 2020.

⁶³ Rattay, P. et al.: Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. JoHM 2017; 2: 24–44; Wade, T.J., Veldhuizen, S., Cairney, J.: Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry 2011; 56(9): 567–57; Chiu, M. et al.: Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study. J Epidemiol Community Health. 2017; 71(5): 417–423.

⁶⁴ Rattay, P. et al.: Gesundheit von alleinerziehenden Müttern und Vätern in Deutschland. JoHM 2017; Liang, L.A., 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. Bundesgesundheitsbl 2011, 54: 735–744; Wade, T.J., Veldhuizen, S., Cairney, J.: Prevalence of psychiatric disorder in lone fathers and mothers: examining the intersection of gender and family structure on mental health. Can J Psychiatry 2011; 56(9): 567–57.

⁶⁵ Dorsch, V., Rhode A.: Postpartale psychische Störungen – Update 2016. Frauenheilkunde up2date 2016; 10: 355–374.

⁶⁶ Dorsch, V., Rhode A.: Postpartale psychische Störungen – Update 2016. Frauenheilkunde up2date 2016; 10: 355–374; Slomian, J. et al.: Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Women's Health 2019; 15: 1–55.

partalen depressiven Symptomatik auszugehen. Auch für Männer stellt die Geburt eines Kindes eine große Veränderung im Leben dar, so dass auch hier ein erhöhtes Risiko für eine postpartale

Depression zu bestehen scheint. Studien zeigen, dass zwischen dem ersten Drittel der Schwangerschaft und einem Jahr nach der Geburt etwa 10 % der Väter betroffen sind.⁶⁷

Unterstützungsangebote zur Geburt

Neben den **Koordinierenden Kinderschutzstellen – KoKi-Netzwerk frühe Kindheit** (siehe Kapitel 4.3), die bei den bayerischen Jugendämtern angesiedelt sind, gibt es weitere Unterstützungs- und Hilfeangebote für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern.

Schatten & Licht e.V. – Initiative peripartale psychische Erkrankungen: Der bundesweite gemeinnützige Verein ist dem weltweiten Netzwerk „Postpartum Support International“ angeschlossen. Die Internetseite des Vereins stellt umfangreiche Informationen und ein betreutes Diskussionsforum zur Verfügung. Betroffene und ihre Angehörige werden mit einem bundesweiten Selbsthilfegruppen- und Beraterinnen-Netz, einer umfangreichen Fachleute-Liste sowie einer Auflistung von Mutter-Kind-Einrichtungen unterstützt. *Weitere Informationen dazu unter: <https://schatten-und-licht.de>*

Auf der Homepage der **Marcé-Gesellschaft** findet sich eine Adressliste von Aufnahmestellen bei postpartalen psychischen Erkrankungen. *Weitere Informationen unter: <https://marce-gesellschaft.de/>*

UplusE Nürnberg

Ziel des Gemeinschaftsprojekts „UplusE“ des Klinikums Nürnberg ist es, die psychische Gesundheit von Familien am Ende der Schwangerschaft und im ersten Jahr nach Entbindung durch ein Screening zu verbessern. Für die Studie sollen in einem standardisierten Screening Depressionen, psychosoziale Belastungen und die Eltern-Kind-Beziehung erfasst werden. Das bundesweite Projekt soll dazu beitragen, mehr Betroffene in Behandlung und Beratung zu bringen und damit die psychische Gesundheit der Familie zu verbessern.

Weitere Informationen unter: <https://www.klinikum-nuernberg.de/news/guter-start-ins-leben-wie-upluse-die-psychische-gesundheit-von-jungen-familien-verbessert/>

Kinder psychisch kranker Eltern

Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland jährlich ca. drei bis vier Millionen Kinder mit einem psychisch kranken (inklusive Suchterkrankungen) Elternteil aufwachsen.⁶⁸ 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, was in etwa jedem vierten Kind in Bayern entspricht. Von den stationär behandelten psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten haben 10 % bis 30 % minderjährige Kinder.⁶⁹ Die psychische Erkrankung eines

⁶⁷ Garthus-Niegel, S., Kittel-Schneider, S.: Väter und peripartale psychische Erkrankungen: Das übersehene Elternteil? *Nervenarzt* 2023; 9: 1–6; Paulson, JF., Bazemore, SD.: Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *JAMA* 2010; 303: 1961–1969.

⁶⁸ 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* 2017; 12(7): e0180410.

⁶⁹ Clemens, V. et al.: Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Nervenarzt* 2018; 89: 1262–1270.

Elternteils ist ein erheblicher Risikofaktor für die Entstehung von psychischen Auffälligkeiten bei 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 Eltern).⁷⁰ Mehr als die Hälfte der Kinder mit psychisch kranken Eltern entwickeln selbst eine psychische Störung in der Kindheit oder Adoleszenz.⁷¹

Viele Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil finden geeignete Wege, um negative Folgen für die Kinder und Jugendlichen zu vermeiden. Dennoch können Kinder und Jugendliche unter den Folgen der psychischen Erkrankung eines Elternteils leiden. Besonders problematisch ist die **fehlende Stabilität der familiären Lebenssituation**.

ation. Die Erziehungskompetenzen bei psychisch kranken Eltern können eingeschränkt und die Eltern-Kind-Interaktion gestört sein. 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. Weiterhin belastend sind Selbst- sowie Fremdstigmatisierung 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.⁷²

Rolle der psychischen Gesundheit der Eltern erforschen

Welche Faktoren tragen dazu bei, dass Kinder depressiver Eltern im Verlauf ihres Lebens selbst an Depressionen erkranken und lassen sich diese Faktoren verändern? Diese Frage wird im Rahmen einer Studie an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU München untersucht. Ziel dieser Koko-Studie ist es, individuelle Unterschiede im Umgang mit Stress und die Rolle der elterlichen psychischen Gesundheit dabei zu untersuchen. Im Rahmen des Projekts sollen Familien in Bayern mit Kindern von 10–14 Jahren dazu befragt werden.

Mehr dazu unter: <https://prodo-group.com/studies/koko-studie/>

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.

⁷⁰ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. Monatschr Kinderheilkd 2017; 165: 402–407.

⁷¹ Plass, A. et al.: Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern. Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. Kindheit und Entwicklung 2016; 25(1): 41–49.

⁷² Gehrman, J., Sumargo, S.: Kinder psychisch kranker Eltern. Monatschr Kinderheilkd 2009; 157: 383–394.

Belastungen auffangen: Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern

Die Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern psychisch kranker Eltern wird in Form von Regelangeboten bzw. innerhalb von Regelstrukturen vorgehalten (siehe Kapitel 4.3). Darüber hinaus gibt es spezifische Anlaufstellen für Familien, in denen psychische Erkrankungen vorliegen wie z.B. *Ki.Ps.E – das Münchner Netzwerk Kinder psychisch erkrankter Eltern, Münchner Hilfenetzwerke für Kinder und ihre suchtkranken oder psychisch erkrankten Eltern* und der Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (ApK Bayern).

Die Augsburger 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 den Tabuisierungstendenzen der Kinder entgegenzuwirken. In die Beratung können auch Angehörige und Vertretende der Kindergärten und Schulen einbezogen werden. Mehr dazu unter: <https://www.zpg-bayern.de/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-suchthilfe-garmisch-partenkirchen.de/de/>; <https://www.caritas-beratungsstelle-kijufam-dachau.de/de/kinderleicht---fuer-kinder-psychisch-und-sucht-belasteter-eltern/>; <https://verbund-gzsz.de/>; <https://kinderschutzbund-guenzburg.de/paten-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern/>

Einsamkeit

Der Begriff „Einsamkeit“ bezeichnet das subjektiv empfundene, negative Gefühl der **Diskrepanz zwischen gewünschten und vorhandenen sozialen Beziehungen**. Als subjektives Empfinden ist sie begrifflich gegenüber dem objektiven Sachverhalt der „sozialen Isolation“ abgegrenzt, als negatives Gefühl gegenüber einem erwünschten Alleinsein.⁷³ Sie kann sich

auf das persönliche Umfeld beziehen z. B. einen Mangel an Freundschaften, sie kann aber auch in einem Gefühl der fehlenden Zugehörigkeit zu einer größeren Gemeinschaft oder zur Gesellschaft bestehen. Bedeutende Risikofaktoren für Einsamkeit stellen soziale Isolation, Mobbing, kritische Lebensereignisse sowie körperliche und psychische Vorerkrankungen dar.⁷⁴

⁷³ Luhmann, M.: Einsamkeit – Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19.04.2021. In: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Ausschussdrucksache 19(13)135b, 2021.

⁷⁴ Eine ausführlichere Beschreibung der Einflussfaktoren von Einsamkeit ist auf den Seiten 23 bis 25 im Bayerischen Einsamkeitsbericht zu finden: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Wenn Einsamkeit krank macht. Bericht zu den gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit in Bayern. München 2023.

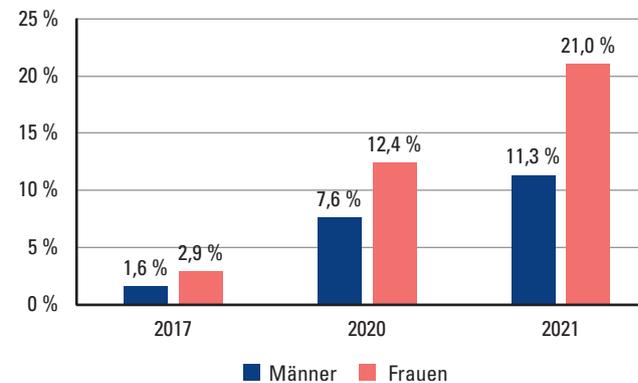
Einsamkeit und (psychische) Gesundheit beeinflussen sich wechselseitig.

Internationale Studien zeigen, dass Menschen mit psychischen Störungen häufiger einsam sind als die allgemeine Bevölkerung und dass psychisch erkrankte Personen, die von Einsamkeit berichten, schlechtere Verläufe ihrer Erkrankungen aufweisen, als nicht einsame psychisch kranke Menschen.⁷⁵ 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 z. B. aufgrund von Adipositas oder Rauchen auf.⁷⁶

Dem sozio-ökonomischen Panel (SOEP) zufolge stieg der Anteil der häufig oder sehr häufig einsamen Erwachsenen in Bayern im Zuge der **Corona-Pandemie** bis zum Jahr 2021 so gut wie in allen betrachteten Gruppen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß.⁷⁷ Insgesamt stieg der Anteil häufig einsamer Erwachsener von 2,3 % in 2017 auf 16,2 % in 2021, wobei Frauen im Jahr 2021 mit 21,0 % bedeutend häufiger betroffen waren als Männer mit 11,3 % (siehe Abbildung 5). Mögliche Gründe für die erhöhte Einsamkeitsprävalenz der Frauen könnten z. B. der höhere Anteil verwitweter Frauen sowie die

stärkere Reduktion sozialer Begegnungen während der Corona-Pandemie sein.

Abbildung 5: Anteil häufig oder sehr häufig einsamer Erwachsener vor und während der Corona-Pandemie nach Geschlecht, Bayern



Datenquelle: SOEP, Berechnungen: INIFES, gewichtete Daten

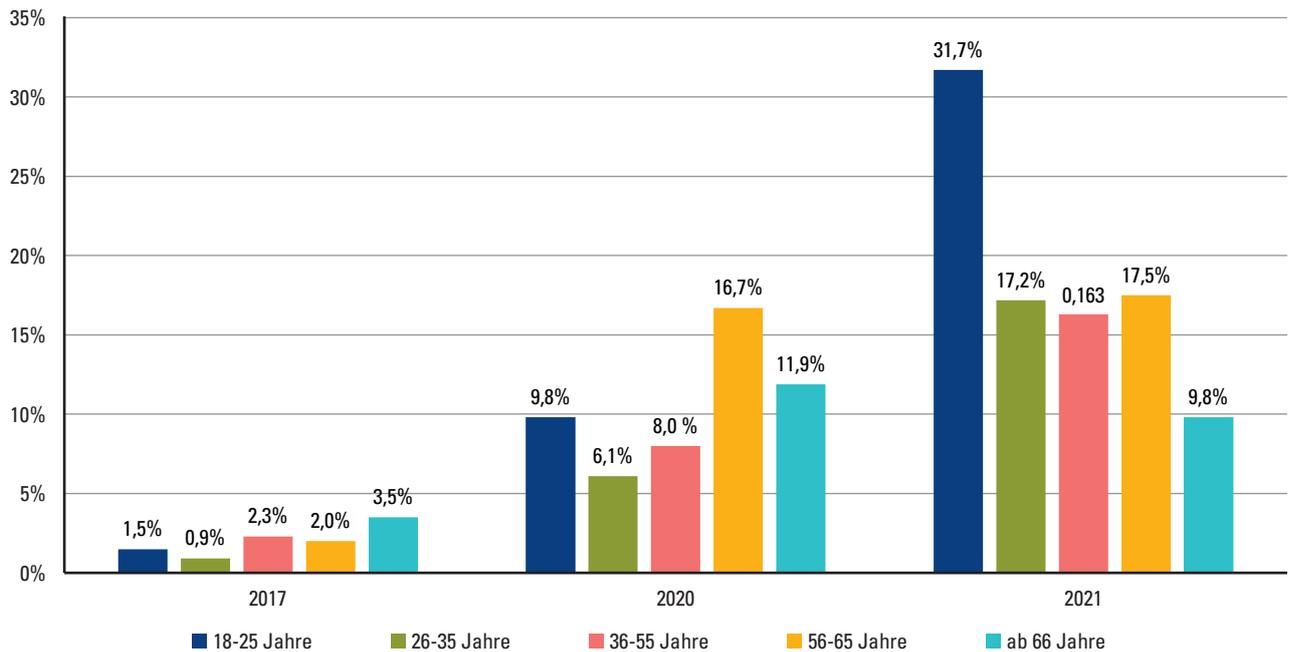
Jüngere Erwachsene litten dem SOEP zufolge in Bezug auf das Einsamkeitsempfinden stärker unter den Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie als Ältere (siehe Abbildung 6). So weist die jüngste befragte Altersgruppe (18 bis 25 Jahre) in Bayern die höchsten Einsamkeitsraten im Jahr 2021 auf (31,7 %) und auch den stärksten Anstieg zwischen 2017 und 2021 (gut 30 Prozentpunkte). Waren vor der Pandemie die jüngeren Personen tendenziell weniger von Einsamkeit belastet als die älteren, so hatte sich das Altersverhältnis während der Pandemie umgekehrt.

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Rico-Urbe, LA. et al.: Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. PLoS ONE 2018; 13(1): e0190033; Hawkey, LC., Capitanio, JP.: Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. Phil Trans R Soc B 2015; 370: 20140114.

⁷⁷ Weitere Informationen zur Datenanalyse zu Einsamkeit in Bayern sind im Bayerischen Einsamkeitsbericht zu finden: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Wenn Einsamkeit krank macht. Bericht zu den gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit in Bayern. München 2023.

Abbildung 6: Anteil häufig oder sehr häufig einsamer Menschen vor und während der Corona-Pandemie nach Alter, Bayern



Datenquelle: SOEP, gewichtete Daten

Auch Daten des Deutschen Alterssurveys weisen darauf hin, dass ältere Menschen in Privathaushalten in den Jahren 2020/2021 keineswegs stärker von Einsamkeit betroffen waren als jene im mittleren Alter.⁷⁸ Einschränkend ist bei beiden Erhebungen jedoch zu berücksichtigen, dass keine Menschen befragt wurden, die in Pflegeheimen leben. Eine Befragung an rund 1.000 Menschen ab 80 Jahren, die in Deutschland in einem Heim leben, machte deutlich, dass sich gut ein Drittel der Menschen in einem Heim als einsam beschreibt und damit der Anteil einsamer Menschen in Pflegeheimen deutlich höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung.⁷⁹

Weitere nationale und internationale Studien belegen eine Zunahme der Einsamkeit während der Corona-Pandemie, allerdings nur um rund 5 Prozentpunkte – dies wäre ein verhältnismäßig kleiner Effekt.⁸⁰ Die einzelnen Studien sind

jedoch aufgrund von Unterschieden bei den Befragungsinstrumenten, den Befragungszeitpunkten und den Stichproben nur eingeschränkt vergleichbar.

Als **Gründe für den Anstieg der Einsamkeit** während der Corona-Pandemie spielen neben den direkten Auswirkungen durch Infektionsschutzmaßnahmen, z.B. soziale Isolation und soziale Distanz, auch eine Zunahme von Sorgen, existenzielle Unsicherheit infolge von Kurzarbeit oder Arbeitsplatzverlust sowie Einschränkungen in der medizinischen Versorgung eine Rolle. Die während der Corona-Pandemie verstärkte wissenschaftliche, gesellschaftliche und mediale Auseinandersetzung mit dem Thema Einsamkeit hat zudem vermutlich eine erhöhte Achtsamkeit der Bevölkerung gegenüber Einsamkeitsgefühlen und sozialer Isolation befördert.⁸¹ In der Folge ist von einer weiteren Enttabuisierung und Ents-

⁷⁸ Wurm, S. et al.: Verbreitung von Einsamkeit bei älteren Erwachsenen in Deutschland. JoHM 2023; 8(3): 53–58.

⁷⁹ Kaspar, R. et al.: Einsamkeit in der Hochaltrigkeit. D80+ Kurzbericht Nummer 4. ceres 2022. Universität Köln.

⁸⁰ Ernst, M. et al.: Loneliness Before and During the COVID-19-Pandemic: A Systematic Review With Meta-Analysis. American Psychologist 2022; 77(5): 660–677.

⁸¹ Luhmann, M.: Einsamkeit - Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegenzutreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19.04.2021. In: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Ausschussdrucksache 19(13)135b, 2021.

tigmatisierung der Einsamkeit auszugehen, sodass Menschen eher über Einsamkeit sprechen können bzw. diese Gefühle in Befragungen vermehrt angeben. Daten zur Einsamkeitshäufigkeit nach der Corona-Pandemie liegen zum Zeitpunkt der Berichtlegung (Stand: Dezember 2023) noch nicht vor, allerdings zeigen erste Daten der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts, dass der Anteil der von Einsamkeit betroffenen Menschen in Deutschland zwischen August 2021 und Oktober 2022 um rund 4 Prozentpunkte zurückging.⁸²

In Bezug auf **wirksame Maßnahmen gegen Einsamkeit** steht die Forschung noch am Anfang. Zwar gibt es eine Vielzahl ehrenamtlicher Initiativen gegen Einsamkeit, diese werden

jedoch in der Regel nicht wissenschaftlich evaluiert, sodass die Effekte oft unklar bleiben.⁸³ Lediglich bei sozial isolierten und von Einsamkeit betroffenen Personen im höheren Lebensalter gibt es Anhaltspunkte, dass ein professionell geleitetes Gruppenangebot die Mortalität senkt und den selbstberichteten Gesundheitszustand verbessert.⁸⁴ Eine schottische Studie legt nahe, dass ein mindestens monatliches Treffen von Freunden oder Familienmitgliedern sozialer Isolation entgegenwirken kann und die Sterblichkeit senkt.⁸⁵ Da Einsamkeit viele Facetten und Problemlagen aufweisen kann, ist die Entwicklung passgenauer zielgruppen-spezifischer Maßnahmen von besonderer Bedeutung, ebenso wie sozialpolitische Maßnahmen und ein regionales Monitoring.⁸⁶

Jahresschwerpunkt 2023: Einsamkeit

Das StMGP hat die gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit aufgegriffen und zum Jahresschwerpunkt 2023 gemacht. Auf der Webseite <https://einsamkeit.bayern.de> werden Informationen, praktische Tipps gegen Einsamkeit und Hilfsangebote bereitgestellt, darunter die im Rahmen der Initiative Gesund.Leben.Bayern. geförderte „Telefon-Engel“-Aktion des Vereins Retla, die Telefonpatenschaften für Menschen ab 60 Jahren vermittelt. Landesweit gab es zahlreiche Aktionen und Veranstaltungen der Gesundheitsämter und Gesundheitsregionen^{plus} zu der auf Entstigmatisierung ausgerichteten Schwerpunktkampagne des StMGP; es entstand auch ein ausführlicher Gesundheitsbericht⁸⁷, der Bayerische Einsamkeitsbericht, der als Datengrundlage für weitere Projekte dienen kann, aber auch zahlreiche Angebote, Initiativen und Projekte gegen Einsamkeit und soziale Isolation in Bayern aufführt.



⁸² Robert Koch-Institut: Bericht Quartal 3/2023. Aktuelle Ergebnisse zur Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung bei hochfrequenter Beobachtung. RKI 2023.

⁸³ Luhmann, M.: Einsamkeit – Erkennen, evaluieren und entschlossen entgegentreten. Schriftliche Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung am 19.04.2021. In: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Ausschussdrucksache 19(13)135b, 2021.

⁸⁴ Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen: Soziale Isolation und Einsamkeit im Alter - Welche Maßnahmen können einer sozialen Isolation vorbeugen oder entgegenwirken? HT20-03. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Köln 2022.

⁸⁵ Foster, HME. et al.: Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. BMC Medicine 2023; 21: 384.

⁸⁶ Gibson-Kunze, M., Arriagada, C.: Maßnahmen zur Vorbeugung und Linderung von Einsamkeit in Deutschland. Eine Systematisierung. KNE Forschung 02/2023. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.; Frankfurt a.M. 2023.

⁸⁷ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Wenn Einsamkeit krank macht. Bericht zu den gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit in Bayern. München. 2023.

Migration

Menschen mit Migrationshintergrund sind eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe. Dem Statistischen Bundesamt zufolge hatten 2022 in Bayern ca. 3,8 Mio. Menschen, das sind etwa 29 % der Bevölkerung, einen Migrationshintergrund⁸⁸. Ein großer Teil (38,5 %) der bayerischen Bevölkerung mit Migrationshintergrund stammt aus den EU-Mitgliedsstaaten, bezogen auf Einzelstaaten stellen türkischstämmige Menschen mit 513.000 (13,4 %) die größte Gruppe dar. Menschen mit Migrationshintergrund haben häufig ein höheres psychisches Gesundheitsrisiko. Eine Befragung der NAKO Gesundheitsstudie, einer großen deutschen Langzeit-Bevölkerungsstudie mit 200.000 Teilnehmenden, zeigte für Menschen mit Migrationshintergrund vermehrt depressive Symptome. Das Ausmaß der Symptome variierte zwischen den verschiede-

nen Subgruppen, sowohl in Bezug auf die Herkunftsländer als auch auf den Migrationsstatus. Faktoren wie **sozioökonomische Benachteiligung, schädliche Arbeits- und Lebensbedingungen, Erfahrungen mit Rassismus und Diskriminierung, traumatische Erfahrungen** oder aber die soziale Integration und Unterstützung spielen dabei eine Rolle.⁸⁹ Ähnliche Ergebnisse zeigte eine Befragung von 2021 bis 2022 im Rahmen der GEDA-Studie von Menschen mit italienischer, kroatischer, polnischer, syrischer oder türkischer Staatsangehörigkeit. Hier berichten 14,3 % der Teilnehmenden jemals eine ärztlich diagnostizierte Depression erhalten zu haben, Frauen waren häufiger betroffen als Männer. Bei Personen mit befristetem Aufenthaltsstatus war das Risiko einer ärztlich diagnostizierten Depression fast doppelt so hoch wie bei den Teilnehmenden mit deutscher Staatsangehörigkeit.⁹⁰

Krieg und Flucht

Durch den Angriffskrieg Russlands auf die Ukraine mussten viele Menschen ihre Heimat verlassen. Seit Kriegsbeginn im Februar 2022 sind mehr als eine Million Menschen aus der Ukraine nach Deutschland geflohen, die Mehrheit sind Frauen, Kinder und Jugendliche⁹¹. Eine große deutschlandweite Befragung von geflüchteten Ukrainerinnen und Ukrainern im Jahr 2022 konnte zeigen, dass, obwohl die Schutzsuchenden ihren Gesundheitszustand überwiegend als gut bewerteten, ihre Lebenszufriedenheit im Vergleich zur deutschen Bevölkerung merklich geringer war. Für die geflüchteten Kinder und Jugendlichen war das psychische Wohlbefinden in allen Altersgruppen deutlich unter dem Niveau anderer in Deutschland lebender Kinder und Jugendlichen.⁹²

Eine weitere Studie zur Prävalenz psychischer Belastungen ukrainischer Geflüchteter aus dem Jahr 2023 zeigte für einen großen Anteil der aus der Ukraine Geflüchteten psychische Belastungen. Leichte bis schwere Depressionen sowie Angst berichteten 85 % der Befragten. Frauen gaben dabei mehr als doppelt so häufig an, an schweren Depressionen oder Angstsymptomen zu leiden.⁹³

⁸⁸ Nach der Definition des statistischen Bundesamts zählen dazu alle Personen, die die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzen, oder bei denen ein Elternteil die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzt.

⁸⁹ Vonnelich, N. et al.: Associations of Migration, Socioeconomic Position and Social Relations With Depressive Symptoms – Analyses of the German National Cohort Baseline Data. *Int J Public Health* 2023; 68: 1606097.

⁹⁰ Bartig, S. et al.: Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 1071–1082.

⁹¹ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

⁹² Brücker, H. et al.: Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland: Ergebnisse der ersten Welle der IAB-BiB/FReDA-BAMF-SOEP-Befragung. Forschungsbericht 41 des Forschungszentrums des Bundesamtes. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg. 2022.

⁹³ Buchcik, J. et al.: Prävalenz psychischer Belastungen bei ukrainischen Flüchtlingen in Deutschland – Betrachtung von Geschlechterunterschieden. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2023.

Eine besondere Personengruppe unter den Menschen mit Migrationshintergrund ist die der **Schutzsuchenden**. In Bayern waren 380.000 Menschen im Jahr 2022 schutzsuchend, wobei fast 40 % der Schutzsuchenden aus der Ukraine kamen⁹⁴. 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 allen Phasen der Flucht sowie beim Ankommen im Aufnahmeland auftreten.⁹⁵ 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.⁹⁶ Ergebnisse der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von 2016–2017 zeigen, dass das Risiko, eine PTBS 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 %.⁹⁷ Geht man davon aus, dass tendenziell die Gesundesten die Strapazen der Flucht auf sich nehmen (healthy migrant effect), wird die pathogene Wirkung von Flucht und Vertreibung umso deutlicher.

Der NAKO Gesundheitsstudie zufolge nehmen Zuwanderer der ersten Generation wesentlich seltener therapeutische Hilfe in Anspruch als Menschen ohne Migrationsgeschichte. Bei Migranten der zweiten Generation zeigen sich keine Unterschiede. Dabei spielen sprachliche und kulturelle Hürden eine große Rolle.⁹⁸ Eine von der BARMER publizierte Analyse von Abrechnungsdaten 3.639 Asylsuchender zeigt auf, dass Asylsuchende im Vergleich zu den Regelversicherten häufiger an Depressionen und Angststörungen leiden und häufiger wegen psychischen Erkrankungen ins Krankenhaus aufgenommen werden, jedoch deutlich weniger **Psychotherapeutenkontakte** aufweisen. Neben den oben genannten Hürden wirkt sich hier auch der rechtlich begrenzte Zugang zu psychotherapeutischen Gesundheitsleistungen für Asylsuchende aus.⁹⁹

⁹⁴ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

⁹⁵ 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&i-sAllowed=y> [Abruf am 07.12.2023].

⁹⁶ Gemäß WIdO hatten ca. 75 % aller Befragten Gewalt erfahren. Nur 22 % hatten keine traumatischen Erfahrungen; Siehe 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.

⁹⁷ Brückner, H. et al.: Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. IAB-Kurzbericht. 2019.

⁹⁸ Wiessner, C. et al.: Health Service Use Among Migrants in the German National Cohort—The Role of Birth Region and Language Skills. Int J Public Health 2024; 69: 1606377.

⁹⁹ Göppfarth, D., Bauhoff, S.: Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden – Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. In: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell. 2017: 32–65.

MentalHealth4Refugees: Verbundprojekte und Studien für neue Wege der Behandlung für geflüchtete Menschen mit psychischen Belastungen

Im Rahmen von „MentalHealth4Refugees“ fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung seit 2019 Projekte zu innovativen Versorgungsansätzen für Geflüchtete, zwei davon in Bayern: BETTER CARE und PrevDrop.

BETTER CARE ist ein Jugendhilfeprojekt mit dem Ziel, die psychotherapeutische Versorgung junger Geflüchteter in Bayern und Baden-Württemberg zu verbessern. Das Projekt wurde gemeinsam vom Deutschen Jugendinstitut, der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt sowie dem Universitätsklinikum Ulm entwickelt. In einem dreistufigen Versorgungsansatz erhalten die Teilnehmenden zunächst eine Diagnostik und Therapieempfehlung. Für Teilnehmende mit milden bis moderaten psychischen Symptomen wurde ein Gruppen-Präventionsprogramm entwickelt. Teilnehmenden mit klinisch auffälligen psychischen Symptomen wird eine traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie angeboten.

Das Projekt **PrevDrop** (Vorhersage und Prävention von Dropout in Forschung, Diagnostik und Behandlung mit Geflüchteten) unterstützt bei der Planung und Implementierung von Maßnahmen zur Prävention eines vorzeitigen Abbruchs der Teilnehmenden. Zudem werden Prädiktoren und subjektive Gründe, die zu einem vorzeitigen Abbruch führen, untersucht. Hintergrund dafür ist: Bei der Versorgung von Geflüchteten besteht ein besonders hohes Risiko, dass beispielsweise durch sprachliche und kulturelle Hürden eine Behandlung vorzeitig abgebrochen wird.

Weitere Informationen dazu unter: <https://www.ku.de/bettercare> und <https://www.mentalhealth4refugees.de/de/querschnittsprojekte/prevdrop-vorhersage-und-praevention-von-dropout-forschung-diagnostik-und>

Klimawandel

Auch in Bayern nehmen aufgrund des Klimawandels die Häufigkeit und Intensität von extremen **Wetter- bzw. Witterungsereignissen** zu – über die letzten 70 Jahre ergaben sich in Bayern ein Anstieg der Jahresmitteltemperatur um 1,9 Grad Celsius, mehr heiße Tage und Hitzeperioden und weniger Niederschlag im Sommer und intensivere Starkregenereignisse, vor allem im Frühjahr.¹⁰⁰ Bis zum Ende des 21. Jahrhunderts ist in Bayern ein Temperaturanstieg um bis zu 3,8°C oder ggf.

mehr im Vergleich zum Referenzzeitraum 1971–2000 möglich, je nach der Umsetzung von Maßnahmen zum Klimaschutz.¹⁰¹ Die Auswirkungen des Klimawandels sind dabei ungleich verteilt über Bayern.¹⁰²

Der Klimawandel kann sich direkt auf die psychische Gesundheit auswirken z. B. nach akuten, bedrohlichen Extremwetterereignissen oder auch indirekt vermittelt über langfristige Veränderungen von Umwelt und Lebensbedingungen.¹⁰³

¹⁰⁰ Bayerisches Landesamt für Umwelt: Bayerns Klima im Wandel - Heute und in der Zukunft. Augsburg. 2022.

¹⁰¹ Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz: Klimabericht 2022. München. 2022.

¹⁰² Weiterführende Informationen zur unterschiedlichen Betroffenheit der sieben bayerischen Klimaregionen finden sich z. B. in den Klimafaktenblättern des Bayerischen Landesamts für Umwelt unter <https://www.lfu.bayern.de/klima/klimawandel/klimafaktenblaetter/index.htm>. [Abruf am 02.01.2024].

¹⁰³ Für aktuelle Übersichtsarbeiten siehe exemplarisch: Walinski, A. et al. The Effects of Climate Change on Mental Health. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 117–124; Gebhardt, N. et al. Scoping Review zu Klimawandel und psychischer Gesundheit in Deutschland – Direkte und indirekte Auswirkungen, vulnerable Gruppen, Resilienzfaktoren. JoHM 2023; 8(S4): 132–161.

Hitze und Psyche

Auch erhöhte Umgebungstemperaturen und Hitze können sich direkt auf die psychische Gesundheit auswirken. So kann es während Hitzewellen zu einer Steigerung von Aggression und Gewaltbereitschaft kommen. Hitze ist zudem assoziiert mit einer Verschlimmerung der Symptome bei vorbestehenden psychischen Erkrankungen, mehr Notfallkontakten im psychiatrischen System und Krankenhauseinweisungen wie auch einem erhöhten Sterberisiko bei psychisch kranken Menschen und einer erhöhten Anzahl an Suiziden. In der Woche nach einer moderaten bzw. starken Hitzewelle zeigt sich ein ungefähr verdoppeltes Mortalitätsrisiko durch Suizid.¹⁰⁴ Psychische Vorerkrankungen gehören auch zu den wichtigsten Risikofaktoren für hitze-assoziierte Sterbefälle mit einem ungefähr dreifach erhöhten Sterberisiko während einer Hitzewelle. Dabei haben Personen mit substanzbezogenen Süchten und organischen psychischen Störungen wie z. B. Demenzerkrankungen das höchste hitzebedingte Mortalitätsrisiko.¹⁰⁵ Die dem Zusammenhang von Hitze und psychischen Störungen zugrunde liegenden Mechanismen sind komplex und nicht in Gänze verstanden, diskutiert werden u. a. Störungen im Neurotransmitterhaushalt, negative Auswirkungen auf die Kognition und Gehirnfunktion, eine Überforderung physiologischer und verhaltensbezogener Adaptationsstrategien bis hin zu entzündlichen Prozessen im Gehirn.¹⁰⁶

Bei Menschen, die direkt oder indirekt **Naturkatastrophen** wie z. B. Überflutungen erlebt haben, kann dies erheblichen Stress und Ängste verursachen und dadurch zur Entwicklung von psychischen Störungen beitragen. Ergebnisse der „English national cohort study of flooding and health“ zeigten z. B. ein Jahr nach einem Überflutungsereignis deutlich erhöhte Häufigkeiten für Depressionen, PTBS und Angststörungen unter Betroffenen (im Vergleich zu nicht Betroffenen). Drei Jahre nach der Überflutung war die Häufigkeit an Depressionen und Angststörungen unter den Betroffenen weiterhin erhöht.¹⁰⁷ Auch im Nachgang von **Waldbränden**

als Folge langer Dürreperioden wurden bei Betroffenen negative Auswirkungen auf die mentale Gesundheit (z. B. Somatisierungsstörungen, Depressionen, Angststörungen, paranoides Denken) festgestellt.¹⁰⁸ Gemäß einer Metaanalyse haben Menschen, die Naturkatastrophen miterlebt haben, ein fast doppeltes Risiko für psychische Erkrankungen im Vergleich zu Personen ohne eine derartige Erfahrung.¹⁰⁹ Beachtenswert sind zudem **Versorgungseinschränkungen**, die sich nach klimabedingten Katastrophen ergeben können, wenn einerseits ein erhöhter Bedarf an psychologischer Betreuung und psychiatrischen Diensten besteht und es anderer-

¹⁰⁴ Liu, J. et al.: Is there an association between hot weather and poor mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021; 153: 106533; Walinski, A. et al. The Effects of Climate Change on Mental Health. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 117–124; Gebhardt, N. et al. Scoping Review zu Klimawandel und psychischer Gesundheit in Deutschland – Direkte und indirekte Auswirkungen, vulnerable Gruppen, Resilienzfaktoren. *JoHM* 2023; 8(S4): 132–161.

¹⁰⁵ Bouchama, A. et al.: Prognostic factors in heat wave-related deaths: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2170–2176; Liu, J. et al. Is there an association between hot weather and poor mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021; 153: 106533.

¹⁰⁶ Liu, J. et al.: Is there an association between hot weather and poor mental health outcomes? A systematic review and meta-analysis. *Environ Int* 2021; 153: 106533.

¹⁰⁷ Waite, T.D. et al.: The English national cohort study of flooding and health: cross-sectional analysis of mental health outcomes at year one. *BMC Public Health* 2017; 17 (1): 129; Robin, C. et al. Impact of flooding on health-related quality of life in England: results from the National Study of Flooding and Health. *Eur J Public Health* 2020; 30(5): 942–948.

¹⁰⁸ Papanikolaou, V. et al.: Psychological distress following wildfires disaster in a rural part of Greece: a case-control population-based study. *Int J Emerg Ment Health* 2011; 13(1): 11–26; Papanikolaou, V. et al.: Surveying the ashes: experience from the 2007 Peloponnese wildfires six months after the disaster. *Prehosp Disaster Med* 2011; 26(2): 79–89.

¹⁰⁹ Beaglehole, B. et al.: Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 716–722.

seits in Folge der Katastrophe zu einer Unterbrechung oder Verschlechterung der Verfügbarkeit der Dienste kommt. Insbesondere für Menschen mit bereits bestehenden psychischen Erkrankungen hat dies weitreichende negative Auswirkungen. Durch Einschränkungen der Unterstützungs- und Versorgungssysteme sind diese ohnehin stark gefährdeten Personen noch stärker von Isolation betroffen und von notwendiger Unterstützung abgeschnitten, was ihre Fähigkeit zur Bewältigung weiter einschränkt.¹¹⁰

Klimawandel und Psychopharmaka

Die klimawandelbedingte Zunahme von Hitzetagen kann ein Risiko für Patientinnen und Patienten darstellen, die mit Psychopharmaka behandelt werden. Die Einnahme von bestimmten Psychopharmaka geht mit einer verminderten Wärmeregulierung einher und kann mit einer gestörten Flüssigkeitshomöostase verbunden sein, was zu medizinischen Problemen führen kann.¹¹¹ Daher kann es notwendig sein, diese Patientinnen und Patienten in Bezug auf Hitzewellen zu sensibilisieren und mit entsprechenden Informationen zu versorgen.

Zu den eher indirekten Auswirkungen des Klimawandels auf die mentale Gesundheit zählen psychische Belastungen und Störungen z. B. aufgrund von Zerstörung von Lebensgrundlagen, Zukunftsängsten, Verlust von Arbeitsplätzen, Verlust der sozialen Unterstützung, Nahrungsmittelknappheit oder unfreiwilliger Migration.¹¹² Auch der Klimawandel an sich kann sich negativ auf die

psychische Gesundheit auswirken. Beispielsweise können Gedanken wie keinen Einfluss auf den Klimawandel zu haben oder der Eindruck, dass nicht genügend Gegenmaßnahmen ergriffen werden, Emotionen wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Verzweiflung, Ängste, Panik, Kontrollverlust hervorrufen bzw. verstärken. Eine internationale Befragung von jungen Menschen (16–25 Jahre) in zehn Ländern ergab, dass über alle einbezogenen Länder hinweg 59 % der Befragten sich große/ extreme Sorgen wegen des Klimawandels machten, 84 % machten sich mindestens moderate Sorgen. Fast die Hälfte gab an, dass ihre Klimawandel-bezogenen Emotionen wie Traurigkeit, Angst, Wut, Ohnmacht oder Schuldgefühle ihr tägliches Leben und Aktivitäten negativ beeinflussen.¹¹³ In diesem Zusammenhang werden auch neue Syndrome als psychologische Reaktionen auf den Klimawandel beschrieben wie das Phänomen der „**Klimaangst**“ d.h. der Angst, in Zukunft selbst direkt vom Klimawandel betroffen zu sein, oder der „**Solastalgie**“, womit der emotionale Schmerz bzw. Trauer angesichts der Klimawandel-bedingten Zerstörung der eigenen Heimat oder des Verlusts von Aktivitäten und Traditionen bezeichnet wird.

Chronische körperliche Erkrankungen und Behinderung

Studien weisen darauf hin, dass psychische Erkrankungen sowohl Ursache als auch Folge einer **körperlichen Erkrankung** sein können.¹¹⁴ Als Risikoerkrankungen im Kindes- und Jugendalter gelten hierbei insbesondere Herzkrankheiten, Krampfanfälle, Migräne und Adipositas¹¹⁵. Aber auch Schmerzstörungen, Diabetes mellitus und

¹¹⁰ Galea, S. et al.: Financial and social circumstances and the incidence and course of PTSD in Mississippi during the first two years after Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress* 2008; 21(4): 357–368.

¹¹¹ Martin-Latry, K. et al.: Psychotropic drugs use and risk of heat-related hospitalisation. *European Psychiatry* 2007, 22: 335–338; Berko, J. et al.: Deaths Attributed to Heat, Cold, and Other Weather Events in the United States: 2006–2010. *Natl Health Stat Report* 2014; 30(76): 1–15.

¹¹² Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A. & DGPPN-Task-Force „Klima und Psyche“: Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt* 2023; 94: 225–233.

¹¹³ Hickman, C. et al. Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. *The Lancet* 2021; 5(12): e863–e873.

¹¹⁴ Härter, M., Baumeister, H.: Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg 2007: 1–13.

¹¹⁵ Erhart, M., et al.: Psychische Komorbidität bei chronisch somatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl* 2011; 54: 66–74.

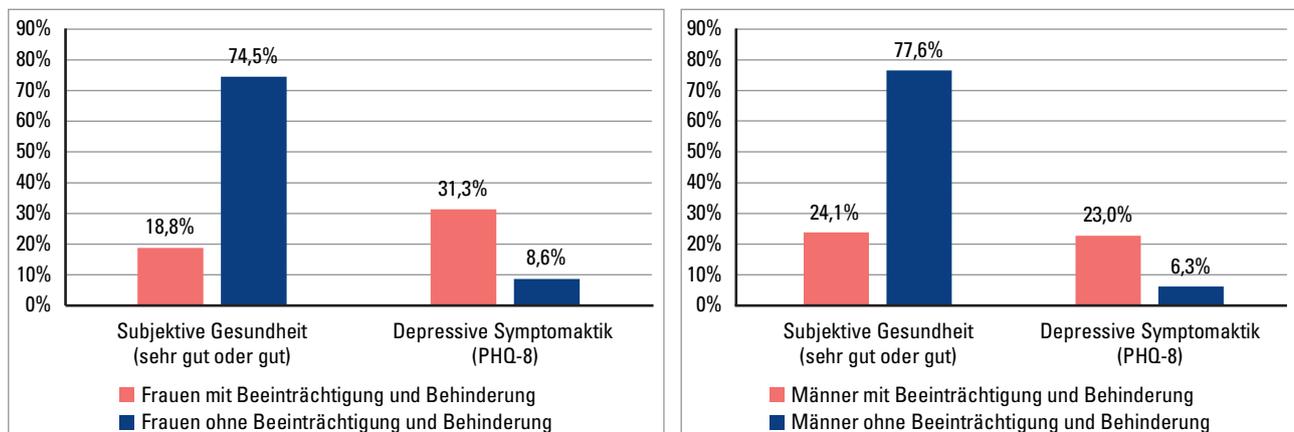
Asthma bronchiale gelten als potenzielle Auslöser psychischer Erkrankungen¹¹⁶. Für weitere Informationen zu chronischen körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen siehe erster bayerischer Psychiatriebericht 2021.

Auch eine **Behinderung** kann mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen verknüpft sein. Ursächlich dafür ist u. a. die Erfahrung von Diskriminierung und Benachteiligung.¹¹⁷ Eine Behinderung entsteht durch die Wechselwirkung aus den Beeinträchtigungen einer Person und ihren Lebensumständen.¹¹⁸ 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.¹¹⁹

Die GEDA Studie zeigt, dass Erwachsene mit Behinderung ihre Gesundheit insgesamt weit weniger häufig als gut oder sehr gut einschätzen als Menschen ohne Behinderung. Auch hinsichtlich einer depressiven Symptomatik zeigen sich größere Unterschiede: Rund 27 % der Personen mit und etwa 8 % der Personen ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen sind von einer depressiven Symptomatik betroffen. Zudem zeigt sich, dass Frauen mit einer Beeinträchtigung oder Behinderung häufiger von einer depressiven Symptomatik berichten als Männer (siehe Abbildung 7).¹²⁰

Abbildung 7: Subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik bei Personen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, Deutschland 2014/2015



Datenquelle: GEDA 2014/2015-EHIS

¹¹⁶ Härter, M., Baumeister, H.: Ätiologie psychischer Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen. In Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Heidelberg 2007: 1–13.

¹¹⁷ Rathmann, K., Nellen, C., Wetzell, L.D.: Behinderungsspezifischer Gradient in der psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsbewusstsein. Ergebnisse der repräsentativen GEDA-Studie für Deutschland. Rehabilitation 2020; 59: 223–230.

¹¹⁸ 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 Behinderung“ (GdB) zugemessen, der in Zehnerschritten von 20 bis 100 reicht. Ab einem GdB von mindestens 50 wird von „Schwerbehinderung“ gesprochen. Menschen gelten im sozialrechtlichen Sinne als behindert, wenn sie körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können (§ 2 Satz 1 SGB IX).

¹¹⁹ 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.

¹²⁰ Prütz F., Krause, L.: Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland – Ausgewählte Indikatoren aus der Studie GEDA 2014/2015-EHIS. JoHM 2022; 7(1): 28–51.

Im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung ist das Risiko für eine Depression bei Menschen mit einem GdB unter 50 um das 2-fache erhöht, bei schwerbehinderten Menschen erhöht sich das Risiko sogar um das 2,5-fache.¹²¹ Menschen mit einer geistigen Behinderung weisen verglichen mit Menschen ohne Behinderung ein etwa 7-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung auf.¹²² Für die Betroffenen hat die Corona-Pandemie zudem häufig zu einer Verschlechterung der psychischen Lage geführt.¹²³

Problematische Konsum- und Verhaltensweisen:

Weitere psychische Erkrankungen (Komorbiditäten) treten bei Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung überproportional häufig auf. Beispielsweise leiden rund 20 % der Personen mit einer sozialen Phobie gleichzeitig an einer **Alkoholkonsumstörung**. Auch die Anzahl von Personen mit Alkoholkonsumstörungen, die gleichzeitig an einer depressiven Störung leiden, ist überproportional hoch. Bipolare Störungen, schizophrene Störungen, posttraumatische Belastungsstörun-

gen sowie ADHS sind überproportional häufig mit Alkoholkonsumstörungen assoziiert.¹²⁴ Bei Cannabisabhängigen hat die Mehrzahl der Betroffenen mindestens eine komorbide Störung. Hervorzuheben sind hier Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens sowie affektive- und Angststörungen.¹²⁵

Nicht immer ist klar, ob sich ein abhängiges Verhalten aufgrund einer vorherigen psychischen Störung oder Auffälligkeit entwickelt hat oder eine psychische Störung sich an eine Abhängigkeitserkrankung angeschlossen hat. Psychische Belastungen können z.B. zu einem problematischen Alkoholkonsum führen. Gleichzeitig kann ein problematischer Alkoholkonsum auch zur Entwicklung einer depressiven Symptomatik beitragen. Oft dienen psychotrope Substanzen auch der „Selbstmedikation“ im Sinne einer Coping Strategie. Alkohol beispielsweise hilft Menschen mit sozialen Ängsten dabei, in Gesellschaft „entspannter“ zu werden. Die gleichen Zusammenhänge bestehen auch bei Verhaltenssüchten wie z.B. beim pathologischen Glücksspiel, der exzessiven Mediennutzung oder der Arbeitssucht.

Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD)

Schon geringe Mengen Alkohol während der Schwangerschaft können für das Ungeborene schädlich sein, da Alkohol ungehemmt die Plazenta passiert und in den Blutkreislauf des Kindes gelangt. Auch der väterliche Alkoholkonsum schädigt: Effekte auf die Spermien können zu Entwicklungsstörungen führen sowie die Abstinenzbemühungen der schwangeren Frauen erschweren. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft kann zu schweren Verhaltensauffälligkeiten und schwerwiegenden geistigen sowie körperlichen Einschränkungen des Kindes führen. Schätzungen zufolge kommen jährlich ca. 13.000 Kinder infolge des Alkoholkonsums der Mutter während der Schwangerschaft in Deutschland mit einer fetalen Alkoholspektrumstörung (FASD) zur Welt. Auf Bayern übertragen wären das ca. 2.000 betroffene Kinder. Von der schwersten und sichtbarsten Ausprägung dieser Störung, dem fetalen Alkoholsyndrom (FAS), sind schätzungsweise 3.000 Kinder betroffen.¹²⁶ Auf Bayern übertragen wäre es ca. 500. Die Datenlage ist hier

¹²¹ Rathmann, K., Nellen, C., Wetzel, LD.: Behinderungsspezifischer Gradient in der psychischen Gesundheit und dem Gesundheitsbewusstsein. Ergebnisse der repräsentativen GEDA-Studie für Deutschland. *Rehabilitation* 2020; 59: 223–230.

¹²² 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.

¹²³ Habermann-Horstmeier, L.: Die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung in der COVID-19-Pandemie Risikofaktoren, Problembereiche, Maßnahmen. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 283–291.

¹²⁴ Preuss, U. W. et al.: Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. *Nervenarzt* 2016; 87: 26–34.

¹²⁵ Gouzoulis-Mayfrank, E., Walter, M.: Cannabiskonsum und psychiatrische Komorbidität. *SuchtMagazin* 2014; 40.

¹²⁶ Kraus, L. et al.: Quantifying harms to others due to alcohol consumption in Germany. a register-based study. *BMC Medicine* 2019; 17: 59.

jedoch unzureichend. Des Weiteren wären aktuelle Zahlen dazu, wie viele Frauen Alkohol während der Schwangerschaft konsumieren, dringend notwendig, um Trends und Präventionsbedarfe besser beurteilen zu können.

Das StMGP förderte zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium von 2018–2021 die Etablierung des **Deutschen FASD Kompetenz Zentrums Bayern** in München und unterstützt seit Ende 2021 das Nachfolgeprojekt „FASD Smiley Digital“ zur Verbesserung von Prävention, Diagnostik und Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher u. a. auch durch digitale Tools (<https://www.deutsches-fasd-kompetenzzentrum-bayern.de/>). Zudem informiert die durch das StMGP geförderte **Präventionskampagne „Schwanger? Null Promille!“** über die Risiken des Alkoholkonsums während der Schwangerschaft und wo es in Bayern Beratung und Hilfe zu diesem Thema gibt. Informationsmaterialien sind in deutscher und acht weiteren Sprachen vorhanden, darüber hinaus ist die Kampagne auch auf Facebook, X und YouTube aktiv (<https://www.schwanger-null-promille.de>).

Abhängigkeitserkrankungen sind für sich genommen Risikofaktoren für die Entstehung weiterer psychischer Störungen. Hinsichtlich der Alkoholabhängigkeit sind hier besonders kognitive Beeinträchtigungen, psychotische Störungen, affektive Störungen, Angststörungen und Veränderungen in der Persönlichkeit zu nennen.¹²⁷ Auch Cannabiskonsum ist ein Risikofaktor für weitere

psychische Erkrankungen. Studien zeigen, dass das Risiko für die Entwicklung einer Angsterkrankung bei frühem Konsumbeginn (<16 Jahre) und langjährigem und wöchentlichem Cannabisgebrauch um den Faktor 3,2 erhöht ist. Darüber hinaus ist die Auftretenswahrscheinlichkeit von Psychosen bei hoher Konsumintensität von Cannabis bis zu 3,4-fach erhöht.¹²⁸

Substanzinduzierte Psychosen

Psychoaktive Substanzen (wie z. B. Cannabinoide, Alkohol, Kokain, Amphetamine, Halluzinogene, neue psychoaktive Substanzen) können Psychosen verursachen oder auslösen. Hierfür reicht unter Umständen bereits ein einmaliger Konsum. Dies gilt insbesondere für stärker psychoaktiv wirkende Substanzen wie z. B. synthetische Cannabinoide, Cannabis-Produkte mit sehr hohem THC-Gehalt, Kokain sowie Amphetamine.

Corona-Pandemie

Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebericht beschrieben, kam es während der Corona-Pandemie auch zu zahlreichen **Veränderungen der psychosozialen Versorgungsstruktur** in Bayern. Elektive Therapien sowie Rehabilitationsmaßnahmen waren nur eingeschränkt möglich, viele Beratungsstellen stellten ihre Angebote auf telefonische oder digitale Beratung um,

niedrigschwellige Einrichtungen reduzierten ihre Angebote bzw. stellten sie vorübergehend ein. 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.¹²⁹

Die psychische Gesundheit wurde auf unterschiedlichen Ebenen durch das Pandemiege-

¹²⁷ Soyka, M: Alkoholismus: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus. Dtsch Arztebl 2002; 99: 38–42.

¹²⁸ Hoch, E., Friemel, C. M., Schneider, M.: Cannabis: Potenzial und Risiko: Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Springer. Berlin/Heidelberg. 2018.

¹²⁹ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Erster bayerischer Psychiatriebericht 2021. S.78–80. München. 2021.

schehen beeinflusst. Bereits die **Sorge vor einer SARS-CoV-2-Infektion** konnte die psychische Gesundheit negativ beeinflussen. Zudem zeigte sich, dass auch Betroffene mit einer überstandenen SARS-CoV-2-Infektion neben einigen körperlichen Symptomen auch vermehrt unter psychischen Problemen wie Angststörungen, Depressionen, Fatigue sowie verminderter kognitiver Belastbarkeit leiden können. Es gibt zudem Hinweise für ein erhöhtes Risiko für Demenzerkrankungen und Psychosen.¹³⁰ Ursächlich hierfür können sowohl direkt

durch **SARS-CoV-2-infektionsbedingte Schäden und Veränderungen im zentralen Nervensystem** sein (siehe Textkasten), ebenso werden soziale und psychische Auswirkungen diskutiert (z.B. Belastungen durch die Quarantäne sowie Schuldgefühle nach Ansteckung anderer).¹³¹ Auch Angehörige, die eine nahestehende Person durch eine SARS-CoV-2-Infektion verloren haben, berichteten häufiger über Stress, Schlafstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen.¹³²

Post-COVID

Das Post-COVID-Syndrom beschreibt ein Krankheitsbild, das noch Wochen und Monate nach einer SARS-CoV-2-Infektion bestehen kann. Zu den häufigsten Symptomen zählen unter anderem Beschwerden der Lunge und des Kreislaufsystems, der Muskulatur, Erschöpfungszustände, aber auch psychische Erkrankungen wie Angstzustände und Depressionen.¹³³ Die AWMF-Leitlinie Long/ Post-COVID berichtet eine Häufigkeit von Long-COVID Symptomen, die noch 12 Wochen nach der initialen SARS-CoV-2-Infektion bestehen, im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Häufig kommt es im Verlauf zu einer Spontanheilung oder zu einer deutlichen Abschwächung der Symptome.¹³⁴ Von Post/ Long-COVID 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. Gegebenenfalls müssen die Behandlungskapazitäten hier noch weiter ausgebaut werden.

Beim Post-VAC-Syndrom, dessen Symptome ähnlich beschrieben werden, sind viele Fragen noch ungeklärt. Hierbei handelt es sich um ein unspezifisches Krankheitsbild, das in zeitlichen Abstand zur COVID-19-Impfung auftreten kann. Hier besteht Forschungsbedarf.

Weitere Informationen zu Post-COVID-Ambulanzen und weiteren Versorgungsangeboten unter: <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/post-covid/>

¹³⁰ Taquet, M. et al.: Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-COV2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(10): 815–827.

¹³¹ Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung: Report Psychotherapie 2023. Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. DPtV. Berlin. 2023.

¹³² 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.

¹³³ Wang, S. et al.: Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post-COVID-19 Conditions. *JAMA Psychiatry* 2022; 79(11): 1081–1091; Taquet, M. et al.: Neurological and psychiatric risk trajectories after SARS-COV2 infection: an analysis of 2-year retrospective cohort studies including 1 284 437 patients. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(10): 815–827.

¹³⁴ Kocuzulla, AR. et al.: S1-Leitlinie Long/ Post-COVID. AWMF online. Version 3, Stand: 05.03.2023. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-027> [Abruf am 14.12.2023].

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.¹³⁵ Auch das mit schlechterer psychischer Gesundheit in Zusammenhang gebrachte Einsamkeitsempfinden stieg im Zuge der Corona-Pandemie in Deutschland an (siehe dazu den Abschnitt Einsamkeit).¹³⁶

Während der Corona-Pandemie zeigten sich bei **Hochaltrigen** Zunahmen hinsichtlich Depressivität und Ängstlichkeit.¹³⁷ Allerdings stellt dem Deutschen Alterssurvey zufolge ein höheres Lebensalter keinen pauschalen Risikofaktor für besonders schwerwiegende indirekte Gesundheitsfolgen durch die Corona-Pandemie dar.¹³⁸ Obwohl ältere Personen durch die Corona-Pandemie einem erhöhten Sterblichkeitsrisiko ausgesetzt waren, wiesen sie im Vergleich zu jüngeren Menschen kein erhöhtes Stresserleben oder erhöhte psychische Belastungen auf. Vielmehr hatten ältere Personen während der Pandemie ein höheres Maß an Resilienz und mehr Lebenszufriedenheit als Menschen zwischen 18 und 64 Jahren.¹³⁹ Ältere Menschen mit einer Demenzerkrankung¹⁴⁰ bzw. in Pflegeheimen¹⁴¹ waren besonders stark von der Corona-Pandemie

betroffen – sowohl was die Erkrankungsschwere, die Mortalität wie auch die Einschränkung durch Schutzmaßnahmen betrifft. Die Besuchsverbote, Ausgangssperren, Reduktion des Körperkontakts und der sozialen Angebote führten zu erhöhten psychischen Belastungen (insbesondere Einsamkeit, Trauer, Depressivität und Angst) der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner.¹⁴² Eine Studie des Instituts für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf wies darauf hin, dass die Einschränkungen wegen der Corona-Pandemie für stationär behandelte Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen besonders schwerwiegend waren und das Suizidrisiko in dieser Personengruppe im Vergleich zum Kontrollzeitraum vor der Pandemie um gut 27 % gestiegen ist.¹⁴³

Pflegende Angehörige waren durch die Corona-Pandemie ebenfalls besonders betroffen. Einer Online-Befragung zufolge hat sich für rund 70 % die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verschlechtert. Zudem hat die Lebensqualität der pflegenden Angehörigen während der Corona-Pandemie abgenommen und die Belastungen sind gestiegen, insbesondere für jüngere Pflegende, Frauen und Personen mit hohem Pflegebedarf.¹⁴⁴ Eine Studie des Zentrums für

¹³⁵ 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.

¹³⁶ Berger, K. et al.: Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. *Bundesgesundheitsbl* 2021; 64: 1157–1164; Huxhold, O., Tesch-Römer, C.: Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich. *Deutsches Zentrum für Altersfragen* 04/2021. Berlin.

¹³⁷ Gerhards, SK. et al.: Die Entwicklung der psychischen Gesundheit bei hochaltrigen Individuen während der COVID 19-Pandemie und die Rolle sozialer Unterstützung. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 241–247.

¹³⁸ Wünsche, J. et al.: Ältere Menschen im ersten Jahr der COVID-19-Pandemie: Gesundheitsrelevante Befunde aus dem Deutschen Alterssurvey (DEAS). *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66:232–240.

¹³⁹ Wurm, S., Schäfer, SK.: Ältere Menschen in Zeiten der COVID-19-Pandemie. *Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen* 2021. <https://www.bdp-verband.de/aktuelles/detailansicht/aeltere-menschen-in-zeiten-der-covid-19-pandemie> [Abruf am 14.12.2023].

¹⁴⁰ Siehe Heim, T.M.: Somatopsychische Abwärtsspirale COVID-19 und Demenz – eine prekäre Kombination. *Dtsch Arztebl* 2022; 119 (1–2).

¹⁴¹ Eine ausführliche Analyse zur erhöhten Mortalität der Pflegeheimbewohner in Deutschland ist beispielsweise im Pflereport 2021 der AOK zu finden; Siehe Jacobs, K. et al.: *Pflege-Report 2021*. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin. 2021.

¹⁴² Siehe dazu auch den Abschnitt zum Thema Einsamkeit in diesem Kapitel. Benzinger, P. et al.: Psychosoziale Auswirkungen der Pandemie auf Pflegekräfte und Bewohner von Pflegeheimen sowie deren Angehörige – Ein systematisches Review. *Z Gerontol Geriat* 2021; 54: 141–145.

¹⁴³ Engels, A.: Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: CovPsych: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen. *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf*. Hamburg. 2023.

¹⁴⁴ Wiegmann, H. et al.: Die Situation pflegender Angehöriger im erwerbsfähigen Alter in der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse einer Onlinebefragung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 265–274.

Qualität in der Pflege (ZQP) zeigt, dass insbesondere Angehörige von Menschen mit Demenz deutlich belastet waren: 41 % berichten über eine Verschlechterung der Pflegesituation infolge des ersten Lockdowns 2020 und über ein Drittel gab an, überfordert zu sein. 35 % befürchteten, die häusliche Pflege der von Demenz betroffenen Person nicht mehr zu schaffen.¹⁴⁵

Medizinisches und Pflegepersonal¹⁴⁶ war und ist im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie ebenfalls besonders hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Ein erhöh-

tes Infektionsrisiko in der Arbeit, Schichtdienst, lange Arbeitszeiten und die Erschwernisse aufgrund von Vorsichts- und Hygienemaßnahmen sind nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastend. Studien zeigen eine Zunahme von Stress, Befindlichkeitsstörungen und weiteren psychischen Einschränkungen wie Depressivität und Ängstlichkeit.¹⁴⁷ Eine Studie des ZQP ergab, dass bei 58 % der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste und 65 % der Beschäftigten in Pflegeheimen psychische Belastungen im Vergleich zur vorpandemischen Zeit gestiegen sind.¹⁴⁸

Unterstützung für Medizinisches und Pflegepersonal

Für Beschäftigte in der Langzeitpflege und in der Eingliederungshilfe fördert die Bayerische Staatsregierung ein **Resilienzprogramm** mit Resilienz-Trainings und Team-Coachings, in denen die Beschäftigten angeleitet werden, besser mit psychischen Belastungen umzugehen und sich vor Überlastung zu schützen. *Weitere Informationen siehe: <https://www.lfp.bayern.de/resilienzmassnahmen>.*

Das im Rahmen der Initiative Gesund.Leben.Bayern. geförderte Projekt „**PeliCan**“ nimmt Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte in den Blick. Ziel ist die Entwicklung eines Leitfadens zur Prävention von gesundheitlichen Folgeschäden aufgrund psychischer Belastung, insbesondere im Zuge einer pandemischen Situation. Der Leitfaden soll anhand praxisnaher Fallbeispiele aufklären und entsprechende Präventionsmaßnahmen vorstellen. *Weitere Informationen siehe: <https://www.zpg-bayern.de/pelican-studie.html>*

Säuglinge und Kleinkinder waren ebenfalls in ihrer sozialen und affektiven Entwicklung von der Corona-Pandemie beeinträchtigt. Dabei zeigten sich Unterschiede nach sozialer Lage: Kinder aus armutsgefährdeten Familien wiesen stärkere

Beeinträchtigungen auf als Kinder ohne Armutsgefährdung.¹⁴⁹ Zudem waren auch Eltern von Kleinkindern aufgrund der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden vorübergehenden Ausfälle bei Kinderbetreuung und weiteren

¹⁴⁵ Eggert, S. et al.: Pflegende Angehörige in der COVID-19-Krise. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Zentrum für Qualität in der Pflege. Berlin. 2020. <https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP-Analyse-Angeh%C3%B6rigeCOVID19.pdf> [Abruf am 19.12.23].

¹⁴⁶ In Bayern gab es im Jahr 2021 knapp 970.000 Personen, die im Gesundheitswesen tätig waren; Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

¹⁴⁷ Jerg-Bretzke, L. et al.: Psychosocial Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers and Initial Areas of Action for Intervention and Prevention—The egePan/VOICE Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(19): 10531; Ghahramani, S. et al.: Health care workers' mental health in the face of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2023; 27(2): 208–217.

¹⁴⁸ Eggert, S., Teubner, C.: Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege. 2021.

¹⁴⁹ Renner, I. et al.: Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in der COVID-19-Pandemie: Belastungserleben und Entwicklungsauffälligkeiten unter Berücksichtigung der sozialen Lage. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 911–919.

Unterstützungsmöglichkeiten besonders belastet.¹⁵⁰ Ein guter familiärer Zusammenhalt wirkte

hingegen protektiv und konnte die Belastungen durch die Pandemie abmildern.¹⁵¹

Folgestudie JuFaBY (Junge Familien in Bayern)

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales hat das Projekt CoronabaBY (Junge Familien und Corona) des Lehrstuhls für Sozialpädiatrie der TU München und des kbo-Kinderzentrums München gefördert. Die Folgestudie JuFaBY (Junge Familien in Bayern) des Lehrstuhls für Sozialpädiatrie der TU München setzt hier an und untersucht die weiteren Auswirkungen aktueller Krisen. Im Rahmen des Projekts sollen Familien in Bayern mit Kindern von 0–6 Jahren dazu befragt werden, mit welchen Problemen sie derzeit besonders zu kämpfen haben. Kooperationspartner sind der bayerische Landesverband des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) sowie die BVKJ-Service GmbH und PaedNetz Bayern.

Mehr dazu unter: <https://bayern.bvkj.de/junge-familien-in-bayern/>

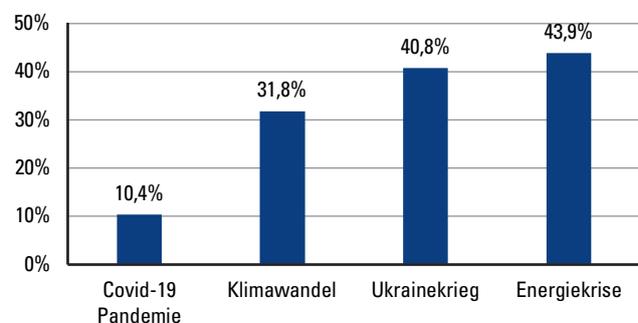
Schulschließungen, der Wegfall sozialer Kontakte und die Reduktion körperlicher Aktivität hatten nachteilige Auswirkungen auf die Entwicklung von **Kindern und Jugendlichen**.¹⁵² Im Rahmen der bundesweiten COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zeigten sich bei den befragten 11- bis 17-Jährigen während der Corona-Pandemie Zunahmen im Bereich der psychischen Auffälligkeiten (Hyperaktivität, emotionale Probleme, Verhaltensprobleme), den Angstsymptomen und den depressiven Symptomatiken (siehe dazu Kapitel 4.1).

Einschränkend ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die **Corona-Pandemie nicht die einzige Krise** war, die sich in dem Zeitraum auf die psychische Gesundheit ausgewirkt hat.¹⁵³ Der COPSY-Studie zufolge waren im Herbst 2022 knapp 44 % der befragten 11–17-Jährigen in

Deutschland aufgrund der Energiekrise besorgt, rund 41 % machten sich Sorgen um den Ukrainekrieg. Die Corona-Pandemie machte zu diesem Zeitpunkt mit gut 10 % deutlich weniger Kindern und Jugendlichen Sorgen (siehe Abbildung 8).¹⁵⁴

Abbildung 8: Ängste und Sorgen der Kinder und Jugendlichen, Deutschland 2022

Altersgruppen 11-17 Jahre



Datenquelle: Ravens-Sieberer, U. et al. 2023

¹⁵⁰ Fendel, A. et al.: Die Auswirkung pandemieassoziiierter Belastungsfaktoren auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. Technische Universität München. 2022. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Anl._2a_Sachbericht_ABCDEF-COOP-Teilprojekt_C.pdf [Abruf am 12.12.2023].

¹⁵¹ 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.

¹⁵² Reiß, F. et al.: Perspektive Prävention: Psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 391–401; Felfe, C. et al.: The youth mental health crisis: Quasi-experimental evidence on the role of school closures. *Science Advances* 2023; 9(33): eadh4030.

¹⁵³ Lass-Hennemann, J. et al.: Generation climate crisis, COVID-19, and Russia–Ukraine-War: global crises and mental health in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2023. efirst.

¹⁵⁴ Ravens-Sieberer, U. et al.: Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in Public Health* 2023: 11:1129073.

Superkids – jetzt erst recht

„**Superkids – jetzt erst recht**“ ist ein Projekt der Gesundheitsregion^{plus} Rottal-Inn für Grundschulkindern der 3. und 4. Jahrgangsstufe mit dem Ziel, das Thema psychische Gesundheit zu enttabuisieren, Kinder, Eltern und Lehrer dafür zu sensibilisieren und Wissen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise zu vermitteln. Es wurde entwickelt vor dem Hintergrund der sich entfaltenden Corona-Pandemie und den Einschränkungen, die sich im Gefolge auch für Kinder und Jugendliche ergaben und deren psychische Gesundheit belasteten. Das im Juni 2021 gestartete Projekt besteht aus drei Modulen: einem Elternabend, einer 90-minütigen Unterrichtseinheit mit Inhalten wie „Umgang mit Gefühlen“, „Bewegung“ und „Entspannung“ sowie einer Schulheft-Broschüre zur nachhaltigen Verfestigung des Erlernten. Durch die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren gelang es, das Angebot auf den ganzen Landkreis auszuweiten.

Mehr Informationen unter <https://www.rottal-inn.de/landkreis-region/kreisentwicklung/gesundheitsregion-plus/gesundheitsfoerderung-praevention/>

Rechtsextremismus, Verschwörungstheorien, Querdenken ...

Die gegenwärtige gesellschaftliche Verunsicherung erhöht das Risiko für psychische Belastungen und psychische Erkrankungen sowie zudem das der weltanschaulichen und politischen Radikalisierung. Dabei ist es mitunter schwierig, eine Abgrenzung zwischen diesen beiden Entwicklungen zu ziehen. Wenn jemand beginnt bspw. einer Verschwörungstheorie wie QAnon zu folgen, nach der angeblich Kindern in unterirdischen Gefängnissen ein Enzym entnommen wird oder Menschen, sich der Reichsbürgerideologie anschließen und glauben, die Bundesrepublik sei nur eine GmbH, so ist einerseits zu beachten, dass politisch extreme Ansichten nicht voreilig bzw. pauschal psychopathologisiert werden dürfen, andererseits zeigen internationale Studien, dass z. B. radikalisierte Täter häufiger psychische Störungen aufweisen als der Durchschnitt. Solche Grauzonen zwischen radikalen Ansichten, Querulanten-tum und psychischen Störungen werfen auch für Beratungsstellen sowie die psychotherapeutische Praxis neue Herausforderungen auf.¹⁵⁵

2.3 Psychische Störungen und Stigmatisierung

Psychisch erkrankte Menschen sind – 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.¹⁵⁶ Während Depressionen heute mit deutlich weniger negativen Gefühlen assoziiert sind bzw. stärker mit dem eigenen Erleben in Verbindung gebracht werden,

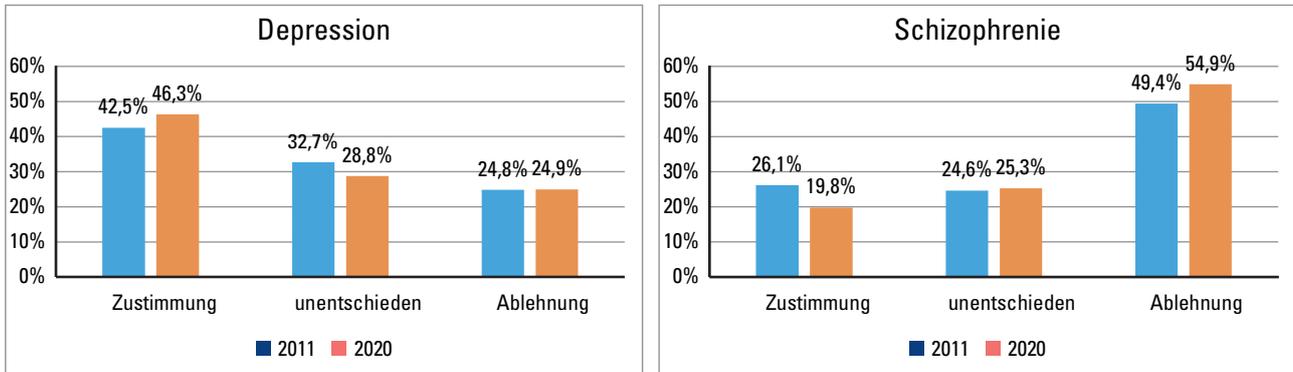
¹⁵⁵ Bialluch, C. et al.: Rechtsextremismus, Prävention, Deradikalisierung und psychische Gesundheit. Herausforderungen und Möglichkeiten für psychotherapeutische Berufsgruppen. *Psychotherapeutenjournal* 2023; 4: 354–362.

¹⁵⁶ Schomerus, G., Spahlholz, J., Speerforck, S.: Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. *Bundesgesundheitsbl* 2023; 66: 416–422; 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.

haben sich die Fremdheitsgefühle **gegenüber Menschen mit einer Schizophrenie in den letzten Jahren nochmals verstärkt** (siehe Abbildung 9).

Abbildung 9: Fremdheitsgefühl gegenüber depressiver und schizophrener Symptomatik, Deutschland 2011/2020

Anteil der Befragten, die anhand einer Fallbeschreibung der Aussage zustimmen „Im Grunde geht es uns allen manchmal so wie dieser Person. Es ist nur eine Frage, wie ausgeprägt der Zustand ist.“



Datenquelle: Schomerus, Spahlholz & Speerforck 2023

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.¹⁵⁷ Dies erschwert auch die Rückkehr von psychisch erkrankten Menschen 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.¹⁵⁸ 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

Wie Stigma belastet

„Meine Arbeit ist ziemlich schwierig für mich geworden. Außerdem habe ich ständig Angst, dass dort jemand etwas über meine psychische Erkrankung erfährt. Meine Familie leidet auch darunter. Wir treffen uns kaum noch mit Verwandten und Freunden.“ (Betroffener, 20–40 Jahre)

„Die Geheimhaltung meiner Krankheit ist sehr belastend und kostet mich viel Energie. Dabei ist ohnehin alles schon zu kräftezehrend. Meine Frau unterstützt mich zum Glück sehr. Die Kinder sind noch zu klein, um das alles richtig zu verstehen.“ (Betroffener, 20–40 Jahre)

„In der Schule sage ich dazu gar nichts. Ich habe viel zu viel Angst, als Tochter einer ‘Irren’ abgestempelt zu werden.“ (Angehörige, unter 20 Jahre)

¹⁵⁷ Schomerus, G. et al.: Offener Umgang mit psychischer Gesundheit. Aktuelle Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung. Initiative Neue Qualität in der Arbeit. 2020.

¹⁵⁸ 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. Nervenarzt 2014; 85(1): 77–87.

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!**“ ist die Kampagne des StMGP zum Thema Depression überschrieben – eine Kampagne, bei der die Sensibilisierung der Öffentlichkeit ein zentrales Ziel ist. 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 StMGP die erfolgreiche Kampagne im Kontext der Corona-Pandemie ausgeweitet (<https://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 (<https://www.woche-seelische-gesundheit.de/>).

Das Projekt **Hilfe in seelischer Not – Psychische Gesundheit für Jung und Alt** (HSN Age) ist ein Erste-Hilfe-Kurs für die seelische Gesundheit. Entwickelt wurde es insbesondere für psychische Notlagen von Jugendlichen und älteren Menschen ab 60 Jahre. HSN Age schafft ein Angebot, das Angehörige und Bezugspersonen von Menschen in psychischen Notlagen unterstützt und konkrete Handlungsstrategien an die Hand gibt, damit sie bei seelischen Krisensituationen in ihrem Umfeld sicherer reagieren und helfen können. Neben der Vermittlung konkreter Handlungsstrategien für seelische Krisensituationen soll das Projekt auch einen Raum öffnen, um mehr über psychische Erkrankungen und seelische Nöte zu sprechen und Vorurteile abzubauen (<https://hsn-kurse.de/>).

Das **Bündnis für psychisch erkrankte Menschen (BASTA)** sensibilisiert mit Aufklärungsseminaren für Schüler und Polizeibedienstete, 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 (<https://www.bastagegenstigma.de/>).

Die **Stiftung Deutsche Depressionshilfe und Suizidprävention** und ihr deutschlandweites Netzwerk **Deutsches Bündnis gegen Depression** haben zum Ziel, die gesundheitliche Situation depressiv erkrankter Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern und Suiziden vorzubeugen (siehe dazu auch Kapitel 3.2).

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 Aktionspro-

gramm auf Rädern, bei dem durch Radtouren ein Beitrag zur Entstigmatisierung der Depression geleistet werden soll (<https://depressionsliga.de/>; <https://www.mut-tour.de>).

Um Stigmata im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen weiter abzubauen, 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. Die Ausstellung 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 kann über das ZPG innerhalb Bayerns kostenfrei ausgeliehen werden (<https://www.zpg-bayern.de/kindersprechstunde.html>).

Die **Wanderausstellung „Ein Wir ist stärker als ein Ich“** des Starnberger Vereins Mutmachleute zeigt auf 20 großformatigen Aufstellern Bilder von Frauen und Männern im Alter von 18 bis 65 Jahren mit psychischen Erkrankungen, die mit ihrer eigenen Geschichte Betroffenen Mut machen und zum Nachdenken anregen wollen. Gleichzeitig wird die Öffentlichkeit für den Umgang mit psychisch kranken Menschen und für deren Wahrnehmung in der Gesellschaft sensibilisiert. Auch diese Ausstellung kann über das Bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) innerhalb Bayerns kostenfrei ausgeliehen werden (<https://www.zpg-bayern.de>).

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 StMGP 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/oeffentlichkeitsarbeit/#Leben-mit-Demenz>).

Der **Demenzparcours** des StMGP 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 StMGP der **Bayerische Demenzfonds** ins Leben gerufen. Nach Maßgabe der Förderrichtlinie Demenz und Teilhabe – DEMTeil können seit dem Jahr 2020 Angebote zur Teilhabe von Menschen mit Demenz und ihren An- und Zugehörigen (1. Fördersäule), Kommunen beim Auf- und Ausbau demenzsensibler Strukturen (2. Fördersäule seit 2023) gefördert sowie wissenschaftliche Arbeiten zur Verbesserung der Lebenssituation dieser Personengruppe mit dem Wissenschaftspreis ausgezeichnet werden. Der Bayerische Demenzfonds verfügt zum einen über Mittel, die vom Freistaat Bayern zur Verfügung gestellt werden, zum anderen ist der Bayerische Demenzfonds ein Spendensammelpool, über den Spendengelder eingeworben werden sollen (<https://www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/bayerischer-demenz-fonds/>).

Die **Bayerische Demenzwoche**, die jährlich rund um den Welt-Alzheimerstag durchgeführt wird, zielt darauf ab, das Thema Demenz in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken, vielfältige Betreuungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit Demenz sichtbar zu machen sowie mögliche Initiatorinnen und Initiatoren für den Aufbau von neuen Angeboten zu motivieren. 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 <https://www.demenzwoche.bayern.de/>.

3. ALTERSÜBER- GREIFENDE ECKDATEN ZUR PSYCHISCHEN GESUNDHEIT IN BAYERN

3. Altersübergreifende Eckdaten zur psychischen Gesundheit in Bayern

Das Wichtigste

- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag für etwas mehr als 2,9 Mio. gesetzlich Versicherte in Bayern 2022 die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor. Dies entspricht etwa 26% aller gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten in Bayern.
- In den Abrechnungsdaten aus der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern die Diagnosehäufigkeit mit dem Alter zunimmt.
- Nur ein kleiner Teil benötigt eine Behandlung in einem Krankenhaus. Im Jahr 2022 gab es insgesamt 151.550 vollstationäre Behandlungsfälle in (Akut-)Krankenhäusern in Bayern. Etwa ein Viertel davon wurde in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt.
- 2022 gab es in Bayern 1.811 Suizide. Im Vergleich zum Vorjahr zeigt sich 2022 ein Anstieg um gut 13%. Im Jahr 2023 gab es einen leichten Rückgang auf 1.799 Suizide.
- Drei Viertel aller Suizide werden von Männern begangen. Die Mehrzahl der Suizide ist mit einer psychischen Krisensituation assoziiert.
- Neben verschiedenen kurativen und rehabilitativen Versorgungsangeboten steht ein breites Spektrum an Angeboten zur Teilhabe (z. B. Beratungsstellen, betreutes Wohnen) und der Selbsthilfe zur Verfügung.

3.1 Häufigkeit psychischer Störungen in Bayern

Nach epidemiologischen Studien weist im Laufe eines Jahres etwa ein Drittel der Erwachsenen eine klinisch relevante psychische Störung auf. Bei Kindern geht man von einer ähnlichen Größenordnung aus.¹⁵⁹ Die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zeigen, dass rund vier Mio. gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten aller Altersgruppen im Verlauf des Jahres 2022 mindestens einmal aufgrund einer **ambulanten Diagnose** aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) in Behandlung waren (darunter etwa 530.000 Kinder und Jugendliche). Damit entspricht die Zahl der Menschen mit psychischen Störungen, die sich aus den epidemiologischen Studien ergibt, in der Größenordnung recht gut der Zahl aus dem Versorgungssystem. Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Personengruppen nicht ganz deckungsgleich sind.¹⁶⁰

Legt man das M2Q-Kriterium zugrunde (Diagnose wurde in mind. zwei Quartalen pro Jahr erhoben), so lag bei etwas mehr als 2,9 Mio. gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten eine ambulante Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor. Dies entspricht etwa 26% aller gesetzlich Versicherten in Bayern.¹⁶¹ In der Altersgruppe der unter 18-Jährigen waren es insgesamt etwas mehr als 302.000 Kinder und Jugendliche, darunter gut 257.000 Kinder unter 15 Jahren. In der Altersgruppe 65+ lag bei etwa einer Mio. Patientinnen und Patienten eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor.

¹⁵⁹ Ausführliche Informationen dazu sind in den nachfolgenden Kapiteln 4.1, 5.1 und 6.1 zu lesen.

¹⁶⁰ So zeigen z. B. die Ergebnisse der DEGS1-Studie, dass ein erheblicher Teil der Menschen, bei denen eine psychische Störung festgestellt wurde, nicht in Behandlung ist. Umgekehrt sind schwer erkrankte Menschen in Gesundheitssurveys unterrepräsentiert. Siehe dazu auch Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Erster bayerischer Psychiatriebericht. München. 2021. S. 35/36.

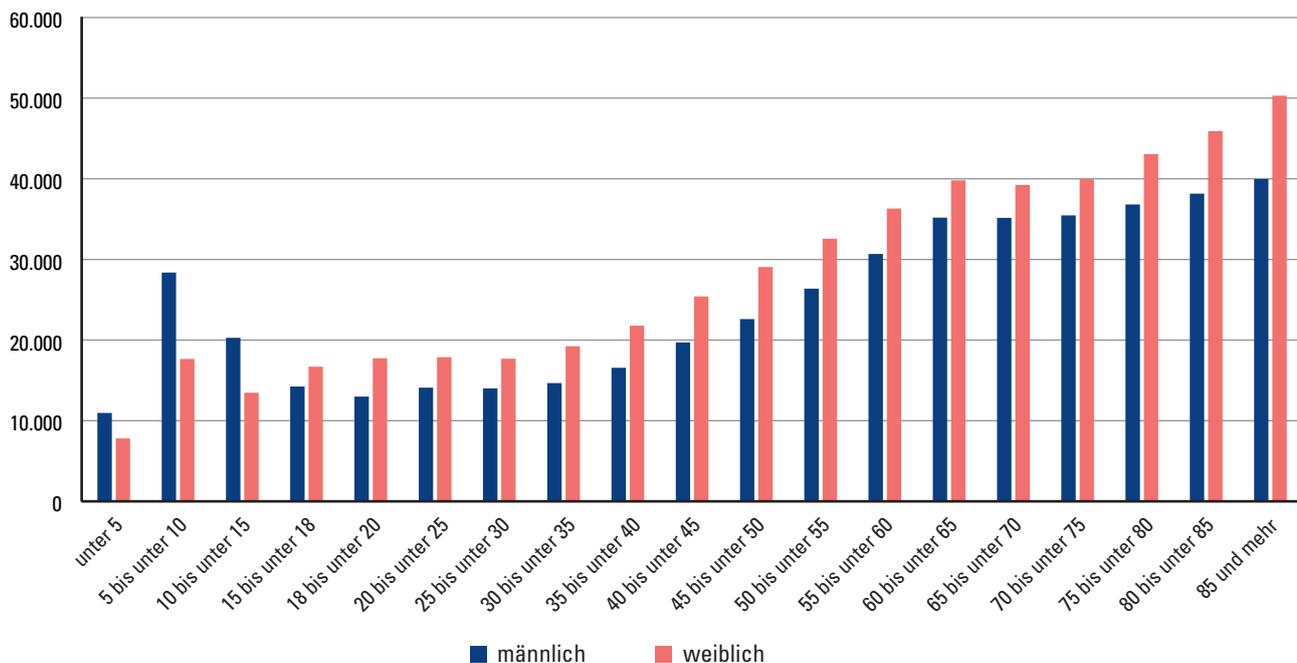
¹⁶¹ Bezieht sich auf die Anzahl der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Arztkontakt in der ambulanten Versorgung im Jahr 2022.

Während bei den Kindern, Jungen etwas häufiger als Mädchen die Diagnose einer psychischen Störung aufweisen, sind ab dem Jugendalter Frauen häufiger betroffen als Männer. Unter den diagnostizierten Fällen bei gesetzlich Versicherten in Bayern im Jahr 2022 entfielen 57 % auf

Frauen und 43 % auf Männer. Beim Vergleich der einzelnen **Altersgruppen** (Rate je 100.000 Einwohner) zeigt sich, dass sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen der Anteil der Versicherten mit einer psychischen Erkrankung mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10: Ambulante Diagnosen (F00–F99) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2022

Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung je 100.000 Patienten



Datenquelle: KVB

Bei den **Kindern und Jugendlichen** stehen unter den ambulanten Fällen der vertragsärztlichen Versorgung mit 48 % die Entwicklungsstörungen (F80-F89) im Vordergrund, gefolgt von den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F99) mit 31 % und die neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49) mit 12 %. Im Geschlechtervergleich sind bei Jungen unter den F-Diagnosen die Entwicklungsstörungen (F80-F89) stärker ausgeprägt (Mädchen 43 % der Fälle, Jungen 51 % der Fälle); bei den Mädchen hingegen die Angststörungen (Mädchen 17 % der Fälle; Jungen 9 % der Fälle).

Bei den **Erwachsenen** stehen mit je einem Drittel die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F49) und die affektiven

Störungen (F30-F39) im Vordergrund, gefolgt von den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit 13 %. Dabei haben unter den gesetzlich Versicherten die Männer rund doppelt so häufig eine Diagnose aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum als Frauen (Frauen 9 % der Fälle; Männer 19 % der Fälle). Bei den weiblichen Patienten sind unter den F-Diagnosen hingegen die Angststörungen (Frauen 38 % der Fälle; Männer 29 % der Fälle) und die affektiven Störungen (Frauen 34 % der Fälle; Männer 26 % der Fälle) stärker ausgeprägt.

In den **stationären Diagnosen** spiegelt sich tendenziell ein anderes Erkrankungsspektrum wider.¹⁶² Die Unterschiede können z. B. in der Erkrankungsschwere, den Therapiemöglichkeiten und der Herausnahme aus einem pathoge-

¹⁶² Siehe die Abbildungen 26, 27 sowie 39, 40 und 57, 58 im Vergleich.

nen Milieu begründet sein. 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. Im Jahr 2022 gab es über alle Altersgruppen hinweg 151.550 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-) Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern. Wie in der ambulanten Versorgung entfällt auch hier nur ein kleiner Teil der Fälle auf Heranwachsende unter 20 Jahren, 18.991 Behandlungsfälle waren es in Bayern (darunter 6.542 Kinder unter 15 Jahren).

Häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt infolge einer psychischen Störung waren 2022 bei den Frauen die affektiven Störungen (F30-F39) mit 37 %, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) und den Störungen aufgrund psychotroper Substanzen (F10-F19) mit jeweils 18 %. Bei den Männern dominieren mit 42 % die Störungen aufgrund psychotroper Substanzen (F10-F19), hierunter vor allem alkoholbedingte Fälle, gefolgt von den affektiven Störungen (F30-F39) mit 23 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) mit 11 %.

Des Weiteren wurden 2.765 Fälle **teilstationär** in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik behandelt sowie 14.665 Fälle in der Allgemeinen Psychiatrie und 4.680 Fälle in der Psychosomatik/Psychotherapie.

Die **Schwerbehindertenstatistik** zeigt auf, wie viele Personen in ihrer Teilhabe an der Gesellschaft besonders eingeschränkt sind. 2021 waren rund 1,2 Mio. Menschen bei den bayerischen Versorgungsämtern als schwerbehindert anerkannt d. h. mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50. Knapp ein Fünftel davon entfallen auf seelische Behinderungen, darunter 33.600 Personen mit Psychosen (wie Schizophrenie), 89.850 Personen mit Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen und 8.210 mit einer Suchterkrankung.¹⁶³

Psychische Störungen im Zeitverlauf

Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in Bayern verzeichnen einen Anstieg der Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99). Der leichte Rückgang bei den Kindern 2020 (siehe Abbildung 11) ist vermutlich auf eine geringere Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung während der Corona-Pandemie zurückzuführen.

Tabelle 2: Ambulante Diagnosen (F00-F99), M2Q-Kriterium, Bayern 2018–2022

Jahr	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose 0–17 Jahre	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose ab 18 Jahre	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose gesamt
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
2021	291.538	2.605.643	2.897.181
2022	302.086	2.600.662	2.902.748

Datenquelle: KVB

¹⁶³ Datenquelle: LfStat.

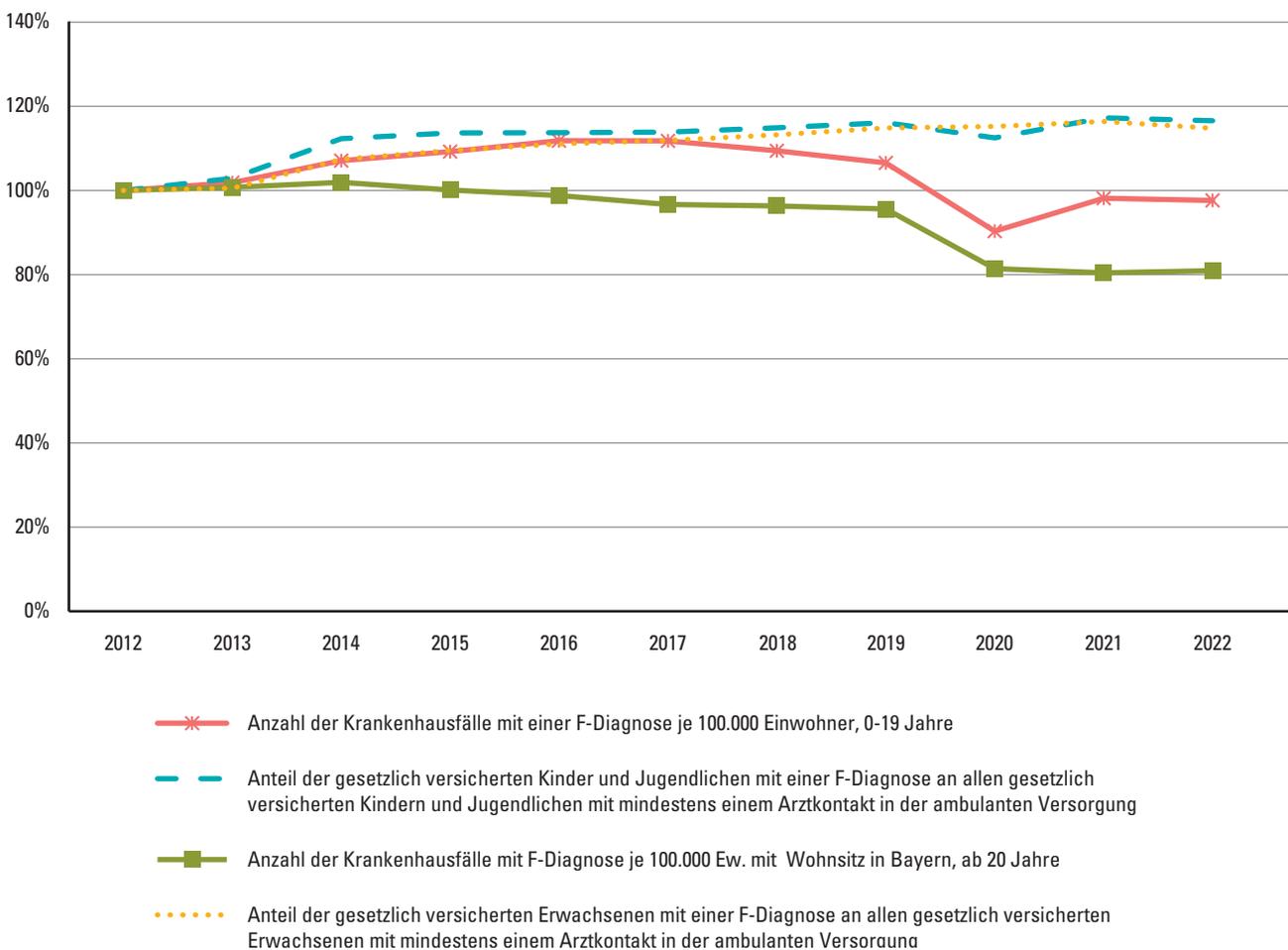
Zwischen 2012 und 2022 erhöhte sich der Anteil der Heranwachsenden mit Arztkontakt, die pro Jahr in mindestens zwei Quartalen eine F-Diagnose erhielten, von 13,8 % auf 16,1 %, bei den Erwachsenen von 24,9% auf 28,6%.

Die Krankenhausbehandlungen liegen im Jahr 2022 in den Altersgruppen unter 20 Jahren auf

einem ähnlichen Niveau wie 2012. Dem ging ein deutlicher Rückgang im ersten Jahr der Corona-Pandemie voraus. Bei den Erwachsenen ab 20 Jahren sind die Krankenhausbehandlungen weiterhin rückläufig. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Rückgang im ersten Jahr der Corona-Pandemie (siehe Abbildung 11).

Abbildung 11: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012-2022

Indexstellung: Jahr 2012 = 100 %



Datenquellen: Ambulante Diagnosen: KVB; Krankenhausfälle: LfStat; Berechnungen LGL

Angesichts der Einschränkungen im Versorgungssystem¹⁶⁴ und auch einer zurückhaltenderen Inanspruchnahme während der Pandemie ist

anzunehmen, dass es zu deutlichen Verzögerungen bei der Diagnose und der Behandlung psychischer Erkrankungen kam.

¹⁶⁴ Vgl. dazu auch die Ergebnisse aus dem Gutachten zu den Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychosoziale Versorgungsstruktur in Bayern; Siehe Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Erster bayerischer Psychiatriebericht. München. 2021. S. 78–80.

3.2 Vorzeitige Sterblichkeit und Suizide

Psychische Erkrankungen können unter Umständen zum Tode führen. 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. In Bayern stehen allein ausweislich der Todesursachenstatistik etwa 10 % der **Sterbefälle** in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen bzw. psychischen Krisen. Darunter waren 2022 insgesamt 1.811 Suizide und rund 10.000 Menschen mit einer zum Tode führenden psychischen Störung. Demenzerkrankungen hatten dabei mit fast 90 % den größten Anteil.

Psychische Erkrankungen und vorzeitige Sterblichkeit

Wie schon im ersten bayerischen Psychiatriebericht beschrieben ist der Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und vorzeitiger Sterblichkeit seit langem bekannt.¹⁶⁵ Studien zufolge sterben psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten rund zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung.¹⁶⁶ Einer großen dänischen Studie zufolge hing Substanzmittelmissbrauch mit dem größten Verlust an Lebensjahren zusammen, aber auch Depressionen oder Angststörungen zeigten einen erheblichen Einfluss auf die vorzeitige Sterblichkeit. In der Studie wurden

allerdings die Demenzerkrankungen nicht mit einbezogen.¹⁶⁷

Für Deutschland liegen nur Studien zur Mortalität bei schweren psychischen Störungen vor.¹⁶⁸ 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.¹⁶⁹

Vorzeitige Sterbefälle treten auch aufgrund von Suchtmittelkonsum auf. Die Todesursachenstatistik weist für das Jahr 2022 in Bayern etwa 2.000 Verstorbene aufgrund von Alkoholkonsum aus, das sind 23 % mehr als 2019. Fachleute allerdings gehen davon aus, dass die tatsächliche Zahl alkoholbedingter Sterbefälle deutlich höher liegt.¹⁷⁰ Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums zufolge sterben in Bayern jährlich knapp 16.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik gab es 2022 in Bayern 277 an illegalen Drogen Verstorbene, das sind 29 mehr als 2020.

Häufigkeit von Suiziden in Bayern

Der Todesursachenstatistik zufolge gab es im Jahr 2022 in Bayern insgesamt 1.811 Suizide.¹⁷¹ Im Vergleich zum Vorjahr (2021: 1.598 Suizide) zeigte sich 2022 ein Anstieg um gut 13 % und im Vergleich zum Durchschnitt der zehn Vorjahre ein Anstieg um gut 9 %. Auch die bevölkerungs-

¹⁶⁵ Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Erster bayerischer Psychiatriebericht. München. 2021.

¹⁶⁶ 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.

¹⁶⁷ Weye, N., et. al.: Association of Specific Mental Disorders With Premature Mortality in the Danish Population Using Alternative Measurement Methods, JAMA Netw Open 2020.

¹⁶⁸ Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung: Report Psychotherapie 2023. Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. DPtV. Berlin. 2023.

¹⁶⁹ Schneider, F., et al.: Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Eine deutsche Registerstudie. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 405–11.

¹⁷⁰ John, U., Hanke, M.: Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. Alcohol and Alcoholism 2002, 37(6): 581–585.

¹⁷¹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt.

Die Angst vor dem Suizid

„Meine Mutter wollte nicht mehr leben. Die Depression hat ihr jeden Lebensmut und Hoffnung genommen. Was sollte ich als Sohn tun? Ich hatte so viel Angst sie zu verlieren. Ich war doch noch so jung. Ein Leben ohne sie war für mich unvorstellbar. Und immer wieder sagte sie: Ich kann nicht mehr. Mir kann keiner helfen. Das Glücksgefühl, das ich hatte als es ihr dank Psychotherapie und Medikamenten nach vielen Monaten endlich besser ging, ist unbeschreiblich. Endlich hatte ich meine Mama zurück. Aber vergessen werde ich diese Zeit, diese Angst, diese Aufregungen nach Suizidversuchen mein Leben lang nicht. Ich kann nur hoffen, dass es nie wieder so weit kommt. Und falls doch, dass ich nicht so allein gelassen werde mit meinen Gefühlen und meiner Überforderung.“ (Angehöriger, 20-40 Jahre)

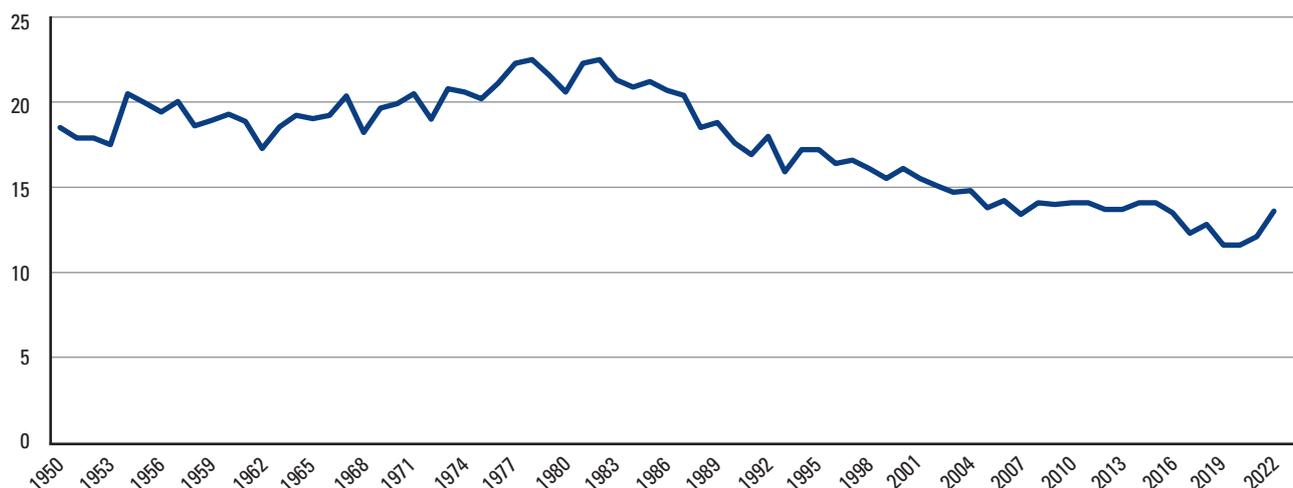
bezogene Rate ist angestiegen. Die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik bestätigen in der Größenordnung den Anstieg der Suizide zwischen 2021 und 2022, bei den polizeilich bekannten Suizidversuchen zeichnet sich zuletzt ebenfalls eine Zunahme ab (2021: 2.263; 2022: 2.392).¹⁷²

Im **langfristigen Trend** war die Suizidrate in Bayern wie auch in Deutschland bis zum Jahr 2021 bei beiden Geschlechtern rückläufig. Zwischen einem Höchststand in 1982 und 2021

betrug der Rückgang der Suizidrate in Bayern knapp 50 % (siehe Abbildung 12). Als Gründe für diesen Rückgang werden eine Verbesserung der Diagnostik und Versorgung von Depressionen sowie Fortschritte im Rettungswesen und in der Notfallmedizin diskutiert. Im Jahr 2022 stiegen die Suizide sowohl in Bayern als auch in Deutschland wieder an. Dies steht vermutlich mit dem Krisenerleben in Zusammenhang – aus vielen Studien ist bekannt, dass auf Krisen ein Anstieg der Suizide folgt.¹⁷³

Abbildung 12: Suizide in Bayern 1950–2022

rohe Rate, je 100.000 Einwohner



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

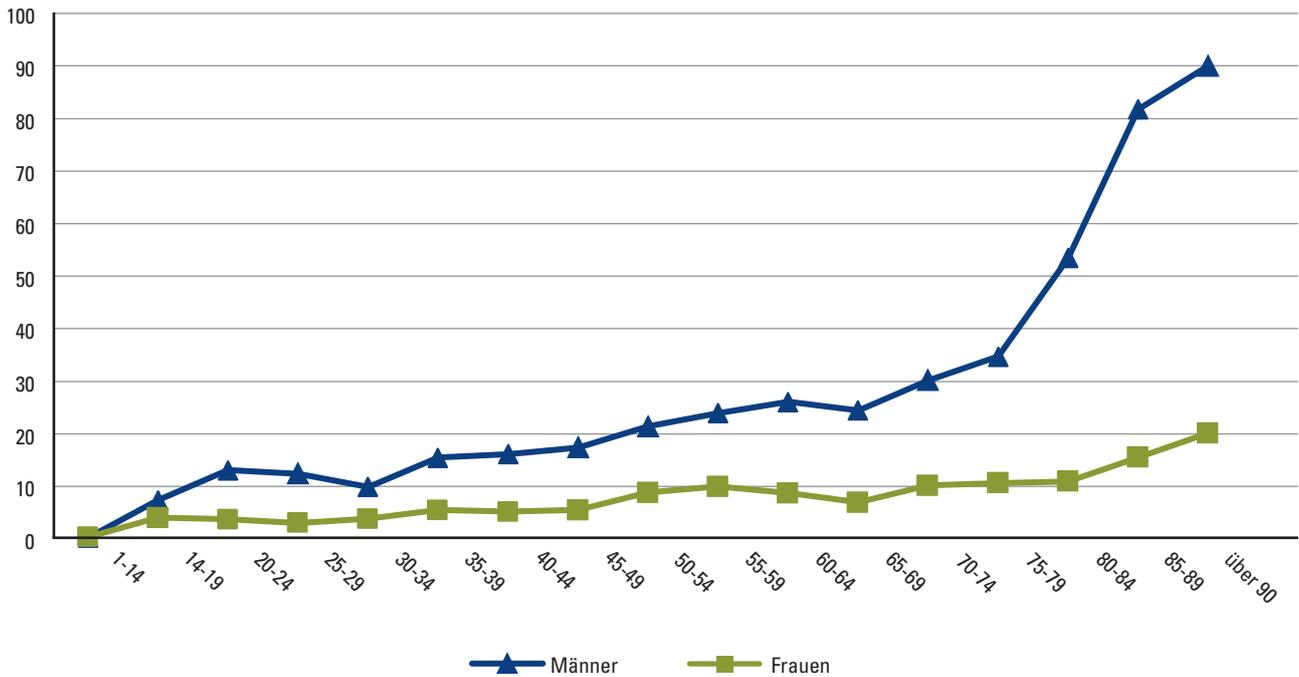
¹⁷² Datenquelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Bayern 2019–2022.

¹⁷³ 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; Horney, JA. et al.: The Impact of Natural Disasters on Suicide in the United States, 2003–2015. *Crisis* 2021; 42(5): 328–334.

Rund 75 % der Suizide entfallen auf Männer. Die **Geschlechterunterschiede** bei den Suiziden nehmen mit dem Alter zu, insbesondere ab dem 70. Lebensjahr (siehe Abbildung 13). Der Anstieg der Suizidraten im höheren Lebensalter ist u. a. darauf zurückzuführen, dass in diesem Lebens-

abschnitt Kontaktverluste und Vereinsamung zunehmen, berufliche Anerkennung wegfällt, Depressionen nicht ausreichend behandelt werden (siehe dazu auch Kapitel 7.1) und schwere körperliche Krankheiten bis hin zur Pflegebedürftigkeit auftreten.

Abbildung 13: Suizide nach Alter und Geschlecht, Bayern (Durchschnitt der Jahre 2020–2022)
Rate je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, 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.¹⁷⁴ Hier könnten möglicherweise auch gesellschaftliche Altersbilder eine Rolle spielen.

Die häufigste **Suizidmethode** war in Bayern im Jahr 2022 „Erhängen, Strangulierung oder Erstickern“. Im Vergleich zum Jahr 1950 zeigt sich eine Zunahme beim „Sturz in die Tiefe“, während „Vergiftungen“ und „Ertrinken“ abnahmen (siehe Tabelle 3).

¹⁷⁴ WHO: Suicide rate estimates, crude, 10-year age groups Estimates by country. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates> [Abruf am 03.11.2023].

Tabelle 3: Suizidmethoden, Bayern

Suizidmethoden Bayern 2022		Suizidmethoden Bayern 1950	
ICD 10 X70 Erhängen, Strangulierung oder Ersticken	42,4%	Erhängen	46,2%
ICD 10 X60–69 Selbstvergiftung	21,0%	Vergiften	26,3%
ICD 10 X80 Sturz in die Tiefe	9,6%	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	5,1%	Erschießen	3,5%
Andere	13,0%	Andere	6,8%

Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen: LGL

Im Vergleich zum Jahr 2019, das im letzten Psychiatriebericht 2021 aufgeführt war, zeigt sich eine Zunahme beim Anteil der Selbstvergiftungen (2019: 17,6 % vs. 2022: 21,0 %), und hierun-

ter insbesondere beim Anstieg der Suizide durch Medikamente. Derzeit ist noch unklar, ob dies auch in Zusammenhang mit dem assistierten Suizid (siehe Textkasten) steht.¹⁷⁵

Sterbehilfe in Deutschland

Verboten ist in Deutschland die aktive Sterbehilfe beispielsweise, indem eine Person einer anderen Person auf Verlangen eine tödliche Substanz injiziert. Passive Sterbehilfe (keine weitere kurative Behandlung) sowie indirekte Sterbehilfe (z. B. Eintreten der Lebensverkürzung als Nebenfolge einer Schmerzbehandlung) sind hingegen erlaubt. **Assistierte Suizide**, also die Unterstützung bei der Durchführung einer eigenverantwortlichen Selbsttötung, sind ebenfalls erlaubt, das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Suizidassistenz wurde im Jahr 2020 vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. Im Juli 2023 scheiterten zwei Initiativen für eine Neuregelung der Sterbehilfe im Bundestag.

In Deutschland gibt es Stand 2022 drei Organisationen, die Beihilfe zum Suizid anbieten bzw. vermitteln: der Verein Sterbehilfe, der Verein DIGNITAS-Deutschland und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben.¹⁷⁶ Zusammengerechnet weisen im Jahr 2021 die drei genannten Vereine 346 assistierte Suizide in Deutschland aus, das entspricht knapp 4 % aller Suizide in Deutschland im Jahr 2021.¹⁷⁷ Zu beachten ist, dass dies nur eine untere Grenze darstellt und die Zahl der Suizide, denen eine Beihilfehandlung zugrunde liegt, mutmaßlich deutlich höher liegt, da auch weitere Ärzte Beihilfehandlung leisten.

Zukünftig gilt es die Datenlage zum assistierten Suizid weiter zu verbessern. Ein Blick auf die deutschen Nachbarländer Schweiz, Belgien und die Niederlande legt nahe, dass das Thema

¹⁷⁵ Dtsch Arztebl vom 22.11.2023: Nach acht Jahren wieder mehr Suizide verzeichnet.

¹⁷⁶ Keller, M: Hilfe! Lebensentscheidung In Deutschland haben alle Bürgerinnen und Bürger Anspruch auf Suizidassistenz. Aber was heißt das eigentlich? Ein FAQ. Flutter. Bundeszentrale für politische Bildung. 2022. <https://www.fluter.de/wie-ist-sterbehilfe-in-deutschland-geregelt> [Abruf am 22.11.2023].

¹⁷⁷ Presseerklärung des Vereins DIGNITAS Deutschland zum Weltsuizidpräventionstag am 10.09.2022. https://www.dignitate-deutschland.de/uploads/images/PDF/2022-09-09_PresseerklarungWeltsuizidpraeventionstag.pdf [Abruf am 23.11.2023].

„assistierter Suizid“ zukünftig auch in Deutschland quantitativ an Bedeutung zunehmen wird. Sowohl in der Schweiz, in Belgien als auch in den Niederlanden gibt es im Jahr 2021 mehr assistierte Suizide als Suizide (exklusive assistierte Suizide).¹⁷⁸

Assistierte Suizide in München in den Jahren 2020–2023

- Anlässlich des Bundesverfassungsgerichtsurteils vom Februar 2020 wurden im Rahmen einer gemeinsamen Studie vom Gesundheitsreferat der LH München und dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München assistierte Suizide im Stadtgebiet für die Jahre 2020–2023 untersucht.¹⁷⁹
- Identifiziert wurden die Fälle mittels der beim Gesundheitsamt archivierten Todesbescheinigungen, analysiert wurden die staatsanwaltschaftlichen Akten, Obduktionsberichte und toxikologische Gutachten aller assistierten Suizide. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert und deskriptiv ausgewertet.
- Insgesamt verstarben 45.353 Personen. 603 Sterbefälle (1,3 %) waren Suizide, davon 37 (6,5 %) assistierte Suizide.
- Bei den assistierten Suiziden lag das durchschnittliche Sterbealter bei 78,9 Jahren. Die Leichenschauer gaben durchschnittlich 3,5 Grunderkrankungen an, am häufigsten neurologische und psychiatrische Erkrankungen.
- Eine Obduktion wurde in vier Fällen, ein toxikologisches Gutachten in drei davon beauftragt.
- Bei 36 Fällen waren Sterbehilfeorganisationen beteiligt, der am häufigsten eingesetzte Arzneistoff war Thiopental.
- Nahezu vollständig lagen in den staatsanwaltschaftlichen Akten vor: eine Entbindung der assistierenden Ärztin bzw. des Arztes von seiner Hilfeleistungspflicht bei Eintritt von Bewusstlosigkeit, Freitoderklärung sowie Gutachten zur Freiverantwortlichkeit des Suizidenten.
- Suizidenten mit vorangegangenen Suizidversuchen sowie Suizidenten mit gesetzlicher Betreuung wurden zur Hälfte nicht von Fachärzten für Psychiatrie begutachtet.
- Gutachten, Assistenz und Leichenschau lagen bei 17 Fällen jeweils in Händen einer einzigen Ärztin bzw. Arztes. Psychiatrische Diagnosen waren bei sechs dieser Fälle dokumentiert, keiner der begutachtenden Ärzte war jedoch Fachärztin bzw. Facharzt für Psychiatrie.

Erstmalig konnten aus einer deutschen Großstadt Daten zu assistierten Suiziden vorgelegt werden. Diese werden durch wenige, ansonsten nicht in München tätige Ärzte geleistet. Behan-

¹⁷⁸ Schweiz: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html> [Abruf am 02.01.2024]; Belgien: Federale Controle en Evaluatiecommissie Euthanasie; Pressemitteilung EUT-HANASIE – Zahlen für die Jahre 2020–2021; Niederlande: Statistics Netherlands 2023; Regionale Kontrollkommissionen für Sterbehilfe: Jahresbericht 2021. 2022.

¹⁷⁹ Gleich, S. et al.: Assistierte Suizide in München eine erste kritische Analyse. Rechtsmedizin 2023; published online <https://doi.org/10.1007/s00194-023-00668-3>.

delnde Ärzte leisten Suizidassistentz danach nur in Ausnahmefällen. Die ärztlichen Tätigkeiten im Kontext des assistierten Suizids lagen bei knapp der Hälfte der Fälle in der Hand einer einzigen Ärztin bzw. Arztes d.h. es gab keine geteilte Verantwortung.

Bislang existieren keine ausreichenden Schutzkonzepte für die vulnerable Klientel. Zeitnahe bundeseinheitliche gesetzliche Regelungen sind zur Durchführung der Suizidassistentz erforderlich, ebenso wie die Verbesserung der Datenlage. In einem ersten Schritt sollten die assistierten Suizide, die in den Todesbescheinigungen dokumentiert sind, durch eine geeignete Kodierung statistisch gekennzeichnet und ausgewertet werden. Dies wäre auch ein wichtiger Beitrag zur nationalen Suizid-Surveillance, die der Deutsche Bundestag 2023 beauftragt hat. Erforderlich wäre des Weiteren eine den Münchner Analysen vergleichbare Durchsicht der Gutachten für assistierte Suizide in anderen Regionen, um allgemeine Probleme besser identifizieren zu können.

Schätzungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention zufolge gibt es in Deutschland jährlich mindestens 100.000 **Suizidversuche**, übertragen auf Bayern wären dies rund 16.000 Suizidversuche jährlich. Bei einem Teil der Suizidversuche werden polizeiliche Ermittlungen eingeleitet, Daten liegen hierzu anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik vor. Im Jahr 2022 gab es in

Bayern 2.392 polizeilich bekannte Suizidversuche, darunter entfielen 372 auf Menschen ab 60 Jahren und 241 auf Menschen unter 18 Jahren. 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.¹⁸⁰

Kliniksuiizid Datenbank

Das Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen entwickelte im Rahmen des BMG-Forschungsprojektes Suizidprävention in psychiatrischen Kliniken (SupsyKli) ein Erhebungsinstrument zur Erfassung von Kliniksuiiziden und Suizidversuchen. Die Teilnahme der Kliniken an diesem Projekt ist freiwillig. Stand Juni 2024 nehmen insgesamt 135 Kliniken an dem Projekt teil, davon 129 aus Deutschland. Aus Bayern nehmen 15 Kliniken daran teil.

Mehr dazu unter <https://www.felberinstitut.de/suiziderhebung/>

Zu den Personen mit einem erhöhten **Suizidrisiko** zählen Menschen mit Suiziden in der Familiengeschichte¹⁸¹ sowie Menschen mit früheren Suizidversuchen. 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 körperliche Erkrankungen.¹⁸² Beispielsweise ist das Suizidrisiko bei Personen mit einer schizophrenen Erkrankung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 10-fach erhöht, bei Ersterkrankten

¹⁸⁰ 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.

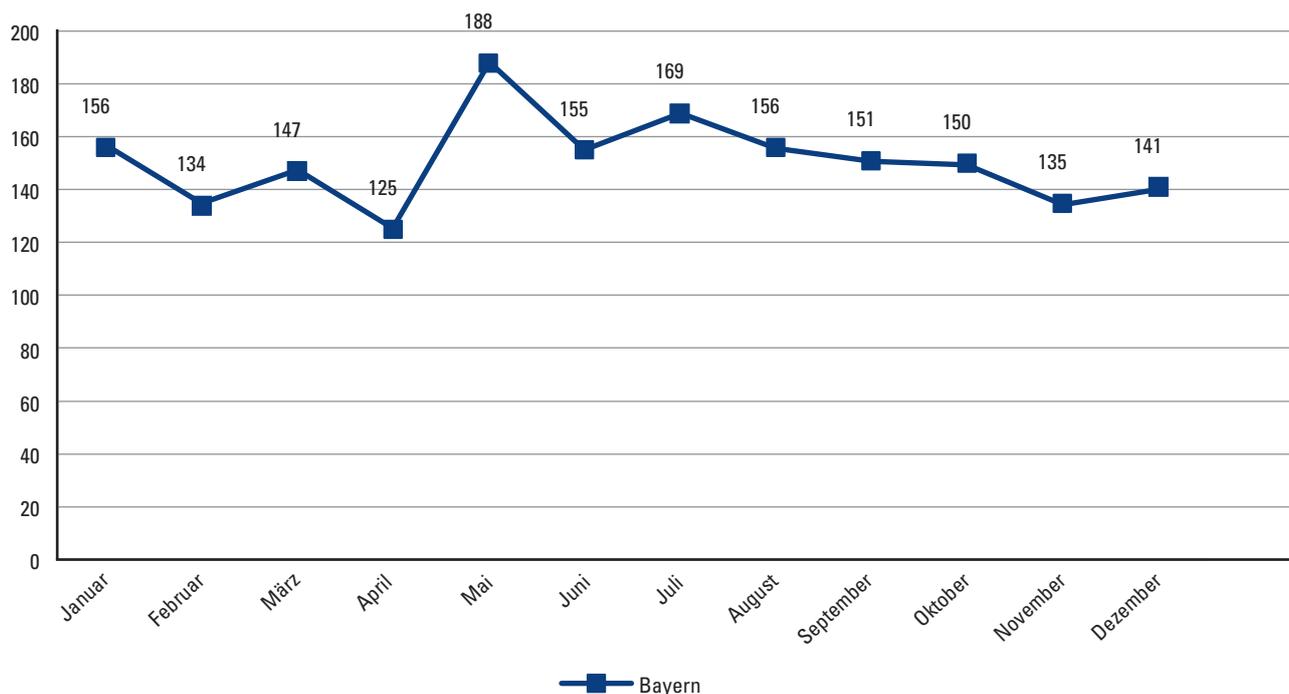
¹⁸¹ Calderaro, M. et al.: Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide – systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. *The British Journal of Psychiatry* 2022; 220: 121–129.

¹⁸² Brieger, P., Menzel, S., Hamann, J.: Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? *Bundesgesundheitsbl* 2022; 65(1): 25–29.

13-fach.¹⁸³ Laut der Polizeilichen Kriminalstatistik sind für etwa zwei Drittel der Suizide somatische oder psychische Erkrankungen verantwortlich. Suizide kommen zwar in allen gesellschaftlichen Schichten vor, ein erhöhtes Risiko besteht jedoch in sozial prekären Lebenslagen wie etwa bei Arbeitslosigkeit oder Inhaftierung.

Die Auswertung der **Suizidhäufigkeit nach Monaten** in Bayern im Jahr 2022 zeigt, dass ab Mai 2022 mehr Suizide zu verzeichnen waren als in den von der Pandemie noch stärker betroffenen Wintermonaten (siehe Abbildung 14).

Abbildung 14: Suizide nach Monaten, Bayern 2022



Datenquelle: LfStat

Die Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik bestätigen für das Jahr 2022 im Vergleich zum Jahr 2019 ebenfalls die Zunahme der in Bayern ausgeführten Suizide und weisen zudem auf eine Zunahme der Suizidversuche um rund 24 % zwischen 2019 und 2022 hin.¹⁸⁴ 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.

Bei den bayerischen Regierungsbezirken ist die Suizidrate (gemittelt über die Jahre 2017 bis 2021) in Unterfranken am niedrigsten und in der Oberpfalz am höchsten (siehe Tabelle 4). Kleinere **regionale Unterschiede** bestehen auch im längeren historischen Trend fort, die Ursachen hierfür sind ebenfalls nicht bekannt.

¹⁸³ Corell, C.U. et al: Mortality in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. World Psychiatry 2022; 21: 2.

¹⁸⁴ Berechnungen des LGL auf Basis von Daten der PKS. Die Daten der PKS sind aufgrund methodischer Unterschiede nur eingeschränkt mit der amtlichen Statistik vergleichbar.

Tabelle 4: Suizide nach Regierungsbezirken, 2017–2021

Fälle und Rohe Rate je 100.000 Einwohner

	Fälle	Rohe Rate
Oberbayern	546	11,6
Niederbayern	155	12,5
Oberpfalz	144	13,0
Oberfranken	134	12,6
Mittelfranken	225	12,7
Unterfranken	148	11,3
Schwaben	230	12,1
Bayern	1.582	12,1

Datenquelle: LfStat

Im **Bundesvergleich** war 2022 die altersstandardisierte Suizidrate in Sachsen am höchsten, in Bremen am niedrigsten. Im Bundesdurchschnitt gab es in der altersstandardisierten Betrachtung 8,9 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 13,8,

weiblich: 4,4). In Bayern waren es 10,4 Suizidfälle pro 100.000 Ew. (männlich: 14,3, weiblich: 4,4). Die Suizidrate in Bayern liegt seit Anfang der 1990er Jahre etwas über dem Bundesdurchschnitt, die Gründe dafür sind unbekannt.

Suizidprävention

Da Suizide häufig auf eine psychische Erkrankung oder eine akute psychische Krise zurückzuführen sind, stellen die Früherkennung und adäquate Behandlung psychischer Störungen sowie die **Unterstützung in Krisensituationen** relevante Präventionsansätze dar. Suizidpräventive Versorgungsangebote sind in den jeweiligen Abschnitten zur Versorgung und im Schwerpunkt Kapitel 7.2 „Psychische Krisen- und Notfallversorgung“ beschrieben. Die Deutsche Akademie für Suizidprävention weist darauf hin, dass eine **verantwortungsvolle Medien- und Öffentlichkeitsarbeit** elementar für die Suizidprävention ist und unter bestimmten Umständen auch suizidpräventiv wirken kann.¹⁸⁵

Soziale Online-Medien und Suizidprävention

Suizidprävention stellt auch im digitalen Raum eine Herausforderung dar. Internationale Studien weisen bei Jugendlichen auf einen Zusammenhang zwischen der intensiven Nutzung von sozialen Medien und Suizidalität hin.¹⁸⁶ Daher fordert die Deutsche Akademie für Suizidprävention den Umgang mit Suizidalität auf Social Media Plattformen zu verbessern, indem einheitliche und transparente ethische Standards geschaffen und umgesetzt werden. Suchmaschinen-Anbieter sollen zudem dazu angeregt werden, bei suizidbezogenen Anfragen in den ersten Suchtreffern ausschließlich seriöse Informations- und Beratungsangebote aufzulisten und möglicherweise gefährdende Angebote aus ihren Suchergebnissen auszuschließen. Auch gilt es, die digitale Kompetenz insbesondere von Eltern sowie Pädagoginnen und Pädagogen im Hinblick auf das Thema Suizidalität zu stärken.¹⁸⁷

Die 93. Gesundheitsministerkonferenz hebt 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

¹⁸⁵ Schneider, B. et al.: Suizidprävention Deutschland Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. 2021. Kassel.

¹⁸⁶ Sedgewick, R. et al.: Social media, internet use and suicide attempts in adolescents. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32: 534–541; Aksha, MM. et al.: The role of online social networking on deliberate self-harm and suicidality in adolescents: A systematized review of literature. *Indian J Psychiatry* 2018; 60(4): 384–392.

¹⁸⁷ Schneider, B. et al.: Suizidprävention Deutschland Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. 2021. Kassel.

potentiellen Suizidwege zu erschweren. Das Entschärfen von örtlichen oder baulichen Hotspots wie Brücken, Hochhäusern oder Bahnschienen zählt ebenso dazu wie das Verkleinern der Packungsgrößen von Analgetika und Zugangsbeschränkungen zu Schusswaffen und Pestiziden.¹⁸⁸

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 (siehe auch <https://www.suizidpraevention.de/>).

Im Juli 2023 beschloss der **Deutsche Bundestag**, die Suizidprävention zu stärken und in diesem Zusammenhang auch eine systematische Suizidsurveillance in Deutschland aufzubauen.¹⁸⁹

Die Versorgung depressiver Menschen zu verbessern, das Wissen über die Krankheit in der Bevölkerung zu erweitern, Hilfeangebote 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 senken¹⁹⁰. 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 Regionen Memmingen-Unterallgäu, Nürnberg-Land, Rottal-Inn und Chiemsee. Bundesweit haben sich rund 90 Städte und Regionen im Netzwerk Deutsches Bündnis gegen Depression unter dem Dach der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zusammengeschlossen (<https://www.buendnis-depression.de>).

Männer weisen eine deutlich höhere Suizidrate auf als Frauen, sind jedoch durch präventive Maßnahmen vergleichsweise schlechter zu erreichen. Der durch das GKV-Bündnis für Gesundheit geförderte Forschungsverbund **MEN-ACCESS**, an dem die Universitäten Leipzig, Bielefeld und die Medical School Berlin beteiligt sind, hat unter Berücksichtigung von genderspezifischen Risikofaktoren, Kommunikationsstrategien und Zugangswegen zwei Online-Angebote zur Suizidprävention entwickelt und erprobt: Die Webseite <https://www.maenner-staerken.de/> richtet sich direkt an Männer mit erhöhtem Suizidrisiko. Sie vermittelt Informationen zu Ursachen und Warnsignalen von Krisen und Suizidalität sowie relevantes Handlungswissen zu Hilfsangeboten. Für Angehörige bzw. das nahe Umfeld von Männern mit Suizidrisiko wurde das Online-Programm

¹⁸⁸ Zalsman, G. et al.: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry 2016; 3(7): 646–659; Schneider, B. et al.: Suizidprävention Deutschland Aktueller Stand und Perspektiven. Deutsche Akademie für Suizidprävention e.V. Kassel. 2021.

¹⁸⁹ Deutscher Bundestag: Suizidprävention stärken. Bundestagsdrucksache 20/7630. 2023.

¹⁹⁰ 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.

<https://www.hilfe-fuer-angehoerige.de> entwickelt, das in vier Modulen über Warnsignale und Risikofaktoren informiert, Strategien zur Gesprächsführung vermittelt sowie Hinweise zu weiteren Hilfsangeboten gibt. Zusätzlich befasst sich das Programm auch mit den Angehörigen selbst und soll diese in ihrer Selbstfürsorge stärken.

Im Rahmen des regional im Raum Ingolstadt verorteten Projekts „**Suizidprävention – Kulturbeutel**“ werden verschiedene Aktionen umgesetzt wie die Ausstellung „Leben pflegen, meinetwegen-deinetwegen“ oder die Aktion „Raus aus dem Abseits“, bei dem ein entsprechend bedruckter Trikotsatz über die Saison verteilt von den Mannschaften mehrerer Fußball-Vereine öffentlichkeitswirksam getragen wird. Ziel ist das Thema Suizid zu enttabuisieren und ein Bewusstsein für Suizidprävention in der Gesellschaft zu schaffen. Die Initiative wird im Rahmen der bayerischen Gesundheitsinitiative Gesund.Leben.Bayern. gefördert und von der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt evaluiert.

Mehr Informationen unter <https://www.suizidpraevention-kulturbeutel.de/>

Vertiefende Daten finden sich im Gesundheitsreport Bayern 4/2019 (online unter

<https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/themen/index.htm#psyche>).

Studie zur Suizidprävention in der Primärversorgung SuPr-X – Entwicklung eines Kurzfragebogens

Ziel der von der Deutschen Forschungsgesellschaft geförderten Studie, die seit Juli 2022 unter Leitung des Instituts für Allgemeinmedizin des Klinikums der Ludwig-Maximilians-Universität München durchgeführt wird, ist die Entwicklung eines neuen, zeiteffizienten Kurzfragebogens zur Erkennung von Suizidalität in der hausärztlichen Praxis. Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Menschen, die Suizid begehen, in den vier Wochen vor ihrem Tod Kontakt zur Primärversorgung hatten.¹⁹¹ Der Fragebogen soll Hausärztinnen und Hausärzte dabei unterstützen, das Thema Suizid aktiv anzusprechen und neben Suizid-Risikofaktoren auch die jeweiligen individuellen protektiven Aspekte zu erfragen, was erste Ansatzpunkte für Präventions- und Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen kann.

Weitere Informationen siehe <https://www.lmu-klinikum.de/institut-allgemeinmedizin/forschung/studien/suizidpraevention-in-der-primarversorgung-supr-x-entwicklung-eines-kurzfragebogens/22cad4650c516042>

3.3. Versorgung psychischer Störungen

Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit umfasst sowohl Angebote der Sekundärprävention, der Behandlung, der medizinischen und beruflichen Rehabilitation sowie Angebote zur Teilhabe, etwa in den Lebensbereichen Arbeit, Woh-

nen und gesellschaftliche Teilhabe. 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

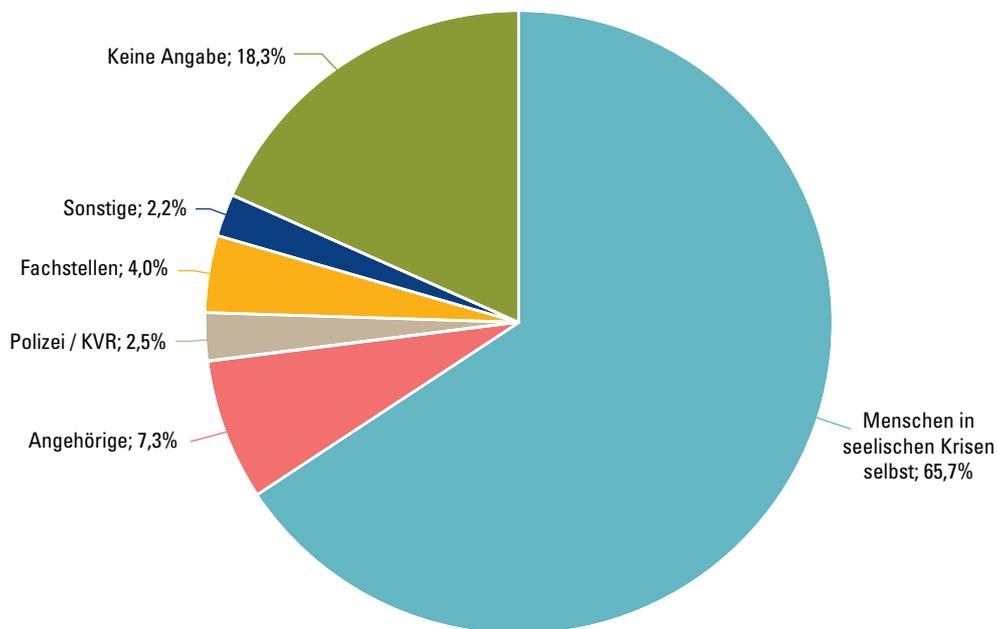
¹⁹¹ Stene-Larsen K., Reneflot, A.: Contact with primary and mental health care prior to suicide: a systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scand J Public Health. 2019; 4 7(1): 9–17.

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 Unterstützungs- 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“¹⁹². 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.

Abbildung 15: Telefonkontakte Krisendienste Bayern nach Anrufergruppen, Bayern 2022



Datenquelle Bayerischer Bezirkstag

Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung

Für fachkundige Hilfe in seelischer Not stehen in Bayern zahlreiche niedrigschwellige Versorgungsangebote zur Verfügung. Die **Krisendienste Bayern** sind bayernweit täglich rund um die Uhr erreichbar. 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.¹⁹³ Die Einsätze erfolgen durch Fachkräfte am Ort der Krise. In Oberbayern, Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben sind diese zum Teil bei dem Sozialpsychiatrischen Dienst angesiedelt, der für die Region zuständig ist (siehe unten). Im Jahr 2022 gab es bei den Krisendiensten Bayern insgesamt 82.473 Anrufe und

¹⁹² Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern. München 2007.

¹⁹³ Allerdings standen im Jahr 2022 die mobilen Hilfen im Regierungsbezirk Niederbayern nur zeitlich eingeschränkt zur Verfügung. Siehe BIDAQ: Krisendienst Psychiatrie Niederbayern Jahresbericht 2022. https://www.krisendienste.bayern/wp-content/uploads/2023/06/KD_Ndb_Jahresbericht_2022_final.pdf [Abruf am 02.01.2024].

2.973 Einsätze vor Ort. Das telefonische Angebot wird überwiegend von den Menschen in seelischen Krisen selbst in Anspruch genommen; aber auch Angehörige oder Fachstellen nutzen das Angebot (siehe Abbildung 15).

Etwa zwei Drittel der Anrufenden sind Frauen. Zu den häufigsten Anrufgründen zählen depressive Zustände, Probleme im privaten Umfeld, Sorge um Angehörige bzw. Bezugspersonen, Ängste und Panik, psychotisches Erleben und Belastungsreaktionen. Suizidalität spielt bei rund 7 % der Telefonate eine Rolle.¹⁹⁴

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** an Bedeutung. In der deutschlandweiten Online-Beratung [U25] bzw. Mano beraten speziell ausgebildete Ehrenamtliche suizidgefährdete Menschen kostenfrei und anonym.¹⁹⁵

Für Erwachsene aller Altersgruppen spielen die **Sozialpsychiatrischen Dienste** (SpDi) eine wichtige Rolle, für psychisch erkrankte Menschen ab 60 Jahren auch die Gerontopsychiatrischen Dienste (GpDi) (siehe dazu auch Kapitel 6.3) und für Erwachsene mit einer Suchtproblematik die **Psycho sozialen Suchtberatungsstellen** (PSB)¹⁹⁶. Finanziert

Sozialpsychiatrischer Dienst – eine Familienhilfe

„Leider haben wir vom Sozialpsychiatrischen Dienst sehr spät erfahren. Dieser Dienst ist für unsere Familie eine große Hilfe. Wir haben viele Informationen erhalten, auch als Eltern, und bei der Suche nach einer therapeutischen Wohngemeinschaft für unsere Tochter wurden wir sehr unterstützt. Der Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst ist allzeit unkompliziert und die Begleitung durch den Sozialpsychiatrischen Dienst sehr hilfreich, vor allem auch in Zeiten, in denen kein Therapeut zu finden ist.“ (Angehörige, 40-60 Jahre)

von den Bezirken befinden sich diese in Bayern 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-Genesungsbegleitende“ eingesetzt (siehe Kasten). Bezirke und Trägerverbände bauen derzeit eine gemeinsame Online-Plattform für die Sozialpsychiatrischen Dienste in Bayern auf, damit auch diese ihre Leistungen künftig zusätzlich in digitaler Form anbieten können.

¹⁹⁴ Bayerischer Bezirktetag, Krisendienste Bayern – Jahresstatistik 2022. <https://www.krisendienste.bayern/ueber-uns/informationen-fuer-fachkreise/jahresberichte-2022/> [Abruf am 02.01.2024].

¹⁹⁵ Für Personen unter 25 Jahren bietet die Online-Beratung [U25] Beratung an; für Erwachsene ab 25 gibt es die Online-Beratung Mano.

¹⁹⁶ In Oberbayern und Schwaben gibt es zudem Kontaktläden sowie Kontakt- und Begegnungsstätten für Erwachsene mit einer Suchtproblematik.

EX-IN in Bayern

EX-IN steht für Experienced Involvement und bedeutet die Einbeziehung von psychiatriee erfahrenen Menschen in die psychiatrische und sozialpsychiatrische Versorgung nach Absolvierung eines EX-IN-Genesungsbegleiterkurses. Seit dem Start des ersten EX-IN-Kurses in Bayern vor über 10 Jahren haben ca. 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Kurs erfolgreich abgeschlossen. Im Vergleich zum Jahr 2020, das im letzten Psychiatriebericht aufgeführt war, hat sich die Anzahl der EX-IN Beschäftigten nahezu verdoppelt. Stand August 2023 sind ca. 150 EX-IN-Genesungsbegleitende in Bayern in Beschäftigung, hauptsächlich in den Gesundheitsunternehmen der Bezirke bzw. in von den Bayerischen Bezirken geförderten Einrichtungen. Zu den Einsatzfeldern zählen u. a. Sozialpsychiatrische Dienste, Psychosoziale Suchtberatungsstellen, Tagesstätten, Kliniken, Betreutes Wohnen und EUTB- sowie Beschwerdestellen. Einige sind zudem als Dozentinnen und Dozenten in Fachkraftfortbildungen, in der Öffentlichkeits- und Antistigma-Arbeit, in eigenen Projekten und in der Forschung tätig.

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

Bayernweit gab es zum Stichtag 31.12.2021 88 Sozialpsychiatrische Dienste und 102 Psychosoziale Suchtberatungsstellen.¹⁹⁷ In zahlreichen Regionen gibt es zudem entsprechende Außenstellen. Im Vergleich zum Jahr 2019, das im letzten Psychiatriebericht aufgeführt war, hat sich die Anzahl der SpDi- bzw. PSB-Fachkräften je 100.000 Ein-

wohner erhöht. Mit 4,2 SpDi-Fachkräften bzw. 5,2 PSB-Fachkräften je 100.000 Einwohner weist Oberbayern die höchsten Raten auf. In Oberbayern, Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben sind die Kriseninterventionsangebote der Krisendienste Bayern teilweise an den Sozialpsychiatrischen Diensten angesiedelt (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Psychosoziale Suchtberatungsstellen (PSB), 2021

Regierungsbezirk	Anzahl der SpDi	Anzahl der SpDi-Fachkräfte je 100.000 EW.	Anzahl der SpDi mit Kriseninterventionsangeboten im Rahmen der Krisendienste Bayern	Anzahl der PSB	Anzahl der PSB-Fachkräfte je 100.000 EW.
Oberbayern	32	4,2	26	41	5,2
Niederbayern	9	2,6	0	9	3,4
Oberpfalz	8	3,0	0	9	3,0
Oberfranken	6	2,7	6	4	2,9
Mittelfranken	11	3,2	6	11	4,7
Unterfranken	8	3,0	0	11	3,2
Schwaben	14	3,7	14	17	5,0
Bayern	88	3,5	32	102	4,4

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag (Stichtag 31.12.2021); Berechnungen LGL; SpDi- und PSB-Außenstellen wurden in der Zählung nicht berücksichtigt

¹⁹⁷ Datenquelle Bayerischer Bezirkstag; Diskrepanzen zwischen dem ersten und dem zweiten bayerischen Psychiatriebericht basieren auf der unterschiedlichen Zählweise der Außenstellen.

Die finanziellen Aufwendungen für die Sozialpsychiatrischen und Gerontopsychiatrischen Dienste beliefen sich im Jahr 2021 auf 42 Mio. Euro; das sind etwa 5 Mio. Euro mehr als 2019. Für die Psychosozialen Suchtberatungsstellen wurden 2021 gut 43 Mio. Euro aufgewandt, etwa

3 Mio. mehr als 2019. Insgesamt verzeichnen die Sozialpsychiatrischen und Gerontopsychiatrischen Dienste im Jahr 2021 mehr als 49.000 Besucher (Frauen 64 %; Männer 34 %), die Psychosozialen Suchtberatungsstellen mehr als 57.000 Besucher.¹⁹⁸

DigiSucht

DigiSucht ist ein niedrighschwelliges, digitales Hilfsangebot für suchtgefährdete und suchtkranke Menschen sowie deren Angehörige. Die Betroffenen sowie Angehörige können per E-Mail oder in Text- und Video-Chats bei allen Fragen zum Umgang mit Drogen, psychoaktiven Substanzen, Glücksspielen oder digitalen Medien mit professionellen Suchtberaterinnen und Beratern in Kontakt treten. Betroffene und Angehörige bleiben dabei stets anonym. Seit dem Start der Plattform Ende 2022 konnten in Bayern bisher rund 1.000 Registrierungen verzeichnet werden. Hauptberatungsanliegen waren hierbei die Themenbereiche Alkohol, Cannabis, Aufputschmittel/Amphetamine, Kokain sowie Mediennutzung. *Mehr dazu unter: <https://www.suchtberatung.digital>*

Insbesondere für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige, die vom bestehenden Hilfesystem nicht ausreichend erreicht werden, stehen auch die **Gesundheitsämter** zur Verfügung. Diese haben den Auftrag, den Zugang ins bestehende Versorgungssystem herzustellen (siehe Textkasten).

Aufgaben der Gesundheitsbehörden

Das Gesundheitsdienstgesetz Bayern (GDG) weist in Art. 7 den Gesundheitsbehörden Aufgaben im Bereich Aufklärung, Information und Prävention zu. Die gesundheitliche Beratung für Menschen mit einer psychischen Erkrankung (inkl. Sucht) wird hierbei explizit erwähnt. Zur Klärung des Hilfsbedarfs und zur Vermittlung passender Hilfsangebote sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter in besonderen Bedarfslagen auch aufsuchend tätig d.h. sie machen auch Hausbesuche.

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. Vorrangiges Ziel ist die Hilfe zur **Selbsthilfe**, das heißt die Stärkung des Selbsthilfepotentials. Sie beraten und informieren nicht nur, sondern 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. Bayernweite Daten zum Angebot und zur Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für Menschen mit psychischer Erkrankung und für Angehörige von Menschen mit psychischer Erkrankung liegen nicht vor.

¹⁹⁸ Hinzu kommen zum Teil auch Eigenmittel der Träger der Freien Wohlfahrtspflege. Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; geschlechtsdifferenzierte Daten zu den Psychosozialen Suchtberatungsstellen liegen nicht vor.

Verständnis und Zuversicht durch die Selbsthilfe

„Ich fand sehr lange keine Anlaufstelle für meine psychischen Probleme. Bei einem Vortrag habe ich dann von einer Selbsthilfegruppe gehört. Seitdem gehe ich regelmäßig dorthin. Dort habe ich auch Informationen zu ambulanten Behandlungen und Kliniken bekommen. Als es ganz schlimm war, ging ich in die Klinik. Ich musste aber Wochen auf einen freien Platz warten.“ (Betroffene, 20-40 Jahre)

„Durch Zufall, weil ich Plakate an Tram- und Bushaltestellen in München sah, bin ich auf den ApK Bayern aufmerksam geworden. Das Beste, was mir in den letzten Jahren passiert ist. Endlich habe ich Verständnis, Zuversicht und Hoffnung erlebt. Die Gruppenangebote, die Seminare, die vielen Informationen, das ist so hilfreich für mich als Angehörige.“ (Angehöriger, 40-60 Jahre)

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, Eichstätt, 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 Psychiatricerfahrenen in die psychiatrische Versorgung.

Ambulante medizinische Versorgung

Neben den **Kinder- und Jugendarztpraxen** sowie **Hausarztpraxen** stehen für die ambulante Versorgung in Bayern verschiedene **Fachärzte** sowie **Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich**¹⁹⁹ zur Verfügung.²⁰⁰ An der vertragsärztlichen Versorgung nahmen zum Stichtag 04.08.2023 9.440 Hausärztinnen und -ärzte, 1.299 Kinder- und

Jugendärztinnen und -ärzte, 206 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie teil, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ 355 Psychiaterinnen und Psychiater, 433 Neurologinnen und Neurologen und 282 Nervenärztinnen und -ärzte, in der Bedarfsplanungsgruppe „Psychotherapeuten“ 1.127 ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 3.981 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 1.391 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

¹⁹⁹ 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 sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

²⁰⁰ Datenquelle: Statistisches Bundesamt; Bayerische Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

und -therapeuten.²⁰¹ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die einzelnen Arztgruppen unterschiedliche Versorgungsleistungen einbringen, insbesondere was die psychotherapeutische Versorgung betrifft. In der Bedarfsplanungsgruppe „Nervenärzte“ zeigen sich Verschiebungen innerhalb der Zusammensetzung der Facharztgruppen aufgrund höherer Versorgungsanteile von Neurologinnen bzw. Neurologen und damit zuungunsten der Psychiatrie. Hinzu kommt noch eine kleinere Zahl nur privatärztlich tätiger Therapeutinnen und Therapeuten. Zur Inanspruchnahme der privatärztlich tätig Therapierenden liegen keine Daten vor. Weiterführende Informationen zur Bedarfsplanung, zu den Versorgungsniveaus und zu den Wartezeiten in den einzelnen Regionen sind in den Kapiteln 4.3, 5.3 und 7.1 zu finden.

An der ambulanten Versorgung wirken des Weiteren 37 Psychiatrische **Institutsambulanzen** für Kinder und Jugendliche (PIAs), 87 Psychiatri-

sche Institutsambulanzen für Erwachsene sowie 12 Psychosomatische Institutsambulanzen (PslAs) gemäß § 118 SGB V mit (Stand Dezember 2023).²⁰² Ihr Angebot richtet sich zum einen an Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Sie helfen, Krankenhauseinweisungen zu vermeiden bzw. stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen. Zum anderen richtet sich das Angebot der PIAs auch an erkrankte Personen, die darauf wegen zu großer Entfernungen zu geeigneten niedergelassenen Ärzten angewiesen sind. Im Jahr 2021 wurden an den Psychiatrischen Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche knapp 23.000 Fälle behandelt; an den Psychiatrischen Institutsambulanzen der Erwachsenenpsychiatrie rund 110.000 Fälle.²⁰³ Zur Inanspruchnahme der erst relativ neu eingeführten Psychosomatischen Institutsambulanzen liegen noch keine Daten vor.

Digitale Helfer im Bereich der psychischen Gesundheit

Grundsätzlich zeigen Studien, dass Apps zur Hilfe bei psychischen Störungen hilfreich sein können.²⁰⁴ Sie ermöglichen einen niedrigschwelligen Zugang zur Versorgung, können in verschiedenen Sprachen interagieren, können Wartezeiten bis zu einem Therapieplatz überbrücken und sind rund um die Uhr verfügbar. Ihre spezifische Wirksamkeit zur Symptomreduktion ist jedoch vielfach nicht gut belegt, die Forschung ist hier noch im Fluss. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG) wurde der Anspruch auf Versorgung mit „Apps auf Rezept“ eingeführt. Wenn Apps z. B. zur Hilfe bei Depressionen vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) geprüft wurden, können sie als Medizinprodukte von Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verschrieben werden. Die Kosten dieser „DiGAs“ (Digitale Gesundheitsanwendungen) werden dann von den Krankenkassen erstattet.

Aktuell (Februar 2024) sind ca. 25 DiGAs im Bereich der psychischen Gesundheit im DiGA-Verzeichnis des BfArM registriert (https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA_node.html). Sofern der „positive Versorgungsaspekt“ der DiGAs zum Zeitpunkt der Antragstellung als DiGA noch nicht nachgewiesen ist, kann eine vorläufige Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis erfolgen, der Nutznachweis muss dann nachgeholt werden. Es gibt

²⁰¹ Die Daten beruhen auf der sog. „Personenzählung“, d. h. unabhängig davon, in welchem Umfang sie für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen.

²⁰² Datenquelle: Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG).

²⁰³ BIDAQ: AmBADO KJP. Ambulante Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gesamtauswertung Bayern Dokumentationsjahr 2021. BIDAQ 2023; BIDAQ: Ambulante Basisdokumentation Bayern Psychiatrische Institutsambulanzen Erwachsenenpsychiatrie 2021 Gesamtauswertung mit gemeinsamer Bewertung der Vereinbarungspartner. BIDAQ 2023.

²⁰⁴ Haaf, R. et al.: Wirksamkeit in Deutschland verfügbarer internetbasierter Interventionen für Depressionen – ein systematisches Review mit Metaanalyse. Nervenarzt 2024; Published online 23.1.2024, <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01587-0>.

neben den DiGAs auch digitale Angebote, die nicht vom BfArM geprüft wurden und nicht verordnet werden müssen. Ein Beispiel ist etwa die App „moodgym“ (<https://www.moodgym-deutschland.de>), die von der AOK gefördert wird.

Bei vielen frei verfügbaren Angeboten ist jedoch unklar, ob sie nützlich sind und was mit den erhobenen Daten geschieht. Hier ist bei der Inanspruchnahme also besondere Vorsicht geboten.

Für Mitglieder einzelner Krankenkassen stehen im Rahmen der **Besonderen Versorgung** nach § 140a SGB V ausgewählte Versorgungsangebote zur Verfügung. Durch Selektivverträge einzelner Krankenkassen mit regionalen Anbietern können sektorenübergreifende, interdisziplinär fachübergreifende oder besondere ambulante ärztliche Versorgungsverträge geschlossen werden. Die Regelung schafft damit einen flexiblen Gestaltungsspielraum für unterschiedliche Versorgungs-

programme und fördert eine stärkere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Institutionen (z. B. Hausarztpraxen, Fachärztinnen und -ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und Pharmaunternehmen) um die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und die Gesundheitskosten zu senken. Bayernweite Daten zu Angebot und Inanspruchnahme der besonderen Versorgungsleistungen liegen nicht vor.

Substitution

Opioidabhängigkeit ist eine schwere oft chronisch verlaufende Krankheit, die in der Regel einer lebenslangen Behandlung bedarf. Die substitutionsgestützte Behandlung ist eine etablierte und wissenschaftlich gut evaluierte Therapie zur Unterstützung von opioidabhängigen Menschen, für die eine klassische abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bzw. noch nicht in Frage kommt. Die Behandlung besteht nicht allein in der Verabreichung eines Substitutionsmittels, sondern erfordert einen multidisziplinären Ansatz und eine enge interdisziplinäre Kooperation. Patientinnen und Patienten sollen auf diese Weise Abstand zur Drogenszene gewinnen und zu einem drogenfreien Leben befähigt werden. Dazu gehört die körperliche, psychische und soziale Stabilisierung sowie die Förderung der sozialen Integration.²⁰⁵ Dazu macht die Behandlung zusätzlicher psychischer und substanzbedingter Störungen sowie begleitender somatischer Erkrankungen und die Vermittlung in bedarfsgerechte psychosoziale Betreuungsmaßnahmen Teil des Therapiekonzepts aus.²⁰⁶ Der Erhalt und Ausbau von Angeboten zur Substitutionsbehandlung und die Unterstützung von substituierenden Ärztinnen und Ärzten ist somit ein zentrales Handlungsziel der bayerischen Sucht- und Drogenpolitik.

Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger von 2017 stellt als wichtiger Orientierungspfeiler für die Ärzteschaft den wissenschaftlich anerkannten Kenntnisstand zusammenfassend dar und bildet zusammen mit den gesetzlichen Regelungen des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG), der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sowie dem Arzneimittelgesetz (AMG) die Grundlagen für die Substitutionsbehandlung in Deutschland. In der vertragsärztlichen Versorgung gilt darüber hinaus Anlage I Nr. 2 der Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ des Gemeinsamen Bundes-

²⁰⁵ Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS): Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. 4. vollständig überarbeitete Auflage. BAS 2018. https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_Substitutionsleitfaden_final_12_04_2018.pdf [Abruf am 19.06.2024].

²⁰⁶ Bundesärztekammer (BÄK): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. BÄK 2023. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf [Abruf am 19.06.2024].

ausschusses. Sie benennt die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger als eine anerkannte ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethode für die vertragsärztliche Versorgung und geht auf die dafür notwendige Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, sowie die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung ein.²⁰⁷

Die Vermittlung in eine substitutionsgestützte Behandlung erfolgt in der Regel durch Suchthilfeeinrichtungen, Ärztinnen und Ärzte, Apothekerinnen und Apotheker und in manchen Städten auch durch sogenannte Clearingstellen, denen freie Behandlungskapazitäten bekannt sind. Die Einleitung der Therapie obliegt einer suchtmmedizinisch qualifizierten Ärztin bzw. einem suchtmmedizinisch qualifizierten Arzt und kann nach entsprechender Diagnostik und Indikationsstellung erfolgen. Diese bzw. dieser ist hauptverantwortlich für die Substitutionsbehandlung und koordiniert auch den Einbezug weiterer ärztlicher, psychotherapeutischer und psychosozialer Maßnahmen.²⁰⁸ Um die Resozialisierung zu erleichtern und das Behandlungskonzept insgesamt nicht zu gefährden, sollten opioidabhängige Menschen möglichst wohnortnah behandelt werden. Auch für opioidabhängige Inhaftierte in bayerischen Justizvollzugsanstalten besteht grundsätzlich die Möglichkeit einer Substitutionsbehandlung.

Allgemein ist die substitutionsgestützte Behandlung opioidabhängiger Menschen ein gesamtgesellschaftliches Anliegen und stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Besonders in der Gewinnung von neuen niedergelassenen Substitutionsärztinnen und Substitutionsärzten sowie dem Schaffen eines ausreichenden Angebots in ländlichen Regionen bestehen Handlungsbedarfe.

Das Substitutionsregister der Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfasst Angaben zu den substituierenden Ärztinnen und Ärzten, der Substitutionsbehandlung und der Zahl der versorgten Patientinnen und Patienten. In Bayern waren über das Substitutionsregister im Jahr 2023 317 substituierende Ärztinnen und Ärzte gemeldet, die zum Stichtag 01.10.2023 9.798 Patientinnen und Patienten versorgten (BfArM, 2024).

Medizinische Versorgung geflüchteter Menschen

Viele geflüchtete Menschen erleben in ihrem Herkunftskontext, während der Flucht oder auch beim Ankommen im Aufnahmeland, schwerwiegende traumatisierende Ereignisse und leiden verstärkt unter deren Folgen (siehe Kapitel 2.2). Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 AsylbLG) ist die Gesundheitsversorgung von schutzsuchenden Menschen in den ersten 36 Monaten nach ihrer Ankunft auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Auch danach ist eine angemessene medizinische und therapeutische Versorgung häufig erschwert. Die Psychosozialen Zentren (PSZ) stellen spezialisierte multiprofessionelle Unterstützungsformen für Menschen mit Flucht- und Foltererfahrungen bereit, u. a. psychosoziale Beratung, Psychotherapie, Kriseninterventions- und Stabilisierungsangebote. In Bayern

²⁰⁷ G-BA 2018: Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Änderung der Anlage I Nummer 2 – Substitutionsgestützte Behandlung Opiatabhängiger. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3472/> [Abruf am 18.06.2024].

²⁰⁸ Bayerische Akademie für Suchtfragen (BAS): Leitfaden für Ärzte zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. 4. vollständig überarbeitete Auflage. BAS 2018. https://www.bas-muenchen.de/fileadmin/documents/pdf/Publikationen/Papiere/BAS_Substitutionsleitfaden_final_12_04_2018.pdf [Abruf am 19.06.2024]; Bundesärztekammer (BÄK): Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger. BÄK 2023 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Public_Health/Richtlinien/Richtlinie-BAEK-Substitution_16.02.2023.pdf [Abruf am 19.06.2024].

gibt es PSZ an den Standorten Nürnberg und München, mit Außenstellen in Landshut und Augsburg (im Aufbau). Der Standort München umfasst auch einen eigenen Kinder- und Jugendlichenbereich mit regelhaften Angeboten. Laut einer Umfrage der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) wurden im Jahr 2022 bundesweit 25.861 Personen in den insgesamt 47 PSZ versorgt. Rund 16 % der Klientinnen und Klienten waren minderjährig, davon floh ein Viertel ohne Begleitung ihrer Familie nach Deutschland. Im Durchschnitt haben die Klientinnen und Klienten 2,5 Monate auf ein klärendes Erstgespräch und 5,7 Monate auf einen Therapieplatz in einem PSZ gewartet. Laut dem BAfF wird nur ein geringer Teil des potenziellen Versorgungsbedarfs durch die Zentren abgedeckt.²⁰⁹ Daten speziell zur Versorgungslage in Bayern liegen nicht vor.

Krankenhäuser

Insgesamt 128 Plankrankenhäuser sowie vier Universitätsklinika und 17 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/-psychotherapie**, für **psychosomatische Medizin und Psychotherapie** als auch eine Fachabteilung für **Psychiatrie und Psychotherapie**. Zum Stichtag 01.01.2023 gab es in Bayern insgesamt 36 Kliniken mit der Fach-

richtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, 70 Kliniken mit der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie und 88 Kliniken mit der Fachrichtung Psychosomatik. Damit hat sich die Anzahl im Vergleich zu 2021 leicht erhöht. Insgesamt gab es in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen 827 Betten und 527 teilstationäre Plätze. Für die Erwachsenen standen 7.381 Betten und 1.456 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.447 Betten und 746 teilstationäre Plätze für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung.²¹⁰

Tabelle 6: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023

	Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen in Fachkrankenhäusern	Anzahl der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	27	9
Psychiatrie und Psychotherapie	58	10
Psychosomatische Medizin	59	14

Datenquelle: Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand Januar 2023

Im Jahr 2022 gab es über alle Altersgruppen hinweg 151.550 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten mit

Wohnsitz in Bayern. Das waren 5,8 % aller bayrischen Krankenhausfälle. Etwa ein Viertel der Fälle werden in allgemein medizinischen (somatischen) Fachabteilungen behandelt. Dabei sind

²⁰⁹ Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.): Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2024. BAfF e.V. Berlin. 2024.

²¹⁰ Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2023. 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.

nahezu alle weiteren Krankenhausabteilungen beteiligt, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß. Unter den anderen Fachabteilungen hat im Jahr 2022 mit rund 14 % die Innere Medizin am meisten Fälle behandelt, gefolgt von der Kinderheilkunde (3 %) und der Neurologie (3 %).²¹¹ Wichtige Gründe dafür sind z. B. Entgiftungsbehandlungen bei Suchtkranken, die häufig in allgemeinmedizinischen (somatischen) Fachabteilungen durchgeführt werden.

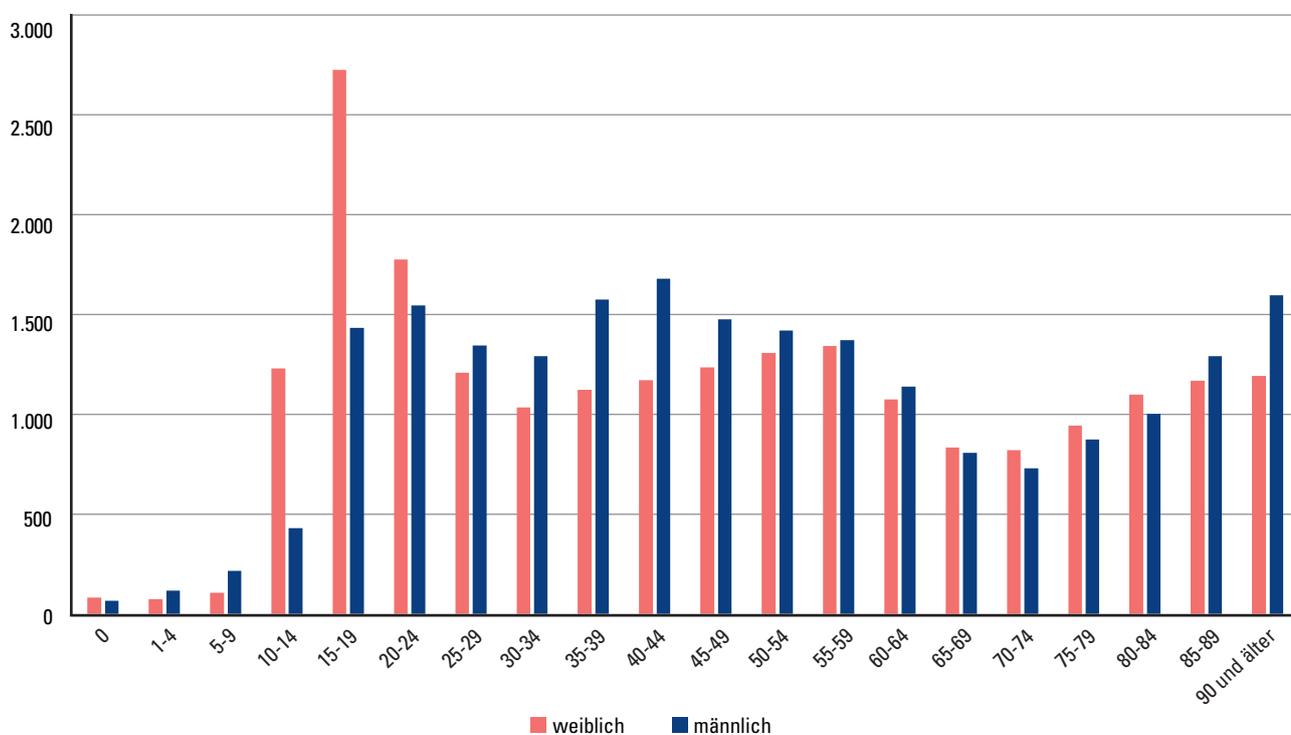
Hinsichtlich der Beanspruchung von therapeutischen Leistungen in den Krankenhäusern im Zusammenhang mit psychischen Störungen ist zu berücksichtigen, dass bei vielen Patientinnen und Patienten, die wegen einer somatischen Diagnose behandelt werden, auch eine **psychische Störung als Nebendiagnose** vorliegt.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

gen oder um unabhängig bestehende psychische Störungen, die bei der Behandlung körperlicher Erkrankungen zu berücksichtigen sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurde im Jahr 2022 in Bayern bei etwa einer halben Mio. stationären Behandlungsfällen eine psychische Störung als Nebendiagnose kodiert. Darunter dominieren insbesondere die Diagnosen depressive Episode (F32), nicht näher bezeichnete Demenz (F03), Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10).

Heranwachsende machen nur einen kleinen Teil der stationären Fälle aus (siehe Abbildung 16). Beim relativen Vergleich der einzelnen Altersgruppen (Rate je 100.000 Einwohnern) fallen jedoch die zahlreichen Krankenhausfälle unter den 15–19-jährigen Mädchen bzw. heranwachsenden Frauen auf. Hier spielen insbesondere die Behandlungen infolge affektiver Störungen (F30-F39) eine große Rolle.

Abbildung 16: Vollstationäre Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht, Bayern 2022

Fälle je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

²¹¹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Berechnungen LGL.

Medizinische und berufliche Rehabilitation

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. Eine Rehabilitation kann ambulant z. B. in einem Reha-Zentrum oder stationär in einer Reha-Klinik durchgeführt werden.

Den Daten der Krankenhausstatistik zufolge verfügten die bayerischen **Rehabilitationseinrichtungen** im Jahr 2022 über 1.505 Betten in den Fachabteilungen für Psychiatrie (darunter 103 Betten in der Allgemeinen Psychiatrie und 1.239 Betten für Entwöhnungsbehandlungen) sowie 2.619 Betten in den Fachabteilungen für Psychosomatik/Psychotherapie.²¹² Dazu kommen noch 29 Betten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie.

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 psychisch kranker Menschen e.V. (Bag RPK) listet derzeit für Bayern zehn Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).²¹³

Daten zur **Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen** – unabhängig vom Leistungsträger – liegen nicht vor.²¹⁴ Die Deutsche Rentenversicherung als häufigster Träger von Leistun-

gen zur medizinischen Rehabilitation weist 2022 insgesamt 20.940 bayerische Reha-Fälle infolge einer psychischen Erkrankung aus, darunter 144 im Rahmen der speziellen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)²¹⁵. Das waren 16% aller bayerischen Reha-Fälle. Nach einem Rückgang der Behandlungsfälle um fast 4.000 von 2019 auf das Pandemie-Jahr 2020, zeigt sich in den beiden Folgejahren wieder ein leichter Anstieg der Behandlungsfälle infolge einer psychischen Erkrankung. Im Vergleich zu 2010 liegt die Inanspruchnahme von Reha-Leistungen 2022 um 5 % niedriger.

In etwa der Hälfte der Behandlungsfälle handelt es sich um Affektive Störungen (F30–39), gefolgt von den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–48) und den Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (F10–19). 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. Der bereits im ersten Psychiatriebericht beschriebene Trend seit 2010 bezüglich der Entwöhnungsbehandlungen aufgrund von Alkoholabhängigkeit wird auch im Jahr 2022 fortgeführt. Hier zeigt sich erneut eine Abnahme der in Anspruch genommenen Leistungen (2022: 3.195 Fälle). Hinsichtlich der Entwöhnungsbehandlungen aufgrund von Medikamentenabhängigkeit (2020: 62 Fälle; 2022: 49 Fälle) und Drogenabhängigkeit (2020: 1.438 Fälle; 2022: 1.273 Fälle) gab es 2022 weniger Fälle als vor zwei Jahren. Aus der Praxis wird berichtet, dass es zur Einschränkung von Angeboten der Rentenversicherungsträger kommt. Diese Entwicklung sollte beobachtet werden.

²¹² 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.

²¹³ Siehe <https://www.bagrpk.de/>.

²¹⁴ Die Krankenhausstatistik umfasst bei den Diagnosedaten nur Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten.

²¹⁵ Die Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ist ein integriertes medizinisch-berufliches Versorgungsangebot, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen.

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 2021 zufolge 2.140 **ambulante Pflegedienste** mit 56.992 Mitarbeitenden.

Psychiatrische häusliche Krankenpflege

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten 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.

Wenn eine häusliche Betreuung infolge eines erhöhten Hilfebedarfs oder infolge unzureichender häuslicher Hilfemöglichkeiten nicht mehr sichergestellt werden kann, bieten **(teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen** entsprechende Betreuungs- und Versorgungsleistungen. Von den 2.089 stationären Pflegeeinrichtungen in

Bayern mit insgesamt 140.261 verfügbaren Plätzen (Dauer-, Kurzzeit-, und Tages- und/oder Nachtpflegeplätze) sind 37 Pflegeheime (mit insgesamt 1.905 verfügbaren Plätzen) spezifisch auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung ausgerichtet (Stand Dezember 2021).²¹⁶

Tabelle 7: Pflegebedürftige in Pflegeheimen für psychisch Kranke, Bayern 2011–2021

	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegebedürftige insgesamt	1.748	1.454	1.839	2.009	2.155	1.756
davon nur Dauerpflege	1.467	1.328	1.570	1.841	1.911	1.717

Datenquelle: LfStat

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 anderem 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.

Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe

Menschen mit einer seelischen Behinderung oder mit einer chronischen Suchterkrankung eine selbstbestimmte und selbständige Lebensführung zu ermöglichen, ist das Ziel der Eingliederungshilfe. Insbesondere bei der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen

²¹⁶ Dies bezieht sich auf Pflegeeinrichtungen, die mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI abgeschlossen haben. Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

Erkrankungen wird den psychosozialen Therapien wie dem Training sozialer Fertigkeiten oder dem selbstbestimmten Wohnen mit Unterstützung eine besondere Bedeutung zugesprochen.

Für **Kinder, Jugendliche und ihren Eltern** steht im Bereich der **Kinder- und Jugendhilfe** 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. Dazu zählen z. B. Hilfeangebote wie die Erziehungsberatung, die sozialpädagogische Familienhilfe oder die Betreuung in Heimen und andere Wohnformen. Weitere Daten dazu sind in Kapitel 4.3 enthalten.

Für **Erwachsene** finanzieren die **Bezirke** als Träger der komplementären Versorgung, 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 individuellen Hilfebedarf.

Das Angebot des **betreuten Wohnens in Familien** wurde im Jahr 2021 bayernweit von 255 Personen mit einer seelischen Behinderung genutzt. Etwa 2 Mio. Euro wurden im Jahr 2021 dafür aufgewandt. Das **gemeinschaftliche oder einzelbetreute Wohnen**²¹⁷ wurde im Jahr 2021 insgesamt von 16.298 Personen genutzt. Das sind 1.630 Personen mehr als im Vorjahr.

Tabelle 8: Betreuung in ambulanten Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht), 2021

Regierungsbezirk	Betreutes Wohnen in Gastfamilien		Inanspruchnahme gemeinschaftliches oder einzelbetreutes Wohnen
	Anzahl der Leistungsberechtigten	Finanzielle Aufwendungen	Anzahl der Leistungsberechtigten
Oberbayern	42	357.658,37 €	5.554
Niederbayern	51	339.661,57 €	805
Oberpfalz	19	152.775,79 €	791
Oberfranken	8	82.250,89 €	1.561
Mittelfranken	37	269.629,44 €	3.369
Unterfranken	70	453.211,98 €	1.630
Schwaben	28	315.766,36 €	2.588

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; bezieht sich auf Leistungsberechtigte mit Kostenträgerschaft bayerische Bezirke

Bayernweit gab es zum Stichtag 31.12.2021 insgesamt 360 Einrichtungen in der Kategorie **besondere Wohnformen** (ehemals Heime) mit insgesamt 8.932 Plätze für volljährige Personen mit einer seelischen Behinderung. Differenzierte Daten zur Wohnform z. B. Größe der Einrichtungen oder

Anzahl der Plätze in offen oder geschlossen geführten Stationen und zur Inanspruchnahme liegen nicht vor. Gleiches gilt auch für Daten zu den Wartezeiten für Leistungen zur sozialen Teilhabe insgesamt.

²¹⁷ Ehemals ambulant betreute Wohngemeinschaften und ambulant betreutes Einzel- bzw. Paarwohnen.

Tabelle 9: Besondere Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht), 2021

Regierungsbezirk	Besondere Wohnformen (ehemals Heime)	
	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Plätze
Oberbayern	183	3.982
Niederbayern	12	495
Oberpfalz	41	1.007
Oberfranken	21	718
Mittelfranken	35	999
Unterfranken	26	527
Schwaben	42	1.204

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag (Stichtag 31.12.2021)

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 selbständig bestimmen. Dies

betrifft auch alle Leistungen zur sozialen Teilhabe. Das persönliche Budget wurde im Jahr 2021 bayernweit von 1.993 Personen mit einer seelischen Behinderung in Anspruch genommen, vornehmlich im Bezirk Mittelfranken.

Tabelle 10: Inanspruchnahme des Persönliches Budgets von Personen mit einer seelischen Behinderung, 2021

Regierungsbezirk	Persönliches Budget Anzahl der Leistungsberechtigten
Oberbayern	313
Niederbayern	20
Oberpfalz	37
Oberfranken	62
Mittelfranken	1.318
Unterfranken	220
Schwaben	23

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; bezieht sich auf Leistungsberechtigte mit Kostenträgerschaft bayerische Bezirke

Bayernweit beläuft sich die Anzahl der **Tagesstätten** zum Stichtag 31.12.2021 auf 121.²¹⁸ Die finanziellen Aufwendungen im Jahr 2021 belau-

fen sich insgesamt auf gut 36,7 Mio. Euro. Das sind etwa 3,1 Mio. Euro mehr als im Jahr 2019.

²¹⁸ Datenquelle Bayerischer Bezirkstag; Diskrepanzen zwischen dem ersten und dem zweiten bayerischen Psychiatriebericht basieren auf der unterschiedlichen Zählweise der Außenstellen.

Tabelle 11: Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung, 2021

Regierungsbezirk	Anzahl der Tagesstätten Stichtag 31.12.2021	Finanzielle Aufwendungen 2021
Oberbayern	45	16.118.082,60€
Niederbayern	8	1.858.544,41€
Oberpfalz	8	2.234.955,50€
Oberfranken	5	750.424,21€
Mittelfranken	15	3.150.277,80€
Unterfranken	16	4.063.344,21€
Schwaben	24	8.532.710,58€

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag

Ein weiteres niedrigschwelliges Angebot zur Tagesstrukturierung und zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben bieten die **Zuverdienstmöglichkeiten**. 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. Im Jahr 2021 gab es insgesamt 143 Dienste mit etwa 2.000 Plätzen (bzw. laufende Fälle) im Zuverdienst. Insgesamt wurden etwa 16 Mio. Euro dafür aufgewandt.

Tabelle 12: Zuverdienstmöglichkeiten, 2021

Regierungsbezirk	Anzahl der Dienste Stichtag 31.12.2021	Finanzielle Aufwendungen 2021
Oberbayern	77	10.318.019,69 €
Niederbayern	15	2.361.546,74 €
Oberpfalz	5	334.512,35 €
Oberfranken	2	20.319,98 €
Mittelfranken	15	1.088.588,00 €
Unterfranken	15	1.243.579,19 €
Schwaben	14	643.391,63 €

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag

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. 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

2022) bei rund 21 %.²¹⁹ Im Jahr 2021 gab es bayernweit insgesamt 28.682 Personen, die das Angebot einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Anspruch genommen haben,

darunter 5.042 Personen mit einer seelischen Behinderung. Das entspricht etwa 18 % der Leistungsberechtigten. Insgesamt wurden im Jahr 2021 etwa 74,5 Mio. Euro für WfbM aufgewandt.

Tabelle 13: Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und begleiteter Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (BÜWA), 2021

Regierungsbezirk	Werkstätten	BÜWA	
	Anzahl der leistungsberechtigten Personen mit einer seelischen Behinderung	Anzahl der Teilnehmer mit einer seelischen Behinderung insgesamt	Anzahl der Teilnehmer, die ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufgenommen haben
Oberbayern	1.264	51	unbekannt
Niederbayern	694	1	1
Oberpfalz	639	3	2
Oberfranken	502	16	9
Mittelfranken	873	37	9
Unterfranken	509	2	0
Schwaben	1.029	14	8

Datenquelle: Bayerischer Bezirktag; bezieht sich auf Leistungsberechtigte mit Kostenträgerschaft bayerische Bezirke

Das Bayerische Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales, der Bayerische Bezirktag, 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: **Begleiteter Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (BÜWA)**. Im Jahr 2021 haben bayernweit 124 Personen mit einer seelischen Behinderung an dieser Fördermaßnahme teilgenommen. Das sind 82 we-

niger als im Jahr 2019. Davon haben mindestens 29 Personen ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufgenommen, drei sind wieder in die WfbM zurückgekehrt.²²⁰

Inklusionsbetriebe hingegen sind auf dem ersten Arbeitsmarkt angesiedelt. In Bayern sind dies überwiegend Klein- oder Mittelbetriebe aus verschiedenen Wirtschaftsbranchen.²²¹ 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 2020 deutsch-

²¹⁹ Angabe bezieht sich auf den Anteil der einzelnen Behinderungsarten an allen Leistungsberechtigten in Werkstätten; Siehe BAG WfbM: Neue Wege gehen. Jahresbericht 2022. BAG WfbM 2022; <https://www.bagwfbm.de/category/104> [Abruf am 07.11.24].

²²⁰ Bezgl. der Daten zur Anzahl der Teilnehmer, die ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis aufgenommen haben, fehlen die Daten aus Oberbayern; bei der Anzahl der Teilnehmer, die in die WfbM zurückgekehrt sind, fehlen die Daten aus Oberbayern und Schwaben.

²²¹ Siehe Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales unter <https://www.stmas.bayern.de/arbeitswelt/inklusionsbetriebe/index.php> [Abruf am 07.12.23].

landweit bei 27 %.²²² Bayernweit gab es 2021 100 Inklusionsbetriebe mit rund 3.900 Beschäftigten (darunter knapp 1.900 Personen mit einer schweren Behinderung).²²³

Seit dem 1. Januar 2018 gibt es zudem das **Budget für Arbeit** (§ 61 SGB IX) – eingeführt als Alternative zur Tätigkeit in einer Werkstatt für Menschen mit einer Behinderung 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 in Bayern im Jahr 2022 etwas häufiger in Anspruch genommen als in den Vorjahren: Insgesamt 50 Personen mit einer seelischen Behinderung haben die Leistung genutzt.²²⁴

Berufsbildungswerke begleiten junge Menschen mit einer Behinderung auf dem Weg zur Ausbildungsreife, in allen Phasen der Ausbildung, bei der Berufswahl und bei der Eingliederung in Beruf und Gesellschaft. Die Berufsbildungswerke umfassen in der Regel Ausbildungswerkstätten, Berufsschulen, differenzierte Wohnmöglichkeiten sowie Freizeiteinrichtungen und verschiedene Fachdienste. In Bayern gibt es 11 Berufsbildungsstätten mit insgesamt 2.600 Ausbildungsplätzen. **Berufsförderungswerke** sind außerbetriebliche Bildungseinrichtungen zur Fortbildung und Umschulung von Menschen mit Behinderung, die in der Regel bereits berufstätig waren und sich wegen ihrer Behinderung beruflich neu orientieren müssen. Auch die Berufsförderungswerke verfügen über Ausbildungsstätten, Internate mit Wohngruppen, verschiedene Fachdienste sowie Freizeiteinrichtungen. In Bayern gibt es insgesamt vier Berufsförderungswerke, die an vielen Standorten in Bayern beim Wiedereintritt ins Berufsleben unterstützen.²²⁵

Sichtbar-Studie

Im Rahmen der partizipativen Studie „Sichtbar“ (Laufzeit 2021–2023) der Landeshauptstadt München wurden die Lebenslagen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in München untersucht. In einem Studienteam aus dem beauftragten sozialwissenschaftlichen Institut, kommunaler Gesundheitsberichterstattung und mehreren Expertinnen und Experten aus Erfahrung (überwiegend mit Ex-In-Ausbildung) wurden u. a. 443 Personen mit einer anerkannten (Schwer-)Behinderung schriftlich befragt sowie Interviews mit Fachkräften, Betroffenen und Angehörigen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen zahlreiche Herausforderungen, denen sich psychisch beeinträchtigte Personen gegenübersehen und die ihre Teilhabe am Alltagsleben verhindern oder zumindest erschweren. So berichteten z. B. etwa 42 % der Befragten mit einer anerkannten seelischen Behinderung, dass sie in den letzten 24 Monaten aufgrund ihrer psychischen Erkrankung diskriminiert wurden. Im Vordergrund standen dabei Erlebnisse des nicht ernst genommenen Werdens, respektlose Behandlung, abfällige Bemerkungen oder Ausgrenzungen in Gesprächen. Auf Grundlage der empirischen Analysen wurden für die Landeshauptstadt München vielfältige Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Lebenssituation psychisch erkrankter Personen entwickelt.

Mehr dazu unter <https://stadt.muenchen.de/infos/gesundheitsberichte.html>

²²² BIH Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen: BIH-Jahresbericht 2020 | 2021. Behinderung & Beruf und soziale Entschädigung. BIH 2021.

²²³ Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Fünfter Bericht der bayerischen Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München 2023.

²²⁴ Datenquelle: Bayerischer Bezirketag; für den Bezirk Oberfranken liegen dazu keine Daten vor.

²²⁵ Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Fünfter Bericht der bayerischen Staatsregierung zur sozialen Lage in Bayern. München. 2023.

4. PSYCHISCH GESUND AUFWACHSEN

4. Psychisch gesund aufwachsen

Das Wichtigste

- Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen deutlich verschlechtert: Deutschlandweit zeigt etwa jeder vierte Heranwachsende psychische Auffälligkeiten.
- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag 2022 für etwas mehr als 302.000 gesetzlich versicherte Kinder und Jugendliche die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor, darunter gut 257.000 Kinder unter 15 Jahren.
- Bei etwa dreiviertel der ambulanten Fälle haben Kinder- und Jugendärzte die Diagnostik und Behandlung übernommen.
- Bei den Kindern und Jugendlichen stehen unter den ambulanten Fällen in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80-F89) im Vordergrund.
- Zum Stichtag 01.01.2023 gab es in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen in Bayern 827 Betten und 527 teilstationäre Plätze.
- Insgesamt 18.991 Fälle unter 20 Jahren mit Wohnsitz in Bayern wurden 2022 vollstationär in (Akut-) Krankenhäusern behandelt, darunter 6.441 Kinder unter 15 Jahren.
- 2022 gab es in Bayern 22 Suizide bei Kindern und Jugendlichen, darunter vier Suizide bei Kindern unter 15 Jahren.
- Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte für diese Altersgruppen zielen neben der Reduktion riskanten Verhaltens (z. B.

Alkoholkonsum) bzw. der Früherkennung bestimmter psychischer Erkrankungen auch auf den Aufbau allgemeiner gesundheitsförderlicher Kompetenzen und Ressourcen.

- Neben verschiedenen kurativen und rehabilitativen Versorgungsangeboten steht den Heranwachsenden und ihren Familien ein breites Spektrum an komplementären Hilfen (z. B. spezielle Beratungsangebote für Kinder und Jugendliche, Schulbegleitung) zur Verfügung.

4.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Jede Lebenslage und jede Lebensphase bergen Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit. Für die **psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen** sind ein gutes Familienklima und ein positives schulisches Umfeld von besonderer Bedeutung, aber auch Herausforderungen im Zusammenhang mit der einsetzenden körperlichen Reifung spielen eine wichtige Rolle. Psychische Störungen, die im Erwachsenenalter häufig sind wie Depression und Angsterkrankungen kommen auch bei den Heranwachsenden vor. Dennoch gibt es spezifische Störungsbilder wie die Entwicklungsstörungen, die für das Kindes- und Jugendalter typisch sind.

Nach den Befunden der KiGGS-Studie (Welle 2) lag die **Prävalenz psychischer Auffälligkeiten** im Erhebungszeitraum 2014 bis 2017 in Deutschland bei den Heranwachsenden zwischen 3 und 17 Jahren bei gut 17 %. Im Vergleich zu den Daten aus der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zeigte sich eine leicht rückläufige Prävalenz psychischer Auffälligkeiten um 3 %.²²⁶ In Bayern ist von einer ähnlichen Datenlage auszugehen, bayernspezifische Daten liegen jedoch nicht vor.

²²⁶ Klipker, K. et al.: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. JoHM 2018; 3(3): 37–45.

Nach den Befunden der an KiGGS angegliederten Modulstudie zur psychischen Gesundheit (BELLA) vom Robert Koch-Institut hat sich gezeigt, dass bei 40,7 % der Heranwachsenden mit Auffälligkeiten die psychischen Probleme über einen längeren Zeitraum (6 Jahre) hinweg bestehen.²²⁷ 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.²²⁸

Unter Heranwachsenden sind zudem **Selbstverletzungen** (z. B. Ritzen) stark verbreitet, insbesondere unter Mädchen. Rund 11 % der Schülerinnen und Schüler gaben an, sich selbst zu verletzen.²²⁹

Aktuelle Studiendaten zeigen, dass sich mit dem Beginn der **Corona-Pandemie** das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen deutlich verschlechtert hat.²³⁰ Es ist davon auszugehen, dass die pandemiebedingten Kita- und Schulschließungen, die Reduktion sozialer Kontakte, der Wegfall von Hobbies und die Reduktion körperlicher Aktivität die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen negativ beeinflusst haben. Hinzu kommt, dass die pandemiebedingte Belastungssituation durch weitere Krisen verstärkt wird wie die Kriege in der Ukraine und im Nahen Osten, die Finanz- und Energiekrise oder die Auswirkungen des Klimawandels.

Laut der bayerischen CoronabaBy-Studie liegen psychische Störungen bei **Kindern unter vier Jahren** auf einem ähnlichen Niveau wie vor der

Auswirkungen psychischer Erkrankungen

„Viele meiner Freunde haben sich zurückgezogen, weil sie mit mir nicht mehr viel unternehmen können. Auch die Schule ist ein Problem. An manchen Tagen kann ich dem Unterricht kaum folgen.“ (Betroffene, unter 20 Jahre)

„Die Leistungen in der Schule sind ziemlich zurückgegangen. Es gibt auch Stress mit den Eltern wegen der schlechten Noten und auch sonst, wie ich dann mit meiner Erkrankung bin. Manche Freunde haben sich von mir abgewendet.“ (Betroffener, unter 20 Jahre)

Corona-Pandemie, allerdings lässt sich eine Zunahme von Regulationsstörungen feststellen. So weisen im zweiten Pandemiejahr rund 35 % der Säuglinge und Kleinkinder Fütterungsstörungen auf, 26 % Schrei- und Schlafprobleme und etwa 14 % sowohl Fütterungsstörungen als auch Schrei- und Schlafprobleme. Eine große Rolle spielen dabei das Stresserleben und die psychische Belastung der Eltern.²³¹ Auch die bundesweite KiD 0–3 Studie stellt ein hohes Belastungserleben bei Eltern junger Kinder während der Corona-Pandemie fest, mit negativen Auswirkungen auf die soziale und affektive Entwicklung der Kleinkinder. Auch hier zeigt sich, dass die Effekte bei Kindern aus armutsbelasteten Familien noch stärker ausgeprägt sind.²³²

²²⁷ Klasen, F. et al.: Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 2017; 165: 402–407.

²²⁸ Klasen, F. et al.: Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(1): 10–20.

²²⁹ Dtsch Arztebl vom 26.09.2023: Ritzen bei jungen Mädchen ist „epidemisches Problem“.

²³⁰ Reiß, F. et al.: Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt* 2023; 66: 727–735; Schlack, R. et al.: Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der Covid-19-Pandemie- Ergebnisse eines Rapid Reviews. *JoHM* 2023; 8(51).

²³¹ Buechel, C. et al.: A cross-sectional investigation of psychosocial stress factors in German families with children aged 0–3 years during the COVID-19 pandemic: initial results of the CoronabaBY study. *Child an Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2022; 16:37.

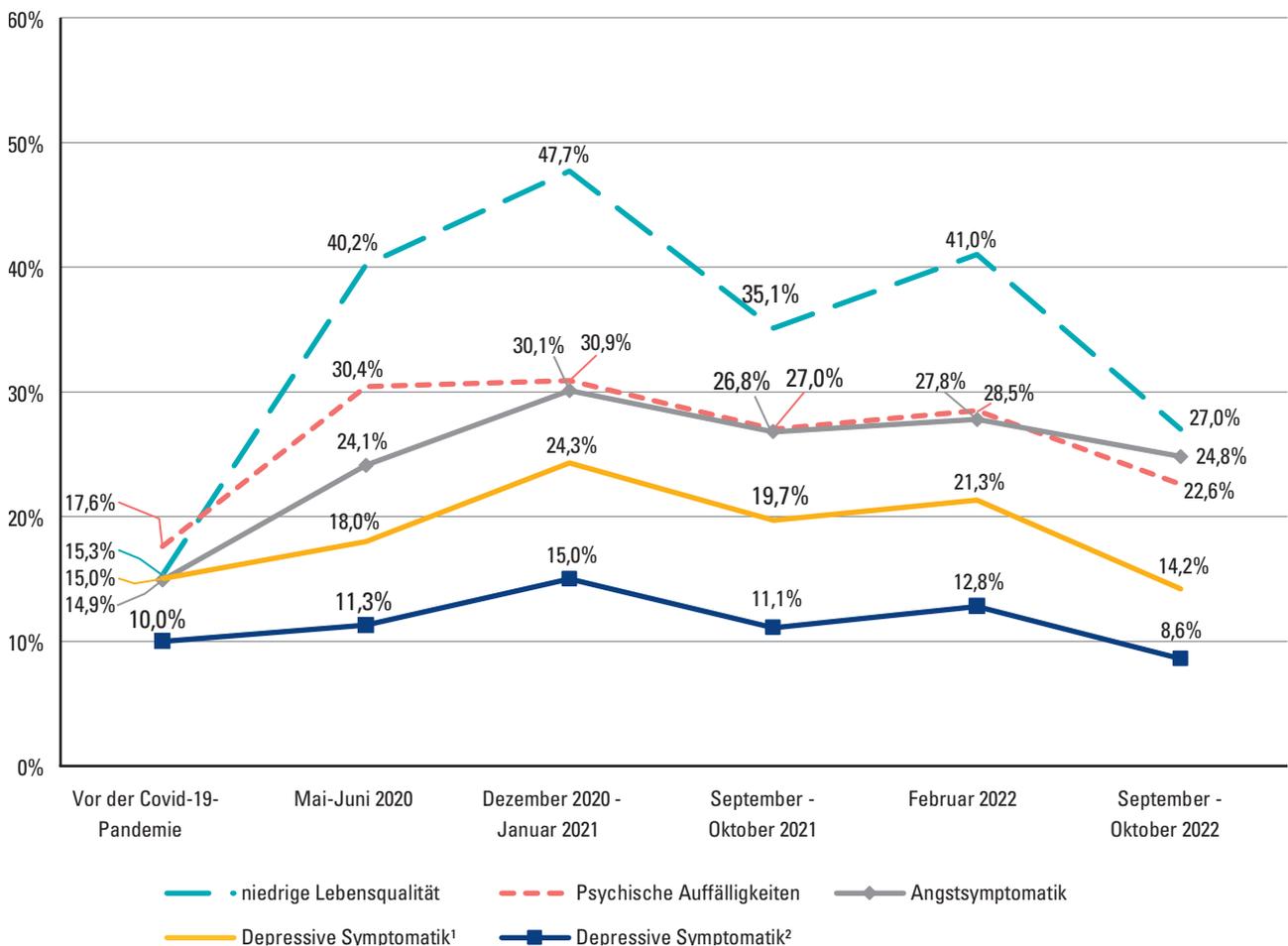
²³² Renner, I. et al.: Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in der COVID-19 Pandemie: Belastungserleben und Entwicklungsauffälligkeiten unter Berücksichtigung der sozialen Lage. *Bundesgesundheitsblatt* 2023; 66: 911–919.

Im Rahmen der bundesweiten COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf berichteten nahezu die Hälfte der befragten **11- bis 17-Jährigen** im Dezember 2020 und Januar 2021 eine verminderte Lebensqualität. Vor der Corona-Pandemie war dies nur bei etwa 15 % der Kinder und Jugendlichen der Fall. Bei der letzten Erhebungswelle im September und Oktober 2022 waren es noch 27 %. Auch die psychischen Auffälligkeiten und die Angststörungen erhöhten sich und lagen bei der letzten Erhe-

bungswelle noch deutlich über den vorpandemischen Werten. Demnach leidet **etwa jedes vierte Kind unter psychischen Auffälligkeiten** bzw. unter einer Angststörung. Bei den selbstberichteten depressiven Symptomen zeigt sich im ersten Pandemiejahr eine Zunahme, die sich im weiteren Verlauf abschwächt und bei der letzten Erhebungswelle im September und Oktober 2022 etwas unterhalb der vorpandemischen Werte liegt (siehe Abbildung 17).²³³

Abbildung 17: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie, Deutschland

Altersgruppen 11–17 Jahre



Datenquelle: Ravens-Sieberer, U. et al. 2023; ¹Erhebung mittels CES-DC, ²Erhebung mittels PHQ-2.²³⁴

²³³ Ravens-Sieberer, U. et al.: Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in public health* 2023: 11.

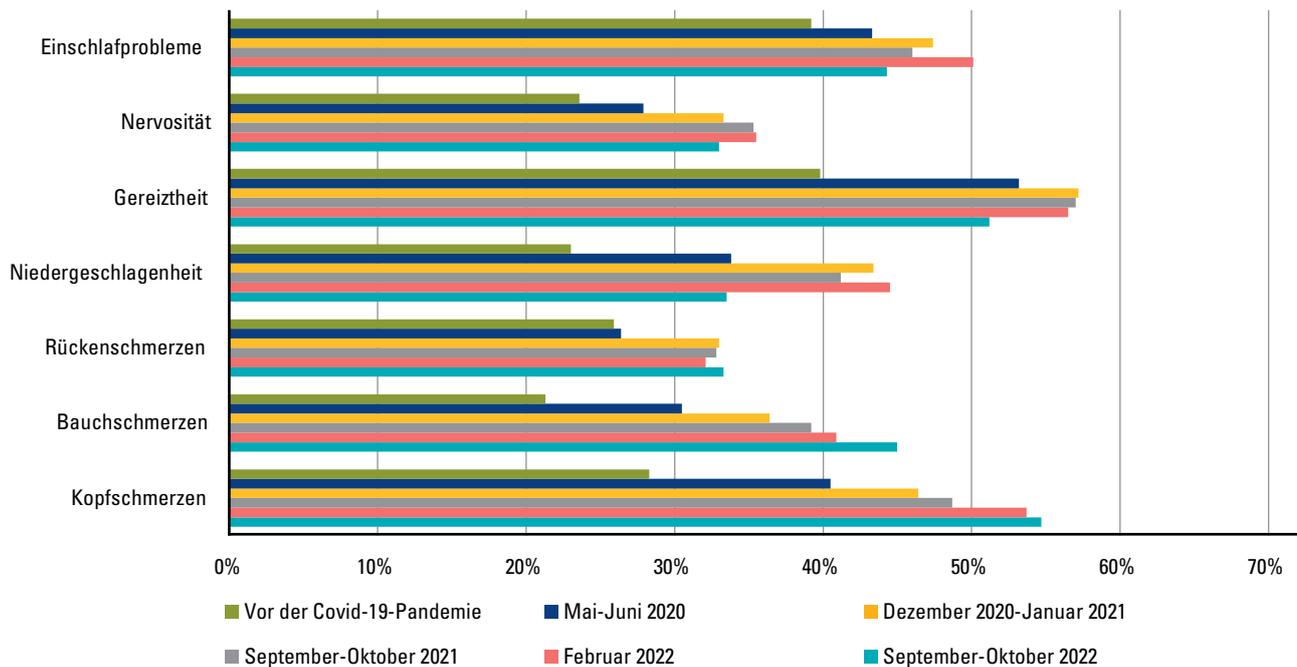
²³⁴ In der COPSY-Studie wurde die depressive Symptomatik durch zwei unterschiedliche Fragebögen erhoben: CES-DC und PHQ-2. Der CES-DC misst die depressive Symptomatik innerhalb der letzten 2 Wochen. Beim PHQ-2 ist die Sensitivität gegenüber einer schweren depressiven Symptomatik erhöht, d. h. er misst die Prävalenz schwer depressiv erkrankter Kinder und Jugendlicher.

Psychosomatische Beschwerden stiegen ebenso im Verlauf der Pandemie kontinuierlich an. So berichten in der letzten Erhebungswelle etwa die Hälfte der Heranwachsenden über Kopf- oder Bauchschmerzen, über ein Drittel über Rückenschmerzen (siehe Abbildung 18).

Laut der COPSY-Studie waren insbesondere Mädchen sowie Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien (u. a. niedrige Bildung der Eltern, beengte Wohnverhältnisse, Migrationshintergrund) oder mit psychischer Erkrankung eines Elternteils davon betroffen.

Abbildung 18: Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie, Deutschland

Altersgruppen 11–17 Jahre



Datenquelle: Ravens-Sieberer, U. et al. 2023

Esstörungen

Bundesweite Daten aus der Routineversorgung zeigen für die letzten Jahre, dass neu diagnostizierte Essstörungen bei Mädchen deutlich zugenommen haben.²³⁵ Für Bayern berichtet die DAK im Jahr 2022 gegenüber 2019 einen Anstieg um 70 % für die Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen.²³⁶ Auch Daten aus bayerischen Krankenhäusern weisen auf einen deutlichen Anstieg hin (siehe dazu Kapitel 4.2). Bei der Interpretation ist allerdings 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 Daten des Versorgungssystems nicht vor. Zunahmen in Routinedaten spiegeln daher unter Umständen keinen Anstieg der Erkrankungen wider, sondern, dass mehr Erkrankungen erkannt und

²³⁵ Kohring, C. et al.: Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin 2023; DAK-Gesundheit: DAK Kinder- und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie Datenzeitraum: 2017–2022. Hamburg 2023; Koelch M. et al.: Mental disorders in minors during the COVID-19 pandemic—an analysis of nationwide hospital treatment data. Dtsch Arztebl Int 2023; 120.

²³⁶ DAK-Gesundheit: DAK-Kinder und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie in Bayern Datenzeitraum: 2017–2022. Bielefeld 2023.

behandelt werden. Zur genauen Einordnung der Daten aus der Routineversorgung sind daher Studiendaten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unabhängig von der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen notwendig. Im Rahmen der bundesweiten COPSY-Studie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf zeigten im Herbst 2021 etwa 16 % der befragten 11- bis 17-Jährigen Essstörungssymptome (Mädchen: 17 %; Jungen: 15 %).²³⁷ Anders als in den Routinedaten zeigt sich hier ein Rückgang: Vor der Corona-Pandemie berichten rund 20 % der Heranwachsenden über Essstörungssymptome (Mädchen: 32 %; Jungen: 9 %). Für die Diskrepanz zwischen Survey- und Routinedaten gibt es in der wissenschaftlichen Literatur bislang keine tragfähigen Erklärungen.

Alkohol ist auch in den Jugendjahren die am häufigsten konsumierte psychoaktive Substanz. Die 30-Tage-Prävalenz des Rauschtrinkens beträgt bei Jugendlichen in Deutschland rund 11 % (männlich: 10 %; weiblich: 12 %), und des häufigen Rauschtrinkens 3 % (männlich: 5 %; weiblich: 2 %).²³⁸ Rund 20 % der 14–17-jährigen (männlich: 23 %; weiblich: 18 %) weisen einen riskanten Alkoholkonsum (nach AUDIT-C) auf.²³⁹

Zigaretten rauchen rund 6 % der Jugendlichen (männlich: 6 %; weiblich: 7 %). Hinsichtlich der „alternativen Tabakprodukte“ gaben etwa 7 % der Jugendlichen an, in den letzten 30 Tagen Wasserpfeife geraucht zu haben, 2,4 % rauchten E-Zigarette und 0,3 % Tabakerhitzer. Circa jeder elfte Jugendliche gab im Jahr 2021 an, schon einmal **Cannabis** geraucht zu haben. Regelmäßig (mehr als zehnmal in den letzten zwölf Monaten) konsumieren hierbei 1,6 % (männlich: 2,2 %; weiblich: 1 %).²⁴⁰

Knapp 2 % der Jugendlichen gaben an, in ihrem Leben schon einmal illegale Drogen konsumiert zu haben. Hierbei sind die Lebenszeitprävalenzen für Ecstasy, Amphetamine bzw. weitere psychoaktive Pflanzen am höchsten.²⁴¹ Mit Ausnahme des Tabakrauchens fallen die Prävalenzen des Konsums psychoaktiver Substanzen bei männlichen Jugendlichen höher aus als bei weiblichen.

Im Trendverlauf des Rauschtrinkens und des starken Zigarettenrauchens zeigt sich bei beiden Geschlechtern ein abnehmender Trend. Der regelmäßige Cannabiskonsum bleibt auf ähnlichem Niveau wie im Jahr 2004. Die Erhebung des Alkoholsurveys 2021 wurde allerdings von der Corona-Pandemie beeinflusst. Dies zeigt sich im Besonderen bei den Prävalenzen des Rauschtrinkens, welche in diesem Jahr vornehmlich aufgrund mangelnder Gelegenheiten niedriger ausfallen (siehe Abbildung 19).

²³⁷ Für die Studie wurde der SCOFF-Fragebogen verwendet, ein Screening-Instrument zur Identifizierung von Essstörungssymptomen. Dies ist nicht gleichbedeutend mit einer gesicherten Diagnose. Siehe Napp, A-K et al.: Eating disorder symptoms among children and adolescents in Germany before and after the onset of the COVID-19 pandemic. *Front. Psychiatry*, 2023; 14.

²³⁸ Orth, B., Merkel, C.: Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. 2022.

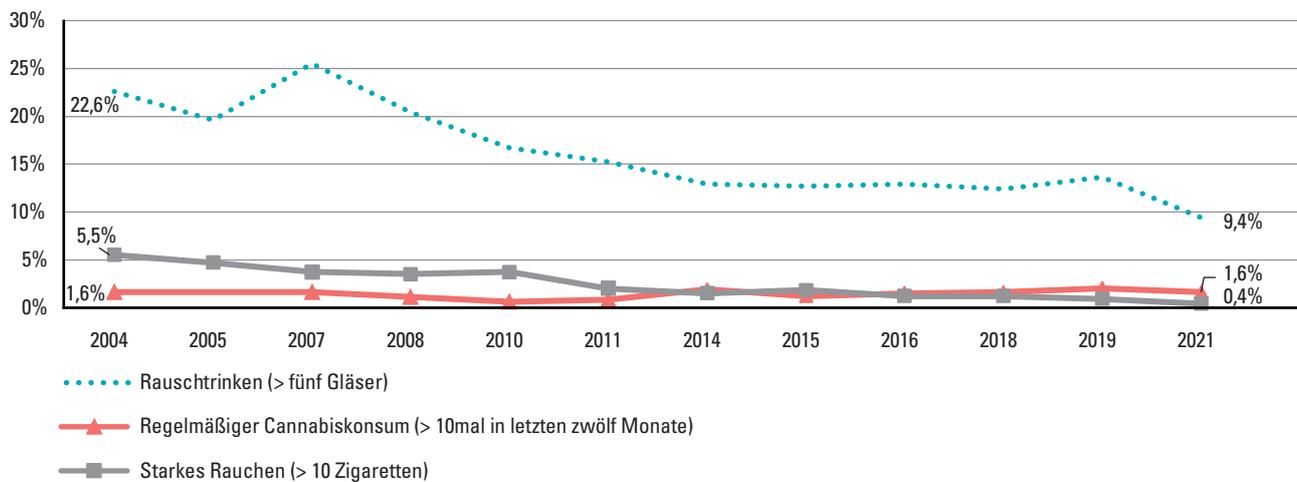
²³⁹ Zeiher, J. et al.: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *JoHM* 2018; 3(2).

²⁴⁰ Orth, B., Merkel, C. 2022.

²⁴¹ Orth, B. & Merkel, C.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 2020.

Abbildung 19: Trend des Rauschtrinkens, starken Rauchens und des regelmäßigen Cannabiskonsums, Deutschland 2004–2021

Altersgruppen 12–17 Jahre



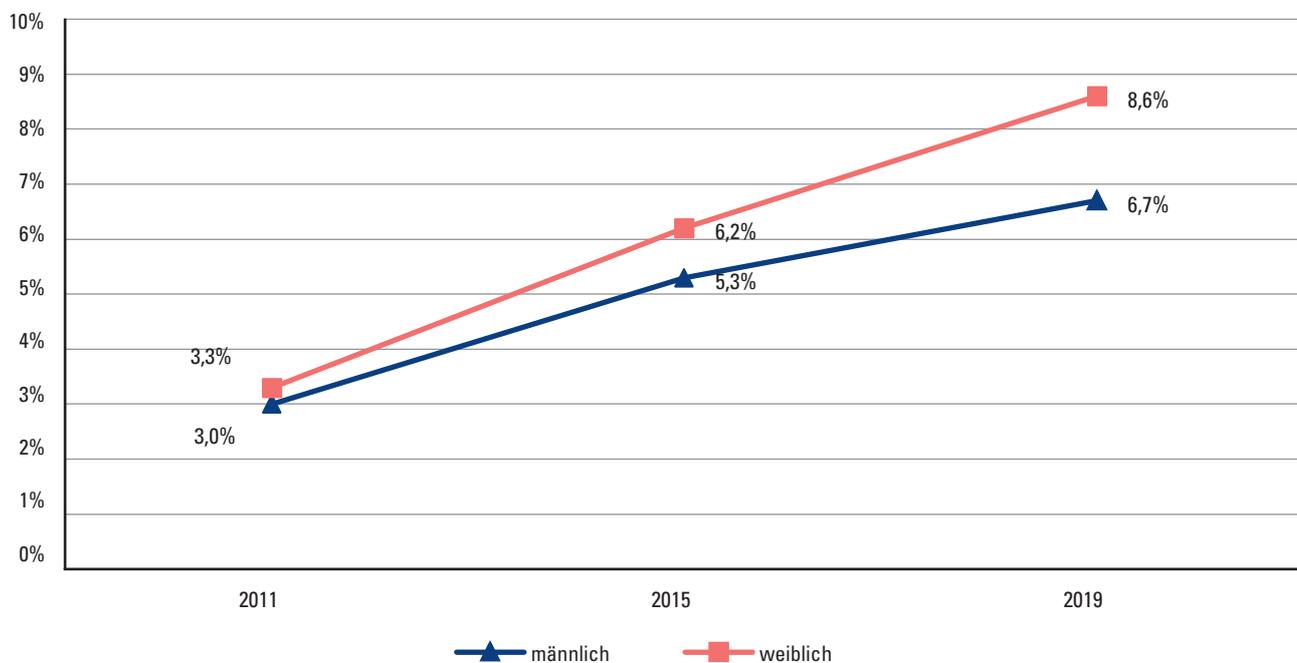
Datenquelle: BZgA-Forschungsbericht, nach Orth Merkel 2022

Bei etwa 8 % der 12–17-Jährigen in Deutschland ist von einer computer- oder internetbezogenen Störung auszugehen. Weibliche Jugendliche (8,6 %) sind hierbei statistisch signifikant häufiger

betroffen als männliche (6,7 %) ²⁴². Wobei der Trend bei Jungen hin zur Abhängigkeit von Online-Spielen geht und bei Mädchen hin zu einer Abhängigkeit von sozialen Netzwerken ²⁴³.

Abbildung 20: Trend der Computerspiel- und internetbezogenen Störungen nach Geschlecht, Deutschland 2011–2019

Altersgruppen 12–17 Jahre



Datenquelle: BZgA Forschungsbericht, nach Orth & Merkel 2020

²⁴² Orth, B., Merkel, C.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019: Teilband Computerspiele und Internet. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. 2020.

²⁴³ Strittmatter, E. et al.: Pathological Internet use among adolescents: comparing gamers and non-gamers. Psychiatry Res 2015; 228: 128–35.

Bei beiden Geschlechtern zeigt sich bei den computerspiel- und internetbezogenen Störungen ein klar zunehmender Trend. Seit 2011 haben sich hierbei die Prävalenzen mehr als verdoppelt. Auswertungen der Deutschen Arbeitnehmer-Krankenkasse (DAK) zufolge nahm die Zahl der durch computerspiel- und internetbezogene Störungen betroffenen Kinder und Jugendlichen während der **Corona-Pandemie** noch einmal erheblich zu.²⁴⁴

4.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Kindes- und Jugendalter in Bayern

Epidemiologische Studien, die repräsentative Daten zur Häufigkeit psychischer Störungen liefern, sind sehr aufwändig und liegen daher meist nur bundesweit vor. 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 etwa 85 % der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen wider. Zu Privatversicherten liegen keine Daten vor. Anders als in den oben genannten Gesundheitssurveys (KiGGS, BELLA) werden hier nicht repräsentativ ausgewählte Personen anhand von standardisierten psychiatrischen Interviews untersucht oder befragt. Die Auswertungen beziehen sich nur auf Personen,

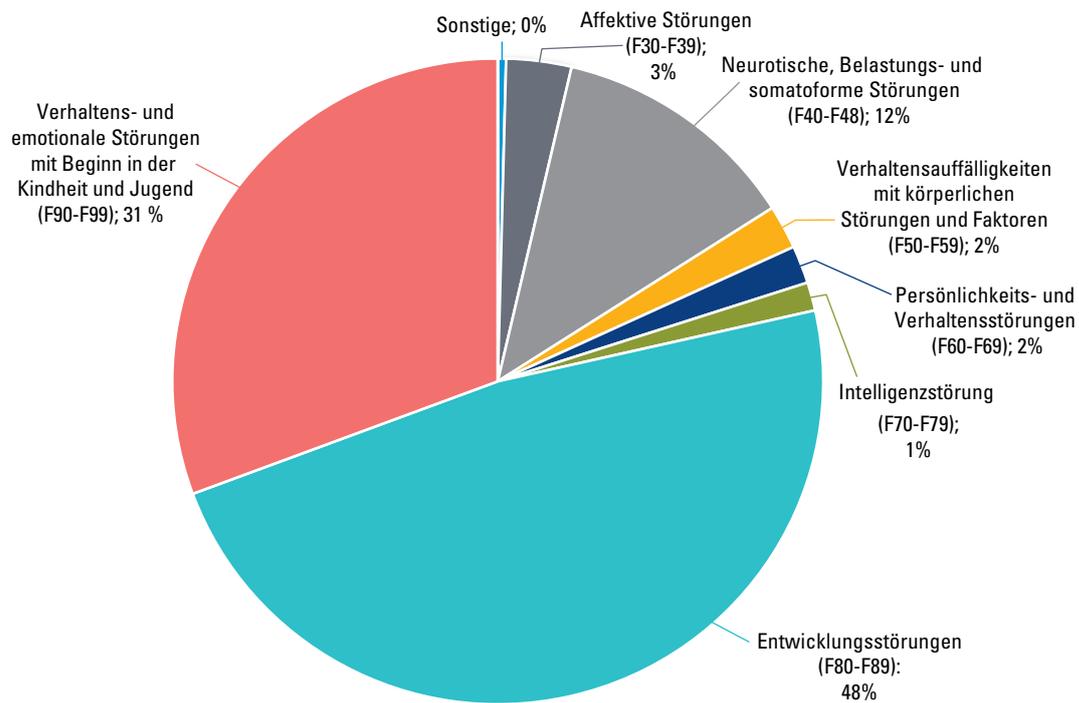
die die vertragsärztliche **ambulante Versorgung** in Anspruch nehmen.

Bei etwas mehr als 302.000 gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen lag in mindestens zwei Quartalen im Beobachtungszeitraum 1. Quartal 2022 bis einschließlich 4. Quartal 2022 eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vor, darunter gut 257.000 Kinder unter 15 Jahren. Beim relativen Vergleich der einzelnen Altersgruppen (Rate je 100.000 Einwohnern) zeigt sich ein deutlicher Prävalenzanstieg bei Kindern und Jugendlichen ab 5 Jahren, insbesondere bei den Jungen (siehe Kapitel 3.1, Abbildung 10). Hier spielen die Sprachentwicklungsstörungen, Lese- und Rechtschreibstörungen und die Verhaltens- und emotionalen Störungen, darunter insbesondere Hyperkinetische Störungen (F90), eine große Rolle.

Bei den Kindern und Jugendlichen dominieren unter den ambulanten Fällen der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern die Entwicklungsstörungen (F80-F89) mit einem Anteil von 48 % (siehe Abbildung 21). 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 12 % neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F49) und mit 3 % die affektiven Störungen (F30-F39).

²⁴⁴ DAK Gesundheit: Mediensucht in Zeiten der Pandemie: DAK-Längsschnittstudie: Wie nutzen Kinder und Jugendliche Gaming, Social Media und Streaming? DAK Gesundheit 2023. https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung/studie-medien-sucht-2022-23_33242 [Abruf am 28.12.23].

Abbildung 21: Ambulante Diagnosen (F00-F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 0-17 Jahre, Bayern 2022



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, schizotipe und wahnhaftige Störungen (F20–29).

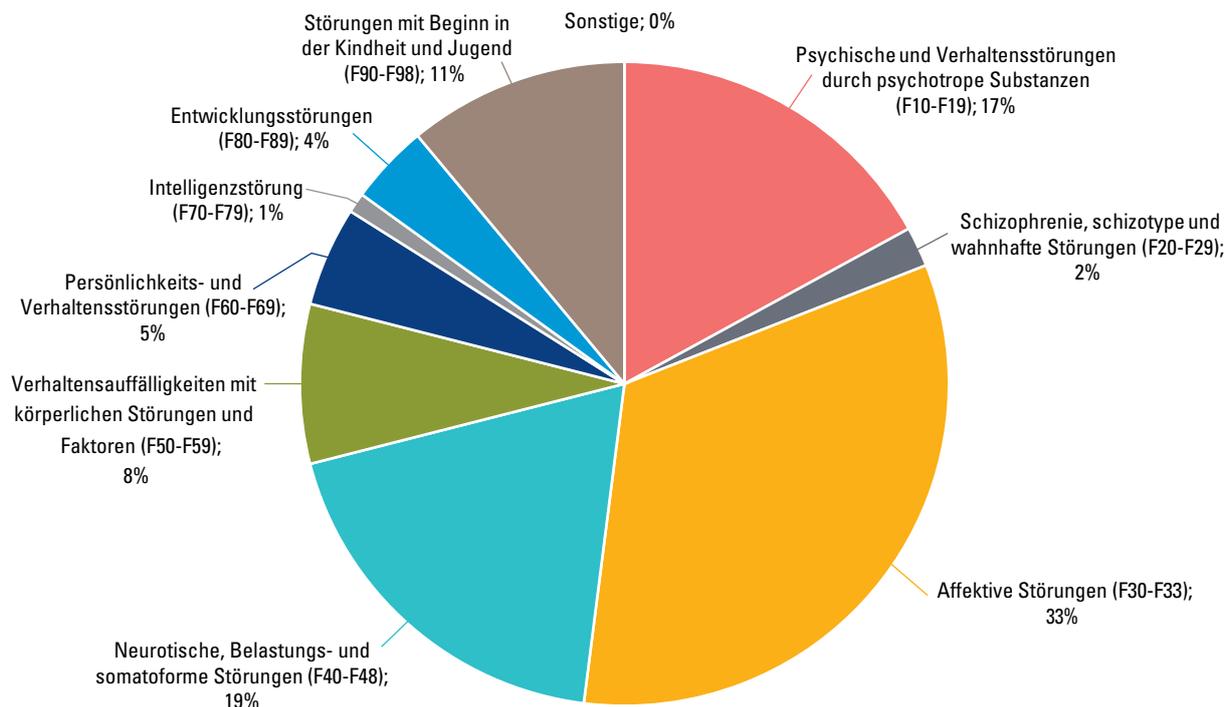
Bei den Klein- und Vorschulkindern sind die Entwicklungsstörungen (F80–F89) die häufigste Diagnose, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99). Depressionen (F32 und F33) und Substanzkonsum (F10 bis F19) kommen als relevante Störungsbilder erst in den Altersgruppen ab 15 Jahren hinzu.

Im Jahr 2022 gab es 18.991 Behandlungsfälle von Heranwachsenden unter 20 Jahren in Bayern (darunter 6.441 Kinder unter 15 Jahren). Des Weiteren wurden im Jahr 2022 insgesamt 2.765 Fälle teilstationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychosomatik in Bayern behandelt. Psychische Erkrankungen zählen nach den Verletzungen und Vergiftungen und den Krankheiten des Atmungssystems zu den häufigsten Ursachen für eine stationäre Krankenhausbe-

handlung bei Heranwachsenden unter 20 Jahren. Bei den 15- bis 19-Jährigen sind die psychischen Erkrankungen mit 23 % die häufigste Ursache für eine Krankenhausbehandlung.

Während es bei den jüngeren Kindern mehr stationäre Fälle bei den Jungen gibt, überwiegen im späten Kindesalter und in der Adoleszenz die Mädchen und jungen Frauen. Bei den Heranwachsenden bis 20 Jahren sind die affektiven Störungen (F30-F39) mit ca. 33 % der häufigste Anlass für einen stationären Aufenthalt in einem (Akut-)Krankenhaus, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) mit 19 % und den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit 17 % (siehe Abbildung 22).

Abbildung 22: Stationäre Diagnosen (F00-F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen bis 20 Jahre, Bayern 2022



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

Allerdings waren bei den Kindern unter 15 Jahren die Verhaltens- und emotionalen Störungen (F90–F99) mit 26 % häufigster Anlass für einen stationären Aufenthalt, gefolgt von den affektiven Störungen mit 26 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 20 %. Bei den Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren hingegen dominieren die affektiven Störungen mit 36 %, gefolgt von den Substanzstörungen mit 23 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 19 %.

Im Jahr 2022 wurden in Bayern in den Altersgruppen unter 20 Jahren Jungen fast dreimal so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum stationär behandelt wie Mädchen (Mädchen 11 % der Fälle; Jungen 28 % der Fälle). Bei den weiblichen Krankenhausfällen überwiegen unter den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Mädchen 40 % der Fälle; Jungen

20 % der Fälle) und die Angststörungen (Mädchen 21 % der Fälle; Jungen 17 % der Fälle).

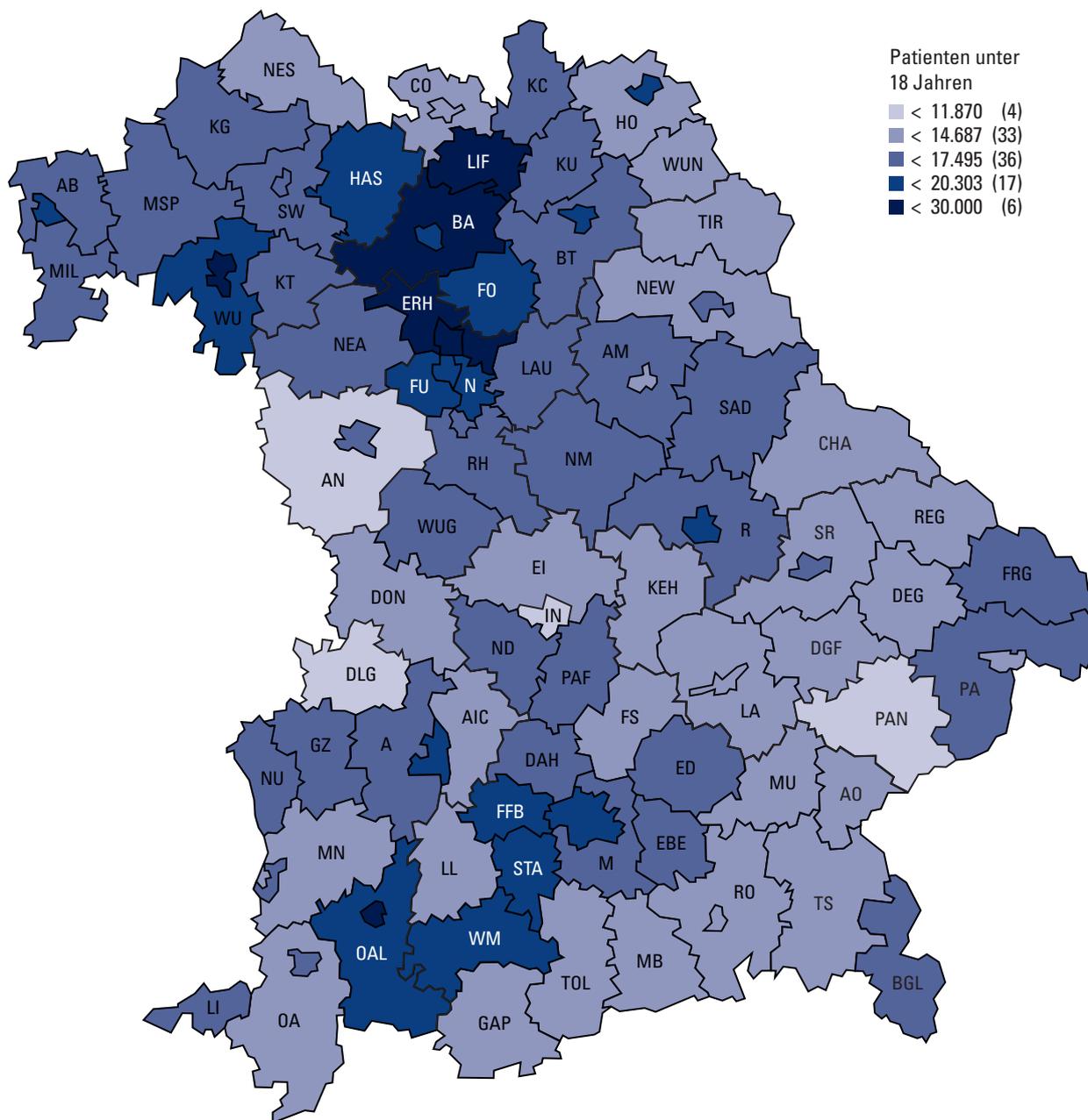
Laut der Schwerbehindertenstatistik erhielten 2021 rund 2.100 Personen unter 18 Jahre einen Schwerbehindertenausweis aufgrund einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung.²⁴⁵

Regionale Unterschiede in Bayern

Innerhalb Bayerns zeigen sich erhebliche regionale Unterschiede im Hinblick auf die Diagnosehäufigkeit psychischer Störungen (siehe Abbildung 23). Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern zufolge liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit bei den heranwachsenden GKV-Versicherten auf Kreisebene zwischen 9.920 und 27.131 je 100.000 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren.

²⁴⁵ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

Abbildung 23: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Anzahl je 100.000 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, Bayern 2022



Datenquelle: KVB

Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebericht beschrieben, zeigen sich auch bei einzelnen Störungsbildern regionale Unterschiede. Bei den affektiven Störungen liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit zwischen 260 und 1.153 je 100.000 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren. Regionale Besonderheiten bestehen weiterhin für die Region Unterfranken bezogen auf die hyperkinetischen Störungen (F90). Diese Diagnose wird hier deutlich häufiger gestellt als in anderen Regionen Bayerns. 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.

Psychische Störungen im Zeitverlauf

Die Gesundheitssurveys des RKI deuten, wie bereits erwähnt, darauf hin, dass vor der Pandemie die Zahl der psychischen Auffälligkeiten und

Störungen nicht zugenommen hat. Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen dagegen deutlich verschlechtert: Etwa jeder vierte Heranwachsende leidet unter psychischen Auffälligkeiten.

In Bayern verzeichnen die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bereits seit längerem einen Anstieg der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99). Der Anteil der Heranwachsenden mit Arztkontakt, die pro Jahr in mindestens zwei Quartalen eine solche Diagnose erhielten, erhöhte sich von 13,8 % im Jahr 2012 auf 16,1 % im Jahr 2022 (siehe Abbildung 24). Die Entwicklung zeigt sich nicht in allen Diagnosegruppen. Während die affektiven Störungen (F30–F39) und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) zugenommen haben, ist der Anteil der Heranwachsenden mit einer Störung durch psychotrope Substanzen (F10–19) und mit einer hyperkinetischen Störung (F90) hingegen leicht gesunken. Wie bereits im

ersten Psychiatriebericht beschrieben, spiegelt der Anstieg bei den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bis vor Beginn der Corona-Pandemie keinen Anstieg der Erkrankungen wider, vielmehr wurden mehr Erkrankungen erkannt und behandelt.

Bundesweite Daten aus der Routineversorgung zeigen für die letzten Jahre, dass **neudiagnostizierte depressive Störungen, Angststörungen und Essstörungen** deutlich zugenommen haben, bei den emotionalen und Verhaltensstörungen hingegen zeigte sich eine Abnahme.²⁴⁶ Für Bayern verzeichnet die DAK 2022 im Vergleich zu 2019 insbesondere bei den jugendlichen Mädchen einen deutlichen Anstieg bei den neudiagnostizierten Depressionen und Essstörungen (Depression: 41 %; Essstörungen: 70 %).²⁴⁷

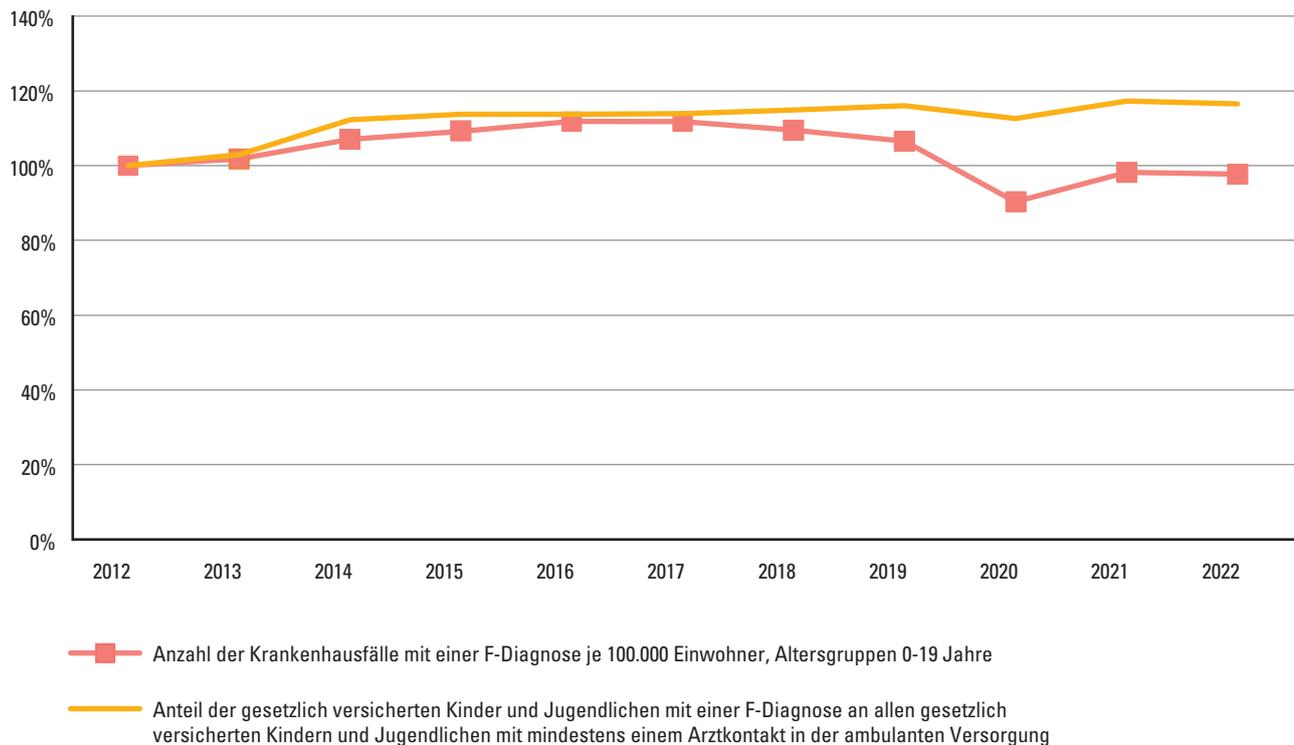
Die **Krankenhausbehandlungen** liegen bei den unter 20-Jährigen im Jahr 2022 auf einem ähnlichen Niveau wie 2012. Dem ging ein deutlicher Rückgang im ersten Jahr der Corona-Pandemie voraus (siehe Abbildung 24).

²⁴⁶ Kohring, C. et al.: Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin 2023; DAK-Gesundheit: DAK Kinder- und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie Datenzeitraum: 2017–2022. Hamburg 2023; Koelch M. et al.: Mental disorders in minors during the COVID-19 pandemic—an analysis of nationwide hospital treatment data. Dtsch Arztebl Int 2023; 120.

²⁴⁷ DAK-Gesundheit: DAK-Kinder und Jugendreport 2023. Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie in Bayern Datenzeitraum: 2017–2022. Bielefeld 2023.

Abbildung 24: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012–2022

Indexdarstellung: Jahr 2012 = 100 %



Datenquellen: Ambulante Diagnosen: KVB; Krankenhausfälle: LfStat; Berechnungen LGL

Für Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich für die unter 20-Jährigen zwischen 2019 und 2020 ein Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate um 15 %. Allerdings ist dieser Rückgang deutlich stärker bei den Jungen ausgeprägt, als bei den Mädchen (Mädchen 10 %; Jungen 22 %). Zudem zeigt sich der Rückgang zwischen 2019 und 2020 nicht in gleichem Umfang über alle Diagnosegruppen. Der Rückgang der Fallzahlen ist bei den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) stärker ausgeprägt als bei den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20–F29) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48). Bei den affektiven Störungen (F30-F39) zeigt sich in dieser Altersgruppe sogar eine leichte Zunahme. Das heißt, neben Einschränkungen des Krankenhausbetriebs spielen auch Veränderungen des Substanzkonsums eine maßgebliche Rolle für den Rückgang der vollstationären Fallzahlen.

Während der Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate bei den männlichen unter 20-Jährigen im Jahr 2022 weiterhin bestehen bleibt, nehmen die Krankenhausfälle bei den Mädchen und heranwachsenden Frauen in Bayern wieder zu. Besonders zeigt sich dies bei den 10–14-jährigen Mädchen mit einer Essstörung (F50). Hier zeigt sich zwischen 2019 und 2022 ein Zuwachs von 83 % bei den Krankenhausbehandlungen. Auch bei den Depressionen (F32/F33) und Angststörungen (F40/F41) zeigen sich in dieser Altersgruppe deutliche Zuwächse (Depression 75 %, Angststörungen 63 %). In der Altersgruppe der 15–19-Jährigen gibt es ebenso Zunahmen bei den Krankenhausbehandlungen für die genannten Diagnosen (Essstörungen: 30 %, Depression: 41 %, Angststörungen: 22 %).

Psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Zeiten der Corona-Pandemie und weiteren Herausforderungen

Seit Mai 2021 wird die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen in Kontext der Corona-Pandemie und weiterer Belastungsfaktoren fortlaufend im Rahmen breit angelegter interdisziplinärer und ressortübergreifender Expertengespräche unter Federführung des StMGP thematisiert. Dabei werden auch Bedarfe und Möglichkeiten für weitere Maßnahmen zur Verbesserung in Prävention und Versorgung ausgelotet.

Häufigkeit von Suiziden in Bayern

Unter den im Jahr 2022 insgesamt 1.811 in der Todesursachenstatistik verzeichneten **Suiziden**

waren 22 Heranwachsende unter 18 Jahren (unter 15 Jahre: 4 Suizide).²⁴⁸ Bisher ist bei den Suiziden der Kinder und Jugendlichen insgesamt kein Anstieg erkennbar (siehe Tabelle 14).

Tabelle 14: Suizidsterbefälle unter 18 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2018–2022

Anzahl der Suizidsterbefälle	2018	2019	2020	2021	2022
Jungen	10	16	10	13	7
Mädchen	6	7	11	8	15
Gesamt	16	23	21	21	22

Datenquelle Statistisches Bundesamt

Ein anderes Bild ergibt sich jedoch bei den **Suizidversuchen**. Daten aus deutschen Kinderintensivstationen weisen auf eine deutliche Zunahme der Suizidversuche von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im 2. Lockdown im Jahr 2021 hin.²⁴⁹ Der Polizeilichen Kriminalstatistik zufolge gab es in Bayern im Jahr 2022 insgesamt 2.392 polizeilich bekannte Suizidversuche, darunter entfielen 241 auf Menschen unter 18 Jahren. Bei den polizeilich bekannten Suizidversuchen zeichnet sich zwischen 2019 und 2022 bei den Heranwachsenden eine Zunahme der polizeilich bekannten Suizidversuche ab (2019: 152).²⁵⁰ Weitere Daten zum Suizidgeschehen in Bayern sind in Kapitel 3.2 aufgeführt.

Peer-Beratung für junge Menschen in Suizidgefahr

In der Online-Beratung [U25] 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 StMGP gefördert.

Mehr dazu unter <https://www.u25-nuernberg.de/> oder <https://www.u25-deutschland.de/>

²⁴⁸ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt.

²⁴⁹ Bruns, N. et al.: Pediatric ICU Admissions After Adolescent Suicide Attempts During the Pandemic. *Pediatrics* 2022; 150(2): e2021055973.

²⁵⁰ Datenquelle: Polizeiliche Kriminalstatistik Bayern 2019–2022.

4.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung

Gesundheitsförderung und Prävention

Das Anliegen von Prävention und Gesundheitsförderung besteht darin, krankmachende Risiken und Belastungen zu vermindern und Ressourcen bzw. Schutzfaktoren für Gesundheit zu stärken – sowohl mit Blick auf das individuelle Verhalten und gesundheitsrelevante Kompetenzen wie auch auf die Verhältnisse, in denen Menschen leben. Unterstützungsangebote zu Erhalt und Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen werden in Form von **Regelangeboten** bzw. innerhalb von Regelstrukturen vorgehalten wie z. B. Beratungs- und Hilfeangebote der Gesundheitsämter, Jugendämter (siehe unten) oder von freien Trägern wie Wohlfahrtsverbänden. Auch Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (U1 bis U9 und J1) stellen ein zentrales und wichtiges Regelangebot zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit dar. Eine weitere Aufwertung psychischer Aspekte im Rahmen dieser Untersuchungen wurde unlängst durch die Bundespsychotherapeutenkammer gefordert.²⁵¹ Zudem sollen im Rahmen der reformierten Schuleingangsuntersuchung künftig psychi-

sche Auffälligkeiten mit dem SDQ-Fragebogen erfasst werden, einem bewährten Screeninginstrument zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten, sofern die Eltern dem zustimmen. Bei Bedarf erfolgt dann ein entsprechendes Beratungsangebot durch die Schulärztin bzw. den Schularzt.

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 Problemen²⁵². Das vom bayerischen Kultusministerium aufgelegte „**10-Punkte-Programm zur Aufklärung über Depressionen und Angststörungen an den bayerischen Schulen**“ bündelt und ergänzt diese Maßnahmen speziell mit Blick auf Depressionen und bezieht altersgemäße Aufklärung sowie inner- und außerschulische Beratungsangebote mit ein. Auf der Webseite <https://www.aktiv-gegen-depressionen.de/> erhalten Schülerinnen und Schüler Informationen zum Thema Depression und zu Ansprechpersonen vor Ort, zudem werden dort Materialien für Lehrkräfte bereitgestellt.

Das Landesprogramm für die gute gesunde Schule Bayern

Das vom StMGP und dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus zusammen mit weiteren Partnern umgesetzte Landesprogramm für die gute gesunde Schule will zum Kompetenzerwerb für eine gesunde Lebensweise und zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebenswelt Schule beitragen. Jährlich können sich bayerische Schulen zur Teilnahme am Programm anmelden. Sie setzen im Verlauf des Schuljahres mindestens zwei Projekte aus fünf vorgegebenen Themenbereichen, darunter auch die psychische Gesundheit und Suchtprävention, selbständig um. Dabei sollen sowohl die Verhaltens- wie auch die Verhältnisprävention zum Zuge kommen. Im November 2024 erhielten so 320 Schulen in Bayern die Auszeichnung als "gute gesunde Schule".

Mehr dazu unter: <https://www.ggs.bayern.de/>

²⁵¹ Bundespsychotherapeutenkammer. Stellungnahme – Nationaler Aktionsplan „Neue Chancen für Kinder in Deutschland“. Entwurf des BMFSFJ vom 25.05.2023. https://api.bptk.de/uploads/2023_05_25_STN_B_Pt_K_NAP_Gesund_Aufwachsen_94b9ae9530.pdf [Abruf am 03.01.2024].

²⁵² Weiterführende Informationen unter <https://www.schulberatung.bayern.de/>.

Neben den oben genannten Regelangeboten wird in Bayern eine Vielzahl von **Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekten und -programmen** zur Stärkung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen umgesetzt. Diese setzen oft in den für diese Altersgruppe typischen Lebenswelten – Kindertagesstätte, Schule oder Ausbildungsplatz – an.

Sie zielen zum Teil krankheitsunspezifisch auf einen gesundheitsförderlichen Kompetenz- und Ressourcenaufbau bei Kindern, Jugendlichen oder deren Eltern, zum Teil soll Risikoverhalten positiv beeinflusst werden wie z. B. Alkohol-, Tabak- oder Drogenkonsum, oder der Fokus liegt auf der Prävention bzw. Früherkennung bestimmter psychischer Erkrankungen.

Cannabisprävention

Im Zuge der Neuregelung zur kontrollierten Abgabe von Cannabis an Erwachsene werden präventive Bemühungen auch für Kinder und Jugendliche verstärkt. Im Rahmen des vom bayerischen Ministerrat im September 2022 beschlossenen Projekts **„Cannabisprävention an bayerischen Schulen“** werden dazu u. a. qualitätsgesicherte Angebote zur Cannabisprävention für Schülerinnen und Schüler gefördert und ausgebaut. Damit können interessierte Schulen finanzielle Unterstützung erhalten, um externe qualifizierte Fachkräfte zur Durchführung von evaluierten Präventionsmaßnahmen an den Schulen vor Ort zu beauftragen. Ziel ist, die Jugendlichen der achten bis zehnten Jahrgangsstufe in interaktiven Workshops altersgerecht und umfassend über Cannabis und andere Suchtmittel aufzuklären und relevante Lebenskompetenzen zu fördern. Bisher wurden in Bayern ca. 500 Moderatorinnen und Moderatoren für die Umsetzung der qualitätsgesicherten Präventionsworkshops geschult. Zudem werden auch Lehrkräfte und Eltern mit passenden Angeboten erreicht und für das Thema Cannabis sowie einen präventionsorientierten Umgang damit sensibilisiert und befähigt. Das Projekt ist Teil eines Gesamtkonzepts, welches neben der Schule als zentralem Setting künftig auch weitere Settings wie z. B. das kommunale Umfeld (Jugendzentren), die Familie, Berufsschulen sowie Hochschulen und Universitäten und auch medizinische Settings mit Blick auf Jugendliche mit psychischen Erkrankungen stärker einbeziehen will. Das Gesamtkonzept wird vom Bayerischen Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung erarbeitet.

Für weitere Informationen und Angebote siehe <https://www.zpg-bayern.de/cannabis.html>

Mit dem Beginn des Schuljahrs 2023/2024 hat das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte bundesweite Modellprogramm **Mental Health Coaches** gestartet. Das präventive Gruppenangebot wird in Schulen angeboten und bietet Jugendlichen Informations- und Austauschmöglichkeiten rund um das Thema psychische Gesundheit. Zudem

sollen der Austausch und die Vernetzung der Fachkräfte gefördert sowie Bedarfe der Jugendlichen im Themenfeld Mental Health ermittelt werden. Das Präventionsprogramm wird von den Jugendmigrationsdiensten (JMD) und den Trägern der Jugendsozialarbeit (Stand Januar 2024) an neun Standorten in Bayern umgesetzt.²⁵³

²⁵³ Siehe Pressemitteilung vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 12.09.23: Sagen was ist - tun was hilft! – Lisa Paus startet Bundesprogramm Mental Health Coaches. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/sagen-was-ist-tun-was-hilft-lisa-paus-startet-bundesprogramm-mental-health-coaches-230652>; <https://www.mental-health-coaches.de/> [Abruf am 03.01.2024].

Net-Piloten

Gemäß der aktuellen JIM-Studie für Deutschland (2023) sind 88 % der befragten 12- bis 19-Jährigen täglich in ihrer Freizeit online. Die durchschnittliche tägliche Online-Nutzungszeit lag dabei bei 224 Minuten, was einen Anstieg um 20 Minuten im Vergleich zu 2022 bedeutet.²⁵⁴ Vor diesem Hintergrund will das Peer-Projekt Net-Piloten für eine verantwortungsvolle Nutzung des Internets und digitaler Medien sensibilisieren und die Medienkompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken. Hierzu werden 14- bis 18-jährige Schülerinnen und Schüler aller Schulformen zu „Net-Piloten“ ausgebildet, um als Peers Informationen zu Risiken und Wirkungen der Nutzung von digitalen Medien an jüngere Mitschüler weiter zu geben. Gefördert durch das StMGP bietet das bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung Trainer-Schulungen an, die sich insbesondere an kommunale Fachkräfte richten, die dann wiederum Fachkräfte der Jugendsozialarbeit, Schulsozialpädagogik und Schulpsychologie sowie Lehrkräfte zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren auf schulischer Ebene weiterbilden. Diese setzen dann das Projekt an ihrer Schule um, indem sie die Schülerinnen und Schüler zu „Net-Piloten“ ausbilden und diese begleiten. Auch Familien können einbezogen und bei der Medien-erziehung unterstützt werden z. B. durch themenspezifische Elternabende oder Elternseminare. *Weitere Informationen und Kontaktdaten zu Ansprechpersonen auf kommunaler bzw. schulischer Ebene unter: <https://www.zpg-bayern.de/net-piloten.html>*

Information und Hilfe rund um Mediennutzungsstörungen

Das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) stellt auf der Internetseite <https://www.mediensuchthilfe.info/> wissenschaftlich fundierte Informationen zum problematischen Umgang mit Games, Social Media und Streaming-Diensten für betroffene Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige bereit. Auch direkte Anlaufstellen in der Nähe können hier gefunden werden.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bietet darüber hinaus auf der Internetseite <https://www.ins-netz-gehen.de/> die Möglichkeit der Online-Beratung rund um das Thema Mediennutzungsstörungen durch erfahrene Fachkräfte.

MOVE – Motivierende Kurzintervention bei konsumierenden Jugendlichen

MOVE richtet sich an Lehrkräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Schulsozialarbeit wie auch der außerschulischen Jugendarbeit. Durch eine spezielle Fortbildung sollen diese befähigt werden, in ihrem jeweiligen Setting – sei es z. B. die Schule, der Sportverein oder Einrichtungen der Jugendhilfe – motivierende Kurzinterventionen durchzuführen, die sich an Jugendliche mit riskantem Substanzkonsumverhalten oder anderen problematischen Verhaltensweisen wie exzessiver Mediennutzung richten. In kurzen Beratungsgesprächen nach den Prinzipien der motivierenden Gesprächsführung sollen die Jugendlichen so in ihren Lebenswelten erreicht und eine niedrigschwellige Alternative zur institutionellen Beratung geschaffen werden. Die MOVE-Fortbildungen werden in allen bayerischen Regierungsbezirken angeboten und sind gefördert durch das StMGP in Absprache mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Das bayerische Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung ist verantwortlich für die Organisation.

Weitere Informationen unter <https://www.zpg-bayern.de/move-bayern.html>

²⁵⁴ Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest: JIM-Studie 2023. Jugend, Information, Medien. Stuttgart. 2023.

Weitere exemplarische Programme, (Modell-) Projekte und Maßnahmen in Bayern mit Bezug zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind im Tabellenanhang zu finden.

Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung

Für fachkundige Hilfe in seelischer Not stehen Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern in Bayern zahlreiche niedrigschwellige Versorgungsangebote zur Verfügung. Das deutschlandweite Kinder- und Jugendtelefon „Nummer gegen Kummer“ bietet 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. In der Online-Beratung [U25] Deutschland beraten speziell ausgebildete ehrenamtliche Gleichaltrige suizidgefährdete Jugendliche kostenfrei und anonym. Auch die deutschlandweite Beratungsplattform „Jugendnotmail“ berät Kinder und Jugendliche in psychischen Krisen.

Die **Krisendienste Bayern** stehen auch minderjährigen Anruferinnen und Anrufern zur Verfügung. Dabei wirken die Leitstellen der Krisendienste auf eine Einbeziehung der Sorgeberechtigten hin und verweisen auf Unterstützungsangebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Jahr 2022 gab es bei den Krisendiensten Bayern insgesamt 82.473 Anrufe, darunter mindestens 566 von Kindern und Jugendlichen. Von den 2.973 Einsätzen vor Ort erfolgten mindestens 78 Kriseninterventionen für Personen unter 18 Jahren.²⁵⁵

Ein langer Weg ins Hilfesystem

„Für uns als Eltern war der Weg in das psychosoziale Versorgungssystem schwierig. Nur nach intensiver Internetrecherche haben wir eine Beratungsstelle für psychische Gesundheit gefunden. Dort wurde uns in unserer Not sehr gut geholfen.“
(Angehörige, über 60 Jahre)

Kooperation zwischen Krisendienst und Jugendamt

Zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen dem Krisendienst Bayern und den Jugendämtern in der Oberpfalz wurde im Mai 2023 eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Diese umfasst u. a. Schulungsangebote, Verpflichtung zu regelmäßigem Austausch sowie beidseitige Information über aktuelle Fälle. Dem Beispiel folgend haben das StMGP und das Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales im Juli 2023 die bayerischen Jugendämter und die Bayerischen Bezirke dazu angeregt, bzgl. der Unterstützung von minderjährigen Hilfesuchenden Kooperationsvereinbarungen zu erstellen bzw. weiterzuentwickeln.

Die **Kinder- und Jugendhilfe** bietet auf der Grundlage des SGB VIII (Sozialgesetzbuch, Achtes 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 (u. a. 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 jun-

²⁵⁵ . Bei der Angabe handelt es sich um eine Mindestanzahl; bei einem Großteil der Anrufer wurde das Alter nicht aktiv erfragt oder angegeben. Datenquelle: BIDAQ.

ger Menschen zu schaffen. Zur qualifizierten Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme können sich junge Menschen und ihre Familien insbesondere auch an die von der Staatsregierung geförderten und flächendeckend in Bayern vorhandenen rund 180 Erziehungsberatungsstellen wenden. Ergänzend zu den örtlichen Beratungsangeboten der Erziehungsberatungsstellen gibt es zudem die Onlineberatungsangebote „bke-Jugendberatung“ und „bke-Elternberatung“.

Für Eltern mit Kindern im Alter von 0–3 Jahren bieten die flächendeckend in Bayern an den Jugendämtern angesiedelten **Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit)** ein niedrighschwelliges Unterstützungsangebot. Zentrales Ziel der KoKis ist es, Überforderungssituationen von Eltern und andere Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung sowie für das Kindeswohl frühzeitig zu erkennen und zuverlässige und institutionsübergreifende Unterstützungs- und Hilfeangebote zu vermitteln.

Frühkindliche Regulationsstörungen d.h. psychische Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter, die mit Regulationsproblemen in den Bereichen Schreien, Schlafen und Essen/Füttern einhergehen, betreffen etwa 20 % aller anderweitig gesunden Säuglinge und Kleinkinder.²⁵⁶ Diese Störungen können Eltern überfordern, die frühe Eltern-Kind-Beziehung stark belasten und das Risiko für psychische Folgeerkrankungen der Kinder erhöhen. Vor allem bei exzessivem Schreien („Schreibabys“) und Schlafstörungen steigt im Zuge der elterlichen Überlastung auch das Risiko einer Kindesmisshandlung z. B. durch ein Schütteltrauma. Die flächendeckend in Bayern an den Jugendämtern angesiedelten Koordinierenden Kinderschutzstellen (KoKi – Netzwerk frühe Kindheit) können hier passgenaue Hilfen vor Ort vermitteln. Die 1991 gegründete **Münchner Schreibbabyambulanz**, die erste ihrer Art in Deutschland, die am Sozialpädiatrischen Zentrum / Kbo-Kinderzentrum München angesiedelt ist, bietet darüber hinaus ein interdisziplinäres spezialisiertes Angebot für Kinder mit derartigen Regulationsstörungen und deren Eltern an.

Siehe auch: <https://www.stmas.bayern.de/erziehungsberatung/schreibabys/index.php> und <https://kbo-kinderzentrum-muenchen.de/behandlungsspektrum/diagnostik-und-therapieangebote/schreibbabyambulanz>

Insbesondere für psychisch kranke Kinder und Jugendliche und deren Angehörige, die vom bestehenden Hilfesystem nicht ausreichend erreicht werden, stehen die flächendeckend in Bayern vorhandenen **Gesundheitsämter** zur Verfügung. Diese haben den Auftrag den Zugang ins bestehende Versorgungssystem herzustellen. Weitere Beratungs- und Informationsmöglichkeiten für Eltern psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher bieten die teilweise störungszentrierten, regionalen **Selbsthilfeprojekte**.

Ambulante und (teil-)stationäre medizinische Versorgung

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

²⁵⁶ Ziegler, M. et al.: Frühkindliche psychische Störungen: Exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen sowie Interventionen am Beispiel des „Münchner Modells“. Bundesgesundheitsbl 2023; 66: 752–760.

Neben den **Kinder- und Jugendarztpraxen** sowie **Hausarztpraxen** stehen für die Versorgung in Bayern verschiedene **Fachärzte und Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich**²⁵⁷ zur Verfügung. An der vertragsärztlichen Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in Bayern nahmen zum Stichtag 04.08.2023 1.299 Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte, 9.440 Hausärztinnen und -ärzte und 206 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie teil.²⁵⁸ 151 Ärztinnen und Ärzte nahmen 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.

Laut der bundesweit einheitlichen Bedarfsplanung gilt als Richtwert in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung, dass eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie für 15.211 Kinder und Jugendliche zuständig sein soll. Hier zeigen sich in Bayern große regionale Unterschiede im Versorgungsgrad. Die Spannweite der Versorgungsgrade liegt zwischen 57,91 % (ROR Oberfranken-Ost) und 312,13 % (ROR Würzburg). Derzeit liegt lediglich in einer Region (ROR Westmittelfranken) für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanung vor.²⁵⁹ In fünf 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 312,13 %, gefolgt von Regensburg (152,87 %) und Main-Rhön (125,94 %). Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass die Städte auch Mitversorgungsfunktionen für die umliegenden Regionen wahrnehmen.²⁶⁰

Des Weiteren nahmen zum Stichtag 04.08.2023 in Bayern 3.981 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten (wovon 821 eine zusätzliche Genehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben) und 1.391 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (Personenzählung) an der vertragsärztlichen Versorgung teil, das sind 440 Psychologische sowie 126 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mehr als zwei Jahre zuvor. Hinzu kommen noch 1.127 Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Stand 04.08.2023), die ebenfalls eine psychotherapeutische Behandlung anbieten.²⁶¹

Betrachtet man nur die Therapierenden, die Kinder und Jugendliche behandeln, zeigen sich ebenfalls regionale Unterschiede in der Versorgung: Oberbayern weist mit 34,3 je 100.000 Einwohner unter 21 Jahren die meisten Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten auf (siehe Tabelle 15). Die regionalen Unterschiede bleiben bestehen, wenn man die Ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten hinzurechnet.

²⁵⁷ 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 sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

²⁵⁸ Die Daten beruhen auf der sog. „Personenzählung“ d. h. unabhängig davon, in welchem Umfang sie für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen.

²⁵⁹ Stand 15.12.2023 gilt der Planungsbereich Raumordnungsregion (ROR) Westmittelfranken für die genannten Arztgruppe trotz einem derzeit ausgewiesenen Versorgungsgrad von 81,46 % als unterversorgt. Zu den regionalen Versorgungsniveaus der ambulanten Versorgung siehe auch Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege: Erster bayerischer Psychiatriebereich. München. 2021: S. 96.

²⁶⁰ KVB Versorgungsatlas Kinder und Jugendpsychiater, August 2023.

²⁶¹ KVB Versorgungsatlas Psychotherapeuten, August 2023.

Tabelle 15: Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der kassenärztlichen Versorgung, 2023

Regierungsbezirk	Anzahl Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten	Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Ew.	Anzahl ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Ew.
Oberbayern	332,8	34,3	5,5	0,6
Oberfranken	47	23,6	1,5	0,8
Mittelfranken	114,8	32,0	4,0	1,1
Unterfranken	64,3	25,1	2,8	1,1
Oberpfalz	58,3	26,4	0	0
Niederbayern	58,0	23,3	1,0	0,4
Schwaben	107,8	27,3	0	0
Bayern	782,8	29,5	14,8	0,6

Datenquelle: KVB, (Planungsblatt zur Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche 04.08.2023; die Angaben beziehen sich auf Kassensitze), Berechnungen LGL, Bevölkerung unter 21 Jahre zum 31.12.2022; die GKV-Versicherten unter 21 Jahren sind auf Bezirksebene nicht verfügbar.

Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden derzeit noch gemeinsam mit den „Psychologischen sowie Ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten“, die größtenteils für die Erwachsenen zuständig sind, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ geführt.²⁶² In der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ weist keiner der 79 Planungsbereiche eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie auf.²⁶³ In 63 Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad über 110 % d.h. diese Regionen gelten im Sinne der Bedarfsplanung als überversorgt. An der Spitze steht hier der LK Dachau mit einem Versorgungsgrad von 322,42 %, gefolgt vom LK Starnberg (291,07 %) und der Stadt München (220,14 %). Weiterführende Informationen zu den Versorgungsniveaus in den einzelnen Regionen und zu den Wartezeiten sind in Kapitel 7.1 zu finden.

Die ambulanten Versorgungsangebote wurden 2022 von etwas mehr als 302.000 gesetzlich versicherten Kindern und Jugendlichen (darunter gut 257.000 Kinder unter 15 Jahren) mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) in Anspruch genommen. In zahlreichen Fällen waren die **Kinder- und Jugendärzte bzw. Hausärzte die erste Anlaufstelle** für Eltern. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild wie im ersten Psychiatriebericht. Ein Blick auf die abgerechneten Diagnosen zu psychischen Störungen zeigt die große Bedeutung dieser „familiennahen“ Ärzte: Rund 65 % der Fälle wurden 2022 nur in einer pädiatrischen oder hausärztlichen Praxis diagnostiziert bzw. behandelt. Bei etwa 17 % erfolgte die Diagnosestellung und Behandlung sowohl in einer pädiatrischen bzw. hausärztlichen Praxis als auch durch Fachärzte und Therapeuten aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich, bei rund 6 % nur durch Fachärzte

²⁶² Neben den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten 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.

²⁶³ KVB: Übersicht Versorgungsgrade Bayern. August 2023.

und Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.²⁶⁴ Allerdings gilt es zu beachten, dass die Entwicklungsstörungen (z. B. Sprachentwicklungsstörungen) zu den am häufigsten in einer kinderärztlichen Praxis gestellten Diagnosen gehören. Mit Blick auf die Zunahme der Fälle in der ambulanten Versorgung ist auch die künftige Entwicklung der Zahl der Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte, die einen erheblichen Teil der Krankheitslast versorgen, zu beachten.

Eine 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 bayernweit 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 22 **Sozialpädiatrischen Zentren** in Bayern einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen.²⁶⁵ Für Fälle, in denen eine vorhandene oder drohende psychische Erkrankung von Kindern und Jugendlichen wegen ihrer Art, Schwere oder Dauer nicht von geeigneten Ärztinnen und Ärzten oder in interdisziplinären Frühförderstellen behandelt 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 37 Psychiatrische **Institutsambulanzen** (PIAs) gemäß § 118 SGB V mit (Stand Dezember 2023).²⁶⁶ Im Jahr 2021 wurden an den PIAs knapp 23.000 Fälle behandelt. Während es im Kindesalter mehr PIA-Fälle bei den Jungen gibt, überwiegen in der Adoleszenz die Mädchen und jungen Frauen. Bei den PIA-Fällen stehen mit 44 % die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend im Vordergrund, gefolgt von den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 19 % und den affektiven Störungen mit 18 %. Im Vergleich zu den ambulanten Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten spielen hier die Entwicklungsstörungen eine deutlich geringere Rolle.²⁶⁷

Zum Stichtag 01.01.2023 gab es in Bayern insgesamt 36 **Kliniken mit der Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**. Insgesamt standen für die Kinder und Jugendlichen 827 Betten und 527 teilstationäre Plätze zur Verfügung.²⁶⁸ Hinzu kommt noch eine kleinere Anzahl an Betten und Plätzen für Heranwachsende speziell im Fachbereich **Psychosomatik**. Genaue Zahlen dazu liegen nicht vor. Die allgemeine Entwicklung im Fachbereich Psychosomatik ist in Kapitel 5.3 beschrieben.

²⁶⁴ Datenquelle: KVB; Bei etwa 3 % erfolgte die Diagnose und Behandlung durch mehr als zwei Berufsgruppen, in die Gruppe Sonstige mit 9 % fallen: Diagnosestellung nur durch nicht-fachspezifische Ärzte, Diagnosestellung durch Hausärzte oder Kinderärzte und nicht-fachspezifische Ärzte, Diagnosestellung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte und nicht-fachspezifische Ärzte.

²⁶⁵ Siehe <https://www.fruehfoerderung-bayern.de/fruehfoerderstellen/sozialpaediatische-zentren> [Abruf am 21.08.2023].

²⁶⁶ Datenquelle: Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG).

²⁶⁷ BIDAQ: AmBADO KJP. Ambulante Basisdokumentation Kinder- und Jugendpsychiatrie. Gesamtauswertung Bayern Dokumentationsjahr 2021. BIDAQ 2023.

²⁶⁸ Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2023. 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.

Tabelle 16: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023

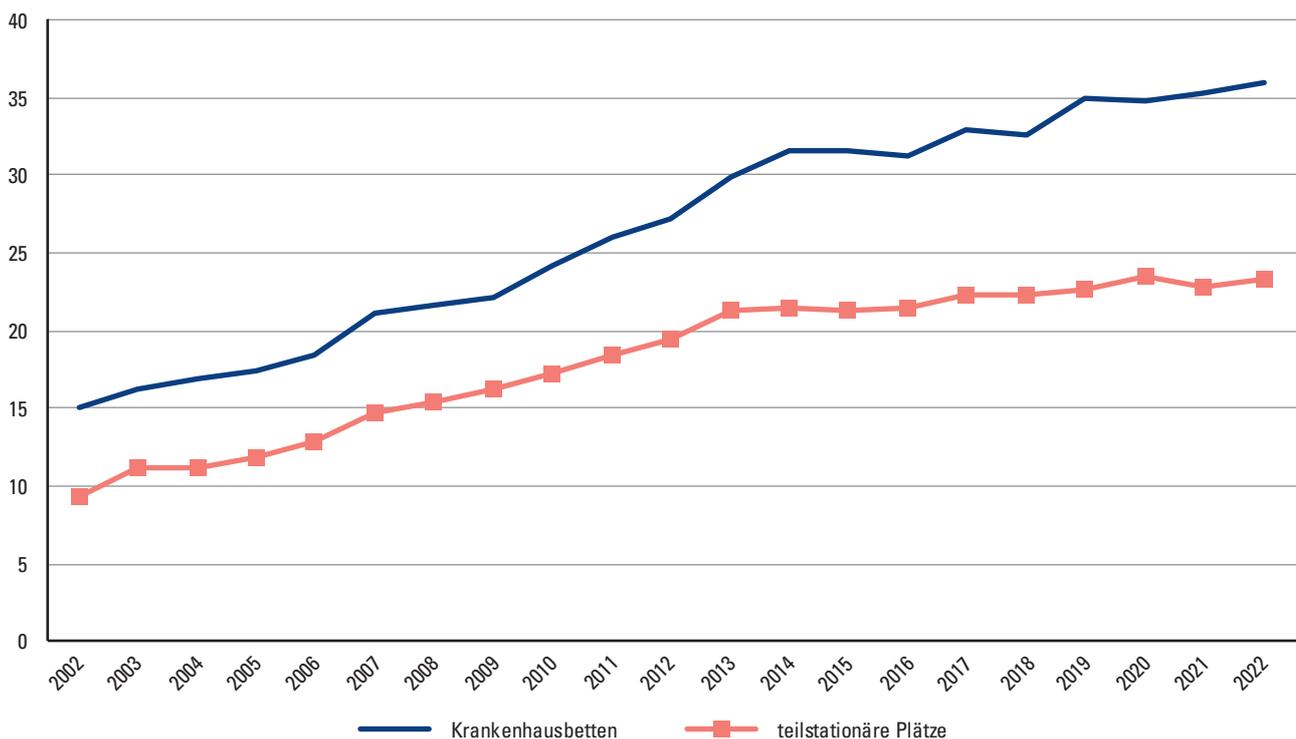
	Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen in Fachkrankenhäusern	Anzahl der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie	27	9

Datenquelle: Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand Januar 2023

In den letzten Jahren hat sich die Zahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausbetten und teilstationären Plätze deutlich erhöht (siehe Abbildung 25). Von 15,0 Betten je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren im Jahr 2002 ist ihre Zahl auf 35,9 Betten je 100.000 Einwohner unter

18 Jahren im Jahr 2022 gestiegen. Bei den teilstationären Versorgungsangeboten zeigt sich ein Zuwachs von 9,3 Plätze je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren im Jahr 2002 auf 23,3 Plätze im Jahr 2022.²⁶⁹

Abbildung 25: Entwicklung der vollstationären Krankenhausbetten und teilstationären Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie je 100.000 Einwohner unter 18 Jahre, Bayern 2002-2022



Datenquelle: LfStat, Berechnungen LGL

Bayern verfügt über weniger Betten pro 100.000 Einwohner in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als im Bundesdurchschnitt (Bayern: 35,9;

Deutschland: 47,5). Dies gilt auch für die teilstationären Angebote (Bayern: 23,3; Deutschland: 28,8).²⁷⁰

²⁶⁹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik; Berechnungen LGL.

²⁷⁰ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt; Berechnungen LGL; Bezug auf Bevölkerung unter 18 Jahre zum Stichtag 31.12.2022.

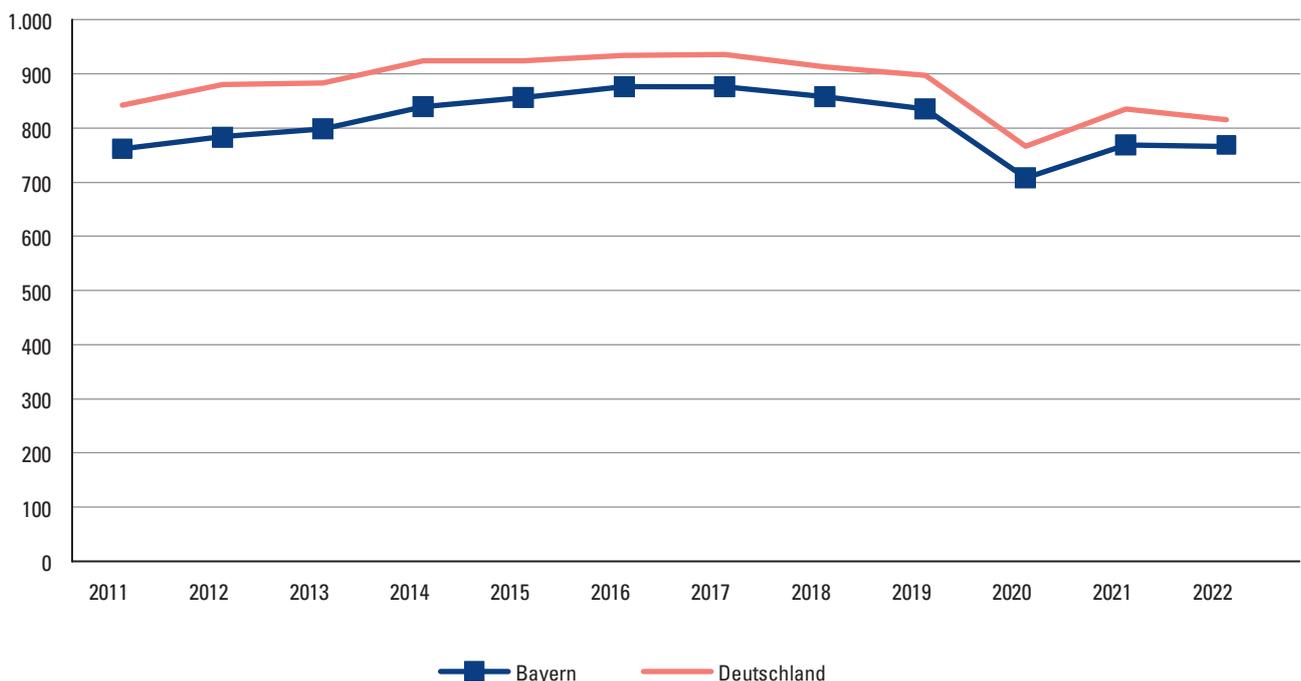
Im Jahr 2022 gab es in Bayern insgesamt 18.991 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-) Krankenhäusern infolge psychischer Störungen im Alter unter 20 Jahren (darunter 6.441 Kinder unter 15 Jahren). Bayern lag bei der Zahl vollstationärer Behandlungen bei den unter 20-Jährigen in den letzten Jahren 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 bessere ambulante Versorgungsstruktur in Bayern zurückzuführen sein. Die durchschnittliche Verweildauer bayerischer Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 wegen psychischer Verhaltensstörungen (F00-

F99) vollstationär behandelt wurden, ist sowohl bei den unter 15-Jährigen (Bayern: 28,8, Deutschland: 27,7) als auch bei den 15 bis unter 20-Jährigen (Bayern: 26,7, Deutschland 24,3) etwas höher als im Bundesdurchschnitt. Dabei weisen die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50-F59) den höchsten Wert auf, gefolgt von den Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20–F29) und den Affektiven Störungen (F30–39).²⁷¹

Die Zahl der vollstationären Behandlungen infolge von psychischen Erkrankungen ging im ersten Jahr der Corona-Pandemie sowohl in Bayern als auch im Bundesdurchschnitt stark zurück (siehe Abbildung 26).

Abbildung 26: Vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen unter 20 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022

Fälle je 100.000 Einwohner unter 20 Jahren



²⁷¹ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

Für Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich für die unter 20-Jährigen zwischen 2019 und 2020 ein Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate um 15%. Wie bereits beschrieben, zeigt sich diese Entwicklung nicht in gleichem Umfang für beide Geschlechter und für alle Diagnosegruppen (siehe Kapitel 4.2).

Der Großteil der Fälle, die eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose aufweisen, wird in Fachabteilungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil behandelt. Im Jahr 2022 waren das 8.058 Behandlungsfälle in der **Kinder- und Jugendpsychiatrie** mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 32,9 Tagen.²⁷² Damit lag der Nutzungsgrad der Betten bei 89,6%.²⁷³ Im Vergleich zu 2012 hat sich die Anzahl der Fälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie folglich nahezu verdoppelt (2012: 4.574), die durchschnittliche Verweildauer wurde um etwa ein Drittel reduziert (2012: 43,5). Des Weiteren wurden im Jahr 2022 insgesamt 2.765 Fälle teilstationär in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt.

Der Krankenhausstatistik zufolge wurden 2022 die meisten Patientinnen und Patienten aus den **kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäusern** nach ihrer Behandlung nach Hause entlassen und nur ein geringer Anteil in weiterführende (teil-)stationäre Behandlungsangebote. Etwa 4% der Fälle wurden in andere Krankenhäuser verlegt. **Entlassungen** in teilstationäre Behandlungsangebote, stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime waren eher selten (unter 1% der Fälle). Von Seiten der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken wird darauf hingewiesen, dass häufig Anschlussmaßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe oder andere Versorgungsangebote fehlen. Patientinnen und Patienten können dann mitunter nicht entlassen werden, obwohl eine stationär-medizinische Behandlungsnotwendigkeit nicht mehr vorliegt.

In besonderen Fällen kann eine stationäre Behandlung gegen den erklärten Willen der betroffenen

Person notwendig sein z. B. bei akuter Suizidalität. Dabei kann z. B. ein vorübergehender Türschluss erforderlich sein. Die Anzahl der nach BayPsych-KHG in einem Krankenhaus gerichtlich untergebrachten Minderjährigen betrug bei den sofortig vorläufigen **Unterbringungen** 1.191 gemeldete Fälle, darunter 280 Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren. Bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen wurden im Jahr 2021 37 Fälle unter 18 Jahren gemeldet, darunter 33 Kinder und Jugendliche unter 14 Jahren. Genaue Zahlen zu den Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften wie auch die Erfassung von Zwangsmaßnahmen in somatischen Kliniken liegen nicht vor. Weiterführende Informationen zu Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Bayern sind in Kapitel 7.3 zu finden.

Kinder- und Jugendpsychiatrie: Gefahr einer Drehtürpsychiatrie und Ersatzfunktion als Jugendhilfemaßnahme

Schon vor der Corona-Pandemie, verstärkt aber seit 2020 zeigt sich im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein deutlich erhöhter Bedarf an ambulanter und stationärer Behandlung für Minderjährige, vor allem im Bereich der Jugendpsychiatrie im geschützten Setting. Die Zahlen der Verfahren wegen geschlossen stationärer Unterbringung gemäß § 1631 b BGB stiegen im Bereich der Familiengerichtsbarkeit erheblich an.

Im Vergleich zu früheren Zeiten werden akut suizidale Patientinnen und Patienten deutlich häufiger bereits nach kurzer Zeit aus der Klinik wieder entlassen. Nicht selten ist dann eine Wiederaufnahme nach einem erneuten Suizidversuch notwendig.

²⁷² Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Angaben beziehen sich auf alle Entlassungen aus der vollstationären Behandlung (ohne Sterbefälle).

²⁷³ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

Medizinische und berufliche Rehabilitation

Bei Kindern und Jugendlichen stehen insbesondere gesundheitliche Einschränkungen, die den Schulbesuch oder eine Ausbildung erschweren, im Fokus der Kinder- bzw. Jugendrehabilitation. Eine Rehabilitation kann ambulant z. B. in einem Reha-Zentrum oder stationär in einer Reha-Klinik durchgeführt werden. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation listet auf ihrer Homepage 14 Reha-Einrichtungen in Bayern, die Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Erkrankung behandeln.²⁷⁴ Laut der Krankenhausstatistik standen im Jahr 2022 in Bayern im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie 29 Betten in einer **Reha-Klinik** zur Verfügung. Die Anzahl der Reha-Betten im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt seit Jahren auf einem konstanten Niveau. Genaue Zahlen zur bayernweiten Angebotsstruktur in den Reha-Fachbereichen Psychosomatik und Sucht speziell für Kinder und Jugendliche liegen nicht vor. Die allgemeine Entwicklung in den Reha-Fachbereichen Psychosomatik und Allgemeine Psychiatrie (inkl. Entwöhnungsbehandlungen) ist in Kapitel 5.3 beschrieben.

Daten zur Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen – unabhängig vom Leistungsträger – liegen nicht vor.²⁷⁵ Für Kinder und Jugendliche sind die gesetzliche Renten- und Krankenversicherung gleichermaßen zuständig. Die Deutsche Rentenversicherung als Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weist 2022 2.100 bayerische **Reha-Fälle** (inklusive der Leistungen der Kinderrehabilitation) infolge einer psychischen Erkrankung bei Heran-

wachsenden unter 20 Jahren aus.²⁷⁶ Daten zur Inanspruchnahme aus der gesetzlichen Krankenversicherung liegen nicht vor. Zur Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit der rehabilitativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen sind vertiefende Studien notwendig.

Erzieherische Hilfen und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

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. Dazu zählen z. B. Hilfeangebote wie die Erziehungsberatung, die sozialpädagogische Familienhilfe oder die Betreuung in Heimen und andere Wohnformen. Insgesamt ist davon auszugehen, dass der Anteil der traumatisierten und psychisch schwer belasteten Kinder und Jugendlichen in der Jugendhilfe mit der Intensität der Maßnahmen steigt.²⁷⁷ Es wird geschätzt, dass 60–90 % der Kinder und Jugendlichen in vollstationären Jugendhilfeeinrichtungen traumatische Vorerfahrungen gemacht haben.²⁷⁸

Im Jahr 2022 erhielten in Bayern ca. 73.000 Heranwachsende und deren Eltern erzieherische Hilfen (z. B. Erziehungsberatung, Tagesgruppen, Heimerziehung).²⁷⁹ Darunter waren mehr als 15.000 Heranwachsende, die **Eingliederungshilfen** bei (drohender) seelischer Behinderung nach § 35a SGB VIII in Anspruch genommen

²⁷⁴ Siehe BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. <https://www.bar-frankfurt.de/> [Abruf am 24.10.23].

²⁷⁵ Die Krankenhausstatistik umfasst bei den Diagnosedaten nur Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten.

²⁷⁶ Kinderrehabfälle werden nach Indikationsgruppen ausgewiesen. Die Indikationsgruppen „Psychosomatik und Psychotherapie“ und „Abhängigkeitserkrankungen“ setzen sich überwiegend aus den ICD-Codes F00-F99 zusammen, beinhalten jedoch auch einzelne Diagnosen aus anderen Kapiteln des ICD-10. Siehe dazu DRV: Übersicht Indikationsgruppen. https://statistik-rente.de/drv/extern/rehabilitation/medizinische_rehabilitation/ [Abruf am 11.10.23].

²⁷⁷ Siehe Fegert, JM., Besier, T.: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Gesundheitssystem. Zusammenarbeit der Systeme nach der KICK-Reform. In: Sachverständigenkommission 13. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.): Materialien zum 13. Kinder- und Jugendbericht. Mehr Chancen für gesundes Aufwachsen. DJI. 2010: 995.

²⁷⁸ Siehe Fegert, JM., Besier, T. 2010: 1046.

²⁷⁹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Stichtag 31.12.2022; Laut der Kinder- und Jugendhilfestatistik wird etwa ein Drittel der erzieherischen Hilfen in Bayern von Familien bzw. von jungen Volljährigen mit Bezug von Transferleistungen (Arbeitslosengeld II (SGB II), Sozialhilfe (SGB XII), etc.) in Anspruch genommen.

haben. Ziel der Eingliederungshilfe ist die Inklusion in die Gesellschaft. Das Spektrum der Hilfe ist breit gefächert. Sie reicht von ambulanten Hilfen (z. B. in Form einer Schulbegleitung) über teilstationäre Einrichtungen (z. B. Tagesgruppen) bis hin zu vollstationären Unterbringungen. Im Vergleich zu 2010 hat sich die Inanspruchnahme die-

ser Hilfeform nahezu verdoppelt. Jungen nehmen diese Hilfeform mehr als doppelt so häufig in Anspruch wie Mädchen. Bei einer altersgruppenspezifischen Betrachtung zeigt sich, dass diese Hilfeform insbesondere im frühen Schulalter in Anspruch genommen wird (siehe Tabelle 17).

Tabelle 17: Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung nach § 35a SGB VIII, Bayern 2022

Alter	Anzahl der Leistungsbezieher
unter 3 Jahre	8
3 bis unter 6 Jahre	16
6 bis unter 9 Jahre	2.670
9 bis unter 12 Jahre	5.543
12 bis unter 15 Jahre	3.764
15 bis unter 18 Jahre	2.130
18 Jahre oder älter	1.180
Insgesamt	15.311

Quelle: LfStat (Stichtag 31.12.22)

Als Gründe für die Hilfestellung der Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung nach § 35a SGB VIII werden für das Jahr 2022 vor allem Entwicklungsauffälligkeiten und

seelische Probleme des jungen Menschen genannt, gefolgt von schulischen bzw. beruflichen Problemen und Auffälligkeiten im sozialen Verhalten (dissoziales Verhalten).²⁸⁰

²⁸⁰ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

Versorgung psychischer Erkrankungen am Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter

Das Versorgungs- und Hilfesystem, inkl. dem psychiatrischen bzw. psychosozialen, ist geprägt von einer heterogenen Struktur. Das mehrgliedrige Sozialsystem und die unterschiedlich zuständigen Sozialgesetzbücher mit unterschiedlichen Leistungs- und Kostenträgern verursachen eine Zersplitterung des Versorgungssystems. Ambulante und stationäre medizinische Behandlungen unterliegen dem SGB V. Leistungen zur pflegerischen Versorgung sind Bestandteil des SGB XI. Rehabilitation und Teilhabe sind Maßnahmen aus dem SGB IX, im Kindes- und Jugendalter werden diese Leistungen zumeist durch die Jugendhilfe (SGB VIII) organisiert und finanziert. Hinzu kommt, dass je nach Lebensphase sich individuelle Problemlagen und Begleitumstände ändern, so dass für die verschiedenen Altersgruppen differenzierte Hilfen vorgehalten werden. In der stationären Versorgung ändert sich mit dem Erlangen der Volljährigkeit die Zuständigkeit vom kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich in die Erwachsenenpsychiatrie. In der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erfolgt der Übergang in der Regel mit Vollendung des 21. Lebensjahres (bei besonderer Begründung auch darüber hinaus). Im Bereich Rehabilitation und Teilhabe für Heranwachsende mit einer seelischen Behinderung ist der altersbedingte Zuständigkeitswechsel von der Kinder- und Jugendhilfe in die Eingliederungshilfe ähnlich geregelt.

In der Praxis zeigen sich nicht selten Brüche. Abrupte Wechsel zwischen den Behandlungs- bzw. Betreuungssystemen können zu Therapie- und Versorgungsabbrüchen führen, im ungünstigen Fall zu psychischen Krisen mit Notfallkontakten und stationären Wiederaufnahmen mit dem Risiko schwerer und chronischer Krankheitsverläufe. Der Übergang in eine Anschlussversorgung ist bisher in der Psychiatrie weniger gut geregelt und erforscht.

5. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM ERWACHSENENLEBEN

5. Psychische Gesundheit im Erwachsenenleben

Das Wichtigste

- Epidemiologische Studien zeigen, dass fast ein Drittel der Erwachsenen im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung leidet, im Laufe des Lebens sogar die Hälfte aller Menschen. Frauen sind häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen als Männer.
- Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden der Erwachsenen verschlechtert. Deutschlandweite Daten zeigen eine Zunahme der Depressions- und Angstsymptomatik.
- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag 2022 bei gut 1.649.000 gesetzlich versicherten Erwachsenen zwischen 18 und 64 Jahren die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor.
- In mehr als die Hälfte der ambulanten Fälle haben Hausärzte die Diagnostik und Behandlung übernommen.
- In der genannten Altersgruppe 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.
- Zum Stichtag 01.01.2023 standen für die Erwachsenen 7.381 Betten und 1.456 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.447 Betten und 746 teilstationäre Plätze für psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bayern zur Verfügung.
- Insgesamt 106.766 Fälle im Alter zwischen 20 und 64 Jahren mit Wohnsitz in Bayern wurden 2022 vollstationär in (Akut-)Krankenhäusern behandelt.
- 2022 gab es in Bayern 1.068 Suizide bei Erwachsenen unter 65 Jahren.
- Zentrales Setting für Prävention und Gesundheitsförderung stellt die Arbeitswelt dar. Zusätzlich unterstützen die Krankenkassen auch individuelle verhaltensbezogene Angebote der Primärprävention, insbesondere im Handlungsfeld Stressmanagement.
- Für die Versorgung psychischer Störungen stehen Erwachsenen zahlreiche unterstützende, kurative und rehabilitative Angebote zur Verfügung.

5.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Erwachsenenleben

Zu den wichtigsten Studien zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen zählt der Erwachsenenensurvey (DEGS1) des Robert Koch-Instituts. Die Datenerhebungen fanden zwischen 2008 und 2011 statt. Die Daten sind vergleichsweise alt, eine neue Erhebung wäre dringend notwendig. Nach den Befunden der DEGS-Studie 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.²⁸¹ Deutlich höher fallen die Prävalenzschätzungen zu Lebenszeitdiagnosen aus. Demnach leidet die Hälfte aller Menschen im Laufe des Lebens an einer klinisch relevanten psychischen Störung.²⁸²

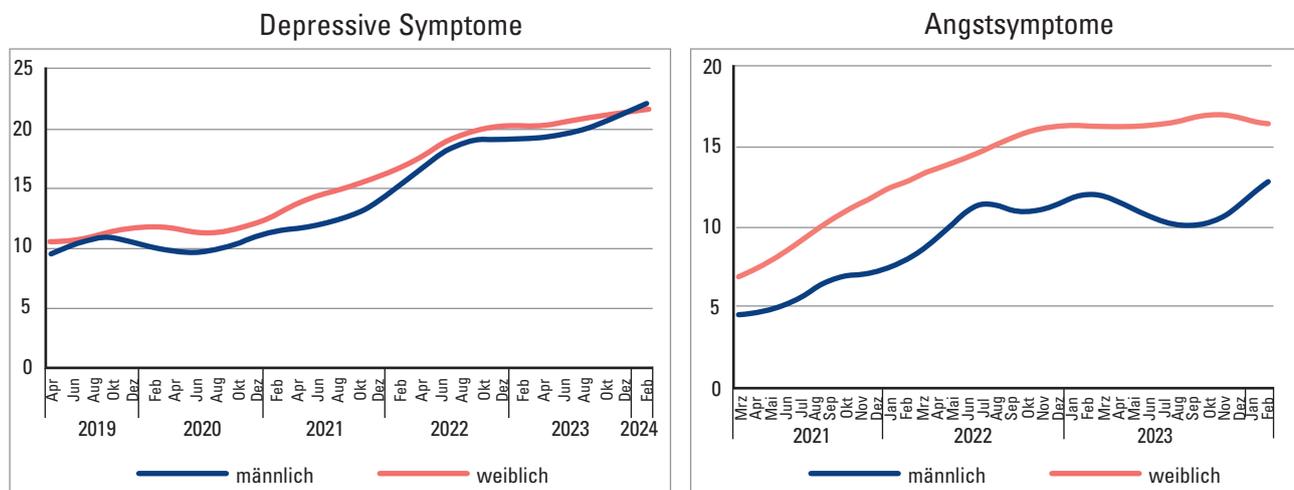
Das neu eingerichtete Mental Health-Dashboard des Robert Koch-Instituts bildet für die letzten Jahre Trends zur selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit sowie zu depressiven Symptomen und Angstsymptomen der erwachsenen Bevölkerung ab. Die Daten zeigen, dass in den letzten Jahren der Anteil der Erwachsenen (alle Altersgruppen) mit einer **Depressionssymptomatik** deutlich angestiegen ist: bei den Frauen von 10,3 % im Jahr 2019 auf 21,6 % im Jahr 2024, bei den Männern von 9,1 % im Jahr 2019 auf 22,2 % im Jahr 2024. Der Anteil Betroffener mit **Angstsymptomen** hat sich bei beiden Geschlechtern mehr als verdoppelt (siehe Abbildung 27).

Auswirkungen psychischer Erkrankungen

„Mein Alltag kostet mich sehr viel Kraft und andere viel Geduld. Ich mache viel, ohne nachzudenken und verursache Chaos. Hinterher bin ich überrascht und verwirrt über das, was ich gesagt oder getan habe. Viele Menschen meiden mich seit meiner Erkrankung.“ (Betroffener, 20-40 Jahre)

„Ich traue mich kaum noch unter Menschen. An manchen Tagen kann ich meine Wohnung gar nicht verlassen. Wenn ich einkaufen gehen muss, habe ich Angst und bin gestresst. Meinen Beruf musste ich schon vor längerer Zeit aufgeben.“ (Betroffene, 40-60 Jahre)

Abbildung 27: Trendverlauf depressive Symptome und Angstsymptome nach Geschlecht, Deutschland 2019/2020–2024



Quelle: RKI: Hochfrequente Mental Health Surveillance, Stand 22.04.24; Depressive Symptome: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Belastung durch depressive Symptome im auffälligen Wertebereich (PHQ-2>2) in %; Angstsymptome: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Belastung durch Angstsymptome im auffälligen Wertebereich (GAD-2>2) in %

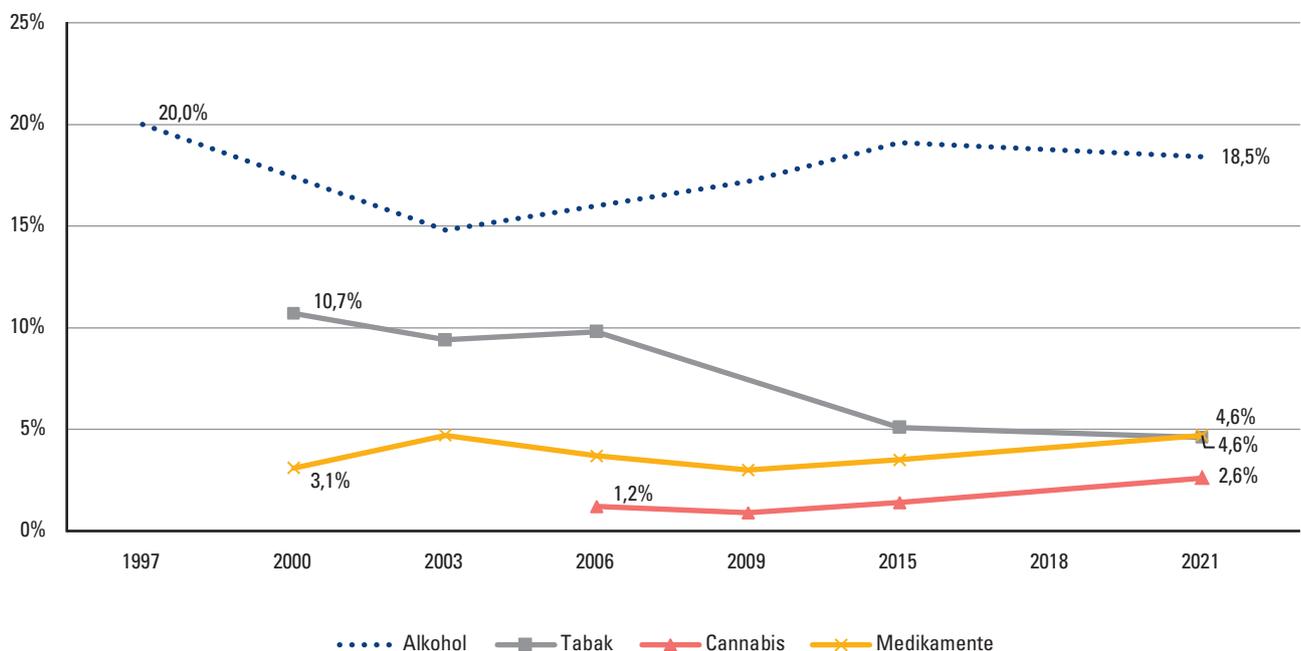
²⁸¹ Etwa 8.000 Studienteilnehmer im Alter zwischen 18 und 79 Jahren wurden dafür im Rahmen eines klinischen Interviews zu zahlreichen psychischen Störungen befragt und untersucht. Einschränkend gilt zu beachten, dass verschiedene Gruppen nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten bzw. nicht teilnehmen u. a. Personen mit mangelnden Sprachkenntnissen, Obdachlose, psychisch schwer erkrankte Menschen. Siehe auch Jacobi, F. et al.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. 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). Nervenarzt 2016; 87(1): 88–90.

²⁸² Wittchen, H-U., Jacobi, F.: Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. European Neuropsychopharmacology 2005; 15: 357– 37.

Die Daten zeigen weiterhin einen Rückgang des Anteils an Personen, die ihre psychische Befindlichkeit positiv bewerten: Stand Februar 2024 bewerten rund 37 % der befragten Personen ihre psychische Gesundheit als sehr gut oder ausgezeichnet; im März 2021 waren es noch 45 %.²⁸³ Die negativen Entwicklungen betreffen alle Geschlechter und Altersgruppen, insbesondere aber Frauen sowie jüngere Erwachsene.²⁸⁴

Dem Epidemiologischen Suchtsurvey zufolge wurden 2021 bei 18,2 % der 18- bis 64-Jährigen in Bayern Hinweise auf einen **problematischen Alkoholkonsum** festgestellt (Frauen: 10 %, Männer: 26,3 %). 2,5 % der bayerischen Bevölkerung im Alter von 18 bis 64 Jahren weisen einen problematischen Konsum von **Cannabis** auf, Männer häufiger als Frauen (Frauen: 1,8 %, Männer: 3,1 %). Bei 4,7 % der 18- bis 64-Jährigen in Bayern liegt ein problematischer Konsum von **Medikamenten** vor (Frauen: 6,2 %, Männer: 3,3 %).²⁸⁵

Abbildung 28: Problematischer Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und Medikamenten, Altersgruppen 18–64 Jahre, Bayern 1997–2021



Datenquelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2021

Nur ein geringer Anteil der betroffenen Menschen in Bayern befindet sich einer Studie zufolge in ambulant-ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung: Bei abhängigem Alkoholkonsumverhalten in etwa jede vierte Person

und bei abhängigem Cannabiskonsumverhalten in etwa nur jede fünfzehnte Person.²⁸⁶

Bei 0,2 % der 18- bis 64-Jährigen in Bayern wurden Hinweise auf einen problematischen Kokain-

²⁸³ RKI: Mental Health Surveillance Dashboard. Stand 20.10.23. https://public.data.rki.de/t/public/views/hf-MHS_Dashboard/Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y [Abruf am 30.10.23].

²⁸⁴ Walther, L. et al.: High-frequency surveillance of mental health indicators in adult population of Germany: trends from 2022 to 2023. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 736–737.

²⁸⁵ Berichtet wurden die Ergebnisse aus Trendberechnungen. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Ergebnisse von Trendberechnungen leicht von den jeweiligen Punktprävalenzen abweichen können. Siehe Olderbak, S. et al.: Epidemiologischer Suchtsurvey 2021: Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Bayern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg. IFT Institut für Therapieforchung 2023.

²⁸⁶ Schwarzkopf, L. et al.: Behandlung von Menschen mit hochriskantem Cannabis- und Alkoholkonsum im Jahr 2021 - wen erreicht die kassenärztliche Versorgung? IFT Institut für Therapieforchung München 2024. https://www.esa-survey.de/fileadmin/user_upload/esa_laenderberichte/Schwarzkopf-2024_Bayern-Reichweitenschaetzung.pdf [Abruf am 14.03.24].

konsum gefunden (Frauen: 0,0 %, Männer: 0,4 %), und bei 0,2 % Hinweise auf einen problematischen Konsum von Amphetaminen/Metamphetaminen (Frauen: 0,1 %, Männer: 0,3 %). Konsumstörungen bei **illegalen Drogen** in der Bevölkerung sind durch Befragungen schwer zu erfassen und werden hierbei regelmäßig unterschätzt. Hinsichtlich der Opioidabhängigkeit kann anhand des Substitutionsregisters die Anzahl Betroffener geschätzt werden: Für das Jahr 2016 beläuft sich die Schätzung auf ca. 17.000 Opioid Abhängige in Bayern.²⁸⁷

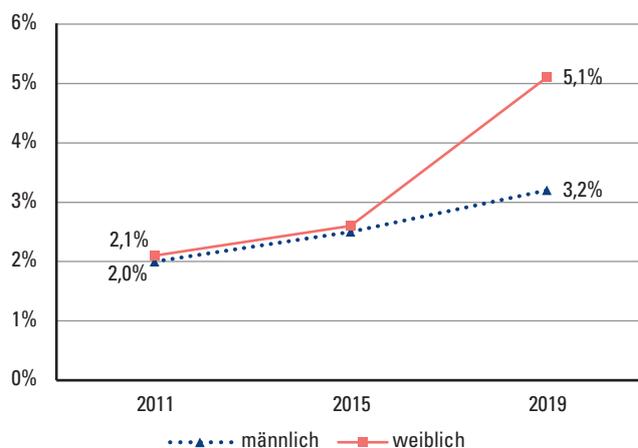
Beim Trendverlauf des problematischen Alkoholkonsums in Bayern ist seit 2015 ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Bei einer geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich jedoch, dass bei den Männern ein abnehmender Trend vorliegt und bei den Frauen eine Zunahme. Beim problematischen Tabakkonsum zeigt sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen ein abnehmender Trend.²⁸⁸ Hinsichtlich dem problematischen Cannabiskonsum zeigt sich bei den Frauen seit 2006 und bei den Männern seit 2009 ein zunehmender Trend. Im betrachteten Zeitraum haben sich hier die Prävalenzen mehr als verdoppelt. Hinsichtlich des problematischen Medikamentenkonsums ist sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen im betrachteten Zeitraum eine leichte Zunahme zu beobachten.

Bei 2,3 % der 18- bis 70-Jährigen in Deutschland liegt eine **Glücksspielstörung** vor.²⁸⁹ Aufgrund veränderter Erhebungsmethodik kann an dieser Stelle kein expliziter Trend ausgewiesen werden. Der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklä-

rung (BZgA) zufolge ist allerdings von 2009 bis 2019 ein Rückgang des auffälligen Spielverhaltens, insbesondere bei Frauen, zu verzeichnen²⁹⁰.

Computerspiel- und internetbezogene Störungen betreffen vor allem junge Erwachsene. Im Jahr 2019 waren hiervon rund 6 % der 18–25-Jährigen in Deutschland betroffen (Frauen: 5,9 %, Männer: 5,5 %). Weitere 22 % in der betrachteten Altersgruppe weisen eine problematische Nutzung auf (Frauen: 25 %, Männer: 19 %). Im zeitlichen Verlauf sind seit 2011 sowohl die Computerspiel- und internetbezogenen Störungen als auch die problematische Nutzung bei beiden Geschlechtern angestiegen (siehe Abbildung 29).²⁹¹

Abbildung 29: Computerspiel- und internetbezogene Störungen nach Geschlecht, Altersgruppen 18–25 Jahre, Deutschland 2011–2019



Datenquelle: BZgA, Drogenaffinitätsstudie 2019, Teilband Computerspiele und Internet

²⁸⁷ Kraus, L. et al.: Estimation of the number of people with opioid addiction in Germany. Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 137–43.

²⁸⁸ Für weitere Informationen zu den Themen Alkohol und Rauchen siehe auch die Reihe „Gesundheitsreporte Bayern“ der Gesundheitsberichterstattung auf der Homepage des LGL: <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/themen/index.htm>.

²⁸⁹ Buth, S., Meyer, G., Kalke, J.: Glücksspielteilnahme und glücksspielbezogene Probleme in der Bevölkerung – Ergebnisse des Glücksspiel-Survey 2021. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung. Hamburg. 2022.

²⁹⁰ Banz, M.: Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. 2019.

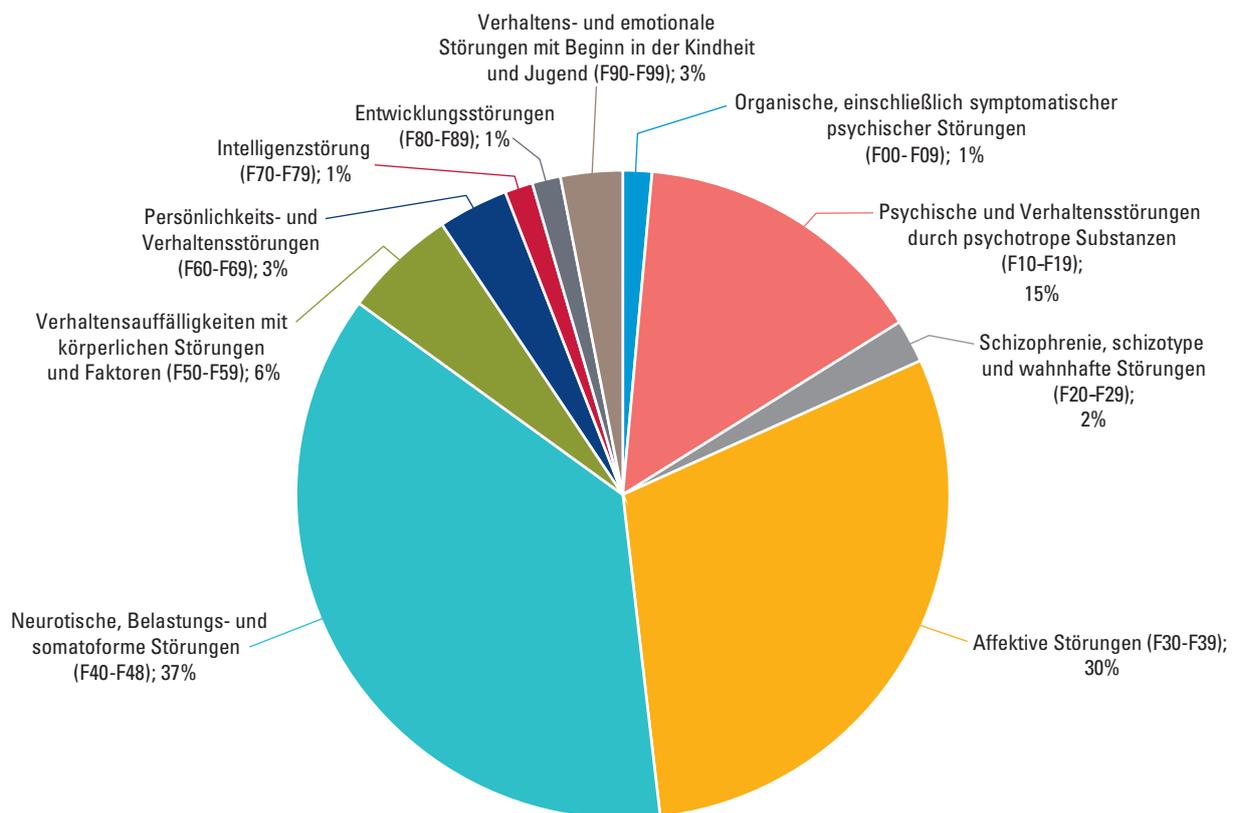
²⁹¹ Orth, B., Merkel, C.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. 2020.

5.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Erwachsenenalter in Bayern

Die Daten aus der vertragsärztlichen **ambulanten Versorgung** zeigen, dass im Jahr 2022 gut 1.649.000 gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten zwischen 18 und 64 Jahren eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) erhalten haben. 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 Versicherten mit einer psychischen Erkrankung mit dem Alter zunimmt (siehe Kapitel 3.1, Abbildung 10).

Frauen sind in den Altersgruppen 18–64 Jahre insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen als Männer bzw. Frauen fragen zumindest häufiger das Hilfesystem an (Frauen: 58 %, Männer: 42 %). In der genannten Altersgruppe stehen unter den ambulanten Fällen der vertragsärztlichen Versorgung 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 15 % (siehe Abbildung 30).

Abbildung 30: Ambulante Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 18–64 Jahre, Bayern 2022



Datenquelle: KVB

Männer nehmen fast doppelt so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch wie Frauen (Frauen 11 % der Fälle; Männer 20 % der Fälle). Bei den weiblichen Patienten sind unter den F-Diagnosen hingegen die Angststörungen (Frauen 41 % der Fälle; Männer 31 % der Fälle)

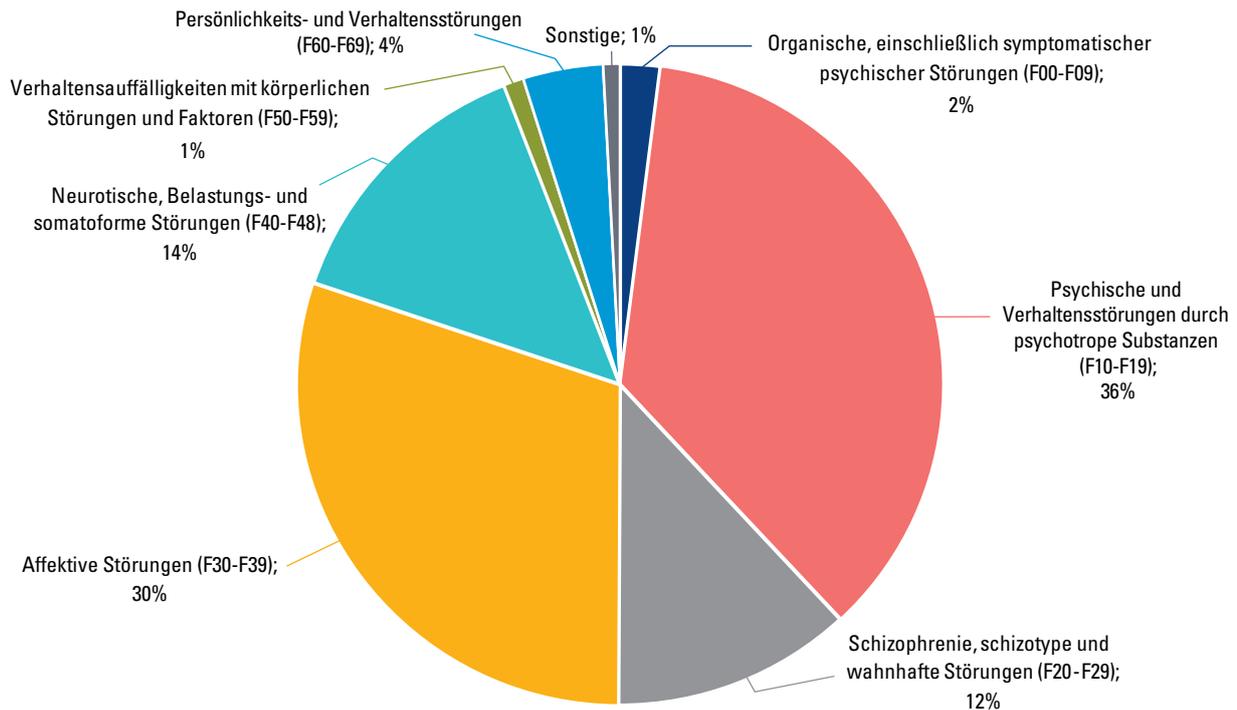
und die affektiven Störungen (Frauen 33 % der Fälle; Männer 26 % der Fälle) stärker ausgeprägt.

Im Jahr 2022 gab es 106.766 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 20 und 64 Jah-

ren mit Wohnsitz in Bayern (Frauen: 49.027, Männer: 57.739). Dabei gibt es insbesondere im mittleren Erwachsenenalter mehr stationäre Fälle bei den Männern. Dies ist auf die vergleichsweise große Zahl stationärer Behandlungen infolge problematischen Alkoholkonsums zurückzuführen.

Bei den Erwachsenen bis 65 Jahren überwiegen unter den stationären Fällen in Bayern mit 36 % die psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen, gefolgt von den affektiven Störungen mit 30 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14 % (siehe Abbildung 31).

Abbildung 31: Stationäre Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 20–64 Jahre, Bayern 2022



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

Im Jahr 2022 wurden in Bayern in den Altersgruppen 20–64 Jahren Männer mehr als doppelt so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum stationär behandelt wie Frauen (Frauen 21 % der Fälle; Männer 48 % der Fälle). Bei den weiblichen Krankenhausfällen überwiegen unter den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Frauen 38 % der Fälle; Männer 24 % der Fälle) und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (Frauen 19 % der Fälle; Männer 11 % der Fälle).

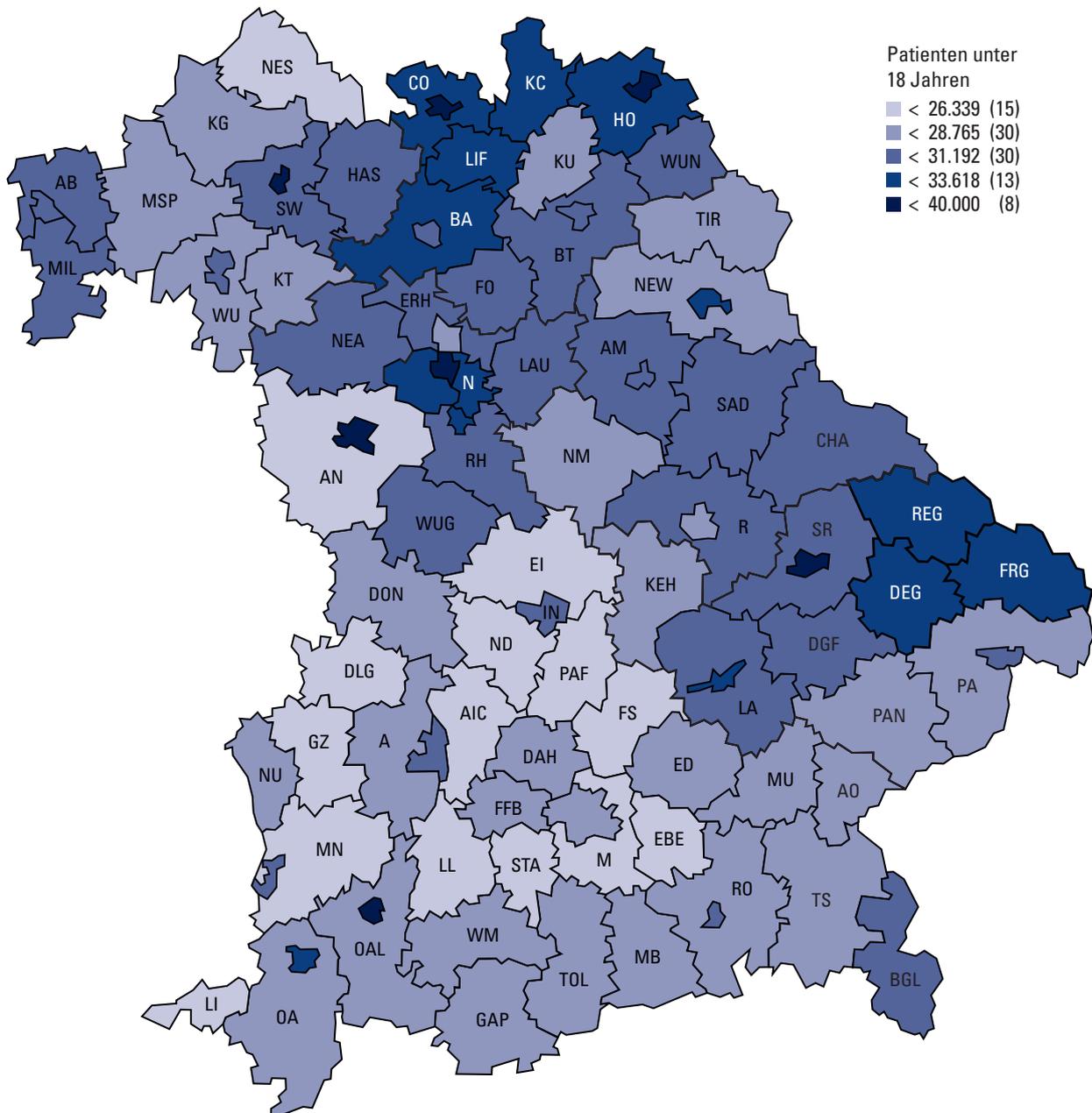
Laut der Schwerbehindertenstatistik erhielten 2021 rund 100.000 Personen zwischen 18 Jahre

und 64 Jahren einen Schwerbehindertenausweis aufgrund einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung.

Regionale Unterschiede in Bayern

Bei den Erwachsenen gibt es ebenfalls regionale Unterschiede im Hinblick auf die Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (siehe Abbildung 32). Den Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge liegt die Spannbreite der Diagnosehäufigkeit bei den GKV-Versicherten ab 18 Jahren auf Kreisebene zwischen 23.939 und 36.158 je 100.000 Patientinnen und Patienten.

Abbildung 32: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Anzahl je 100.000 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, Bayern 2022



Datenquelle: KVB

Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebereich beschrieben, zeigen sich auch bei einzelnen Störungsbildern weiterhin regionale Unterschiede. Vor allem im Südwesten Bayerns werden weniger Depressionen diagnostiziert. Bei den psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund von schädlichem Alkoholkonsum bzw. Abhängigkeitssyndrom durch Alkoholgebrauch (F10.1/F10.2) liegt die Spannweite der Diagnosehäufigkeit zwischen 828 und 2.037 je 100.000 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren. Zu den Hintergründen wären vertiefende Studien nötig.

Psychische Störungen im Zeitverlauf

Die Gesundheitssurveys des RKI deuten, wie bereits erwähnt, darauf hin, dass vor der Pandemie die Zahl der psychischen Auffälligkeiten und Störungen nicht zugenommen hat. Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden der Erwachsenen verschlechtert. Die Daten zeigen eine Zunahme der Depressions- und Angstsymptomatik.

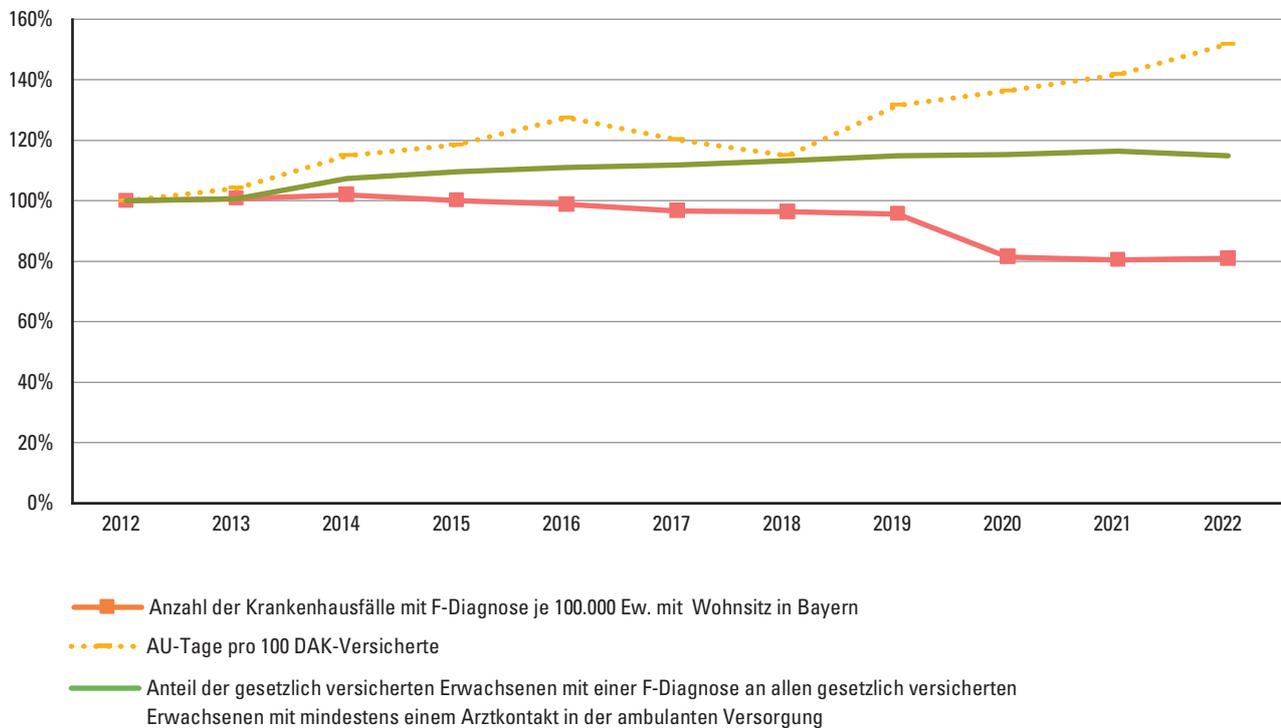
Dagegen dokumentieren die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten in Bayern bereits seit längerer Zeit einen Anstieg der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen. Der Anteil der Erwachsenen (alle Altersgruppen) mit Arztkontakt, die pro Jahr in mindestens zwei Quartalen eine solche Diagnose erhielten, erhöhte sich von 24,9 % im Jahr 2012 auf 28,6 % im Jahr 2022 (siehe Abbildung 33). Wie bereits im ersten Psychiatriebericht beschrieben, spiegelt der Anstieg bei den vertragsärztlichen Abrechnungsdaten bis vor Beginn der Corona-Pandemie keinen Anstieg der Erkrankungen wider, vielmehr wurden mehr Erkrankungen erkannt und behandelt.

Bei DAK-Mitgliedern in Bayern stiegen die AU-Tage pro 100 DAK-Versichertenjahre aufgrund von psychischen Störungen zwischen 2012 und 2022 um 52 % an (siehe Abbildung 33). Auch bei

den AU-Fällen pro 100 DAK-Versichertenjahre zeigt sich eine deutliche Steigerung.²⁹² Für Krankenhausfälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich für die über 20-Jährigen zwischen 2019 und 2020 ein deutlicher Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate um 15 % (Frauen: 16 %; Männer: 14 %). Der Rückgang zeigt sich insbesondere bei den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Das heißt, neben Einschränkungen des Krankenhausbetriebs spielen auch Veränderungen des Substanzkonsums eine maßgebliche Rolle für den Rückgang der vollstationären Fallzahlen. Insgesamt sind die Krankenhausbehandlungen aufgrund psychischer Störungen in Bayern seit längerem leicht rückläufig (siehe Abbildung 33). Wie bereits im ersten bayerischen Psychiatriebericht beschrieben, könnte dies ein Effekt des Ausbaus der ambulanten Versorgung sein.

Abbildung 33: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012–2022

Indexdarstellung: Jahr 2012 = 100 %



Datenquellen: Ambulante Diagnosen: KVB; Krankenstand: DAK Psychreport 2023 Bayern; Krankenhausfälle: LfStat; Berechnungen LGL

²⁹² Laut der DAK hängt der erneute Anstieg der AU-Fälle in 2022 auch mit der neuen elektronischen Krankmeldung (eAU) zusammen. Siehe DAK-Pressemitteilung vom 20.01.23: Negativrekordwert: 2022 höchster Krankenstand seit einem Vierteljahrhundert, DAK Psychreport 2022.

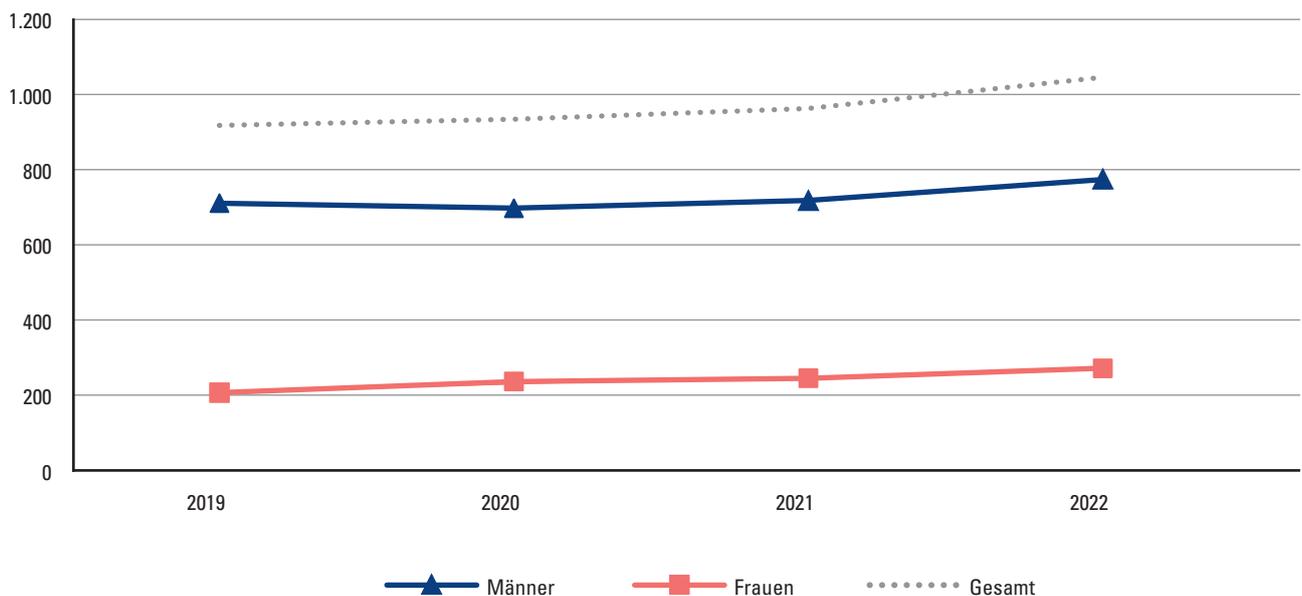
Bei den **Erwerbsminderungsrenten** haben psychische Störungen gegenüber früheren Jahrzehnten erheblich zugenommen. Lagen sie in den 1990er Jahren noch an dritter Stelle der häufigsten Frühberentungsdiagnosen, sind sie seit Anfang 2001 der häufigste Grund für die Bewilligung einer Erwerbsminderungsrente. Die Deutsche Rentenversicherung verzeichnet für das Jahr 2022 in Bayern 8.915 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 %. Gegenüber dem Vorjahr gab es 2021 497 Rentenzugänge weniger. Laut der Deutschen Rentenversicherung ist der Rückgang der Frühberentungen

im Jahr 2021 vermutlich durch eine Normalisierung der Zugangszahlen bedingt. Im Jahr 2020 gab es eine erhöhte Zugangszahl aufgrund der Anhebung der Zurechnungszeit ab 2019.

Häufigkeit von Suiziden

Der Todesursachenstatistik zufolge gab es im Jahr 2022 in Bayern insgesamt 1.811 Suizide, darunter 1.068 Erwachsene unter 65 Jahren (Frauen: 287; Männer: 781).²⁹³ Im Vergleich zum Vorjahr (2021: 1.598 Suizide) zeigt sich 2022 für alle Altersgruppen ein Anstieg um gut 13 %. In der Altersgruppe der Erwachsenen unter 65 Jahren liegt der Anstieg im genannten Zeitraum insgesamt bei 9 % (Frauen: 11 %, Männer: 8 %) (siehe Abbildung 34).

Abbildung 34: Trendverlauf Suizidsterbefälle Erwachsene unter 65 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2019–2022



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

²⁹³ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt.

Im Jahr 2022 gab es in Bayern 2.392 polizeilich bekannte Suizidversuche, darunter entfielen 1.779 auf Erwachsene unter 60 Jahren. Weitere

Daten zum Suizidgeschehen in Bayern sind in Kapitel 3.2 aufgeführt.

Suizidalität bei Landwirtinnen und Landwirten

In der Vergangenheit wurde die Frage aufgeworfen, ob bei Landwirtinnen und Landwirten eine erhöhte Suizidrate vorliegt.²⁹⁴ Es ist anzunehmen, dass u. a. die fehlenden Erholungszeiten, finanzielle Sorgen und existenzielle Ängste das Suizidrisiko in dieser Berufsgruppe erhöhen können. Für die Jahre 2018 bis 2022 verzeichnet die Polizeiliche Kriminalstatistik 298 Suizide in Bayern in der Berufsgruppe Landwirtschaft (inkl. Tierzucht und Gartenbau). Im Jahr 2022 waren es 77 Suizidsterbefälle, darunter 69 Männer. Eine berufsgruppenspezifische Einschätzung der Suizidraten ist mit der Statistik nur bedingt möglich. Vertiefende Studien zur Suizidprävalenz in dieser Berufsgruppe und zu den spezifischen Risikofaktoren sind erforderlich.

Die **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau** (SVLFG) bietet für ihre Versicherten für „erste Hilfen in seelischer Not“ niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote an. Neben einer rund um die Uhr erreichbaren **Krisenhotline** (Telefonnummer: 0561 78510101), besteht die Möglichkeit einer telefonischen Begleitung durch einen Coach (auch über mehrere Monate hinweg). Des Weiteren bietet die SVLFG im Rahmen ihrer Kampagne „Mit uns im Gleichgewicht“ verschiedene Gesundheitsangebote zum Erhalt und zur Förderung der seelischen Gesundheit an u. a. Gruppenangebote zum Thema Stressabbau oder Betriebsnachfolge sowie individuelle Unterstützung vor Ort durch Fachleute. Laut der SVLFG wurde die deutschlandweite Krisenhotline im Jahr 2022 von 1.327 Personen genutzt, darunter 613 Frauen und 714 Männer. Zu den häufigsten Anrufgründen zählen mit rund 39 % psychische Probleme, gefolgt von familiären Problemen (35 %) und Stress (6 %).

Mehr zu den Angeboten der SVLFG unter: <https://www.svlfg.de/gleichgewicht>.

5.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung

Gesundheitsförderung und Prävention

Maßnahmen zur Information über psychische Erkrankungen und deren Entstigmatisierung, soziale Einbindung, Stressmanagement, Stärkung der Achtsamkeit, Bewegungsförderung und Ansätze am Arbeitsplatz gelten als wichtige Elemente zur Förderung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung.²⁹⁵ Darüber hinaus finden sich Maßnahmen für Bevölkerungsgruppen mit besonderen Risikokonstellationen für

psychische Probleme wie z.B. Arbeitslose oder Alleinerziehende, ebenso wie Krankheits- bzw. störungsspezifische primärpräventive Ansätze wie z.B. die Sucht-, Suizid- oder Demenzprävention. Die tertiärpräventive Rückfallprävention bei bereits bekannten, episodisch verlaufenden Erkrankungen wie beispielsweise rezidivierenden Depressionen, Angststörungen und Schizophrenie wird durch das psychiatrische, psychotherapeutische und psychosomatische Versorgungssystem sowie durch psychosoziale Betreuungsangebote geleistet. Sekundärpräventive Interventionen d.h. Maßnahmen zur Früherkennung psychischer Erkrankungen, sind bislang eher selten.

²⁹⁴ Siehe Bayerischer Landtag, Drucksachen 18/28378, 18/27976, 18/23112.

²⁹⁵ Robert Koch-Institut: Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI. Berlin. 2023: 72–85.

Ein zentrales Setting für Prävention und Gesundheitsförderung mit Blick auf die psychische Gesundheit von Erwachsenen stellt die **Arbeitswelt** dar. Über den Arbeitsplatz können Menschen erreicht werden z.B. mit Informations- oder Kursangeboten zur psychischen Gesundheit. Zudem geht es um die möglichst gesundheitsförderliche Gestaltung des Arbeitsplatzes selbst, auch mit Blick auf die psychische Gesundheit. Neue Herausforderungen ergeben sich durch die zunehmende Verbreitung von Homeoffice, sowohl was psychische und andere gesundheitliche Belastungen anbelangt (z.B. Entgrenzung von Arbeits- und Privatleben) als auch die Umsetzung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in der Arbeitswelt.

Ein klassischer Präventionsansatz in der Arbeitswelt ist durch das **Arbeitsschutzgesetz** gegeben, das zum Schutz der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz verpflichtet. Psychische Belastungen müssen bei der betrieblichen Gefährdungsbeurteilung und den darauf gestütz-

ten Verbesserungen des Arbeitsschutzes explizit berücksichtigt werden. Neben dem Arbeitsschutz beziehen auch Maßnahmen der **betrieblichen Gesundheitsförderung** die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz mit ein. Auf Grundlage des § 20b SGB V fördern gesetzliche Krankenkassen sowohl verhältnis- wie auch verhaltensorientierte Maßnahmen in Betrieben. Gemäß dem Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands für Deutschland waren im Jahr 2022 z.B. 33 % der verhältnisbezogenen Interventionen der gesetzlichen Krankenversicherung im Setting Betrieb auf die Stärkung psychosozialer Ressourcen ausgerichtet, 4 % auf die Suchtprävention. Bei den unterstützten verhaltensbezogenen Maßnahmen in Betrieben waren 49 % auf Stressbewältigung und Ressourcenstärkung ausgerichtet, 7 % auf verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb.²⁹⁶ Die Anzahl der erreichten Betriebe belief sich im Jahr 2022 deutschlandweit auf 26.439. Gesonderte Daten für Bayern liegen nicht vor.

PsyGesund – Online-Befragung zur Erfassung der psychischen Belastung im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz

Die Kommunale Unfallversicherung Bayern und die Bayerische Landesunfallkasse (KUVB/Bayer. LUK) haben im Rahmen ihrer Präventionsarbeit nach dem SGB VII den Auftrag, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten.

In diesem Zusammenhang hat die KUVB/Bayer. LUK in den Jahren 2015 bis 2017 in einem Kooperationsprojekt mit der Uniklinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen (RWTH Aachen) eine eigene Online-Befragung für ihre Mitgliedsunternehmen im öffentlichen Dienst in Bayern entwickelt. Die Befragung ist eng an den Merkmalsbereichen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie orientiert und bildet alle erforderlichen Gestaltungsbereiche der psychischen Belastung am Arbeitsplatz ab. Zusätzlich zu einem Grundmodul mit 49 Items können die Mitgliedsbetriebe optional Zusatzmodule für spezifische Gefährdungsbereiche auswählen z. B. Aggression & Gewalt, Schicht- und Bereitschaftsdienst oder Bürger/innenkontakt. Das Online-Instrument entspricht allen wissenschaftlichen Standards und wird stetig weiterentwickelt. So ist PsyGesund inzwischen neben Deutsch und Englisch auf fünf weiteren Sprachen verfügbar.

Auch andere Unfallkassen sind auf der Suche nach evaluierten und gut akzeptierten Unterstützungsangeboten bei der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung für ihre Mitgliedsbetriebe.

²⁹⁶ MD Bund, GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. November 2023: S. 74–103.

Im Sommer 2022 hat sich ein Verbund aus vier Unfallkassen (u. a. Unfallkasse Nordrhein-Westfalen, Unfallkasse Hessen) im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung entschieden, PsyGesund den eigenen Mitgliedsbetrieben anzubieten.

Das Verfahren bietet für die Mitgliedsbetriebe der KUVB/Bayer. LUK eine gute Unterstützungsmöglichkeit, die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung nach dem Arbeitsschutzgesetz anzugehen. Die KUVB/Bayer. LUK berät ihre Mitgliedsbetriebe bei der Umsetzung und präsentiert die Ergebnisse der Befragung im Steuerungsgremium.

Mehr dazu unter: <https://psygesund.info/>

Zusätzlich zu Setting-bezogenen Maßnahmen unterstützen die Krankenkassen auch individuelle verhaltensbezogene Angebote der Primärprävention. Auf Basis des § 20 SGB V bezuschusste die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2022 deutschlandweit über 1,2 Millionen Kursteilnahmen, 35 % davon bezogen sich auf das Handlungsfeld Stressmanagement und 0,5 % auf den Bereich Suchtmittelkonsum.²⁹⁷ Die **Präventionskurse** werden grundsätzlich häufiger von Frauen als Männern belegt. Mit 16 % sehr gering ist der Männeranteil bei Kursen zum Stressmanagement, lediglich Kurse im

Bereich Suchtmittelkonsum werden zu von einem vergleichweisen hohen Anteil von Männern in Anspruch genommen (38 %).

Speziell für Berufstätige bietet auch die Deutsche Rentenversicherung ein Trainingsprogramm mit Elementen zu Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung an. Die Teilnehmenden haben nach Genehmigung durch die Rentenversicherung Anspruch auf Freistellung und Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber für die ganztägigen Elemente zu Beginn und am Ende des Programms.²⁹⁸

teamw()rk für Gesundheit und Arbeit

Um auch arbeitslose Menschen mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen, engagieren sich im bundesweiten Projekt „teamw()rk für Gesundheit und Arbeit“ Krankenkassen, Arbeitsagenturen und Jobcenter zusammen mit weiteren kommunalen Partnern. Das Ziel ist eine Verzahnung von Arbeits- und Gesundheitsförderung bei arbeitslosen Personen. Die Förderung der psychischen Gesundheit ist dabei eine wichtige Teilkomponente. In Bayern übernimmt die Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) die Koordination und Begleitung von aktuell dreizehn bayerischen Modell-Standorten. *Für weitere Informationen siehe <https://lzg-bayern.de/taetigkeitsfelder/verzahnungsprojekt>*

Weitere exemplarische Programme, (Modell-) Projekte und Maßnahmen in Bayern mit Bezug

zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen sind zudem im Tabellenanhang gelistet.

²⁹⁷ MD Bund, GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. November 2023; S. 104–109.

²⁹⁸ Siehe https://www.rv-fit.de/DE/home/home_node.html.

Betriebliche Suchtprävention

Die Arbeitswelt stellt einen wichtigen Ort der Suchtprävention aber auch der Suchtintervention dar. Die Corona-Pandemie hat darüber hinaus zu einschneidenden Veränderungen im Arbeitsleben geführt. Homeoffice und digitale Vernetzung haben eine höhere Bedeutung als früher. Derzeit erhebt das LGL im Auftrag des StMGP die Angebots- und Bedarfsstrukturen der betrieblichen Suchtprävention in Bayern.

Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung

Für fachkundige Hilfe in seelischer Not stehen in Bayern zahlreiche niedrigschwellige Versorgungsangebote zur Verfügung. Im Jahr 2022 gab es bei den **Krisendiensten Bayern** insgesamt 82.473 Anrufe und 2.973 Einsätze vor Ort. 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 der deutschlandweiten Online-Beratung Mano beraten speziell ausgebildete Ehrenamtliche suizidgefährdete Menschen ab 25 Jahren²⁹⁹ kostenfrei und anonym.

Ein langer Weg ins Hilfesystem

„Der Weg ins Hilfesystem ist generell sehr schwierig und langwierig. Das haben mir andere Betroffene auch immer wieder bestätigt. Es müsste viel mehr Klinikbetten und viel mehr psychiatrische Praxen und Psychotherapieplätze geben. Ich selbst habe auch sehr lange keine Hilfe bekommen, erst als ich in einer ganz schlimmen Krise steckte, kam ich in eine Klinik.“ (Betroffene, 20-40 Jahre)

„Der Weg war schwierig. Niemand hat meine Erkrankung ernst genommen. Es hieß immer nur, dass ich mich nicht so anstellen soll oder dass ich halt wieder einmal spinne. Erst nach vielen Jahren schickte mich mein Arbeitgeber zu einem Facharzt. Von dort kam ich dann relativ schnell in eine psychiatrische Klinik. Im Lauf der Jahre hatte ich in regelmäßigen Abständen Klinikaufenthalte. In der letzten Zeit werden die Abstände zwischen den Klinikaufenthalten immer kürzer.“ (Betroffene, 40-60 Jahre)

²⁹⁹ Für Erwachsene unter 25 Jahren bietet die Online-Beratung [U25] Deutschland kostenfrei und anonym Beratung an (siehe Kapitel 4.3).

Niedrigschwellige Beratungsangebote für Studierende

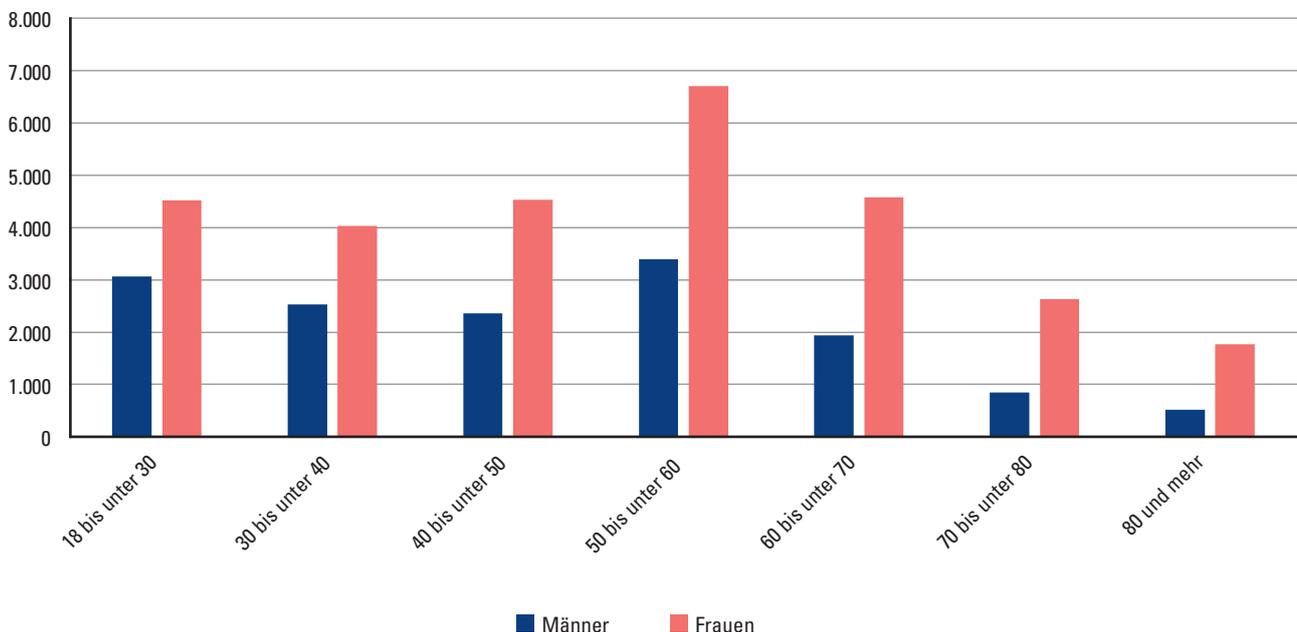
Eine deutschlandweite Studie zeigt, dass der Anteil Studierender mit studienerschwerender, gesundheitlicher Beeinträchtigung in den letzten Jahren angestiegen ist (2011: 8 %, 2021: 16 %). Der größte Anstieg zeigt sich in der Gruppe der Studierenden mit einer psychischen Erkrankung. Hier zeigt sich zwischen 2011 und 2021 ein Anstieg um 20 Prozentpunkte (2011: 45 %, 2021: 65 %).³⁰⁰ Niedrigschwellige Beratungsangebote für Studierende mit akuten persönlichen und studienbedingten psychischen Problemen bieten die psychologischen Beratungsstellen der Studierendenwerke.

Mehr dazu unter: <https://www.studierendenwerke.de/themen/beratungsangebote/psychologische-beratung>

Für Erwachsene aller Altersgruppen spielen die **Sozialpsychiatrischen Dienste** (SpDi) eine wichtige Rolle und für Erwachsene mit einer Suchtproblematik die **Psychosozialen Suchtberatungsstellen** (PSB)³⁰¹. Bayernweit gab es zum Stichtag 31.12.2021 88 Sozialpsychiatrische Dienste und 102 Psychosoziale Suchtberatungs-

stellen.³⁰² Insgesamt verzeichnen die Sozialpsychiatrischen Dienste (inkl. der Gerontopsychiatrischen Dienste) im Jahr 2021 mehr als 49.000 Besucher, darunter rund 31.000 Besucher zwischen 18 und unter 60 Jahren. Dabei bilden die 50- bis unter 60-Jährigen anteilmäßig die größte Gruppe (siehe Abbildung 35).

Abbildung 35: Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrische Dienste (inkl. Gerontopsychiatrische Dienste) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2021



Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; Anzahl der Missings: 3.284

³⁰⁰ Steinkühler, J. et al.: Die Studierendenbefragung in Deutschland: best3 Studieren mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Deutsches Zentrum für Hochschul- und Wissenschaftsforschung GmbH (DZHW) 2023. Hannover.

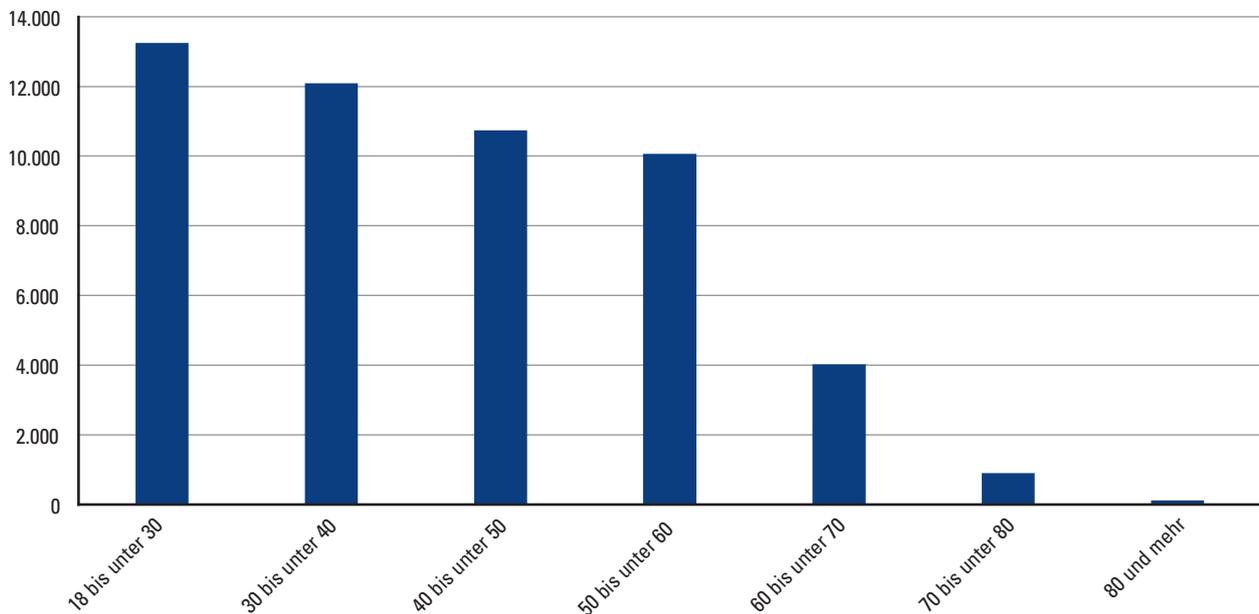
³⁰¹ In Oberbayern und Schwaben gibt es zudem Kontaktläden sowie Kontakt- und Begegnungsstätten für Erwachsene mit einer Suchtproblematik.

³⁰² Datenquelle Bayerischer Bezirkstag; Diskrepanzen zwischen dem ersten und dem zweiten bayerischen Psychiatriebericht basieren auf der unterschiedlichen Zählweise der Außenstellen.

Die Psychosozialen Suchtberatungsstellen verzeichnen im Jahr 2021 insgesamt mehr als 57.000 Besucher, darunter rund 49.000 Besu-

cher zwischen 18 und unter 64 Jahren³⁰³. Dabei bilden die 18- bis unter 30-Jährigen anteilmäßig die größte Gruppe (siehe Abbildung 36).

Abbildung 36: Inanspruchnahme der Psychosozialen Suchtberatungsstellen nach Alter, Bayern 2021



Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag; Berechnungen LGL, Anzahl der Missings: 339

Insbesondere für psychisch erkrankte Menschen und deren Angehörige, die vom bestehenden Hilfesystem nicht ausreichend erreicht werden, stehen die **Gesundheitsämter** zur Verfügung. Diese haben den Auftrag, den Zugang ins bestehende Versorgungssystem herzustellen.

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. Vorrangiges Ziel

ist die Hilfe zur Selbsthilfe, das heißt die Stärkung des Selbsthilfepotentials. Sie beraten und informieren nicht nur, sondern 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. 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.

³⁰³ Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag. Geschlechterdifferenzierte Daten dazu liegen nicht vor.

Den Helfern helfen

Das medizinische und pflegerische Personal ist in ihrem Arbeitsalltag häufig besonderen psychischen und körperlichen Belastungen ausgesetzt. Aufgrund von Zeitdruck und knappen Personalressourcen stehen sie unter Dauerbelastung. Auch schwerwiegende Ereignisse wie z. B. Kinderreanimation, Gewalt und Suizidalität, können sich nachhaltig auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirken. Der Verein PSU-Akut hat zum Ziel, medizinischem Personal in schwierigen Arbeitssituationen zu helfen, körperlich und psychisch belastende Situationen zu bewältigen. Neben Vorsorge- und Schulungsangeboten bietet das PSU-Angebot insbesondere kollegiale Unterstützung durch Peers. Der Aufbau von Strukturen für eine Fach- und Koordinierungsstelle wird durch das StMGP gefördert und von der Bayerischen Landesärztekammer finanziell unterstützt.

Mehr dazu unter: <https://psu-bayern.de/> und <https://www.psu-akut.de/>.

Ambulante und (teil-)stationäre medizinische Versorgung

Neben den **Hausarztpraxen** stehen für die ambulante Versorgung in Bayern verschiedene **Fachärzte und Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich** zur Verfügung. Im Erwachsenenbereich waren in der vertragsärztlichen Versorgung zum Stichtag 04.08.2023 9.440 Hausärztinnen und -ärzte, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ 355 Psychiaterinnen und Psychiater, 282 Nervenärztinnen und -ärzte sowie 433 Neurologinnen und Neurologen tätig, in der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ 3.981 Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 1.227 Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten.³⁰⁴ In der Bedarfsplanungsarztgruppe „Psychotherapeuten“ weist keiner von den 79 Planungsbereichen eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie auf. In der Bedarfsplanungsarztgruppe „Nervenärzte“ weist ebenso keiner der 79 Planungsbereiche eine Unterversorgung auf. Hier besteht in 63 Planungsbereichen eine Überversorgung (über 110 %).³⁰⁵ Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die einzel-

nen Arztgruppen unterschiedliche Versorgungsleistungen einbringen, insbesondere was die psychotherapeutische Versorgung betrifft. Auch hier gibt es deutliche regionale Unterschiede in der Versorgung. Weiterführende Informationen zu den Versorgungsniveaus in den einzelnen Regionen sind in Kapitel 7.1 zu finden.

Hinzu kommt noch eine kleinere Zahl nur privatärztlich tätige Therapeutinnen und Therapeuten. Zur Inanspruchnahme der privatärztlich tätigen Therapierenden liegen keine Daten vor.

Die **ambulanten Versorgungsangebote** wurden 2022 von gut 1.649.000 gesetzlich Versicherten zwischen 18 und 64 Jahren mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) in Anspruch genommen. Wie bereits im Jahr 2020 wurde die Hälfte der ambulanten Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung ausschließlich in einer hausärztlichen Praxis diagnostiziert bzw. behandelt. Bei etwa 18 % erfolgte die Diagnosestellung und Behandlung sowohl in einer hausärztlichen Praxis als auch durch nicht-fachspezifische Ärztinnen und Ärzte, bei rund 12 % in einer hausärztlichen Praxis als auch durch Fachärzte und

³⁰⁴ 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. Hausärztinnen und -ärzte) nicht berücksichtigt.

³⁰⁵ KVB Versorgungsatlas Nervenärzte, August 2023.

Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich.³⁰⁶ Mit Blick auf die Zunahme der Fälle in der ambulanten Versorgung ist auch die künftige Entwicklung der Zahl der hausärztlichen Praxen, die einen erheblichen Teil der Krankheitslast versorgen, zu beachten.

Zur ambulanten Versorgung gehören zudem die 87 Psychiatrischen **Institutsambulanzen** (PIAs) sowie die 12 Psychosomatischen Institutsambulanzen (PslAs) (Stand Dezember 2023).³⁰⁷ Angegliedert an Fach- und Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrisch-psychotherapeutischem oder psychosomatischem Profil versorgen sie insbesondere längerfristige sowie schwer erkrankte Patientinnen und Patienten, die ein besonderes, krankenhausnahes Versorgungsangebot benötigen. Im Jahr 2021 wurden an den PIAs rund 110.000 Fälle behandelt (Frauen: 56%; Männer 44%), darunter etwa zwei Drittel unter 60 Jahren. Bei den PIA-Fällen stehen mit 40 % die affektiven Störungen im Vordergrund, gefolgt von den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis mit 15 % und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen mit 14%. Im Vergleich zu den ambulanten Abrechnungsdaten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten spielen hier die Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis eine größere Rolle, hingegen sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen deutlich seltener. Etwa ein Fünftel der PIA-Patientinnen und Patienten wohnt in einer betreuten Wohnform (z. B. Heim), über ein Drittel weist eine Erkrankungsdauer von mehr als 10 Jahren auf. Knapp zwei Drittel der Patientinnen und Patienten weisen einen höheren Krankheitsschweregrad auf³⁰⁸, bei über einem Drittel wurde mindes-

Lange Wartezeiten

„In der ambulanten Versorgung ist es sehr schwierig geworden, Termine oder einen Platz für Psychotherapien zu bekommen. Die Wartezeiten sind immens. Auch der SPD i und die Institutsambulanz sind komplett überlastet. Durch den Austausch mit anderen Betroffenen weiß ich, dass es bei vielen anderen genauso ist.“ (Betroffene, 40-60 Jahre)

„Ich müsste eigentlich wieder stationär in eine psychiatrische Klinik. Die ambulante Behandlung reicht nicht mehr aus. Es gib aber in den Kliniken keine freien Plätze. Die Wartezeit beträgt mehrere Monate. Ich hätte nur dann eine Chance, wenn ich akut suizidgefährdet wäre. Auch eine Einweisung mit dem Krisendienst wurde abgelehnt.“ (Betroffene, 40-60 Jahre)

tens ein selbst- oder fremdschädigendes Verhalten dokumentiert.³⁰⁹

Zum Stichtag 01.01.2023 gab es in Bayern insgesamt 70 **Kliniken mit der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie** und 88 Kliniken mit der Fachrichtung **Psychosomatik**. Insgesamt standen für die stationäre Versorgung von Erwachsenen 7.381 Betten und 1.456 teilstationäre Plätze für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.447 Betten und 746 teilstationäre Plätze für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zur Verfügung.³¹⁰

³⁰⁶ Datenquelle: KVB; Bei 4 % erfolgte die Diagnosestellung und Behandlung nur durch Fachärzte und Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich; bei 8 % sind mehr als zwei Berufsgruppen beteiligt, in die Gruppe Sonstige mit 7 % fallen: Diagnosestellung nur durch nicht-fachspezifische Ärztinnen und Ärzte, Diagnosestellung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte und nicht-fachspezifische Ärztinnen und Ärzte.

³⁰⁷ Datenquelle: Bayerische Krankenhausgesellschaft (BKG).

³⁰⁸ 65 % der PIA-Patienten werden gemäß Clinical Global Impression (CGI) als „deutlich“, „schwer“ oder „extrem schwer krank“ eingestuft.

³⁰⁹ BIDAQ: Ambulante Basisdokumentation Bayern Psychiatrische Institutsambulanzen Erwachsenenpsychiatrie 2021 Gesamtauswertung mit gemeinsamer Bewertung der Vereinbarungspartner. BIDAQ 2023.

³¹⁰ Krankenhausplan des Freistaats Bayern 2023. 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. Der Fachbereich Psychosomatik umfasst im geringeren Ausmaß auch Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche. Genaue Zahlen dazu liegen nicht vor.

Tabelle 18: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023

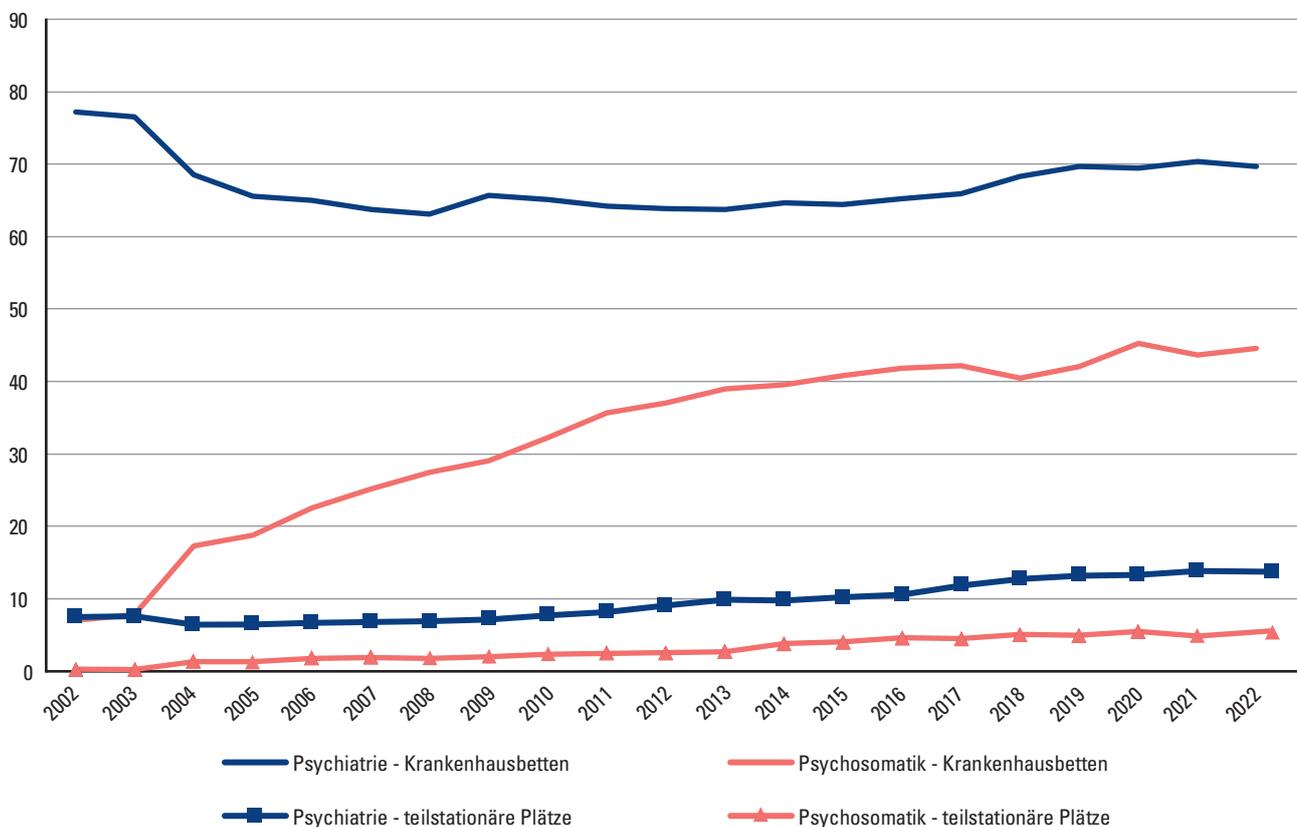
	Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen in Fachkrankenhäusern	Anzahl der Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern
Psychiatrie und Psychotherapie	58	10
Psychosomatische Medizin	59	14

Datenquelle: Krankenhausplan des Freistaats Bayern, Stand Januar 2023

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 69,7 im Jahr 2022, zeigt sich im Bereich der psychosomatischen Medizin ein deutlicher Zuwachs. Hier erhöhte sich die Anzahl der Krankenhausbetten im gleichen Zeitraum auf gut das Sechsfache von 7,0 je 100.000 Einwoh-

ner ab 18 Jahren auf 44,6. Die teilstationären Versorgungsangebote wurden in beiden Fachbereichen seit 2002 ausgebaut. Im Bereich Allgemeine Psychiatrie haben sich die Plätze je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren nahezu verdoppelt (2002: 7,5, 2022: 13,7). Im Bereich der psychosomatischen Medizin zeigt sich eine Zunahme von 0,2 Plätze je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren im Jahr 2002 auf 5,4 Plätze im Jahr 2022 (siehe Abbildung 37).

Abbildung 37: Entwicklung der vollstationären Krankenhausbetten und teilstationären Plätze in der Psychiatrie und Psychosomatik je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren, Bayern 2002–2022



Datenquelle: LfStat, Berechnungen LGL

Bayern weist im Ländervergleich weniger Betten pro 100.000 Einwohner in den psychiatrischen Fachabteilungen für Erwachsene auf (Bayern: 69,7; Deutschland: 81,3). Dagegen hat Bayern in der Psychosomatik auch weiterhin die meisten Betten pro 100.000 Einwohner (Bayern: 44,6; Deutschland: 18,3). Hier spielen auch Zuweisungen von Patientinnen und Patienten aus anderen Bundesländern eine Rolle. Ähnlich stellt sich dies in der teilstationären Versorgung dar. Während Bayern im Jahr 2022 pro 100.000 Einwohner im Bundesvergleich mehr teilstationäre Plätze in der Psychosomatik hat (Bayern: 5,4; Deutschland: 3,7), verfügt es über weniger Plätze in der Allgemeinen Psychiatrie (Bayern: 13,7; Deutschland: 24,2).³¹¹

Im Jahr 2022 gab es 106.766 **vollstationäre Behandlungsfälle** im Alter zwischen 20 und 64 Jahren in (Akut-) Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in Bayern (Frauen: 49.027, Männer: 57.739). Dabei gibt es insbesondere im mittleren Erwachsenenalter mehr stationäre Fälle bei den Männern (siehe Kapitel 3.3, Abbildung 16). Hier spielen Behandlungen infolge von Alkoholabhängigkeit eine wichtige Rolle. Bei den jungen Frauen fallen viele Behandlungen infolge von Affekt- und Angsterkrankungen auf.

Bayern lag bei der Zahl **vollstationärer Behandlungen** bei den 20 bis unter 65-Jährigen in den letzten Jahren stets unter dem **Bundesdurchschnitt** (siehe Abbildung 38). Das könnte sowohl auf eine geringere Zahl schwerer Krankheitsverläufe (aufgrund des Zusammenhangs zwischen sozialer Lage und Erkrankungshäufigkeit) als auch auf die vergleichsweise bessere ambulante Versorgungsstruktur in Bayern zurückzuführen sein. Hier besteht Bedarf für eingehendere Analysen. Die durchschnittliche Verweildauer bayerischer Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 infolge psychischer Störungen (F00-F99) vollstationär behandelt wurden, liegt in den Altersgruppen zwischen 20 und unter 65 Jahre etwas höher als im Bundesdurchschnitt. Dabei weisen die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20–F29) und die affektiven Störungen (F30-F39) in den genannten Altersgruppen die höchsten Werte auf. In der Altersgruppe der 20–25-Jährigen spielen die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50-F59) zudem eine große Rolle.³¹²

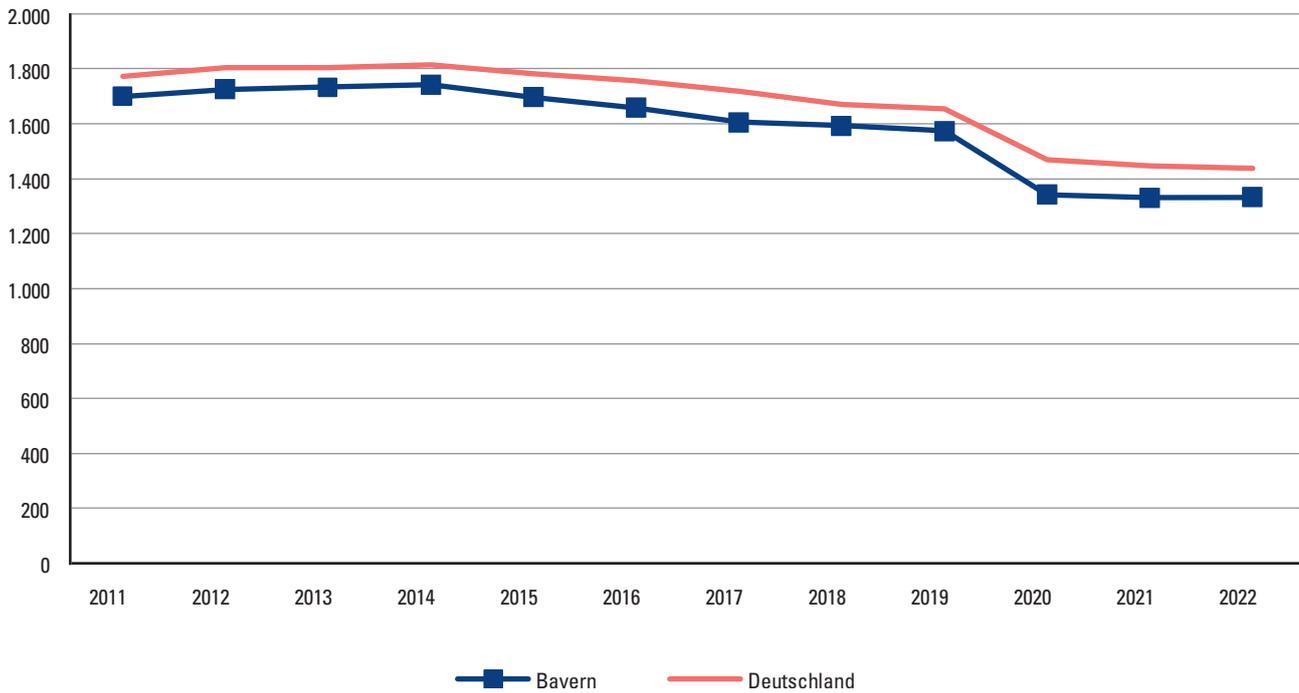
Die Zahl der vollstationären Behandlungen infolge von psychischen Erkrankungen bei den 20 bis unter 65-Jährigen ist zwischen 2014 und 2019 sowohl in Bayern als auch im Bundesdurchschnitt leicht zurückgegangen. Im ersten Jahr der Corona-Pandemie sind die Fallzahlen stärker zurückgegangen (siehe Abbildung 38).

³¹¹ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt; Berechnungen LGL; Bezug auf Bevölkerung über 18 Jahre zum Stichtag 31.12.2022.

³¹² Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

Abbildung 38: Vollstationäre Krankenhaufälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen 20–64 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022

Fälle je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt. Berechnungen LGL

Für Krankenhaufälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich für die 20 bis unter 65-Jährigen zwischen 2019 und 2020 ein Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate um 15 %. Diese Entwicklung zeigt sich nicht in gleichem Umfang über alle Diagnosegruppen. Der Rückgang der Fallzahlen ist bei den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19), den affektiven Störungen (F30–F39) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) stärker ausgeprägt als bei den organischen Störungen (F00–F09) und bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (F20–F29).

In Bayern wird der Großteil der Erwachsenen, die eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose aufweisen, in **Fachabteilungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Profil** behandelt. Im Jahr 2022 waren das 102.087 vollstationäre Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen **Verweildauer** von 24,9 Tagen in

der Allgemeinen Psychiatrie und 34.138 Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 43,6 Tagen in der Psychosomatik/Psychotherapie.³¹³ Damit lag der **Nutzungsgrad der Betten** in der Allgemeinen Psychiatrie bei 89,8 % und in der Psychosomatik/Psychotherapie

Wenn der Übergang holpert

„Der Weg durch das Hilfesystem war in den zurückliegenden 16 Jahren sehr unterschiedlich: von easy bis erschütternd. Am meisten hat uns frustriert, wenn meine Tochter ohne Absprachen und weiterhin in einem sehr kranken Zustand aus der Klinik zu uns nach Hause entlassen wurde ohne weitere Hilfsangebote oder Termine bei Therapeuten.“ (Angehörige, 40-60 Jahre)

³¹³ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Angaben beziehen sich auf alle Entlassungen aus der vollstationären Behandlung (ohne Sterbefälle).

pie bei 82,5 %.³¹⁴ Des Weiteren wurden im Jahr 2022 14.665 Fälle teilstationär in der Allgemeinen Psychiatrie und 4.680 Fälle in der Psychosomatik/Psychotherapie behandelt.

Der Krankenhausstatistik zufolge wurden 2022 die meisten Patientinnen und Patienten nach ihrer Behandlung nach Hause entlassen und nur ein geringer Anteil in weiterführende (teil-)stationäre Behandlungsangebote. Aus den allgemeinen-psychiatrischen Fachabteilungen wurden

0,3 % der Fälle in teilstationäre Behandlungsangebote entlassen, weitere 1,3 % in stationäre Rehabilitationseinrichtungen, 8,3 % in Pflegeheime und 4,5 % der Fälle wurden in andere Krankenhäuser verlegt. Aus den psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen wurden etwa 1,1 % der Fälle in andere Krankenhäuser verlegt; **Entlassungen** in teilstationäre Behandlungsangebote, stationäre Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime waren eher selten (unter 1 % der Fälle).

Stationsäquivalente Behandlung (StäB)

StäB bietet eine psychiatrische Behandlung im Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten an, wodurch stationäre Klinikaufenthalte ersetzt oder verkürzt werden können. Nutzbar ist StäB grundsätzlich für alle, die allein oder mit Angehörigen zusammenleben. Dies gilt auch für Menschen in besonderen Wohnformen (ehemals Heimen) oder (therapeutischen) Wohngemeinschaften. Kriterien wie z. B. Volljährigkeit, stationäre Behandlungsindikation, keine akute Selbst- oder Fremdgefährdung, sowie die Eignung des häuslichen Umfelds und Zustimmung der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner müssen zum Behandlungsstart erfüllt sein. In Bayern wird dieses Behandlungskonzept in München (Stadt und Landkreis), Peißenberg, Ansbach sowie Nürnberg von je einer Klinik angeboten. Seit dem Start im Stadtgebiet München im Oktober 2018 wurden bereits über 800 Behandlungen durchgeführt (Stand April 2023). Erste Erfahrungen aus München zeigen, dass 70 % der Aufnahmen ins StäB direkt über die zentrale Aufnahme oder Ambulanz erfolgten, 30 % wurden von einer Klinikstation aus überwiesen. Behandelt wurden Menschen mit einem mittleren Alter von 47 Jahren (Altersspanne 21–87 Jahren), mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 37 Tagen. Bei den Frauen dominieren mit jeweils 35 % die Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis und die affektiven Störungen. Bei den Männern überwiegen mit 50 % die Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis. 80 % der Patientinnen und Patienten wurden in eine ambulante Weiterbehandlung, 20 % in tagklinische, akutpsychiatrische oder psychosomatische Angebote entlassen. Für einige Zielgruppen hat sich das Angebot bereits als besonders geeignet erwiesen. Dazu zählen Personen, die sich aufgrund negativer Vorerfahrungen hinsichtlich eines Krankenhausaufenthaltes nicht stationär behandeln lassen wollen, die von der stationären Gruppensituation nicht profitieren oder diese als zu herausfordernd empfinden und insbesondere Betroffene mit betreuungsbedürftigen Kindern.³¹⁵ Implementation, Wirksamkeit und Kosten von StäB werden im Rahmen einer multizentrisch angelegten Studie untersucht.³¹⁶

In besonderen Fällen kann eine stationäre Behandlung gegen den erklärten Willen der betroffenen Person notwendig sein z. B. bei akuter Suizidalität.

Dabei kann z. B. ein vorübergehender Türschluss erforderlich sein. Die Anzahl der nach BayPsych-KHG in einem Krankenhaus gerichtlich unterge-

³¹⁴ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik.

³¹⁵ Siehe Vortrag Ketisch, E., Gebert, Y. vom 17.04.23: StäB als akutpsychiatrische Versorgungsform, Kloster Irsee.

³¹⁶ Baumgardt, J. et al.: Aufsuchende Krisenbehandlung mit teambasierter und integrierter Versorgung (AKtiV). Eine naturalistische multizentrische kontrollierte Studie zur Evaluierung stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung in Deutschland. *Nervenheilkunde* 2020; 39(11): 739–745.

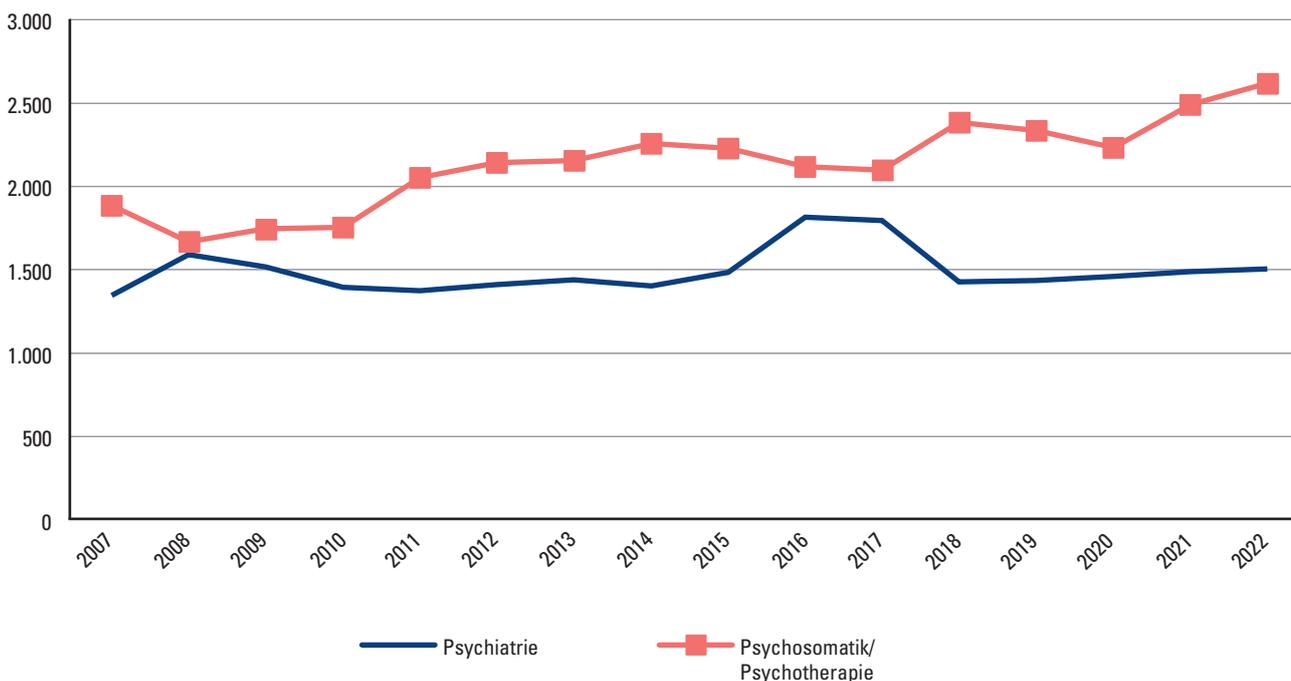
brachten Erwachsenen unter 65 Jahre betrug bei den sofortig vorläufig untergebrachten 12.406 gemeldete Fälle. Bei den gerichtlich angeordneten **Unterbringungen** wurden im Jahr 2021 2.243 Fälle gemeldet. Genaue Zahlen zu den Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften wie auch die Erfassung von Zwangsmaßnahmen in somatischen Kliniken liegen nicht vor. Weiterführende Informationen zu Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Bayern sind in Kapitel 7.3 zu finden.

Medizinische und berufliche 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. Den Daten der Krankenhausstatistik zufolge verfügten die bayerischen **Rehabilitationseinrichtungen** im Jahr 2022 über 1.505 Betten in den Fachabteilungen für Psychiatrie (darunter 103 Betten in der Allgemeinen Psychiatrie und 1.239 Betten für Entwöhnungsbehandlungen) sowie 2.619 Betten in den Fachabteilungen für Psychosomatik/Psychotherapie.³¹⁷

Abbildung 39: Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung, Bayern 2007–2022

Aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt



Datenquelle: LfStat

Zwischen 2007 und 2022 zeigt sich ein Anstieg der Reha-Betten für die Fachrichtungen Psychiatrie und Psychosomatik/Psychotherapie zusammen von 25,8 Betten je 100.000 Einwohner auf

30,8 Betten je 100.000 Einwohner. Dies entspricht einem Anstieg um 20 %, der jedoch vor allem auf einer Zunahme der Betten in der Psychosomatik/Psychotherapie beruht.

³¹⁷ 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.

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 zehn Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK).³¹⁸

Daten zur Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen – unabhängig vom Leistungsträger – liegen nicht vor.³¹⁹ Die Deutsche Rentenversicherung als häufigster Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation weist 2022 insgesamt 20.940 bayerische **Reha-Fälle** infolge einer psychischen Erkrankung aus, darunter 144 im Rahmen der speziellen Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)³²⁰. In den Altersgruppen 20 bis unter 60 Jahre waren dies insgesamt 15.905 Fälle. In etwas weniger als der Hälfte der Behandlungsfälle handelt es sich um Affektive Störungen (F30–39), gefolgt von den Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (F10–19) und den Neurotischen, Belastungs- und somato-

formen Störungen (F40–48) mit etwa je einem Viertel. 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.

Leistungen der ambulanten und stationären Pflege

Altersübergreifende Daten zu Leistungen der ambulanten und stationären Pflege für Menschen mit einer psychischen Erkrankung wurden in Kapitel 3.3 beschrieben. Altersdifferenzierte Daten dazu liegen nicht vor.

Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe

Altersübergreifende Daten zu Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhaben wurden in Kapitel 3.3 beschrieben. Altersdifferenzierte Daten liegen nur für das gemeinschaftliche bzw. einzelbetreute Wohnen vor. In den Altersgruppen 18 bis unter 60 Jahren wurde das Angebot insgesamt von 12.806 Personen genutzt.

³¹⁸ Siehe <https://www.bagrpk.de/>.

³¹⁹ Die Krankenhausstatistik umfasst bei den Diagnosedaten nur Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten.

³²⁰ Die Rehabilitation psychisch Kranker (RPK) ist ein integriertes medizinisch-berufliches Versorgungsangebot, insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen.

6. PSYCHISCHE GESUNDHEIT IM ALTER

6. Psychische Gesundheit im Alter

Das Wichtigste

- Mit dem Beginn der Corona-Pandemie hat sich das psychische Befinden der Erwachsenen über 65 Jahren verschlechtert. Deutschlandweite Daten zeigen eine Zunahme der Depressions- und Angstsymptomatik.
- Schätzungen zufolge liegt die Häufigkeit von Demenz in der genannten Altersgruppe bei über 8 %. Etwa zwei Drittel der demenziell erkrankten Personen sind Frauen.
- In den ambulanten Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lag 2022 bei gut 952.000 gesetzlich versicherten Erwachsenen ab 65 Jahren die Diagnose einer psychischen Erkrankung vor.
- In der genannten Altersgruppe 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. Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (F00-F09) machen mit 15 % im Vergleich zu den jüngeren Erwachsenen einen deutlich größeren Anteil aus. Dazu zählen die Demenzerkrankungen (F00-F03), die hier den größten Anteil ausmachen.
- Insgesamt 25.793 Fälle im Alter ab 65 Jahren mit Wohnsitz in Bayern wurden 2022 vollstationär in (Akut-)Krankenhäusern behandelt.
- 2022 gab es in Bayern 743 Suizide bei Erwachsenen ab 65 Jahren.
- Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte sind insbesondere auf die Erkrankungen Demenz und Depression ausgerichtet bzw. fokussieren Suizidalität, Einsamkeit und soziale Isolation. Auch die Gewaltprävention im Kontext Pflege ist ein wichtiges Handlungsfeld der Prävention im Bereich psychische Gesundheit älterer Menschen.
- Für Menschen in höheren Altersgruppen gibt es neben den Versorgungsangeboten für Erwachsene aller Altersgruppen weiterhin altersspezifische Versorgungsangebote wie z. B. die gerontopsychiatrischen Dienste oder die gerontopsychiatrischen Abteilungen in den Kliniken.

6.1 Studienlage zur psychischen Gesundheit im Alter

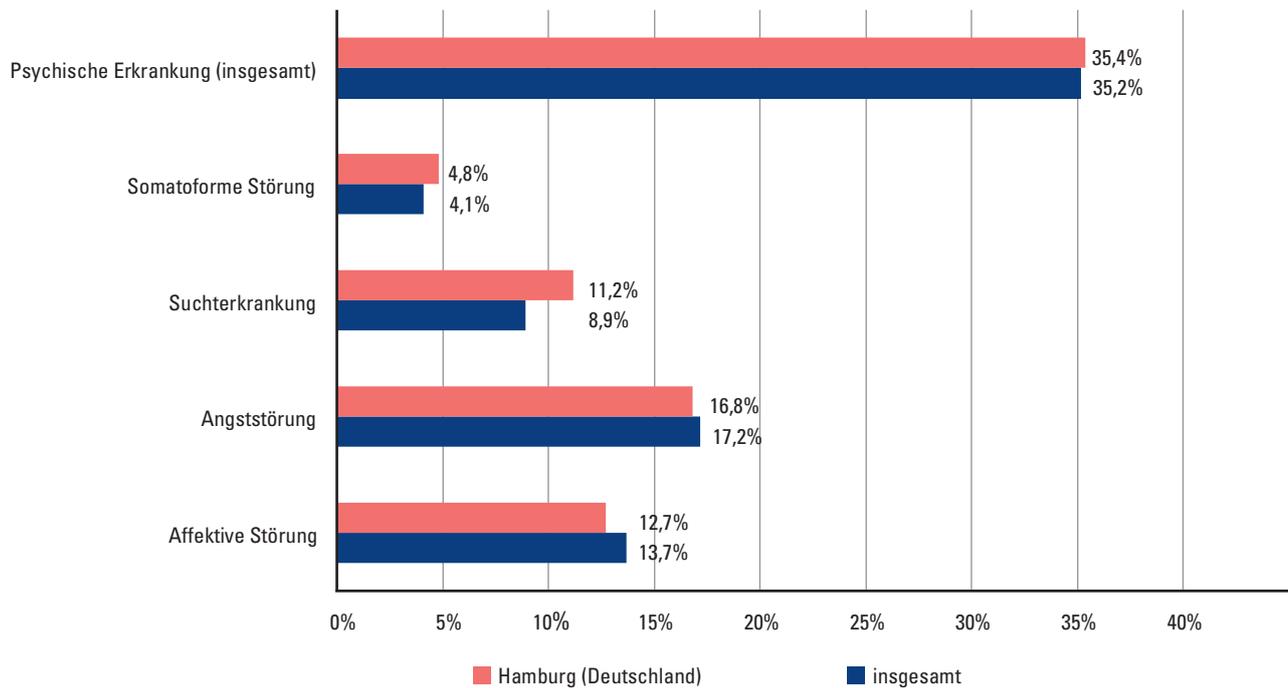
Psychische Gesundheit ist im Alter insbesondere eng verknüpft mit sozialer Eingebundenheit, geistiger Vitalität und körperlichem Wohlbefinden. Dazu zählt auch ein gesunder Schlaf. Zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter zählen Depressionen, Angsterkrankungen, Demenzen und Suchterkrankungen.

Nach den Befunden der **European MentDis_ICF65+ Studie** liegt die 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen bei den 65–84-Jährigen bei rund 35 %. Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in dieser Altersgruppe zählen Angststörungen, affektive Störungen und Suchterkrankungen (siehe Abbildung 40).³²¹

³²¹ Andreas, S. et al.: Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF+ study. BMC 2017; 210: 125–131.

Abbildung 40: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen, Altersgruppen 65–84 Jahre, Deutschland im europäischen Vergleich 2008–2012

Anteil Betroffener an der Bevölkerung



Quelle: MentDis 65+ Studie, nach Andreas, S. et al. 2017; die Kategorie „insgesamt“ umfasst alle Studienstandorte; Studienstandorte der multizentrisch angelegten Studie waren Hamburg (Deutschland), Ferrara (Italien), Madrid (Spanien), London / Canterbury (England), Jerusalem (Israel) Genf (Schweiz).

Die Bedeutung der Depressionen zeigt sich auch in der deutschlandweiten **Gesundheit 65+-Studie** (Erhebungszeitraum 2021/2022). Demnach sind **Frauen** auch in den höheren Altersgruppen häufiger von Depressionen betroffen als Männer (siehe Abbildung 41). Die Häufigkeit nimmt im höheren Alter nochmals zu. Jede fünfte Frau und

jeder siebte Mann ab 80 Jahren berichtet von depressiven Symptomen innerhalb der letzten zwei Wochen. Damit liegt die Häufigkeit von Depressionen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern ab 80 Jahren im Vergleich zur Altersgruppe 65–79 Jahre um etwa 6 Prozentpunkte höher.³²²

Auswirkungen psychischer Erkrankungen

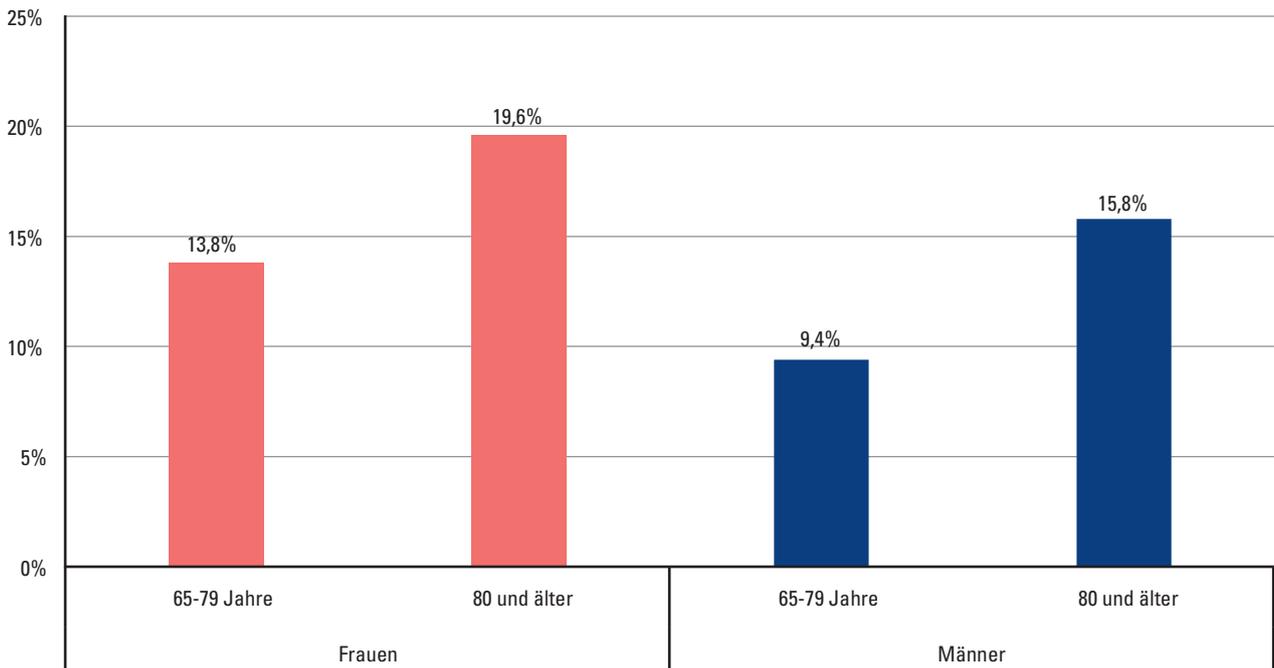
„Die Erkrankung war ein tiefer Einschnitt in alle Lebensbereiche und über die Jahrzehnte ein großer Verlust an Lebensqualität. Nach meiner 1. Krankheitsepisode bin ich, auch wegen fehlender finanzieller Mittel und ohne Wohnung, in eine mich krankmachende Beziehung zurückgegangen. Auch später bin ich mehrere Jahre ohne eigene Wohnung gewesen. Doch ich hatte genug soziale Kontakte, um einen Unterschlupf zu bekommen. Mit jeder weiteren Episode habe ich mir Kontakte kaputt gemacht. Nun knüpfe ich langsam wieder Kontakte.“ (Betroffene, über 60 Jahre)

„Wenn es mir schlecht geht, kann ich gar nichts mehr machen. Dann sitze ich nur noch zu Hause. Sogar Essen und Trinken sind manchmal ein Problem.“ (Betroffene, über 60 Jahre)

³²² Gaertner, B. et al. Gesundheitliche Lage älterer und hochaltriger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der Studie Gesundheit 65+. JoHM 2023; 8(3).

Abbildung 41: Depressivität in den letzten zwei Wochen, Deutschland 2021/2022

Anteil Betroffener nach Alter



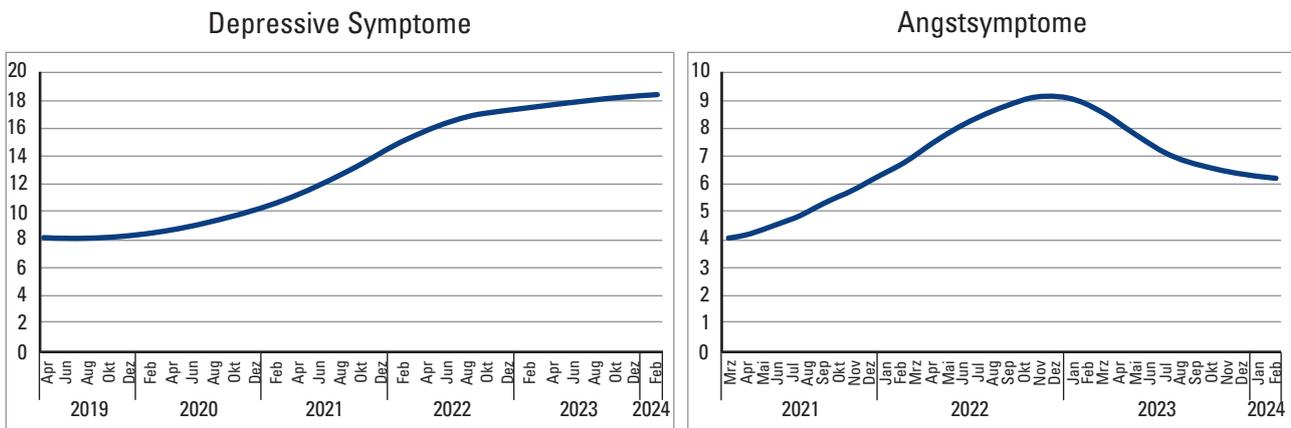
Datenquelle: RKI, Gesundheit 65+; nach Gaertner et al. (2023)

Das neu eingerichtete Mental Health-Dashboard des Robert Koch-Instituts bildet für die letzten Jahre Trends zur selbsteingeschätzten psychischen Gesundheit sowie zu depressiven Symptomen und Angstsymptomen der erwachsenen Bevölkerung ab. Die Daten zeigen einen Rückgang des Anteils an Personen über 65 Jahren, die ihre psychische Befindlichkeit positiv bewerten: Stand Februar 2024 bewerten rund 29 % der befragten Personen ihre psychische Gesundheit als sehr gut oder ausgezeichnet; im März

2021 waren es noch 34 %. Die Daten zeigen weiterhin, dass in den letzten Jahren der Anteil der Erwachsenen über 65 Jahren mit einer **Depressionssymptomatik** (innerhalb der letzten zwei Wochen) deutlich angestiegen ist: von rund 8 % im Jahr 2019 auf etwa 21 % im Jahr 2023. Der Anteil Betroffener mit **Angstsymptomen** (innerhalb der letzten zwei Wochen) hat bis Ende 2022 stark zugenommen und liegt im Februar 2024 mit rund 7 % weiterhin über dem Niveau im März 2021 (siehe Abbildung 42).³²³

³²³ RKI: Mental Health Surveillance Dashboard. Stand 14.11.23. https://public.data.rki.de/t/public/views/hf-MHS_Dashboard/Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y [Abruf am 11.12.23].

Abbildung 42: Trendverlauf depressive Symptome und Angstsymptome, Altersgruppen ab 65 Jahre, Deutschland 2019/2020–2024



Quelle: RKI: Hochfrequente Mental Health Surveillance, Stand 22.04.23; Depressive Symptome: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Belastung durch depressive Symptome im auffälligen Wertebereich (PHQ-2>2) in %; Angstsymptome: Anteil der erwachsenen Bevölkerung mit Belastung durch Angstsymptome im auffälligen Wertebereich (GAD-2>2) in %

Einer Studie zufolge zeigt sich der Anstieg von Depressivität während der Corona-Pandemie insbesondere bei hochaltrigen Menschen, die sich nicht sozial unterstützt fühlten.³²⁴

Nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation beläuft sich die Häufigkeit (Prävalenz) von **Demenz** für die Altersgruppe 65 und mehr Jahre in Europa auf 8,46 %. Dabei sind Demenzerkrankungen zu Beginn des Rentenalters noch sehr selten. Während nur 1,85% der 65–69-Jährigen

dement sind, verdoppelt sich der Anteil im weiteren Altersverlauf nahezu alle fünf Jahre. In der Altersgruppe 90 und mehr Jahre zeigen mehr als 36 % Symptome einer Demenz (siehe Abbildung 43).³²⁵ Der Anteil der dementiell erkrankten Personen steigt vermutlich auch im höchsten Alter weiter an. Studien zufolge ist etwa die Hälfte der 100-Jährigen an Demenz erkrankt.³²⁶ Demenz ist zunehmend auch ein Thema der Altersgruppen zwischen 40 und 64 Jahren, wenngleich diese sehr selten (<1%) davon betroffen sind.³²⁷

³²⁴ Gerhards, S. et al.: Die Entwicklung der psychischen Gesundheit bei hochaltrigen Individuen während der COVID-19-Pandemie und die Rolle sozialer Unterstützung. Bundesgesundheitsbl 2023; 66: 241–247.

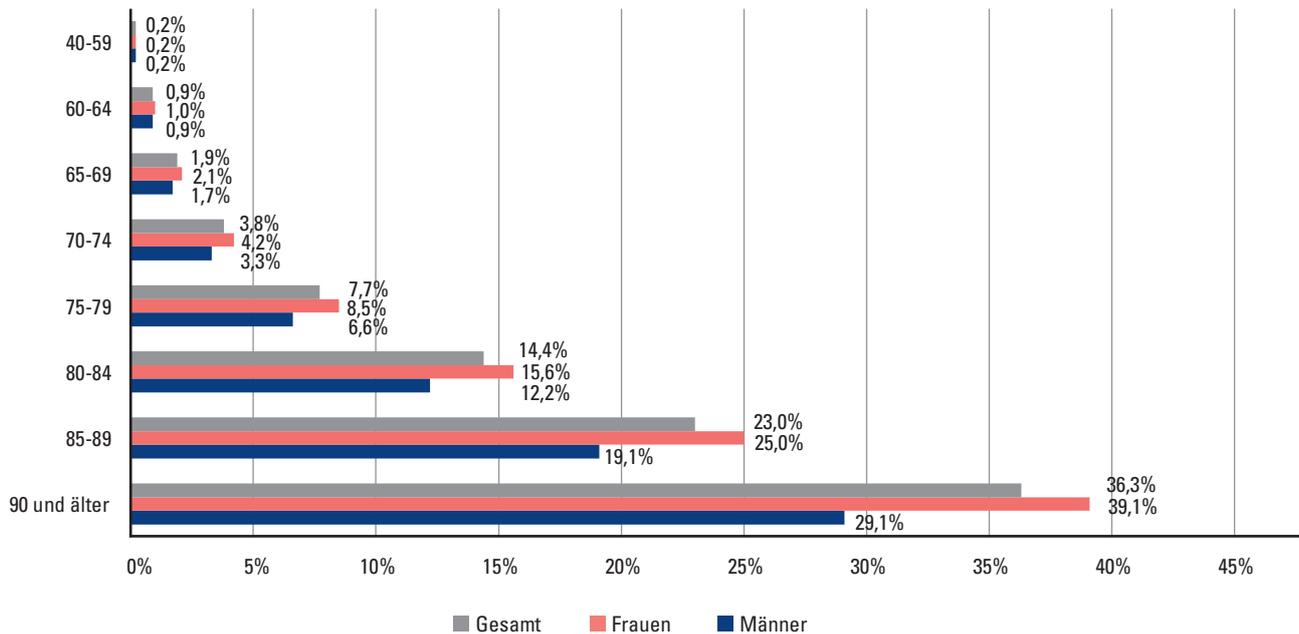
³²⁵ WHO: Global status report on the public health response to dementia. Genf 2021.

³²⁶ Doblhammer, G., Barth, A.: Prevalence of Morbidity at Extreme Old Age in Germany: An Observational Study Using Health claims Data. Journal of the American Geriatrics Society 2018; 66: 1262–1268.

³²⁷ Siehe auch Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsreport Bayern. 4/2022 – Update Demenzerkrankungen. LGL. 1/2.

Abbildung 43: Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Altersgruppen 40 Jahre und älter, Europa

Anteil Betroffener an der Bevölkerung



Datenquelle: WHO 2021

Etwa zwei Drittel der demenziell erkrankten Personen sind **Frauen**. Da Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, sind sie in den Altersgruppen mit hoher Prävalenz stärker vertreten. Doch auch davon abgesehen, erkranken Frauen

häufiger an Demenz als Männer. Die Ursachen sind ungeklärt. Überträgt man die Prävalenzdaten des WHO-Reports auf die bayerische Bevölkerung, so ergeben sich ca. 250.000 Demenzkranke ab 65 Jahren.

Demenzkrankungen in Bayern erforschen

DigiDEM Bayern ist ein vom StMGP gefördertes Versorgungsforschungsprojekt mit digitaler Ausrichtung. Das Projekt befasst sich mit der Versorgung von Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen (MCI) und Demenz sowie deren pflegenden An- und Zugehörigen in Bayern. Durch den Aufbau eines Demenzregisters sollen der Verlauf der Erkrankung und die Versorgungssituation der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen erforscht werden. Zudem sollen digitale Unterstützungsangebote entwickelt und bereitgestellt werden. Ziel des Projekts ist es die Versorgungssituation, insbesondere in den ländlichen Regionen, zu verbessern sowie demenzielle Erkrankungen besser zu verstehen.

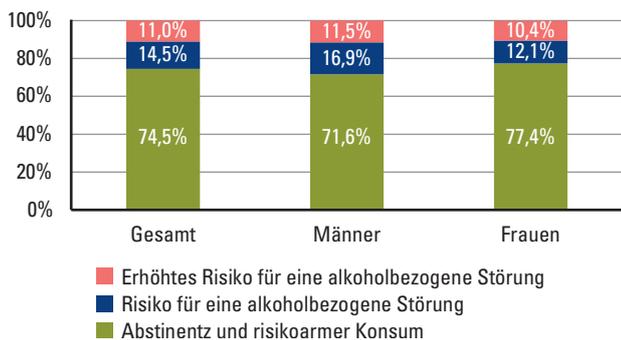
Mehr dazu unter: <https://digidem-bayern.de/>

Aktuelle, repräsentative Studien zum **Gebrauch und Missbrauch von psychoaktiven Substanzen** in der Bevölkerung über 65 Jahre sind selten. Das „Modellprojekt zur Ermittlung der Gesundheitsstruktur sensibler Bevölkerungsgruppen – Ansatzpunkte für Interventionen“ (Suchtsurvey 65+) hatte zum Ziel, diese Datenlücke

für die ältere Bevölkerung in Bayern zu schließen. Der im Auftrag des StMGP durchgeführte Suchtsurvey 65+ zeigt, dass im Jahr 2021 13,4 % der Personen ab 65 Jahren in Bayern **rauchen** (Frauen: 11,7 %; Männer: 15,0 %). Bei rund 15 % der über 65-Jährigen liegt ein Risiko für eine **alkoholbezogene Störung** vor. Bei weiteren

rund 11 % liegt ein erhöhtes Risiko für eine alkoholbezogene Störung (nach AUDIT-C) vor. Männer sind jeweils häufiger betroffen als Frauen (siehe Abbildung 44). Besonders belastende, schreckliche Ereignisse oder Katastrophen, welche die Personen in den letzten 12 Monaten noch beschäftigten, konnten hierbei als wichtige Einflussgröße für alkoholbezogene Störungen identifiziert werden.

Abbildung 44: Problematischer Alkoholkonsum (AUDIT-C) nach Geschlecht, Altersgruppen ab 65 Jahren, Bayern 2021



Datenquelle: Quelle: Suchtsurvey Bayern 65+

Medikamentenmissbrauch bekommt mit fortschreitendem Alter eine zunehmende Bedeutung und ist bei Frauen tendenziell mehr verbreitet als bei Männern. Eine diagnostische Abgrenzung eines indizierten Medikamentengebrauchs vom Medikamentenmissbrauch gestaltet sich jedoch oft schwierig, insbesondere bei telefonischen Befragungen. Eine zweckentfremdete Einnahme liefert jedoch Hinweise auf einen problematischen Medikamentengebrauch. Rund 20 % der Konsumenten von opioiden Schmerzmitteln in Bayern über 65 Jahren geben an, diese schon mal genommen zu haben, weil sie verstimmt oder aufgeregt waren oder um andere Symptome als Schmerz zu beeinflussen oder zu beseitigen. Rund 13 % der Konsumenten von rezeptpflichtigen Schlaf-/Beruhigungsmitteln nehmen regelmäßig mehr ein, als ihnen verschrieben wurde.³²⁸

Schätzungen zur Prävalenz einer manifesten **Alkoholabhängigkeit** in Deutschland gehen bei

den über 65-Jährigen von 0,5 % der Frauen und 3 % der Männer aus³²⁹. Repräsentative Daten zur Medikamentenabhängigkeit bei Personen über 65 Jahren liegen weder auf Landes- noch auf Bundesebene vor. Auch für den Bereich der illegalen Drogen liegen in der betrachteten Altersgruppe keine repräsentativen Daten vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese in der betrachteten Altersgruppe weit weniger verbreitet sind als in jüngeren Jahren.

Im Zuge der **Corona-Pandemie** kam es dem bayerischen Suchtsurvey 65+ zufolge vor allem bei den Frauen zu einer Zunahme des Konsums von verschreibungspflichtigen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, während es bei Männern eher zu einer Abnahme kam. Hinsichtlich dem Alkoholkonsum und dem Konsum von Tabakprodukten, kam es in der betrachteten Altersgruppe zu keinen nennenswerten Veränderungen während der Corona-Pandemie.

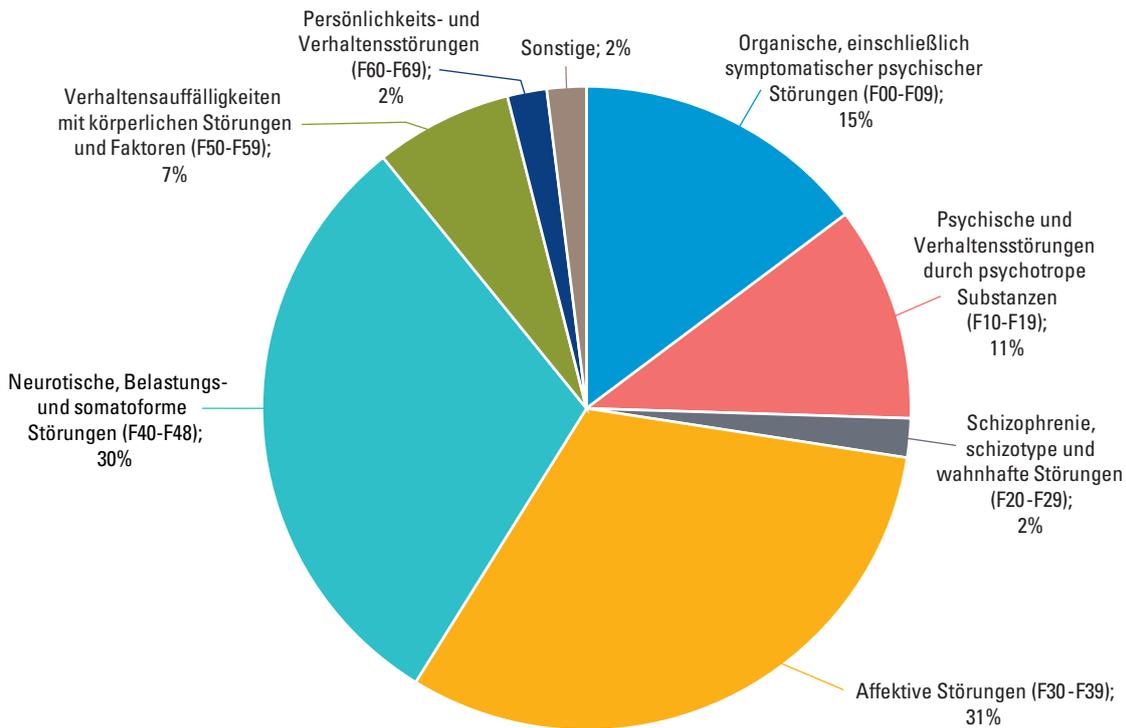
6.2 Häufigkeit psychischer Störungen und Suizide im Alter in Bayern

Die Daten aus der vertragsärztlichen **ambulanten Versorgung** zeigen, dass bei gut 952.000 gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (F00–F99) vorlag. **Frauen** sind in den Altersgruppen ab 65 Jahre insgesamt häufiger von psychischen Störungen betroffen als **Männer** bzw. Frauen fragen zumindest häufiger das Hilfesystem an (siehe auch Kapitel 3.1, Abbildung 10). In der genannten Altersgruppe stehen unter den ambulanten Fällen der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern mit je einem Drittel affektive Störungen (F30–F39) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) im Vordergrund. Mit einem Anteil von rund 15 % folgen die organischen, einschließlich symptomatischen psychischen Störungen (F00–F09) (siehe Abbildung 45); darunter die Demenzerkrankungen (F00–F03), die hier eine herausragende Rolle spielen.

³²⁸ IGES: Suchtbefragung Bayern Altersgruppe 65+. Unveröffentlichter Projektbericht 2022. IGES, Berlin.

³²⁹ Weyerer, S.: Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol und Benzodiazepinen im höheren Alter. Suchtmagazin 2003: 3 – 9

Abbildung 45: Ambulante Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern 2022

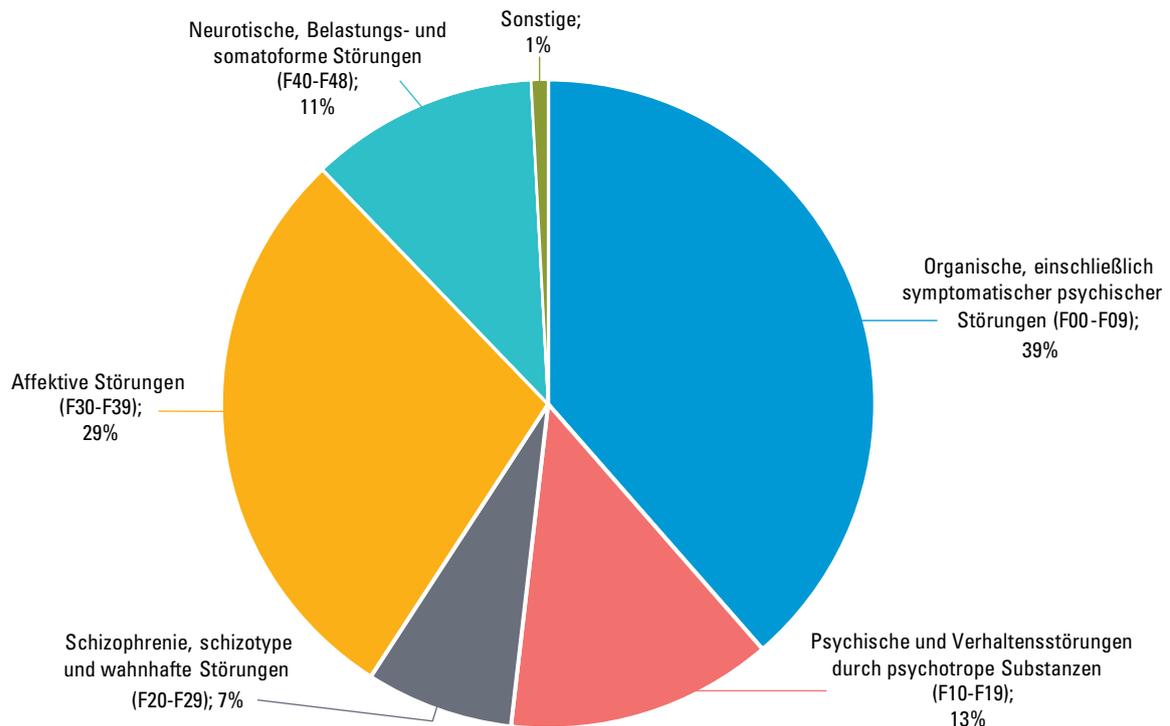


Datenquelle: KVB, In die Gruppe Sonstige mit einem Anteil von weniger als 1 % fallen: Intelligenzstörung (F70-F79), Entwicklungsstörungen (F80-89), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F99), rundungsbedingt kommt man insgesamt auf über 100%.

Männer nehmen fast doppelt so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum ambulante Versorgungsleistungen in Anspruch wie Frauen (Frauen 8 % der Fälle; Männer 15 % der Fälle). Bei den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–59) überwiegen die Männer noch stärker (Frauen 3 % der Fälle; Männer 12 % der Fälle). Eine große Rolle spielen hier die sexuellen Funktionsstörungen (F52). Bei den weiblichen Patienten sind unter den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Frauen 36 % der Fälle; Männer 26 % der Fälle) und die Angststörungen (Frauen 33 % der Fälle; Männer 26 % der Fälle) stärker ausgeprägt.

Im Jahr 2022 gab es 25.793 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-)Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten ab 65 Jahren mit Wohnsitz in Bayern (Frauen: 14.733, Männer: 11.060). Bei den Erwachsenen ab 65 Jahren überwiegen unter den stationären Fällen in Bayern mit 39 % die organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–09), gefolgt von den affektiven Störungen (F30–39) mit 29 % und den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–19) mit 13 % (siehe Abbildung 46).

Abbildung 46: Stationäre Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern 2022



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL. In die Gruppe Sonstige mit einem Anteil von weniger als 1 % fallen: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–59), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69), Intelligenzstörung (F70-F79), Entwicklungsstörungen (F80-F89), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98), Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)

Die organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–09), spielen in den Altersgruppen ab 65 Jahren bei beiden Geschlechtern eine große Rolle bei den Krankenhausfällen in Bayern (Frauen 35 % der Fälle, Männer 43 % der Fälle). Männer wurden doppelt so häufig aufgrund einer Störung durch Substanzkonsum stationär behandelt wie Frauen (Frauen 9 % der Fälle; Männer 19 % der Fälle). Bei den weiblichen Krankenhausfällen sind bei den F-Diagnosen hingegen die affektiven Störungen (Frauen 33 % der Fälle; Männer 23 % der Fälle) und die Angststörungen (Frauen 14 % der Fälle; Männer 8 % der Fälle) stärker ausgeprägt.

Laut der **Schwerbehindertenstatistik** erhielten 2021 rund 100.000 Personen ab 65 Jahren einen

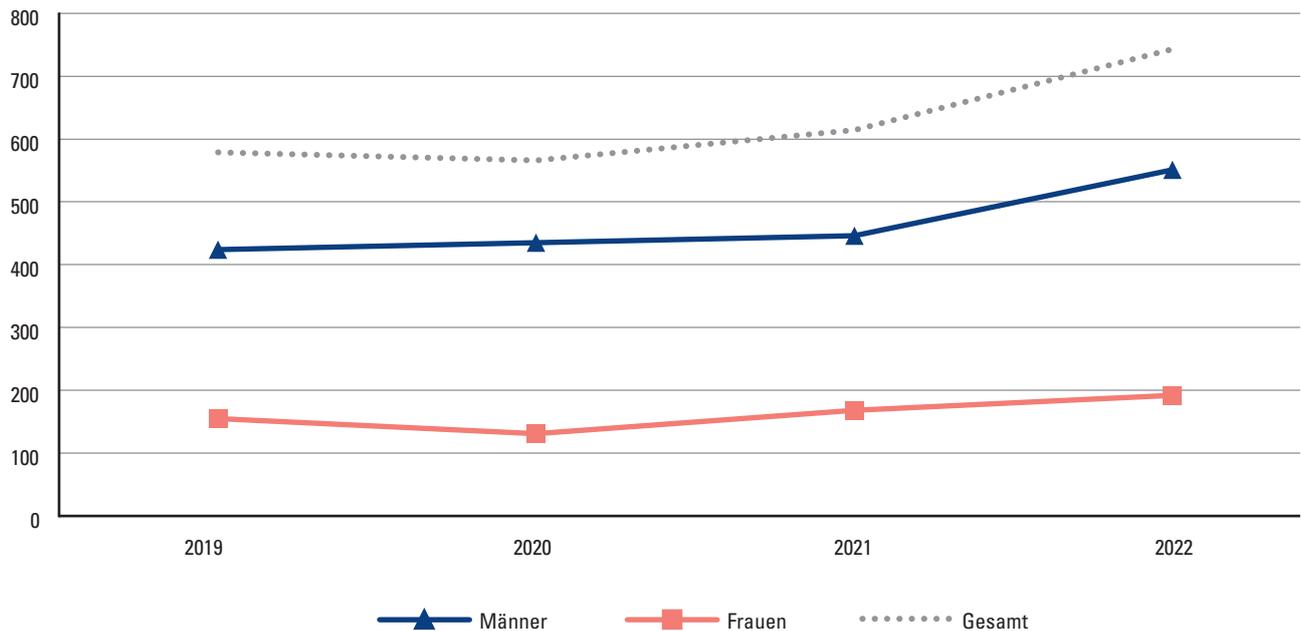
Schwerbehindertenausweis aufgrund einer zugrundeliegenden psychischen Erkrankung.

Regionale Unterschiede und zeitliche Veränderungen psychischer Störungen in Bayern für Erwachsene aller Altersgruppen wurden in Kapitel 5.2 beschrieben.

Häufigkeit von Suiziden

In Bayern gab es im Jahr 2022 743 Suizide bei Personen ab 65 Jahren (Frauen: 192; Männer: 551).³³⁰ In der Altersgruppe der 65-Jährigen und älter ist der Anstieg zwischen 2021 und 2022 am deutlichsten ausgeprägt und liegt bei 21 %, bei den Männern nochmals stärker als bei den Frauen (siehe Abbildung 47).

³³⁰ Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Statistisches Bundesamt.

Abbildung 47: Trendverlauf Suizidsterbefälle ab 65 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2019–2022

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Unter den 2.392 polizeilich bekannten Suizidversuchen in Bayern im Jahr 2022 entfielen 372 auf Menschen ab 60 Jahren. Weitere Daten zum

Suizidgeschehen in Bayern sind in Kapitel 3.2 aufgeführt.

Demenz und Suizidalität

Während vor einigen Jahren noch die Meinung galt, das Suizidrisiko sei bei Menschen mit Demenz nicht erhöht, ergibt die neuere Forschung ein anderes Bild: Mehrfach repliziert ist inzwischen der Befund, dass die Suizidwahrscheinlichkeit im ersten Jahr nach Erhalt der Diagnose „Demenz“ deutlich erhöht ist. In späten Krankheitsstadien, wenn kognitive Einschränkungen massiv werden, ist die Suizidgefahr dafür geringer. Ein weiterer Risikofaktor ist ein junges Alter (<60) bei Diagnosestellung (sogenannte „early onset dementia“).

Für die Kommunikation der Diagnose „Demenz“ (oder „leichte kognitive Störung“) gilt darum Folgendes:

- Zeit nehmen, emotionale Reaktion beachten, empathisch sein
- Angehörige oder andere Nahestehende einbeziehen
- Besondere Achtsamkeit bei Suizidversuch in der Vorgeschichte und/oder aktueller komorbider psychischer Störung (v.a. affektive, Sucht- oder Persönlichkeitsstörungen sowie Psychosen).

Je nach individueller Konstellation ist ggf. eine engmaschige Begleitung und Unterstützung bei der Verarbeitung der Diagnose angeraten. Diese sollte ein Screening auf Suizidalität und suizidpräventive Maßnahmen beinhalten. Auch Psychotherapie kann dabei indiziert sein. Mittler-

weile gibt es auch empirische Hinweise, dass eine Heimunterbringung für diese Patientengruppe suizidprotektiv ist.³³¹

Hilfreiche Hinweise für den Umgang mit Todeswünschen bei alten Menschen finden sich in den Broschüren der Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ des Nationalen Suizidpräventionsprogramms: <https://www.suizidpraevention.de/infothek/broschueren>.

6.3 Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung

Gesundheitsdienstleistungen für Erwachsene aller Altersgruppen und deren Angehörige sind in Kapitel 5.3 beschrieben. Die nachfolgenden Abschnitte greifen daher vorrangig altersspezifische Präventions- und Versorgungsangebote auf oder sofern Inanspruchnahmedaten für Menschen höherer Altersgruppen vorliegen.

Gesundheitsförderung und Prävention

Aus den vorhergehenden Ausführungen ergeben sich insbesondere die Bereiche Demenz, Depressionen und Suizidalität/Suizide sowie damit im Zusammenhang stehend Einsamkeit und soziale Isolation als wichtige Handlungsfelder der Prävention im Bereich psychische Gesundheit für ältere Menschen. Auch die Gewaltprävention – vor allem in der Pflege – ist nicht zuletzt aufgrund des Präventionsgesetzes aus dem Jahr 2015, das auch eine Stärkung der Prävention in der Pflege bewirken will, stärker in das Blickfeld gerückt.³³² Was Suchtproblematiken im Alter anbelangt, so geht es in dieser Altersgruppe eher um Hilfen für Betroffene und deren Angehörige, weniger um primärpräventive Ansätze zur Vermeidung von substanz- oder nicht-substanzgebundenem Konsum.

Hinsichtlich **dementieller Erkrankungen** liegt mittlerweile eine große Zahl an Studien zu modifizierbaren Risikofaktoren vor. Dazu gehören Verhaltensaspekte (übermäßiger Alkoholkonsum, Adipositas, Rauchen, körperliche Inaktivität), Lebensumstände (niedrige Bildung im frühen Lebensalter, soziale Isolation, Luftverschmutzung) und Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Depression, Diabetes, Hörminderung, Schädel-Hirn-Traumata). Die WHO schätzt, dass die genannten zwölf Risikofaktoren weltweit bis zu 40 % der Demenzen verursachen.³³³ Zu sehr ähnlichen Ergebnissen kommt eine Studie für Deutschland mit der Einschätzung, dass mehr als jede dritte Demenzerkrankung in Deutschland mit insgesamt elf potenziell modifizierbaren Risikofaktoren in Zusammenhang steht (Schädel-Hirn-Traumata wurden im Vergleich zur WHO-Studie nicht mit einbezogen). Allerdings wird die Kausalität des Zusammenhangs von Depressionen, sozialer Isolation und Hörminderung mit einer Demenz noch kontrovers diskutiert.³³⁴ In einigen Ländern zeichnen sich bereits sinkende alters-spezifische Demenz-Neuerkrankungsraten ab und werden auf Verbesserungen bei wichtigen Risikofaktoren in der Bevölkerung zurückgeführt.³³⁵ Insbesondere Präventionsmaßnahmen, die an mehreren Risikofaktoren ansetzen, gelten als aussichtsreich. Hierzu gehören

³³¹ Joshaghani, N., et al.: How Residing in a Long-Term Care Facility Affects Suicidal Risk in Patients With Dementia: A Systematic Review. *Cureus* 2022; 14(8).

³³² Siehe: Präventionsgesetz Artikel 6 https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&jumpTo=bgbl115s1368.pdf; GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. Berlin 2023.

³³³ Livingston, G. et al.: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396: 413–46.

³³⁴ Blotenberg I., Hoffmann W., Thyrian JR.: Dementia in Germany: epidemiology and prevention potential. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 470–6.

³³⁵ Nerius, M. et al.: Trends in der Prävalenz von Demenz und Parkinson – Eine Analyse auf Basis aller gesetzlich versicherten Personen im Alter 65+ in Deutschland zwischen 2009 und 2012. *Gesundheitswesen*. 2020; 82: 761–9; Livingston, G. et al.: Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* 2020; 396: 413–46.

Lebensstilinterventionen wie z. B. Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Ernährung und Bewegung, kognitives Training, Stärkung sozialer Aktivitäten und das Management metabolischer und vaskulärer Risikofaktoren. Wichtig ist ein frühzeitiges Einsetzen von Bemühungen zur Demenzprävention im Lebensverlauf, da viele der bekannten Risikofaktoren über die Lebens-

spanne hinweg wirken. Insofern ist auch das Potenzial von primär auf einen gesunden Lebensstil ausgerichteten Präventions- und Gesundheitsförderungsinitiativen für jüngere Altersgruppen auch für die Demenzprävention zu beachten. Es gilt der Leitsatz „Es ist nie zu früh und nie zu spät für Demenzprävention“.

Verbundprojekt AgeWell.de

Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Verbundstudie, an der auch die Ludwig-Maximilians-Universität München beteiligt ist, ist die erste großangelegte Interventionsstudie in Deutschland zur Untersuchung der Wirksamkeit eines multimodalen Ansatzes zur Prävention von Demenz. In der Studie kommen die Komponenten Förderung, körperlicher und sozialer Aktivität, kognitives Training, Ernährungsberatung sowie Optimierung der Medikation und kardiovaskulärer Risikofaktoren zum Einsatz.³³⁶ Ziel ist die Prävention geistiger Abbauprozesse und die Vermeidung bzw. Verzögerung des Auftretens von Demenz bei älteren Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Demenzrisiko in der Hausarztpraxis. Abschließend sollen Empfehlungen zu einer Umsetzung des Programms in der Versorgung älterer Menschen entwickelt werden.

Weitere Informationen dazu: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/agewell-de-eine-multizentrische-cluster-randomisierte-kontrollierte-multikomponenten-6945.php>

Die **seniorenpolitischen Leitlinien der Bayerischen Staatsregierung** fokussieren unter anderem die Stärkung von gesellschaftlicher Teilhabe und Partizipationsmöglichkeiten sowie den Erhalt der Mobilität älterer Menschen und tragen damit zu einer positiven Gestaltung von Rahmenbedingungen bei, die dem Entstehen von sozialer Isolation und Einsamkeit und von dadurch begünstigten psychischen Beeinträchtigungen und Störungen wie Depressionen und Demenz entgegenwirken.³³⁷ Ein weiteres politisches Rahmenkonzept ist die 2013 beschlossene **Bayerischen Demenzstrategie** der Bayerischen Staatsregierung, die aktuell mit vielen Partnerinnen und Partners des Bayerischen Demenzpakts weiterentwickelt wird. Zu deren zehn Handlungsfeldern zählen auch die Prävention sowie die

Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung zum Thema Demenz, letzteres auch, um der Stigmatisierung und Tabuisierung der Krankheit entgegenzuwirken (siehe dazu auch Kapitel 2.3).

Ein überproportional großer Anteil an **Suiziden** wird von älteren Menschen, insbesondere Männern, vorgenommen. Damit gehören diese zu den Hochrisikogruppen für Suizide (siehe auch Kapitel 3.2 und 6.2). Die Krisendienste und viele andere niedrigschwellige Beratungsangebote für Menschen in seelischen Krisen stehen Personen aller Altersgruppen offen. Die Daten der Krisendienste Bayern deuten jedoch an, dass gerade hochaltrige Menschen dieses Angebot verhältnismäßig wenig nutzen. Allerdings wird das Alter der betroffenen Anrufenden nicht routinemäßig

³³⁶ Röhr, S. et al.: Recruitment and Baseline Characteristics of Participants in the AgeWell.de Study—A Pragmatic Cluster-Randomized Controlled Lifestyle Trial against Cognitive Decline. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18: 408.

³³⁷ Für weitere Informationen siehe <https://www.stmas.bayern.de/senioren/index.php>.

aktiv erfragt, die Datenlage hierzu ist daher nur eingeschränkt belastbar.³³⁸ Diese Beobachtung wird jedoch auch durch die Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland bestätigt und die zentrale Rolle von Unterstützung aus dem engeren persönlichen Netzwerk, vor allem aus dem Familienkreis, betont.³³⁹ Dabei stehen bei alten Menschen nicht die Zahl der Kontaktpartner, sondern die Qualität der Kontakte im Vordergrund. Die Bekämpfung von Einsamkeit und die Schaffung von Möglichkeiten zu einem vertraulichen emotionalen Austausch sind daher wichtige Aspekte

der Suizidprävention im Alter. Insgesamt betrachtet, reicht das Spektrum der Suizidprävention im Alter von der Schaffung positiver gesellschaftlicher Altersbilder, Bekämpfung von Altersarmut und Isolation, der Enttabuisierung von Suizidalität und Suizid, dem Bemühen Lebensqualität, Wohlbefinden und Selbstbestimmung unter den Bedingungen des Alterns möglichst lange aufrecht zu erhalten bis hin zur (Früh-)Erkennung psychischer Erkrankungen bei Älteren und dem Angebot psychotherapeutischer und (geronto-)psychiatrischer Behandlung sowie einer angemessenen Begleitung Sterbender.³⁴⁰

„Habe die Ehre“

Das Präventionsprojekt „Habe die Ehre“ der bayerischen Gemeinde Zell will die Gesundheit älterer Menschen in schwierigen Lebenslagen verbessern und legt den Fokus dabei auf Einsamkeit, soziale Isolation und damit einhergehende psychische Erkrankungen wie z. B. Demenz, Depressionen oder Alkoholsucht. Mittels einer Bedarfserhebung und eines partizipativen Planungsprozesses unter Einbeziehung von Seniorinnen und Senioren sollen in der Gemeinde sowohl neue Strukturen zur Gesundheitsförderung und Prävention als auch entsprechende Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden. „Habe die Ehre“ wird im Rahmen der Landesrahmenvereinbarung Prävention durch die gesetzlichen Krankenkassen und das StMGP gefördert und von der Ludwig-Maximilians-Universität wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Evaluation soll die Umsetzung als auch die Ergebnisse des Projekts z. B. Veränderungen der psychosozialen Situation der Seniorinnen und Senioren, untersuchen. Im Anschluss an die Projektförderung soll das Projekt nachhaltig in der Gemeinde verankert werden.

Weitere Informationen unter <https://lzg-bayern.de/projektbeispiele/geofoerderte-projekte-lrv/habe-die-ehre-seniorinnen-und-senioren-in-der-gemeinde-zell-fit-halten>

Pflegebedürftigkeit betrifft überwiegend alte und hochbetagte Menschen. Im Jahr 2021 waren in Bayern laut der Pflegestatistik insgesamt knapp 580.000 Menschen pflegebedürftig, rund 470.000 davon waren 65 Jahre und älter. Der Großteil der Gepflegten wird zu Hause versorgt, mit zunehmendem Alter wächst jedoch der Anteil derer, die in stationären Einrichtungen gepflegt werden. Das Setting „Pflege“ bzw. „Pflegeheim“ ist daher ein wichtiger Bereich für präventive Maßnahmen, auch mit Blick auf die

psychische Gesundheit der Gepflegten. Dem trug das Präventionsgesetz aus dem Jahr 2015 Rechnung, mit dem die Pflegekassen erstmalig verpflichtet wurden, **Präventionsleistungen in voll- und teilstationären Pflegeeinrichtungen** zu erbringen (§ 5 SGB XI: „Prävention in Pflegeeinrichtungen, Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation“). Der „Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen“ des GKV-Spitzenverbands legt Kriterien hierfür fest und nennt neben den Bereichen

³³⁸ Zur Nutzendenstruktur der Krisendienste Bayern siehe deren Jahresberichte unter <https://www.krisendienste.bayern/ueber-uns/informationen-fuer-fachkreise/jahresberichte-2022/>.

³³⁹ Arbeitsgruppe „Alte Menschen“ im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPro). Wenn alte Menschen nicht mehr leben wollen. Situation und Perspektiven der Suizidprävention im Alter. 2015

³⁴⁰ Siehe auch: Schneider, B. et al.: Suizidprävention Deutschland. Aktueller Stand und Perspektiven. 2021: 141–169.

Ernährung und körperliche Aktivität auch folgende Handlungsfelder aus dem Bereich der psychischen Gesundheit: die Förderung kognitiver Ressourcen, der psychosozialen Gesundheit sowie die Gewaltprävention in der Pflege.³⁴¹

Studien deuten an, dass **Gewalt in der Pflege** nicht selten ist, auch wenn verlässlichen Daten dazu nur schwer zu erheben sind und von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss. Zudem gibt es Hinweise, dass das Risiko, Gewalt zu erfahren, bei stationär Pflegebedürftigen höher als bei häuslich Gepflegten ist.³⁴² Die Gewalt kann verschiedene Formen annehmen, darunter körperliche, emotionale und sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigung durch die Pflegenden, aber auch finanzielle Ausbeutung sowie vermeidbare Einschränkungen der Freiheit und Autonomie der Gepflegten. Dabei muss die Gewalt nicht unbedingt bewusst ausgeübt werden, manchmal geschieht dies unabsichtlich. Gewalterfahrungen können die psychische und körperliche Gesundheit der Betroffenen erheblich beeinträchtigen.

Im Rahmen der von 2018 bis 2021 durchgeführten Studie „Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege“ (PEKo 1.0) wurden rund 1.500 Mitarbeitende von knapp 50 Pflegeeinrichtungen in Deutschland befragt u. a. zur selbst ausgeübten Gewalt: 62 % der befragten Beschäftigten gaben an, in den letzten 3 Monaten mindestens einmal Bewohnerinnen oder Bewohner vernach-

lässigt zu haben, 49 % berichteten die Ausübung von psychischer Gewalt, 21 % von körperlicher Gewalt, 18 % von freiheitsentziehenden Maßnahmen und 1 % von sexueller Gewalt. Bei Kolleginnen und Kollegen beobachtete Gewaltausübung wurde häufiger berichtet als selbst ausgeübte Gewalt.³⁴³ Ziel der in der Studie erprobten Intervention war, vor allem Mitarbeitende aber auch Angehörige und die Gepflegten für Gewalt zu sensibilisieren und insbesondere den Mitarbeitenden Handlungssicherheit zu vermitteln mittels konkreter Hinweise zu Verhaltensweisen vor, während und nach Gewaltereignissen. Im Vorher-Nachher-Vergleich zeigten sich für die selbst ausgeübte Gewalt und die beobachtete Gewalt rückläufige Tendenzen.

Insgesamt betrachtet ist die Erkenntnislage zu wirksamen **Interventionen gegen Gewalt** gegen ältere Menschen noch unbefriedigend, wenngleich Instrumente zu Meldung und Dokumentation von Gewaltereignissen, die Einführung von Leit- und Richtlinien, Weiterbildungen für Mitarbeitende und die Sensibilisierung für leitende Fachkräfte als vielversprechend gelten.³⁴⁴ Eine im Auftrag des GKV-Spitzenverbands durchgeführte Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach dem Präventionsgesetz kommt bei der Sichtung der Literatur zum Thema Gewaltprävention zu dem Schluss, dass dieses Thema zwar viel Aufmerksamkeit erhält, aber Interventionen in diesem Bereich bisher zu wenig beforscht wurden.³⁴⁵

³⁴¹ GKV-Spitzenverband. Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. Berlin. 2023.

³⁴² Zentrum für Qualität in der Pflege: ZQP-Report. Gewaltprävention in der Pflege. Berlin 2017; Zentrum für Qualität in der Pflege: ZQP-Analyse. Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Berlin. 2023.

³⁴³ Köpke, S.: Gewaltpräventionsprojekt PEKo – Partizipative Entwicklung von Konzepten zur Prävention von Gewalt in der stationären Pflege. Abschlussbericht – Kurzversion. Ohne Jahresangabe. <https://peko-gegen-gewalt.de/berichte-und-veroeffentlichungen> [Abruf am 19.12.2023].

³⁴⁴ Marshall, K. et al.: Do interventions to prevent or stop abuse and neglect among older adults work? A systematic review of reviews. *J Elder Abuse Negl.* 2020; 32(5): 409–433.; Zentrum für Qualität in der Pflege: ZQP-Analyse: Gewalt gegen Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege. Berlin. 2023; GKV-Spitzenverband: Leitfaden Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 5 SGB XI in der Fassung vom 28.09.2023. Berlin. 2023.

³⁴⁵ Vollmer, J. et al.: Endbericht: Wissenschaftliche Evaluation der präventiven Leistungen der Pflegekassen nach § 5 SGB XI. 2022: 22–28. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/2022_Endbericht_Evaluation_praeventive_Leistungen_Pflegekassen__5_SGB_XI_final.pdf [Abruf am 19.12.2023].

Pflege in Bayern – Gesund und gewaltfrei

Das Präventionsprojekt „Pflege in Bayern – Gesund und gewaltfrei“ ist ein von 2020 bis 2023 umgesetztes Vorhaben in Kooperation von AGP Sozialforschung, der Hans-Weinberger-Akademie sowie der Hochschule München unter Förderung durch zahlreiche Kranken- und Pflegekassen. Es beteiligen sich 40 stationäre Pflegeeinrichtungen in Bayern mit dem Ziel, gesundheitsfördernde und gewaltfreie Bedingungen im Setting stationäre Langzeitpflege sowohl für Mitarbeitende als auch für Bewohnerinnen und Bewohner zu schaffen und so die betriebliche Gesundheitsförderung und die Gewaltprävention miteinander zu verknüpfen. Im Rahmen des Projekts kommt eine Vielzahl unterschiedlicher Ansätze zur Anwendung, darunter z. B. Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung sowie Workshops und Trainings für Mitarbeitende zur Deeskalation und Stressbewältigung. Die in den Einrichtungen implementierten Maßnahmen sollen langfristig in der Organisations- und Unternehmenskultur verankert werden und damit nachhaltig wirken. Im Zuge des Projektes ist auch eine Zusammenstellung von Good Practice-Beispielen zu angewandten Ansätzen entstanden, die einen Beitrag zur Gewaltprävention und Gesundheitsförderung leisten können.³⁴⁶

Mehr dazu unter <https://www.gesund-gewaltfrei.bayern/>

Gemäß dem Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbands wurden im Jahr 2022 insgesamt gut 2.500 aller etwas mehr als 16.000 vollstationären sowie Tagespflegeeinrichtungen in Deutschland mit Leistungen zur Prävention in der Pflege nach § 5 SGB XI erreicht (16 % der Einrichtungen).³⁴⁷ Dabei befassten sich 65 % der dokumentierten Maßnahmen zur Prävention in der Pflege mit dem Handlungsfeld „Stärkung der kognitiven Ressourcen“ und 50 % mit dem Bereich „psychosoziale Gesundheit“. Seltener zielten Maßnahmen auf die Prävention von Gewalt in der Pflege (18 % der dokumentierten Maßnahmen). Mehrfachnennungen waren möglich. Während im Vergleich zu 2021 die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Maßnahmen in den Bereichen Stärkung der kognitiven Ressourcen und Förderung der psychosozialen Gesundheit leicht gestiegen ist, war der Anteil der Einrichtungen mit Maßnahmen im Bereich Gewaltprävention rückläufig. Insbesondere dieser Bereich wird daher

als ausbaufähig bewertet. Gesonderte Daten für Bayern liegen aus dem Bericht nicht vor.

Beispiele für störungsspezifische Präventionsansätze finden sich in den jeweiligen störungsspezifischen Abschnitten dieses Berichts. Weitere exemplarische Programme, (Modell-)Projekte und Maßnahmen in Bayern zur Förderung der psychischen Gesundheit älterer Menschen sind im Tabellenanhang gelistet.

Niedrigschwellige Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung

Für Erwachsene aller Altersgruppen spielen die **Sozialpsychiatrischen Dienste** (SpDi) eine wichtige Rolle und für Erwachsene mit einer Suchtproblematik die **Psychosozialen Suchtberatungsstellen** (PSB)³⁴⁸. Für Menschen in höheren Altersgruppen gibt es darüber hinaus die **Gerontopsychiatrischen Dienste** (GpDi). In einigen

³⁴⁶ Weitere aktuelle Beispiele zu Ansätzen der Gewaltprävention in der Pflege in Deutschland finden sich auch im Präventionsbericht 2023 von MD Bund und GKV-Spitzenverband; Siehe MD Bund, GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. 2023: 133–146.

³⁴⁷ MD Bund, GKV-Spitzenverband: Präventionsbericht 2023. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2022. 2023: 112–132.

³⁴⁸ In Oberbayern und Schwaben gibt es zudem Kontaktläden sowie Kontakt- und Begegnungsstätten für Erwachsene mit einer Suchtproblematik.

Bezirken wird dieses Angebot auch über die Sozialpsychiatrischen Dienste bereitgehalten. Für Betroffene und deren Angehörige bieten sie flächendeckend niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote an (sowohl im Einzel-

kontakt als auch im Rahmen von Gruppenangeboten). Mit 2,9 je 100.000 Einwohnern ab 65 Jahren weist die Oberpfalz die meisten Gerontopsychiatrischen Fachkräfte auf (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Gerontopsychiatrische Dienste (GpDi), 2021

Regierungsbezirk	Anzahl der GpDi-Fachkräfte pro 100.000 EW. über 65 Jahren
Oberbayern	1,9
Niederbayern	2,8
Oberpfalz	2,9
Oberfranken	1,5
Mittelfranken	2,6
Unterfranken	1,2
Schwaben	1,7

Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag (Stichtag 31.12.2021)

Insgesamt verzeichnen die Sozialpsychiatrischen Dienste und die Gerontopsychiatrischen Dienste im Jahr 2021 rund 12.200 Besucher 60 Jahre und älter (siehe Kapitel 5.3, Abbildung 35). Die

Psychosozialen Suchtberatungsstellen verzeichneten im Jahr 2021 insgesamt mehr als 5.000 Besucher ab 60 Jahren (siehe Kapitel 5.3, Abbildung 36).³⁴⁹

Projekt „Online-Demenzsprechstunde“

Um insbesondere die Gruppe der pflegenden Angehörigen mit einem ungedeckten Beratungsbedarf zu erreichen, wird seit 01.07.2023 eine „**Online-Demenzsprechstunde**“ von Desideria Care e.V. angeboten, die die bestehende Beratungslandschaft in Bayern durch ein barrierefreies digitales Online-Beratungsangebot per Website, E-Mail und Live-Chat (am Abend und am Wochenende) ergänzt. Ziel ist es, Ratsuchende zu unterstützen und frühzeitig – idealerweise vor oder kurz nach der Diagnosestellung – zu erreichen. Das Angebot nimmt u. a. auch die Zielgruppe der Young Carers in den Fokus. Im Rahmen der Online-Demenzsprechstunde wird relevantes Wissen vermittelt, eine Orientierung zu bestehenden Beratungs- und Entlastungsangeboten gegeben und auf die Wichtigkeit einer differenzierten Diagnostik hingewiesen. Die Online-Demenzsprechstunde wird von einem interdisziplinären Team von Expertinnen und Experten durchgeführt, das die Fachbereiche Neuropsychologie, Gerontologie und Neurologie abdeckt. Im Rahmen des Projekts wird testweise auch ein Live-Chat Angebot speziell für Hausärztinnen und Hausärzte erprobt, in dem medizinische Fragen an das Team gerichtet werden können. Das Projekt wird vom StMGP sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung über einen Zeitraum von 36 Monaten gefördert und wissenschaftlich begleitet.

Mehr Informationen unter <https://www.frag-nach-demenz.de>

³⁴⁹ Datenquelle: Bayerischer Bezirkstag. Geschlechterdifferenzierte Daten dazu liegen nicht vor.

Ambulante und (teil-)stationäre medizinische Versorgung

Die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung für Erwachsene aller Altersgruppen ist in Kapitel 5.3 beschrieben. In der **ambulanten Versorgung** im GKV-System hatten in Bayern 2022 etwa 952.000 gesetzlich Versicherte ab 65 Jahren eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen (siehe dazu auch Kapitel 3.1).

An der ambulanten Versorgung von Menschen im höheren Lebensalter wirken des Weiteren die psychiatrischen **Institutsambulanzen** (PIA) gemäß § 118 SGB V mit, teils mit ausgewiesenem gerontopsychiatrischen Profil. Von den rund 110.000 PIA-Fällen im Jahr 2021 ist etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten 60 Jahre und älter (siehe dazu auch Kapitel 5.3).³⁵⁰ Daneben leisten auch die geriatrischen Institutsambulanzen in Bayern einen Beitrag zur ambulanten Versorgung insbesondere älterer, multimorbider Patientinnen und Patienten mit psychischen Problemen. 2021 gab es in Bayern zwei Krankenhäuser mit einer geriatrischen Institutsambulanz (GIA).

In vielen Kliniken gibt es speziell ausgewiesene Abteilungen für Gerontopsychiatrie, die insbesondere die Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen. Genaue Zahlen zur Angebotsstruktur speziell für ältere Menschen liegen nicht vor. Im Jahr 2022 gab es 25.793 **vollstationäre Behandlungsfälle** in (Akut-) Krankenhäusern infolge psychischer Störungen bei Patientinnen und Patienten im Alter ab 65 Jahren mit Wohnsitz in Bayern.

Bayern lag bei der Zahl vollstationärer Behandlungen bei den über 65-Jährigen in den letzten Jahren in etwa im Bundesdurchschnitt. Die durchschnittliche **Verweildauer** bayerischer Patientinnen und Patienten, die im Jahr 2022 wegen psychischer Verhaltensstörungen (F00-F99) vollstationär behandelt wurden, ist bei den über 65-Jährigen etwas höher als im Bundesdurchschnitt (Bayern: 25,7, Deutschland 23,7). Dabei weisen die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F20–F29) mit 40,5 Tagen den höchsten Wert auf, gefolgt von den Affektiven Störungen (F30-F39) mit 36,3 Tagen.³⁵¹

Demenz im Krankenhaus

Im Krankenhaus sind Demenzen als Hauptdiagnose verhältnismäßig selten. 2022 wurden in Bayern 5.007 Betroffene wegen einer Demenz behandelt, darunter 2.848 Menschen mit Alzheimer Demenz. Allerdings spielt Demenz als eine der häufigsten Nebendiagnosen auch in der stationären Versorgung eine wichtige Rolle, weil dann die Behandlung erheblich erschwert werden kann. Der DRG-Statistik zufolge, die Abrechnungsleistungen der Krankenhäuser dokumentiert, wiesen im Jahr 2022 in Bayern mehr als 100.000 stationäre Fälle die Nebendiagnose Demenz auf. 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.³⁵²

Die beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) angesiedelte **„Koordinierungsstelle Bayern Demenz im Krankenhaus (KBDIK)“** berät Kranken-

³⁵⁰ Die Inanspruchnahme von Institutsambulanzen mit gerontopsychiatrischem Profil wird hier miteingefasst; BIDAQ: Ambulante Basisdokumentation Bayern Psychiatrische Institutsambulanzen Erwachsenenpsychiatrie 2021 Gesamtauswertung mit gemeinsamer Bewertung der Vereinbarungspartner. BIDAQ 2023.

³⁵¹ Datenquelle: Statistisches Bundesamt.

³⁵² Bickel, H.: Prävalenz von Demenz und kognitiver Beeinträchtigung in Krankenhäusern. Ergebnisse der General Hospital Study (GHOSt). In: Dtsch Arztebl 2018, 11(44): 734.

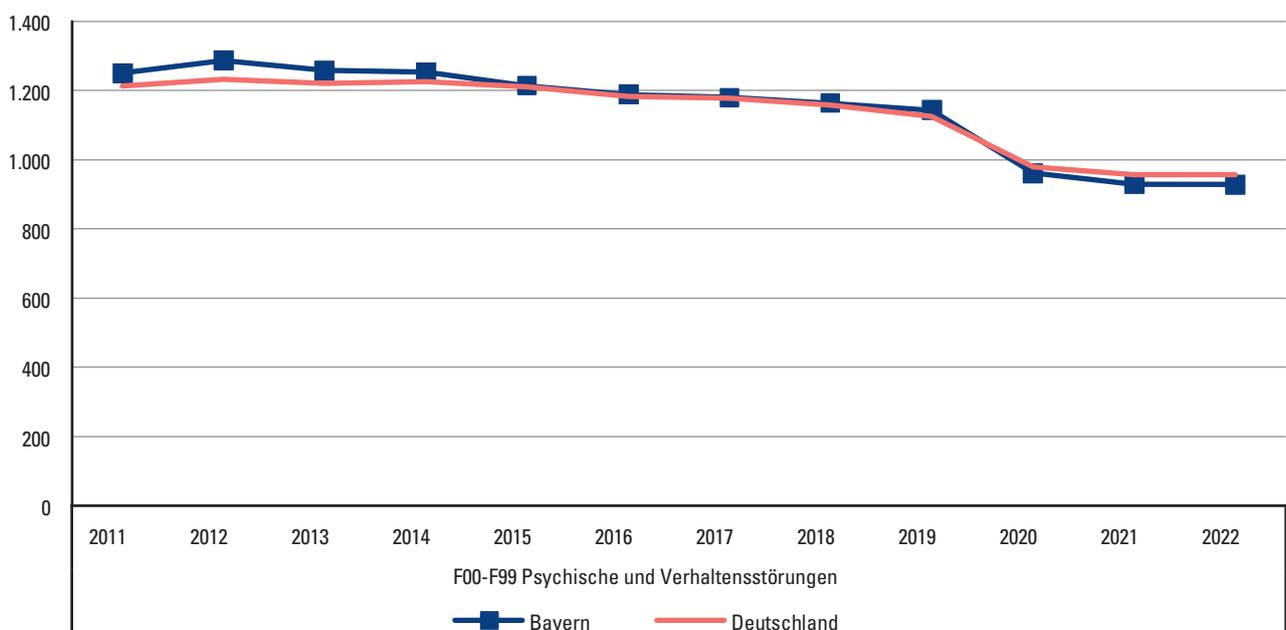
häuser in Bayern auf dem Weg zum demenzsensiblen bzw. -freundlichen Krankenhaus. Die KBDIK bietet bayerischen Krankenhäusern auf allen Ebenen eine individuelle und kostenfreie Fachberatung zur Einführung demenzsensibler Konzepte. Darüber hinaus unterstützt sie bei der Weiterentwicklung bestehender Konzepte vor Ort, fördert den Wissenstransfer, unterstützt die Einrichtung einer Online-Datenbank zu Beispielen guter Praxis, informiert im Rahmen von Fachtagen und Fachsymposien zu aktuellen Entwicklungen, begleitet und unterstützt die Vernetzung von Akteuren in bayerischen Krankenhäusern und informiert zu Schulungen von Mitarbeitenden der Krankenhäuser. Sie wird im Zeitraum 01.04.2023 bis 31.03.2026 vom StMGP sowie der sozialen und privaten Pflegeversicherung als Modellprojekt gefördert.

Die Zahl der vollstationären Behandlungen infolge von psychischen Erkrankungen ist zwischen 2014 und 2019 sowohl in Bayern als auch im Bundes-

durchschnitt leicht zurückgegangen. Im ersten Jahr der **Corona-Pandemie** sind die Fallzahlen starker zurückgegangen (siehe Abbildung 48).

Abbildung 48: Vollstationäre Krankenhaufälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022

Fälle je 100.000 Einwohner



Datenquelle: Statistisches Bundesamt

Für Krankenhaufälle mit Wohnsitz in Bayern zeigt sich für die über 65-Jährigen zwischen 2019 und 2020 ein Rückgang der bevölkerungsbezogenen Rate um 13 %. Diese Entwicklung zeigt sich nicht in gleichem Umfang über alle Diagnosegruppen. Der Rückgang der Fallzahlen ist bei den psychischen Störungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19), den affektiven Störungen (F30–F39) und den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) stärker ausgeprägt als bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (F20–F29).

In besonderen Fällen kann es notwendig sein, dass Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer kognitiven Beeinträchtigung die Notwendigkeit einer medizinischen Maßnahme nicht erkennen oder nach dieser Einsicht nicht handeln können, gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden. Die Anzahl der nach BayPsychKHG in einem Krankenhaus gerichtlich untergebrachten Erwachsenen ab 65 Jahre betrug bei den sofortig vorläufig Untergebrachten 3.007 gemeldete Fälle. Bei den gerichtlich angeordneten **Unter-**

bringungen wurden im Jahr 2021 580 Fälle gemeldet. Genaue Zahlen zu den Unterbringungen in psychiatrischen Kliniken auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften wie auch die Erfassung von Zwangsmaßnahmen in somatischen Kliniken liegen nicht vor. Weiterführende Informationen zu Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen in Bayern sind in Kapitel 7.3 zu finden.

Medizinische Rehabilitation

Die Angebotsstruktur zur medizinischen Rehabilitation von Erwachsenen mit einer psychischen Erkrankung aller Altersgruppen ist in Kapitel 5.3 beschrieben. Daten zur Inanspruchnahme von stationären Reha-Leistungen – unabhängig vom Leistungsträger – liegen nicht vor.³⁵³ Die Deutsche Rentenversicherung, als häufigster Träger von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, weist 2022 3.927 bayerische **Reha-Fälle** im Alter von 60 Jahren und älter infolge einer psychischen Erkrankung aus. Bei nahezu zwei Drittel der Behandlungsfälle handelt es sich um Affektive Störungen (F30–39), gefolgt von den Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

(F40–48) mit 30 %. Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen (F10–19) spielen bei den Über-60-Jährigen eine weitaus geringere Rolle als in den anderen Altersgruppen. Insgesamt ist der Frauen- und Männeranteil hier in etwa ausgeglichen. Allerdings gibt es bei einzelnen Leistungsarten deutliche Geschlechtsunterschiede. So nehmen Männer Entwöhnungsbehandlungen doppelt so häufig in Anspruch wie Frauen.

Leistungen der ambulanten und stationären Pflege

Altersübergreifende Daten zu Leistungen der ambulanten und stationären Pflege wurden in Kapitel 3.3 beschrieben. 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. Nach einem Rückgang der Plätze um etwa 20 % im Jahr 2020, ist die Platzzahl 2022 erneut stark gesunken (2022: 24.790 Plätze). Dies ist vermutlich auch auf die Beschränkungen im Zuge der Corona-Pandemie zurückzuführen.

Tabelle 20: Pflegebedürftige in Pflegeheimen für psychisch Kranke, Bayern 2011–2021

	2011	2013	2015	2017	2019	2021
Pflegebedürftige insgesamt	1.748	1.454	1.839	2.009	2.155	1.756
davon nur Dauerpflege	1.467	1.328	1.570	1.841	1.911	1.717

Datenquelle: LfStat

³⁵³ Die Krankenhausstatistik umfasst bei den Diagnosedaten nur Reha-Kliniken mit mehr als 100 Betten.

Angebote zur Unterstützung im Alltag

Zur Stärkung der häuslichen Versorgung und Entlastung der pflegenden Angehörigen stehen in Bayern rund 2.650 Angebote zur Unterstützung im Alltag (Stand: 30.06.2024) zur Verfügung. Dazu zählen unter anderem Betreuungsgruppen, ehrenamtliche Helferkreise zur häuslichen Betreuung und Alltagsbegleitung sowie haushaltsnahe Dienstleistungen. Seit 01.01.2021 ist im Freistaat Bayern die Erbringung der Angebote auch durch ehrenamtlich und selbstständig tätige Einzelpersonen unter bestimmten Qualitätskriterien möglich, wobei bislang über 6.730 ehrenamtlich tätige Einzelhelfende bei den Fachstellen für Demenz und Pflege registriert wurden (Stand: 30.06.2024). Diese Angebote tragen wesentlich dazu bei, dass insbesondere Menschen mit Demenz weiterhin zuhause leben können.

Mehr dazu unter <https://www.stmgrp.bayern.de/pflege/pflege-zu-hause/angebote-zur-unterstuetzung-im-alltag/>

Fachstellen für Demenz und Pflege

Das StMGP 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, Angebote zur Unterstützung im Alltag sowie Beratungsangebote im Bereich der Pflege noch weiter in die Fläche zu bringen und sind zentrale Anlaufstellen für alle Fragen rund um das Thema Demenz (<https://www.demenz-pflege-bayern.de/>).

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 anderem 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.

Leistungen zur gesellschaftlichen Teilhabe

Altersübergreifende Daten zu Leistungen der sozialen und beruflichen Teilhabe wurden in Kapitel 3.3 beschrieben. Altersdifferenzierte Daten liegen nur für das gemeinschaftliche bzw. einzelbetreute Wohnen vor. In den Altersgruppen ab 60 Jahre wurde das Angebot insgesamt von 3.293 Personen genutzt.

7. VERSORGUNG GUT UND MENSCHEN- WÜRDIG GESTALTEN

7. Versorgung gut und menschenwürdig gestalten

Das Wichtigste

- Der Fachkräftemangel zieht sich durch alle Bereiche der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- In den Bedarfsplanungsarztgruppen „Kinder- und Jugendpsychiater“, „Nervenärzte“ „Psychotherapeuten“ weist lediglich ein Planungsbereich (ROR Westmittelfranken für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater) eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie auf. Trotz teilweise hoher Versorgungsgrade gibt es vielfach lange, teils mehrmonatige Wartezeiten.
- Das System der psychischen Krisen- und Notfallversorgung in Bayern ist multiprofessionell, komplex und spiegelt die Vielschichtigkeit psychischer Krisen und psychiatrischer Notfälle wider. Wichtige Unterstützungsangebote werden nicht nur innerhalb des psychosozialen bzw. psychiatrischen Versorgungssystems vorgehalten.
- Im Jahr 2022 wurden bayernweit insgesamt 17.405 vorläufige öffentlich-rechtliche Unterbringungen und 3.013 Fälle gerichtlich angeordnete öffentlich-rechtliche Unterbringungen gemeldet.
- Letzten Schätzungen zufolge verursachen psychische Störungen bayernweit etwa 9 Mrd. Euro direkte Krankheitskosten. Zudem entstehen indirekte Kosten wie z. B. Produktionsausfälle aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten, die die direkten Krankheitskosten um ein Vielfaches übersteigen.
- In Bayern gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Gremien, die eine systematische Planung und Evaluation, Steuerung und Qualitätsentwicklung des gesamten Hilfesystems in einer definierten Region zum Ziel haben.
- Stand Februar 2023 gibt es insgesamt 62 regionale Kooperationsverbände. In vielen Verbänden fehlen (dauerhaft oder punktuell) wichtige Akteure, Einrichtungen und Behörden.

Wenn Hilfe abgelehnt wird

„Der vom Angehörigenverband angebotene Kurs zur Psychoedukation hat mir die Augen geöffnet. Endlich habe ich die Erkrankung meiner Mutter verstanden. Leider lehnt sie weiterhin jede Hilfe ab, so dass all meine Bemühungen im komplizierten Versorgungssystem die richtige Unterstützung zu finden, umsonst waren. Sie fühlt sich nicht krank. Sie geht nirgends hin. Sie lässt niemanden zu sich in die Wohnung. Sie spricht mit niemanden mehr. Nur ich als Tochter bleibe als Kontaktperson. Manchmal will ich einfach nichts mehr von ihr hören und auch keine Ratschläge, was ich vielleicht noch alles probieren und als Hilfe anbieten könnte.“
(Angehörige, 20-40 Jahre)

7.1 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.

Barrierefreiheit - bessere Zugangsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen

Eine bedarfsgerechte Versorgung verlangt einen gleichberechtigten Zugang zu Unterstützungs- und Behandlungsangeboten ohne Barrieren. Barrierefreiheit umfasst neben Vorkehrungen für Menschen mit eingeschränkter Mobilität auch Orientierungshilfen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen sowie für Menschen mit Hör- oder Sehbehinderungen wie z. B. taktile Orientierungshilfen. Menschen mit Behinderung können unter bestimmten Voraussetzungen ihre gewohnte Assistenzperson während eines Krankenhausaufenthalts mitnehmen (Assistenzleistungen bei einem stationären Krankenhausaufenthalt).

Laut einer Erhebung der Stiftung Gesundheit verfügten 2023 nur rund ein Drittel der ambulanten Arzt- und Psychotherapeutenpraxen in Bayern über spezifische Vorkehrungen für Menschen mit eingeschränkter Mobilität und etwa ein Fünftel über Vorkehrungen für Menschen mit einer Hörbehinderung bzw. mit kognitiven Einschränkungen vorbereitet. Eine differenzierte Darstellung ausschließlich für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich wird in der Erhebung nicht vorgenommen.³⁵⁴ Weiterhin fehlen Daten zur Barrierefreiheit aus anderen Versorgungsbereichen.

Wie andere Bereiche der Gesundheitsversorgung leidet auch das psychiatrische Versorgungssystem inkl. der komplementären Unterstützungsangebote unter **Fachkräftemangel** bzw. Stellenbesetzungsproblemen. Laut dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) gaben zum Jahreswechsel 2022/2023 77 % der psychiatrischen und psychosomatischen Fachkrankenhäuser sowie Allgemeinkrankenhäusern mit psychiatrischer oder psychosomatischer Fachabteilung (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. –psychotherapie) Probleme bei der Besetzung ärztlicher Stellen an. 86 % haben Probleme offene

Stellen im Pflegedienst zu besetzen und 41 % bei den psychologischen Psychotherapeuten und Psychologen. Die Stellenvakanzen in weiteren patientennahen Berufsgruppen wie im Sozialdienst oder in Spezialtherapien (Ergotherapie etc.) bewegen sich in einer ähnlichen Größenordnung zwischen 44 % und 52 %.³⁵⁵ Auch der ambulante Versorgungsbereich ist vom Fachkräftemangel betroffen. Hier zeigen sich anhaltende Probleme bei der Wiederbesetzung von Sitzen bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, zudem Engpässe bei den medizinischen Fachangestellten.³⁵⁶ Viele Pflegedienste und sta-

³⁵⁴ Siehe <https://www.stiftung-gesundheit.de/studien/analysen-versorgungslandschaft/barrierefreiheit/> [Abruf am 26.07.2024].

³⁵⁵ Blum, K. et al.: Psychiatrie Barometer. Umfragen 2022/2023. Deutsches Krankenhaus Institut. Düsseldorf. 2023 https://www.dki.de/fileadmin/forschungsberichte/2023_Final_Psych-Barometer_0.pdf [Abruf am 25.06.2024].

³⁵⁶ Vgl. Bramesfeld, A.: Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. Bundesgesundheitsblatt 2023; 66: 363–370; SVR: Gutachten 2024 Fachkräfte im Gesundheitswesen Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf [Abruf am 25.06.2024].

tionäre Pflegeeinrichtungen können aufgrund des Personalmangels nicht alle Anfragen von Klientinnen und Klienten bedienen bzw. ihre Pflegeplätze belegen.³⁵⁷ Darüber hinaus zeigen sich Fachkraftlücken in der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung und in den ambulanten sowie stationären Jugendhilfestrukturen.³⁵⁸

Hinsichtlich der Inanspruchnahme des Versorgungssystems zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen. 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.³⁵⁹

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. Die beiden wichtigs-

ten Gruppen bei der **medikamentösen Therapie** sind die Psycholeptika (N05) und die Psychoanaleptika (N06).³⁶⁰ 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.

Zusammengenommen belegten die Gruppen Psycholeptika (N05) und Psychoanaleptika (N06) im Jahr 2022 mit bundesweit etwa 1,8 Mrd. Euro Bruttoumsatz und mit einem Verbrauch von 2,3 Mrd. definierten Tagesdosen (DDD)³⁶¹ einen der vorderen Plätze im Fertigarzneimittelbereich. Sie zählen somit zu den sehr häufig verordneten Arzneimitteln.³⁶² In Bayern entfielen rund 269 Mio. Euro und ca. 377 Mio. DDD auf die beiden Psychopharmakagruppen. Insgesamt ist die **Verordnung von Psychopharmaka** in den letzten Jahren in Bayern angestiegen (siehe Abbildung 49). Dies gilt jedoch nur für die Gruppe der Psychoanaleptika (N06). Die Verordnung der Psycholeptika (N05) ging in den letzten Jahren zurück, mit Ausnahme im Jahr 2021.

³⁵⁷ Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB): Monitoring Pflegepersonalbedarf Bayern 2023. VdPB. München. 2023. <https://www.vdpb-bayern.de/wp-content/uploads/2024/01/240115-Monitoring-Pflegepersonalbedarf-Bayern-2023-VdPB.pdf> [Abruf am 25.06.2024].

³⁵⁸ Exemplarisch Bezirk Oberbayern (BZOB): Fachkräftemangel in der Eingliederungshilfe. Aktuelle Lage der Maßnahmen in Oberbayern 2024. BZOB 2024. https://www.bezirk-oberbayern.de/Der-Bezirk-Oberbayern/Aktuelles-Presse/Pressemeldungen/Fachkr%C3%A4ftemangel-in-der-Eingliederungshilfe.php?object=tx_3432.15.1&ModID=255&FID=3432.2498.1&NavID=2378.22 [Abruf am 25.06.2024]; Romanos, M, et al.: Wie sichern wir in Zukunft die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen? Bundesgesundheitsbl 2024; 67(4): 482–489.

³⁵⁹ 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.

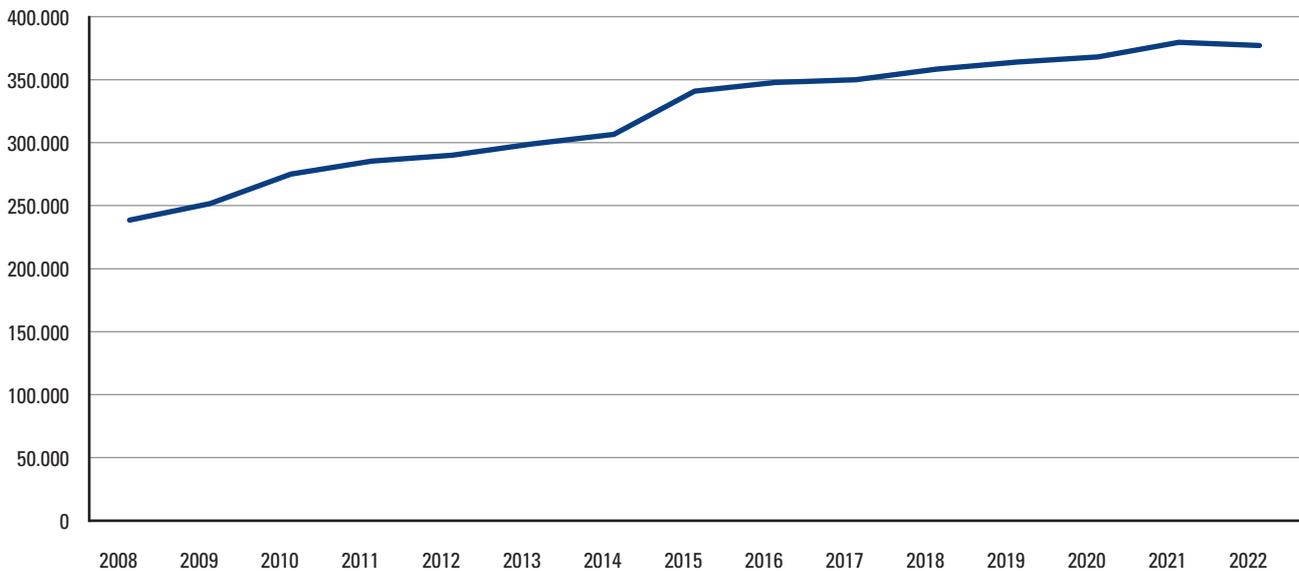
³⁶⁰ Die Kennzeichnungen beziehen sich auf die „Anatomisch-Therapeutisch-Chemische (ATC) Klassifikation“, eine amtliche Klassifikation für pharmakologische Wirkstoffe.

³⁶¹ Eine definierte Tagesdosis (DDD) ist die angenommene mittlere tägliche Erhaltungsdosis für die Hauptindikation eines Wirkstoffes bei Erwachsenen.

³⁶² Datenquelle: GamSi. Seit 2015 wird der Verbrauch von Psychoanaleptika (N06) und Psycholeptika (N05) getrennt ausgewiesen.

Abbildung 49: Verordnung von Psychopharmaka (N05 und N06), Bayern 2008–2022

Definierten Tagesdosen (DDD) in Tausend



Datenquelle: GamSi

Insgesamt erhielten 2022 der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge 7,6 % der Patientinnen und Patienten (alle Altersgruppen) mit einer psychischen Störung eine psychotherapeutische Behandlung, 35,0 % wurden medikamentös therapiert.³⁶³ 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 3.1) 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 Psy-

chosomatischen Grundversorgung, die bereits seit längerer Zeit besteht, sind dies weitere niedrigschwellige Versorgungsangebote in der Versorgung psychischer Störungen.

Für die einzelnen psychischen Erkrankungen werden bestimmte Diagnose- und Therapiemöglichkeiten empfohlen und in sogenannten Versorgungsleitlinien beschrieben.³⁶⁴ Die Leitlinie für

Medikamente und Alternativen

„Ich bin erst zu einem Facharzt gegangen, als es gar nicht mehr anders ging. Seitdem haben sich stationäre und ambulante Behandlungen abgewechselt. Medikamente nehme ich auch. Inzwischen auch ziemlich hoch dosiert. Ich wünschte mir außer den Medikamenten andere wirksame Behandlungsmethoden.“ (Betroffene, 40-60 Jahre)

³⁶³ 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 Patientinnen und Patienten eine Kombination aus medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung erhalten.

³⁶⁴ DGPPN: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. <https://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien.html> [Abruf am 11.2.21].

Unipolare Depression bei Erwachsenen beispielsweise differenziert im Hinblick auf empfohlene Behandlungsmethoden insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und des Verlaufs der depressiven Erkrankung: So können bei leichten depressiven Erkrankungen zunächst Maßnahmen mit niedriger Intensität (wie Gespräche unter Anwendung psychotherapeutischer Verfahren, Anleitung zur Selbsthilfe) erfolgen. Hin-

gegen wird bei einer mittelgradigen Depression eine medikamentöse oder eine Psychotherapie empfohlen; eine Kombinationsbehandlung wird bei einer schweren oder chronischen Depression empfohlen.³⁶⁵ Analysen von Abrechnungsdaten von unterschiedlichen Krankenkassen haben allerdings gezeigt, dass Menschen mit behandlungsbedürftigen Depressionen nicht immer leitliniengerecht behandelt werden.³⁶⁶

Psychotherapeutische Sprechstunde – Akutbehandlung – Richtlinienpsychotherapie

Die psychotherapeutische Sprechstunde ist eine Voraussetzung (mit Ausnahmen) für die Aufnahme einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie wie z. B. der Verhaltenstherapie, der analytischen Psychotherapie oder der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Neben der Beratung und der Klärung des individuellen Hilfebedarfs dient die psychotherapeutische Sprechstunde ebenso der Abklärung weiterer Hilfemöglichkeiten. 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 längerfristigen Therapie anschließen. Vor Beantragung einer weiterführenden Therapie finden sogenannte probatorische Sitzungen statt. Hier erfolgt unter anderem die weitere diagnostische Klärung des Krankheitsbildes.

Wie bereits beschrieben, stehen neben den Kinder- und Jugendarztpraxen sowie den Hausarztpraxen verschiedene Fachärzte und Therapierende aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich für die ambulante Versorgung in Bayern zur Verfügung (siehe Kapitel 3.3, 4.3 und 5.3). In welcher Region sich wie viele Ärztinnen und 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, insbesondere die Festlegung der Arztgruppen, der zugehörigen Planungsbereiche und

der Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen als Sollgröße erfolgt in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Der G-BA ist das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen bzw. Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen. Auf Landesebene wird durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen alle sechs Monate für jeden Planungsbereich und für jede Arztgruppe das Verhältnis zwischen Einwohner- und Arztzahl ermittelt und zur Beurteilung der Versorgungslage mit der Verhältniszahl der Bedarfsplanungs-Richtlinie verglichen. Hieraus ergibt sich ein Versorgungsgrad in Prozent. Ab einem Versorgungsgrad von 110 %

³⁶⁵ DGPPN: S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression Kurzfassung, 2. Auflage, Version 1, 2017.

³⁶⁶ Siehe Stahmeyer, J.T. et al.: Versorgungssituation von Menschen mit Depressionsdiagnose. Eine Analyse auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 458–65; Melchior, H., Schulz, H., Härter, M.: Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik

und Behandlung von Depressionen. Gütersloh 2014. https://www.faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf [Abruf am 11.2.21].

besteht Überversorgung und es müssen Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden. Stellen die Landesausschüsse eine drohende oder bereits eingetretene Unterversorgung fest, werden entsprechende Sicherstellungsmaßnahmen durch die Kassenärztliche Vereinigung eingeleitet.

Stand August 2023 zeigt sich in den einzelnen Bedarfsplanungsgruppen:

- In der Arztgruppe „Kinder- und Jugendpsychiater“ waren fünf Planungsbereiche überversorgt und 13 Planungsbereiche partiell entsperrt. Ein Planungsbereich (ROR Westmittelfranken für die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater) weist eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie auf.³⁶⁷
- In der Planungsgruppe „Nervenärzte“ waren 63 Planungsbereiche gesperrt und 16 Planungsbereiche partiell entsperrt. In den gesperrten Planungsbereichen gab es noch 15 Zulassungsmöglichkeiten für Nervenärztinnen und -ärzte oder doppelt Weitergebildete, und acht Zulassungsmöglichkeiten für Psychiaterinnen bzw. Psychiater. Seit längerem zeigen sich hier Verschiebungen innerhalb der Zusammensetzung der Facharztgruppen aufgrund höherer Versorgungsanteile von Neurologinnen bzw. Neurologen und damit zuungunsten der Psychiatrie.
- Bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten waren 60 Planungsbereiche gesperrt und 19 Planungsbereiche entsperrt. In den gesperrten Planungsbereichen gab es 75 Zulassungsmöglichkeiten für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten, 15 Zulassungsmöglichkeiten im Fachbereich Psychosomatik und 0,5 Zulassungsmöglichkeiten für nur Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

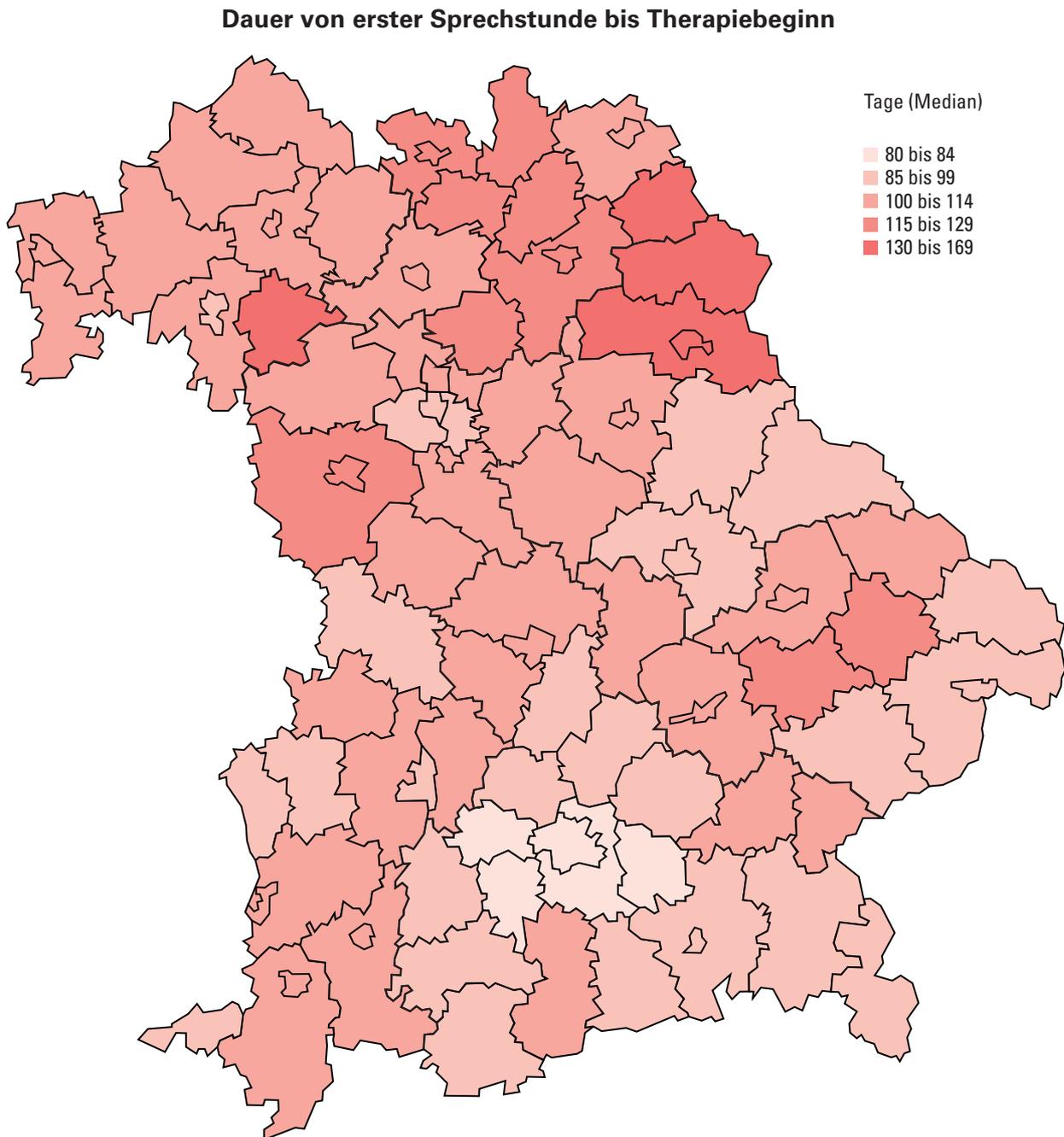
Wie bereits im ersten Psychiatriebericht beschrieben, ist die Bedarfsplanung nur eingeschränkt morbiditätsorientiert und stellt in gewisser Weise eine Fortschreibung der bestehenden Versorgungslage dar. Trotz teilweise hoher Versorgungsgrade gibt es vielfach lange, teils mehrmonatige **Wartezeiten**. Nach einer Umfrage aus dem Jahr 2021 der Kassenärztlichen Vereinigung in Bayern übersteigen die Patientenfragen deutlich die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorgehaltenen Behandlungsmöglichkeiten. Dies gilt sowohl für Kinder und Jugendliche, als auch Erwachsene. Dabei zeigt sich zum einen ein Land-Stadt-Gefälle (mit geringerer Zahl Kontaktforderungen in Städten) und zum anderen ein Nord-Süd-Gefälle (mit höheren Kontaktforderungen im Norden Bayerns).³⁶⁸ Ambulante Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2021 zeigen, dass zwischen dem ersten Sprechstundenkontakt und der ersten Psychotherapiesitzung in Bayern im Mittel 14 Wochen vergingen. Insbesondere Kinder und ältere Personen sind von längeren Wartezeiten betroffen. Allerdings handelt es sich hier nicht um reine Wartezeiten: In der Zeit bis zum Beginn der Richtlinienpsychotherapie finden andere therapeutische Kontakte statt (siehe Textkasten Psychotherapeutische Sprechstunde – Akutbehandlung – Richtlinienpsychotherapie). Die Zeitspanne zwischen Sprechstunde und Therapiebeginn variiert in Bayern erheblich, mit deutlich erhöhten Wartezeiten im nördlichen und vor allem den nordöstlichen Kreisen (siehe Abbildung 50).³⁶⁹

³⁶⁷ Stand 15.12.2023 gilt der Planungsbereich Raumordnungsregion (ROR) Westmittelfranken für die genannten Arztgruppe trotz einem derzeit ausgewiesenen Versorgungsgrad von 81,46 % als unterversorgt.

³⁶⁸ KVB: Umfrage zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgung in Bayern 2021 – Ergebnisbericht. KVB. München 2022.

³⁶⁹ Ritter-Rupp, C. et al: Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. KVB. München 2023.

Abbildung 50: Dauer der Zeitspanne zwischen erster psychotherapeutischer Sprechstunde und Beginn der Psychotherapie, Bayern 2021



Quelle: Ritter-Rupp 2023, S. 12

Zu den durchschnittlichen Wartezeiten bis zur Aufnahme in andere Versorgungsformen wie z. B. Tageskliniken, psychosomatische Kliniken, besondere Wohnformen (ehemals Heime), liegen für Bayern keine repräsentativen Daten vor. Aus der Praxis wird berichtet, dass es in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken zum Teil zu ähnlich langen Wartezeiten kommt. Notfallaufnahmen stellen inzwischen einen erheblichen Anteil dar.

Auch im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie zeigt sich einer bundesweiten Studie zufolge, dass Patientinnen und Patienten nach Beendigung der Behandlung nicht entlassen werden können, weil kein geeignetes Anschlussangebot in der Region zur Verfügung steht. Dies betrifft überwiegend männliche Patienten, die häufig aufgrund einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) stationär behandelt werden und während des Klini-

kaufenthaltes aggressives Verhalten zeigen.³⁷⁰ Hier wären sektorenübergreifende interdisziplinäre Versorgungsangebote hilfreich.

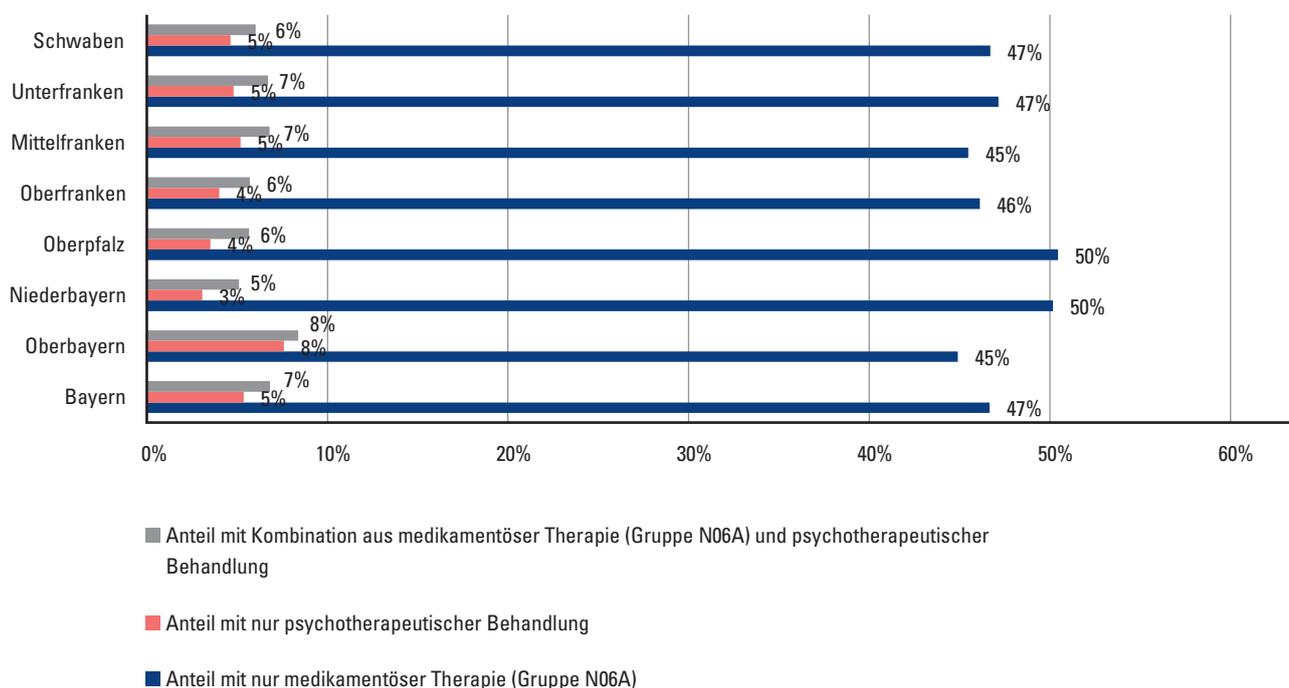
Die Wartezeit ist nur eine von vielen weiteren Parametern hinsichtlich der Versorgungsqualität. Für eine bedarfsgerechte Versorgung ist u.a. auch eine gemeindenahere Versorgung, die sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert, von Bedeutung. Ergebnissen der bundesweiten ES-RIP-Studie zufolge gibt es eine kleinere Gruppe, die es nicht schafft, einen Psychotherapieplatz zu bekommen: Körperlich chronisch kranke Menschen, die zusätzlich unter einer psychischen Störung leiden, sind in der Versorgung unterrepräsentiert. Es besteht Forschungsbedarf, wie die Erreichbarkeit verbessert werden kann.³⁷¹ Hier gilt es, künftig Datenlücken zu schließen.

Lange Wartezeiten

„Meinen Eltern ist es zuerst aufgefallen, dass ich mich verändert habe. Sie dachten, es wären die Auswirkungen von den Beschränkungen während der Corona Pandemie. Nach langer Wartezeit habe ich einen Termin in der psychiatrischen Jugendambulanz bekommen. Einen Psychotherapieplatz für Jugendliche suche ich immer noch.“ (Betroffene, unter 20 Jahre)

„Ich habe inzwischen regelmäßig Termine bei der Schulpsychologin. Sie meint, dass ich eigentlich einen Klinikaufenthalt bräuchte. Aber es gibt keine Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“ (Betroffene, unter 20 Jahre)

Abbildung 51: Versorgungssituation Patienten mit Depression (F32/ F33), Bayern 2022



Datenquelle: KVB, Zuordnung der Arzneimittel über Praxisstandort

³⁷⁰ Die Studienautoren weisen darauf hin, dass die Aussagekraft der Studie eingeschränkt ist, da die Repräsentativität der beteiligten Kliniken nicht überprüft werden konnte. Siehe Jenderny, S. et al.: Entlassen, aber wohin? Zur aktuellen Situation der „Langlieger“ in deutschen psychiatrischen Kliniken. Psychiat Prax 2024; 51(07): 361–366.

³⁷¹ Siehe Deutsches Ärzteblatt vom 24.02.2024: Wartezeiten in der Psychotherapie kürzer als bisher angenommen.

Regionale Versorgungsunterschiede bei den Therapieplätzen spiegeln sich möglicherweise kompensatorisch in vermehrter Psychopharmakotherapie wider: Beispielsweise ist in Niederbayern und in der Oberpfalz, die beide ein geringeres Angebot an Psychotherapie aufweisen, der Anteil an verschriebenen Antidepressiva (medikamentöse Therapie aus der Gruppe N06A) höher – bzw. der Anteil abgerechneter psychotherapeutischer Behandlungen oder Kombinationsbehandlungen niedriger als in Oberbayern (siehe Abbildung 51). Solchen Zusammenhängen wäre jedoch in spezifischen Studien nachzugehen.

7.2 Im Fokus: Psychische Krisen- und Notfälle

Die Krisen- und Notfallversorgung ist ein wichtiges Handlungsfeld innerhalb der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen sowie psychosozialen Versorgung. Um einen systematischen Überblick über die psychosoziale und psychiatrische Krisen- und Notfallversorgung in Bayern zu erlangen, wurde das Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 GmbH) vom StMGP im September 2023 damit beauftragt, ein **Gutachten** zu erstellen. Für die nachfolgenden Abschnitte konnten erste Ergebnisse aus dem Gutachten verwendet werden.

Die Ergebnisse aus der Medien- und Literaturrecherche zeigen die Vielschichtigkeit psychischer Krisen und Notfälle. Bei einer **psychischen Krise** handelt es sich um eine psychische Notsituation,

- die im Zusammenhang mit einem emotional bedeutsamen Ereignis oder einer bedeutsamen Änderung der Lebensumstände einhergeht,

- die einen akuten, zeitlich begrenzten Zustand bezeichnet,
- die die momentanen Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person übersteigt und damit mit einem möglichen Kontrollverlust verbunden sein kann,
- mit sehr starken Emotionen des Betroffenen einhergehen kann,
- die mit der Gefahr verbunden ist, dass der Betroffene sich oder anderen (schweren) Schaden zufügt.³⁷²

Die **Ursachen** für das Auftreten einer psychischen Krise sind vielfältig. Sie können durch soziale Veränderungen entstehen (z. B. Verrentung, die Geburt eines Kindes), aber auch aufgrund von sich veränderten biologischen Prozessen entwickeln (z. B. Einsetzen der Pubertät oder einer Krankheit). Zudem können psychische Krisen durch traumatische Erlebnisse ausgelöst werden (z. B. Erfahrung von Gewalt und Missbrauch). Ob derartige Anlässe tatsächlich in eine Krise führen, hängt von der subjektiven Bedeutung des Ereignisses, den persönlichen Ressourcen und dem sozialen Umfeld ab.

Wenngleich der Übergang zwischen psychischen Krisen und psychiatrischen Notfällen fließend ist, ist ein **psychiatrischer Notfall** durch eine akute Gefahr für Gesundheit und Leben der Betroffenen oder Dritter geprägt. Die S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde zählt zu den relevanten notfallpsychiatrischen Störungen und Syndromen unter anderem: Suizidalität, Erregungszustände, Delir, Bewusstseinsstörungen und Verwirrheitszustände, Intoxikationen und andere substanzbedingte Störungen, paranoid-halluzinatorische Symptome, maniforme Syndrome, Stupor und Katatonie, Angststörungen, Anorexie, psychosoziale Krise und Traumatisierung.³⁷³

³⁷² Siehe D’Amelio, R. et al.: Psychologische Konzepte und Möglichkeiten der Krisenintervention in der Notfallmedizin. Notfall+ Rettungsmedizin 2006; 2: 194–204; Berger, P., Riecher-Rössler, A.: Definition von Krise und Krisenassessment. Göttingen: Hogrefe. 2004.

³⁷³ DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“. 2019; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d-40734d71683710/038-0231_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf [Abruf am 19.01.2024].

Die Überwindung einer psychischen Krise kann bei ausreichenden persönlichen Bewältigungsmöglichkeiten oder durch Hinzuziehung des sozialen Umfelds auch ohne professionelle Unterstützung gelingen. In anderen Fällen ist eine professionelle **Krisenintervention** erforderlich. Eine Krisenintervention zielt auf eine innerhalb von Tagen oder Wochen herbeigeführte Veränderung der zugrundeliegenden Bedingungen. Sie soll der betroffenen Person helfen, ihre Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zurückzugewinnen, um mit der aktuellen bzw. mit künftigen Situationen fertig zu werden. Entsprechend der Vielschichtigkeit von psychischen Krisen und Notfällen, sollen Versorgungsangebote folgende Aspekte berücksichtigen:

- **medizinische Aspekte** (bestehen in einer somatischen Erkrankung oder Begleitsymptomatik und bedürfen ärztlicher Behandlung)
- **psychiatrische Aspekte** im engeren Sinne (umfassen seelische Erkrankungen oder Störungen, die durch eine psychiatrische Intervention zu adressieren sind)
- **soziale Aspekte** (bedürfen der sozialarbeiterischen Unterstützung).³⁷⁴

Die **Dringlichkeit der Krisenintervention** zeigt sich daran, welcher der genannten Aspekte mehr im Vordergrund steht. Demnach müssen medizinische und psychiatrische Maßnahmen zur Abwendung vitaler Risiken meist sofort erfolgen, während eine soziale Unterstützung zumeist nicht unmittelbar, demnach auch nicht zu jeder Tages- und Nachtzeit erforderlich ist.³⁷⁵

Die im Rahmen des Gutachtens durchgeführte Bestandsanalyse zeigt, dass in Bayern zahlreiche Angebote zur Krisenintervention zur Verfügung stehen. Entsprechend der Breite von psychischen Krisen und Notfällen ist auch das Angebotsspektrum breit angelegt. Die Dienste und Einrichtungen weisen dabei verschiedene Schwerpunkte im Hinblick auf die genannten Aspekte medizinisch – psychiatrisch – sozial auf. Neben den **allgemeinen Einrichtungen der Notfallversorgung** und den **psychosozialen bzw. psychiatrischen Versorgungsangeboten**, die im engeren Sinne Unterstützungsangebote für psychische Krisen und psychiatrische Notfälle anbieten, sind hier ebenso die **Sozial- und Beratungsdienste** relevant. Letztere wie z. B. die Telefonseelsorge oder der allgemeine Sozialdienst bieten den Betroffenen soziale Unterstützung in Belastungssituationen. Zudem werden zahlreiche **Unterstützungsangebote mit hohem Spezialisierungsgrad** zur Verfügung gestellt z. B. mit Fokus auf bestimmte Lebensveränderungskrisen wie in der Trauerhilfe.

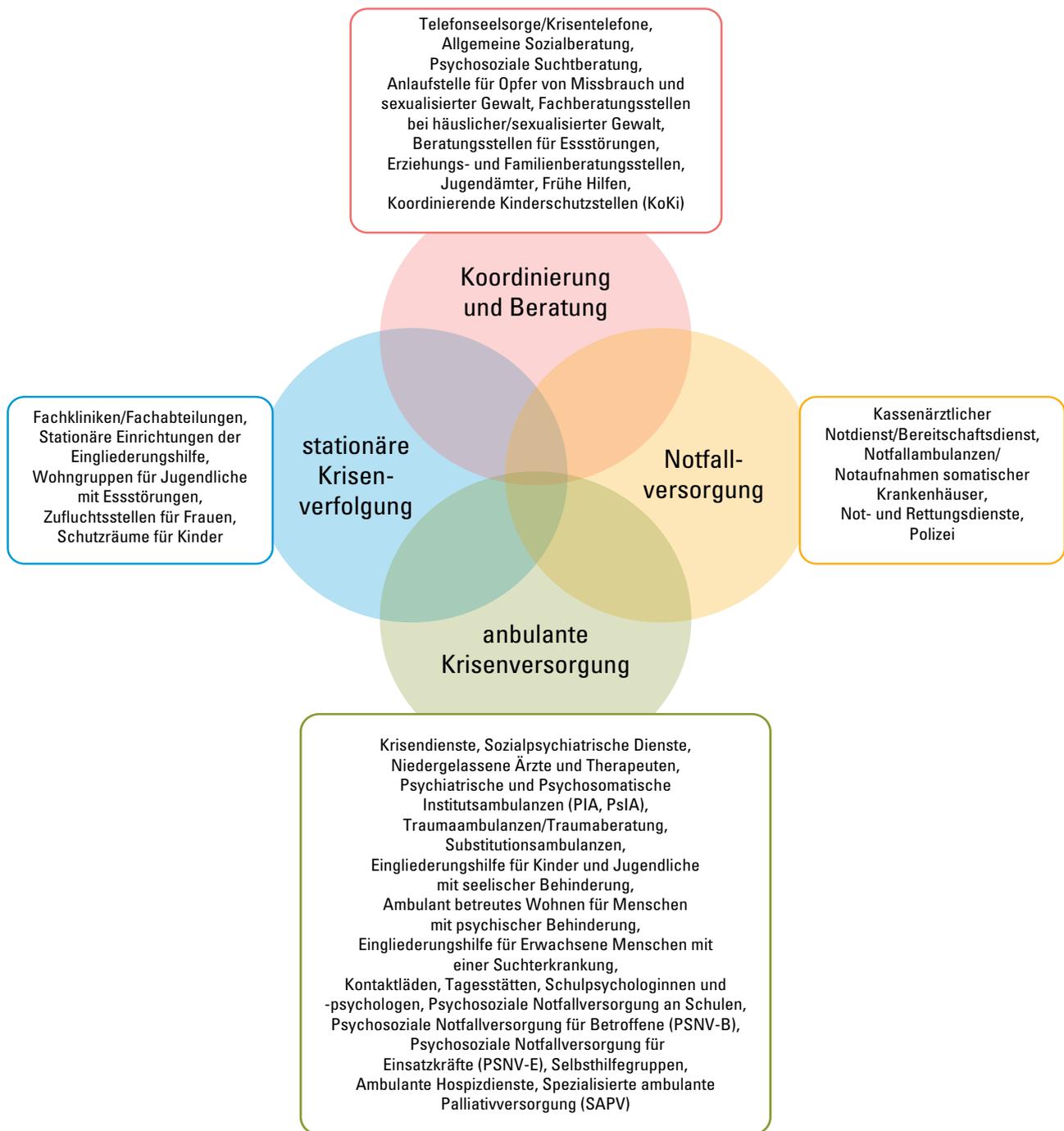
Die nachfolgende Abbildung zeigt **wichtige Kernfeldeinrichtungen** (Leistungserbringer, die direkt auf die Versorgung psychischer Krisen und psychiatrischer Notfälle zielen), ergänzt um ausgewählte Vorfeldeinrichtungen (niedrigschwellige Angebote von Sozial- und Beratungsdiensten).³⁷⁶ Die Dienste und Einrichtungen wurden differenziert in notfallversorgende, koordinierende bzw. beratende Angebote, ambulante und stationäre Angebote der Krisenintervention, wobei sich einzelne Versorgungsangebote mitunter nicht exakt einer dieser Kategorien zuordnen lassen.

³⁷⁴ Rössler, W., Riecher-Rössler, A.: Versorgungsebenen in der Notfallpsychiatrie. In: Hewe, W., Rössler, W. (Hrsg.). Das Notfall Psychiatrie Buch. Urban & Schwarzenberg. München/Wien/Baltimore. 2002: S.3.

³⁷⁵ Rössler, W., Riecher-Rössler, A.: Versorgungsebenen in der Notfallpsychiatrie. In: Hewe, W., Rössler, W. (Hrsg.). Das Notfall Psychiatrie Buch. Urban & Schwarzenberg. München/Wien/Baltimore. 2002: S.3.

³⁷⁶ Zur Typologie „Vorfeldd- und Kernfeldeinrichtungen“ siehe auch DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V.: S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“. 2019; https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d40734d71683710/038-023|_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf [Abruf am 19.01.2024].

Abbildung 52: Psychische Krisen- und Notfallversorgung in Bayern



Weitere Eckdaten aus dem Gutachten werden 2025 publiziert. Die bisherigen Studienergebnisse lassen für das Handlungsfeld der psychischen bzw. psychiatrischen Krisen- und Notfallversorgung folgendes erkennen:

- Das System der psychischen Krisen- und Notfallversorgung in Bayern ist multiprofessionell und komplex und spiegelt die Vielschichtigkeit psychischer Krisen und psychiatrischer Notfälle wider.
- Die Krisendienste Bayern spielen ergänzend zu den weiteren Angeboten der Krisen- und Notfallversorgung aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und der täglichen Erreichbarkeit rund um die Uhr eine herausragende Rolle.
- Wichtige Unterstützungsangebote werden nicht nur innerhalb des psychosozialen bzw. psychiatrischen Versorgungssystems vorgehalten. Insbesondere in Hinblick auf psychische Krisen ist der Übergang zu weiteren Angeboten der Sozialhilfe und der Kinder- und Jugendhilfe fließend.
- Eine systematische Erfassung aller Dienste und Einrichtungen, die sich im engeren oder weiteren Sinne der Versorgung von Menschen in psychischen Krisen und psychiatrischen Notfällen widmen, ist daher auf überregionaler Ebene schwer möglich.
- Die Heterogenität der Versorgungsangebote sowie deren fehlende systematische Erfassbarkeit können für Menschen in psychischen Krisen eine Herausforderung darstellen, das für sich passende Versorgungsangebot zu identifizieren.
- Zur bedarfsgerechten Steuerung der Angebote sowie der Transparenz der Angebote für Hilfesuchende ist es notwendig, die verschiedenen Akteure und ihre Angebote besser zu vernetzen bzw. zu koordinieren.

Polizeieinsätze bei psychischen Krisen und Notfällen

In psychischen Krisen- und Notfallsituationen wird nicht selten die Polizei gerufen, insbesondere wenn es um akute Selbst- oder Fremdgefährdung geht. Die Polizeieinsätze können dabei sowohl für die betroffene Person, deren Angehörige, als auch für die handelnden Beamtinnen und Beamten problematisch sein. Genaue Zahlen zur Häufigkeit von Polizeieinsätzen in Krisen- und Notfallsituationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gibt es nicht. Zur Deeskalation von psychischen Krisen- und Notfallsituationen, insbesondere zur Vermeidung von Unterbringungen (siehe Kapitel 7.3), sieht das BayPsychKHG je nach Situation vor Ort die Hinzuziehung der Krisendienste durch die Polizei vor. Darüber hinaus ist es notwendig, dass der Umgang mit Menschen in seelischen Krisen und psychischen Ausnahmezuständen fester Bestandteil in der polizeiliche Aus- und Weiterbildung ist. Um die Polizeibeamten für den Einsatz in psychischen Krisen und Notfällen besser vorzubereiten, führen die Krisendienste Bayern Schulungen durch.

7.3 Wenn Zwang notwendig ist

Die zwangsweise Unterbringung von Menschen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer anderen geschlossenen Einrichtung ist ein gravierender Grundrechtseingriff und stellt zudem selbst wiederum eine schwere psychische Stresssituation für die Betroffenen wie für die Angehörigen dar. Sie hat erhebliche Auswirkungen

auf das Selbstwahrnehmen und kann den Genesungsprozess wie auch das zukünftige Hilfesuchverhalten negativ beeinflussen. Sie ist daher nur zu rechtfertigen, wenn z. B. die akute Gefahr besteht, dass sich ein Mensch infolge einer erheblichen psychischen Störung und aufgehobener Selbstbestimmungsfähigkeit selbst tötet, sich schwer schadet (Eigengefährdung) oder Dritte gefährdet (Fremdgefährdung). Unter-

bringungen haben trotz der – gemessen an der Gesamtzahl der Menschen mit psychischen Störungen – vergleichsweise geringen absoluten Fallzahl eine gesundheitspolitisch hohe Relevanz. Eine kritische Surveillance auf guter Datengrundlage ist hier besonders wichtig – sowohl auf der epidemiologischen Ebene als auch auf der individuellen Ebene z. B. durch Besuchskommissionen in den Kliniken.

Die wichtigsten Rechtsgrundlagen für Unterbringungen sind:

- Öffentlich-rechtliche Unterbringungen nach dem BayPsychKHG bei akuter Eigen- und/oder Fremdgefährdung
- Unterbringungen und Maßnahmen im Rahmen der rechtlichen Betreuung wie die zivilrechtliche Unterbringung für Erwachsene nach § 1831 BGB (gilt nur bei Eigengefährdung) und die freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen von Kindern nach § 1631b BGB
- Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften im Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus (§ 63 StGB), in einer Entziehungsanstalt (§ 64 StGB) oder im Rahmen der einstweiligen Unterbringung (§ 126a StPO)

In einigen Fällen können zudem weitere Zwangsmaßnahmen erforderlich werden. Hierunter fallen weitere freiheitsentziehende Maßnahmen wie Fixierungen sowie diagnostische und therapeutische Interventionen gegen den erklärten Willen der Patientin oder des Patienten, was unter dem Begriff der „Zwangsbehandlung“ zusammengefasst wird. Bei Zwangsbehandlungen muss sichergestellt sein, dass zuvor Versuche unternommen wurden, die Betroffenen unter Einbezug vertrauter Bezugspersonen von der Notwendigkeit der Maßnahme zu überzeugen bzw. die Person zur Auf-

gabe der Ablehnung zu bewegen. Außerdem sind unabhängige Begutachtung und richterliche Beschlussfassung gesetzlich vorgeschrieben. Zwangsmaßnahmen dürfen nur als letztes Mittel unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit und unter strengen gesetzlichen Vorgaben angeordnet und durchgeführt werden.

Zu den wichtigen Maßnahmen, um Unterbringungen zu vermeiden, zählt die Hinzuziehung der Krisendienste Bayern (Art. 5 BayPsychKHG). Die Krisendienste Bayern beraten und unterstützen die Polizei und die Kreisverwaltungsbehörden bei der Entscheidungsfindung, ob eine Unterbringung gegen den Willen der Betroffenen erforderlich ist oder ob andere Hilfe- und Unterstützungsmöglichkeiten geeignet erscheinen. Im Jahr 2022 wurden die Krisendienste Bayern in 2.045 Fällen von der Polizei oder den Kreisverwaltungsbehörden telefonisch zur Beratung hinzugezogen.³⁷⁷

Unterbringungen und Maßnahmen nach dem BayPsychKHG

Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung nach BayPsychKHG kann in dringenden Fällen in vorläufiger Form sofort durch die Kreisverwaltungsbehörde (Art. 11 BayPsychKHG), die Polizei (Art. 12 BayPsychKHG) oder wenn sich die Person bereits in einer psychiatrischen Klinik befindet, durch die fachliche Leitung der Einrichtung (Art. 13 BayPsychKHG) angeordnet werden. In anderen Fällen entscheidet das Gericht über eine Unterbringung; auch in den Fällen sofortig vorläufiger Unterbringung entscheidet das Gericht, spätestens am auf die Unterbringung folgenden Tag. Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung kann sowohl aufgrund einer akuten Eigen- als auch Fremdgefährdung angeordnet werden.

Im Jahr 2022 wurden bayernweit insgesamt 17.405 sofortige vorläufige öffentlich-rechtliche Unterbringungen gemeldet. Des Weiteren wur-

³⁷⁷ Bayerischer Bezirkstag, Krisendienste Bayern – Jahresstatistik 2022. <https://www.krisendienste.bayern/ueber-uns/informationen-fuer-fachkreise/jahresberichte-2022/>.

den 3.013 Fälle gerichtlich angeordnete öffentlich-rechtliche Unterbringungen gemeldet.³⁷⁸ Dies entspricht 131 sofortigen vorläufigen Unterbringungen je 100.000 Einwohnern und 23 gerichtlich angeordneten Unterbringungen je 100.000 Einwohnern. Die Anzahl der sofortigen vorläufig untergebrachten minderjährigen Patientinnen und Patienten ist im Vergleich zum Vorjahr etwas geringer; gleiches gilt für die gerichtlich angeordneten Unterbringungen (siehe Tabelle 21). Im Vergleich dazu sind die stationären Aufnahmen in die Kinder- und Jugendpsychiatrie

insgesamt in etwa gleichgeblieben. Bei den Erwachsenen ist – sowohl bei den sofortigen vorläufigen als auch bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen – die Zahl der öffentlich-rechtlich untergebrachten Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 5% gestiegen. Betrachtet man die stationären Aufnahmen in die Allgemeinpsychiatrie insgesamt, so zeigt sich für den gleichen Zeitraum, dass auch hier die Anzahl der Fälle relativ gleichgeblieben ist.

Tabelle 21: Trendverlauf der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen, Bayern 2020–2022

Jahr	Personen unter 18 Jahren		Personen ab 18 Jahren	
	Fälle sofortiger vorläufiger Unterbringungen	Fälle gerichtlich angeordneter Unterbringungen	Fälle sofortiger vorläufiger Unterbringungen	Fälle gerichtlich angeordneter Unterbringungen
2020	954	6	14.912	2.740
2021	1.191	37	15.413	2.823
2022	1.155	34	16.250	2.979

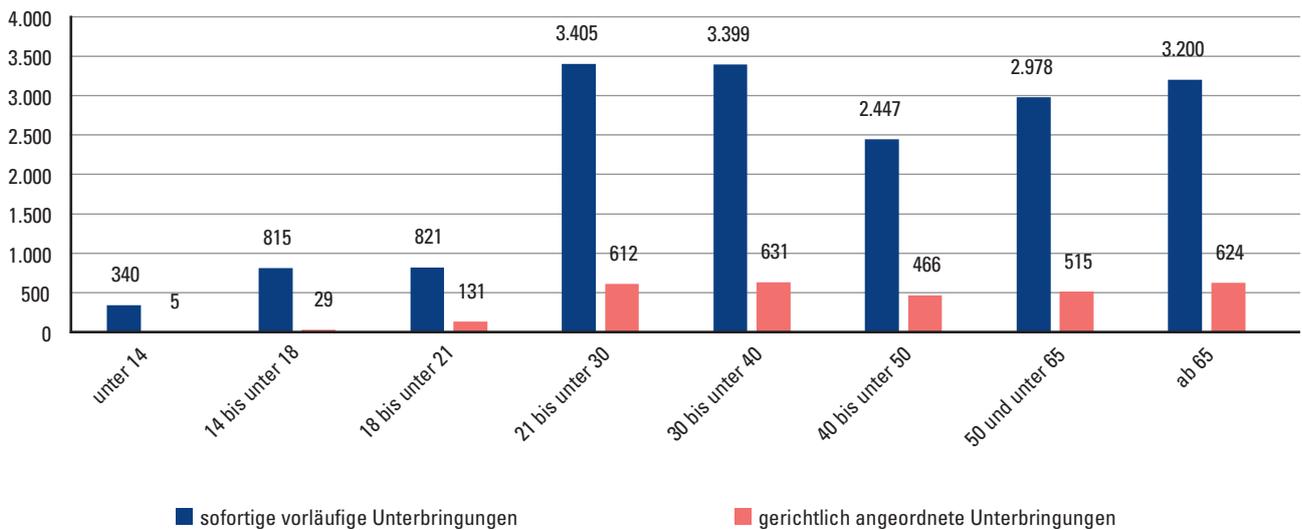
Datenquelle: AförU, bezieht sich auf Fälle, die in dem jeweiligen Kalenderjahr abgeschlossen wurden, wobei die Falldefinition sich von der abrechnungsrechtlichen Falldefinition unterscheidet.

Laut dem anonymisierten Melderegister dauert bei etwas mehr als der Hälfte der Fälle die gerichtlich angeordnete Unterbringung länger als drei Wochen.

Von einer geschlossenen Unterbringung nach BayPsychKHG sind alle Altersgruppen betroffen (siehe Abbildung 53). Die meisten Fälle betreffen Erwachsene. Die Anzahl der nach BayPsychKHG gerichtlich untergebrachten Minderjährigen

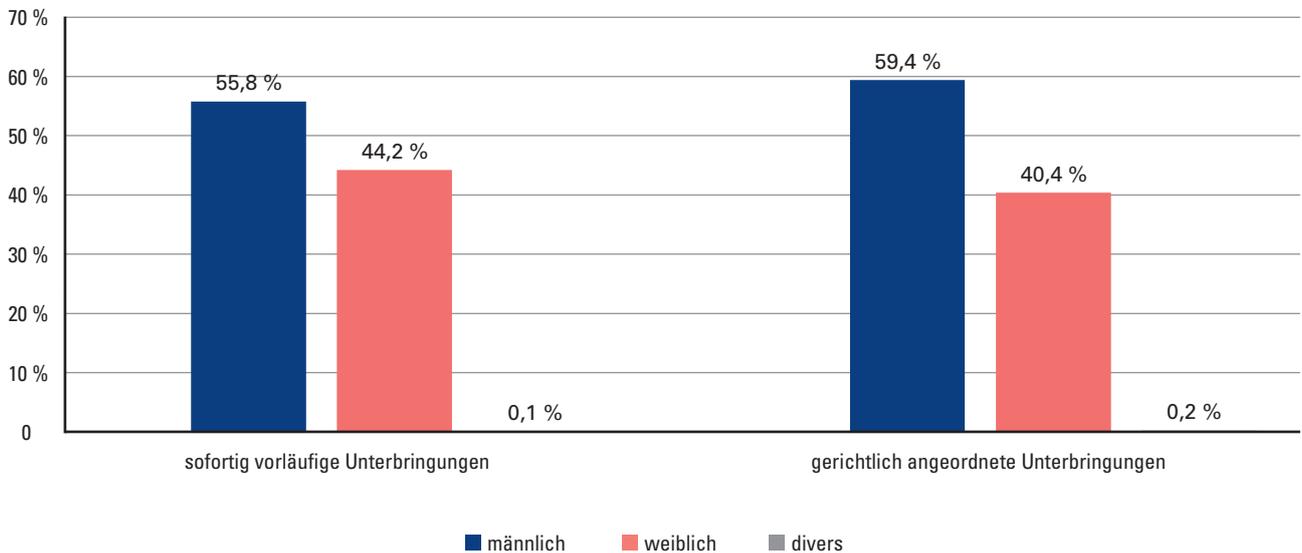
betrug im Jahr 2022 bei den sofortigen vorläufig untergebrachten 1.155 gemeldete Fälle. Bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen wurden (wohl aufgrund des Vorrangs von § 1631b BGB) 34 Fälle unter 18 Jahren gemeldet. Bei den Erwachsenen wurden bei den sofortigen vorläufigen Unterbringungen 16.250 Fälle gemeldet, bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen wurden 2.979 Fälle gemeldet.

³⁷⁸ Im Rahmen des anonymisierten Melderegisters werden gem. Art. 33 BayPsychKHG Daten zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung erfasst. Ein Fall wird dabei grundsätzlich erst nach seiner Beendigung erfasst und somit bei jahresübergreifenden Fällen in dem Kalenderjahr, in dem er beendet wurde.

Abbildung 53: Anzahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach Alter, Bayern 2022

Datenquelle: AförU; bezieht sich auf Fälle, die in dem jeweiligen Kalenderjahr abgeschlossen wurden; die Altersangabe bezieht sich auf das Alter bei Beginn der Unterbringung

Beim Geschlechtervergleich überwiegen die Männer (siehe Abbildung 54).

Abbildung 54: Anzahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach Geschlecht, Bayern 2022

Datenquelle: AförU, bezieht sich auf Fälle, die in dem jeweiligen Kalenderjahr abgeschlossen wurden

Der häufigste genannte Grund für eine Unterbringung nach BayPsychKHG war mit 59 % (sofortig vorläufige Unterbringung) bzw. mit 44 % (gerichtlich angeordnete Unterbringungen) eine vorliegende akute Selbstgefährdung der untergebrachten Person, gefolgt von einer vorliegenden akute Selbst- und Fremdgefährdung. Eine akute Fremdgefährdung wiesen 16 % der

sofortig vorläufig untergebrachten Fälle und 15 % der gerichtlich angeordneten Unterbringungen auf.

Bei den sofortigen vorläufigen Unterbringungen sind mit 28 % am häufigsten Personen aufgrund von Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) zwangsweise untergebracht, gefolgt

von der Diagnosegruppe Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen (F20–29) mit 21 %. Bei den gerichtlich angeordneten Unterbringungen dominieren mit 41 % die Schizophrenie, schizotypische und wahnhaftige Störungen (F20–29), gefolgt von den Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit 19 %. Zum großen Teil entspricht die Verteilung der Diagnosen bei den untergebrachten Fällen in etwa den Krankenhausfällen insgesamt. In Bezug auf die Diagnosegruppen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-F29) und affektive Störungen (F30-F39) gibt es allerdings deutliche Abweichungen. Der Anteil der Fälle mit einer Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen ist bei den Unterbringungen höher, der Anteil der Fälle mit einer affektiven Störung ist hingegen niedriger.

Bayernweit wurden für das Jahr 2022 im Rahmen einer Unterbringung nach BayPsychKHG 281 von einer Zwangsbehandlung betroffene Fälle gemeldet, darunter 328 durchgeführte Zwangsmedikationen, drei durchgeführte Zwangsernährungen und neun durchgeführte sonstige Zwangsbehandlungen (z. B. das Anlegen von Kopfschutzhelmen oder Schutzhandschuhen gegen den natürlichen Willen der betroffenen Person). Außerdem wurden für 2022 3.036 von einer Zwangsfixierung betroffene Fälle im Rahmen von Unterbringungen nach BayPsychKHG gemeldet. Dabei kann an einer Person z. B. bei versuchsweiser Beendigung und erneuter Fixierung mehrmals eine Zwangsfixierung durchgeführt werden. Von den 4.857 gemeldeten durchgeführten Zwangsfixierungen dauerten 4.575 mehr als 30 Minuten.³⁷⁹ Die

durchschnittliche Dauer betrug 12 Stunden und 17 Minuten, der Median liegt jedoch deutlich darunter.³⁸⁰

Unterbringungen und Maßnahmen im Rahmen der rechtlichen Betreuung

Eine landesweite Erfassung **durchgeführter Zwangsmaßnahmen** in psychiatrischen Kliniken auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften existiert bislang nicht. Dies betrifft auch die Erfassung von Zwangsmaßnahmen jedweder Rechtsgrundlage in somatischen Kliniken und in Einrichtungen der Eingliederungshilfe.

Zahlen zu den **gerichtlichen Unterbringungsverfahren** erfasst die Justizstatistik. Die gerichtlichen Unterbringungsverfahren umfassen nicht nur freiheitsentziehende Unterbringungen und Maßnahmen in Krankenhäusern, sondern auch in Heimen und Einrichtungen für behinderte Menschen.

Die Anzahl der gerichtlichen Unterbringungsverfahren bei Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen (siehe Tabelle 22). Auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften erfolgten im Jahr 2023 bei den **Minderjährigen** 4.909 Verfahren im Hinblick auf freiheitsentziehende Unterbringungen nach § 1631b Abs. 1 BGB. Bei den freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b Abs. 2 BGB beläuft sich die Anzahl der Verfahren auf 1.911. Bei den öffentlich-rechtlichen Unterbringungen von Minderjährigen nach § 151 Nr. 7 FamFG i.V.m. BayPsychKHG wurden 2023 insgesamt 1.569 Verfahren dokumentiert.

³⁷⁹ Aus der Praxis wird berichtet, dass die Datenlage bei den durchgeführten Zwangsfixierungen unter 30 Minuten möglicherweise eingeschränkt ist.

³⁸⁰ 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.

Tabelle 22: Trendverlauf der Unterbringungen und Maßnahmen auf Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften bei Minderjährigen, Bayern 2019–2023

Jahr	Anzahl der Verfahren		
	freiheitsentziehende Unterbringungen nach § 1631b Abs. 1 BGB	freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b Abs. 2 BGB	öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach § 151 Nr. 7 FamFG i.V.m BayPsychKHG
2019	3.889	1.746	670
2020	4.491	1.817	779
2021	5.055	1.683	779
2022	5.186	1.744	958
2023	4.909	1.911	1.569

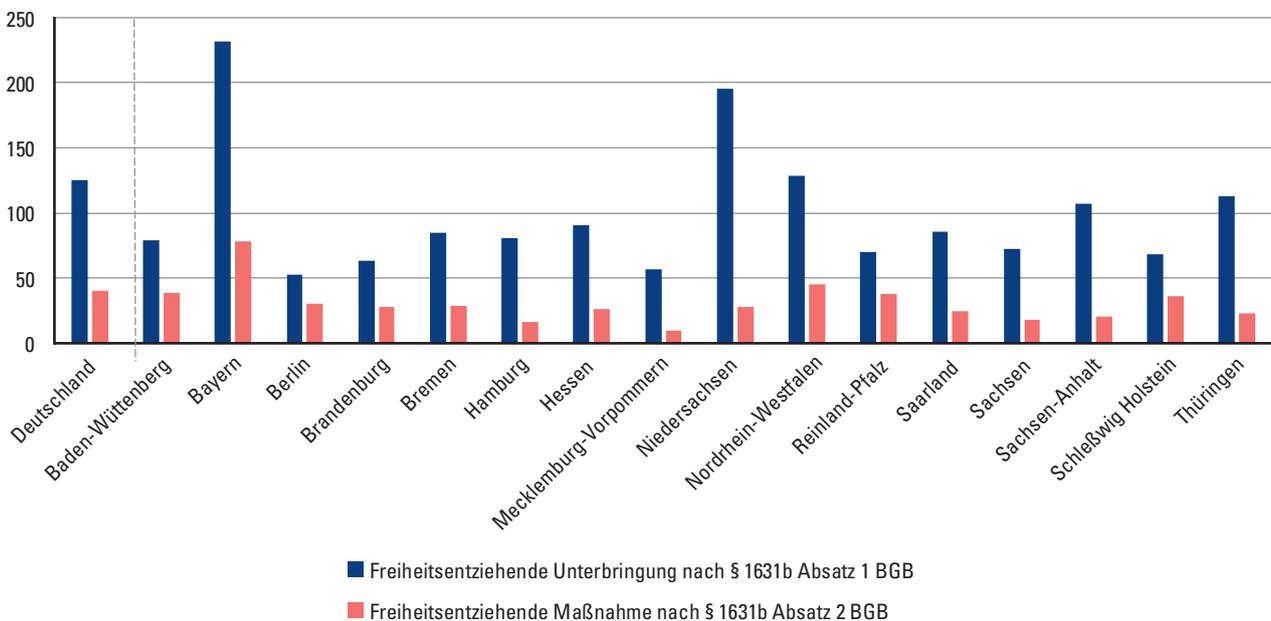
Datenquelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Zwischen den Bundesländern bestehen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit gerichtlicher Unterbringungsverfahren (siehe Abbildung 55). Bayern weist im **Ländervergleich** mehr Unterbringungsverfahren nach § 1631b BGB Absatz 1 je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren auf (Bay-

ern: 232; Deutschland: 125). Gleiches gilt für Verfahren zu freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1631b BGB Absatz 2 je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren (Bayern: 78; Deutschland: 40).³⁸¹ Die Ursachen für diese Unterschiede sind nicht bekannt.

Abbildung 55: Gerichtliche Unterbringungsverfahren nach § 1631b BGB, 2022

je 100.000 Einwohner unter 18 Jahren



Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen LGL

³⁸¹ Auch bei den freiheitsentziehenden Unterbringungen nach § 151 Nr. 7 Alternative FamFG weist Bayern im Ländervergleich die meisten Verfahren je 100.000 EW unter 18 Jahren auf.

Aus der Praxis wird berichtet, dass psychisch erkrankte Heranwachsende, die mit Unterbringungsbeschluss in einer Klinik behandelt werden, oftmals über einen längeren Zeitraum auf einen Heimplatz warten. Kinder und Jugendliche mit schwersten Verhaltensstörungen und ausgeprägtem auto- und fremdaggressivem Verhalten bzw. mit Intelligenzminderung verbleiben, wie bereits oben erwähnt, oftmals im Krankenhaus

obwohl kein stationär-medizinischer Behandlungsbedarf mehr vorliegt.³⁸²

Die Anzahl der gerichtlichen Verfahren zu Unterbringungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen auf Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften (BGB) bei **Erwachsenen** ist im Vergleich zu 2020 leicht zurückgegangen (siehe Tabelle 23).

Tabelle 23: Trendverlauf der Unterbringungen und Maßnahmen auf Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften bei Erwachsenen, Bayern 2020–2023

		2020	2021	2022	2023
Freiheitsentziehende Unterbringungen	Anträge auf Genehmigungen	16.367	17.138	16.306	15.584
	Genehmigungen	14.566	15.110	14.342	13.718
	Anordnungen nach 1846 BGB	3.413	3.228	2.939	2.817
Freiheitsentziehende Maßnahmen	Anträge auf Genehmigungen	13.957	13.264	12.686	11.487
	Genehmigungen	11.875	11.213	10.462	9.464
	Anordnungen nach 1846 BGB	3.171	2.985	2.876	2.341
Ärztliche Zwangsmaßnahmen	Anträge auf Genehmigungen	865	898	954	885
	Genehmigungen	690	741	771	731
	Anordnungen nach 1846 BGB	123	89	62	68

Datenquelle: Bayerisches Staatsministerium der Justiz

Die Daten sind jedoch nur bedingt für die Psychiatrieberichterstattung geeignet, da sie nur die gerichtlichen Verfahren und nicht die tatsächlichen

Unterbringungen abbilden und auch keine weiteren Differenzierungen (z. B. nach Dauer der Maßnahme) zulassen.

Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen in stationären Einrichtungen

Im Auftrag des StMGP wurde 2019 ein Gutachten zur Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für volljährige Menschen mit Behinderung in Bayern“ in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse zeigen, dass in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Bayern eine Vielzahl unterschiedlicher FeM sowie weiterer verhaltensbeeinflussender Interventionen (wie z.B. Ausschluss von gemeinsamen Aktivitäten) angewandt werden. Für die Anwendung werden teilweise Gründe angegeben, die rechtlich nicht tragfähig sind. Nicht in allen Fällen erfolgt die Ein-

³⁸² Siehe auch Greissler, J. et al.: Freiheitsentziehende Maßnahmen in bayerischen Heimeinrichtungen für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit Intelligenzminderung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2021; 49(4): 273–283.

bindung der rechtlichen Betreuerinnen und Betreuer. Auf der Ebene der Mitarbeitenden werden die fachlich-konzeptionelle Orientierung, die Qualifikation und die kommunikative Kompetenz als wichtige Faktoren zur Vermeidung von FeM benannt; auf der Ebene der Einrichtungen bauliche Maßnahmen und die Reduktion der Gruppengröße. Die Ergebnisse legen u. a. nahe, dass die Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit von FeM gestärkt und Alternativen zur Unterbringung stärker in den Blick genommen werden sollten. Zudem ist die Datenlage künftig auszubauen wie auch mehr politische sowie Fachaufmerksamkeit erforderlich.³⁸³

Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften

Auf der Grundlage strafrechtlicher Vorschriften waren in Bayern zum 31.12.2023 3.075 Personen im Maßregelvollzug untergebracht. Im Vergleich zu 2020 sind das 159 Personen mehr.

Tabelle 24: Anzahl der Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften, Bayern 2023

Rechtsgrund der Unterbringung	Insgesamt in Bayern:
§ 63 StGB:	1.137
§ 64 StGB:	1.753
§ 126a StPO:	180
Sonstige:	5
Insgesamt:	3.075

Datenquelle: Datenkatalog des ZBFS – Amt für Maßregelvollzug

Bei Personen, deren Unterbringung im Jahr 2023 endete, ergeben sich folgende durchschnittliche Unterbringungsauern:

Tabelle 25: Durchschnittliche Dauer der Unterbringung nach strafrechtlichen Vorschriften, Bayern 2023

Rechtsgrund der Unterbringung	Durchschnittliche Dauer der Unterbringung
§ 63 StGB:	2.845 Tage
§ 64 StGB:	619 Tage

Datenquelle: Datenkatalog des ZBFS – Amt für Maßregelvollzug

Präventionsstellen – ein Vorsorgeangebot für Patientinnen und Patienten mit einem erhöhten Risiko gewalttätigen Verhaltens

Für psychisch kranke Menschen, bei denen auf Grund der Art und Schwere ihrer Erkrankung ein stark erhöhtes Risiko für Handlungen besteht, die eine Unterbringung im Maßregelvollzug nach § 63 StGB zur Folge haben können, bieten die Präventionsstellen ein spezifisches niedrigschwelliges Behandlungsprogramm. Das Hilfsangebot richtet sich vorrangig an Menschen mit einer Schizophrenie oder einer Persönlichkeitsstörung. Die Präventionsstellen bieten mittels eines ambulanten Angebots zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten, um das individuelle Risikopotential zu senken. Stand Juni 2024 gibt es in Bayern sechs Präventionsstellen. Für den Regierungsbezirk in Niederbayern besteht derzeit noch keine Präventionsstelle, diese soll

³⁸³ Schmitt-Schäfer, T., Henking, T., Brieger, P.: Gutachten einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen in Bayern. 2022. https://kbo-iaak.de/fileadmin/Direktorium/FME/2022_09_01_Bericht_FeM_final.pdf [Abruf am 03.01.2024]; Brieger, P. et al.: Geschlossene Heime für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung – Charakteristika von Bewohnenden anhand von Aktenanalysen. *Nervenarzt* 2023; 94: 240–242.

im Jahr 2025 in die Aufbau- und Betriebsphase gehen. Perspektivisch soll ein bayernweit flächendeckendes Angebot aufgebaut werden.

Mehr dazu unter: <https://www.praeventionsstellen.bayern.de/>

7.4 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 2020 direkte Krankheitskosten in Höhe von 56,4 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-Kreislauferkrankungen die zweitteuerste Erkrankungsgruppe in Deutschland dar.³⁸⁴ Übertragen auf Bayern bedeutet dies jährliche Krankheitskosten von rund 9 Mrd. Euro. Bedingt durch das Rechenverfahren des Statistischen Bundesamtes werden die direkten Krankheitskosten allerdings deutlich unterschätzt.³⁸⁵

Zudem entstehen auch **indirekte Kosten** z. B. durch 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 2021 mit 15,8 Mrd. Euro, den Ausfall an Bruttowertschöpfung mit 27,1 Mrd. Euro.³⁸⁶ Verursachten Psychische und Verhaltensstörungen im Jahr 2009 noch Produktionsausfallkosten in Höhe von rund 5 Mrd., so ist dieser Wert bis 2021 kontinuierlich angestiegen. Der Ausfall an Bruttowertschöpfung betrug im Jahr 2009 noch 8,5 Mrd. Euro und stieg bis 2021 um mehr als 200 %.

Unterteilt nach den einzelnen Wirtschaftszweigen ist die besondere Bedeutung der psychischen und Verhaltensstörungen für den tertiären Sektor hervorzuheben (siehe Tabelle 26).

³⁸⁴ Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung: Report Psychotherapie 2023. Sonderausgabe Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. DPtV. Berlin. 2023.

³⁸⁵ So werden hier Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit einer seelischen Behinderung nach SGB IX bzw. SGB VIII nicht berücksichtigt. Zu den Eingliederungshilfeleistungen siehe den Abschnitt „Leistungen der gesellschaftlichen Teilhabe“ in Kapitel 3.3.

³⁸⁶ Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit - Berichtsjahr 2021. Unfallverhütungsbericht Arbeit. 1. Auflage. Dortmund. 2022.

Tabelle 26: Volkswirtschaftliche Ausfälle durch Psychische und Verhaltensstörungen nach Wirtschaftszweigen in Mrd. Euro, Deutschland 2021

	Produktionsausfall	Ausfall an Bruttowertschöpfung
Baugewerbe	0,40	0,62
Land-, Forstwirtschaft, Fischerei	0,03	0,08
Produzierendes Gewerbe (ohne Baugewerbe)	3,27	5,34
Handel, Verkehr, Gastgewerbe, Information und Kommunikation	3,04	4,44
öffentliche und sonstige Dienstleister, Erziehung und Gesundheit	6,50	7,70
Finanz- Versicherungs- und Unternehmensdienstleister, Grundstücks- und Wohnungswesen	2,23	4,94

Datenquelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Aktuelle Schätzungen gehen allerdings davon aus, dass die ökonomischen Folgekosten, verursacht durch psychische Erkrankungen, deutlich steigen werden. Die **Corona-Pandemie sowie die weiteren Krisen** wie der Klimawandel, die Finanz- und Energiekrise und der Krieg in der Ukraine und im Nahen Osten haben die psychosoziale Belastungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen verstärkt. Im Vergleich zu vorpandemischen Zeiten ist mit einem erhöhten

Behandlungsbedarf bei Kindern und Jugendlichen zu rechnen. Dies steht auch im Zusammenhang mit einem Nachholeffekt oder einer Chronifizierung verschleppter Diagnosen bis ins Erwachsenenalter hinein. Auf längere Sicht sind nicht nur erhöhte Gesundheitskosten, sondern auch Spätfolgekosten durch Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit als Folge von psychiatrischen Erkrankungen in Kindheit und Jugend zu erwarten.³⁸⁷

Abbildung 56: Auswirkungen aktueller Entwicklungen auf die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten

Quelle: Eigen Darstellung in Anlehnung an Fegert, J.M., et al. 2023, S. 3

³⁸⁷ Fegert, JM. et al.: Analyse und Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie. Abschlussbericht. 2023. https://docs.dpaq.de/19385-abschlussbericht_cov_folgekosten_20230516final_mitlogo.pdf [Abruf am 03.01.2024].

Kosteneffektivität der Psychotherapie

Psychotherapie zeichnet sich durch eine hohe und langfristige Behandlungswirksamkeit bei unterschiedlichen Störungsbildern und Therapieverfahren aus. Kosten-Effektivitäts-Studien zeigen, dass sie daher ein kosteneffizientes Behandlungsverfahren darstellt, indem eine nachhaltige Senkung der Gesundheitskosten durch Einsparungen bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Arbeitsunfähigkeitstagen erzielt wird.³⁸⁸ Eine umfangreiche Überblicksarbeit von Margraf (2009) zeigt, dass in 95 Prozent der betrachteten Studien eine deutliche Kostenreduktion durch Psychotherapie erzielt wird. In 76 Prozent der ausgewerteten Untersuchungen war die Psychotherapie medikamentösen Strategien überlegen oder brachte zumindest einen Zusatznutzen.³⁸⁹

Mit Blick auf einzelne psychotherapeutische Maßnahmen zeigt sich, dass gemäß einer Metaanalyse zur Kosteneffizienz von Langzeitpsychoanalyse eine Amortisierung der Therapiekosten nach drei Jahren erzielt wird³⁹⁰.

7.5 Koordination und Steuerung 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 Helferinnen und Helfer geführt hat. Das mehrgliedrige Gesundheitssystem in Deutschland und die unterschiedlich zuständigen Sozialgesetzbücher haben dabei eine maßgebliche Rolle gespielt bzw. sind auch

heute noch für die fehlende gemeinsame Sichtweise und Koordination verantwortlich.³⁹¹ 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.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der

³⁸⁸ Datler, W. et al.: Disziplin, Profession und evidenzbasierte Praxis: Zur Stellung der Psychotherapie im Gesundheitssystem. Eine Bilanz. Psychotherapie Forum 2021; 25: 7–21.

³⁸⁹ Siehe Gieseke, S.: Kosten und Nutzen: Psychotherapie ist sinnvoll. Dtsch Arztebl 2008 (PP 7); 12:554.

³⁹⁰ De Maat, S. et al.: Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment. Harvard Rev Psychiat 2007; 15(6): 289–300.

³⁹¹ Bramesfeld, A., Koller, M., Salize, H.-J.: Public Mental Health. Steuerung der Versorgung für psychisch kranke Menschen. Bern. 2019.

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. Hausarztpraxen, die bei längerem Krankheitsverlauf die Koordinierungsleistung an die Fachärztin bzw. -arzt für Psychiatrie und Psychotherapie weitergeben) inklusive einer separaten Vergütung für diese Leistung. Insbesondere für den ländlichen Raum könnten lokale Gesundheitszentren mit angestellten Sozialarbeiterinnen und -arbeitern die

Koordinierungsfunktion übernehmen. Zudem wird eine sektorenübergreifende Angebotskapazitätsplanung befürwortet.

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. Weiterhin gilt es, die notwendigen Ansätze für ein multiprofessionelles und koordiniertes Versorgungsmanagement in den Regelstrukturen zu etablieren.

Versorgung von schwer psychisch erkrankten Patientinnen und Patienten verbessern

Zur Verbesserung der Versorgung von schwer psychisch erkrankten erwachsenen Patientinnen und Patienten wurde ein neues Versorgungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) auf den Weg gebracht: die Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, kurz KSVPsych-Richtlinie. Das Versorgungsangebot richtet sich an Patienten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit einer Erkrankung aus den Diagnosegruppen F10-F99 (ICD-10) und mit deutlichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen. Dabei werden die Patientinnen und Patienten von berufsgruppenübergreifenden Netzverbänden engmaschig betreut. Eine Ärztin oder Arzt bzw. eine Therapeutin oder Therapeut dient als zentraler Ansprechpartner und koordiniert die Versorgung. Ein Netzwerk besteht aus mindestens zehn Fachärztinnen bzw. -ärzten und Therapierenden aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Zusätzlich sind Kooperationsverträge abzuschließen mit mindestens einem zugelassenen Krankenhaus und einem Leistungserbringer für Ergotherapie oder Soziotherapie oder einem Leistungserbringer der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege.

Stand November 2023 gibt es in Bayern zwei genehmigte Netzverbände: Netzwerk Region 10 Ingolstadt und Netzwerk PsychNetzOberbayern (Region München). Zwei weitere Netzverbände in den Regierungsbezirken Mittelfranken und Oberbayern sind in der Planung bzw. im Aufbau.

Um die Versorgung von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu verbessern wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss im März 2024 die Grundlage für eine berufsgruppenübergreifende und koordinierende Versorgung (KJ-KSVPsych-Richtlinie) gelegt.

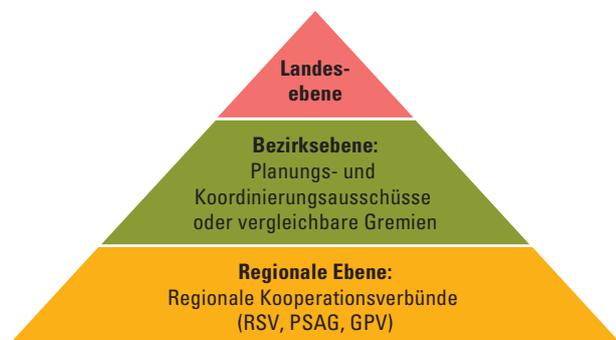
Mehr dazu unter: <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychiatrische-komplex-versorgung>

Psychiatrieplanung und Koordination der Hilfen in Bayern

Die **Zuständigkeiten** für eine möglichst gute psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Bayern verteilen sich auf eine Vielzahl an Akteuren. So liegt beispielsweise die Bedarfsplanung für niedergelassene, vertragsärztliche Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten gemäß § 99 SGB V nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder, die Zuständigkeit für die Planung der Krankenhausversorgung liegt beim Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss (BayKrG, Art. 7) und die Zuständigkeit für die Errichtung, Unterhaltung und Betrieb von psychiatrischen Einrichtungen oder Diensten liegt gemäß BezO Art. 48 bei den Bayerischen Bezirken. Die Bezirke sind zudem als Träger der Eingliederungshilfe gem. Art. 66d AGSG um eine Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bemüht.

Allerdings verpflichten die Sozialgesetze (z. B. SGB I § 17 Ausführung der Sozialleistungen) und auch das Bayerische Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (BayPsychKHG, Art. 2) die Leistungsträger zur **Zusammenarbeit**. In Bayern gibt es auf unterschiedlichen Ebenen Gremien, die eine systematische Planung und Evaluation, Steuerung und Qualitätsentwicklung des gesamten Hilfesystems in einer definierten Region zum Ziel haben.

Abbildung 57: Ebenen der Planung und Steuerung in Bayern



Auf der **regionalen Ebene** wirken die fachspezifischen regionalen Kooperationsverbände (siehe unten), wie die Regionalen Steuerungsverbände (RSV), Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV), sowie auch die Gesundheitsregionen^{plus} mit. Letztere haben die Aufgabe, professionelle Akteure auf lokaler Ebene zu Fragen der Prävention, gesundheitlichen Versorgung und Pflege zu vernetzen und zwar übergreifend im Sinne eines Gesamtansatzes.³⁹²

Auf der **Bezirksebene** nehmen die Planungs- und Koordinierungsausschüsse (PKA) oder vergleichbare Gremien³⁹³ Aufgaben der Planung, Steuerung und Koordinierung der psychiatrischen Versorgung wahr. Die Geschäftsführung hat der Bezirk inne und wird in der Regel durch die Psychiatriekoordination geleistet. Die Gremien übernehmen im Wesentlichen eine beratende Funktion hinsichtlich der Weiterentwicklungsbedarfe der psychiatrischen Versorgungsstrukturen innerhalb des jeweiligen Bezirks. Weiterhin haben sich vielfach die regionalen Kooperationsverbände zu überregionalen Verbänden zusammengeschlossen und bearbeiten Versorgungsthemen von überregionaler Bedeutung.

Auf der **Landesebene** stellt der bayerische Psychiatriebericht eine wichtige Planungsgrundlage dar. Allerdings gibt es kein regelhaft arbeitendes Planungsgremium für die gesamte psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Bayern.

Die Planungs- und Steuerungsfunktion der einzelnen Gremien ausschließlich innerhalb ihrer (Sozialleistungs-)Trägerschaft, ihrer räumlichen und politischen Ebene usw. zu betrachten, wäre zu kurz gegriffen. Zum einen nehmen übergeordnete Ebenen wie z. B. die Landespolitik mittels fachlicher Beratung, finanzielle Förderung und Gesetzgebung, Einfluss auf die regionale Gremienarbeit. Zum anderen besteht zwischen ein-

³⁹² Siehe Geuter, G. et al.: Der Beitrag von Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen zur regionalen Planung und Steuerung im Gesundheitswesen – ein Überblick auf Ebene der Bundesländer. Gesundheitswesen 2023.

³⁹³ In Oberbayern ist es das Gremium Gesundheits-, Sozial- und Versorgungsplanung Oberbayern (Gremium GSV); in Schwaben wird ein analoges Gremium unter dem Begriff „Sozialkonferenz“ geführt.

zelenen Planungs- und Steuerungsgremien ein struktureller Austausch, sodass wichtige Impulse

aus untergeordneten oder benachbarten Gremien aufgegriffen werden.

Gerontopsychiatrische Fachkoordination

In Bayern gibt es in drei Bezirken Fachstellen für die gerontopsychiatrische Fachkoordination (Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken). Die Fachstellen unterstützen und begleiten den Aus- und Aufbau besonderer Maßnahmen und Angebote im Bereich der gerontopsychiatrischen Versorgung (inkl. Sucht). Zu den Aufgaben zählen u. a.: Beratung von Fachpersonen und Engagierten; Gremien- und Netzwerkarbeit; Entwicklung von Konzepten und Projekten; Öffentlichkeits- und Anti-Stigma-Arbeit; Organisation und Durchführung von Fachtagen und Fortbildungen.

Mehr dazu unter: <https://www.bezirk-mittelfranken.de/soziales/informationen-fuer-leistungsanbieter-traeger-und-verbaende/sozialplanung-und-koordination/gerontopsychiatrische-fachkoordination-mittelfranken> sowie <https://www.diakonie-hochfranken.de/erwachsene/sozialpsychiatrie/gerontopsychiatrische-koordinationsstelle>, <https://www.halmawuerzburg.de/beratungsstelle/gerontopsy/>

Im Fokus: Regionale Kooperationsverbände in Bayern

Der Region kommt bei der Planung und Steuerung von Maßnahmen und Angeboten im Kontext psychischer Gesundheit eine besondere Rolle zu. Zum einen können lokale Besonderheiten wie z. B. die Bevölkerungsstruktur, die Armuts- und Arbeitslosenquote oder die Verfügbarkeit von Grün- und Freizeitflächen, die Häufigkeit und das Ausmaß psychischer Erkrankungen beeinflussen. Zum anderen ist die Verfügbarkeit von Präventions- und Versorgungsangeboten auf regionaler Ebene sehr unterschiedlich. Zudem stehen die regionalspezifischen Angebote häufig unverbunden nebeneinander. Daher ist die Kenntnis lokaler Besonderheiten sowie regionaler Präventions- und Versorgungsangebote unabdingbar für die Weiterentwicklung des regionalen Versorgungssystems im Sinne eines Gesamtansatzes.

Regionale Kooperationsverbände wie die Regionalen Steuerungsverbände (RSV), die Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und die Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) sind Zusammenschlüsse aller in der Region an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Organisationen, Behörden, Vertretungen der Betroffenen und Angehörigen sowie der Selbsthilfegruppen. Sie haben die

Aufgabe, die regionale Versorgungssituation hinsichtlich des Bedarfs, der Angebote und Leistungen kontinuierlich zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Zudem haben die Verbände eine wichtige Vernetzungs- und Koordinierungsfunktion (auch im Einzelfall), machen Öffentlichkeitsarbeit (insbesondere zur Unterstützung der Anti-Stigma-Bewegung) und wirken bei sozialpolitischen Initiativen mit.

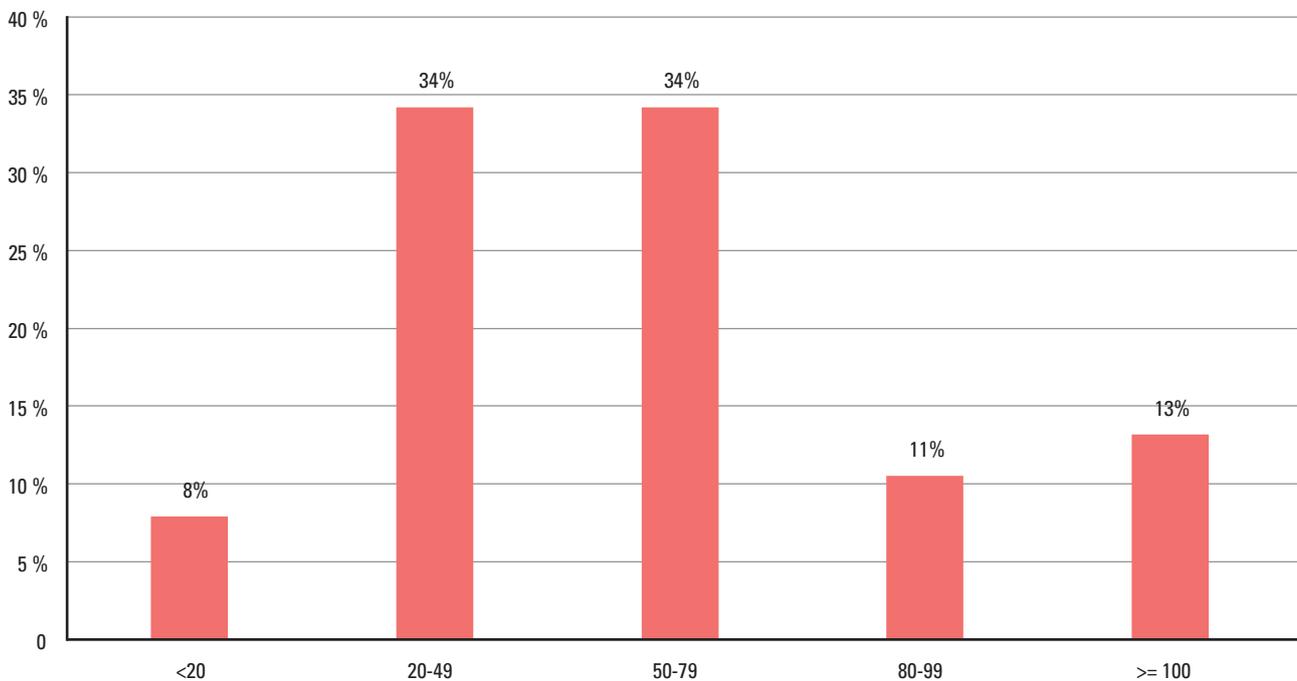
In Bayern gibt es Stand Februar 2023 insgesamt **62 regionale Kooperationsverbände**. Mehrere Verbände umfassen dabei mehr als einen Landkreis bzw. eine Stadt. Nur ein Landkreis in Bayern verfügt über keinen regionalen Kooperationsverbund.

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat im Sommer 2023 eine Umfrage zur **aktuellen Struktur der regionalen Kooperationsverbände** in Bayern durchgeführt. Dazu wurden die Geschäftsstellen der regionalen Kooperationsverbände angeschrieben und Daten bzgl. der Verortung, rechtlichen Grundlage, teilnehmenden Mitglieder, Sitzungsturnus, Aufgaben- und Themenschwerpunkte, Veröffentlichung der Ergebnisse sowie Implementation in die Praxis und regionalen Datenbedarfslage erhoben. Von den aktuell 62 regionalen Kooperationsverbänden nahmen 40 an der Umfrage teil.

Die Ergebnisse zeigen, dass die **Geschäftsführung** des regionalen Kooperationsverbands mit 88 % überwiegend am zuständigen Gesundheitsamt angesiedelt ist. Bei drei Verbänden ist die Geschäftsführung beim Bezirk angesiedelt; in zwei Verbänden ist die Geschäftsführung (z. T. bereits über einen längeren Zeitraum) zum Zeitpunkt der Befragung vakant. Bis auf einen regionalen Kooperationsverband verfügen alle über eine Geschäftsordnung.

Etwa die Hälfte der Verbände tagt 1–2-mal im Jahr, ein Drittel 3–4-mal, ein Fünftel öfter als 4-mal. Der überwiegende Anteil der regionalen Kooperationsverbände (82 %) tagt auch zu einzelfallbezogenen Themen (z. B. Personenzentrierte Konferenzen). Nur knapp ein Drittel der Befragten gab an, dass die Ergebnisse der Sitzungen öffentlich zugänglich sind, mehrheitlich in Form eines Protokolls. Hinsichtlich ihrer Größe unterscheiden sich die Verbände sehr stark. Das Minimum liegt bei 5 Mitgliedern, das Maximum bei 150. Die Mehrzahl umfasst 20–49 bzw. 50–79 Mitglieder (siehe Abbildung 58).

Abbildung 58: Anzahl der Mitglieder der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023



Quelle: eigene Erhebung LGL; N=38

Die Ergebnisse zeigen ebenso deutliche Unterschiede hinsichtlich der **beteiligten regionalen Akteure, Einrichtungen und Behörden**. Zwar gibt es wenige, die in nahezu allen Verbänden vertreten sind; die weiteren Mitglieder setzen sich jedoch aus einem breiten Spektrum unterschiedlicher Akteure, Einrichtungen und Behörden zusammen (siehe Tabelle 27). Zu den Hauptakteuren zählen die Gesundheitsämter, die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) und die Psychosozialen Suchtberatungsstellen (PSB).

Auch die Einrichtungen der Eingliederungshilfe (soziale und berufliche Teilhabe) und die Bezirke sind in nahezu allen Verbänden vertreten. In der Mehrzahl der Verbände sind zudem die Vertreterinnen und Vertreter der Selbsthilfe der Betroffenen bzw. der Angehörigen, die Krisendienste (PsychKHG), die psychiatrischen Akutkrankenhäuser und Institutsambulanzen (PIAs) sowie die Kommunen vertreten.

Tabelle 27: Mitglieder der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023

Erbringer von niedrigschwelligen Leistungen im Rahmen von Beratung und Begleitung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SpDi / GpDi (36) ▪ PSB (34) ▪ Selbsthilfe Betroffene (29) ▪ Selbsthilfe Angehörige (26) ▪ Krisendienst (BayPsychKHG) (26) ▪ regionale Präventionsprojekte (20) ▪ EUTB (17) ▪ Beschwerdestellen (16) ▪ Organisation bürgerschaftl. Engagement (8) ▪ Erziehungsberatung (5) ▪ Allgemeine Sozialberatung / Sozialdienst (3) 	<p>Sonstige: Telefonseelsorge, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Migrationsdienst, Traumafachberatung, Frauennotruf, Selbsthilfe-Büro, Beratungsstelle Demenz, Fachstelle pflegende Angehörige, Gesundheitsregion^{plus}</p>
Erbringer von Leistungen ambulanter und (teil)-stationärer Behandlung, Rehabilitation, Pflege, usw.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eingliederungshilfe - berufliche Teilhabe (35) ▪ Eingliederungshilfe - soziale Teilhabe (34) ▪ psychiatrische Akutkrankenhäuser (32) ▪ psychiatrische Institutsambulanzen (29) ▪ Kinder-Jugendhilfe (25) ▪ med. (berufliche) Reha (21) ▪ niedergelassene psych. Psychotherapeutinnen/-therapeuten (20) ▪ Wohnungslosenhilfe (19) ▪ niedergelassene Ärztinnen/Ärzte (17; davon 88% Fachärzte aus dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich) ▪ Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (13) ▪ Pflegedienste amb. (8) ▪ Offene Behindertenhilfe (3) 	<p>Sonstige: Frühförderstellen, SPZ, Seniorenhilfe, Einrichtung für körperlich und geistig Behinderte, Traumahilfezentrum, Neurologische Klinik, Soziotherapie, Berufsbildungswerk</p>
Leistungsträger	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bezirk (34) ▪ Arbeitsagentur / Jobcenter (24) ▪ örtl. Sozialhilfeträger (23) ▪ Krankenkassen (18; davon 90% AOK) ▪ KVB (7) ▪ Jugendamt (6) ▪ Rentenversicherung (3) 	

Weitere Akteure	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gesundheitsamt (39) ▪ Kommune (kreisfreie Stadt / LK) (26) ▪ Betreuer / Betreuungsvereine / Betreuungsstelle (26) ▪ Ärztlicher Kreisverband (12) 	<p>Sonstige: Migrationsbeirat, Seniorenbeirat, Behindertenbeauftragte Schulamt, Schulsozialarbeit, schulpsychologische Dienste, Förderschule, Hochschule, Polizei, Gleichstellungsbeauftragte, Amtsgericht. BRK, ASB</p>
------------------------	---	--

Quelle: eigene Erhebung LGL; N=39; Anzahl der Nennungen in der Klammer

Die Ergebnisse zeigen weiterhin, dass für eine stabile bzw. dauerhafte Planungs- und Steuerungsfunktion der Verbände (auch im Sinne eines Gesamtansatzes) in vielen Fällen wichtige Akteure, Einrichtungen und Behörden fehlen. So gaben 65 % der Befragten an, dass wichtige Akteure, Einrichtungen und Behörden nicht im Verbund vertreten sind, insbesondere die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten fehlen häufig, gelegentlich auch die Kostenträger. Ein Problem der Arbeit in den Verbänden stellen des Weiteren diskontinuierliche Teilnahmen dar. 41 % der Befragten gaben an, dass Mitglieder ihres regio-

nenalen Kooperationsverbands nicht regelmäßig an den Sitzungen teilnehmen, insbesondere die Berufsgruppen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten wurden hier genannt. Ursächlich dafür ist u.a. die fehlende Vergütung der Gremienarbeit.

Entsprechend der Vielschichtigkeit im Themenfeld Psychische Gesundheit bearbeiten die regionalen Steuerungsverbände ein breites **Themenspektrum** (siehe Tabelle 28). Zu besonderen Fragestellungen haben die Verbände diesbezüglich Arbeitsgruppen bzw. Arbeitskreise gebildet.

Tabelle 28: Auswahl an Themenschwerpunkten der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023

Prävention und Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prävention psychischer Erkrankungen (allgemein / Kinder und Jugendliche) ▪ Empowerment
Risikofaktoren / Soziale Problemlagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsamkeit ▪ Wohnungslosigkeit / Wohnsituation ▪ Kindeswohlgefährdung ▪ Sexueller Missbrauch ▪ Häusliche Gewalt ▪ Auswirkungen der multiplen Krisenlage (u. a. Corona-Pandemie, Energiekosten)
Krankheitsbilder (inkl. Suizide)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suchterkrankungen ▪ Depression ▪ Burnout ▪ Demenz ▪ Borderline ▪ Trauma ▪ Messie-Syndrom ▪ Suizidalität

Unterstützungs- und Versorgungsangebote	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorstellung (neuer) Angebote oder Projekte ▪ Aufbau neuer Angebote (u. a. Beantragung, Konzeptprüfung) ▪ Selbsthilfe ▪ Beratungsangebote ▪ Soziale und berufliche Teilhabe ▪ Suchthilfe ▪ Krisendienst / Krisenversorgung ▪ Leistungsangebote SGB V ▪ Pflege / Hospiz
Versorgungsbedarfe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kinder und Jugendliche ▪ Seniorinnen und Senioren ▪ Schwererkrankte (u. a. mit herausforderndem Verhalten, Pflegebedarf) ▪ besonderer Risikogruppen (u. a. Kinder psych. erkrankter Eltern, psych. belasteter Familien, Geflüchtete, Wohnungslose)
Versorgungslage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemein (u. a. Wartezeiten, Durchlässigkeit der Systeme, Fachkräftemangel, mangelnde Versorgungskapazitäten im Bereich ambulante Versorgung SGB V und besondere Wohnformen, EX-IN, stationäre Pflege, Langlieger/Fehlbeleger) ▪ Spezifische Problemlagen (u. a. Gewalt in der häuslichen Pflege, fehlende Versorgung für psychisch erkrankter Menschen mit Pflegebedarf/Borderline / Persönlichkeitsstörung; Psychotherapie für Menschen mit Intelligenzminderung)
Auswirkung (neuer) Gesetze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) ▪ Betreuungsrechtreform ▪ Bundesteilhabegesetz (BTHG, insbesondere Bedarfsermittlung) ▪ Kinder- und Jugendhilfestärkungsgesetz (KJSG) ▪ Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz (BayPsychKHG)
Organisationsstruktur des Verbunds	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Öffentlichkeitsarbeit (u. a. Erstellung eines Psychiatriewegweiser, Planung von Veranstaltungen und Antistigma-Kampagnen) ▪ Weiterentwicklung des Verbunds (u. a. Nachbesetzungsregelung der Geschäftsführung, Rolle, Kompetenzen, (Über-) Regionale Vernetzung, Kooperationen, Qualitätssicherung)

Quelle: eigene Erhebung LGL

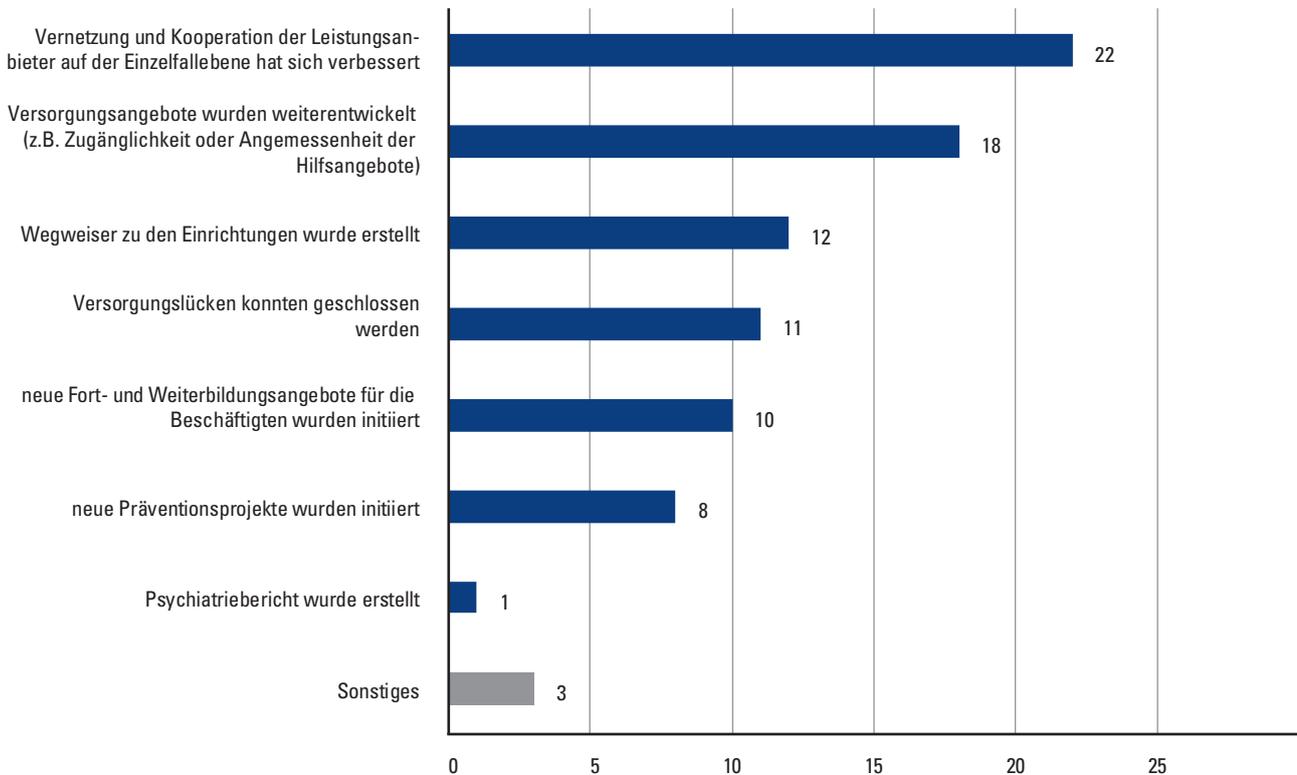
65 % der befragten Verbände (N=26) gaben an, dass die Ergebnisse Eingang in die Praxis gefunden haben, dies schloss ebenso die Meldung an andere planerische Ebenen mit ein.

Die Koordinierungs- und Steuerungswirkung des Verbunds wurde insbesondere in Bezug auf die Verbesserung der Vernetzung und Kooperation auf der Einzelfallebene wahrgenommen. Aber auch hinsichtlich der Verbesserung der regionalen Versorgungsangebote zeigten sich aus Sicht der Befragten positive Effekte. So gaben 22 der 26 Verbände an, dass sich die Vernetzung und

Kooperation der Leistungsanbieter auf der Einzelfallebene verbessert hat. Bei 18 Verbänden konnten Hilfsangebote weiterentwickelt werden und bei 11 konnten Versorgungslücken geschlossen werden. Zudem spielte der Verbund eine bedeutsame Rolle bei der Erstellung eines Wegweisers, bei der Initiierung neuer Fort- und Weiterbildungsangebote sowie neuer Präventionsprojekte. In einem Fall wurde ein Psychiatriebericht erstellt (siehe Abbildung 59).

Abbildung 59: Koordinierungs- und Steuerungseffekte der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023

Anzahl der Nennungen



Quelle: eigene Erhebung LGL; N=26; bei dieser Frage konnten mehrere Antworten gegeben werden; in die Kategorie „Sonstige“ fallen: „neue UAG Sucht im Bezirk auf Grundlage der Ergebnisse der AKs der Regionen“, „Abstimmungsergebnisse werden dem Planungs- und Koordinierungsausschuss zur Verfügung gestellt“ und „Fachtage wurden abgehalten“.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass die regionalen Kooperationsverbände in Bayern eine heterogene Struktur aufweisen. Im Sinne eines Gesamtansatzes wäre es hilfreich, wenn eine gemeinsame Festlegung auf die zu beteiligenden wichtigen Akteure, Einrichtungen und Behörden erfolgte. Angesichts der steigenden Herausforderungen an die Sicherstellung von Unterstützungs- und Versorgungsstrukturen

kommt gut funktionierenden Netzverbänden eine steigende Bedeutung zu. Deshalb sollten die wertvollen Koordinierungs- und Steuerungseffekte insbesondere für die Einzelfallebene, die durch den Zusammenschluss der regionalen Akteure erzielt werden können, nicht an knappen Personalressourcen sowie fehlenden finanziellen Anreizen für den (nicht-einzelfallbezogenen) Koordinationsaufwand scheitern.

8. ZUKUNFT GESTALTEN

8. Zukunft gestalten

Vor dem Hintergrund der Daten über die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Bayern setzt sich die Bayerische Staatsregierung auch in Zukunft im Rahmen der zur Verfügung stehenden Stellen und Mittel entschieden für eine Stärkung der Prävention und der Versorgung in diesem Bereich ein, von der Förderung von Forschungsvorhaben bis zum weiteren Ausbau der ambulanten und stationären Ressourcen. Der Bericht hat dazu eine Reihe von Vorhaben und Projekten beschrieben. Bei verschiedenen regionalen wie überregionalen Vorhaben ist die Einbindung weiterer Partner erforderlich, hierzu zählen Akteure aus Prävention, Wissenschaft und Versorgung. Auf Bundesebene setzt sich die Bayerische Staatsregierung für länderspezifische und regionale Aspekte ein. Sechs allgemeinere Handlungsbereiche seien abschließend noch einmal hervorgehoben:

1. Datenlage verbessern

Gesundheitspolitische Positionierungen und Planungen setzen eine ausreichende Datenlage voraus. Hier sieht die Staatsregierung Handlungsbedarf insbesondere bei den Daten zu den Unterbringungen. Die Unterbringungen betreffen zwar von der absoluten Zahl her vergleichsweise wenige Menschen, aber sie stellen massive Eingriffe in ihren Alltag und in ihre Grundrechte dar. Daher ist bei den Unterbringungen eine engmaschige Surveillance notwendig. Dies gilt auch mit Blick auf die Steuerung der Krisendienste in Bayern.

Des Weiteren ist die Datenlage bei den Suiziden weiter auszubauen. Das gilt vor allem für die Suizidversuche sowie die assistierten Suizide. Die Bayerische Staatsregierung begrüßt ausdrücklich den Beschluss des Deutschen Bundestags vom 5. Juli 2023 zur Stärkung der Suizidprävention in Deutschland und die darin ebenfalls beabsichtigte Surveillance von Suizidversuchen. In Bayern ist der Gesundheitsindikatorensatz³⁹⁴

bereits um erste Indikatoren zu Suizidversuchen auf der Grundlage der Polizeilichen Kriminalstatistik ergänzt worden. Ein weiterer Ausbau wird angestrebt. Bei den assistierten Suiziden zeigen die in diesem Bericht angesprochenen Auswertungen aus München, dass die Entwicklung in diesem Bereich sorgfältig beobachtet werden muss und ggf. auch regulative Maßnahmen erforderlich werden können.

Gleiches gilt für Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, die vom bestehenden Hilfesystem in Bayern nicht ausreichend erreicht werden. Auch hier ist die Datenlage unbefriedigend, insbesondere was die Zugangsbarrieren ins leistungsträgerübergreifende Versorgungssystem und die Behandlungs- und Unterstützungshemmnisse betrifft.

2. Transparenz der Angebote verbessern

Bayern hat ein vielfältiges Angebot an Präventionsmaßnahmen und Hilfen für Betroffene. Mit der Vielfalt geht jedoch auch eine Unübersichtlichkeit einher, die das Auffinden der passenden Angebote für Betroffene, Angehörige oder das soziale Umfeld oft erschwert. Dies gilt insbesondere für Angebote für Kinder und Jugendliche – dies hat auch das von der Bayerischen Staatsregierung einberufene Gremium zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen thematisiert. Eine möglichst gute Steuerung des Bedarfs trägt auch zu einem Abbau von Unter-, Fehl- und Überversorgung bei. Daher sollen geeignete Maßnahmen für eine bessere Transparenz über das Angebot an Prävention und Versorgung erprobt und bei Bewährung ausgebaut werden.

3. Koordination verbessern

Mit einer bedarfsgerechten Steuerung der Angebote sowie der Transparenz der Angebote für

³⁹⁴ Siehe dazu <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>.

Hilfesuchende eng verbunden ist die Notwendigkeit, die verschiedenen Akteure und ihre Angebote besser zu vernetzen bzw. zu koordinieren. Dies trägt zu einem effizienteren Ressourceneinsatz bei. Daher soll geprüft werden, welche Möglichkeiten es gibt, die Bestimmungen aus Art. 2 BayPsychKHG besser umzusetzen z. B. über die Regionalen Steuerungsverbände bzw. die Gesundheitsregionen^{plus}. Als übergreifende Gesamtrahmen werden zudem die „Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern“ sowie die „Grundsätze der Bayerischen Staatsregierung für Drogen und Suchtfragen“ gemeinsam mit den Partnerinnen und Partnern im Versorgungssystem novelliert.

Die Zunahme der Unterbringungsverfahren bei den Kindern und Jugendlichen deutet darauf hin, dass komplexe und schwer zu behandelnde Störungsbilder möglicherweise zugenommen haben bzw. nicht bedarfsgerecht versorgt werden. Für die stärker belasteten und von der Jugendhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen sollten daher geeignete Maßnahmen für eine engere Verzahnung von Gesundheitssystem und Jugendhilfe (ergänzend auch der Bildungsbereich) erprobt und bei Bewährung ausgebaut werden z. B. durch die Organisation von Komplexleistungen aus mehreren Systemen (SGB V, SGB VIII), ggf. auch überregional.

4. Prävention verbessern

Ein wichtiges gesundheitspolitisches Handlungsfeld auch im Bereich der psychischen Gesundheit ist die Prävention. Hier sind Setting-Ansätze, also Ansätze zur Prävention und zur Förderung der Gesundheit in der Familie, den Erziehungseinrichtungen, am Arbeitsplatz und in Heimen von besonderer Bedeutung. Am Arbeitsplatz gibt dabei das Arbeitsschutzgesetz Handlungsroutinen vor, die dem Public Health Action-Cycle entsprechen. Auch in der Schule gibt es vielfältige Präventionsangebote. In anderen Settings fehlen z. T. noch evidenzbasierte Konzepte.

Die Stärkung der Prävention psychischer Störungen und speziell auch der Suizidprävention ist im

Rahmen der Haushaltsmöglichkeiten bereits im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien in Bayern verankert: „Die Prävention bei psychischen Erkrankungen, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, und die Suizidprävention werden wir weiter ausbauen.“ Dem wird auch bei der Fortschreibung des Bayerischen Präventionsplans zum Masterplan Prävention für Bayern Rechnung getragen.

5. Fachkräftemangel bekämpfen

Der Fachkräftemangel zeigt sich in allen Bereichen der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hier sieht die Bayerische Staatsregierung dringenden Handlungsbedarf. Neben der Stärkung der Prävention, die auch zur Entlastung des Versorgungssystems beiträgt, dem effizienteren Einsatz vorhandener Fachkräfte (z. B. durch eine stärkere Ambulantisierung oder durch den Abbau unkoordinierter Leistungen) setzt sich die Bayerische Staatsregierung für attraktive Arbeitsplätze im psychosozialen sowie psychiatrischen Versorgungssystem in Bayern ein. Flankierend dazu ist die Gewinnung, Anerkennung und nachhaltige Integration von ausländischen Fachkräften von Bedeutung.

6. Stigmatisierung abbauen

Trotz vielfältiger Bemühungen verschiedener Akteure werden Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft weiterhin stigmatisiert. Sie erleben Ausgrenzung, Abwertung und Zurückweisung nicht nur im persönlichen Kontakt, sondern auch auf struktureller Ebene. Diese Stigmatisierung schränkt die Wahrnehmung ihrer Rechte ein, insbesondere das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben und dem gesellschaftlichen Leben. Stigmatisierung erschwert das frühzeitige Aufsuchen und die Inanspruchnahme von Hilfen, sie verstärkt zudem die Krankheitslast und kann zu Krisen und suizidalen Gefährdungen führen. Die Bayerische Staatsregierung hat daher wiederholt Entstigmatisierungskampagnen initiiert z. B. 2016 zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und 2017 zur psychischen Gesundheit von Erwachsenen. Dies bleibt eine Daueraufgabe.

9. WICHTIGE ANLAUFSTELLEN UND KONTAKTE

9. Wichtige Anlaufstellen und Kontakte

Es gibt eine Vielzahl von Angeboten zu Information, Anlaufstellen, 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 dem ärztlichen Not- und Bereitschaftsdienst (Tel. 116117), den regionalen Krankenhäusern und der Polizei bieten folgende Anlauf- und Beratungsstellen Hilfen an:

Die **Krisendienste Bayern** 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;

<https://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.

<https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/hilfsangebote/>

Das deutschlandweite Kinder- und Jugendtelefon **Nummer gegen Kummer** bietet Beratungsangebote zu psychosozialen Themen und Gesundheit. Bei Bedarf vermitteln sie z. B. auch an 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 beteiligten Stellen vor Ort ist auf der Homepage abrufbar.

Tel.: 0800/1110111, 0800/1110222 oder 116123 oder per Mail und Chat unter

<https://www.telefonseelsorge.de/>

[U25] ist ein Mail-Beratungsangebot, welches sich speziell an suizidgefährdete junge Menschen bis 25 Jahre richtet. Die Beratung übernehmen speziell ausgebildete ehrenamtliche Gleichaltrige („Peers“).

<https://www.u25-nuernberg.de/> und <https://www.u25-deutschland.de/>

Eine niedrigschwellige Online-Beratung für suizidgefährdete Erwachsene ab 26 Jahren bietet **MANO – Suizidprävention**. Die Beratung wird von speziell ausgebildeten und eng begleiteten Ehrenamtlichen durchgeführt und ist anonym.

<https://mano-beratung.de/>

Die **Sozialpsychiatrischen Dienste** bieten niedrigschwellige Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Problemen oder in seelischen Notsituationen (siehe auch unter Psycho-soziale Hilfen). Die Adresse und Telefonnummer des nächsten Dienstes sind über die Bayerischen Bezirke erhältlich und unter

<https://www.sozialpsychiatrischedienste-bayern.de/>.

Etwa 180 **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.

<https://www.stmas.bayern.de/erziehungsberatung/index.php>

Medizinische und psychotherapeutische Versorgung

Auskunft darüber, welche niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wohnortnah erreichbar sind, gibt der **Arztsuchdienst der Bayerischen Landesärztekammer** unter:

<https://arzt.bayern/>

Bei der Suche nach einem Psychotherapieplatz hilft der **Psychotherapeutensuchdienst der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** unter:

<https://www.ptk-bayern.de/>

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** bietet für Patientinnen und Patienten eine bundeseinheitliche Arztsuche unter

<https://arztsuche.116117.de/> an.

Die Terminservicestelle der **Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)** vermittelt telefonisch unter der Tel. 116117 Arzttermine und unterstützt Patientinnen und Patienten bei der Suche nach dauerhaftbehandlungsbereiten Haus-, Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzten. Weiterführende Informationen könnten unter

<https://www.kvb.de/patienten/terminservice/> eingesehen werden.

Die **Koordinationsstelle Psychotherapie** der KVB hilft bei der Therapeutensuche unter:

Tel. 0921/88099-40410;

<https://www.kvb.de/patienten/psychotherapeutische-versorgung/>.

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 und unter

<https://www.sozialpsychiatrischedienste-bayern.de/> und <https://www.kbs-bayern.de/>.

Insbesondere für psychisch kranke Menschen und deren Angehörige, die vom bestehenden Hilfesystem nicht ausreichend erreicht werden, stehen die flächendeckend in Bayern vorhandenen **Gesundheitsämter** zur Verfügung. Sie bieten Informationen zu Personen, Einrichtungen und Stellen, die vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen gewähren können. Die Gesundheitsämter Bayerns sind zu finden unter:

<https://www.bayernportal.de/dokumente/behoeerdeordner/7555456214>

und Mithilfe der PLZ-Suchfunktion des RKI:

<https://tools.rki.de/plztool/>

Informationen über Unterstützungsleistungen im Rahmen der **Eingliederungshilfe** sowie Adressen und Telefonnummern von Einrichtungen wie Tagesstätten oder betreutes Wohnen sind über die **Bayerischen Bezirke** erhältlich unter:

<https://www.bezirk-oberbayern.de/>

<https://www.bezirk-niederbayern.de/>

<https://www.bezirk-oberpfalz.de/>

<https://www.bezirk-oberfranken.de/>

<https://www.bezirk-mittelfranken.de/>

<https://www.bezirk-unterfranken.de/index.html>

<https://www.bezirk-schwaben.de/>

Adressen und Telefonnummern der Suchthilfeeinrichtungen in Bayern listet die **Koordinierungsstelle der bayerischen Suchthilfe** (KBS) unter: Tel.: 089/536515;

<https://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 Adressliste unter:

<https://www.fruehfoerderung-bayern.de/>

Der **Pflegefinder Bayern** richtet sich an pflegebedürftige Menschen oder deren Angehörige, die Unterstützung bei der Suche nach einem Pflegeplatz, Pflege zu Hause oder fachliche Beratung benötigen. Der Pflegefinder ist auch bei der Suche nach spezifischen Angeboten der psychiatrischen Pflege oder der Demenzbetreuung behilflich:

<https://pflegefinder.bayern.recaresolutions.com/>.

Auch die Kontaktdaten von Beratungsangeboten, wie die im folgenden beschriebenen Fachstellen für pflegende Angehörige sowie die der Pflegestützpunkte, sind auf der Plattform zu finden.

Pflegenden Angehörigen stehen in Bayern derzeit über 100 **Fachstellen für pflegende Angehörige** zur Verfügung. Sie bieten psychosoziale Beratung und tragen zur Entlastung der pflegenden Angehörigen durch begleitende Unterstützung bei. Die jeweiligen Kontaktdaten sind abrufbar unter:

https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflege-zu-hause/fachstellen_pflegende_angehoerige/.

Information und Beratung zu allen Fragen im Vor- und Umfeld der Pflege erhalten Bürgerinnen und Bürger auch in den bayernweit 54 **Pflegestützpunkten**. Diese haben darüber hinaus die Aufgabe, wohnortnahe Hilfs- und Unterstützungsangebote zu koordinieren. Die Kontaktdaten sind abrufbar unter: <https://www.stmgp.bayern.de/pflege/pflege-zu-hause/pflegestuetzpunkte/>.

Anlaufstellen der Betroffenenorganisationen und Beschwerdestellen

Der **Bayerische Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V.** (BayPE) bietet Beratung von und für Menschen, die Erfahrungen mit Psychiatrie bzw. mit seelischen Krisen gemacht haben, unter: Tel: 0800/0080090, <https://www.baype.info/>

Der **Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.** (ApK Bayern) 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, unter: Tel.: 089/51086325; <https://www.lapk-bayern.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 unter: Tel.: 0931/20781640; <https://www.seko-bayern.de/>

Die **Unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen** (upB) sind Anlaufstellen für Menschen, die Probleme mit dem psychiatrischen Versorgungssystem haben. Sie beraten Betroffene, Angehörige und auch Fachleute und helfen, Probleme zu lösen.

<https://www.unabhaengige-psychiatrische-beschwerdestellen-bayern.de/>

Neben den Unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen stehen auch die **Beschwerdestelle der Psychotherapeuten Kammer Bayern** sowie die ärztlichen Bezirksverbände zur Verfügung. Gemäß Heilberufe-Kammergesetz sind sie für die gesetzliche Aufsicht über Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzte zuständig. Beschwerden im Bereich Psychotherapie können gerichtet werden an:

https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/pa_beschwerden-berufsaufsicht.html und bei anderen ärztlichen Belangen unter:

<https://www.bayernportal.de/dokumente/leistung/8739688366192?plz=63811&behoerde=16885504730&gemeinde=-691858029665&contrast=high>

10. ABBILDUNGS- UND TABELLEN- VERZEICHNIS

10. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dimensionen psychischer Gesundheit	12
Abbildung 2: Versorgungsangebote und Ansätze im Kontext psychischer Gesundheit	14
Abbildung 3: Gesundheitsdeterminanten psychischer Gesundheit – Waagemodell	22
Abbildung 4: Psychische Gesundheit von Wohnungslosen	26
Abbildung 5: Anteil häufig oder sehr häufig einsamer Erwachsener vor und während der Corona-Pandemie nach Geschlecht, Bayern	36
Abbildung 6: Anteil häufig oder sehr häufig einsamer Menschen vor und während der CoronaPandemie nach Alter, Bayern	37
Abbildung 7: Subjektive Gesundheit und depressive Symptomatik bei Personen mit und ohne Beeinträchtigungen und Behinderungen, Deutschland 2014/2015	44
Abbildung 8: Ängste und Sorgen der Kinder und Jugendlichen, Deutschland 2022	50
Abbildung 9: Fremdheitsgefühl gegenüber depressiver und schizophrener Symptomatik, Deutschland 2011/2020	52
Abbildung 10: Ambulante Diagnosen (F00–F99) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2022	58
Abbildung 11: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012-2022	60
Abbildung 12: Suizide in Bayern 1950–2022	62
Abbildung 13: Suizide nach Alter und Geschlecht, Bayern (Durchschnitt der Jahre 2020–2022)	63
Abbildung 14: Suizide nach Monaten, Bayern 2022	67
Abbildung 15: Telefonkontakte Krisendienste Bayern nach Anrufergruppen, Bayern 2022	71
Abbildung 16: Vollstationäre Krankenhausfälle infolge psychischer Störungen nach Alter und Geschlecht, Bayern 2022	80
Abbildung 17: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie, Deutschland	91

Abbildung 18: Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie, Deutschland	92
Abbildung 19: Trend des Rauschtrinkens, starken Rauchens und des regelmäßigen Cannabiskonsums, Deutschland 2004–2021	94
Abbildung 20: Trend der Computerspiel- und internetbezogenen Störungen nach Geschlecht, Deutschland 2011–2019	94
Abbildung 21: Ambulante Diagnosen (F00-F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 0-17 Jahre, Bayern 2022	96
Abbildung 22: Stationäre Diagnosen (F00-F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen bis 20 Jahre, Bayern 2022	97
Abbildung 23: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Anzahl je 100.000 Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren, Bayern 2022	98
Abbildung 24: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012–2022	100
Abbildung 25: Entwicklung der vollstationären Krankenhausbetten und teilstationären Plätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie je 100.000 Einwohner unter 18 Jahre, Bayern 2002-2022	110
Abbildung 26: Vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen unter 20 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022	111
Abbildung 27: Trendverlauf depressive Symptome und Angstsymptome nach Geschlecht, Deutschland 2019/2020–2024	118
Abbildung 28: Problematischer Konsum von Alkohol, Tabak, Cannabis und Medikamenten, Altersgruppen 18–64 Jahre, Bayern 1997–2021	119
Abbildung 29: Computerspiel- und internetbezogene Störungen nach Geschlecht, Altersgruppen 18–25 Jahre, Deutschland 2011–2019	120
Abbildung 30: Ambulante Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 18–64 Jahre, Bayern 2022	121
Abbildung 31: Stationäre Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen 20–64 Jahre, Bayern 2022	122
Abbildung 32: Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Anzahl je 100.000 Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, Bayern 2022	123
Abbildung 33: Psychische Störungen im Versorgungsalltag – ausgewählte Indikatoren, Bayern 2012–2022	124

Abbildung 34: Trendverlauf Suizidsterbefälle Erwachsene unter 65 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2019–2022	125
Abbildung 35: Inanspruchnahme der Sozialpsychiatrische Dienste (inkl. Gerontopsychiatrische Dienste) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2021	130
Abbildung 36: Inanspruchnahme der Psychosozialen Suchtberatungsstellen nach Alter, Bayern 2021	131
Abbildung 37: Entwicklung der vollstationären Krankenhausbetten und teilstationären Plätze in der Psychiatrie und Psychosomatik je 100.000 Einwohner ab 18 Jahren, Bayern 2002–2022	134
Abbildung 38: Vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen 20–64 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022	136
Abbildung 39: Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen nach Fachabteilung, Bayern 2007–2022	138
Abbildung 40: 12-Monatsprävalenz psychischer Störungen, Altersgruppen 65–84 Jahre, Deutschland im europäischen Vergleich 2008–2012	142
Abbildung 41: Depressivität in den letzten zwei Wochen, Deutschland 2021/2022	143
Abbildung 42: Trendverlauf depressive Symptome und Angstsymptome, Altersgruppen ab 65 Jahre, Deutschland 2019/2020–2024	144
Abbildung 43: Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Altersgruppen 40 Jahre und älter, Europa	145
Abbildung 44: Problematischer Alkoholkonsum (AUDIT-C) nach Geschlecht, Altersgruppen ab 65 Jahren, Bayern 2021	146
Abbildung 45: Ambulante Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern 2022	147
Abbildung 46: Stationäre Diagnosen (F00–F99), Anteil einzelner Diagnosen an allen psychischen Störungen, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern 2022	148
Abbildung 47: Trendverlauf Suizidsterbefälle ab 65 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2019–2022	149
Abbildung 48: Vollstationäre Krankenhausfälle aufgrund einer psychischen Störung, Altersgruppen ab 65 Jahre, Bayern und Deutschland im Vergleich 2011–2022	157
Abbildung 49: Verordnung von Psychopharmaka (N05 und N06), Bayern 2008–2022	164
Abbildung 50: Dauer der Zeitspanne zwischen erster psychotherapeutischer Sprechstunde und Beginn der Psychotherapie, Bayern 2021	167

Abbildung 51: Versorgungssituation Patienten mit Depression (F32/ F33), Bayern 2022	168
Abbildung 52: Psychische Krisen- und Notfallversorgung in Bayern	171
Abbildung 53: Anzahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach Alter, Bayern 2022	175
Abbildung 54: Anzahl der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen nach Geschlecht, Bayern 2022	175
Abbildung 55: Gerichtliche Unterbringungsverfahren nach § 1631b BGB, 2022	177
Abbildung 56: Auswirkungen aktueller Entwicklungen auf die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten	181
Abbildung 57: Ebenen der Planung und Steuerung in Bayern	184
Abbildung 58: Anzahl der Mitglieder der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023	186
Abbildung 59: Koordinierungs- und Steuerungseffekte der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023	190

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00–F99)	13
Tabelle 2: Ambulante Diagnosen (F00-F99), M2Q-Kriterium, Bayern 2018–2022	59
Tabelle 3: Suizidmethoden, Bayern	64
Tabelle 4: Suizide nach Regierungsbezirken, 2017–2021	68
Tabelle 5: Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi) und Psychosoziale Suchtberatungsstellen (PSB), 2021	73
Tabelle 6: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023	79
Tabelle 7: Pflegebedürftige in Pflegeheimen für psychisch Kranke, Bayern 2011–2021	82
Tabelle 8: Betreuung in ambulanten Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht), 2021	83
Tabelle 9: Besondere Wohnformen für Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht), 2021	84
Tabelle 10: Inanspruchnahme des Persönliches Budgets von Personen mit einer seelischen Behinderung, 2021	84

Tabelle 11: Tagesstätten für Menschen mit seelischer Behinderung, 2021	85
Tabelle 12: Zuverdienstmöglichkeiten, 2021	85
Tabelle 13: Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und begleiteter Übergang von der Werkstatt für behinderte Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt (BÜWA), 2021	86
Tabelle 14: Suizidsterbefälle unter 18 Jahren nach Geschlecht, Bayern 2018–2022	101
Tabelle 15: Kinder und Jugendliche behandelnde Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der kassenärztlichen Versorgung, 2023	108
Tabelle 16: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023	110
Tabelle 17: Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung nach § 35a SGB VIII, Bayern 2022	114
Tabelle 18: Anzahl der Fachkliniken bzw. Fachabteilungen Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin in Plankrankenhäusern und Universitätsklinika, Bayern 2023	134
Tabelle 19: Gerontopsychiatrische Dienste (GpDi), 2021	155
Tabelle 20: Pflegebedürftige in Pflegeheimen für psychisch Kranke, Bayern 2011–2021	158
Tabelle 21: Trendverlauf der öffentlich-rechtlichen Unterbringungen, Bayern 2020–2022	174
Tabelle 22: Trendverlauf der Unterbringungen und Maßnahmen auf Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften bei Minderjährigen, Bayern 2019–2023	177
Tabelle 23: Trendverlauf der Unterbringungen und Maßnahmen auf Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften bei Erwachsenen, Bayern 2020–2023	178
Tabelle 24: Anzahl der Unterbringungen nach strafrechtlichen Vorschriften, Bayern 2023	179
Tabelle 25: Durchschnittliche Dauer der Unterbringung nach strafrechtlichen Vorschriften, Bayern 2023	179
Tabelle 26: Volkswirtschaftliche Ausfälle durch Psychische und Verhaltensstörungen nach Wirtschaftszweigen in Mrd. Euro, Deutschland 2021	181
Tabelle 27: Mitglieder der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023	187
Tabelle 28: Auswahl an Themenschwerpunkten der Regionalen Kooperationsverbände, Bayern 2023	188

11. TABELLENANHANG

11. Tabellenanhang

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00-F99) mit M2Q-Diagnosesstellung in den Altersgruppen 0 bis einschließlich 17 Jahren - Regionale Verteilung, Bayern, 2022

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	943	1.571	2.514	9.008	14.147	11.623
München (Krfr.St)	14.723	20.451	35.175	15.134	20.056	17.646
Rosenheim (Krfr.St)	461	740	1.201	10.475	15.853	13.241
Altötting (Lkr)	1.005	1.468	2.473	11.951	16.450	14.265
Berchtesgadener Land (Lkr)	920	1.285	2.205	13.211	17.476	15.400
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	1.079	1.570	2.649	11.966	15.983	14.057
Dachau (Lkr)	1.476	2.153	3.629	13.094	17.835	15.544
Ebersberg (Lkr)	1.539	2.121	3.660	14.719	18.820	16.845
Eichstätt (Lkr)	1.116	1.789	2.905	10.385	15.744	13.043
Erding (Lkr)	1.320	2.098	3.418	12.916	19.239	16.178
Freising (Lkr)	1.498	2.331	3.829	11.526	16.757	14.228
Fürstenfeldbruck (Lkr)	2.533	3.733	6.266	16.370	22.544	19.554
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	622	947	1.569	11.436	16.370	13.976
Landsberg am Lech (Lkr)	917	1.325	2.242	11.058	15.552	13.334
Miesbach (Lkr)	687	1.030	1.718	10.708	15.001	12.929
Mühldorf a.Inn (Lkr)	1.065	1.522	2.587	12.145	16.311	14.291
München (Lkr)	3.057	4.494	7.551	13.209	18.451	15.895
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	982	1.565	2.547	12.663	19.558	16.153
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	1.268	1.902	3.170	12.874	18.364	15.655
Rosenheim (Lkr)	1.955	2.955	4.910	10.757	15.097	13.005
Starnberg (Lkr)	1.294	1.751	3.045	15.328	19.884	17.649
Traunstein (Lkr)	1.255	1.812	3.067	10.098	13.861	12.027
Weilheim-Schongau (Lkr)	1.547	2.352	3.899	15.379	22.060	18.815
Oberbayern	43.262	62.965	106.229	13.251	18.237	15.804

Landshut (Krfr.St)	581	827	1.408	11.726	16.280	14.027
Passau (Krfr.St)	349	514	863	11.480	16.699	14.097
Straubing (Krfr.St)	356	594	950	11.714	18.055	15.010
Deggendorf (Lkr)	918	1.475	2.393	11.217	17.423	14.370
Freyung-Grafenau (Lkr)	748	953	1.701	14.374	17.887	16.145
Kelheim (Lkr)	1.044	1.603	2.647	10.893	15.873	13.439
Landshut (Lkr)	1.324	1.948	3.272	10.790	15.173	13.029
Passau (Lkr)	1.687	2.468	4.155	12.850	17.571	15.289
Regen (Lkr)	505	757	1.262	9.978	13.622	11.885
Rottal-Inn (Lkr)	632	1.125	1.757	7.407	12.259	9.920
Straubing-Bogen (Lkr)	837	1.219	2.056	11.108	15.364	13.290
Dingolfing-Landau (Lkr)	807	1.225	2.032	11.129	15.942	13.604
Niederbayern	9.788	14.708	24.496	11.150	15.887	13.579

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Amberg (Krfr.St)	332	489	821	11.752	16.868	14.341
Regensburg (Krfr.St)	1.498	2.087	3.586	15.980	21.212	18.659
Weiden i.d.OPf. (Krfr. St)	378	505	883	13.725	17.324	15.576
Amberg-Sulzbach (Lkr)	864	1.337	2.201	12.183	17.643	15.001
Cham (Lkr)	975	1.478	2.453	10.849	15.715	13.337
Neumarkt i.d.OPf. (Lkr)	1.131	1.840	2.971	11.653	17.718	14.780
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	682	1.142	1.824	10.688	16.861	13.864
Regensburg (Lkr)	1.823	2.821	4.645	12.570	18.542	15.627
Schwandorf (Lkr)	1.582	2.239	3.821	14.777	19.819	17.362
Tirschenreuth (Lkr)	551	802	1.353	11.323	16.014	13.703
Oberpfalz	9.816	14.740	24.558	12.716	18.127	15.490
Bamberg (Krfr.St)	717	1.096	1.813	16.229	23.626	20.004
Bayreuth (Krfr.St)	604	926	1.530	14.939	22.394	18.702
Coburg (Krfr.St)	309	421	730	12.425	16.020	14.269
Hof (Krfr.St)	550	827	1.377	16.438	22.789	19.733

Bamberg (Lkr)	1.933	2.825	4.758	17.945	25.311	21.686
Bayreuth (Lkr)	850	1.316	2.166	12.239	17.655	15.039
Coburg (Lkr)	653	985	1.638	11.611	16.428	14.096
Forchheim (Lkr)	1.281	1.855	3.136	15.037	21.178	18.142
Hof (Lkr)	684	1.021	1.705	11.498	16.650	14.113
Kronach (Lkr)	456	719	1.175	11.853	17.837	14.913
Kulmbach (Lkr)	525	801	1.326	11.954	17.440	14.758
Lichtenfels (Lkr)	1.036	1.463	2.499	22.966	31.128	27.131
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	503	747	1.250	11.198	15.428	13.390
Oberfranken	10.101	15.002	25.103	14.566	20.636	17.668
Ansbach (Krfr.St)	372	493	865	12.640	16.346	14.513
Erlangen (Krfr.St)	1.548	2.126	3.674	20.646	27.090	23.940
Fürth (Krfr.St)	1.477	2.061	3.538	15.889	20.998	18.510
Nürnberg (Krfr.St)	6.198	8.873	15.071	16.882	22.884	19.963
Schwabach (Krfr.St)	383	602	985	13.184	19.369	16.365
Ansbach (Lkr)	1.270	2.058	3.328	9.196	14.011	11.676
Erlangen-Höchstadt (Lkr)	1.888	2.714	4.602	18.142	24.806	21.551
Fürth (Lkr)	1.393	1.987	3.380	16.856	22.711	19.867
Nürnberger Land (Lkr)	1.627	2.435	4.062	14.144	19.757	17.043
Neustadt a.d.Aisch-Bad Winds- heim (Lkr)	941	1.491	2.432	12.570	18.526	15.655
Roth (Lkr)	1.174	1.829	3.003	13.060	19.018	16.134
Weißenburg-Gunzen- hausen (Lkr)	1.061	1.350	2.411	14.785	17.768	16.317
Mittelfranken	19.332	28.019	47.351	15.223	20.828	18.103
Aschaffenburg (Krfr. St)	714	1.079	1.793	14.940	21.253	18.190
Schweinfurt (Krfr.St)	465	765	1.230	11.754	18.572	15.232
Würzburg (Krfr.St)	1.286	1.845	3.131	18.605	25.618	22.179
Aschaffenburg (Lkr)	1.645	2.416	4.061	13.822	19.179	16.576

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Bad Kissingen (Lkr)	851	1.248	2.099	12.321	17.314	14.869
Rhön-Grabfeld (Lkr)	627	925	1.552	11.224	15.601	13.478
Haßberge (Lkr)	953	1.463	2.416	15.918	23.311	19.697
Kitzingen (Lkr)	909	1.452	2.361	13.863	20.713	17.401
Miltenberg (Lkr)	1.202	1.726	2.928	13.305	18.239	15.828
Main-Spessart (Lkr)	1.087	1.608	2.695	13.298	18.842	16.127
Schweinfurt (Lkr)	1.038	1.678	2.716	12.882	19.283	16.205
Würzburg (Lkr)	1.648	2.493	4.141	14.772	21.357	18.138
Unterfranken	12.425	18.698	31.123	13.960	19.936	17.024
Augsburg (Krfr.St)	3.407	4.996	8.403	17.005	23.346	20.278
Kaufbeuren (Krfr.St)	653	889	1.542	19.122	25.056	22.139
Kempten (Allgäu) (Krfr.St)	577	995	1.572	12.366	19.758	16.201
Memmingen (Krfr.St)	417	596	1.013	12.717	17.519	15.158
Aichach-Friedberg (Lkr)	1.209	1.765	2.974	12.228	16.774	14.568
Augsburg (Lkr)	2.286	3.566	5.852	11.918	17.604	14.838
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	623	1.046	1.669	8.773	13.834	11.382
Günzburg (Lkr)	1.125	1.756	2.881	12.054	17.737	14.976
Neu-Ulm (Lkr)	1.483	2.281	3.764	11.996	17.813	14.953
Lindau (Bodensee) (Lkr)	574	955	1.529	11.378	17.941	14.746
Ostallgäu (Lkr)	1.633	2.215	3.848	15.105	19.933	17.550
Unterallgäu (Lkr)	1.050	1.768	2.818	9.628	15.463	12.612
Donau-Ries (Lkr)	961	1.419	2.380	9.925	13.836	11.934
Oberallgäu (Lkr)	1.226	1.755	2.981	11.537	15.801	13.714
Schwaben	17.224	26.002	43.226	12.634	18.099	15.436
Bayern	121.948	180.134	302.086	13.355	18.689	16.089

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayern; Stand Oktober 2023

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00-F99) mit M2Q-Diagnosesstellung in den Altersgruppen ab 18 Jahren - Regionale Verteilung, Bayern, 2022

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	16.719	12.128	28.847	32.718	26.122	29.575
München (Krfr.St)	162.524	100.003	262.528	30.055	22.558	26.675
Rosenheim (Krfr.St)	7.777	5.196	12.973	32.921	26.234	29.872
Altötting (Lkr)	13.848	9.319	23.167	32.123	24.651	28.631
Berchtesgadener Land (Lkr)	12.221	7.213	19.434	32.605	24.312	28.940
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	14.123	8.871	22.994	30.388	22.716	26.885
Dachau (Lkr)	17.230	11.383	28.613	30.659	23.459	27.323
Ebersberg (Lkr)	14.775	9.495	24.270	29.027	22.129	25.871
Eichstätt (Lkr)	13.321	9.477	22.798	27.804	21.352	24.699
Erding (Lkr)	15.365	10.409	25.774	30.101	23.409	26.985
Freising (Lkr)	17.644	12.063	29.707	27.392	20.714	24.219
Fürstenfeldbruck (Lkr)	24.085	14.557	38.642	30.304	22.288	26.687
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	9.627	5.897	15.524	29.377	23.233	26.694
Landsberg am Lech (Lkr)	11.685	7.712	19.397	27.673	21.691	24.938
Miesbach (Lkr)	10.653	6.384	17.037	30.558	22.347	26.858
Mühldorf a.Inn (Lkr)	13.452	9.951	23.403	31.301	25.578	28.581
München (Lkr)	34.868	20.352	55.220	29.346	21.342	25.780
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	10.198	7.477	17.675	27.834	22.769	25.440
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	13.351	9.528	22.879	28.365	22.345	25.503
Rosenheim (Lkr)	28.941	18.994	47.935	30.315	23.935	27.418
Sarnberg (Lkr)	12.827	7.114	19.941	27.837	20.337	24.597
Traunstein (Lkr)	20.059	12.682	32.741	30.158	22.400	26.590
Weilheim-Schongau (Lkr)	15.117	10.945	26.062	29.892	25.045	27.645
Oberbayern	510.410	327.150	837.561	29.910	22.817	26.670
Landshut (Krfr.St)	9.481	6.147	15.628	35.306	27.977	32.004
Passau (Krfr.St)	6.497	4.389	10.886	33.679	27.578	30.920

Straubing (Krfr.St)	6.839	4.998	11.837	37.221	31.271	34.450
Deggendorf (Lkr)	16.639	11.587	28.226	36.653	28.768	32.945
Freyung-Grafenau (Lkr)	10.515	7.316	17.831	35.322	27.151	31.440
Kelheim (Lkr)	14.499	9.963	24.462	31.552	23.847	27.882
Landshut (Lkr)	18.808	13.436	32.244	31.966	25.427	28.871
Passau (Lkr)	23.354	16.143	39.497	31.544	24.937	28.461
Regen (Lkr)	10.757	7.306	18.063	36.397	28.117	32.522
Rottal-Inn (Lkr)	13.843	9.241	23.084	30.131	22.721	26.650
Straubing-Bogen (Lkr)	12.495	8.855	21.350	32.931	25.834	29.562
Dingolfing-Landau (Lkr)	11.913	9.207	21.120	32.628	26.425	29.598
Niederbayern	155.640	108.588	264.228	33.224	26.089	29.866

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Amberg (Krfr.St)	5.484	3.804	9.288	33.482	27.795	30.892
Regensburg (Krfr.St)	17.652	11.365	29.017	31.098	23.935	27.833
Weiden i.d.OPf. (Krfr. St)	5.829	3.930	9.759	34.703	28.980	32.142
Amberg-Sulzbach (Lkr)	12.815	9.279	22.095	32.507	26.173	29.508
Cham (Lkr)	16.242	11.996	28.238	33.186	27.138	30.315
Neumarkt i.d.OPf. (Lkr)	15.711	11.466	27.177	31.441	25.464	28.606
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	11.376	7.819	19.195	31.702	24.832	28.490
Regensburg (Lkr)	24.601	17.332	41.933	33.944	26.893	30.623
Schwandorf (Lkr)	19.190	13.452	32.642	33.829	26.325	30.272
Tirschenreuth (Lkr)	8.793	5.938	14.731	31.678	24.124	28.128
Oberpfalz	137.693	96.381	234.075	32.697	25.974	29.547
Bamberg (Krfr.St)	9.441	6.059	15.500	33.934	26.587	30.622
Bayreuth (Krfr.St)	8.709	5.677	14.386	32.473	26.391	29.764
Coburg (Krfr.St)	5.864	3.974	9.838	36.198	30.539	33.674
Hof (Krfr.St)	7.178	5.052	12.230	38.973	32.797	36.158
Bamberg (Lkr)	19.274	13.990	33.264	34.808	28.007	31.582
Bayreuth (Lkr)	13.417	9.267	22.684	33.977	26.848	30.651
Coburg (Lkr)	12.280	8.663	20.943	36.059	29.820	33.183
Forchheim (Lkr)	14.863	10.969	25.832	33.545	27.944	30.913
Hof (Lkr)	13.289	9.130	22.419	35.694	29.251	32.755
Kronach (Lkr)	9.620	6.870	16.490	36.399	30.024	33.439
Kulmbach (Lkr)	9.072	6.170	15.242	31.726	25.180	28.704
Lichtenfels (Lkr)	9.034	6.652	15.686	34.138	29.045	31.775
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	9.189	6.227	15.416	31.948	25.624	29.052
Oberfranken	141.230	98.700	239.930	34.450	28.096	31.516
Ansbach (Krfr.St)	5.856	3.853	9.709	37.352	29.459	33.759
Erlangen (Krfr.St)	13.364	8.963	22.327	31.771	24.401	28.331
Fürth (Krfr.St)	19.388	13.048	32.436	38.692	30.527	34.931
Nürnberg (Krfr.St)	76.223	52.277	128.500	37.940	30.299	34.407
Schwabach (Krfr.St)	5.664	3.750	9.414	36.825	28.800	33.144
Ansbach (Lkr)	19.481	14.762	34.243	28.207	23.303	25.860

Erlangen-Höchstadt (Lkr)	16.715	11.935	28.650	32.437	26.399	29.614
Fürth (Lkr)	16.484	10.492	26.976	36.027	27.848	32.333
Nürnberger Land (Lkr)	21.627	14.499	36.126	33.853	26.506	30.463
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	12.926	9.264	22.190	33.641	26.409	30.189
Roth (Lkr)	15.510	11.344	26.854	32.697	27.563	30.311
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	11.390	8.763	20.153	32.020	26.783	29.510
Mittelfranken	234.628	162.950	397.578	34.719	27.713	31.457
Aschaffenburg (Krfr. St)	9.229	6.543	15.772	33.675	28.035	31.081
Schweinfurt (Krfr.St)	7.634	6.081	13.715	36.976	32.127	34.654
Würzburg (Krfr.St)	15.633	10.495	26.128	32.040	27.169	29.887
Aschaffenburg (Lkr)	21.040	15.170	36.210	31.854	26.388	29.310

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Bad Kissingen (Lkr)	11.824	8.039	19.863	29.797	23.077	26.655
Rhön-Grabfeld (Lkr)	8.634	6.094	14.728	28.905	22.240	25.716
Haßberge (Lkr)	10.759	7.663	18.422	33.368	25.851	29.766
Kitzingen (Lkr)	10.530	7.874	18.404	30.203	25.048	27.757
Miltenberg (Lkr)	16.235	11.472	27.707	32.533	25.878	29.402
Main-Spessart (Lkr)	14.409	10.994	25.403	30.028	25.549	27.910
Schweinfurt (Lkr)	13.681	10.307	23.988	32.100	26.094	29.210
Würzburg (Lkr)	17.287	12.023	29.310	28.935	23.537	26.446
Unterfranken	156.895	112.755	269.650	31.391	25.647	28.702
Augsburg (Krfr.St)	35.335	24.352	59.687	32.370	25.870	29.358
Kaufbeuren (Krfr.St)	6.257	4.608	10.865	35.972	30.966	33.662
Kempten (Allgäu) (Krfr. St)	9.219	6.541	15.760	35.318	29.506	32.647
Memmingen (Krfr.St)	5.563	3.866	9.429	33.363	26.749	30.292
Aichach-Friedberg (Lkr)	13.168	8.856	22.024	27.412	21.009	24.418
Augsburg (Lkr)	27.715	18.529	46.244	29.744	22.982	26.607
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	9.998	7.555	17.553	27.417	23.248	25.452
Günzburg (Lkr)	13.028	9.652	22.680	27.536	22.414	25.095
Neu-Ulm (Lkr)	19.818	14.110	33.928	30.562	25.065	28.007
Lindau (Bodensee) (Lkr)	8.023	5.296	13.319	27.243	22.084	24.927
Ostallgäu (Lkr)	16.095	11.122	27.218	30.733	24.348	27.756
Unterallgäu (Lkr)	13.934	10.378	24.312	26.273	21.390	23.939
Donau-Ries (Lkr)	15.187	11.259	26.446	30.726	24.901	27.943
Oberallgäu (Lkr)	17.133	11.041	28.175	29.914	22.843	26.678
Schwaben	210.473	147.165	357.640	30.036	24.047	27.243
Bayern	1.546.969	1.053.689	2.600.662	31.685	25.016	28.595

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns; Stand Oktober 2023

Krankenhausfälle infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (F00–F99) nach Alter und Geschlecht, Bayern 2022

Alter in Jahren	Anzahl			Je 100 000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
0	52	44	96	82	66	74
1–4	191	316	507	74	117	96
5–9	322	694	1.016	105	216	162
10–14	3.519	1.303	4.822	1.229	430	818
15–19	8.048	4.502	12.550	2.725	1.432	2.058
20–24	6.240	6.042	12.282	1.775	1.546	1.654
25–29	4.857	5.897	10.754	1.207	1.344	1.279
30–34	4.552	6.104	10.656	1.033	1.291	1.166
35–39	4.786	7.000	11.786	1.122	1.575	1.353
40–44	4.942	7.105	12.047	1.170	1.680	1.425
45–49	4.960	5.902	10.862	1.234	1.476	1.355
50–54	6.406	6.997	13.403	1.308	1.420	1.364
55–59	7.177	7.398	14.575	1.341	1.372	1.357
60–64	5.107	5.294	10.401	1.074	1.137	1.105
65–69	3.241	2.897	6.138	832	806	820
70–74	2.805	2.179	4.984	819	728	777
75–79	2.510	1.931	4.441	944	874	912
80–84	3.234	2.177	5.411	1.097	1.002	1.057
85–89	1.928	1.301	3.229	1.169	1.291	1.215
90 und älter	1.015	575	1.590	1.191	1.595	1.311
Insgesamt	75.892	75.658	151.550	1.133	1.151	1.142
Standardisie- rung. an Europabevöl- kerung. alt				1.143	1.112	1.126

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand November 2023

Krankenhausfälle infolge von verschiedenen psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter, Bayern 2022

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	0	1	0	0	19
1–4	0	0	0	0	46
5–9	5	2	2	12	111
10–14	8	370	41	1.648	1.088
15–19	36	2.904	333	4.563	2.420
20–24	76	3.258	1.156	3.676	2.132
25–29	71	3.085	1.508	3.073	1.709
30–34	89	3.882	1.540	2.736	1.548
35–39	99	5.143	1.598	2.718	1.571
40–44	111	5.405	1.586	3.050	1.412
45–49	160	4.484	1.266	3.205	1.459
50–54	294	4.868	1.374	4.594	1.947
55–59	427	4.600	1.495	5.680	2.092
60–64	535	3.252	1.160	3.794	1.486
65–69	708	1.679	770	2.114	785
70–74	1.105	892	521	1.786	632
75–79	1.707	494	244	1.405	564
80–84	2.903	255	258	1.392	575
85–89	2.255	70	76	556	262
90 und älter	1.290	16	18	165	97
Insgesamt	11.879	44.660	14.946	46.167	21.955

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand November 2023

Krankenhausfälle infolge von verschiedenen psychischen und Verhaltensstörungen nach Alter, Bayern 2022

Alter in Jahren	Anzahl insgesamt				
	Verhaltensauf- fälligk. m. körperl. Stör. u. Faktoren (F50–F59)	Persönlich- keits- u. Ver- haltensstör. (F60–F69)	Intelligenzstö- rung (F70–F79)	Entwicklungs- störungen (F80–F89)	Verhaltens- u. emotion. Stör. mit Beginn i.d. Kindh. u. Jugend (F90–F98)
0	10	0	0	18	48
1–4	30	2	3	274	152
5–9	34	2	22	288	538
10–14	545	19	25	122	955
15–19	847	836	79	81	451
20–24	368	1.402	114	45	55
25–29	262	881	95	28	40
30–34	181	538	97	11	33
35–39	130	425	80	11	11
40–44	105	269	62	25	21
45–49	82	152	40	4	9
50–54	107	134	66	7	9
55–59	93	118	63	1	6
60–64	52	51	60	0	8
65–69	28	17	30	0	5
70–74	14	18	11	0	2
75–79	12	8	6	0	1
80–84	11	8	1	0	3
85–89	2	2	1	0	3
90 und älter	1	1	1	0	1
Insgesamt	2.914	4.883	856	915	2.351

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Krankenhausstatistik, Teil II-Diagnosen; Stand November 2023

Anzahl Betten und Plätze in Plankrankenhäusern, Regional, Bayern 2022

Region	Anzahl Krankenhausbetten			Anzahl Krankenhausplätze		
	PSY	PSO	KJP	PSY	PSO	KJP
Oberbayern	2.460	1.457	248	560	385	131
Niederbayern	618	520	50	40	88	47
Oberpfalz	571	284	40	98	22	58
Oberfranken	736	248	74	132	31	48
Mittelfranken	909	332	96	250	80	63
Unterfranken	588	424	55	105	36	50
Schwaben	887	358	110	110	37	70
Bayern	6.769	3.623	673	1.295	679	467
KJP: Kinder- und Jugendpsychiatrie PSO: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie PSY : Psychiatrie und Psychotherapie						

Quelle: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege – Bayerischer Krankenhausplan; Januar 2023

Gestorbene infolge vorsätzlicher Selbstbeschädigung (X60–X84) nach Geschlecht, Bayern im Regionalvergleich, 2017–2021

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ingolstadt (Krfr.St)	3,8	12,0	15,8	5,6	17,4	11,6
München (Krfr.St)	52,6	107,0	159,6	7,0	14,9	10,8
Rosenheim (Krfr.St)	1,6	7,6	9,2	5,0	24,3	14,5
Altötting (Lkr)	4,4	11,8	16,2	7,8	21,5	14,6
Berchtesgadener Land (Lkr)	2,6	10,2	12,8	4,8	19,6	12,1
Bad Tölz-Wolfratshausen (Lkr)	3,8	9,8	13,6	5,9	15,6	10,7
Dachau (Lkr)	4,0	15,8	19,8	5,2	20,5	12,9
Ebersberg (Lkr)	2,4	10,8	13,2	3,4	15,2	9,3
Eichstätt (Lkr)	2,6	15,4	18,0	4,0	22,9	13,6
Erding (Lkr)	3,4	11,6	15,0	5,0	16,7	10,9
Freising (Lkr)	4,4	16,2	20,6	5,0	17,7	11,5
Fürstenfeldbruck (Lkr)	8,6	16,2	24,8	7,7	15,1	11,3
Garmisch-Partenkirchen (Lkr)	3,8	11,2	15,0	8,4	26,2	17,0
Landsberg am Lech (Lkr)	3,0	12,8	15,8	5,0	21,3	13,2
Miesbach (Lkr)	4,2	6,6	10,8	8,3	13,5	10,8

Mühldorf a.Inn (Lkr)	4,6	10,8	15,4	8,1	18,5	13,3
München (Lkr)	7,2	24,0	31,2	4,1	13,9	9,0
Neuburg-Schrobenhausen (Lkr)	2,8	8,2	11,0	5,8	16,8	11,3
Pfaffenhofen a.d.Ilm (Lkr)	4,2	14,8	19,0	6,7	22,8	14,9
Rosenheim (Lkr)	7,4	25,6	33,0	5,6	19,8	12,7
Starnberg (Lkr)	4,6	9,8	14,4	6,6	14,9	10,6
Traunstein (Lkr)	6,2	16,4	22,6	6,9	18,7	12,8
Weilheim-Schongau (Lkr)	5,8	13,2	19,0	8,5	19,6	14,0
Oberbayern	148,0	397,8	545,8	6,2	17,2	11,6
Landshut (Krfr.St)	3,0	5,2	8,2	8,1	14,7	11,3
Passau (Krfr.St)	1,6	4,0	5,6	5,9	15,8	10,7
Straubing (Krfr.St)	0,8	7,2	8,0	3,4	30,0	16,8
Deggendorf (Lkr)	2,6	13,4	16,0	4,4	22,5	13,4
Freyung-Grafenau (Lkr)	0,8	10,4	11,2	2,0	26,6	14,3
Kelheim (Lkr)	2,8	12,8	15,6	4,6	20,6	12,8
Landshut (Lkr)	4,2	13,2	17,4	5,3	16,4	10,9
Passau (Lkr)	5,8	15,0	20,8	6,0	15,7	10,8
Regen (Lkr)	1,8	7,0	8,8	4,6	18,1	11,4
Rottal-Inn (Lkr)	3,2	13,4	16,6	5,3	22,1	13,7
Straubing-Bogen (Lkr)	3,4	8,8	12,2	6,8	17,4	12,1
Dingolfing-Landau (Lkr)	2,6	12,0	14,6	5,5	24,2	15,1
Niederbayern	32,6	122,4	155,0	5,3	19,7	12,5

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Amberg (Krfr.St)	2,0	5,8	7,8	9,4	27,9	18,5
Regensburg (Krfr.St)	5,8	16,0	21,8	7,4	21,7	14,3
Weiden i.d.OPf. (Krfr. St)	1,2	5,6	6,8	5,5	27,2	16,0
Amberg-Sulzbach (Lkr)	3,8	11,8	15,6	7,4	22,9	15,1
Cham (Lkr)	2,6	13,2	15,8	4,1	20,6	12,4
Neumarkt i.d.OPf. (Lkr)	4,2	15,0	19,2	6,3	22,1	14,3
Neustadt a.d.Waldnaab (Lkr)	2,4	7,4	9,8	5,1	15,7	10,4
Regensburg (Lkr)	5,0	18,2	23,2	5,2	18,8	12,0
Schwandorf (Lkr)	2,6	13,2	15,8	3,5	17,8	10,7
Tirschenreuth (Lkr)	2,0	6,6	8,6	5,5	18,3	11,9
Oberpfalz	31,6	112,8	144,4	5,7	20,4	13,0
Bamberg (Krfr.St)	2,4	6,4	8,8	6,0	17,2	11,4
Bayreuth (Krfr.St)	2,8	6,2	9,0	7,4	17,1	12,1
Coburg (Krfr.St)	1,2	4,4	5,6	5,7	22,0	13,6
Hof (Krfr.St)	1,2	5,4	6,6	5,1	24,6	14,5
Bamberg (Lkr)	3,2	12,2	15,4	4,4	16,6	10,5
Bayreuth (Lkr)	2,4	7,4	9,8	4,6	14,4	9,4
Coburg (Lkr)	2,8	8,8	11,6	6,4	20,5	13,4
Forchheim (Lkr)	3,2	9,2	12,4	5,5	16,0	10,7
Hof (Lkr)	3,2	13,0	16,2	6,6	27,9	17,0
Kronach (Lkr)	1,2	6,8	8,0	3,5	20,6	12,0
Kulmbach (Lkr)	2,2	10,0	12,2	6,0	28,4	17,0
Lichtenfels (Lkr)	1,0	5,8	6,8	3,0	17,6	10,2
Wunsiedel i.Fichtelgebirge (Lkr)	2,4	9,2	11,6	6,4	25,9	15,9
Oberfranken	29,2	104,8	134,0	5,4	20,0	12,6
Ansbach (Krfr.St)	1,6	6,0	7,6	7,4	30,0	18,2
Erlangen (Krfr.St)	5,0	9,6	14,6	8,9	17,2	13,0
Fürth (Krfr.St)	4,2	9,2	13,4	6,5	14,7	10,5
Nürnberg (Krfr.St)	21,0	51,8	72,8	7,9	20,6	14,1
Schwabach (Krfr.St)	2,0	4,4	6,4	9,6	22,0	15,6
Ansbach (Lkr)	4,0	18,2	22,2	4,4	19,7	12,0

Erlangen-Höchstadt (Lkr)	2,4	10,8	13,2	3,5	15,9	9,6
Fürth (Lkr)	2,0	7,6	9,6	3,3	13,3	8,2
Nürnberger Land (Lkr)	5,2	17,4	22,6	6,0	20,7	13,3
Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	2,4	10,8	13,2	4,8	21,4	13,1
Roth (Lkr)	3,2	12,8	16,0	5,0	20,3	12,6
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	2,0	11,4	13,4	4,2	24,1	14,2
Mittelfranken	55,0	170,0	225,0	6,1	19,5	12,7
Aschaffenburg (Krfr. St)	2,8	7,0	9,8	7,7	20,4	13,9
Schweinfurt (Krfr.St)	1,8	5,2	7,0	6,6	19,8	13,1
Würzburg (Krfr.St)	3,4	12,2	15,6	5,1	20,1	12,3

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Aschaffenburg (Lkr)	4,2	14,8	19,0	4,8	17,1	10,9
Bad Kissingen (Lkr)	2,6	9,2	11,8	5,0	18,1	11,4
Rhön-Grabfeld (Lkr)	2,0	9,0	11,0	5,0	22,7	13,8
Haßberge (Lkr)	2,2	6,8	9,0	5,2	16,1	10,7
Kitzingen (Lkr)	2,4	10,0	12,4	5,3	21,8	13,6
Miltenberg (Lkr)	2,0	11,6	13,6	3,1	18,1	10,6
Main-Spessart (Lkr)	2,4	11,2	13,6	3,8	17,8	10,8
Schweinfurt (Lkr)	2,6	8,4	11,0	4,5	14,5	9,5
Würzburg (Lkr)	1,8	12,8	14,6	2,2	15,9	9,0
Unterfranken	30,2	118,2	148,4	4,5	18,1	11,3
Augsburg (Krfr.St)	10,4	25,4	35,8	6,9	17,5	12,1
Kaufbeuren (Krfr.St)	2,4	5,2	7,6	10,7	23,9	17,2
Kempten (Allgäu) (Krfr.St)	1,4	5,0	6,4	4,0	14,7	9,3
Memmingen (Krfr.St)	1,2	3,2	4,4	5,4	14,7	10,0
Aichach-Friedberg (Lkr)	3,2	11,2	14,4	4,8	16,8	10,8
Augsburg (Lkr)	7,8	21,6	29,4	6,1	17,2	11,6
Dillingen a.d.Donau (Lkr)	4,0	10,0	14,0	8,3	20,7	14,5

Region	Anzahl*			je 100.000 Einwohner		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Günzburg (Lkr)	4,0	10,0	14,0	6,4	15,7	11,1
Neu-Ulm (Lkr)	6,4	15,4	21,8	7,3	17,8	12,5
Lindau (Bodensee) (Lkr)	2,6	7,2	9,8	6,3	17,9	12,0
Ostallgäu (Lkr)	4,6	14,8	19,4	6,5	21,1	13,8
Unterallgäu (Lkr)	4,4	13,4	17,8	6,1	18,4	12,3
Donau-Ries (Lkr)	5,0	11,4	16,4	7,6	16,8	12,3
Oberallgäu (Lkr)	5,2	13,2	18,4	6,6	17,2	11,8
Schwaben	62,6	167,0	229,6	6,6	17,8	12,1
Bayern	389,0	1.193,0	1582,0	5,9	18,4	12,1
*Anzahl pro Jahr (Mittelwert aus 5 Jahren)						

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Todesursachenstatistik; Stand Juli 2023

Weitere exemplarische Programme, (Modell-)Projekte und Maßnahmen in Bayern mit Bezug zur psychischen Gesundheit

Programme für Eltern:

- PeKiP, Prager Eltern-Kind-Programm zur Förderung des Bindungsverhaltens im ersten Lebensjahr, <https://pekip.de/>
- ELTERNTALK, ein Gesprächsangebot für Eltern mit Kindern bis zu 18 Jahren zur Förderung der Erziehungskompetenz in den Bereichen gesundes Aufwachsen in Familien, Konsum, Medien, Suchtgefahren, <https://elterntalk.net/>

Lebenskompetenzprogramme an Kitas, Schulen bzw. Ausbildungsplatz:

- Freunde, Lebenskompetenzförderung im Kindergarten, <https://stiftung-freunde.de/>
- Faustlos, Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und Gewaltprävention für Vorschul- und Grundschul Kinder, <https://www.km.bayern.de/lernen/inhalte/gesundheit/gewaltpraevention>
- Klasse2000, ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltvorbeugung bei Grundschulkindern, <https://www.klasse2000.de/>
- Papilio, altersgestaffelte Programme für Krippen, Kitas und Grundschulen mit Fortbildungen von pädagogischen Fach- und Lehrkräften zur Förderung sozio-emotionaler Kompetenzen bei Kindern im Alter bis zu 9 Jahren, <https://www.papilio.de/bayern.html>
- Digitale Helden, ein Schulprogramm zur Unterstützung der Medienkompetenz und 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, <https://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/lernen/inhalte/gesundheit/gewaltpraevention>
- Lions-Quest „Erwachsen werden“, ein Programm zur Förderung der Persönlichkeitsentwicklung von jungen Menschen, <https://www.km.bayern.de/lernen/inhalte/gesundheit/gewaltpraevention>
- Gemeinsam Klasse sein, Programm zur Prävention von (Cyber-)Mobbing und Ausgrenzung an Schulen, <https://www.km.bayern.de/lernen/inhalte/gesundheit/gewaltpraevention>
- BKK Stark³, Programm zur Resilienzförderung von Kindern und Jugendlichen an Ganztagschulen an ausgewählten Schulen in der Metropolregion Bamberg-Nürnberg, <https://www.bkk-bayern.de/partner/praeventionsinitiativen/>
- DUDE – Du und deine Emotionen, ein an der Universität Würzburg neu entwickeltes schulbasiertes Programm zur Emotionsregulation und der Vermeidung maladaptiver Strategien wie nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten, <https://www.kkh.de/leistungen/praevention-vorsorge/gesundheitsfoerderung-setting/dude>

Aufklärung, Prävention und Früherkennung depressiver und anderer psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen:

- Krisenfest – Präventives gruppentherapeutisches Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche; Laufzeit der Pilotphase bis 26.07.2024, <https://www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/psychotherapie>
- Aufklärungsbroschüre „Paul ganz unten“ für Jugendliche, Entwicklung von Kurzfragebögen zur Früherkennung von Kindern und Jugendlichen mit Depression, <https://www.lmu-klinikum.de/kinder-und-jugendpsychiatrie/forschung/projekte/paul-ganz-unten/9f3e-fa0fcf1ef310>
- Kopfhoch, Online- und Telefonberatung für Kinder und Jugendliche bis 21 Jahre in der Oberpfalz, <https://kopfhoch.de/>
- „Der Klang meines Körpers“, interaktive Wanderausstellung zur Prävention von Essstörungen für Schülerinnen und Schüler ab der 7. Jahrgangsstufe, Jugendliche und junge Erwachsene, <https://www.zpg-bayern.de/klang-meines-koerpers-ess-stoerungen-vorbeugen.html>
- „Verrückt? Na und!“, Projekt für Schülerinnen und Schüler ab der 8. Klasse und deren Klassenlehrkräfte zur Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, <https://www.irrsinnig-menschlich.de/psychisch-fit-schule/>
- „YAM – Youth Aware of Mental Health“, Schulprogramm für Jugendliche im Alter von 13–17 Jahren zur Förderung der psychischen Gesundheit und Suizidprävention, <https://www.mental-health-initiative.org/>
- Infoportal „Ich bin alles“ für Schüler, Schülerinnen und Eltern sowie Schulungsportal für Lehrkräfte zur Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Störungen, <https://www.ich-bin-alles.de/> und <https://schule.ich-bin-alles.de>
- Psych.e, eine online-Lehrkräftefortbildung zum besseren Erkennen, Verstehen und professionellen Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in der Schule, <https://www.mzl.lmu.de/de/aktuelles/newsuebersicht/news/psych.e-was-lehrer-innen-ueber-psychische-belastungen-und-stoerungen-bei-schulkindern-wissen-sollen.html>
- Digital Streetwork Bayern, aufsuchendes digitales Beratungs- und Unterstützungsangebot auf unterschiedlichen Plattformen im Netz für Jugendliche und junge Erwachsene zu Themen wie Schulstress, Probleme in der Familie, dem Umgang mit Trauer und Ängsten, <https://www.digital-streetwork-bayern.de/>
- Infoportal „Mutmachleute“ sowie Wanderausstellung „Ein Wir ist stärker als ein Ich“ zum Thema psychische Erkrankungen, <https://mutmachleute.de/>

Alkohol-, Tabak- und Drogenprävention Kinder und Jugendliche

- Be Smart – Don't Start, Wettbewerb für rauchfreie Schulklassen, <https://www.besmart.info/>
- HaLT – Hart am Limit, Beratungsangebot für Kinder und Jugendliche mit Alkoholintoxikation und deren Eltern sowie Alkoholprävention in der Kommune, <https://www.halt-in-bayern.de/>
- Mindzone, Vorbeugung von Drogenmissbrauch und einer möglichen Suchtentwicklung bei jugendlichen Partygängern, <https://mindzone.info/>
- FreD - Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten, Kursangebot für Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 21 Jahren), die mit illegalen Drogen bzw. übermäßigem Alkoholkonsum auffällig wurden, sowie Beratung für Eltern und Angehörige, <https://www.lwl-fred.de/de/>

Angebote für Alleinerziehende und deren Kinder

- Ehrenamtliche Patenschaften und Unterstützung im Alltag, www.lavenir-ev.de

Angebote für Kinder mit (psychisch) kranken Eltern oder kranken Geschwistern

- Beratungsangebot „Kinder kranker Eltern“ (KVB mit AOK, SBK, DAK und BMW BKK), <https://www.kvb.de/mitglieder/abrechnung/verguetungsvertraege/kinder-kranker-eltern/>
- Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern z. B. des Sozialdienstes katholischer Frauen München e.V. (<https://www.skf-muenchen.de/unser-angebot/patenschaften/patenschaften-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern.html>) oder des Augsburger Bezirkskrankenhauses (Programm „Compagnon“, <https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/kliniken/bezirkskrankenhaus-augsburg/besondere-angebote-bkh-augsburg>)
- Netzwerk für Kinder psychisch kranker Eltern in der Region Günzburg mit verschiedenen Angeboten u. a. Beratung, Patenschaften <https://www.bezirkskliniken-schwaben.de/ueber-uns/aktuelles/detail/einzigartiges-netzwerk-fuer-kinder-psychisch-erkrankter-eltern?resultintoview=-kommt%20vom%E2%80%A6&searchquery=kindersprechstunde>
- GeschwisterCLUB an fünf Standorten in Bayern für Geschwister von Kindern mit Behinderung oder Erkrankung u. a. mit Angeboten zur Stärkung der Resilienz und Stressbewältigung, https://gkv-buendnis.de/buendnisaktivitaeten/wir_in_den_laendern/bayern/arge_bay/_geschwisterclub_in_bayern/programmbuero_by_geschwisterclub.html
- Gamblerkid, ein Internetportal der Bayerischen Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen (BAS) mit Informationen zu Glücksspielsucht und Online-Beratung für

Kinder und Jugendliche, deren Eltern von Glücksspielsucht betroffen sind, <https://gamblerkid.com/>

Programme in Bezug zur Arbeitswelt

- FlexA - Flexibilisierung, Erreichbarkeit und Entgrenzung in der Arbeitswelt, ein betrieblicher Handlungsleitfaden zur Prävention psychischer Fehlbelastungen und Stärkung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz, <https://www.lgl.bayern.de/arbeitschutz/arbeitsmedizin/flexa.htm>
- Schwerpunktaktionen der Bayerischen Gewerbeaufsicht mit dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zur Prävention psychischer Fehlbelastungen bei der Arbeit, https://www.lgl.bayern.de/arbeitsschutz/arbeitsmedizin/arbeitspsychologie/schwerpunktaktionen_gewerbeaufsicht/index.htm
- MUTASPIR – Wandel durch Spiritualität, Prävention psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten in der Langzeitpflege, Handreichung für Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, <https://www.mutaspir.net/>

Angebote für arbeitslose Menschen

- Arbeitshilfe 2000 e.V. mit niedrigschwelligen Angeboten zur Arbeitsförderung für chronisch oder suchterkrankte Menschen, <https://www.arbeitshilfe2000.de/>
- Fachstelle „Tandem“ in Fürth zur beruflichen und familiären Unterstützung arbeitsloser Familien bzw. Alleinerziehender, <https://www.tandem-fuerth.de/>

Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund

- „MiMi – Mit Migranten für Migranten“, mehrsprachige und kultursensible Informationsveranstaltungen zu wichtigen Themen der Prävention, auch im Bereich psychische Gesundheit, durch interkulturelle Gesundheitsmediatoren, <https://www.mimi.bayern/>
- Muttersprachliche Frauencafés für Migrantinnen zu Information und Austausch (auch zu Aspekten psychischer Gesundheit), psychologische Beratung, Selbsthilfegruppen und anderes mehr, <https://www.donnamobile.org/>

Sport- und Bewegungsangebote u. a. zur Demenzprävention und/oder Förderung des psychischen Wohlbefindens

- „GESTALT“ (Gehen, Spielen, Tanzen Als Lebenslange Tätigkeiten) und „GESTALT Kompakt“, Bewegungsprogramme für Menschen über 60 Jahre, die nur wenig oder gar nicht körperlich aktiv sind und Risikofaktoren für eine demenzielle Erkrankung haben, „GESTALT – Get 10“ zur Begleitung des Transfers des Bewegungsprogramms in zehn bayerische Kommunen <https://www.gestalt.fau.de/>
- „Sport und Bewegung trotz(t) Demenz“, regionale Sport- und Bewegungsangebote für Menschen mit und ohne Demenz des Landesverbands Bayern der Deutschen Alzheimer e.V. in Kooperation mit unterschiedlichen Sportverbänden und -vereinen sowie regionalen Demenznetzwerken, <https://www.stmgp.bayern.de/meine-themen/fuer-fach-und-pflegekraefte/demenzprojekte>
- Tanzprojekte wie „Tanzen für 50+“ des Bamberger Tanzclub e.V. oder „Tanzkurs für Menschen mit und ohne Demenz“ der Alzheimer Gesellschaft Aschaffenburg e.V. zur Demenzprävention, <https://www.zpg-bayern.de/Tanzen-f%C3%BCr-50-plus.html> und <https://www.alzheimer-aschaffenburg.de/Bayerischer-Demenzpreis-2016/>

Lokale Projekte zur Stärkung der sozialen Teilhabe, der sozialen Unterstützung und des Selbsthilfepotenzials älterer Menschen

- Sonntagsfrühstück 60plus für alleinlebende Männer und Frauen, <https://www.zpg-bayern.de/sonntagsfruehstueck-60plus-fuer-alleinlebende-maenner-und-frauen.html>
- – Offener Mittagstisch und Hoigata, <https://www.zpg-bayern.de/offener-mittagstisch-und-hoigata.html>
- Offener Frühstücks-Treff für ältere Menschen mit psychischen Belastungen „Gut für die Seele“ der Beratungsstelle „Ruhepunkt“ des Krisendienstes Mittelfranken, <https://kdmfr.de/ruhepunkt/>
- Miteinander der Generationen mit verschiedenen Projekten wie z. B. „Generationen digital in Verbindung“, zur Stärkung von gesellschaftlicher Teilhabe Älterer, <https://buerger-mengkofen.de/>

Projekte im Bereich Sucht im Alter

- Hilfe für suchtgefährdete alte Menschen („SAM“) durch Zusammenarbeit von Pflegeeinrichtungen, Seniorendiensten und der Suchthilfe in Nürnberg, <https://www.stadtmission-nuernberg.de/ich-brauche-hilfe/gesundheitsuchtsuchthilfezentrum/sucht-im-alter/>
- „Vernetzung Sucht- und Altenhilfe“, Caritas Regensburg mit verschiedenen Einzelansätzen wie Fortbildungen für Pflegekräfte zur Sensibilisierung für riskantes Konsumverhalten bei Bewohnerinnen und Bewohnern oder Pflegebedürftigen, Angebote für betroffene Seniorinnen und Senioren, <https://www.caritas-regensburg.de/beraten-undhelfen/suchthilfe/projekte/sucht-im-alter>

Impressum:

Herausgeber: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP)

Fachliche Bearbeitung: Dr. Daniela Blank-Matthes, Dr. Joseph Kuhn, Johannes Brettner, Dr. Anja Lüders, Dr. Veronika Reising, Judith Hausmann, Manuel Fenkl, Sylvia Zollikofer

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Redaktion: Dr. Daniel Renné, Referat 56, Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention (StMGP)

Für die **Bereitstellung von Daten** danken wir insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dem Bayerischen Landesamt für Statistik, dem Bayerischen Landeskriminalamt, dem Bayerischen Bezirkstag, der Deutschen Rentenversicherung Bund, dem Zentrum Bayern Familie und Soziales - Amt für öffentlich-rechtliche Unterbringung und dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz.

Für die **Breitstellung von fachlichen Hinweisen** danken wir dem Beirat der Psychiatrieberichte- stattung: Celia Wenk-Wolff (Bayerischer Bezirkstag), Prof. Mathias Zink (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Bezirksklinikum Ansbach), Prof. Andreas Schuld (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II, Psychosomatik Klinikum Ingolstadt), Dr. Simon Mayer (AMEOS Klinikum St. Elisabeth Neuburg), Prof. Oliver Pogarell (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität München), Prof. Dr. Peter Brieger (kbo-Isar-Amper-Klinikum), Andrea Fembacher (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns), Davor Stubican (Paritätischer Wohlfahrtsverband), Birgit Gorgas (Psychotherapeutenkammer Bayern), 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. Arno Drinkmann (Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt), Claudia Cos (Kommunale Unfallversicherung Bayern/Bayerische Landesunfallkasse), Stefan Adelsberger und Michael Holzer (Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau), Dr. Sabine Gleich (Gesundheitsreferat der LH München), Prof. Matthias Graw (Institut für Rechtsmedizin der Universität München), Lisa Klocke (kbo-Isar-Amper-Klinikum) und Ulrike Sachenbacher (Familienrichterin Amtsgericht München, Kompetenzpartnerin Kinderschutz für den OLG-Bezirk München) 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, Pflege und Prävention
Haidenauplatz 1, 81667 München,
Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg
Telefon: +49 (0)89 95414-0
E-Mail: poststelle@stmgp.bayern.de

Gestaltung: CMS – Cross Media Solutions GmbH, Würzburg
Stand: Januar 2025
Artikelnummer: stmgp_psych_021

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.