

IM FOKUS Gesundheitsberichterstattung
Schleswig-Holstein

Psychische Gesundheit der Menschen in Schleswig-Holstein



In Kooperation mit der
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. und der
IFT-Nord gemeinnützige GmbH Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung



Kerstin von der Decken
Ministerin für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Liebe Leserinnen und Leser,

sie zielt das Titelblatt dieses Berichts: die Grüne Schleife. Sie ist das internationale Symbol für eine Gesellschaft, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht. Und genau diese Art des Umgangs brauchen wir auch in Schleswig-Holstein.

Viele Menschen leiden im Laufe ihres Lebens an einer psychischen Erkrankung. Ob im privaten oder öffentlichen Raum oder im familiären oder beruflichen Umfeld: Psychisch erkrankte Menschen sind in allen Lebensbereichen präsent und kommen in allen Altersgruppen vor.

Obwohl viele Menschen ein Bewusstsein hierfür entwickelt haben, begegnen den Betroffenen immer noch Ausgrenzung und Stigmatisierung. Dabei hilft ihnen gerade ein offener und toleranter Umgang, mit ihrer Erkrankung umzugehen und Lösungen zu finden. Somit tragen wir alle eine gemeinsame Verantwortung dafür, dass alle Betroffenen die erforderliche Unterstützung erhalten.

Auch faktenbasiertes Wissen über psychische Erkrankungen zu vermitteln, kann einen Beitrag leisten, Vorbehalte gegen Menschen mit diesen Erkrankungen abzubauen. Deshalb hat mein Haus in Kooperation mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein und dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung diesen Fokusbericht erstellt.

Der vorliegende Bericht macht auf die hohe Bedeutung des Themas psychische Gesundheit aufmerksam. Er informiert zu den Strukturen in der Hilfs- und Versorgungslandschaft und zu wichtigen Präventionsprojekten, die bereits in Schleswig-Holstein umgesetzt werden. Daran werden wir anknüpfen und uns auf mehreren Ebenen weiterhin für eine Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung einsetzen.

Ich wünsche Ihnen bei der Lektüre des Berichts gute und wertvolle Eindrücke.

Ihre

A handwritten signature in blue ink that reads "Kerstin von der Decken".

Kerstin von der Decken
Ministerin für Justiz und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

INHALT

Auf einen Blick	4
1. Einleitung	7
2. Schutz- und Risikofaktoren psychischer Gesundheit	10
2.1 Schutzfaktoren.....	11
2.2 Risikofaktoren	13
2.3 Weitere Faktoren.....	16
3. Häufigkeit psychischer Störungen	19
3.1 Psychische Störungen bei Erwachsenen.....	21
3.2 Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen	30
3.3 Komorbiditäten	40
4. Strukturen in der Beratung, Unterstützung und Versorgung	42
4.1 Versorgungs- und Unterstützungsangebote.....	43
4.2 Versorgungskapazitäten	50
4.3 Beteiligte Fachgruppen und Versorgungsleistungen	58
5. Folgen für die Menschen und die Gesellschaft	61
5.1 Soziale Folgen von psychischen Erkrankungen.....	62
5.2 Krankheitslast und verlorene gesunde Lebensjahre.....	64
5.3 Medizinische Rehabilitation.....	67
5.4 Eintritt in die Erwerbsminderungsrente.....	70
5.5 Arbeitsunfähigkeit.....	74
6. Prävention – Beispiele aus der Praxis	76
7. Zusammenfassung	81
8. Fazit	89
9. Quellen	91
10. Anhang	100
10.1 Vertragsärztliche Abrechnungsdaten.....	101
10.2 Krankenhausdiagnosestatistik	105
10.3 Behandlerinnen- und Behandlersuche	108
10.4 Versorgungskapazitäten	108
10.5 Todesursachenstatistik	111
10.6 Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente.....	111

AUF EINEN BLICK

Hintergrund ▼

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe der Menschen.

Für Deutschland wird geschätzt, dass ein Drittel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung leidet.

Ein Viertel der jungen Menschen in Schleswig-Holstein fühlt sich häufig seelisch belastet.

Schleswig-Holstein hat sich als Gesundheitsziel gesetzt, psychische Belastungen bei den Menschen zu verringern.

Die psychische Gesundheit eines Menschen wird durch zahlreiche Faktoren positiv oder negativ beeinflusst. Diese werden auch Schutz- und Risikofaktoren genannt.

Häufigkeit psychischer Störungen ▼

Die ambulante Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen ist in den letzten Jahren in Schleswig-Holstein angestiegen. Das heißt, es wurden in der ambulanten Versorgung mehr psychische Erkrankungen behandelt.

Das muss nicht zwangsläufig einen Anstieg der tatsächlichen Erkrankungen bedeuten. Vielmehr kann es u. a. auch Ausdruck eines veränderten Verhaltens der Menschen bei der Suche nach Hilfe sein.



Foto © Marek Piwnicki

Die Raten diagnostizierter Neuerkrankungen sind für die Bevölkerung in Schleswig-Holstein in der ambulanten Versorgung relativ konstant geblieben.

Die Anzahl der Behandlungsfälle psychischer Störungen in der stationären Versorgung sinkt hingegen. Dies kann bedeuten, dass Erkrankungen eher ambulant versorgt werden. Es könnte aber auch heißen, dass die Zahl schwerer Erkrankungen, die stationär behandelt werden müssen, weniger wird.

Wie bei den Erwachsenen sind die ambulanten Diagnoseprävalenzen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren angestiegen. Im Gegensatz dazu ist die Anzahl der Behandlungsfälle psychischer Störungen in der stationären Versorgung relativ stabil geblieben.

Es gibt geschlechts- und altersspezifische Unterschiede in der ambulanten Diagnosehäufigkeit und in der Fallzahl der stationären Behandlung. Zudem sind regionale Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten zu beobachten.

▼ Versorgungsstrukturen

Die Versorgungsstrukturen für psychische Erkrankungen sind komplex und umfassen eine große Zahl von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren.

Die Bettenanzahl in den Fachabteilungen der stationären Versorgung, in denen psychische Erkrankungen behandelt werden, hat sich insgesamt erhöht und liegt teilweise über dem Bundesdurchschnitt.

Die Anzahl der vertragsärztlich tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein ist kontinuierlich gestiegen, liegt aber relativ deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Arbeitszeit des Personals bleibt hierbei unberücksichtigt, es gibt aber in vielen Berufsgruppen Tendenzen zur Teilzeitarbeit.

Zudem liegt das Durchschnittsalter der Behandelnden über dem Bundesdurchschnitt und ein nicht unerheblicher Teil ist über 65 Jahre alt.

Trotz insgesamt steigender Zahlen auf Seiten der Behandelnden und Reformen, wie z. B. der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie (2017), sind die Wartezeiten, insbesondere für eine Richtlinien-therapie, nach wie vor lang.

Die Hausärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein spielen eine Schlüsselrolle bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen und nehmen eine Lotsenfunktion ein.

▼ Erkrankungsfolgen

Neben den unmittelbaren Symptomen sind vor allem die aus der Erkrankung resultierenden Konsequenzen für den einzelnen Menschen, die Familie und das soziale Umfeld ebenso von Bedeutung wie für die Solidargemeinschaft.

Psychische Erkrankungen spielen sowohl bei der Krankheitslast der Bevölkerung insgesamt als auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit, z. B. in Form von Suiziden, eine erhebliche Rolle.

Die Anzahl der Rehaleistungen ist in Schleswig-Holstein seit 2013 stetig angestiegen, liegt aber unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen ist für Schleswig-Holstein höher als in Deutschland insgesamt – Tendenz steigend.

In den vergangenen Jahren hat sich nicht nur die Anzahl der Fälle der Arbeitsunfähigkeit, sondern auch die Krankheitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen stetig erhöht.

▼ Prävention

Mit der Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen wächst neben der Notwendigkeit der Versorgung und Behandlung der Betroffenen auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung.

Die Primärprävention spielt eine besondere Rolle, da durch sie bereits die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen verhindert und Gesundheitsressourcen gestärkt werden können.

Kinder psychisch erkrankter Eltern stehen in Schleswig-Holstein im Fokus der Prävention, da diese Gruppe ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Störungen aufweist.

▼ Fazit

Hinsichtlich des Gesundheitsziels, in Schleswig-Holstein die psychischen Belastungen zu verringern, ist festzuhalten, dass das Ziel noch

nicht erreicht wurde. Zur weiteren Beurteilung werden weitere Daten, z. B. aus Bevölkerungsbefragungen, benötigt.

Ein einfacher und niedrigschwelliger Zugang zu Hilfs- und Versorgungsangeboten ist notwendig.

Ambulante und teilstationäre Angebote fördern die wohnortnahe Versorgung. Auch Modellvorhaben sind eine Möglichkeit, um die Versorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu verbessern und eine wohnortnahe Versorgung zu fördern.

Prävention von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle Lebensbereiche der Menschen umfasst – ganz im Sinne eines Ansatzes „Mental Health in All Policies“.



1

Einleitung

Die psychische Gesundheit der Menschen ist durch die COVID-19-Pandemie noch stärker in den Fokus gerückt. Bereits im Verlauf der Pandemie konnte mit Hilfe von Studien gezeigt werden, dass die Pandemie und die Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens gesundheitliche Spuren in der Bevölkerung hinterlassen (Bäuerle et al. 2020). Das betraf und betrifft noch bis heute insbesondere die psychische Gesundheit unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (Kohls et al. 2021, Mauz et al. 2023, Müller et al. 2021, Ravens-Sieberer et al. 2022). Das Thema psychische Gesundheit hat von jeher eine große Bedeutung – für einzelne Menschen, für Familien, im Arbeitsleben, in der Gesellschaft. Während und nach der Pandemie wurde es auf besondere Weise virulent.

»Für Deutschland wird geschätzt, dass ein Drittel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung leidet.«

Für Deutschland wird geschätzt, dass ein Drittel der Bevölkerung im Laufe eines Jahres an einer klinisch relevanten psychischen Störung leidet (Jacobi et al. 2014). Die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland hat sich in den letzten Jahren verschlechtert (RKI 2024a). Insbesondere die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen war im Zuge der Pandemie stark betroffen. Vor der Pandemie zeigte etwa jedes sechste Kind Symptome einer psychischen Erkrankung (Poethko-Müller et al. 2018). Während der Pandemie war es jedes vierte Kind (Ravens-Sieberer et al. 2023).

»Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe der Menschen.«

Mit Blick auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur psychischen Gesundheit dürften die Effekte der Pandemie nicht überraschen: „Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft beitragen kann“ (WHO 2019). Dabei ist wichtig zu bedenken, dass die psychische Gesundheit nicht nur durch individuelle Faktoren beeinflusst wird, sondern auch durch die Lebensumstände und die soziale Situation der Menschen (WHO 2019). Die psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe der Menschen (RKI 2024b). Gleichzeitig sind Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit weit verbreitet und reichen von leichten Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen (RKI 2024b).

Mit psychischen Störungen sind Störungen der psychischen Gesundheit gemeint, die oft durch eine Kombination von belastenden Gedanken, Emotionen, Verhaltensweisen und Beziehungen zu anderen gekennzeichnet sind (WHO 2019). Beispiele für psychische Störungen sind Depressionen, Angststörungen, Verhaltensstörungen, bipolare Störungen sowie Psychosen, Suchterkrankungen und Formen von Demenzerkrankungen. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit und psychische Störungen bringen erhebliche individuelle und gesellschaftliche Folgen mit sich (RKI 2024b). Zudem haben sie einen Einfluss auf die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten (RKI 2024b). Psychische Störungen können für die Betroffenen starke Auswirkungen auf den Lebensalltag haben und die Betroffenen in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern, eine Behinderung darstellen und als Schwerbehinderung anerkannt werden (VdK 2023).

»Schleswig-Holstein hat sich als Gesundheitsziel gesetzt, psychische Belastungen bei den Menschen zu verringern.«

Das Land Schleswig-Holstein hat sich vor einigen Jahren das Präventions- bzw. Gesundheitsziel gesteckt, psychische Belastungen zu verringern (NPK 2019). Darüber hinaus sollte nach dem Psychiatriebericht des Landes aus dem Jahr 2016 die Datenbasis zur psychischen Gesundheit und psychischen Störungen verbreitert und vertieft werden (Landesregierung Schleswig-Holstein 2016)¹. Der vorliegende Fokusbericht bedient sich entsprechend zahlreicher Datenquellen, um die aktuelle Situation und zeitliche Trends in Schleswig-Holstein zu beleuchten. Wenn möglich werden spezifische Auswertungen, zum Beispiel nach Alter und Geschlecht, und kleinräumige Daten, zum Beispiel auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, berücksichtigt.

¹ Psychiatriebericht 2016 der Landesregierung Schleswig-Holstein [als PDF zum Download](#)

»Der vorliegende Fokusbericht orientiert sich am Rahmenkonzept und den Indikatoren der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts.«

Die konzeptionelle Rahmung des Berichts für Schleswig-Holstein bildet die Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts, die fünf Handlungsfelder im Bereich der psychischen Gesundheit identifiziert hat (Thom et al. 2021):

1) Gesundheitsförderung und Prävention verbessern, 2) Determinanten psychischer Gesundheit adressieren, 3) Psychischen Gesundheitszustand verbessern, 4) Versorgung psychischer Störungen verbessern und 5) Krankheitslast senken und Teilhabe stärken. Jedes dieser Handlungsfelder beinhaltet mehrere Unterthemen samt Indikatoren, die

durch zahlreiche Expertinnen- und Expertenbefragungen gesammelt und priorisiert wurden (Thom et al. 2021).

Der vorliegende Fokusbericht hat zum Ziel, einen Überblick über die psychische Gesundheit der Menschen in Schleswig-Holstein zu geben. Dafür werden nicht nur ausgewählte Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit (Kapitel 2), die Häufigkeit psychischer Erkrankungen der Schleswig-Holsteinerinnen und -Holsteiner (Kapitel 3) und die Versorgungs- und Hilfsstrukturen im Land (Kapitel 4) betrachtet, sondern auch die Folgen für die Menschen und die Gesellschaft (Kapitel 5) sowie die Präventionslandschaft in Schleswig-Holstein (Kapitel 6).



2

Schutz- und Risiko- faktoren psychischer Gesundheit

Im Folgenden werden einige Faktoren betrachtet, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit bzw. psychischen Erkrankungen stehen können und die im Zuge des Rahmenkonzeptes der Mental Health Surveillance in Deutschland vom Robert Koch-Institut gebündelt wurden (Thom et al. 2021). Die Determinanten werden in Ressourcen, also Schutzfaktoren (auf psychischer und sozialer Ebene) sowie in Risiken, also Risikofaktoren (auf individueller und sozialer Ebene) unterteilt (Tabelle 1). Hinzu kommt der Bereich Gesundheitskompetenz, der das Wissen zu und den Umgang mit psychischen Erkrankungen umfasst.

2.1

Schutzfaktoren

Psychische Schutzfaktoren

Hinsichtlich der psychischen Schutzfaktoren nennt die Mental Health Surveillance Optimismus, Resilienz und Selbstwert als relevante Indikatoren. Als **Optimismus** wird eine generalisierte positive Ergebniserwartung definiert (Dorsch Lexikon der Psychologie 2024a). Der **Selbstwert** beschreibt die grundlegende Einstellung gegenüber der eigenen Person (Dorsch Lexikon der Psychologie 2024b). **Resilienz** bezeichnet die (psychische) „Widerstandsfähigkeit eines Individuums, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse erfolgreich zu entwickeln“ (Dorsch Lexikon der Psychologie 2024c). Für alle drei Indikatoren konnten diverse Studien zeigen, dass höhere Ausprägungen protektiv bei der Entwicklung einer psychischen Störung wirken (Bengel & Lyssenko 2012).

»Zahlreiche Studien zeigen, dass Optimismus, Selbstwert und Resilienz schützend bei der Entwicklung einer psychischen Störung wirken.«

So geht eine optimistische Einstellung mit einer geringeren psychischen Belastung in schwerwiegenden Stresssituationen einher (Bengel & Lyssenko 2012). Ein ausgeprägtes Selbstwertgefühl führt dazu, negative Ereignisse als weniger bedrohlich zu interpretieren und eine optimistischere Einstellung den eigenen Bewältigungsmechanismen gegenüber zu haben (Bengel & Lyssenko 2012). Dies zeigt außerdem die Interaktion dieser Faktoren untereinander: Ein hohes Selbstwertgefühl und stärker ausgeprägter Optimismus gehen mit mehr Resilienz einher (Bengel & Lyssenko 2012). Darüber hinaus stehen diese Faktoren mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit in Zusammenhang (Piper 2022). Auch bei Kindern und Jugendlichen zeigen sich diese Zusammenhänge. Beispielsweise wiesen Kinder und Jugendliche, die optimistisch und zuversichtlich in die Zukunft schauen, eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität während der COVID-19-Pandemie auf (Ravens-Sieberer et al. 2020).

Determinanten psychischer Gesundheit*

Schutz/Ressourcen		Risiken	
Psychisch	Sozial	Individuell	Sozial
Optimismus	Soziale Unterstützung	Trauma/Gewalt	Einsamkeit
Resilienz	Bildung	Chronischer Stress	Existenzängste
Selbstwert		Ungesunder Lebensstil	Arbeitslosigkeit
			Armut/Materielle Deprivation
			Ungleichheit in Einkommens-/Vermögensverteilung

Gesundheitskompetenz (Mental Health Literacy)

Kompetenzen bei der Hilfesuche

Einstellungen und Stigma

Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen

Tab. 1: Determinanten psychischer Gesundheit anhand des Rahmenkonzeptes der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts (Thom et al. 2021, eigene Darstellung).

* Im Rahmen des vorliegenden Berichts wurden für dieses Kapitel Rassismus und Diskriminierung, die COVID-19-Pandemie sowie der Klimawandel als Risikofaktoren ergänzt.

»Ein Viertel der jungen Menschen in Schleswig-Holstein fühlt sich häufig seelisch belastet.«

Laut der Mental Health Surveillance des Robert Koch-Instituts (2024a) ist der Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der seine psychische Gesundheit insgesamt als „sehr gut“ oder „ausgezeichnet“ einschätzt, in den letzten drei Jahren kontinuierlich gesunken: von rund 45% im März 2021 auf 37% im April 2024. Spezifisch für junge Menschen in Schleswig-Holstein berichtet die Techniker Krankenkasse, dass in einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung 62% angaben, sich mindestens „manchmal“ seelisch belastet zu fühlen, ein Viertel gab an, dass dies häufig der Fall sei (2024). Insofern kommt der Reduktion von Risikofaktoren sowie der Stärkung von Schutzfaktoren eine besondere Bedeutung zu, um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern und das Erkrankungsrisiko für psychische Störungen zu senken.

Soziale Schutzfaktoren

Im Hinblick auf soziale Schutzfaktoren deuten diverse Studien darauf hin, dass sowohl soziale Unterstützung (Borgmann et al. 2017) als auch ein höheres Bildungsniveau (Erickson et al. 2016) schützend wirken. Bei Menschen, denen tragfähige soziale Netzwerke und Zugang zu Bildung zur Verfügung stehen, ist die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störungen zu entwickeln, geringer. Im Umkehrschluss konnten diverse Studien zeigen, dass ein niedrigeres Bildungsniveau mit einem höheren Erkrankungsrisiko assoziiert ist (Arango et al. 2021).

»Soziale Unterstützung und ein höheres Bildungsniveau verringern die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln.«

In Bezug auf den Schutzfaktor **Bildung** zeigen sich in Schleswig-Holstein unter anderem zwei gegenläufige Trends. Einerseits macht der Nationale Bildungsbericht aus dem Jahr 2020 deutlich, dass die Abiturquote mit 43% über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dieser Trend zu höherer Bildung hält auch im Vergleich zu den meisten anderen Bundesländern an. Andererseits ist die Anzahl der Schulabgängerinnen und -abgänger ohne Schulabschluss im Vergleich zu den Vorjahren gestiegen (Hollstein et al. 2022). Die gestiegene Anzahl von jungen Menschen, die die Schule ohne Abschluss verlassen, ist insofern relevant, als dass psychische Erkrankungen hierfür durchaus auch eine Ursache darstellen können (Hjorth et al. 2016).

»In einer Befragung zur psychischen Gesundheit gaben 15,4% der Frauen und 13,3% der Männer in Norddeutschland an, über wenig soziale Unterstützung zu verfügen.«

Zum Ausmaß verfügbarer **sozialer Unterstützung** liegen für Norddeutschland Daten aus dem Jahr 2010 vor. In einer Befragung zur psychischen Gesundheit gaben 15,4% der Frauen und 13,3% der Männer in Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Niedersachsen an, nur in geringem Ausmaß über soziale Unterstützung zu verfügen (RKI 2012). Im Vergleich zu anderen Regionen Deutschlands liegt der Nordwesten hier im oberen Drittel, es berichten also tendenziell etwas weniger Menschen, über geringe soziale Unterstützung zu verfügen. Einblicke in die von Eltern in Schleswig-Holstein wahrgenommene Unterstützung bietet die geKuJu-Studie (Peters et al. 2024). 50,7% der befragten Eltern gaben an, starke soziale Unterstützung wahrzunehmen. 37,4% berichteten, über mittlere soziale Unterstützung zu verfügen und 11,8% empfanden ihre soziale Unterstützung als schwach. Es zeigte sich zudem, dass die generelle gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder und Jugendlichen, eingeschätzt durch die Eltern, bei schwacher sozialer Unterstützung der Eltern niedriger ausgeprägt war als bei moderater und starker sozialer Unterstützung (Peters et al. 2024).

2.2

Risikofaktoren

Individuelle Risiken

Hinsichtlich individueller Risikofaktoren für die psychische Gesundheit sind Erfahrungen von **Trauma** und **Gewalt** zu nennen. Dass derartige Erlebnisse schwerwiegende und behandlungsbedürftige psychische Folgen haben können, zeigt die medizinische Diagnosekategorie F43 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“. In dieser Diagnosekategorie ist beispielsweise die posttraumatische Belastungsreaktion (F43.1) verortet. In Schleswig-Holstein bekamen im Jahr 2020 0,78% der gesetzlich Versicherten im ambulanten Setting eine F43.1-Diagnose. Das heißt, 19.370 Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner waren betroffen (M2Q, vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V). In Deutschland waren es im gleichen Zeitraum 0,59% der gesetzlich Versicherten (Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V). Hierbei ist zu beachten, dass dies nicht die tatsächlich erfahrene Häufigkeit von Trauma und Gewalt widerspiegelt. Einerseits entwickelt nicht jede Person, die Derartiges erlebt hat, eine posttraumatische Belastungsstörung (Schellong 2015). Andererseits sucht nicht jede Person professionelle Hilfe. Diese Zahlen bieten also nur einen Anhaltspunkt für die Belastung der Einwohnerinnen und Einwohner durch traumatische Ereignisse.

»19.370 Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner bekamen im Jahr 2020 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung.«

Eine Betrachtung der Kriminalstatistik zeigt, dass die Anzahl von Straftaten in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 über dem Bundesdurchschnitt lag, die Einwohnerinnen und Einwohner also tendenziell stärker durch Kriminalität belastet waren (Landesregierung Schleswig-Holstein 2022b). Mit Blick auf Delikte, die als individuelle Risikofaktoren wirken können, liegt sowohl der Anteil der Gewaltkriminalität mit 2,7% (5.999 Straftaten) als auch der Anteil der Sexualdelikte mit 1,5% (3.339 Straftaten) leicht

unter den Anteilen in der Bundesrepublik (Gewaltkriminalität: 3,3%, Sexualdelikte: 2,1%). Zu beachten ist, dass zur Anzeige gebrachte Gewaltdelikte in der Partnerschaft zugenommen haben (Anstieg um 382 Opfer / 7,6% auf 5.376 Opfer insgesamt). Wie oben erwähnt, hängt von den individuellen Ressourcen, beispielsweise der Resilienz, sowie von der Art der Traumatisierung ab, inwiefern Erfahrungen von Gewalt oder Trauma zu einer psychischen Störung führen können (Schellong 2015).

»Chronischer Stress bedroht die psychische Gesundheit - insbesondere von Minderheiten.«

Darüber hinaus stellt **chronischer Stress** eine bedeutsame Bedrohung für die psychische Gesundheit dar. Das Robert Koch-Institut berichtet in den Ergebnissen der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), dass Frauen mit 13,9% häufiger eine starke Stressbelastung beschrieben als Männer (8,2%). Die Häufigkeit starker Stressbelastung nimmt mit steigendem sozioökonomischem Status ab. Zudem ist eine starke Belastung mit chronischem Stress laut der DEGS1-Studie besonders häufig (26,2%), wenn eine geringe soziale Unterstützung vorliegt. Stresserleben spielt beispielsweise in der Arbeitswelt eine bedeutsame Rolle. Psychische Erkrankungen nehmen unter anderem aufgrund von dauerhaften Belastungen und Stress am Arbeitsplatz zu (Kauffeld et al. 2019), aber auch Arbeitslosigkeit und damit assoziierte Belastungen führen zu vermehrtem psychosozialen Stress (Kroll & Lampert 2012). Außerdem stellte die COVID-19-Pandemie einen signifikanten Stressfaktor dar, beispielsweise für medizinisches Personal (Bohlken et al. 2020) sowie für Personen mit bereits gefährdeter psychischer Gesundheit oder Eltern mit Kindern unter 12 Jahren (Peters et al. 2021). Mit dem Begriff **Minderheitenstress** werden Faktoren bezeichnet, denen vor allem Menschen ausgesetzt sind, die einer kleineren Bevölkerungsgruppe angehören. Dieser setzt sich zusammen aus externalen, akuten oder chronischen Belastungen einerseits sowie internalisierten, negativen gesellschaftlichen, religiösen oder moralischen Grundannahmen andererseits (Heim 2023). Die vermehrte Stressbelastung erhöht, zum Beispiel bei trans- und intergeschlechtlichen Personen, das Risiko für psychische Störungen, insbesondere Depressivität und Suizidalität (Heim 2023).

Auch ein **ungesunder Lebensstil** zählt zu den individuellen Risiken für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung. Beispielhaft sollen im Folgenden Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität sowie Übergewicht betrachtet werden (Busch et al. 2011). Aus dem Bericht zum **Alkoholkonsum** der Menschen in Schleswig-Holstein geht hervor, dass 11,9% der Einwohnerinnen und Einwohner das Kriterium für riskanten Alkoholkonsum erfüllen, damit liegt das Bundesland knapp unter dem bundesweiten Durchschnitt. Auch beim Rauschtrinken liegen die in Schleswig-Holstein lebenden Menschen mit 28,1% knapp unter dem Bundesdurchschnitt (Landesregierung Schleswig-Holstein 2023a). Insgesamt deutet der Bericht darauf hin, dass die Krankheitslast im Zusammenhang mit Alkohol sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland insgesamt abzunehmen scheint.

Hinsichtlich **körperlicher Aktivität** bzw. Inaktivität als Risikofaktor lassen Daten aus dem Jahr 2022 vermuten, dass die Menschen in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt aktiver sind. 45% der Befragten gaben an, sich mehr als eine Stunde am Tag zu bewegen, der bundesweite Durchschnitt lag bei 37% (TK 2022). Allerdings bedeutet dies auch, dass sich im Umkehrschluss 55% der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner weniger als eine Stunde täglich bewegen. Das ist im Hinblick auf das individuelle Risiko, an einer psychischen Störung zu erkranken, als ungünstig zu bewerten. Körperliche Inaktivität geht häufig mit Übergewicht oder Adipositas (ab einem Body-Mass-Index von 30 kg/m²) einher. Vor allem in Verbindung mit ungesunder Ernährung sind das weitere individuelle Risikofaktoren.

»Übergewicht und Adipositas gehen mit gesundheitlichen Risiken auf körperlicher und auf psychischer Ebene einher.«

Laut dem Mikrozensus 2020 litten 17,3% der erwachsenen Bevölkerung in Schleswig-Holstein im Jahr 2021 unter **Adipositas** (Statistisches Bundesamt 2024a). Damit befindet sich das Bundesland im Mittelfeld, deutschlandweit beträgt der Anteil 16,8%. Zu beachten ist, dass die Quote in den meisten

Bundesländern, so auch in Schleswig-Holstein, über die letzten Erhebungsjahre kontinuierlich angestiegen ist. Auch **Übergewicht** bzw. **Präadipositas** (ab einem Body-Mass-Index von 25 kg/m²) geht mit gesundheitlichen Risiken auf körperlicher sowie auf psychischer Ebene einher (Herpertz & Pape 2022). Laut dem Mikrozensus aus dem Jahr 2017 waren in Schleswig-Holstein 52,6% der erwachsenen Bevölkerung übergewichtig, womit das Land ungefähr dem Bundesdurchschnitt von 52,7% entsprach (Statista 2018). Übergewicht und Adipositas sind auch bei Kindern ein relevantes Thema. Die letzten Auswertungen der Schuleingangsuntersuchungen in Schleswig-Holstein konnten zeigen, dass insgesamt 12,7% der einzuschulenden Kinder als übergewichtig oder adipös identifiziert wurden, davon wiesen 6,0% starkes Übergewicht bzw. Adipositas auf (Landesregierung Schleswig-Holstein 2023c). Bei den Schuleingangsuntersuchungen im Jahr 2019 wurden in Schleswig-Holstein ungefähr 11,5% der Kinder als übergewichtig und ca. 5,5% als adipös identifiziert (RKI 2020). Die Zahlen sind demnach gestiegen, auch wenn Schleswig-Holstein in beiden Fällen im Vergleich zu anderen Bundesländern weiterhin im Mittelfeld liegt. Während bei einigen Kindern das Übergewicht oder die Adipositas wieder zurückgeht, bleibt sie bei anderen bis ins Erwachsenenalter bestehen (RKI 2020), weshalb Prävention bzw. entsprechende Interventionen in jungen Lebensjahren von besonderer Bedeutung sind.

Soziale Risiken

Zu den sozialen Risiken, an einer psychischen Störung zu erkranken, zählen laut Robert Koch-Institut Einsamkeit, Existenzängste, Arbeitslosigkeit, Armut bzw. materielle Deprivation sowie Ungleichheit in der Einkommens- und Vermögensverteilung.

Einsamkeit ist in chronischer Ausprägung mit schwerwiegenden Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit verbunden (Riedel-Heller 2023). Das „Kompetenznetz Einsamkeit“ berichtet, dass sich in Deutschland vor der COVID-19-Pandemie rund 14% der Menschen einsam gefühlt haben, während der Pandemie ist die Zahl sprunghaft auf rund 40% angestiegen (Entringer 2022). Unter anderem Frauen und ältere Menschen sind eher von Einsamkeit betroffen (Schobin et al. 2022).

Das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache beschreibt den Begriff „Existenzangst“ wie folgt: „Angst vor dem Leben bzw. davor, den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen zu sein“ und „Angst vor dem Verlust der wirtschaftlichen oder materiellen Lebensgrundlagen“ (2024). Die Angst vor dem Verlust der wirtschaftlichen oder materiellen Lebensgrundlage ist zum Beispiel im Kontext von Arbeitslosigkeit, Armut und materieller Deprivation relevant (siehe nächster Absatz weiter unten). Die Angst vor dem Leben bzw. davor, den Anforderungen des Lebens nicht gewachsen zu sein, ist unter anderem bei Jugendlichen ein bedeutsames Thema. Nahezu alle befragten 15- bis 18-Jährigen berichteten in einer Studie über mindestens eine Facette von Existenzangst, beispielsweise im Hinblick auf empfundene Bedeutungslosigkeit, Leere oder Schuldgefühle (Berman et al. 2006). Zudem ging Existenzangst mit psychischen Symptomen und Fragen zur eigenen Identität einher (Berman et al. 2006).

»Arbeitslosigkeit ist als sozialer Risikofaktor durch die höhere Arbeitslosenquote vor allem in den kreisfreien Städten von Bedeutung.«

Auch der Verlust des Arbeitsplatzes oder die Erfahrung mit Arbeitslosigkeit können ein Risiko für die seelische Gesundheit darstellen (Kroll & Lampert 2012). Mit 5,7% lag die **Arbeitslosenquote** im April 2024 in Schleswig-Holstein (Bundesagentur für Arbeit 2024a) leicht unter der Arbeitslosenquote von 6% in Gesamtdeutschland (Bundesagentur für Arbeit, 2024b). Zu beobachten sind allerdings regionale Unterschiede: In Flensburg, Kiel, Neumünster und Lübeck lag die Arbeitslosenquote zwischen 7,8% und 8,8%, in den kreisfreien Städten kommt dem sozialen Risikofaktor Arbeitslosigkeit daher möglicherweise eine höhere Bedeutung zu als in den Landkreisen. Diesbezüglich sind diverse Wechselwirkungen mit der Gesundheit zu beachten. Gesundheitliche Probleme, sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene, können Folge, aber

auch die Ursache für Arbeitslosigkeit sein (Kroll et al. 2016, siehe auch Kapitel 5.1).

»Armut ist - insbesondere aufgrund diverser Wechselwirkungen mit anderen Faktoren - ein bedeutsamer Risikofaktor für die seelische Gesundheit.«

Ein anderer Faktor, der ein Risiko für die psychische Gesundheit darstellt, ist ein Leben in **Armut**. Das Statistische Bundesamt (2024b) definiert Armut wie folgt: „Als armutsgefährdet gilt eine Person, wenn ihr Einkommen (Nettoäquivalenzeinkommen) weniger als 60% des mittleren Einkommens (Medianeinkommen) beträgt. Die Armutsgrenze, genauer gesagt die Armutsgefährdungsschwelle, hängt dabei von der Anzahl und dem Alter der Haushaltsmitglieder ab“. In Deutschland liegt die Armutsgefährdungsquote im Jahr 2024 bei 14,3% (Statistisches Bundesamt 2024b). 21,2% der Menschen sind von Armut oder sozialer Ausgrenzung bedroht (Statistisches Bundesamt 2024b). Für Schleswig-Holstein sind Zahlen aus dem Jahr 2022 bekannt, in diesem Jahr entsprach die Armutsgefährdungsquote mit 16,9% in etwa der Quote in Gesamtdeutschland von 16,8% (Statistisches Bundesamt 2022a). Nichtsdestotrotz sind die Zahlen insbesondere mit Blick auf die Altersgruppe der Kinder in Schleswig-Holstein hoch. Der Landesverband Schleswig-Holstein des Kinderschutzbundes berichtet, dass jedes fünfte Kind arm oder von Armut bedroht ist, in Lübeck und Neumünster jedes vierte und in Kiel jedes dritte Kind (2024). Armut ist in seiner allumfassenden Wirkung ein entscheidender Faktor mit Blick auf die psychische Gesundheit, da er mit zahlreichen bereits genannten individuellen und sozialen Ressourcen und Risiken in wechselseitiger Beziehung steht. Armut hat beispielsweise nicht nur einen Einfluss auf das Selbstwertgefühl, das Ausmaß sozialer Unterstützung und den Bildungserfolg, sondern auch auf den Lebensstil, chronischen Stress und Einsamkeitserfahrungen (Lampert et al. 2005).

»Es konnte gezeigt werden, dass bereits bei relativ niedrigem Einkommen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken.«

Bei der Ermittlung des Ausmaßes der materiellen Deprivation bzw. der **materiellen Entbehrung** spielen nicht nur die absoluten finanziellen Ressourcen eine Rolle, sondern auch die Selbsteinschätzung der eigenen Lebensbedingungen (Statistisches Bundesamt 2024c) bzw. ein im Vergleich zu einer Referenzgruppe relativ niedriges Einkommen (Eibner et al. 2004). Es konnte gezeigt werden, dass bereits bei relativ niedrigem Einkommen eine erhöhte Wahrscheinlichkeit besteht, an einer Depression oder einer Angststörung zu erkranken (Eibner et al. 2004). Deshalb muss ein niedriges Einkommen, auch wenn es möglicherweise über der Armutgefährdungsschwelle liegt, ebenfalls als sozialer Risikofaktor beachtet werden.

Auch die Ungleichheit in der **Einkommens- und Vermögensverteilung** kann ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit sein. Während in Schleswig-Holstein insgesamt das durchschnittlich verfügbare Einkommen gestiegen ist, zeigt sich, dass Einkommen am unteren Ende der Einkommensverteilung weniger gewachsen sind als Einkommen im oberen Bereich, sodass die Ungleichheit der Einkommensverteilung zugenommen hat (Landesregierung Schleswig-Holstein 2021). Im Vergleich zu Gesamtdeutschland zeigt sich anhand des Gini-Koeffizienten, einem statistischen Maß für Ungleichverteilungen, dass Schleswig-Holstein im Jahr 2022 mit 0,3 genau dem bundesweiten Durchschnitt entspricht (Statistisches Bundesamt 2022b). Werte zwischen 0,20 und 0,35 gelten dabei als relativ einkommensgleich (Freie Universität Berlin 2024)

2.3

Weitere Faktoren

Gesundheitskompetenz

Ein weiterer – im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit – relevanter Aspekt ist die Gesundheitskompetenz (engl. „health literacy“). Der Begriff umfasst laut Bundesministerium für Gesundheit „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und im Alltag anzuwenden.“ (Bundesministerium für Gesundheit 2024). Demnach spielt die Gesundheitskompetenz sowohl bei der Gesunderhaltung als auch bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle (Bundesministerium für Gesundheit 2024).

»Gesundheitskompetenz spielt sowohl bei der Gesunderhaltung als auch bei der Krankheitsbewältigung eine wichtige Rolle.«

Laut Robert Koch-Institut können die Dimensionen „Kompetenzen der Hilfesuche“, „Einstellungen und Stigma“ sowie „Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen“ unterschieden werden (Thom et al. 2021). Zu einigen dieser Aspekte bietet die Studie „Health Literacy Survey Germany“ Auskunft (Schaeffer et al. 2021). Hinsichtlich der **Kompetenzen der Hilfesuche** lässt sich festhalten, dass es rund 20% der Menschen in Deutschland schwer bis sehr schwer fällt, herauszufinden, wo sie professionelle Hilfe erhalten, wenn sie krank sind (Schaeffer et al. 2021). Bei niedrigem Bildungsstand und/oder Sozialniveau erhöht sich der Anteil auf rund 30% (Schaeffer et al. 2021). Mit knapp 25% finden es ältere Menschen und Menschen mit einer chronischen Erkrankung schwierig, sich über Hilfsmöglichkeiten zu informieren. Das ist im Hinblick auf psychische Störungen insofern relevant, als dass es einige mit chronischem Verlauf gibt (z. B. psychotische Erkrankungen oder wiederkehrende depressive Episoden). Zudem lässt sich festhalten, dass es 56% der Allgemeinbevölkerung als schwierig erachten, Informationen zum Thema psychische Gesundheit zu finden (Schaeffer et al. 2021). Das ist für den Bereich **Wissen über psychische Gesundheit und psychische Störungen** relevant.

»56% der Bevölkerung finden es schwierig, Informationen zum Thema psychische Gesundheit zu finden.«

Zudem fällt es 20% der Befragten schwer, Informationen zu Aktivitäten zu finden, die gut für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden sind. Spezifische Daten für Schleswig-Holstein bietet die geKuJu-Studie (Peters et al. 2024). Von den befragten Eltern verfügten 60,6% über eine ausreichende, 28,3% über eine eingeschränkte und 11,1% über eine inadäquate Gesundheitskompetenz mit Blick auf die Gesundheit ihres Kindes. Die Gesundheitskompetenz ist bei niedrigerem Bildungsstand und bei höherem Alter geringer ausgeprägt. Zudem hat sie einen Einfluss auf verschiedene andere Aspekte: beispielsweise geht es Kindern mit speziellem Versorgungsbedarf von Eltern mit inadäquater Gesundheitskompetenz weniger gut (Peters et al. 2024).

»Die Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen ist insgesamt zurückgegangen, für einzelne Erkrankungen wie die Schizophrenie allerdings gestiegen.«

Mit Blick auf Einstellungen und Stigma lässt sich festhalten, dass die Stigmatisierung und Tabuisierung psychischer Erkrankungen insgesamt zurückgegangen sind (Schomerus et al. 2023). Dabei zeigen sich jedoch unterschiedliche Verläufe über die Zeit hinweg in Abhängigkeit vom untersuchten Störungsbild. Zum einen ruft eine Depression inzwischen weniger negative Gefühle hervor und Menschen mit diesem Störungsbild stoßen in der Gesellschaft auf mehr Verständnis als noch vor 30 Jahren. Zum anderen löst das Erkrankungsbild Schizophrenie im Gegensatz dazu heute mehr Ängste aus als vor 30 Jahren und wird insgesamt mit einem stärkeren Bedürfnis nach sozialer Distanz betrachtet (Schomerus et al. 2023). Als Ursache wird einerseits diskutiert, dass die niedrigere Hemmschwelle, über eigene psychische Belastungen zu sprechen, dazu führt, dass schwerere psychische Erkrankungen, wie z. B. eine Schizophrenie, mehr aus dem öffentlichen Blickfeld geraten und folglich stärker abgelehnt werden (Schomerus et al. 2023). Andererseits wird vermutet, dass die zunehmenden naturwissenschaftlichen Erkenntnisse im Bereich psychischer Krankheiten dazu führen

könnten, dass das insbesondere bei der Schizophrenie wahrgenommene Anderssein der betroffenen Person verstärkt empfunden wird und Therapieoptionen als geringer eingeschätzt werden (Schomerus et al. 2023).

Ein weiterer Risikofaktor aus dem Bereich Einstellungen und Stigma ist **Rassismus**. Menschen, die einer ethnischen Minderheit angehören und eine Migrationsgeschichte haben, leben eher sozial ausgegrenzt (Kluge et al. 2020). Das heißt, die oben erwähnten sozialen Risikofaktoren, wie z. B. Armut oder Arbeitslosigkeit, spielen häufiger zusätzlich eine Rolle. Außerdem haben ethnokulturelle Minderheiten und Menschen mit Migrationsbiografie ein höheres Risiko, in der medizinischen Versorgung **Diskriminierung** zu erleben (Kluge et al. 2020). Studien konnten außerdem zeigen, dass rassistische Diskriminierung das Risiko für eine psychotische Episode erhöht (Veling et al. 2008). Vielfach interagieren die unterschiedlichen Risikofaktoren miteinander, sodass insgesamt davon ausgegangen werden muss, dass Menschen mit Migrationshintergrund besonders gefährdet sind, Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit zu erfahren.

»17% der Bevölkerung in Schleswig-Holstein hat einen Migrationshintergrund, ist also potenziell Diskriminierung und Rassismus ausgesetzt.«

In Schleswig-Holstein haben rund 17% der Bevölkerung einen Migrationshintergrund (Landesregierung Schleswig-Holstein 2024b) Im Vergleich dazu haben in Gesamtdeutschland 26% Menschen einen Migrationshintergrund (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2019). Auch sexuelle Minderheiten haben ein höheres Risiko, Diskriminierung ausgesetzt zu sein. Eine Übersichtsarbeit des Robert Koch-Instituts berichtet zur gesundheitlichen Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans- sowie intergeschlechtlichen Personen, dass diese in jungen Jahren häufig von Mobbing betroffen sind, Ablehnung durch befreundete Menschen befürchten und Angst vor körperlicher Gewalt haben (Pöge et al. 2020). Insbesondere trans- und intergeschlechtliche Menschen sind im Alltag, im Bildungswesen und auf dem Arbeitsmarkt vermehrt Diskriminierung ausgesetzt (Pöge et al. 2020). Auch wenn der überwiegende

Anteil dieser Personengruppe einen sehr guten, subjektiv berichteten Gesundheitszustand aufweist, zeigen internationale Studien erhöhte Raten von depressiven Erkrankungen und suizidalem Verhalten. Das psychische Wohlbefinden ist besser, wenn die eigene sexuelle Orientierung sowie die geschlechtliche Identität diskriminierungsfrei gelebt werden können und ein unterstützendes soziales und familiäres Umfeld besteht (Pöge et al. 2020).

Die betrachteten Schutz- und Risikofaktoren beziehen sich primär auf die erwachsene Bevölkerung. **Eine Ergänzung von Indikatoren für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen sowie von Menschen im höheren Lebensalter** steht noch aus (Thom et al. 2021). Ein gut untersuchter Risikofaktor für die Entwicklung einer psychischen Störung im Kindesalter soll hier bereits genannt werden: Diverse Studien deuten darauf hin, dass Kinder psychisch erkrankter Eltern ein hohes Risiko für eigene psychische Auffälligkeiten haben (Wiegand-Grefe & Petermann 2016). Demnach besteht hier ein besonderer Präventionsbedarf (siehe Kapitel 6).

Zusätzlich zu den bereits beschriebenen Schutz- und Risikofaktoren hat die **COVID-19-Pandemie** gezeigt, dass auch derartige Ereignisse die Erkrankungswahrscheinlichkeit, aber auch die Diagnose- und Behandlungshäufigkeit sowie die psychische Gesundheit insgesamt beeinflussen können.

»Die COVID-19-Pandemie hatte einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Menschen.«

Beispielsweise zeigt die COPSY-Studie, dass die Herausforderungen der Pandemie die Lebensqualität sowie das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen verringert sowie das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöht hat (Ravens-Sieberer et al. 2020). Auch bei Erwachsenen waren Veränderungen der psychischen Gesundheit zu beobachten, beispielsweise berichteten Befragte mehr Symptome von Angst und Depression und beurteilten ihren psychischen Gesundheitszustand insgesamt schlechter (Mauz et al. 2023).

Abschließend muss der **Klimawandel** und die damit verbundene Häufung von Extremwetterereignissen als weiterer Risikofaktor für die psychische Gesundheit genannt werden.

»Der Klimawandel bedroht die psychische Gesundheit der Menschen.«

Unter anderem die Task Force „Psyche und Gesundheit“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde macht darauf aufmerksam, dass Naturkatastrophen mit einem direkten Anstieg von Depressionen, Angst- und Traumafolgestörungen einhergehen, dazu kommen indirekte Folgen des Klimawandels wie Nahrungsmittelknappheit und ökonomische Krisen (Heinz et al. 2023).

Die hier beschriebenen Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit bzw. psychische Erkrankungen stellen lediglich eine Auswahl an Indikatoren dar. Die Faktoren sind nicht als unabhängig voneinander zu betrachten, sondern stehen in komplexen wechselseitigen Beziehungen. Zudem ist wichtig zu betonen, dass es sich dabei stets um statistische Größen handelt, die sich auf große Bevölkerungsgruppen oder die Gesamtbevölkerung beziehen. Auch wenn beispielsweise mehrere Risikofaktoren bei einzelnen Menschen vorliegen, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese Personen zwangsläufig eine schlechtere psychische Gesundheit haben oder psychisch erkranken. Vielmehr geht es bei der Betrachtung von Risiko- und Schutzfaktoren darum, aufzuzeigen, welche Faktoren für die psychische Gesundheit förderlich oder hinderlich sein können. Zudem können sie nützlich sein, vulnerable bzw. gefährdete Gruppen zu identifizieren, um zum Beispiel möglichst frühzeitig mit Prävention und Gesundheitsförderung Belastungs- und Erkrankungsrisiken zu senken oder Zugänge für eine adäquate Versorgung und zur Behandlung sicherzustellen.

Im folgenden Kapitel wird die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Schleswig-Holstein beschrieben, indem die Häufigkeiten von psychischen und Verhaltensstörungen im ambulanten und stationären Setting bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aufgezeigt werden.

3

Häufigkeit psychischer Störungen

Im Folgenden wird nach einer kurzen Einführung ein Überblick gegeben, wie häufig Erwachsene (Kapitel 3.1.) sowie Kinder und Jugendliche (Kapitel 3.2) von psychischen Störungen bzw. Erkrankungen betroffen sind. Betrachtet werden die Unterschiede im Zeitverlauf, in Schleswig-Holstein und Deutschland, nach Alter und Geschlecht sowie das Diagnosespektrum und die Neuerkrankungsraten in einzelnen Jahren. Im letzten Teil des Kapitels werden einige Mehrfacherkrankungen, sog. Komorbiditäten, von psychischen Erkrankungen beleuchtet (Kapitel 3.3).

Im medizinischen Bereich richten sich Ärzte und Ärztinnen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen bei der Diagnostik und Behandlung nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision“ (ICD-10-GM). Die folgenden Beschreibungen der ambulanten Diagnose- und stationären Fallhäufigkeiten erfolgen auf Grundlage dieser Klassifikation. Die „Psychischen und Verhaltensstörungen“, die im Kapitel V der ICD-10-GM mit den Schlüsselnummern Foo-F99 versehen sind, umfassen sehr unterschiedliche Sachverhalte und Schweregrade. Dazu zählen z. B. Depressionen, Angststörungen, schädlicher Alkoholkonsum, posttraumatische Belastungsstörungen, aber auch kindliche Sprachentwicklungsstörungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörungen, Autismus und viele mehr. Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Diagnosegruppen im F-Kapitel der ICD-10-GM. Es werden hier sowohl die Gesamtgruppe der F-Diagnosen (umfasst alle Diagnosegruppen in Tabelle 2) als auch einzelne Untergruppen betrachtet.

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte 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-F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Tab. 2: Übersicht über das Kapitel Psychische und Verhaltensstörungen (Foo-F99) der ICD-10-GM.

»Bei der Interpretation der Diagnoseprävalenz und -inzidenz muss berücksichtigt werden, dass sie nur die tatsächliche Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung anlässlich von gesundheitlichen Beschwerden widerspiegeln und nicht mit der wahren Häufigkeit bzw. Neuerkrankungsrate gleichgesetzt werden können.«

Dazu werden neben Falldaten der Krankenhausstatistik krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2011 bis 2022 einbezogen (Zi 2022/23). Zu beachten ist bei der Interpretation der Daten, dass es sich um Abrechnungsdaten handelt. Das heißt, es wurden die Daten der gesetzlich krankenversicherten Menschen mit Wohnort in Schleswig-Holstein mit mindestens einem abgerechneten Kontakt zu einem niedergelassenen Arzt oder einer niedergelassenen Ärztin in dem jeweiligen Jahr analysiert (siehe Erläuterungen im Anhang: 10.1 Vertragsärztliche Abrechnungsdaten, 10.2 Krankenhausdiagnosestatistik). Des Weiteren muss bei der Interpretation der Diagnoseprävalenz und -inzidenz² berücksichtigt werden, dass sie nur die realisierte Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung anlässlich gesundheitlicher Beschwerden widerspiegeln. Die tatsächlichen Prävalenzen bzw. Inzidenzen könnten unterschätzt werden, da Menschen, die das Versorgungssystem nicht mindestens einmal im entsprechenden Jahr in Anspruch nahmen, nicht erfasst wurden. Ebenso sind privat Versicherte nicht enthalten. Zudem ist es möglich, dass Krankheitsbilder nicht erkannt und diagnostiziert werden und entsprechend nicht in den abgerechneten Leistungen auftauchen.

² Die Diagnoseprävalenz meint die Häufigkeit von Krankheitsdiagnosen in einem bestimmten Zeitraum. Die Diagnoseinzidenz bezeichnet die Häufigkeit von neu auftretenden Krankheitsdiagnosen in einer bestimmten Zeitspanne. Beide Kennzahlen geben Auskunft über Krankheiten in der Bevölkerung.

»Im Jahr 2022 konnten ambulante Abrechnungsdaten von rund 87% der Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner in die Auswertungen zu den Diagnosehäufigkeiten einbezogen werden.«

Insgesamt konnten beispielweise im Jahr 2022 Daten von 2.557.603 Schleswig-Holsteinerinnen und Schleswig-Holsteiner, also rund 87% der Bevölkerung ausgewertet werden. Bei der Auswertung der Diagnosen in der ambulanten Versorgung wird nicht nur analysiert, ob, sondern auch, wie häufig eine Patientin oder ein Patient eine F-Diagnose erhalten hat. Bei der Diagnosehäufigkeit je Patientin oder Patient werden folgende Kategorien unterschieden:

M1Q

F-Diagnose in mindestens einem Quartal pro Jahr,

M2Q

F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen pro Jahr,

M4Q

F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres.

Diese Kategorien geben nicht notwendigerweise die Erkrankungsschwere wieder, können jedoch als Hinweis auf die Versorgungsintensität dienen. Zu beachten ist bei dieser Darstellung, dass die Kategorien nicht trennscharf sind. Das heißt, die Patientinnen und Patienten mit mindestens einer Diagnose (M1Q) sind auch in der Gruppe M2Q und M4Q enthalten. Nähere Informationen zu den Datengrundlagen finden sich im Anhang unter 10.1 Vertragsärztliche Abrechnungsdaten und 10.2 Krankenhausdiagnosestatistik.

3.1

Psychische Störungen bei Erwachsenen

Diagnosehäufigkeiten und zeitliche Trends in Schleswig-Holstein und Deutschland

Dargestellt werden in Abbildung 1 die beobachteten Diagnosehäufigkeiten psychischer und Verhaltensstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Erwachsenen (ab 18 Jahre) von 2011 bis 2022 (Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23). Im Ausgangsjahr 2011 hatten in Deutschland 23,1% (13.227.365 Personen) und in Schleswig-Holstein 22,9% (448.680 Personen) der gesetzlich Versicherten ab 18 Jahre mindestens zwei F-Diagnosen (M2Q) jährlich. Knapp jeder Vierte bzw. jede Vierte war somit betroffen.

»2021 war mehr als jede vierte Person in Schleswig-Holstein und in Deutschland ab 18 Jahren von psychischen Störungen betroffen.«

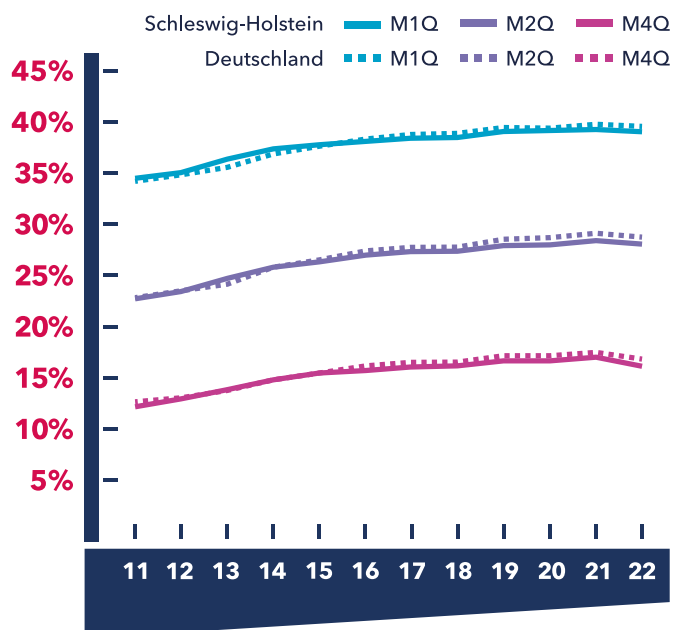


Abb. 1: Trends im Anteil der Erwachsenen (18 Jahre und älter) mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr in ambulanter Versorgung in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres;
M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres;
M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

Im Jahr 2021 war fast jede dritte bis jede vierte Person ab 18 Jahren von psychischen Störungen (mindestens zwei F-Diagnosen, M2Q) betroffen, in Schleswig-Holstein waren es 28,8% (603.639 Personen) und in Deutschland rund 29,3% (17.802.492 Personen). 2022 war kein weiterer Anstieg zu verzeichnen. Der Anteil der Patienten und Patientinnen mit den häufigsten Kontakten zum Versorgungssystem in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres stieg in Schleswig-Holstein von rund 12% im Jahr 2011 auf 17% im Jahr 2021 an und lag 2022 bei 16% (347.419 Personen).

Zum Vergleich der Diagnoseprävalenz zwischen Deutschland und Schleswig-Holstein und zur Betrachtung der zeitlichen Trends wurden die altersstandardisierten³ Raten (Standardbevölkerung Deutschland 2011) herangezogen, um Einflüsse, die auf Unterschiede und Veränderungen in der Altersstruktur zurückgehen, auszuschließen.

»Insgesamt zeigten sich eher geringe Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit von mindestens einer psychischen und Verhaltensstörung zwischen Deutschland und Schleswig-Holstein.«

Es zeigten sich insgesamt geringe Unterschiede (< 1 Prozentpunkt) in der Diagnosehäufigkeit zwischen den Regionen in allen drei Kategorien (M1Q, M2Q und M4Q). Seit 2016 liegen die schleswig-holsteinischen Prävalenzen beim Vergleich unter den bundesdeutschen Werten. Zur Ermittlung zeitlicher Trends wurden die jährliche prozentuale Veränderung sowie die mittlere jährliche prozentuale Veränderung der altersstandardisierten Raten der Betroffenen ab 18 Jahre mit mindestens zwei Diagnosen im Jahr (M2Q) in Schleswig-Holstein und Deutschland berechnet⁴. Zudem wurden Zeitpunkte ermittelt, an denen Änderungen in den Trends nachweisbar sind. Für Schleswig-Holstein zeigen sich jährliche prozentuale Anstiege in den Zeitschnitten von 2011 bis 2015 um rund 4,2% und von

2015 bis 2020 um jährlich 1,1%. Von 2020 bis 2022 konnte keine Veränderung nachgewiesen werden. In Deutschland insgesamt stiegen die Anteile der Erkrankten im Zeitraum von 2011 bis 2016 jährlich um 3,8%. Über den gesamten Zeitraum stiegen die Raten in Deutschland im Mittel prozentual um jährlich 2,2% und in Schleswig-Holstein um 2,0% (Anhang 10.1: Tabelle 10). Im Anhang (10.1: Tabelle 13) sind zudem kreisspezifische Zahlen zur zeitlichen Entwicklung der ambulanten F-Diagnosen zu finden.

»Über den gesamten Zeitraum von 2011 bis 2022 stiegen die Raten in Deutschland und in Schleswig-Holstein in ähnlichem Maße.«

Bei der Betrachtung der Diagnosehäufigkeiten in der stationären Krankenhausversorgung ist zu beachten, dass es sich bei den Krankenhausdiagnosen um Behandlungsfälle und nicht wie bei den ambulanten Diagnosen um behandelte Personen handelt.

»2022 wurden in Schleswig-Holstein im stationären Bereich 34.807 Behandlungsfälle bei Erwachsenen ab 18 Jahren mit einer F-Diagnose verzeichnet.«

Insgesamt wurden im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein im stationären Bereich 34.807 Behandlungsfälle (1.416 Fälle je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner = EW) bei Erwachsenen (18 Jahre und älter) mit einer F-Diagnose verzeichnet. 2011 waren es 43.446 Fälle (rund 1.871 Fälle je 100.000 EW). Die durchschnittliche Verweildauer von Behandelten mit einer Diagnose aus dieser Gruppe betrug 2011 19,2 Tage und stieg im Jahr 2022 auf 23,5 Tage. Über alle Altersgruppen hinweg ist in Deutschland und in Schleswig-Holstein insgesamt ein abnehmender Trend der Krankenhausfälle zu verzeichnen (Abbildung 2).

³ Rechenverfahren, bei dem z. B. Erkrankungs- oder Sterberaten auf eine (fiktive) Vergleichsbevölkerung mit definierter Altersstruktur umgerechnet werden. Bei der Interpretation altersstandardisierter Morbiditäts- oder Mortalitätsraten ist zu beachten, dass sie keine realen, im Sinne von empirisch beobachtbaren, Angaben darstellen. Sie beschreiben vielmehr, wie die Mortalitäts- oder Morbiditätsraten in der betrachteten Bevölkerung wären, wenn die Bezugsbevölkerung der Standardbevölkerung entspräche (Robert Koch-Institut, 2023).

⁴ Software „Joinpoint Regression Program“ (Version 5.0.2.), National Cancer Institute

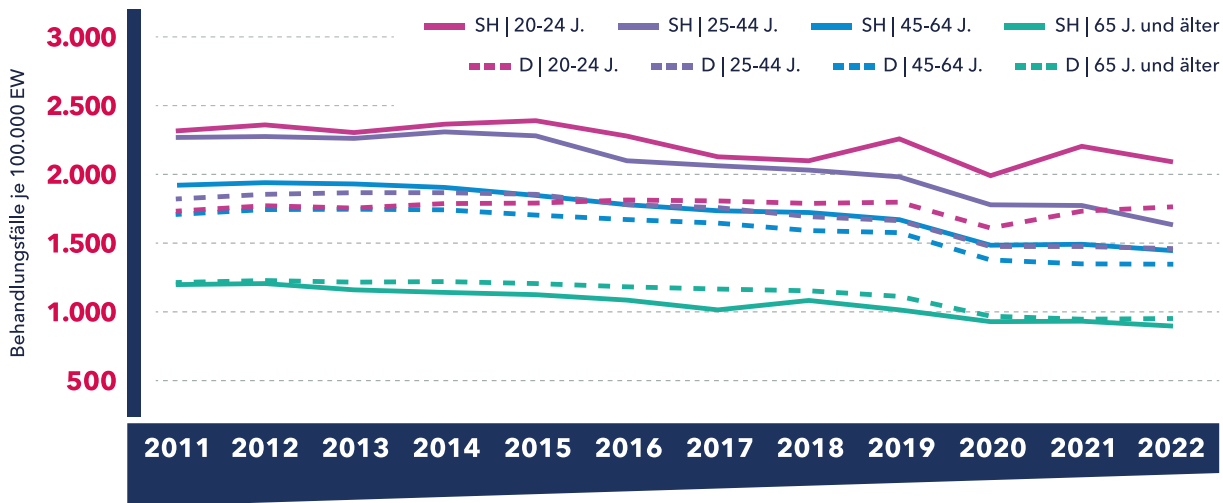


Abb. 2: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Erwachsenen (20 Jahre und älter) in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Altersgruppen in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

Im Jahr 2022 wurden in Schleswig-Holstein in der am häufigsten behandelten Altersgruppe von 20 bis 25 Jahre 3.251 Fälle mit einer F-Diagnose im Krankenhaus verzeichnet (2.102 Fälle je 100.000 EW). Im Jahr 2011 waren es 3.583 Fälle, was rund 2.312 Fällen je 100.000 EW entspricht. Diese Gruppe der jungen Erwachsenen ist über den gesamten Zeitraum hinweg am häufigsten behandelt worden. Die

»Besonders häufig wurden junge Menschen von 20 bis 44 Jahre wegen einer Diagnose aus dem F-Kapitel im Krankenhaus behandelt.«

Gruppe der 25- bis 44-Jährigen ist am zweithäufigsten betroffen (SH 2022: 1.658 Fälle je 100.000 EW). Für die ab 65-jährigen Menschen wurden über den gesamten Zeitraum weniger Diagnosen verzeichnet (in SH im Jahr 2022 ca. 904 Fälle je 100.000 EW). Es bestehen Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit zwischen Deutschland und Schleswig-Holstein. Besonders deutlich zu sehen sind diese über den gesamten Zeitraum in den Gruppen der 20 bis 24- und 25 bis 44-Jährigen, wobei in Schleswig-Holstein deutlich mehr Fälle aufgezeichnet wurden. In der Gruppe der jungen Erwachsenen von 20 bis 24 Jahre wurden durchschnittlich 468 Fälle je 100.000 EW mehr registriert, bei der nächstälteren Gruppe von 25 bis 44 Jahre waren es im Schnitt 348 Fälle mehr je 100.000 EW als im Bundesgebiet. Auch in der mittleren Altersgruppe von 45 bis 64 Jahre sind

die Diagnosehäufigkeiten in Schleswig-Holstein höher. In der ältesten Gruppe liegen die Trends nah beieinander, jedoch mit etwas höheren Fallzahlen in den letzten 10 Jahren im Bundesgebiet.

»Im stationären Bereich bestehen Unterschiede in der Häufigkeit der Krankenhausbehandlung. In Schleswig-Holstein wurden insbesondere in den jüngeren Altersgruppen mehr Fälle als in Deutschland über den Zeitraum von 2011 bis 2022 verzeichnet.«

Die Analyse der zeitlichen Trends der Krankenhausdaten zeigt in der Gruppe der 20 bis 24-Jährigen einen jährlichen Rückgang der Rate in Schleswig-Holstein im Zeitraum 2011 bis 2022 um minus 1,2%. In Deutschland hingegen war im Zeitraum von 2011 bis 2017 ein leichter Anstieg um 0,9% und von 2017 bis 2020 ein stärkerer Rückgang von jährlich minus 2,9% beobachtbar. In der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahre gingen die Raten in Schleswig-Holstein und in Deutschland insbesondere im Zeitabschnitt zwischen 2015 bis 2022 zurück (SH: jährliche Abnahme -4,2%, D: jährliche Abnahme -3,8%). Auch in der Altersklasse von 45 bis 64 Jahre sind die Raten in beiden Regionen rückläufig. Über den gesamten Zeitraum betrachtet werden durchschnittlich jährlich 2,6% weniger Fälle je 100.000 EW registriert.

Ab 65 Jahren nehmen die Fallraten in Schleswig-Holstein über den gesamten Zeitraum ab (jährlich -2,7%). In Deutschland ist der Rückgang zwar erst später (zwischen 2017 und 2022), aber in diesem Zeitraum jährlich um -4,7% nachweisbar. Im Anhang (10.2: Tabelle 19) sind die Zahlen der stationären Behandlungsfälle in den Kreisen und kreisfreien Städten von 2016-2022 zu finden.

»Über alle Altersgruppen hinweg ist in Deutschland und in Schleswig-Holstein insgesamt ein abnehmender Trend der psychiatrischen Krankheitsfälle zu verzeichnen.«

Diagnosehäufigkeiten nach Geschlecht

Bei den meisten psychischen Störungen gibt es Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit zwischen Männern und Frauen. Zu Gesundheitsunterschieden tragen Risikoverhaltensweisen, biologische Voraussetzungen und Sozialisationsbedingungen bei (Kische & Haring 2021). Angesichts der vorliegenden Daten besteht nur die Möglichkeit, eine Unterscheidung zwischen Frauen und Männern vorzunehmen. Die Erfassung der geschlechtlichen Vielfalt und die Abbildung von weiteren Geschlechtsidentitäten wird bislang in der amtlichen Statistik in Deutschland kaum umgesetzt (Pöge et al. 2022). Es finden sich jedoch Hinweise auf erhöhte Risiken für psychische Störungen bei Trans- und nicht binären Menschen gegenüber binären und cis Personen, zum Teil aufgrund von Diskriminierung und Lücken im Gesundheitssystem (Watkinson et al. 2024).

Abbildung 3 zeigt diesen Unterschied der Diagnosehäufigkeiten zwischen Frauen und Männern in den ambulanten Abrechnungsdaten, am deutlichsten in den Anteilen der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose im Jahr (M1Q) und am geringsten in der Gruppe mit vier Diagnosen im Jahr (M4Q).

Bei den Frauen ab 18 Jahre sind über den gesamten Zeitverlauf höhere Diagnoseprävalenzen zu beobachten als in der männlichen Bevölkerung (Frauen M2Q: 2011 26,6% und 2022 31%, Männer M2Q: 2011 19,9% und 2022 24,8%). Der mittlere Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern betrug über die betrachtete Zeitspanne 6,4 Prozentpunkte.

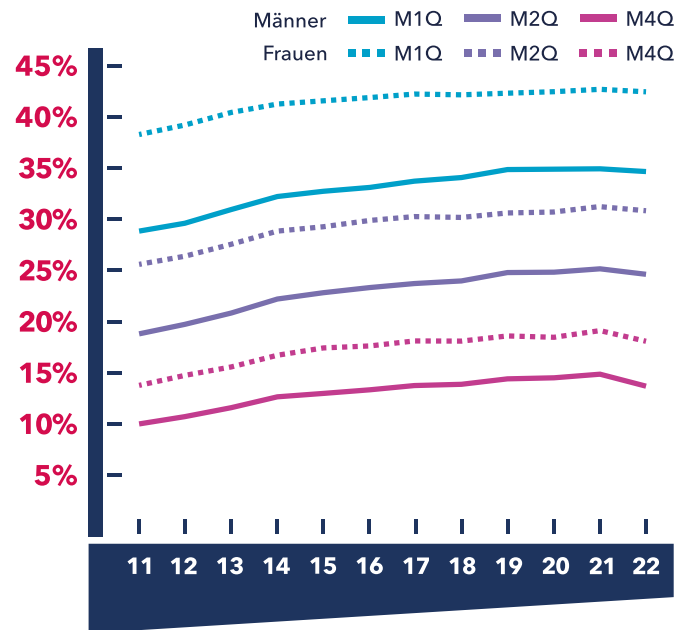


Abb. 3: Trends im Anteil der Erwachsenen (18 Jahre und älter) mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr in ambulanter Versorgung nach Geschlecht in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres;
M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres;
M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

In absoluten Zahlen ausgedrückt, wurden im Jahr 2022 bei den Frauen (ab 18 Jahren) 363.520 F-Diagnosen (M2Q) abgerechnet, bei den Männern im gleichen Alter waren es 238.776. Somit wurden bei den Frauen 124.744 Diagnosen mehr erfasst.

»2022 wurden bei 363.520 Frauen und bei 238.776 Männern F-Diagnosen (M2Q) registriert. Die auch anteilig höhere Diagnosehäufigkeit bei Frauen zeigt sich über den gesamten Zeitraum von 2011 bis 2022.«

Bei der Interpretation der Daten ist zu beachten, dass der Anteil der im Datensatz enthaltenen Frauen an der weiblichen Bevölkerung in Schleswig-Holstein größer ist als der Anteil der Männer an der männlichen Bevölkerung Schleswig-Holsteins. Das könnte am unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung liegen (Riffer et al. 2021, Stengler & Jahn 2014). Im Anhang (10.1: Tabelle 14) sind kreisbezogene Auswertungen nach Geschlecht zu finden.

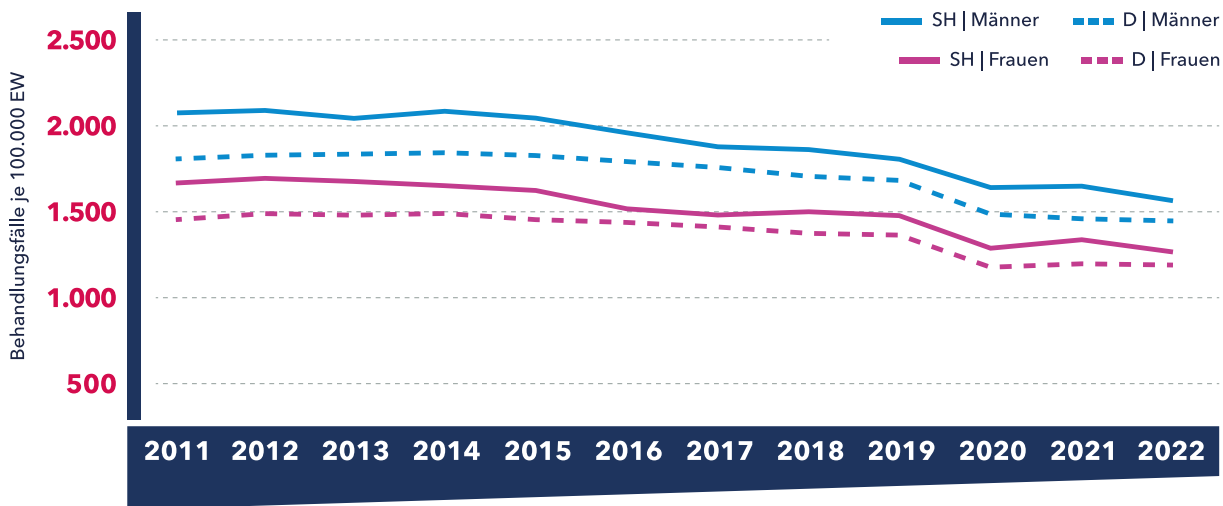


Abb. 4: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Erwachsenen (18 Jahre und älter) in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Geschlecht in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

»Im stationären Sektor sind dagegen mehr Krankenhausfälle mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen in der männlichen als in der weiblichen erwachsenen Bevölkerung zu beobachten.«

Im stationären Sektor sind mehr Krankenhausfälle mit einer Diagnose aus der Gruppe der psychischen und Verhaltensstörungen in der männlichen als in der weiblichen erwachsenen Bevölkerung zu beobachten (Abbildung 4, Anhang 10.2: Tabelle 18).

Dieser Unterschied zeigt sich über die Jahre hinweg, die mittlere Differenz betrug 377 Fälle je 100.000 EW. Mögliche Gründe könnten das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten von psychotherapeutischer Behandlung (Riffer et al. 2021) sowie Unterschiede im gesundheitsbezogenen Verhalten (Gutermuth & Hamstra 2024) und damit verbundene Erkrankungsrisiken sein. Männer werden z. B. deutlich häufiger wegen Suchterkrankungen stationär behandelt. Auch die altersstandardisierten Raten zeigen höhere Fallprävalenzen in der gesamten F-Diagnosegruppe von Männern in der stationären Versorgung.

Diagnosehäufigkeiten nach Altersgruppen

Unterschiedliche Diagnosehäufigkeiten zeigen sich auch nach Altersgruppen bei Männern und Frauen bzw. Jungen und Mädchen. In Abbildung 5 sind die entsprechenden Anteile in 5-Jahres-Altersgruppen im Durchschnitt von je drei Jahren zu sehen. In dieser Abbildung werden zur besseren Übersicht über die gesamte Altersspanne auch die jüngeren Altersgruppen dargestellt.

»Ein erster deutlicher Anstieg der Diagnosehäufigkeit zeigt sich bei Mädchen und Jungen in der Altersgruppe der 5 bis 9-Jährigen, bei den Jungen ausgeprägter als bei den Mädchen. Ab dem Jugendalter steigt die Diagnosehäufigkeit bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an.«

Der Verlauf innerhalb der Altersgruppen zeigt bei den Männern und Frauen in fast allen Altersgruppen einen insgesamt ansteigenden Trend. Ein erster Gipfel der Diagnoseprävalenz ist bei den dargestellten Geschlechtern in der Altersgruppe der 5 bis 9-Jährigen erkennbar (bei den Jungen ausgeprägter und ca. 11,5 Prozentpunkte Differenz zu den Mädchen).

In diese Zeit fällt der Übergang von der Kindertagesstätte in die Schule und die Schuleingangsuntersuchung. Ab dem Jugendalter steigt die Diagnosehäufigkeit bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an und gipfelt in der Gruppe der 60 bis 64-Jährigen (kurz vor Renteneintritt). Bei den Frauen sind zudem die ab 75-Jährigen häufig von psychischen

Erkrankungen betroffen. Bei Mädchen und jungen Frauen (15-24 Jahre) zeigt sich rein deskriptiv betrachtet ein stärkerer Anstieg der Erkrankungen im Zeitraum 2020 bis 2022 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum von 2017-2019. Bei den mittleren Altersgruppen von 35-60 Jahre war dieser Anstieg zumeist schwächer oder nicht zu verzeichnen.

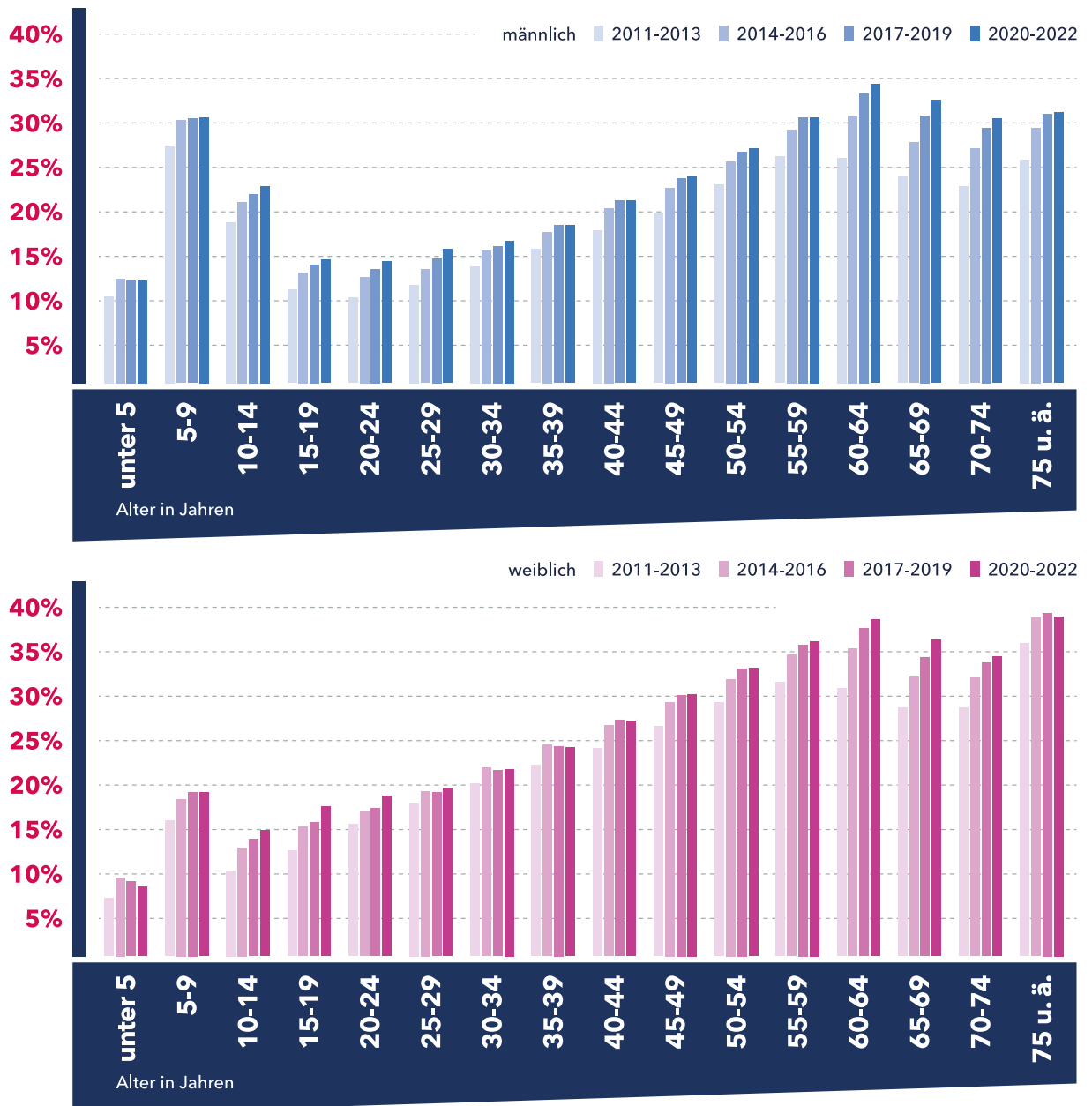


Abb. 5: Trends im Anteil der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen (0 Jahre und älter) mit F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) in ambulanter Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht im 3-jährigen Mittel (Zeiträume: 2011-2013, 2014-2016, 2017-2019 und 2020-2022) in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Diagnosespektrum nach Versorgungsbereich

Das geschlechtsspezifische Diagnosespektrum im ambulanten und stationären Bereich, das heißt die Anteile der einzelnen Diagnosegruppen an allen F-Diagnosen, stellt Abbildung 6 im Überblick dar.

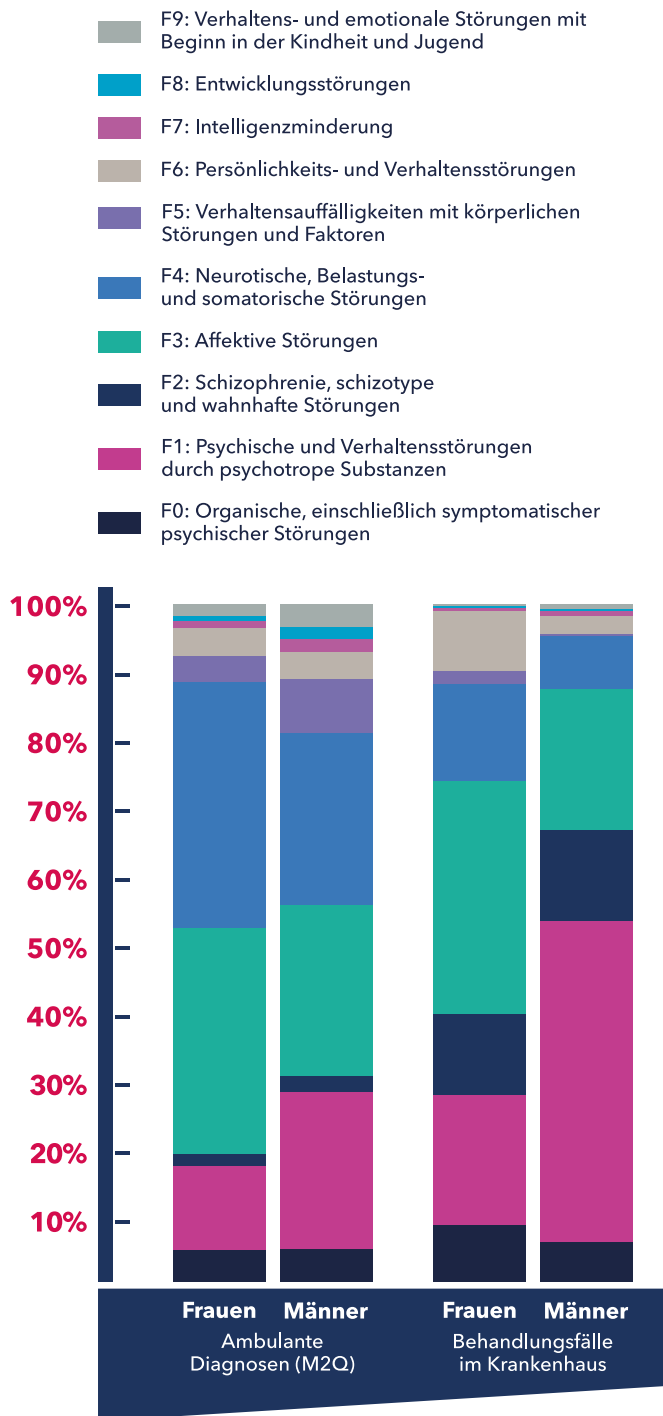


Abb. 6: Anteil der einzelnen F-Diagnosen (M2Q: mit einer F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2022) an allen F-Diagnosen in ambulanter Versorgung und Anteil der Behandlungsfälle mit F-Diagnosen (ICD-2-Steller) an allen Behandlungsfällen aufgrund einer F-Diagnose in stationärer Versorgung bei Erwachsenen (18 Jahre und älter) nach Geschlecht im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quellen: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d; vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

»Im ambulanten Sektor machen bei den Frauen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit rund 36% den größten Anteil aus.«

Im ambulanten Sektor machen bei den Frauen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit rund 36% den größten Anteil aus (Abbildung 6). Insbesondere in den jüngeren Altersgruppen von 18-49 Jahre ist diese Diagnosegruppe mit einem Anteil von rund 45% der abgerechneten F-Diagnosen im Jahr 2022 stark vertreten. Als zweithäufigste Diagnosegruppe bei den Frauen sind die affektiven Störungen zu nennen (32,9%), die im Altersverlauf zunehmen. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) sind bei den erwachsenen Frauen unter 80 Jahre die dritthäufigste Diagnose, danach gewinnen die demenziellen Erkrankungen an Bedeutung. Bei den Männern ergibt sich ein ähnliches Bild. Am häufigsten sind die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4: 25,0%) und affektiven Störungen (F3: 22,9%). In allen Altersgruppen nehmen psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) bei Männern einen größeren Anteil ein (22,9%) als bei den Frauen (12,3%). Ab 35 Jahre macht diese Diagnosegruppe bei den Männern ungefähr ein Viertel aller F-Diagnosen im ambulanten Sektor aus. Bei den Männern sind im Unterschied zu den Frauen Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) häufiger (Männer: 8%, Frauen: 3,8%).

»Bei den Männern sind die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4: 25,0%) und die affektiven Störungen (F3: 22,9%) häufig im ambulanten Sektor zu finden, jedoch haben hier in allen Altersklassen psychische Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) ein stärkeres Gewicht (22,9%) als bei den Frauen (12,3%).«

In der Krankenhausbehandlung zählen bei den Frauen die affektiven Störungen (F3), die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) und die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) zu den drei häufigsten Behandlungsgründen. Bei den Männern nehmen psychische Störungen durch psychotrope Substanzen einen größeren Stellenwert ein. Schizophrenie und wahnhaftige Störungen (F2) werden häufiger im Krankenhaus behandelt, sowohl bei Männern als auch Frauen.

Betrachtung einzelner Erkrankungsgruppen

Wie weiter oben bereits beschrieben zählen die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), die affektiven Störungen (F3) und die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern zu den häufigsten Erkrankungsgruppen innerhalb der Gesamtgruppe der psychischen und Verhaltensstörungen in der ambulanten Versorgung (M2Q, Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, siehe Anhang 10.1: Tabelle 9). Zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen zählen z. B. Angst- und Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen. Zu den affektiven Störungen zählen Depressionen und manische sowie bipolare Störungen. Die stärksten Zunahmen über die Zeit, gemessen an der mittleren jährlichen prozentualen Änderung im Zeitraum von 2011 bis 2022, wurden bei den Frauen beobachtet bei:

- der insgesamt eher kleinen Gruppe der Entwicklungsstörungen (F8, mittlere jährliche Zunahme um 8,9%, 2022: 4.268 Frauen),
- den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9, mittlere jährliche Zunahme um 7,3%, 2022: 7.770 Frauen) und
- den Störungen durch psychotrope Substanzen (F1, mittlere jährliche Zunahme um 4,8%, 2022: 67.793 Frauen).

Bei den Männern verhielt es sich im ambulanten Bereich ähnlich. Die stärksten durchschnittlichen prozentualen jährlichen Zunahmen zwischen 2011 und 2022 zeigten sich in folgenden Diagnosegruppen:

- Entwicklungsstörungen (F8, mittlere jährliche Zunahme um 8,3%, betraf im Jahr 2022: 6.488 Männer),
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9, mittlere jährliche Zunahme um 8,0%, 2022: 10.846 Männer) und
- Störungen durch psychotrope Substanzen (F1, 3,9% mittlere jährliche Zunahme, 2022: 81.246 betroffene Männer).

Insbesondere bei den Diagnosegruppen F8 und F9 der Erwachsenen ist zu beachten, dass es sich relativ gesehen um eine insgesamt eher kleine Gruppe handelt. Insgesamt nahm die Häufigkeit der Diagnosen bei den Frauen und Männern in allen Erkrankungsgruppen, bis auf die Gruppe der Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2), zu (siehe Anhang 10.1: Tabelle 11, Tabelle 12).

Die häufigsten Diagnosen im stationären Sektor sind die affektiven Störungen (F3), die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) sowie die Schizophrenien (F2) (siehe Anhang 10.2: Tabelle 17). Die Veränderungen über die Zeit stellen sich folgendermaßen dar: Insgesamt ist für die meisten Diagnosegruppen bei den Männern ein nachweisbarer Rückgang im Beobachtungszeitraum von 2011 bis 2022 zu verzeichnen (F0 bis F5). Bei den Männern gingen am stärksten die Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5, mittlere jährliche Abnahme - 6,3%), die Störungen durch psychotrope Substanzen (F1, mittlere jährliche Abnahme - 3,7%) und die neurotischen und somatoformen Störungen zurück (F4, mittlere jährliche Abnahme - 2,7%).

In allen Diagnosegruppen, außer bei den Entwicklungsstörungen (F8), ist bei den Frauen ein Rückgang der Krankenhausfälle zu verzeichnen. Am stärksten ist er bei den Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9, mittlere jährliche Abnahme - 6,9%), bei den Störungen durch psychotrope Substanzen (F1, - 4,3%) und bei den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6, - 3,9%) ausgeprägt.

»Während die stationären Fallzahlen in den Diagnosegruppen F4, F3 und F1 insgesamt rückläufig sind, haben die ambulanten Raten dieser Diagnosegruppen insgesamt zugenommen.«

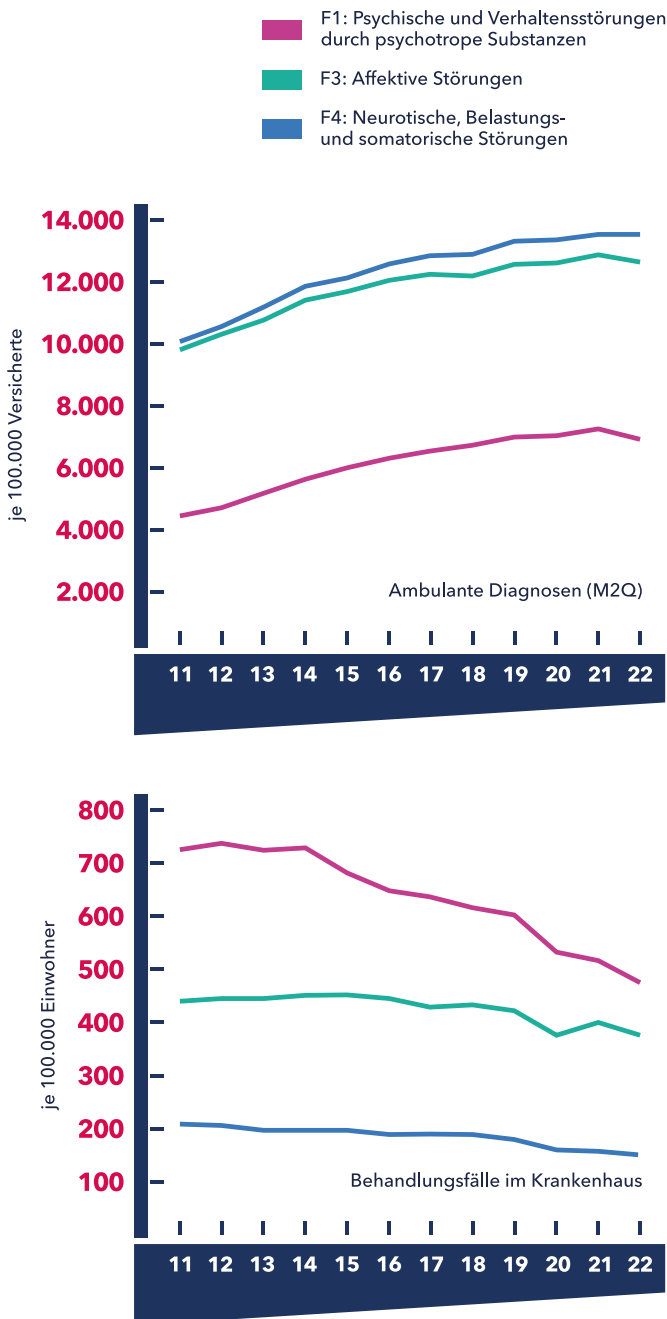


Abb. 7: Trends in der Anzahl (rohe Raten) der Erwachsenen (18 Jahre und älter) mit F-Diagnose in zwei unterschiedlichen Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) in ambulanter Versorgung je 100.000 Versicherte der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose in stationärer Versorgung je Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Diagnosegruppen F1, F3 und F4 in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (Quellen: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d; vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23; Hinweis: Unterschiedlich skalierte Y-Achsen).

Abbildung 7 zeigt die Entwicklung der rohen Raten von ambulanten Diagnosen und stationären Krankenhausfällen der häufigen Diagnosegruppen: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), affektive Störungen (F3), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Das Augenmerk liegt hier auf der gegenläufigen Entwicklung der Raten. Während die stationären Fallzahlen in diesen Diagnosegruppen insgesamt rückläufig sind, haben die ambulanten Raten insgesamt zugenommen. Diese Beobachtung ist womöglich durch die zunehmende Ambulantisierung der psychiatrischen Versorgung erklärbar (siehe dazu auch Kapitel 4). Eine andere Erklärung könnte eine sinkende Anzahl schwerer Erkrankungen sein, die stationär behandelt werden müssen.

Neuerkrankungen psychischer und Verhaltensstörungen im ambulanten Bereich

Die Neuerkrankungsraten für die Bevölkerung in Schleswig-Holstein (Abbildung 8) sind insgesamt gesehen relativ konstant, wobei die Neuerkrankungsraten bei Frauen höher sind. Im Gipfel erkrankten im Jahr 2013 rund 103 Erwachsene je 1.000 Versicherte neu an einer psychischen und/oder Verhaltensstörung (keine Erkrankung im Vorbeobachtungszeitraum, mindestens eine Diagnose aus dem F-Kapitel in einem Quartal des Jahres sowie zur Absicherung eine weitere Diagnose in den folgenden 3 Quartalen). 2018 wurde die niedrigste Rate beobachtet mit 91 Neuerkrankten je 1.000 Versicherte. Im letzten Beobachtungsjahr 2019 stieg die Rate auf 92 Neuerkrankungen.

»Die Neuerkrankungsraten in Schleswig-Holstein sind insgesamt gesehen relativ konstant, wobei die Neuerkrankungsraten bei Frauen höher sind. In etwa jede zehnte Frau und jeder zwölfte Mann wurde in Schleswig-Holstein im Jahr 2019 neu mit einer F-Diagnose behandelt.«

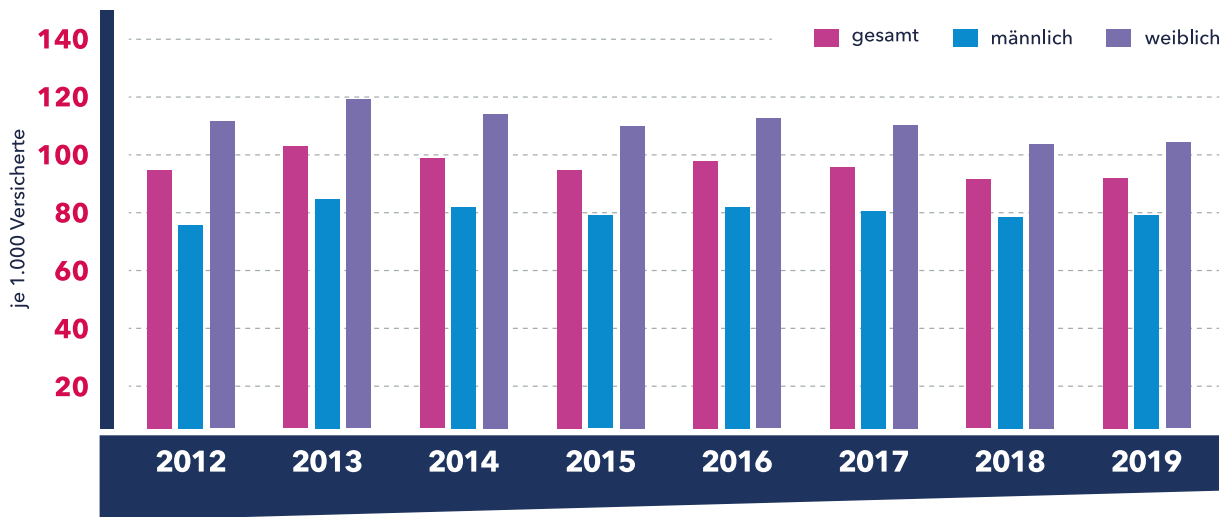


Abb. 8: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Neuerkrankungen bei Erwachsenen (18 Jahr und älter) in ambulanter Versorgung je 1.000 Versicherte nach Geschlecht in den Jahren 2012 bis 2019 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

In etwa jede zehnte Frau und jeder zwölfte Mann wurde in Schleswig-Holstein im Jahr 2019 neu mit einer F-Diagnose registriert. Im Alter von 35-49 Jahren und von 50-64 Jahren erkrankten die meisten Menschen neu. Nach Renteneintritt sanken die Neuerkrankungsraten in Schleswig-Holstein. Im Anhang (10.1: Tabelle 15) sind die Zahlen zu den Neuerkrankten nach Kreisen und kreisfreien Städten zu finden.

Da sich die Häufigkeiten, die Art der Erkrankung und der Verlauf bei Erwachsenen und Heranwachsenden zum Teil deutlich unterscheiden, werden psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahre im folgenden Kapitel näher betrachtet.

3.2

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Diagnosehäufigkeiten und zeitliche Trends in Schleswig-Holstein und Deutschland

Abbildung 9 zeigt, dass die Diagnosehäufigkeit psychischer Störungen in der ambulanten Versorgung der gesetzlich versicherten 0- bis 17-jährigen in Schleswig-Holstein meist leicht über denen des Bundes lag.

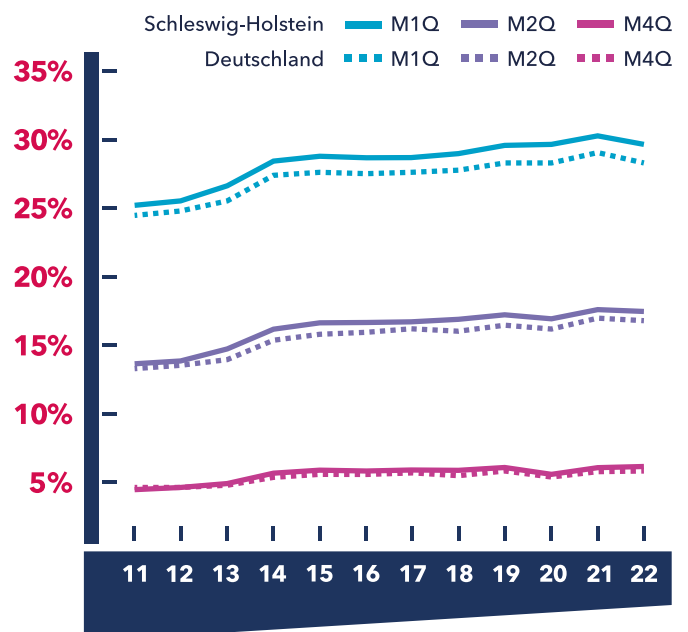


Abb. 9: Trends im Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr in ambulanter Versorgung in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres;
M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres;
M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

Im Verlauf des Betrachtungszeitraums zeigt sich für alle Gruppen der Diagnosezahl (M1Q: mindestens eine Diagnose in einem Quartal eines Jahres, M2Q: mindestens zwei Diagnosen in zwei Quartalen eines Jahres, M4Q: mindestens vier Diagnosen in vier Quartalen eines Jahres) ein kontinuierlicher Anstieg der Häufigkeiten in Schleswig-Holstein und auf Bundesebene. In Schleswig-Holstein erhielten im Jahr 2011 25,5% der Kinder und Jugendlichen mindestens eine Diagnose in einem Quartal (M1Q). Im Jahr 2022 waren es 29,8% (Deutschland 2011: 24,7%, 2022: 28,5%). In der Kategorie M2Q waren es im Jahr 2011 in Schleswig-Holstein 14,0% und im Jahr 2022 waren es 17,8% der Kinder und Jugendlichen (Deutschland 2011: 13,6%, 2022: 17,0%). Ein tendenziell etwas stärkerer Anstieg ist im Zeitraum von 2011 bis 2014 zu beobachten. Zwischen 2021 und 2022 fielen die Raten leicht ab. Dies ist wahrscheinlich mit akuten Auswirkungen und Nachwirkungen der COVID-19-Pandemie zu erklären, z. B. durch Einschränkungen in der Versorgung (Adorjan et al. 2021) oder aus Angst der Menschen vor Ansteckung, die eine seltenere Inanspruchnahme zur Folge hatte (Holtmann et al. 2023).

»Die F-Diagnosehäufigkeiten bei Kindern und Jugendlichen sind seit 2011 kontinuierlich gestiegen.«

Die Prävalenz von Betroffenen mit F-Diagnosen in allen vier Quartalen (M4Q) stieg im Beobachtungszeitraum leicht an. Während 2011 4,9% der Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein betroffen waren, erhielten im Jahr 2022 6,6% in jedem Quartal eine Diagnose (Deutschland 2011: 4,9%, 2022: 6,2%). Ein tendenziell stärkerer Anstieg ist von 2013 bis 2014 zu beobachten. Im Jahr 2020 sank die Prävalenz leicht, was möglicherweise ebenfalls auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen ist, da die Inanspruchnahme in der Zeit zurückging (siehe oben).

»Fast ein Drittel der Kinder und Jugendlichen hat im Jahr 2022 in der ambulanten Versorgung in mindestens einem Quartal eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störung erhalten.«

Die zeitlichen Trends in Schleswig-Holstein wurden mittels der (durchschnittlichen) jährlichen prozentualen Veränderung der Raten bei den Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) mit mindestens zwei Diagnosen in zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) geprüft. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigen einen stärkeren jährlichen prozentualen Anstieg der F-Diagnosen von 2011 bis 2015 um rund 5,2% und von 2015 bis 2022 um jährlich 0,7%. Über den gesamten Zeitraum stiegen die Raten in Schleswig-Holstein im Mittel prozentual um jährlich 2,3% (siehe Anhang 10.1: Tabelle 16).

Analog zu den Daten der erwachsenen Bevölkerung beziehen sich die Daten aus der stationären Versorgung auch bei den Kindern und Jugendlichen auf Behandlungsfälle und nicht auf Personen. Das heißt, Kinder und Jugendliche, die mehrmals stationär wegen der gleichen oder verschiedenen Diagnosen behandelt werden, tauchen auch entsprechend mehrmals in der Statistik auf. Abbildung 10 zeigt die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen aufgrund von F-Diagnosen zwischen 2011 und 2022 für verschiedene Altersgruppen in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. Bei der Betrachtung der Fallzahlen ist für nahezu alle Altersgruppen sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland insgesamt ein Rückgang im Jahr 2020 zu beobachten, das Jahr, in dem die COVID-19-Pandemie begann. Beispielsweise sinken bei den 10- bis 14-Jährigen in Schleswig-Holstein die Fallzahlen im Jahr 2020 auf 773,1 pro 100.000 EW, im Jahr 2019 waren es noch 981,3 Fälle. Auch bei den 15- bis 19-Jährigen ist ein Rückgang zu beobachten, von 2.486,7 Fällen im Jahr 2019 auf 2.256,7 Fälle im Jahr 2020. Lediglich bei den jüngeren Altersgruppen fällt der Rückgang geringer aus, bei den unter 5-Jährigen sank die Fallzahl in Schleswig-Holstein von 166,2 im Jahr 2019 auf 157,6 im Jahr 2020. Im weiteren Verlauf der Pandemie nähern sich die Fallzahlen den Werten vor der Pandemie an. Beispielsweise wurden im Jahr 2021 wieder 988,7 Fälle aus der Altersgruppe 10 bis 14 Jahre und 2.633,0 Fälle aus der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre in Schleswig-Holstein stationär behandelt.

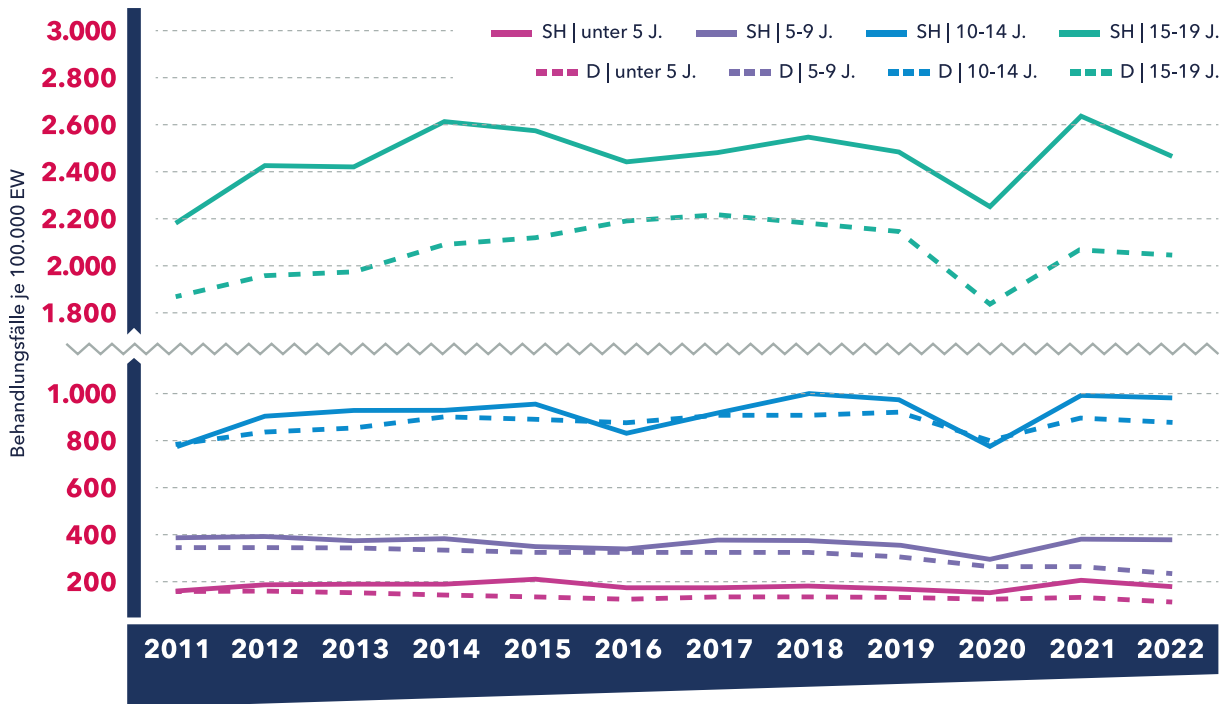


Abb. 10: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Altersgruppen in Schleswig-Holstein und Deutschland in den Jahren 2011 bis 2022

(Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

»In den meisten Jahren sind die Fallzahlen der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein etwas höher als im Bund.«

Insgesamt sind je nach Altersgruppe unterschiedliche Verläufe über die Zeit hinweg zu beobachten, die in Schleswig-Holstein und Deutschland mal mehr und mal weniger nahe beieinanderliegen. Kinder unter 5 Jahren weisen sowohl in Deutschland als auch in Schleswig-Holstein die niedrigsten Fallzahlen auf, in den meisten Jahren liegen die Fallzahlen (jeweils bezogen auf 100.000 EW) in Schleswig-Holstein etwas höher als in Deutschland. Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 122,5 Fälle von unter 5-Jährigen stationär behandelt, in Schleswig-Holstein waren es in diesem Jahr 185,4 Fälle. 5- bis 9-jährige Kinder werden etwas häufiger stationär behandelt, auch hier liegen die Fallzahlen in Schleswig-Holstein meist etwas höher als in Deutschland. Im Jahr 2022 wurden in Schleswig-Holstein 378,1 Fälle behandelt, in Deutschland waren es 240,2 Fälle. Auch für die Altersgruppe

der 10- bis 14-Jährigen liegen die Fallzahlen in Schleswig-Holstein zumeist höher, nur im Jahr 2016 wurden in Schleswig-Holstein mit 833,2 weniger Fälle als in Deutschland (878,3 Fälle) verzeichnet. Im Jahr 2022 wurden in Schleswig-Holstein 991,7 Fälle von 10- bis 14-Jährigen behandelt, in Deutschland waren es 881,8 Fälle. Die mit Abstand höchsten Fallzahlen sind für Jugendliche im Alter von 15 bis 19 Jahren zu beobachten, wobei die Werte für Schleswig-Holstein stets deutlich über den bundesweiten Werten liegen (im Mittel 405,4 Behandlungsfälle mehr je 100.000 EW). Im Jahr 2011 wurden in Gesamtdeutschland 1.860,8 Fälle behandelt, in Schleswig-Holstein waren es 2.192,1 Fälle. Im Jahr 2022 waren es 2.053,1 Fälle in Deutschland und 2.484,3 Fälle in Schleswig-Holstein. Die größten Diskrepanzen lagen in den Jahren 2014 (D: 2.090,2; SH: 2.617,9) und 2021 (D: 2.060,5; SH: 2.633,0) vor.

Im Anhang (10.2: Tabelle 21) sind zudem die Zahlen der stationären Behandlungsfälle für Kinder und Jugendliche in den Kreisen und kreisfreien Städten von 2016-2022 zu finden.

Diagnosehäufigkeiten nach Geschlecht in Schleswig-Holstein

Auch bei Kindern und Jugendlichen gibt es Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit zwischen Mädchen und Jungen. Analog zu den Erwachsenen werden bei Kindern und Jugendlichen andere Geschlechtsidentitäten als weiblich und männlich in den amtlichen Versorgungsdaten bisher nicht berücksichtigt. Daten zur Häufigkeit trans- und nicht-binärer-Identitäten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind bislang rar (Bos et al. 2022). Internationale Studien deuten jedoch auf erhöhte Prävalenzen an F-Diagnosen in diesen Personengruppen hin, insbesondere im Bereich Depressionen, Suizidalität und Selbstverletzung (Connolly et al. 2016). Diese Aspekte müssen bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden.

Abbildung 11 zeigt, dass in Schleswig-Holstein in

»Andere Geschlechtsidentitäten als weiblich und männlich finden bislang keine Berücksichtigung in den Versorgungsdaten, auch wenn Studien auf erhöhte Prävalenzen in diesen Personengruppen hindeuten.«

der ambulanten Versorgung über alle Jahre und Diagnosehäufigkeiten innerhalb eines Quartals hinweg Jungen häufiger mit einer psychischen Störung diagnostiziert wurden als Mädchen. Während die Prävalenzen für mindestens vier Diagnosen in vier unterschiedlichen Quartalen nahe beieinander liegen (2011: Jungen 6,4%, Mädchen 3,2%; 2022: Jungen 8,0%, Mädchen 5,2%), zeigt sich insbesondere bei den einmaligen Diagnosen ein deutlicher Unterschied (2011: Jungen 29,2%, Mädchen 21,7%; 2022: Jungen 33,2%, Mädchen 26,2%). Die Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit könnten auf die

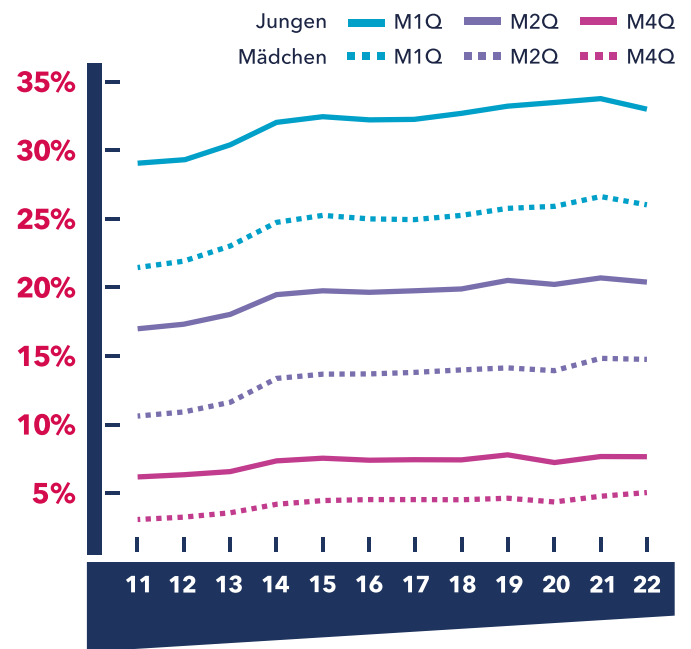


Abb. 11: Trends im Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr in ambulanter Versorgung nach Geschlecht in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres;
M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres;
M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

unterschiedliche Symptompräsentation von Mädchen und Jungen und damit einhergehend auf die unterschiedlich gute Beobachtbarkeit der Symptome zurückzuführen sein (Klipker et al. 2018).

»Jungen und männliche Jugendliche erhalten über alle Altersgruppen hinweg mehr F-Diagnosen in der ambulanten Versorgung als Mädchen und weibliche Jugendliche.«

Abbildung 12 zeigt die absoluten Diagnosehäufigkeiten je 100.000 EW im stationären Setting bei Mädchen und Jungen in Schleswig-Holstein.

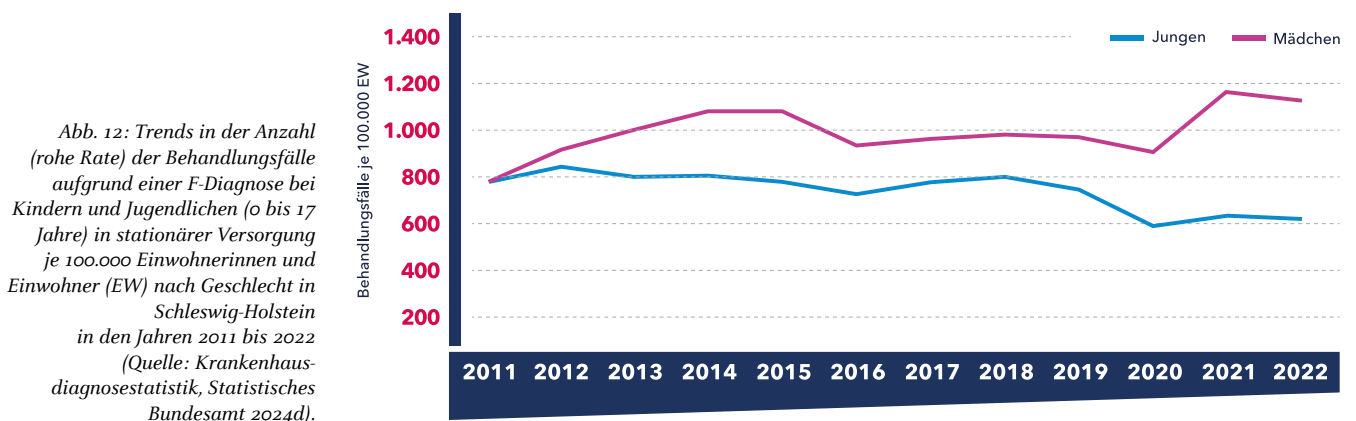


Abb. 12: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Geschlecht in Schleswig-Holstein in den Jahren 2011 bis 2022 (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

»In der stationären Versorgung sind über alle Altersgruppen hinweg die Fallzahlen der Mädchen und weiblichen Jugendlichen höher als die der Jungen und männlichen Jugendlichen.«

Im Unterschied zur ambulanten Versorgung sind mehr stationäre Krankenhausfälle bei Mädchen als bei Jungen beobachtbar. Während in manchen Jahren die Fallzahlen recht nah beieinanderlagen (z. B. im Jahr 2012; Jungen: 843,5 Fälle, Mädchen: 928,7 Fälle), zeigten sich in anderen Jahren teilweise sehr große Unterschiede (z. B. im Jahr 2021; Jungen: 631,2 Fälle, Mädchen: 1.165,2 Fälle). Auch hinsichtlich des Verlaufs über die Jahre hinweg sind Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen zu beobachten. Bei Mädchen lag ein kontinuierlicher Anstieg bis zum Jahr 2015 vor, in den Jahren 2016 und 2020 zeigten sich relative Tiefstände in den Fallzahlen. Letztere sind vermutlich auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen. Anschließend folgte ein starker Anstieg mit einem Höchststand von 1.165,2 Behandlungsfällen je 100.000 EW im Jahr 2021. Auch dies ist sicherlich vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie zu betrachten. Bei den Jungen hingegen fielen die Zahlen zwischen 2012 (843,5 Fälle) und 2016 (727,9 Fälle) kontinuierlich ab. Anschließend ist wieder ein leichter Anstieg gefolgt von einem Abfall im Jahr 2020 (592,3 Fälle) sowie einem nachfolgenden leichten Anstieg zu beobachten.

Eine signifikante Veränderung der Fallzahlen ist nur bei den Jungen beobachtbar mit einer durchschnittlichen jährlichen Abnahme der Raten um

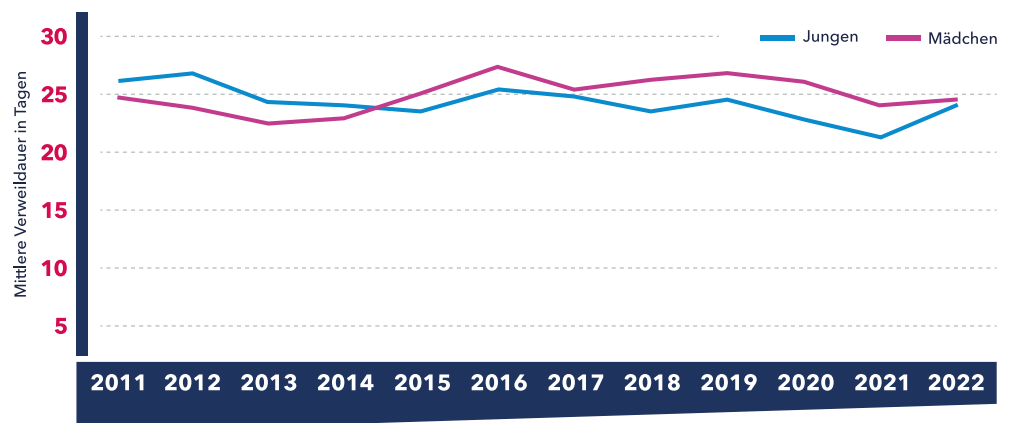
-2,9% (siehe Anhang 10.4: Tabelle 20). Einen möglichen Erklärungsansatz für die durchweg höheren Fallzahlen bei Mädchen und weiblichen Jugendlichen könnte das geschlechtsspezifische Auftreten psychischer Störungen sein (Klipker et al. 2018).

Mittlere Verweildauer in stationärer Behandlung

Im Folgenden wird die mittlere Krankenhausverweildauer in Tagen getrennt nach Geschlecht im Zeitverlauf betrachtet (Abbildung 13). Bis zum Jahr 2014 blieben Jungen durchschnittlich mehr Tage im Krankenhaus als Mädchen. Während sich die Verweildauer im Jahr 2014 nur geringfügig unterschied (Mädchen: 23,1 Tage, Jungen: 24,0 Tage), zeigte sich im Jahr 2012 ein recht großer Unterschied (Mädchen: 23,8 Tage, Jungen: 26,8 Tage). Ab dem Jahr 2014 blieben Mädchen durchschnittlich länger im Krankenhaus als Jungen. In einigen Jahren lag die mittlere Verweildauer recht nahe beieinander (z. B. 2017, Mädchen: 25,4 Tage, Jungen: 24,8 Tage), in anderen Jahren zeigten sich größere Diskrepanzen. Der größte Unterschied findet sich im Jahr 2020: mit 26,1 Tagen verblieben Mädchen rund 3,3 Tage länger im Krankenhaus als Jungen mit 22,8 Tagen. Im Jahr 2022 näherten sich die Zahlen wieder etwas an, Mädchen blieben durchschnittlich 24 Tage im Krankenhaus, bei Jungen waren es 21,3 Tage.

»Mädchen und weibliche Jugendliche verblieben 2015-2021 durchschnittlich längere Zeit aufgrund von F-Diagnosen im Krankenhaus als Jungen und männliche Jugendliche.«

Abb. 13: Trends in der mittleren Krankenhausverweildauer (in Tagen) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in stationärer Versorgung nach Geschlecht in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).



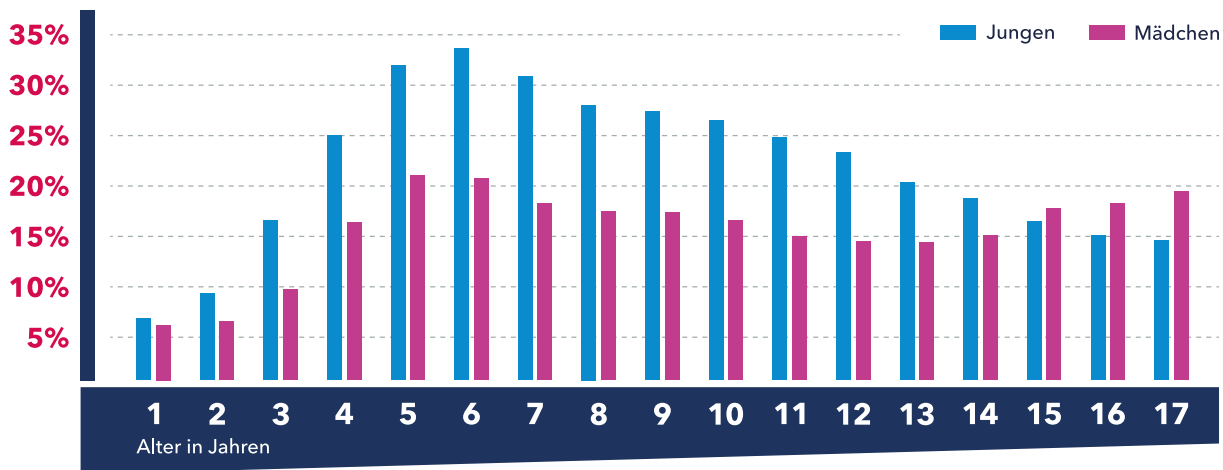


Abb. 14: Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) mit F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) in ambulanter Versorgung nach Alter und Geschlecht im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Diagnosehäufigkeiten nach Lebensjahr in Schleswig-Holstein

Bei Betrachtung der Diagnosehäufigkeiten in der ambulanten Versorgung in Abhängigkeit vom Alter zeigten sich ebenfalls Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Abbildung 14 stellt hierzu die aktuellen Daten aus dem Jahr 2022 dar. Im ersten Lebensjahr lag die F-Diagnosehäufigkeit bei Jungen mit 6,8% und bei Mädchen mit 6,3% noch relativ nah beieinander. Die höchste Differenz offenbart sich im 7. Lebensjahr: 30,8% der Jungen und 18,3% der Mädchen bekamen eine F-Diagnose. Im 17. Lebensjahr zeigte sich hingegen, dass Mädchen mit 19,6% häufiger F-Diagnosen erhielten als Jungen mit 14,6%.

»In der ambulanten Versorgung erhalten bis zum 14. Lebensjahr mehr Jungen und männliche Jugendliche F-Diagnosen, ab dem 14. Lebensjahr mehr Mädchen und weibliche Jugendliche.«

Im Verlauf über das Lebensalter hinweg zeigte sich sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen ein Anstieg der Prävalenzen bis zum 6. Lebensjahr. In diesem Alter bekamen 33,6% der Jungen und 20,8% der Mädchen Diagnosen (M2Q) aus dem F-Kapitel. Insgesamt sind die höchsten Prävalenzen bei Jungen und Mädchen zwischen dem 4. und dem 7. Lebensjahr zu verzeichnen. Dies ist vermutlich auf den Schuleintritt und die in diesem Rahmen stattfindenden Schuleingangsuntersuchungen zurückzuführen. Gefundene Auffälligkeiten werden in diesem Zeitraum vermutlich vermehrt in der ambulanten Versorgung abgeklärt. Die Diagnosehäufigkeiten nahmen dann bei Jungen kontinuierlich ab, während sie bei Mädchen ab dem 13. Lebensjahr zunahm. Ungefähr ab der Pubertät zeichnete sich also die auch im Erwachsenenalter beobachtbare höhere Diagnoseprävalenz bei weiblichen Personen ab. Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Entwicklung psychischer Störungen (Ihle et al. 2007) und in der Inanspruchnahme von Hilfe (Rommel et al. 2017) könnte hier auch eine Rolle spielen, dass die häufigere Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Jungen in frühen Lebensjahren einen präventiven Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Störungen im weiteren Lebensverlauf hat (Klipker et al. 2018).

In der stationären Versorgung zeigt sich für das Jahr 2022 ein Anstieg der Fallzahlen mit zunehmendem Alter (Abbildung 15). Darüber hinaus sind unterschiedlich hohe Fallzahlen in Abhängigkeit vom Geschlecht zu beobachten.

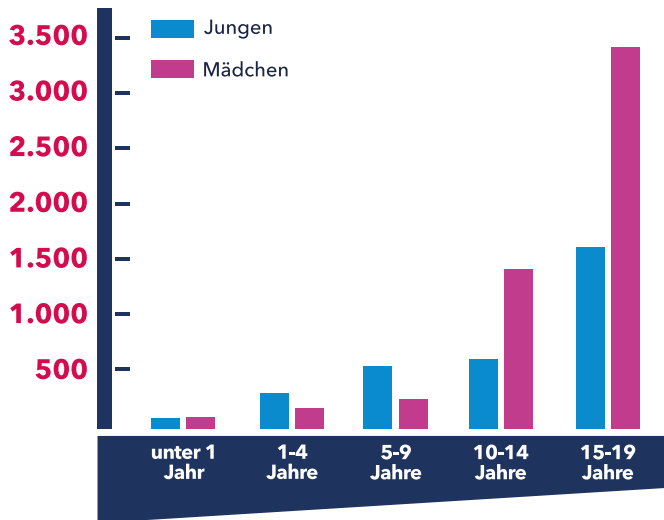


Abb. 15: Anzahl (rohe Rate) der Behandlungsfälle aufgrund einer F-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) in stationärer Versorgung je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohnern (EW) nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausstatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

»Auch in der stationären Versorgung zeigen sich höhere Fallzahlen für Jungen bis zum Alter von ca. 10 Jahren und höhere Fallzahlen für Mädchen ab dem Alter von ca. 10 Jahren.«

Im Altersbereich von einem bis neun Jahre waren mehr Krankenhausfälle bei Jungen als bei Mädchen zu beobachten. Beispielsweise wurden in der Altersgruppe fünf bis 9 Jahre mit 520,3 Fällen mehr als doppelt so viele Fälle von Jungen stationär behandelt (Mädchen: 229,2 Fälle). Bei den Jungen zeigte sich im Altersbereich von 10 bis 14 Jahren nur ein geringfügiger Anstieg (592,9 Fälle), während sich die Zahl der stationär behandelten Mädchen versechsfacht hat (1.412,3 Fälle). Möglicherweise ist diese starke Zunahme teilweise auf die in der Pubertät ansteigenden Fälle von Essstörungen (Cohrdes et al. 2019) und damit einhergehenden stationären Behandlungen bei Mädchen zu erklären. Auch in der Adoleszenz setzt sich dieser Trend fort. Mit 3.418,3 Fällen je 100.000 EW wurden im Jahr 2022 deutlich mehr Mädchen der Altersgruppe 15 bis 19 Jahre stationär behandelt als Jungen (1.607,5 Fälle).

Diagnosespektrum nach Versorgungsbereich

Abbildung 16 zeigt die Anteile der einzelnen Diagnosegruppen am alters- und geschlechtspezifischen Diagnosespektrum der insgesamt vergebenen F-Diagnosen in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein im Jahr 2022.

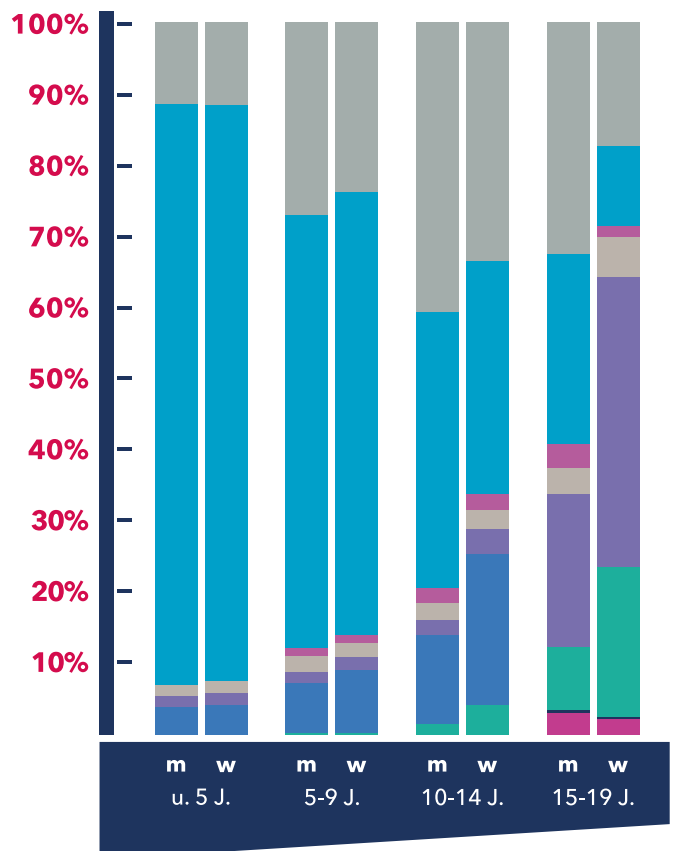
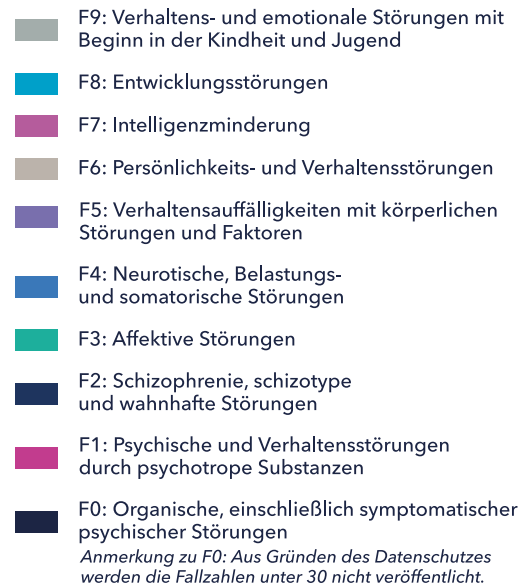


Abb. 16: Anteil der einzelnen F-Diagnosen (ICD-2-Steller) an allen F-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) mit einer F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) in ambulanter Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

»In der ambulanten Versorgung überwiegen bei Mädchen und Jungen bis zum 9. Lebensjahr Entwicklungsstörungen (F8).«

Bei den unter 5-Jährigen überwog sowohl bei Jungen mit 81,4% also auch bei Mädchen mit 80,8% der Anteil an F8-Diagnosen (Entwicklungsstörungen). Mit zunehmendem Lebensalter sinkt der Anteil an F8-Diagnosen, z. B. entfielen bei 10- bis 14-jährigen Jungen noch 38,7% und bei 10- bis 14-jährigen Mädchen noch 32,8% der Diagnosen auf den Bereich der Entwicklungsstörungen. Parallel dazu nahm der Anteil an F9-Diagnosen (Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) zu. Im Altersbereich von 10-14 Jahren entfielen bei Jungen 40,8% und bei Mädchen 33,5% der Diagnosen auf dieses Kapitel. Ab ca. 10 Jahren differenzierte sich das Diagnosespektrum weiter aus. Zunehmend wurden sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) diagnostiziert (z. B. zwischen 10-14 Jahren mit einem Anteil von 12,5% bei Jungen und 21,2% bei Mädchen). Ab 15 Jahren kamen auch Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) hinzu, mit einem Anteil von 3,0% bei den männlichen und 2,2% bei den weiblichen Jugendlichen. Neben F4-Diagnosen (19,3% bei Jungen und 34,4% bei Mädchen) waren bei Jugendlichen ab 15 Jahren auch F3-Diagnosen, also affektive Erkrankungen (Jungen: 8,9%, Mädchen 21,0%), zu beobachten.

»Ab dem 9. Lebensjahr werden bei Jungen und Mädchen zunehmend Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert.«

Abbildung 17 zeigt die Anteile der vergebenen F-Diagnosegruppen in der stationären Versorgung in Schleswig-Holstein für das Jahr 2022. Insgesamt

ist eine zum Teil deutlich andere Verteilung als in der ambulanten Versorgung beobachtbar.

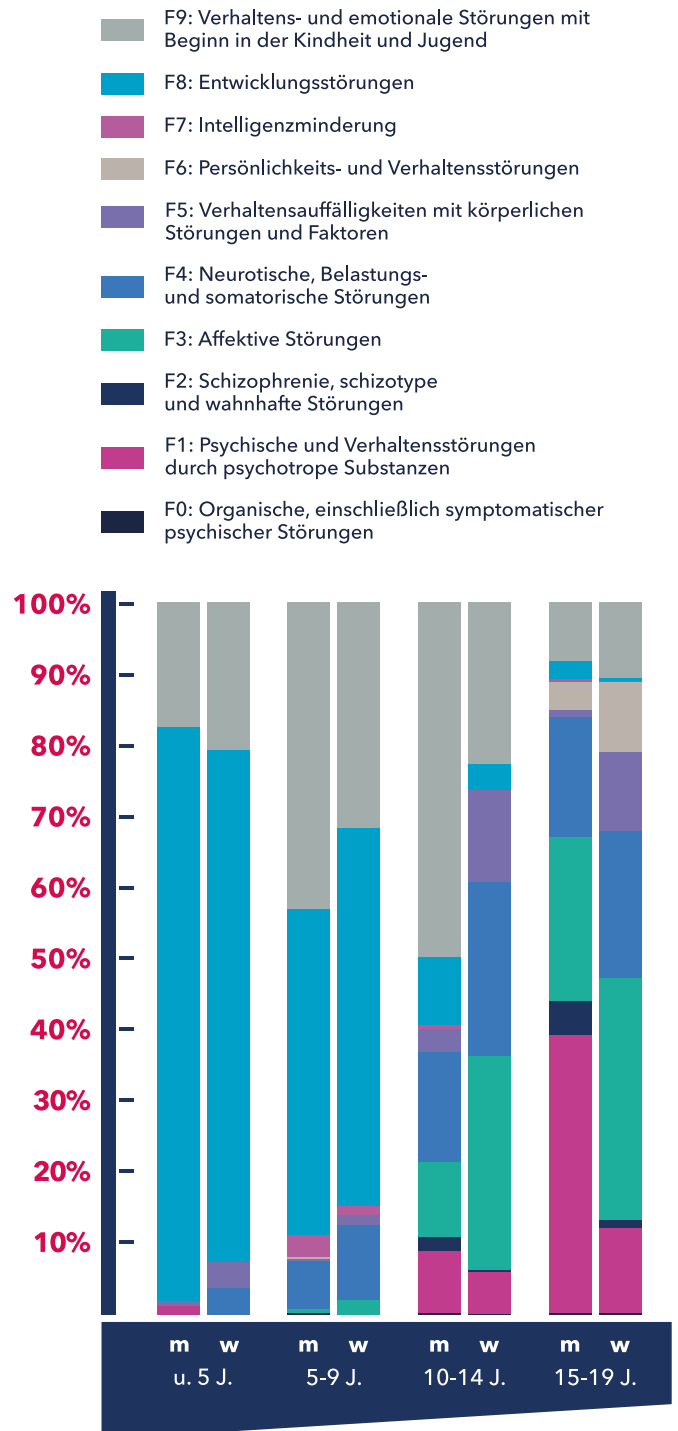


Abb. 17: Anteil der Behandlungsfälle mit F-Diagnosen (ICD-2-Steller) an allen F-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre) in stationärer Versorgung nach Altersgruppen und Geschlecht im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

»In der stationären Versorgung haben bei männlichen Jugendlichen zwischen 15 und 19 Jahren psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) eine große Bedeutung, bei weiblichen Jugendlichen in diesem Alter sind es affektive Störungen (F3).«

Wie in der ambulanten Versorgung auch sind in den jüngeren Altersgruppen vor allem Entwicklungsstörungen (F8) zu beobachten. Unter 5 Jahren entfallen bei Jungen 80,6% der Diagnosen auf diese Kategorie, bei Mädchen sind es 72,0%. In den Altersbereichen zwischen 5 und unter 14 Jahren nehmen zunehmend Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) größere Anteile ein, wobei hier der Anteil bei den Jungen und männlichen Jugendlichen deutlich größer ist als bei den Mädchen und weiblichen Jugendlichen. Im Alter zwischen 10-14 Jahren entfallen bei Jungen 49,9% der Diagnosen auf die Kategorie F9, bei Mädchen sind es nur 22,6%. Ähnlich wie in der ambulanten Versorgung differenziert sich das Diagnosespektrum ab ca. 14 Jahren sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Jugendlichen weiter aus, allerdings nehmen entsprechend des unterschiedlichen Versorgungsbedarfs andere Störungen als in der ambulanten Versorgung große Anteile ein. Bei den 15- bis 19-jährigen männlichen Jugendlichen entfällt mit 39,0% ein erheblicher Anteil auf F1-Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) in der stationären Versorgung, bei weiblichen Jugendlichen sind es mit 33,9% zunehmend Diagnosen aus Kapitel 3, affektive Störungen.

Analyse zeitlicher Trends der F8- und F9-Diagnosen

Im Folgenden sollen die beiden häufigsten ambulanten Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein (F8, Entwicklungsstörungen und F9, Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) im zeitlichen Verlauf betrachtet werden (Abbildung 18).

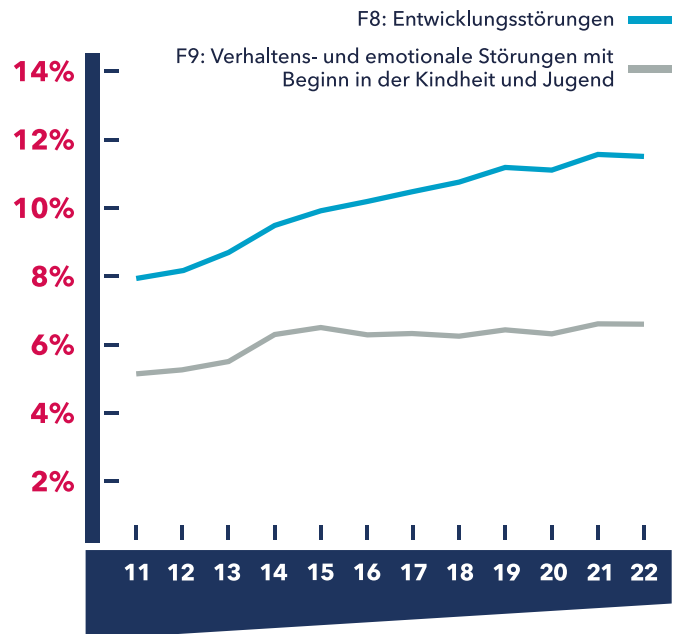


Abb. 18: Trends im Anteil der Kinder und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) mit F-Diagnose in zwei unterschiedlichen Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) in ambulanter Versorgung nach Diagnosegruppe F8 und F9 in den Jahren 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

»Entwicklungsstörungen haben in den letzten Jahren deutlich zugenommen, vermutlich ist dies auf eine bessere Diagnostik und Versorgung von Kindern mit Risikofaktoren zurückzuführen.«

Für beide Diagnosen zeigt sich eine Zunahme der Diagnosehäufigkeit über die Zeit, wobei der Anstieg für F8-Diagnosen stärker ausfällt als für F9-Diagnosen. Im Jahr 2011 erhielten knapp 8,0% der Kinder eine Diagnose im Bereich der Entwicklungsstörungen (F8). Im Jahr 2022 waren es 11,5%. Auch in anderen Ländern zeigt sich eine Zunahme der Prävalenz von Entwicklungsstörungen. In den USA haben vor allem die Diagnosen Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Autismus-Spektrum-Störung und intellektuelle Beeinträchtigungen zugenommen (Daseking & Koglin, 2022). Als eine mögliche Erklärung für die Zunahme von Entwicklungsstörungen werden neben einer verbesserten Diagnostik und Versorgung auch die besseren Überlebenschancen von Kindern mit Risikofaktoren (z. B. Frühgeburt, Hirntraumata, angeborene

Erkrankungen wie Trisomie 21) vermutet (Durkin, 2019). Für F9-Diagnosen ist von 2011 bis 2022 eine leichte Zunahme zu beobachten.

Die stärksten Zunahmen über die Zeit, gemessen an der mittleren jährlichen prozentualen Änderung im Zeitraum von 2011 bis 2022, waren bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahre in folgenden Bereichen zu beobachten:

- bei den affektiven Störungen (F3) mit einem jährlichen Plus von 7,1% (SH 2022: 3.007 Kinder und Jugendliche),
- bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) mit einem Zuwachs von jährlich im Schnitt 3,4% (SH 2022: 12.736 Betroffene) und
- bei den Entwicklungsstörungen mit einer Zunahme von jährlich 3,8% (SH 2022: 48.532 betroffene Kinder und Jugendliche).

Insgesamt abgenommen haben im ambulanten Sektor die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1, -5,1%, SH 2022: 257 Fälle).

Neuerkrankungen psychischer und Verhaltensstörungen

Abbildung 19 zeigt die Neuerkrankungsraten je 1.000 Versicherte zwischen 0 und 17 Jahren in der ambulanten Versorgung in Schleswig-Holstein. Insgesamt zeigt sich, dass Jungen und männliche Jugendliche über den gesamten Beobachtungszeitraum hinweg höhere Neuerkrankungsraten aufweisen. Die Raten im zeitlichen Verlauf schwanken leicht um ca. 102 Neuerkrankungen pro 1.000 Versicherte.

»Jungen und männliche Jugendliche weisen höhere Neuerkrankungsraten auf als Mädchen und weibliche Jugendliche.«

Die Neuerkrankungsraten bei den Mädchen und weiblichen Jugendlichen schwanken leicht um einen niedrigeren Wert von ca. 80 Neuerkrankungen pro 1.000 Versicherte. Dies bedeutet, dass im Jahr 2019 in Schleswig-Holstein in etwa jeder 10. Junge und männliche Jugendliche und jedes 12. Mädchen und weibliche Jugendliche neu an einer psychischen Störung erkrankt ist. Auch hier bieten die bereits beschriebenen geschlechtsspezifischen Ausprägungen psychischer Störungen und die demnach unterschiedliche Erkennbarkeit einen Erklärungsansatz für die beobachtbaren Geschlechtsunterschiede in den Neuerkrankungsraten (Ihle et al. 2007, Klipker et al. 2018).

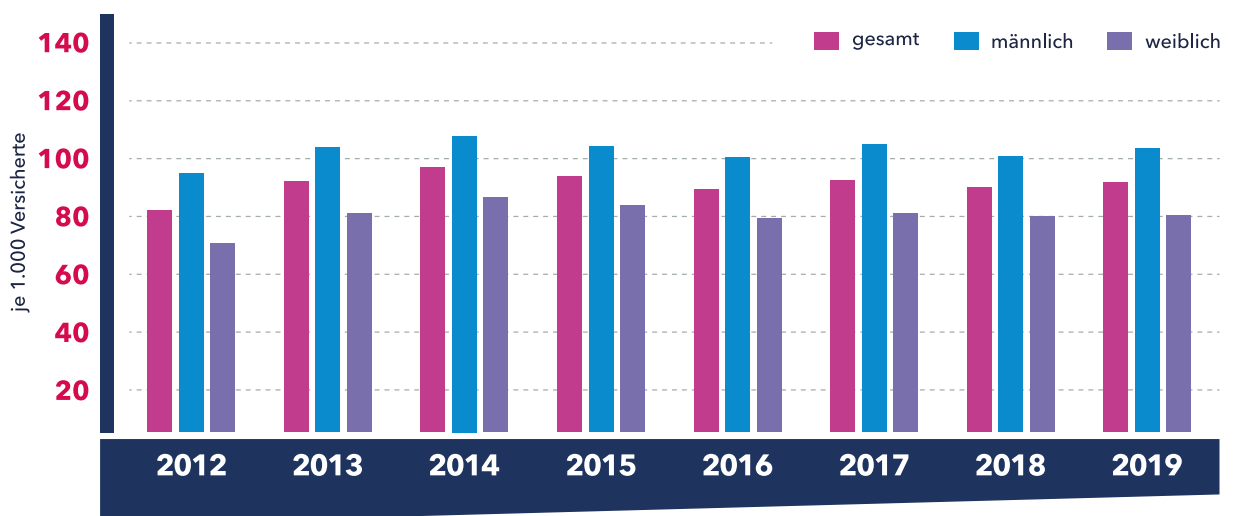


Abb. 19: Trends in der Anzahl (rohe Rate) der Neuerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) in ambulanter Versorgung je 1.000 Versicherte nach Geschlecht in den Jahren 2012 bis 2019 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

3.3

Komorbiditäten

Sowohl nationale als auch internationale Studien zeigen, dass Multimorbidität bzw. Komorbidität einen erheblichen Anteil der Menschen betreffen.

»Bei Kindern und Jugendlichen gehen psychische Störungen häufig mit komorbiden somatischen Erkrankungen einher.«

»Rund 30% der Versicherten haben mindestens drei Krankheitsdiagnosen.«

Eine Sekundäranalyse basierend auf den Daten von 67 Millionen deutschen Versicherten kam zu dem Schluss, dass 31,4% des Gesamtkollektivs mindestens drei Krankheitsdiagnosen hat (Schmitz et al. 2023). Bei Frauen kommt es etwas früher (ab etwa 35 Jahren) zu einem Anstieg der Multimorbidität als bei Männern (ab etwa 40 Jahren).

»Jede Lebenszeitdiagnose einer psychischen Störung ist mit einem höheren Risiko für das erstmalige Auftreten einer weiteren psychischen Störung assoziiert.«

Im Hinblick auf psychische Störungen zeigte eine Analyse von Daten der WHO aus 27 Ländern, dass jede Lebenszeitdiagnose einer psychischen Störung⁵ mit einem erhöhten Risiko für das erstmalige Auftreten einer weiteren psychischen Störung assoziiert ist und dieses Risiko für 15 Jahre bestehen bleibt (McGrath et al. 2020). Spezifisch im Hinblick auf Depressionen zeigte sich auf Basis von Versichertendaten der deutschen Bevölkerung im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe eine mindestens doppelt so hohe Prävalenz für weitere psychische Störungen, welche zudem abhängig von der Schwere der bereits diagnostizierten Depression war (Steffen et al. 2020). Psychische Störungen werden auch häufig von somatischen Erkrankungen, wie z. B. Durchblutungsstörungen, begleitet, wie eine dänische Studie zeigt (Momen et al. 2020), wobei das Risiko in Abhängigkeit von der Art der körperlichen Erkrankung variiert.

Für Kinder und Jugendliche ist die Datenlage bezüglich Ko- und Multimorbidität weniger umfangreich. Dies mag unter anderem daran liegen, dass sich komorbide Erkrankungen größtenteils erst im Laufe des Lebens entwickeln und daher bei Kindern und Jugendlichen in geringerem Ausmaß auftreten als bei Erwachsenen. Eine Meta-Analyse internationaler Daten von Kindern zwischen 1 und 7 Jahren kam zu der Schätzung, dass 6,4% der Kinder mit psychischen Störungen eine Komorbidität aufweisen (Vasileva et al. 2021). Eine Studie basierend auf einem Datensatz schwedischer Kinder und Jugendlicher zwischen 3 und 18 Jahren weist auf ein erhöhtes Risiko einer komorbiden somatischen Erkrankung bei Vorliegen einer psychischen Störung hin (Agnafors et al. 2019).

Auch in Deutschland geht die Diagnose einer psychischen Störung sehr häufig mit einer oder mehrerer Diagnosen anderer psychischer oder somatischer Störungen einher. Abbildung 20 zeigt die häufigsten Komorbiditäten von an Depression erkrankten, erwachsenen Personen im Jahr 2021 auf Bundesebene (bifg 2024).

Bluthochdruck, Störungen des Fettstoffwechsels sowie Rückenschmerzen als häufigste Komorbiditäten zeigen, dass die Diagnose einer Depression in vielen Fällen auch mit Beeinträchtigungen der körperlichen Gesundheit einhergeht. Die häufigste psychische Komorbidität bei Depressionen sind Angst- und Zwangsspektrumsstörungen.

»Die Diagnose einer Depression steht häufig mit komorbiden körperlichen Erkrankungen in Verbindung, wie beispielsweise Bluthochdruck und Rückenschmerzen.«

⁵ Bei der Betrachtung der Lebenszeitdiagnose wird die gesamte Vorgeschichte der Patientinnen und Patienten mit allen Störungsepisoden über den Lebensverlauf hinweg berücksichtigt. Die Lebenszeitdiagnose kann durch weitere Diagnosen ergänzt werden.

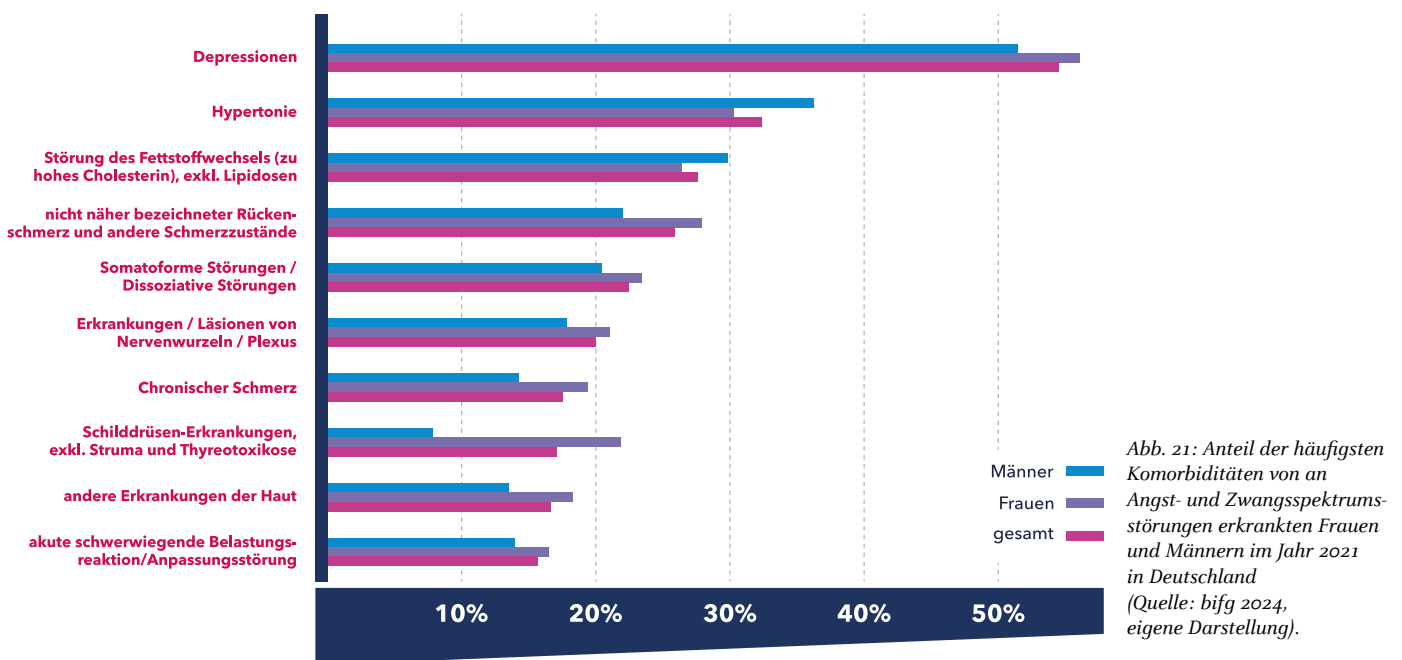
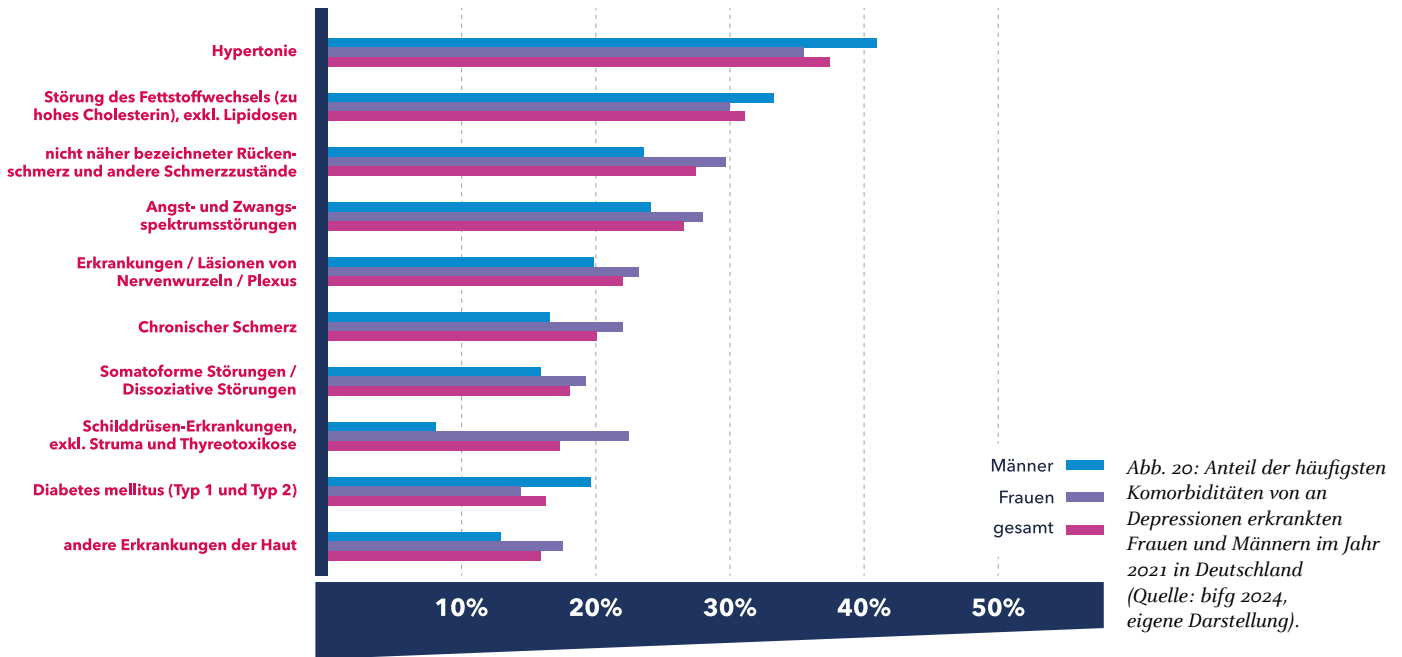


Abbildung 21 zeigt die häufigsten Komorbiditäten von an Angst- und Zwangsspektrumsstörungen erkrankten erwachsenen Personen im Jahr 2021 auf Bundesebene (bifg 2024).

»Depressionen sind eine häufige Komorbidität von Angst- und Zwangsspektrumsstörungen.«

Hier bilden Depressionen die häufigste Komorbidität, gefolgt von Bluthochdruck, Störungen des

Fettstoffwechsels und Rückenschmerzen. Daten aus Deutschland zu Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen liegen nicht vor. Auch wenn spezifische Daten für einzelne Bundesländer nicht vorliegen, kann vermutet werden, dass hier ähnliche Muster beobachtbar sind und Komorbiditäten somit auch in Schleswig-Holstein eine relevante Belastung für die psychische Gesundheit der Bevölkerung darstellen.



4

Strukturen in der Beratung, Unterstüt- zung und Versorgung

4.1

Versorgungs- und Unterstützungsangebote

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen ist komplex und umfasst zahlreiche unterschiedliche Akteure. Dazu gehören unter anderem folgende Bereiche:

- stationäre Krankenhausbehandlung,
- teilstationäre Behandlungskonzepte,
- ambulante Therapien und Wohnformen,
- Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation,
- psychiatrische häusliche Krankenpflege und psychiatrische aufsuchende Behandlung (engl. „home treatment“) sowie
- niedrigschwellige Begleit-, Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Ein relativ niedrigschwelliger Bestandteil des Hilfesystems sind Beratungsangebote (z. B. Familien-,

Erziehungs- und Teilhabeberatung), die für alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, mit Verhaltensschwierigkeiten und in schwierigen Lebenssituationen zugänglich sind, unabhängig von einer Diagnose (Bramesfeld 2023). Abbildung 22 gibt einen schematischen Überblick der Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie und zeigt, wie die Bereiche untereinander zusammenhängen.

»Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen ist komplex und umfasst zahlreiche unterschiedliche Akteure.«

In diesem komplexen System finden mehrere Sozialgesetzbücher (SGB), wie z. B. das SGB V (medizinische Versorgung: ambulant und stationär) und das SGB IX (Reha und Teilhabe jeweils ambulant und stationär) Anwendung (Bramesfeld 2023). Darüber hinaus gibt es weitere wichtige Verknüpfungen in das SGB III (z. B. berufliche Förderung), SGB VI (z. B. Erwerbsminderungsrente, medizinische Rehabilitation) sowie SGB XI (z. B. ambulante und stationäre psychiatrische Pflege) und SGB XII (z. B. Sozialhilfe, Wohnungshilfe).

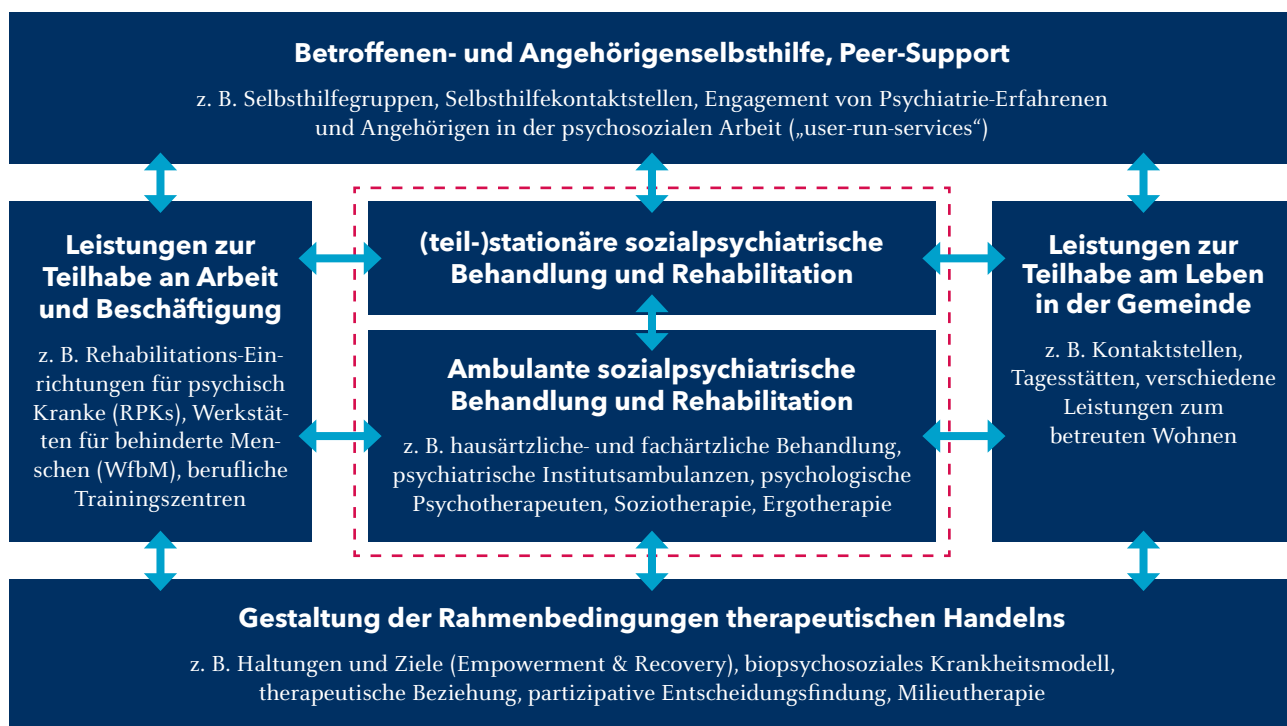


Abb. 22: Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie in Deutschland (Quelle: Kallert et al. 2016, eigene Darstellung).

Die Zuständigkeiten verteilen sich auf mehrere Akteure, wie z. B. die Bundesländer und Kommunen sowie verschiedene Leistungserbringer (Bramesfeld 2023). Je nach individuellem Hilfebedarf sollen unterschiedliche Angebote miteinander verknüpft und aufeinander abgestimmt werden. Die Erbringung von Angeboten und Maßnahmen erfolgt durch eine Vielzahl von Trägern: öffentliche (Bund, Länder und Kommunen), freigemeinnützige (Kirchen, gemeinnützige Stiftungen, Verbände der Wohlfahrtspflege) und privatwirtschaftliche Träger. Dieses kann die Übersicht und Vernetzung erschweren (Jacobi et al. 2022). Die Vielfalt der Hilfsangebote ermöglicht jedoch auch eine bedarfsorientierte Versorgung. In Schleswig-Holstein wird die SGB-übergreifende Vernetzung in den Arbeitskreisen für gemeindenaher Psychiatrie gefördert und umgesetzt (§ 3 PsychHG SH)⁶.

»Die Erbringung von Angeboten und Maßnahmen erfolgt durch eine Vielzahl von Trägern: öffentliche, freigemeinnützige und privatwirtschaftliche Träger.«

Welches Angebot oder welche Therapieform passend bzw. welche Kombination von Maßnahmen nötig ist, richtet sich nach der Art der Erkrankung, dem Schweregrad und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Zudem spielen die Verfügbarkeit der jeweiligen Behandlungsplätze, die Wartezeiten sowie die örtliche Entfernung und die Erreichbarkeit (z. B. durch den öffentlichen Nachverkehr) eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten.

Im Folgenden werden einzelne Teilbereiche und Akteure des Versorgungssystems kurz beschrieben. Weiterführende Beschreibungen und Informationen für Behandelnde sowie Betroffene sind z. B. auf dem Portal psychenet.de (Dreier et al. 2024) zu finden.

»Die Verfügbarkeit der jeweiligen Behandlungsplätze, die Wartezeiten und die örtliche Entfernung spielen eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfe und Versorgung.«

Ambulante Behandlung

Während ambulante Psychotherapie sowohl von niedergelassenen psychologischen als auch von ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt werden kann, kann eine medikamentöse Behandlung nur durch Ärztinnen und Ärzte, idealerweise mit fachärztlicher Weiterbildung für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde durchgeführt werden. Bei Kindern und Jugendlichen sind es Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die ambulante psychotherapeutische Versorgung besteht aus nicht-antragspflichtigen und antragspflichtigen Leistungen sowie psychodiagnostischen Testverfahren. Zu den nicht-antragspflichtigen Leistungen gehören die psychosomatische Grundversorgung, die psychotherapeutische Sprechstunde, probatorische Sitzungen (anfängliche Kennenlern-Sitzungen vor dem Beginn der eigentlichen Psychotherapie) sowie die Akutbehandlung. Die antragspflichtigen Leistungen bei der Krankenkasse umfassen Kurz- und Langzeittherapien im Einzel- und/oder Gruppensetting in den Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, analytische Psychotherapie und seit 2018 die systemische Therapie (seit Januar 2024 für Kinder und Jugendliche).

»Psychiatrische Institutsambulanz dienen als Ergänzung für psychisch erkrankte Menschen, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung ein krankenhauses Versorgungsangebot benötigen.«

⁶ PsychHG = Gesetz zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen, Gesamtausgabe auf der Webseite des Landes Schleswig-Holstein

In den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) werden psychisch erkrankte Menschen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung ein besonderes, krankenhaushnahes Versorgungsangebot bedürfen, von einem multiprofessionellen Team versorgt. PIAs sind in der Regel an psychiatrische Krankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern angebunden. Durch die PIAs wird das Versorgungsangebot erweitert. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn nur ein geringes Angebot an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten besteht. Dabei wird das Ziel verfolgt, eine Krankenhausaufnahme zu vermeiden, stationäre Behandlungszeiten zu verkürzen und Behandlungsabläufe zu optimieren. Häufig kann durch eine PIA eine nahtlose ambulante Anschlussbehandlung nach stationären Aufenthalten gewährleistet werden.

In einigen Fällen sind psychiatrische Ambulanzen an psychotherapeutische Ausbildungsinstitute angegliedert. In diesen Ambulanzen bzw. Lehrpraxen, die eng mit Krankenhäusern kooperieren, finden unter Leitung einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten ambulante Therapien unter Supervision statt, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet und von Therapeutinnen und Therapeuten in Ausbildung durchgeführt werden.

Als ergänzende ambulante Angebote sind die häusliche Krankenpflege bzw. ambulante psychiatrische Pflege und die Soziotherapie zu nennen. In der Soziotherapie wird die Eigenverantwortung der Hilfesuchenden gestärkt, um sie in die Lage zu versetzen, ambulante ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen (KBV 2024a).

»Für besonders schwere psychische Erkrankungen wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss die Komplexversorgung auf den Weg gebracht.«

Für besonders schwere psychische Erkrankungen wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss 2021 die Komplexversorgung auf den Weg gebracht, die zum Ziel hat, zeitnahe und aufeinander abgestimmte Versorgung bieten zu können. Dazu schließen sich ärztliche und therapeutische Fachkräfte zu

regionalen Netzverbänden zusammen und kooperieren mit Krankenhäusern und der Pflege. Betroffene haben durch die Bezugsärztin und den Bezugsarzt bzw. die Bezugspsychotherapeutin und den -therapeuten eine feste Ansprechperson (Bundesministerium für Gesundheit 2021).

Informationen zur Suche von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind im Anhang (10.3) zu finden.

Voll- und teilstationäre Behandlung

Das therapeutische Angebot im teilstationären Rahmen bzw. im Setting von Tageskliniken, meist angegliedert an psychiatrische oder psychosomatische Kliniken, umfasst z. B. eine medikamentöse Therapie, psychotherapeutische Gespräche (Einzel, Gruppe), Kunst-, Musik- oder Ergotherapie, Entspannungstrainings, Sport- und Bewegungstherapie.

»Eine vollstationäre Therapie wird entweder durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten veranlasst oder erfolgt über eine Einweisung oder die Notaufnahme.«

Vollstationäre Behandlung findet in Krankenhäusern oder Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie oder für Psychosomatik und Psychotherapie statt. Eine stationäre Therapie wird entweder durch Ärztinnen und Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten veranlasst oder erfolgt über die Notaufnahme. Das therapeutische Angebot umfasst Einzel- und Gruppentherapien, medikamentöse und weitere Formen der medizinischen Behandlung, Kunst-, Musik- oder Ergotherapie, Entspannungstrainings, Sport- und Bewegungstherapie. Eine hochspezialisierte Versorgungsform stellt die forensische Psychiatrie, der Maßregelvollzug, dar. Straffällig gewordene Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung schuldunfähig bzw. eingeschränkt schuldfähig sind, werden dort behandelt und auf ein möglichst straffreies Leben in der Gesellschaft vorbereitet. In Schleswig-Holstein findet diese Behandlung bei den Kliniken Aneos Neustadt und Helios Schleswig statt⁷.

⁷ Weitere Informationen zu den Landesaufgaben im Bereich des Maßregelvollzugs sind auf der [Webseite des Landes Schleswig-Holstein](#) zu finden.

Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation (ambulant und stationär)

Für eine ganztägige Rehabilitationsbehandlung sind Kliniken für psychosomatische Rehabilitation zuständig. Ein Ziel ist die Wiederherstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit. Das therapeutische Angebot umfasst neben Einzelgesprächen, Gruppentherapien und ggf. medikamentösen Behandlungen auch Schulungen und Beratungen, Sport- und Bewegungstherapie, Ergotherapie und ggf. Ernährungsberatung und Sozialberatung. Darüber hinaus gibt es Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen (RPK). Dieses ambulant organisierte ganztägige Angebot für Erwachsene verbindet medizinische und berufliche Rehabilitation in der Kostenträgerschaft von gesetzlichen Renten- und/oder Krankenversicherungen und der Agentur für Arbeit. In SH existieren solche RPKs in Kiel und Lübeck.

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene können über die Deutsche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenversicherung eine medizinische Rehabilitation (Kinder- und Jugendreha) in Anspruch nehmen. Die psychiatrische Jugendrehabilitation ist eine spezielle Form der Kinder-Reha für Kinder und Jugendliche von 15 bis 18 bzw. unter bestimmten Voraussetzungen bis 21 Jahre.

Versorgung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V

Im Rahmen der psychiatrischen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung sind niedrighschwellige, wohnortnahe und flexible Behandlungsangebote besonders relevant. Aufgrund dessen spielt die sektorenübergreifende Behandlung, das heißt die Verbindung ambulanter, voll- und teilstationärer Behandlung, wie beispielsweise die Versorgung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V, eine immer größere Rolle.

»Die sektorenübergreifende Behandlung, wie beispielsweise die Versorgung im Rahmen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V, spielt eine immer größere Rolle.«

Derzeit erfolgt die Versorgung psychisch bzw. psychosomatisch erkrankter Patientinnen und Patienten bundesweit sowie in Schleswig-Holstein vorwiegend im Rahmen der Regelversorgung (Abrechnung nach PEPP = Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik). In fünf Kreisen in Schleswig-Holstein mit den jeweiligen psychiatrischen Kliniken erfolgt die psychiatrische, psychosomatische und teilweise auch kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 64 b SGB V (Regionalbudget) (Tabelle 3). Bundesweit bestehen 15 weitere Regionalbudgets.

Region	Einrichtung	Einwohner der Region (2023)	Projektbeginn	vsl. Projektende
Kreis Steinburg	Klinikum Itzehoe	132.419	2003	2027
Kreis RD-ECK	Schön Klinik Rendsburg/Eckernförde	278.979	2006	2025
Kreis Dithmarschen	Westküstenklinikum Heide, Psychiatrische Tagesklinik Heide	135.252	2008	2027
Kreis Herzogtum Lauenburg	Johanniter-Krankenhaus Geesthacht	203.712	2008	2025
Kreis Nordfriesland	Diako Nordfriesland	169.043	2009	2025

Tab. 3: Übersicht der Modellprojekte nach § 64b SGB V in Schleswig-Holstein.

Das Modellvorhaben bzw. das Regionalbudget hat zum Ziel, die Versorgung psychisch kranker Menschen und deren Finanzierung zu flexibilisieren. Die Umsetzung des Regionalbudgets ist dabei auf eine sektorenübergreifende Leistungserbringung ausgerichtet und soll zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen. Das wesentliche Prinzip besteht darin, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine wohnortnahe Versorgung erhalten, die sowohl vollstationäre und teilstationäre Krankenhausleistungen, als auch ambulante und aufsuchende Leistungen (StäB = stationsäquivalente Behandlung), soweit sie durch das Krankenhaus erbracht werden, umfasst. Finanziert wird dies mittels eines jährlichen Budgets für entsprechende Regionen.

»Patientinnen und Patienten können flexibel und je nach individuellem Bedarf sektorenübergreifend, das heißt voll- oder teilstationär, ambulant oder aufsuchend, behandelt werden.«

Die Entscheidung, welche Behandlung und in welchem Behandlungssetting diese Leistung jeweils erbracht wird, wird vor Ort nach der medizinisch-psychiatrischen Notwendigkeit und in Rücksprache mit den Patientinnen und Patienten getroffen. Patientinnen und Patienten können flexibel und je nach individuellem Bedarf sektorenübergreifend, das heißt voll- oder teilstationär, ambulant oder aufsuchend behandelt werden. Von Vorteil ist dabei auch die Kontinuität auf Seiten der Behandlerinnen und Behandler.

Außerklinische psychosoziale Angebote

Für die Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen sind weitere Angebote aus dem Bereich Prävention, Therapie (z. B. Ergotherapie), Beratung, Begleitung, Selbsthilfe und Krisenintervention von großer Bedeutung. Kontakt-, Begegnungs- und Tagesstätten halten wichtige Angebote für Betroffene und deren Angehörige bereit. Auch digitale Versorgungs- und Präventionsangebote (z. B. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGa)) in Form von „Apps auf Rezept“ (BfArM 2024) entwickeln sich weiter und gewinnen an Bedeutung.

»Kontakt-, Begegnungs- und Tagesstätten halten wichtige Angebote für Betroffene und deren Angehörige bereit.«

Die sozialpsychiatrischen Dienste

Die Kreise und kreisfreien Städte sind nach § 2 des Gesetzes zur Hilfe und Unterbringung von Menschen mit Hilfebedarf infolge psychischer Störungen (PsychHG) Träger der sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi). Hauptaufgaben sind die niederschwellige Beratung und Begleitung, die Sicherstellung der Versorgung und der Hilfen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld, sowie Prävention und Krisenintervention.

»Hauptaufgaben der sozialpsychiatrischen Dienste sind die niederschwellige Beratung und Begleitung, die Sicherstellung der Versorgung und der Hilfen für die Betroffenen und ihr soziales Umfeld, sowie Prävention und Krisenintervention.«

Zudem berät der SpDi auch Institutionen zu psychischen Störungen und den damit möglicherweise verbundenen Herausforderungen und Hilfsmöglichkeiten.

Suchtberatung

Die Suchtberatungsstellen bieten kostenfreie und anonyme Beratungsformate bei Problemen mit verschiedensten Suchtstoffen an. Seit Mai 2023 unterstützt die Online-Plattform (www.suchtberatung-sh.de) diesen Bereich. Die Plattform bietet Informationen zu verschiedenen Suchtmitteln und zur Suchtprävention sowie die Möglichkeit, online Hilfe zu erhalten.

»Seit Mai 2023 ergänzt die Online-Plattform www.suchtberatung-sh.de das Angebot der Suchthilfe.«

Diese wird auch als Hilfe zur Selbsthilfe angeboten, indem sich Selbsthilfegruppen online vernetzen können. Alle Beratungsangebote können auch online anonym und kostenfrei genutzt werden. Solche neuen Angebote sind nicht nur vor dem Hintergrund der Covid-19-Pandemie von Bedeutung, sondern auch mit Blick auf das sich verändernde Informations- und Inanspruchnahmeverhalten der Menschen, insbesondere der jüngeren Altersgruppen.

Selbsthilfe und Selbsthilfekontaktstellen

Selbsthilfekontaktstellen sind lokale Facheinrichtungen in den Kreisen und kreisfreien Städten mit kostenfreien Angeboten für den Aufbau, die technische und organisatorische Unterstützung der Arbeit von Selbsthilfegruppen sowie die Beratung und Vermittlung von Interessierten. In Selbsthilfegruppen vernetzen sich Menschen mit gleichen Erkrankungen, Behinderungen oder seelischen Konfliktsituationen und deren Angehörige mit dem

Ziel des Austausches, des Aufbaus von Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung und des Wissens zur Nutzung der Möglichkeiten des Gesundheitssystems. So gibt es in Schleswig-Holstein beispielsweise neben dem Landesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. auch den Landesverband der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e. V. Auch die Sucht-Selbsthilfe ist in Schleswig-Holstein präsent (www.sucht-selbsthilfe-sh.de) und direkt mit der oben genannten Online-Plattform vernetzt.

»Selbsthilfekontaktstellen sind lokale Facheinrichtungen in den Kreisen und kreisfreien Städten mit kostenfreien Angeboten für Aufbau, Arbeit und Suche von Selbsthilfegruppen.«

Ein bedeutender Baustein der Selbsthilfe sind die Psychoseminare bzw. Trialogforen (Trialog 2024, <https://www.trialog-psychoseminar.de/>). Ihr Ziel ist der wechselseitige Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Fortbildung von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen sowie Therapeutinnen und Therapeuten. „Trialog“ meint ein Gespräch, das im Idealfall zwischen den drei genannten Gruppen stattfindet. Im Vordergrund stehen beim Trialog die verschiedenen Erfahrungen der Beteiligten. Derlei Foren gibt es mittlerweile nicht nur für den Bereich der Psychose, sondern auch für andere Diagnosegruppen.

Angebote zur Psychoedukation: Schulungen, Coaching

Hier sind Angebote im Sinne der Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen zu psychischen Störungen gemeint, zur Unterstützung bei der Integration in den Arbeitsmarkt oder soziale Kompetenztrainings. Verschiedene Leistungserbringer (z. B. Wohlfahrtsverbände, Berufsförderungswerke etc.) sind in diesem Feld tätig.

Beteiligung Erfahrener

Ein weiteres wichtiges Element, das die Hilfs- und Versorgungslandschaft mittlerweile seit vielen Jahren bereichert, ist die Beteiligung Erfahrener. Die Initiative, die den Namen EX-IN (engl. für

Experienced Involvement = Beteiligung Erfahrener) trägt, verfolgt die Idee, Psychiatrie-Erfahrene zu bezahlten Fachkräften in der psychiatrischen Versorgung zu qualifizieren (EX-IN Deutschland 2024).

»Die Erfahrung und das Wissen psychiatrieerfahrener Menschen wird über EX-IN in die Praxis eingebunden.«

Es handelt sich dabei um eine Qualifizierungsmaßnahme, z. B. zur Genesungs- oder Angehörigenbegleitung. Die ausgebildeten „Experten durch Erfahrung“ können anschließend in den unterschiedlichsten Bereichen der psychiatrischen Versorgung, wie Kliniken, Sozialpsychiatrischen Zentren, im Bereich der beruflichen Rehabilitation, in der Selbsthilfe, der Interessenvertretung, der Anti-Stigma-Arbeit oder als Dozentinnen und Dozenten bei Weiterbildungsträgern tätig werden (EX-IN Deutschland 2024).

Auch in der Forschung rund um das Thema psychischer Erkrankungen sind Betroffene und Angehörige als Erfahrungsexpertinnen und -experten gefragt und werden beispielsweise beim Deutschen Zentrum für psychische Gesundheit⁸ systematisch eingebunden und beteiligt.

Offene psychiatrische Hilfen, psychosoziale und sozialrechtliche Beratung und Information

Die Angebote der offenen psychischen Hilfen werden vom Land gemeinsam mit den Kreisen und kreisfreien Städten über den Rahmenstrukturvertrag soziale Hilfen gefördert. Die Einrichtungen der offenen psychischen Hilfen stellen die niedrigschwellige Anlaufstelle für ein generationsübergreifendes Kontakt- und Beratungsangebot dar. Die Arbeit der offenen Hilfen im sozialpsychiatrischen Bereich bewegt sich in den Aufgabenfeldern Prävention, Beratung, Begleitung und Vermittlung zu angemessenen Hilfen, Unterstützung zur Kontakt- und Tagesgestaltung. Sie stehen Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen offen.

»Die Einrichtungen der offenen psychischen Hilfen bieten niedrigschwellige Hilfe.«

8 Beteiligungsmöglichkeiten beim Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit, [zur Webseite](#)

Beispiele für ergänzende Angebote sind die Schuldnerberatung, Beratungen zum Thema Partnerschaftskonflikte, Recht, Vormundschaft, Pflege und weitere. Leistungserbringer sind sehr divers, hier sind z. B. kommunale Einrichtungen, Vereine und Wohlfahrtsverbände zu nennen.

Sozial- und gemeindepsychiatrische Wegweiser

Aufgrund der komplexen Hilfs- und Versorgungsstruktur sowie der Vielzahl an Angeboten haben sich über die Jahre zahlreiche Wegweiser für

»In den Kreisen und kreisfreien Städten und von landesweit tätigen Organisationen gibt es viele verschiedene Wegweiser für Betroffene und Angehörige.«

Betroffene und Angehörige etabliert.

Tabelle 4 zeigt eine Übersicht von sozial-, gemeinde- und psychiatrischen Wegweisern für Betroffene und Angehörige in den Kreisen, kreisfreien Städten, Schleswig-Holstein und darüber hinaus.

Kreisfreie Stadt / Kreis	Titel (Stand)	Link	weiterführende Informationen	
			für Kinder und Jugendliche	Angebote für Angehörige
Flensburg	Psychosozialer Krisenwegweiser (2021)	www.hs-flensburg.de	ja	nein
Kiel	Wegweiser Sozialpsychiatrische / Psychosoziale Hilfen in Kiel (2022/2023)	www.kiel.de	ja	ja
Lübeck	Psychosozialer Wegweiser Lübeck für Erwachsene Kinder- und Jugendkompass	www.psychosozialer-wegweiser-luebeck.de (auch Printversion) www.kiju-kompass.de	ja	ja
Neumünster	Online-Portal Gesundheitswegweiser (2024)	www.gesundheit-neu-muenster.com	ja	nein
Dithmarschen	Online-Portal Wegweiser des gemeinde-psychiatrischen Zentrums	www.dithmarscherhilfen.de	nein	nein
H. Lauenburg	Online-Portal Psycho Soziale Arbeitsgemeinschaft	www.psag-lauenburg.de	ja	ja
Nordfriesland	NF-Kompass: Wegweiser Psychiatrie und Pflege	www.nordfriesland.de	ja	ja
Ostholstein	Sozialer Wegweiser (2023)	www.kreis-oh.de	ja	ja
Pinneberg	Suchtwegweiser (2022) Selbsthilfegewweiser (nicht psychiatriespezifisch)	www.kreis-pinneberg.de www.drk-kreis-pinneberg.de	ja ja	nein ja
Plön	Sozialraumkarte Hilfen für Menschen mit psychischen Problemen/ Erkrankungen sowie deren Angehörige (2020)	www.kreis-ploen.de www.kreis-ploen.de	ja	ja
RD-ECK	Wegweiser zur psychosozialen und psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund im Kreis RD-ECK	www.kreis-rendsburg-eckernfoerde.de	ja	nein
Schl.-Fl.	Online-Portal Wegweiser für Psychiatrie und Sucht	www.schleswig-flensburg.de	ja	nein
Segeberg	Psychosozialer Wegweiser (2019)	www.segeberg.de	ja	ja
Steinburg	Psychiatrie-Wegweiser für den Kreis St.burg (2022)	www.steinburg.de	ja	ja
Stormarn	Angebote und Hilfen für psychische kranke Menschen und deren Angehörige im Kreis Sto. (2024)	www.kreis-stormarn.de	ja	ja
Schleswig-Holstein	Informations- und Beratungsstellen in Schleswig-Holstein (nicht psychiatriespezifisch) Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V. Selbsthilfegruppen-Karte	www.fsj-sh.org www.lvsh-afpk.de www.lvsh-afpk.de	ja ja ja	ja ja ja
Bundesweit	Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. Selbsthilfegruppen-Finder für Angehörige Mut-Atlas Wegweiser Psychische Gesundheit	www.bapk.de www.mut-atlas.de	ja ja	ja ja

Tab. 4: Übersicht und Verfügbarkeit von sozial-, gemeinde- und psychiatrischen Wegweisern für Betroffene und Angehörige in den Kreisen, kreisfreien Städten und Schleswig-Holstein (Stand: 19.04.2024).

Hilfen im Bereich Arbeit

Die berufliche Teilhabe kann durch psychische Störungen und Erkrankungen in vielfältiger Weise betroffen sein. Entsprechend können Hilfen im Bereich der Arbeit betroffene Menschen bei der Genesung und Teilhabe unterstützen. Es existieren eine große Zahl beruflicher Trainingsangebote und Arbeitsmöglichkeiten, die ganz unterschiedliche Zielgruppen im Blick haben (Psychiatrienetz 2024). Hierbei ist entscheidend, wie individuell leistungsfähig die betroffenen Menschen sind. Wichtig ist dabei, dass Arbeit in diesem Zusammenhang nicht nur mit versicherungspflichtiger Beschäftigung gleichzusetzen ist. So erfüllen auch niedrigschwellige Angebote zur beruflichen Teilhabe eine wichtige Funktion. Derlei Hilfen werden beispielsweise von Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Berufsbildungs- und Förderungswerken und Inklusionsunternehmen durch Leistungen zur unterstützten Beschäftigung angeboten. Das passende Angebot hängt vom Zusammenspiel der individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, von den Arbeitsanforderungen und weiteren Kontextfaktoren, wie z. B. die Angebotsverfügbarkeit, ab. Weitere Informationen zum Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Erkrankungen und Arbeit sind im Kapitel 5 zu finden.

4.2

Versorgungskapazitäten

In diesem Kapitel werden am Beispiel der ambulanten und stationären Versorgung in Ansätzen die Behandlungskapazitäten in Schleswig-Holstein skizziert. Eine ausführliche und detaillierte Darstellung und Analyse der Versorgungskapazitäten würden den Rahmen dieses Fokusberichts überschreiten. Dennoch sollen einige besonders wichtige Indikatoren beschrieben werden, um einen groben Überblick über das Themenfeld zu geben.

Ein Indikator für die Versorgungskapazitäten ist die Zahl der praktizierenden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte, ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten⁹.

»Die Anzahl an ärztlichem oder therapeutischem Personal je 100.000 EW kann einen Hinweis auf die Versorgung geben, jedoch ist zu beachten, dass z. B. die Arbeitszeit des Personals unberücksichtigt bleibt. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung ist die Anzahl der Niedergelassenen zwar gestiegen, jedoch auch der Trend zur Teilzeit.«

Um die Vergleichbarkeit der Daten zwischen Regionen zu erreichen, wird häufig die Arztdichte, das heißt, die Anzahl an ärztlichem oder therapeutischem Personal je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, verwendet. Diese Kennzahl kann einen Hinweis auf die Versorgung geben, jedoch ist zu beachten, dass z. B. die Arbeitszeit des Personals unberücksichtigt bleibt. Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung ist die Anzahl der Niedergelassenen zwar gestiegen, jedoch auch der Trend zur Teilzeit. Seit 2013 bis 2023 haben sich die Anstellungen zwar verdoppelt (Deutschland), jedoch nahm die Teilzeit-Tätigkeit um 235% im gleichen Zeitraum zu (KBV 2024b).

⁹ Mit Blick auf das Psychotherapeuten-Gesetz müsste es hier lediglich Psychotherapeutin oder Psychotherapeut heißen. Zur besseren Unterscheidbarkeit der Berufsgruppen wird in diesem Bericht jedoch stets „ärztlich“ oder „psychologisch“ vorangestellt. Zudem wird diese Unterscheidung in den hier verwendeten Berufsstatistiken geführt.

Ambulante ärztliche und therapeutische Versorgung

Bei der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind zahlreiche ärztliche und therapeutische Fachgruppen beteiligt. Im Rahmen ärztlicher Fachgruppen sind dies vor allem Ärztinnen und Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie und der ärztlichen Psychotherapie. Zudem spielen die ärztlichen Fachgruppen der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten sowie praktische Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung eine wichtige Rolle. Mit Blick auf die psychotherapeutischen Fachgruppen sind die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten sowie die psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein wichtiger Baustein in der ambulanten Versorgung.

In der ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung standen im Jahr 2013 in Schleswig-Holstein insgesamt 548 niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung (KBV 2024c). Im Jahr 2023 waren es 885 Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Zahl im Jahr 2023 setzt sich zusammen aus 686 psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten und 199 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

»In der ambulanten psychologisch-psychotherapeutischen Versorgung in Schleswig-Holstein arbeiteten 2023 insgesamt 885 niedergelassene psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten - 2013 waren es noch 548.«

Entsprechend hat sich die Therapeutendichte im Zeitraum 2013-2023 von 19,5 auf 29,8 psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 EW sowohl in Deutschland als auch in Schleswig-Holstein stetig erhöht. Mit Blick auf die vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten hat sich die Dichte von 3,7 auf 6,7 Therapeutinnen und Therapeuten je 100.000 EW in Schleswig-Holstein erhöht (Abbildung 23).

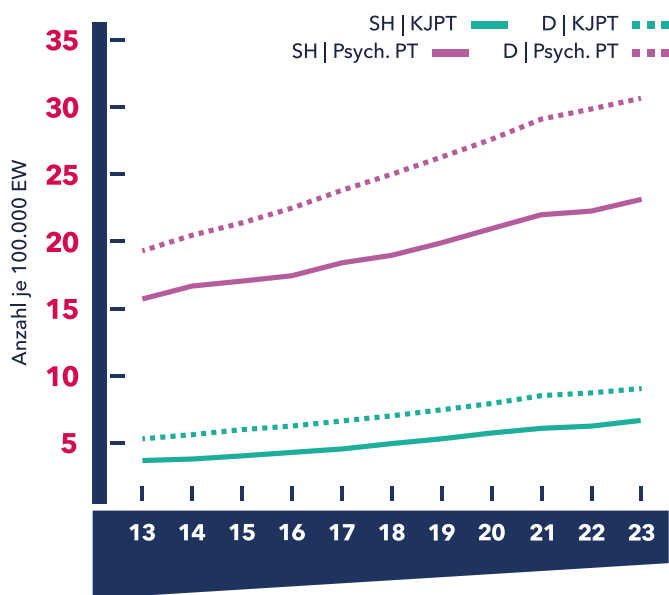


Abb. 23: Anzahl der vertragsärztlich tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten (= KJPT) und der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (= Psych. PT) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland für die Jahre 2013 bis 2023 (Quelle: Bundesarztregister, KBV 2024c).

Die Zahlen sind auch bundesweit gestiegen, allerdings auf einem höheren Niveau (2013: 5,4; 2023: 9,1). Im Jahr 2023 ist die Dichte bei dieser Gruppe entsprechend um 26,3% höher. Ein deutlicher Anstieg ist dabei sowohl in Deutschland (2013: 19,4; 2023: 30,7) als auch in Schleswig-Holstein (2013: 15,8; 2023: 23,1) bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erkennen. Die Dichte der psychologischen Therapeutinnen und Therapeuten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist in Deutschland im Jahr 2023 um 24,7% höher als in Schleswig-Holstein.

»Die Dichte der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner ist in Deutschland im Jahr 2023 um 24,7% höher als in Schleswig-Holstein.«

Abbildung 24 zeigt die zeitlichen Trends für die vertragsärztlich tätigen Fachgruppen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie und der ärztlichen Psychotherapie.

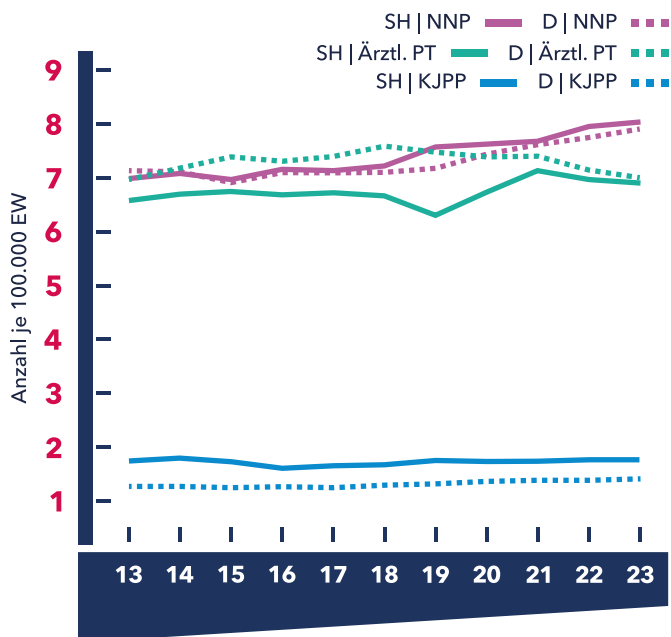


Abb. 24: Anzahl der vertragsärztlich tätigen psychiatrischen und psychotherapeutischen Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein und Deutschland für die Jahre 2013 bis 2023 (Quelle: Bundesarztregister, KBV 2024c).

NNP = Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie, Ärztl. PT = Ärztliche Psychotherapie, KJPP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie je 100.000 EW ist sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland über die Zeit konstant geblieben, wobei die Zahlen in Schleswig-Holstein minimal höher sind als im Bundesgebiet. Auch die Entwicklung der Zahlen im Fachgebiet der Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie haben sich in Schleswig-Holstein und Deutschland mit einer leicht steigenden Tendenz ähnlich entwickelt. Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Fachgruppe der ärztlichen Psychotherapie lag in Schleswig-Holstein mehrere Jahre (2013-2021) unter dem Bundesdurchschnitt, bevor sich die Zahlen angenähert haben.

In Abbildung 25 sind die Entwicklungen über die Zeit für die ärztlichen Fachgruppen der Allgemeinmedizin, der Kinder- und Jugendmedizin, der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten sowie der praktischen Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung dargestellt.

In der Fachgruppe der Allgemeinmedizin ist für Schleswig-Holstein eine stabile Entwicklung zu

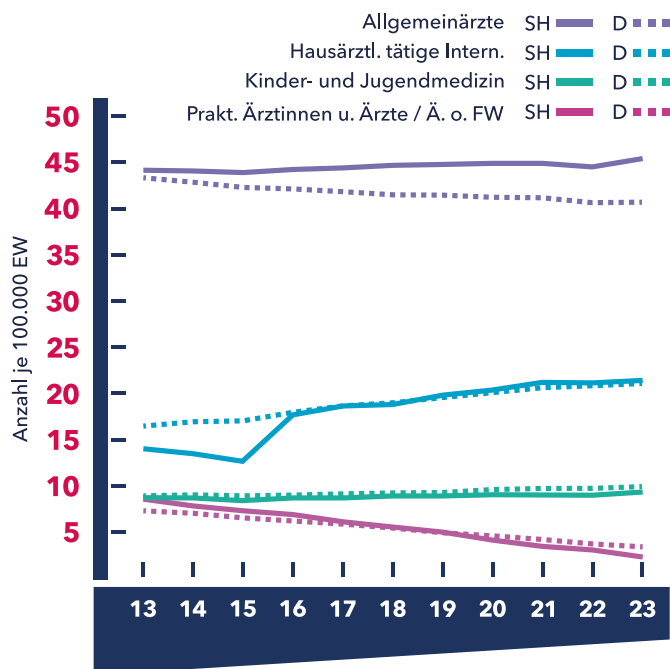


Abb. 25: Anzahl der vertragsärztlich tätigen Hausärztinnen und -ärzte je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) in Schleswig-Holstein und Deutschland für die Jahre 2013 bis 2023 (Quelle: Bundesarztregister, KBV 2024c).

Ärztliche Fachgruppen: Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten, Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte (Kinder- und Jugendmedizin) sowie praktische Ärztinnen und Ärzte bzw. Ärztinnen und Ärzte ohne Facharztweiterbildung.

beobachten, die in Schleswig-Holstein im Jahr 2023 um 10% höher ausfällt als im Bundesgebiet, in dem die Dichte gesunken ist (SH: 45,4; D: 40,8). Für die Gruppe der hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten ist über die Zeit eine Steigerung zu verzeichnen (2013: 14,0; 2023: 21,4). Für die Dichte an Kinder- und Jugendmedizinerinnen und -medizinern lässt sich für Schleswig-Holstein (2013: 8,8; 2023: 9,4) und Deutschland (2013: 9,0; 2023: 9,9) ein geringer Zuwachs konstatieren. Da es sich bei den praktischen Ärztinnen und Ärzten ohne Facharztweiterbildung um ein „Auslaufmodell“ handelt, sinkt die Dichte in dieser Fachgruppe.

Eine Darstellung der Entwicklung in absoluten Zahlen kann dem Anhang entnommen werden (Anhang 10.4: Tabelle 22).

Neben der Arztdichte ist auch die Altersstruktur der Behandlerinnen und Behandler ein wichtiger Faktor in der Versorgungsplanung. Tabelle 5 gibt einen Überblick zur Arztdichte¹⁰ und der

10 Die Zahlen zur Arztdichte in Tabelle 5 weichen ganz leicht von den Zahlen im Textabschnitt darüber ab. Das liegt an den zugrunde gelegten Bevölkerungszahlen, die zur Berechnung der Arztdichte von der KBV und den Autorinnen und Autoren des Berichts herangezogen wurden.

	Arztdichte (je 100.000 EW)		Anteil Ärztinnen und Ärzte >65 Jahre in %		Ø-Alter der Ärztinnen und Ärzte	
	SH	Ø der Länder (o. Stadtstaaten)	SH	Ø der Länder (o. Stadtstaaten)	SH	Ø der Länder (o. Stadtstaaten)
Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten	7,0	5,8	26,1	21,3	60,2	59,3
Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten	30,4	35,1	15,3	12,5	54,1	51,6
Nervenärztinnen und -ärzte	8,2	7,9	10,5	11,6	54,1	54,5
Hausärztl. Fachgruppen	70,9	67,0	12,4	14,7	54,4	54,8
Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater	1,8	1,3	3,8	8,8	54,8	53,7
Kinderärztinnen und -ärzte	9,6	9,9	4,0	7,0	52,3	52,3

Tab. 5: Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Anteil der Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre und Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet in Schleswig-Holstein im Jahr 2023 (Quelle: Bundesarztregister, KBV 2024c); Ø = Durchschnitt

Altersstruktur der Medizinerinnen und Mediziner sowie Therapeutinnen und Therapeuten in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Durchschnitt der übrigen Bundesländer nach Fachgebieten, die hauptsächlich an der Diagnostik und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligt sind. Beim Vergleich mit den übrigen Bundesländern wurden die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin nicht berücksichtigt, da sich in Großstädten eine gänzlich andere Bevölkerungs- und Versorgungsstruktur ergibt, die mit denen eines Flächenlandes nicht vergleichbar ist.

»Die Dichte der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten war im Jahr 2023 etwas höher in Schleswig-Holstein im Vergleich zu den übrigen Flächenländern. Jedoch waren mehr als ein Viertel der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2023 bereits über 65 Jahre alt.«

Die Dichte der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten war im Jahr 2023 in Schleswig-Holstein etwas höher im Vergleich zu den übrigen Flächenländern (SH: 7,0, Länder: 5,8). Mehr als ein Viertel (26,1%) der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten war 2023 bereits über 65 Jahre alt. Der Anteil liegt im Durchschnitt der

Flächenländer etwas niedriger bei 21,3%. Das Durchschnittsalter ist in etwa vergleichbar. Die Dichte der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist in Schleswig-Holstein niedriger im Vergleich zum Durchschnitt der Flächenländer (SH: 30,4, Länder: 35,1). 15,3% der genannten Fachgruppe ist in Schleswig-Holstein älter als 65 Jahre, in den anderen Ländern liegt der Anteil im Durchschnitt bei 12,5%. Entsprechend ist das Durchschnittsalter in Schleswig-Holstein etwas höher (SH: 54,1, Länder: 51,6).

»Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die älter sind als 65 Jahre, liegt in Schleswig-Holstein mit 3,8% unter dem Durchschnitt der Flächenländer (8,8%).«

Die Dichte der Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater liegt mit 1,8 Ärztinnen und Ärzten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Bundesvergleich gemeinsam mit Niedersachsen vor anderen Flächenländern. Der Anteil der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die älter sind als 65 Jahre, liegt in Schleswig-Holstein mit 3,8% unter dem Durchschnitt der Flächenländer (8,8%). Das Durchschnittsalter ist jedoch vergleichbar. Vergleichbar ist auch das Alter der Nervenärztinnen und -ärzte sowie der hausärztlichen Fachgruppen.

Die regionale Verteilung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte illustriert Abbildung 26.

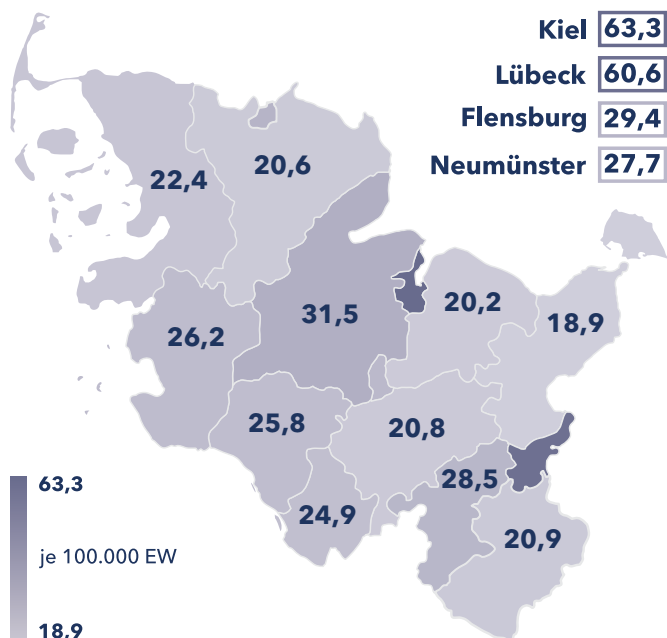


Abb. 26: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EW in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins im Jahr 2023 (Quelle: Bundesarztregister, KBV 2024c).

Hier fällt der Unterschied zwischen den Städten Kiel (63,3 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EW) und Lübeck (60,6 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EW), in denen die Versorgungsdichte hoch ist, zu den Landkreisen auf, zwischen denen es große Versorgungsunterschiede gibt. Die Anzahl psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 EW schwankt zwischen 18,9 in Ostholstein und 31,5 in Rendsburg-Eckernförde. In den städtischen Zentren werden jedoch auch Patientinnen und Patienten aus dem Umland behandelt. Eine Übersicht der Arztdichte in den weiteren Fachgruppen in den Kreisen und kreisfreien Städten ist im Anhang zu finden (Anhang 10.4: Tabelle 23).

»Neben der Dichte von ärztlichem und therapeutischem Personal stellen Wartezeiten auf eine Therapie einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt für eine bedarfsdeckende Versorgung dar.«

Neben der Dichte von ärztlichem und therapeutischem Personal stellen Wartezeiten auf eine Therapie einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt für eine bedarfsdeckende Versorgung dar. Laut Bundespsychotherapeutenkammer liegt die durchschnittliche Wartezeit in Deutschland zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn bei 142,4 Tagen nach Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (BPtK 2022). Nach einer Datenauswertung des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) für das Jahr 2021 erhielten 75,1% der Versicherten in Deutschland spätestens drei Wochen nach der letzten Sprechstunde einen ersten Probatorik¹¹-Termin (Malinke 2023). 61,5% der Versicherten konnten zudem ihre Richtlinien-therapie spätestens weitere drei Wochen nach der letzten probatorischen Sitzung beginnen (Malinke 2023). Die Daten zeigen jedoch auch, dass 9,5% (zwischen Sprechstunde und Probatorik) bzw. 16,3% (zwischen Probatorik und Richtlinien-therapie) jeweils mehr als 42 Tage warten mussten (Malinke 2023). Zudem weist der vdek darauf hin, dass Wartezeiten vor der ersten Sprechstunde nicht abgebildet werden können (Malinke 2023). Studien geben Hinweise, dass die Psychiatriestrukturenreform aus dem Jahr 2017 zur Folge hat, dass sich Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie tendenziell verlängert und Wartezeiten auf eine Akutbehandlung verkürzt haben (Singer et al. 2022).

Darüber hinaus ist es mit der steigenden Anzahl an Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte, die auch aufgrund dessen überproportional von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen betroffen sind, von zunehmender Bedeutung, sprach- und kultursensible Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zu ermöglichen (Mörath et al. 2022, Eller & Berg 2023).

11 Probatorik: Vor einer Kurz- oder Langzeittherapie finden mindestens zwei probatorische Sitzungen statt - möglich sind bis zu vier bei Erwachsenen und bis zu sechs bei Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch, wenn eine Sprechstunde und/oder Akutbehandlung durchgeführt wurde (Kassenärztliche Bundesvereinigung).

Voll- und teilstationäre klinische Versorgung

Im aktuell gültigen Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein gibt es derzeit 2.027 Planbetten im Fachbereich Psychiatrie, 461 Planbetten im Fachbereich Psychosomatik sowie 301 Planbetten im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Schleswig-Holsteinischer Landtag 2023¹²). Weiterhin sind 998 tagesklinische psychiatrische Plätze, 110 tagesklinische psychosomatische und 206 tagesklinische Plätze im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgewiesen.

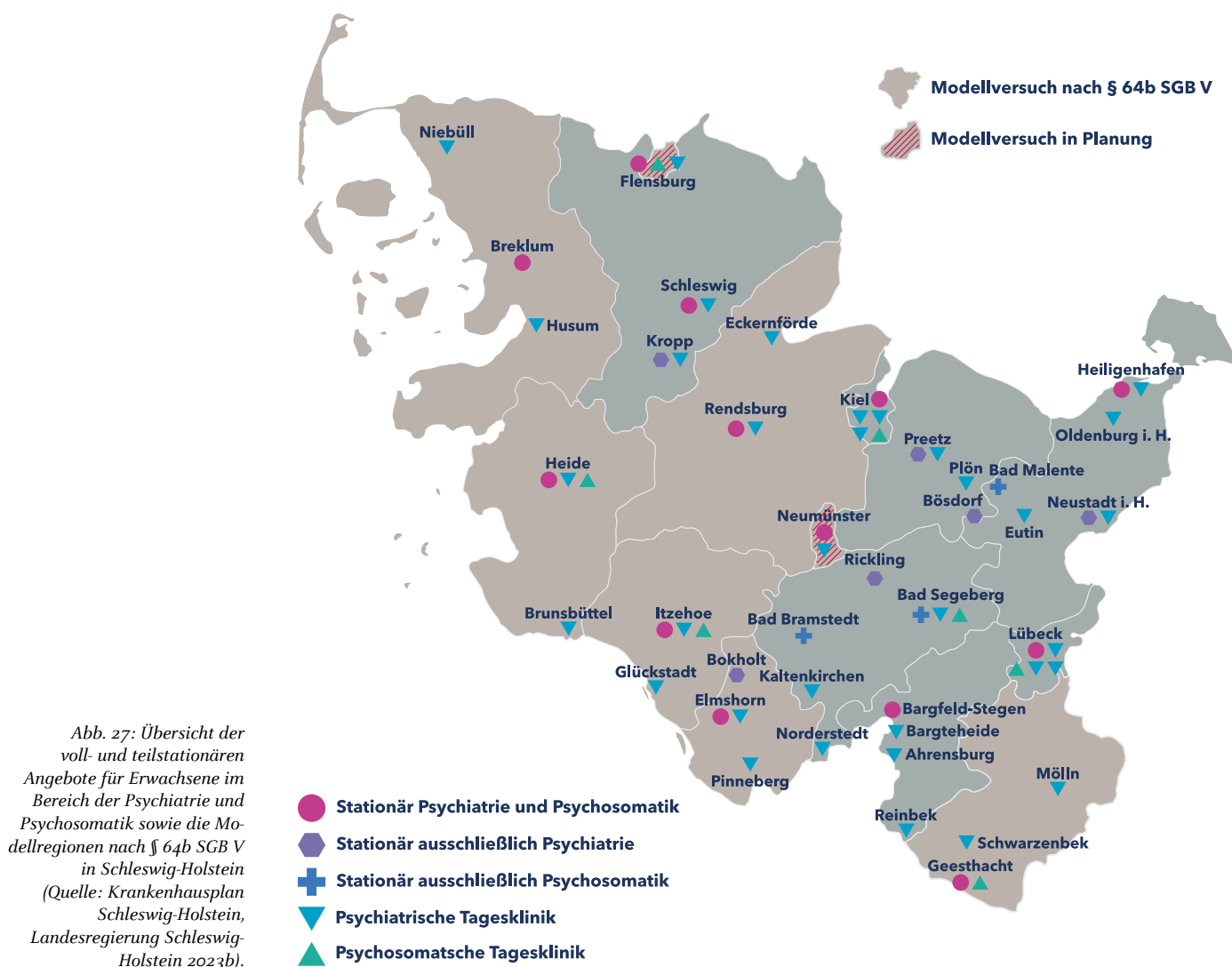
Die Verteilung der voll- und teilstationären Angebote für Kinder, Jugendlichen und Erwachsene auf die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein ist in den Abbildungen 27 und 28 dargestellt. Eine Zuordnung der Betten und Behandlungsplätze auf die Kreise und kreisfreien Städte und die jeweiligen

»In Schleswig-Holstein gibt es derzeit 2.027 Planbetten im Fachbereich Psychiatrie, 461 Planbetten im Fachbereich Psychosomatik sowie 301 Planbetten im Fachbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.«

Einrichtungen kann zudem den Tabellen 24 und 25 im Anhang (10.4) entnommen werden.

Abbildung 27 zeigt eine Übersicht der vollstationären und teilstationären Angebote für Erwachsene im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik in Schleswig-Holstein sowie die Modellregionen nach § 64b SGB V (Regionalbudget).

Abbildung 28 zeigt eine Übersicht der stationären und teilstationären Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein.



12 Anfrage der Abgeordneten Birte Pauls (SPD) und Antwort der Landesregierung - Ministerin für Justiz und Gesundheit, [als PDF zum Download](#)

Abb. 28: Übersicht der voll- und teilstationären Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein (Quelle: Krankenhausplan Schleswig-Holstein, Landesregierung Schleswig-Holstein 2023b).

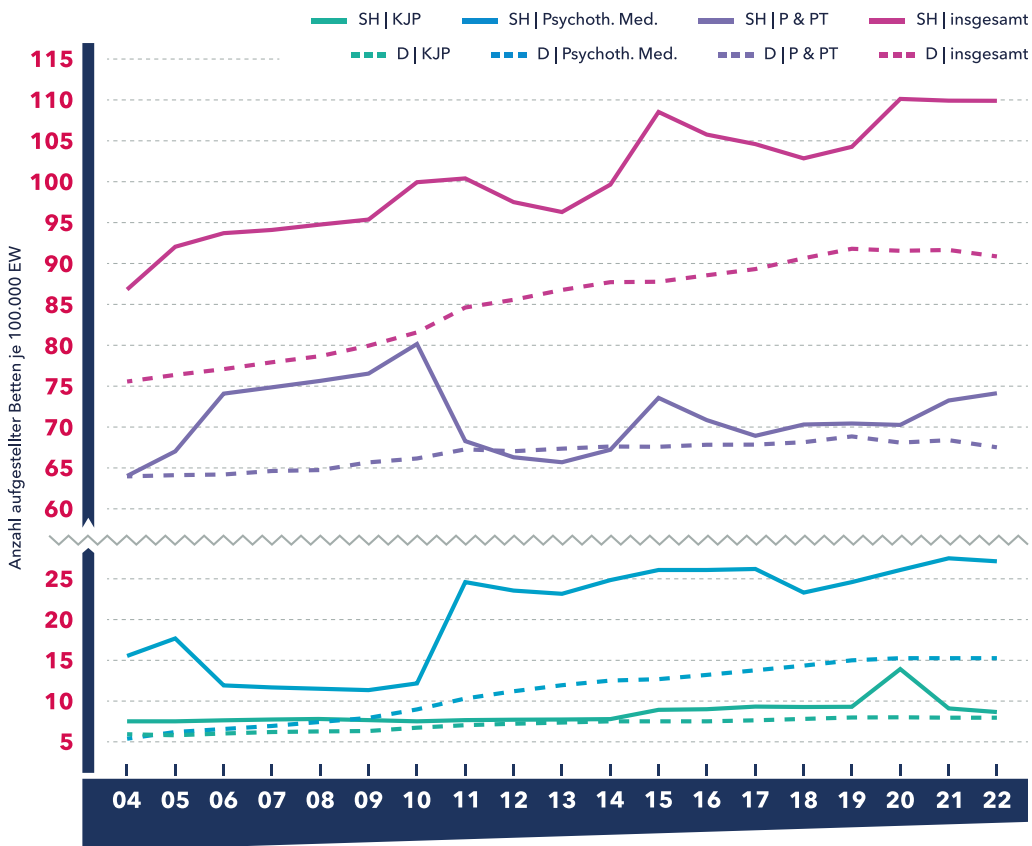
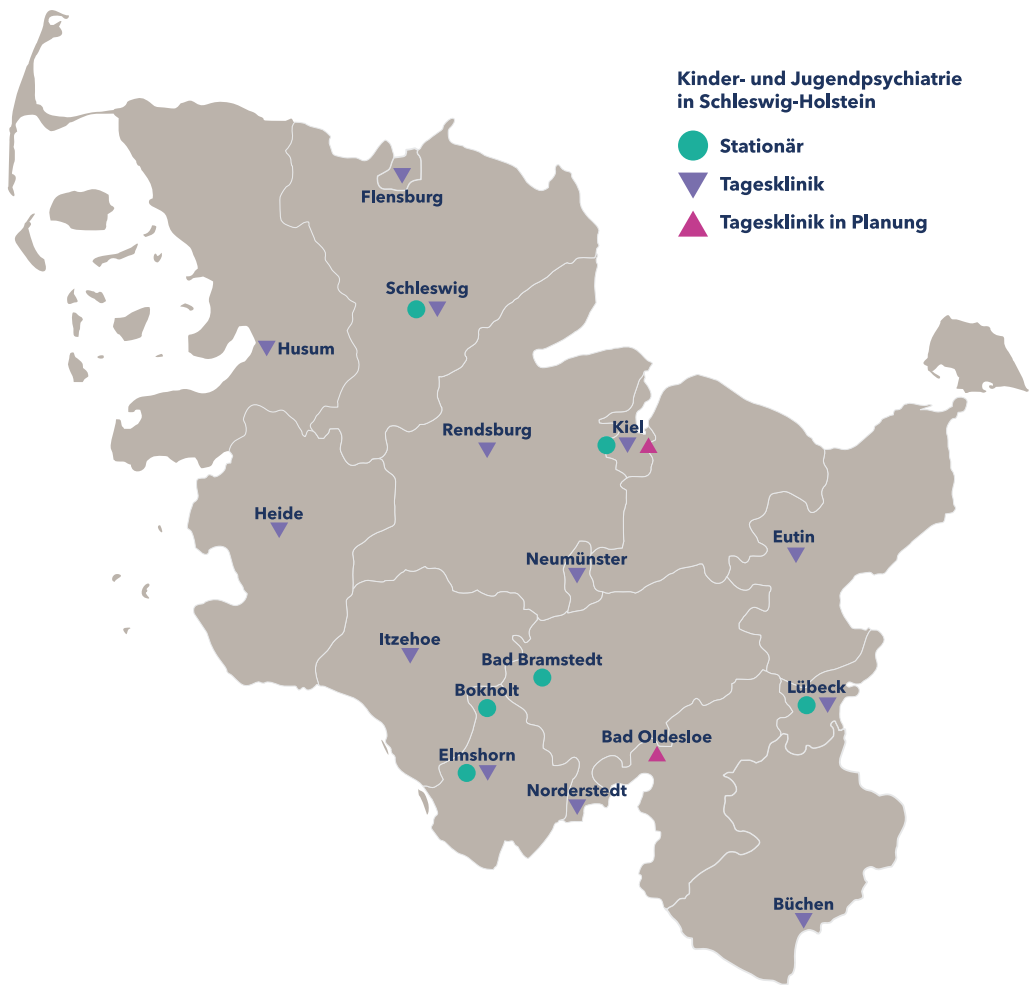


Abb. 29: Trends in der Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (EW) nach Fachabteilung in Schleswig-Holstein und Deutschland (Quelle: Krankenhausstatistik, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2024).

KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Psychoth. Med. = Psychotherapeutische Medizin, P & PT = Psychiatrie und Psychotherapie.

In den psychiatrischen Fachabteilungen¹³ der Krankenhäuser hat die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland im Zeitraum zwischen 2004-2022 zugenommen (Abbildung 29). Im Jahr 2004 waren es in Schleswig-Holstein 87,5 (Deutschland: 75,5) aufgestellte Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und im Jahr 2022 waren es 109,9 (Deutschland: 90,8). Das entspricht einem Anstieg um 25,6% (Deutschland: 20,3%). Die Anzahl der Betten und der Anstieg bei den Betten fällt in Schleswig-Holstein folglich höher aus als der Bundesdurchschnitt.

»Die Anzahl der Betten und der Anstieg bei den Betten der vollstationären Psychiatrie fällt in Schleswig-Holstein höher aus als der Bundesdurchschnitt.«

Die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 EW im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kinder- und Jugendpsychotherapie liegt in Schleswig-Holstein in etwa im Bundesdurchschnitt (2022: SH = 8,6; D = 8,0). In der Zeit von 2004 bis 2022 ist die Zahl der Betten in dem

Bereich in Schleswig-Holstein (14,2%) weniger angestiegen als im gesamten Bundesgebiet (36,8%).

»Die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 EW im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Kinder- und Jugendpsychotherapie liegt in Schleswig-Holstein in etwa im Bundesdurchschnitt.«

Die Bettenanzahl im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie liegt in Schleswig-Holstein über dem Bundesdurchschnitt (2022: SH = 74,1; D = 67,6). In der Zeit von 2004 bis 2022 ist die Zahl der Betten in dem Bereich in Schleswig-Holstein (15,3%) stärker angestiegen als im gesamten Bundesgebiet (5,2%).

Die Anzahl der aufgestellten Betten in Fachabteilungen der psychotherapeutischen Medizin / Psychosomatik liegt in Schleswig-Holstein deutlich über dem Bundesdurchschnitt (2022: SH = 27,2; D = 15,2). In der Zeit von 2004 bis 2022 ist die Zahl der Betten in diesen Fachabteilungen in Schleswig-Holstein (73,4%) relativ stark angestiegen, jedoch weniger stark als in Deutschland insgesamt (184,7%).

13 Mit psychiatrischen Fachabteilungen sind in diesem Fall die Kinder- und Jugendpsychiatrie / Kinder- und Jugendpsychotherapie, die Psychiatrie und Psychotherapie sowie die psychotherapeutische Medizin / Psychosomatik gemeint. Die Einteilung wird durch die Krankenhausstatistik vorgegeben.

4.3

Beteiligte Fachgruppen und Versorgungsleistungen

Der Frage, welche ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen zu welchem Anteil an der Diagnostik und Versorgung der psychischen und Verhaltensstörungen beteiligt sind, gehen die folgenden Auswertungen grob nach. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit dieser Frage würde den Rahmen des vorliegenden Berichts überschreiten. Zur Untersuchung dieser Fragestellung wurden anhand der Fachgruppenschlüssel der lebenslangen Arztnummer (LANR) sechs Gruppen der Behandelnden gebildet, bei welchen eine Versorgung psychischer und Verhaltensstörungen naheliegt (Abbildung 30). Es werden sowohl die pädiatrischen Fachgruppen als auch die entsprechenden Behandelnden für Erwachsene betrachtet. In Abbildung 30 werden die Anteile der Kinder und Jugendlichen sowie die der Erwachsenen dargestellt, die

mindestens einmal im Jahr 2020 Kontakt zu einer Fachgruppe hatten, die in Zusammenhang mit der Diagnostik einer psychischen und Verhaltensstörung aus dem F-Kapitel steht.

»Eine Schlüsselrolle spielen bei den Erwachsenen die Hausärztinnen und -ärzte, die im Jahr 2020 in mehr als 80% der Fälle an der Versorgung beteiligt waren. Ca. 75% der betroffenen Kinder und Jugendlichen wurden von Kinderärztinnen und -ärzten behandelt.«

Eine Schlüsselrolle über alle Störungsbilder hinweg spielen bei den Erwachsenen die Hausärztinnen und -ärzte, die im Jahr 2020 in über 80% der Fälle an der Versorgung beteiligt waren. Ca. 75% der betroffenen Kinder und Jugendlichen wurden von Kinderärztinnen und -ärzten gesehen, etwa 15% der Versicherten unter 18 Jahre wurden vom Hausarzt versorgt, insbesondere Jugendliche mit affektiven Störungen (F3). Diese beiden ärztlichen Fachgruppen begleiten die Patientinnen und Patienten

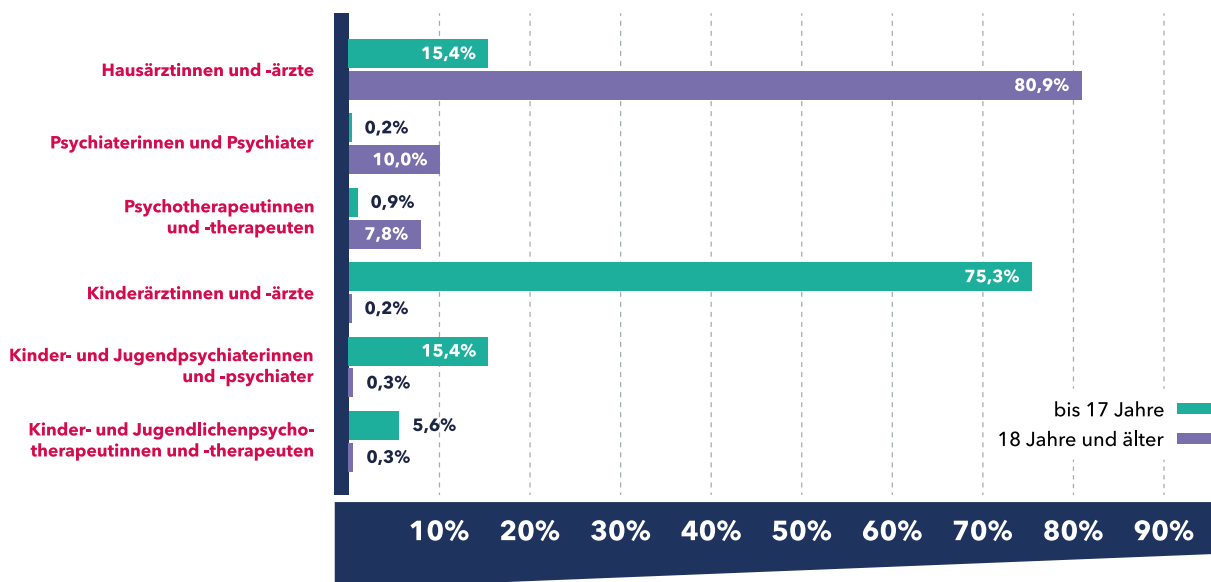


Abb. 30: Anteile der Inanspruchnahme von ärztlichen und therapeutischen Fachgruppen für die Diagnosekategorie M1Q (= eine F-Diagnose in mindestens einem Quartal des Jahres) bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) und Erwachsenen (18 Jahre und älter) in ambulanter Versorgung im Jahr 2022 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Hinweise: 1) Die Summe der Anteile in den Altersgruppen kann mehr als 100% betragen, da es zu „Mehrfachzählungen“ kommen kann, wenn eine Patientin oder ein Patient mehrere unterschiedliche F-Diagnosen hat und mit diesen bei unterschiedlichen Fachgruppen in Behandlung ist und deren Leistungen abgerechnet werden. Zudem kann die Summe auch weniger als 100% betragen, wenn eine Fachgruppe beteiligt ist, die in der Abbildung nicht dargestellt wird.

2) Die Gruppe der Psychotherapeutinnen und -therapeuten umfasst psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

häufig über eine längere Zeit hinweg, nehmen als erster Baustein im Versorgungspfad daher auch eine „Lotsenfunktion“ ein und koordinieren die Zuweisung zur spezialärztlichen und nicht-ärztlichen, therapeutischen Behandlung. Zudem sind die Pädiater und Pädiaterinnen hauptsächlich für die Diagnostik der häufig auftretenden Entwicklungsstörungen (F8) zuständig.

Weitaus weniger, rund 10% der Erwachsenen, wurden von einem Psychiater bzw. einer Psychiaterin gesehen und rund 8% von einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin. Ähnlich ist es bei den Kindern und Jugendlichen. Ca. 15% wurden mit einer Diagnose bei einem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychiaterin und knapp 6% bei einem Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/-psychotherapeutin registriert.

Für die nachfolgende Betrachtung der Inanspruchnahme der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsleistungen wurden in Anlehnung an Steffen et al. (2018) die abgerechneten Gebührenordnungspositionen der Fachbereiche Psychiatrie und Psychotherapie in drei Hauptgruppen nach Behandlungsintensität eingeteilt, die Abbildung 31 illustriert. Bei der Interpretation der Inanspruchnahme sind viele Effekte zu berücksichtigen, so spielen Schweregrad, die dadurch bedingten Einschränkungen, der individuelle Behandlungswunsch und das Versorgungsangebot eine erhebliche Rolle.

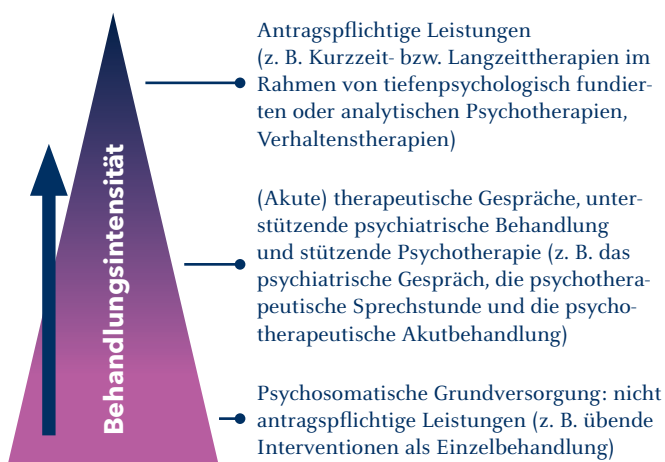


Abb. 31: Gruppierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für das Jahr 2020 nach Behandlungsintensität (Eigene Darstellung in Anlehnung an Steffen et al. 2018, Grundlage waren die Leistungen der Kapitel 14, 21, 22, 23 und 35; Quelle: KVB).

»2020 nahmen ein Drittel der erwachsenen Patientinnen und Patienten mit F-Diagnose in Schleswig-Holstein ein therapeutisches Behandlungsangebot im Rahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung in Anspruch.«

Insgesamt nahmen im Jahr 2020 ein Drittel der 810.677 erwachsenen Patientinnen und Patienten in Schleswig-Holstein, die im Jahr 2020 eine F-Diagnose (M1Q) hatten, ein therapeutisches Behandlungsangebot im Rahmen der psychotherapeutischen Grundversorgung in Anspruch (Abbildung 32). Im Jahr 2011 war der Anteil mit 47,7% deutlich höher (von insgesamt 678.633 Patientinnen und Patienten). Über den gesamten Zeitraum von 2011 bis 2020 ist eine Abnahme des Anteils der Betroffenen zu beobachten, der eine Leistung aus dem Spektrum der psychosomatischen Grundversorgung erhielt bzw. in Anspruch nahm. Weniger stark zurückgegangen sind bei den Erwachsenen Leistungen aus der Gruppe zwei, die die akuten und unterstützenden therapeutischen und psychiatrischen Behandlungen beinhaltet. Hier wurden 2011 bei 26,9% der Betroffenen Leistungen abgerechnet und 2020 bei einem Anteil von 21,4%. Der Anteil hat sich in den letzten fünf Beobachtungsjahren geringfügiger verändert als zwischen 2011 und 2015. Am stabilsten über die Zeit ist die Gruppe der Patientinnen und Patienten, die eine Versorgung aus der Gruppe der antragspflichtigen Leistungen¹⁴ in Anspruch nehmen. Ihr Anteil liegt ca. bei 5%.

»Bei der Interpretation der Inanspruchnahme sind viele Effekte zu berücksichtigen, so spielen Schweregrad, die dadurch bedingten Einschränkungen, der individuelle Behandlungswunsch und das Versorgungsangebot eine erhebliche Rolle.«

¹⁴ Dazu gehören: Kurz- und Langzeittherapien im Einzel- und/oder Gruppensetting in den Richtlinienverfahren Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, analytische Psychotherapie und seit 2018 die systemische Therapie (siehe auch Kapitel 4.1).

»Weniger Kinder und Jugendliche, die im Jahr 2020 mindestens eine F-Diagnose hatten, wurden mit einer Leistung aus der psychosomatischen Grundversorgung behandelt (8,7% der Fälle). Viele Kinder und Jugendliche werden, z. B. aufgrund von den häufigen Entwicklungsstörungen, durch Heilmittelerbringer behandelt.«

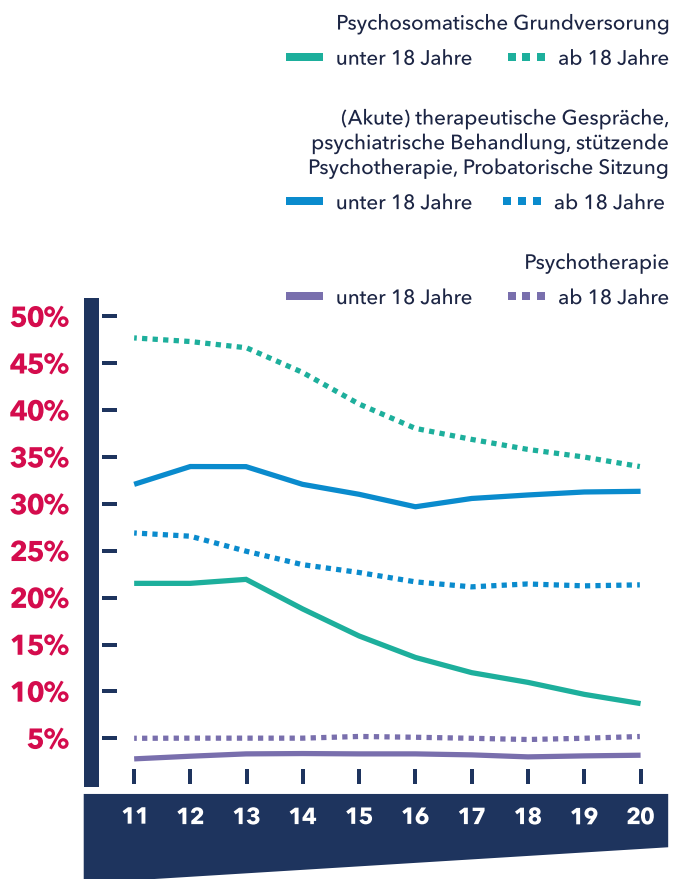


Abb. 32: Anteile der Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen (0 bis 17 Jahre) und Erwachsenen (18 Jahre und älter) mit mindestens einer F-Diagnose in einem Quartal (M1Q) in den Jahren 2011 bis 2020 in Schleswig-Holstein (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Deutlich weniger Kinder und Jugendliche, die im Jahr 2020 mindestens eine F-Diagnose hatten (Anzahl = 121.082), wurden mit einer Leistung aus der psychosomatischen Grundversorgung behandelt (8,7% der Fälle). Das ist zum Teil dadurch begründet, dass z. B. Entwicklungsstörungen bei den Kindern eine häufige Diagnosegruppe darstellen und oftmals keine Versorgung aus dem Bereich der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Leistungen angezeigt ist. Viele Kinder und Jugendliche werden zudem durch Heilmittelerbringer, wie z. B. Ergotherapeuten und -therapeutinnen, Logopädinnen und Logopäden oder Heilpädagogen bzw.

-pädagoginnen behandelt.

Kinder und Jugendliche mit affektiven Störungen (F3) zeigten 2020 die höchste Inanspruchnahme der psychosomatischen Grundversorgung und der Psychotherapie, gefolgt von Heranwachsenden mit neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen (F4). Eine geringe Inanspruchnahme dieser Leistungen ist erwartungsgemäß bei den Entwicklungsstörungen (F8) zu erkennen. Die affektiven Störungen (F3) und die neurotischen, somatoformen und Belastungsstörungen (F4) zeigten auch bei den weiteren Therapieformen die höchste Inanspruchnahme.

Erwachsene mit neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) und affektiven Störungen (F3) waren die drei häufigsten Gruppen in der psychosomatischen Grundversorgung. Psychiatrische Behandlung, stützende Psychotherapie und akute therapeutische Gespräche wurden insbesondere von Personen mit Erkrankungen aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6), der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9) und affektiven Störungen (F3) wahrgenommen. Psychotherapie kam bei den Diagnosegruppen F6, F3 und F4 ebenfalls am häufigsten zur Anwendung (Angaben beziehen sich auf das Jahr 2020).



5

Folgen für die Menschen und die Gesellschaft

Wenn ein Mensch psychisch erkrankt, hat dies soziale Folgen, die beispielsweise durch Stigmatisierungserfahrungen in Einbußen in der Lebensqualität, Funktionsfähigkeit und Teilhabe münden können (Kapitel 5.1). Neben dem individuellen Leid und den sozialen Folgen für die Betroffenen, ihre Familie und das Umfeld haben Erkrankungen immer auch eine volkswirtschaftliche Komponente. In Kapitel 5.2 wird zu diesem Zweck ein Ansatz vorgestellt, um die Bedeutung von unterschiedlichen Erkrankungen für die Gesellschaft mit Zahlen standardisiert zu erfassen. In den Folgekapiteln (5.3, 5.4, 5.5) wird anhand von Daten der Deutschen Rentenversicherung und den Krankenkassen an den Themen Reha-Leistungen, Erwerbsminderungsrente und Arbeitsunfähigkeit gezeigt, welche Bedeutung psychische und Verhaltensstörungen für die Arbeitswelt und die Gesellschaft insgesamt haben – und welche Potenziale folglich in der Prävention und Gesundheitsförderung stecken (Kapitel 6).

»Wenn Menschen psychisch erkranken, hat das weitreichende Folgen für die betroffenen Personen, ihre Angehörigen und das soziale Umfeld - und auch die Gesellschaft insgesamt.«

5.1

Soziale Folgen von psychischen Erkrankungen

In der Forschung und Behandlung psychischer Erkrankungen lag der Fokus viele Jahre lediglich auf der symptomorientierten Sicht (Huss 2022). Erst später verlagerte sich der Blick zunächst auf Aspekte der Lebensqualität und schließlich auf eine funktionsorientierte Sicht, die die Funktionalität und Teilhabe der Menschen betont (Huss 2022). Lebensqualität ist dabei als ein multidimensionales Konzept zu verstehen, das die Themen emotionales Wohlbefinden, soziale Beziehungen, materielles Wohlbefinden, Selbstbestimmung, soziale Inklusion und Rechte berücksichtigt (Bienstein & Sarimski 2014). Entsprechend verwundert es nicht, dass die Lebensqualität eng mit der psychischen Gesundheit verbunden ist. Zahlreiche Studien zeigen, dass die Lebensqualität mit dem Vorhandensein von psychischen Belastungen und psychischen Störungen niedriger ist bzw. sinkt (Connell et al. 2012, Connell et al. 2014).

Ähnlich wie das Konzept der Lebensqualität ist auch der Ansatz der Funktionseinschränkungen mehrdimensional. Der Ansatz umfasst Einschränkungen der Fähigkeit, den Alltag unabhängig und eigenständig zu bewältigen und mit der Umwelt bzw. dem Umfeld zu interagieren (Millan-Calenti et al. 2010). Der Grad der Funktionseinschränkungen wird dabei häufig gemessen, indem Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. Körperpflege, Ankleiden und Essen, oder instrumentelle Tätigkeiten, wie z. B. das Zubereiten von Mahlzeiten, Hausarbeit, die Handhabung finanzieller Angelegenheiten, die Einnahme von Medikamenten usw., erfragt werden (Chalise et al. 2008). Auch mit Blick auf funktionelle Einschränkungen im täglichen Leben wurde beobachtet, dass Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben mehr Schwierigkeiten haben (Fisher et al. 2021). Das trifft insbesondere auf Menschen zu, die an mehreren Krankheiten leiden, bei der eine psychischer Natur ist (Fisher et al. 2021).

»Eine Befragung unter wohnungslosen Menschen ergab, dass etwa zwei Drittel der Befragten bereits vor der Wohnungslosigkeit an einer psychischen Erkrankung litten.«

Die Einschränkungen erhöhen unter anderem das Risiko, in die Wohnungslosigkeit zu geraten. So ergab eine Befragung unter wohnungslosen Menschen, dass etwa zwei Drittel der Befragten bereits vor der Wohnungslosigkeit an einer psychischen Erkrankung litten (Bäumel et al. 2017). Ein Großteil der Betroffenen nahm erst nach dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit eine ambulante oder stationäre Erstbehandlung in Anspruch (Bäumel et al. 2017).

»Für Menschen, die an psychischen Störungen leiden, stellen sich nicht nur Fragen der Alltagsbewältigung, sondern auch die Herausforderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe.«

Das heißt, für Menschen, die an psychischen Störungen leiden, können sich nicht nur Fragen der Alltagsbewältigung in besonderer Weise stellen, sondern auch die Herausforderung der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe. Ein soziales Umfeld, das auch enge Beziehungen zu anderen Menschen beinhaltet, spielt sowohl für die körperliche als auch die seelische Gesundheit eine positive Rolle (Cohen 2004, Uchino 2006). Auch die berufliche Teilhabe kann durch psychische Störungen in vielfältiger Weise betroffen sein. „Die Chancen auf eine nachhaltige Integration in den regulären Arbeitsmarkt hängen vom Zusammenspiel der individuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, von den Arbeitsanforderungen und weiteren Kontextfaktoren ab“ (Gühne et al. 2020). Studien belegen, dass die Arbeitslosigkeit bei Menschen mit psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich hoch ist, obwohl der größere Teil von ihnen arbeiten möchte (Gühne et al. 2020). So sind psychische Erkrankungen seit vielen Jahren die Hauptursache für ein vorzeitiges gesundheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (siehe Kapitel 5.4). Entsprechend gewinnt die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung immer weiter an Bedeutung (siehe Kapitel 5.3).

»Auch die berufliche Teilhabe kann durch psychische Störungen in vielfältiger Weise betroffen sein.«

„Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigungen eine reguläre Erwerbstätigkeit gar nicht erst aufnehmen, bleibt oft nur eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen. Der Anteil der psychisch kranken Menschen in diesen Werkstätten steigt stetig an und liegt mittlerweile bei mehr als 20 Prozent. Insgesamt sind das [deutschlandweit] circa 60.000 Menschen. Den Betroffenen gelingt es jedoch nur selten, aus diesen Einrichtungen auf den ersten Arbeitsmarkt zu wechseln“ (Gühne et al. 2020). Das heißt, das Risiko der Arbeitslosigkeit, des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben oder des Nachgehens einer beschützten Tätigkeit steigt mit einer psychischen Erkrankung.

Zudem sind Einsamkeit, soziale Isolation und das Alleinleben Risikofaktoren für zahlreiche Erkrankungen und eine erhöhte Mortalität (Valtorta et al. 2016, Holt-Lunstad et al. 2015, siehe auch Kapitel 2). Bei Menschen, die beispielsweise an einer Depression erkranken, prägt die Erkrankung das soziale Umfeld und andersherum, das heißt, die sozialen Beziehungen haben auch einen Einfluss auf die Erkrankung. Entsprechend kann soziale Isolation sowohl (Mit-)Ursache als auch die Folge einer Depression sein (Kawachi & Berkman 2001, Marroquín & Nolen-Hoeksema 2015).

»Soziale Isolation kann sowohl (Mit-)Ursache als auch die Folge einer Depression sein.«

Mit sozialen Beziehungen gehen unter anderem Gefühle der Zugehörigkeit, Teilhabe und Vertrauen einher (Choenarom et al. 2005, De Silva 2005). Wenn diese wichtigen Lebensaspekte im Zuge einer psychischen Erkrankung ins Wanken geraten, können Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen einen zusätzlichen negativen Effekt auf das Wohlbefinden der erkrankten Menschen haben (Quinn et al. 2015). Zudem berichtet ein erheblicher Teil der Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, dass sie nicht nur Stigmatisierungserfahrungen in Begegnungen mit anderen

Menschen machen, sondern auch Selbststigmatisierung erleben (Hansson et al. 2014). „Selbststigmatisierung“ meint die Verinnerlichung von negativen Vorurteilen und Stereotypen (Oexle et al. 2018). Dies kann nicht nur den Prozess der Selbstbestimmung und -verantwortung (empowerment), sondern auch die Wiedergesundung (recovery) der betroffenen Menschen behindern (Oexle et al. 2018). Gleichzeitig ist zu beobachten, dass Menschen, die aus anderen Gründen Diskriminierung erfahren, wie z. B. durch Rassismus oder Sexismus, im Mittel eine schlechtere seelische Gesundheit aufweisen (Vargas et al. 2020, siehe auch Kapitel 2).

»Die Gesamtkosten aufgrund psychischer Erkrankungen werden für Deutschland auf rund 147 Mrd. € pro Jahr geschätzt.«

Wie oben beschrieben erzeugen Krankheiten nicht nur individuelles Leid für die Betroffenen und das soziale Umfeld, sondern auch gesamtgesellschaftliche und volkswirtschaftliche Kosten. Psychische Erkrankungen gehören zu den kostenintensivsten Erkrankungen. Die Gesamtkosten aufgrund psychischer Erkrankungen werden für Deutschland auf rund 147 Mrd. € pro Jahr geschätzt, was einem Anteil von 4,8 % am Bruttoinlandsprodukt entspricht (Riedel-Heller et al. 2023). „[A]llein die direkten Krankheitskosten psychischer Störungen betragen in Deutschland fast 50 Mrd. € jährlich“ (Kuhn et al. 2023).

5.2

Krankheitslast und verlorene gesunde Lebensjahre

Um die Bedeutung von unterschiedlichen Erkrankungen für die Gesellschaft mit Zahlen standardisiert zu erfassen und zu vergleichen, wurde das Konzept der Krankheitslast entwickelt. „Unter Krankheitslast (Burden of Disease) versteht man die datenbasierte Darstellung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung. Welche Krankheitslast entsteht durch gesundheitliche Einschränkungen (Morbidität) und Tod (Mortalität), wie groß ist die Krankheitslast insgesamt?“ (RKI 2021). Dabei geben im Wesentlichen drei Kennzahlen Auskunft über das Ausmaß der Krankheitslast, die für einzelne Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen ausgewiesen werden können (RKI 2021). Zum einen kann der Teil der Krankheitslast berechnet werden, der durch gesundheitliche Einschränkungen (Art, Schwere und Dauer der Erkrankung) entsteht (Years lived with disability – YLD) (RKI 2021). Zum Zweiten kann der Teil der Krankheitslast berechnet werden, der zu frühzeitigen Todesfällen führt, indem die Differenz zwischen dem Alter zum Zeitpunkt des Todes und statistischer Restlebenserwartung ermittelt wird (Years of life lost – YLL) (RKI 2021). Um die Krankheitslast insgesamt zu beschreiben, wird die Summe aus der morbiditäts- und mortalitätsbedingten Krankheitslast gebildet und als verlorene gesunde Lebensjahre (Disability-adjusted life years – DALY) ausgegeben (RKI 2021).

»Um die Bedeutung von unterschiedlichen Erkrankungen für die Gesellschaft mit Zahlen standardisiert zu erfassen und zu vergleichen, wurde das Konzept der Krankheitslast entwickelt.«

Diese DALYs wurden im Rahmen des Forschungsprojektes BURDEN 2020 für eine ganze Reihe von Erkrankungen für Deutschland berechnet (Porst et al. 2022). Dabei wird deutlich, dass psychische und

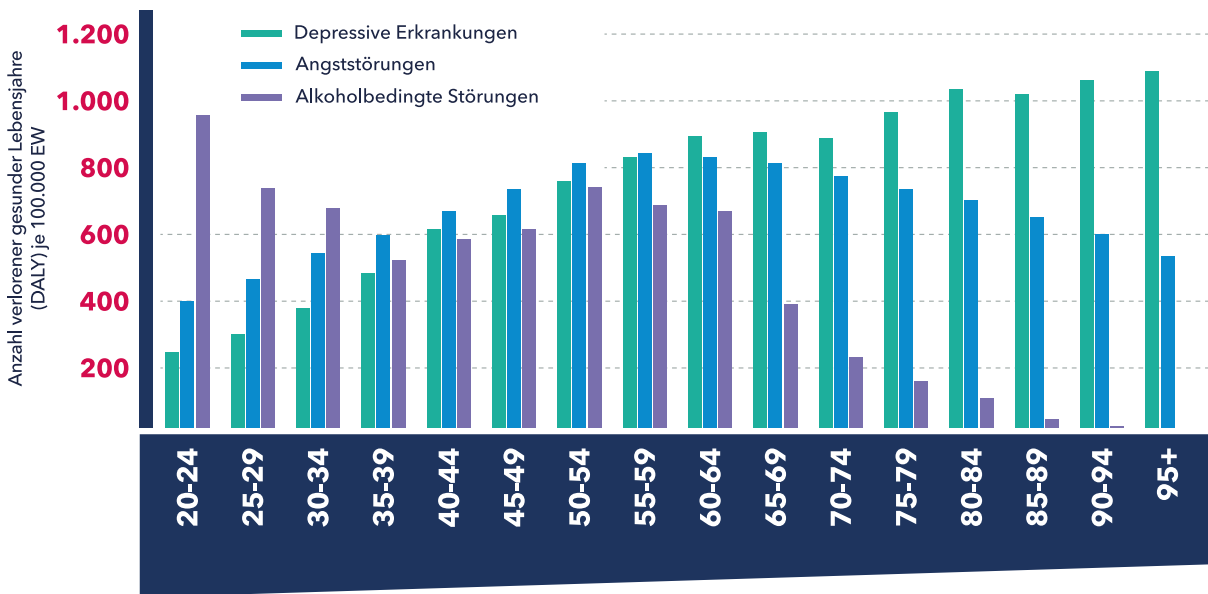


Abb. 33: Krankheitslast in Deutschland insgesamt (DALY pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) nach psychischen und Verhaltensstörungen und Altersgruppen (Quelle: Porst et al. 2022, eigene Darstellung).

Verhaltensstörungen eine große Rolle spielen – und zwar sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Bei Frauen liegen Angststörungen auf Platz 10, depressive Erkrankungen auf Platz 11 und alkoholbedingte Störungen auf Platz 15 bezogen auf den Anteil von verlorenen gesunden Lebensjahren (Porst et al. 2022). Bei Männern sind die alkoholbezogenen Störungen auf Platz 7, Angststörungen auf Platz 12 und depressive Erkrankungen auf Platz 15 zu finden (Porst et al. 2022). Dabei wird auch deutlich, dass die drei genannten Erkrankungen je nach Lebensalter einen unterschiedlich großen Anteil an den verlorenen gesunden Lebensjahren insgesamt ausmachen. Abbildung 33 zeigt die Krankheitslast in Deutschland insgesamt (DALY pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) nach psychischen und Verhaltensstörungen in Abhängigkeit vom Lebensalter.

»Psychische Erkrankungen machen einen erheblichen Teil an den verlorenen gesunden Lebensjahren insgesamt aus.«

Die Bedeutung von depressiven Erkrankungen nimmt mit Blick auf die Krankheitslast insgesamt mit dem Alter stetig zu. Angststörungen haben ihren Höhepunkt in der Altersspanne 50-69 Jahre und alkoholbedingte Störungen beginnen im Alter

von 20-24 Jahre auf einem hohen Niveau, um dann bis zum Alter von 35-39 Jahren zu sinken und bis zum Alter 50-54 Jahre erneut anzusteigen. Dies zeigt die Bedeutung altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen der BURDEN 2020-Studie wurde zudem die altersstandardisierte Krankheitslast für ausgewählte Erkrankungen im Regionalvergleich in Deutschland errechnet (Porst et al. 2022). Am Beispiel der depressiven Erkrankungen wird deutlich, dass der Umfang der verlorenen gesunden Lebensjahre in Schleswig-Holstein vergleichsweise niedriger ausfällt als in anderen Regionen.

Vorzeitige Sterblichkeit, Suizide und Suizidalität

Psychische und Verhaltensstörungen spielen nicht nur bei dem Verlust gesunder Lebensjahre eine große Rolle, sondern auch beim Thema der vorzeitigen Sterblichkeit durch Suizid (Informationen zur Todesursachenstatistik siehe Anhang 10.5). Wissenschaftliche Studien gehen davon aus, dass viele Menschen, die durch einen Suizid sterben, zu diesem Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung litten (Bernal et al. 2007, Bertolote et al. 2004, Bertolote & Fleischmann 2002). Eine psychische Erkrankung ist dabei meist nicht die alleinige Erklärung, sondern ein Teil vielfältiger weiterer Faktoren, wie z. B. Lebenskrisen, körperliche Erkrankungen oder belastende Lebensereignisse (Brieger et al. 2022).

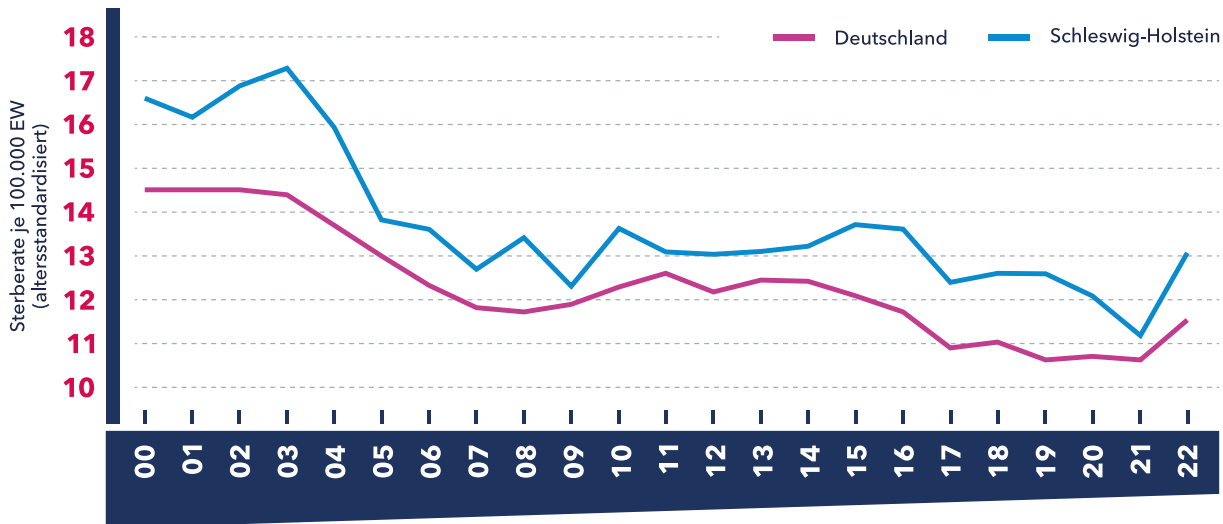


Abb. 34: Altersstandardisierte Rate der Sterbefälle nach vorsätzlicher Selbstbeschädigung (ICD-10-Code X60-X84) je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in den Jahren 2000-2022 in Schleswig-Holstein (Standardbevölkerung: Deutschland 2011, Quelle: Todesursachenstatistik, Statistisches Bundesamt 2024e).

»Studien gehen davon aus, dass viele Menschen, die durch einen Suizid sterben, zu diesem Zeitpunkt an einer psychischen Erkrankung litten.«

Die altersstandardisierte Sterberate durch vorsätzliche Selbsttötung lag in Schleswig-Holstein im Jahr 2022 bei 13 Fällen je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Sie ist seit Jahren kontinuierlich rückläufig (seit 1998: minus 32,9%), wobei die Zahl von 2021 (11,2) auf 2022 (13,0) wieder etwas anstieg (Abbildung 34). Die Entwicklung in Schleswig-Holstein zeigt sich ebenfalls auf Bundesebene. Die bundesweiten Werte sind jedoch etwas geringer als in Schleswig-Holstein. Der Anstieg ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen zu beobachten, wobei er bei den Männern deutlicher ausfällt.

Die Anzahl der bekannt gewordenen Suizidversuche – sowohl über die polizeiliche Kriminalstatistik als auch über die ausgewertete Nebendiagnose Z91.8 (Parasuizid, Selbstvergiftung, versuchte Selbsttötung) – ist über die Jahre rückläufig. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Suizide in jüngeren Altersgruppen häufiger versucht und in älteren Altersgruppen häufiger vollendet werden. Männer verüben etwa zwei Drittel aller Suizide, während Frauen bei den Suizidversuchen überrepräsentiert sind. Dieses Geschlechterparadoxon wird auch in vielen internationalen Studien beobachtet (Canetto & Sakinofsky 1998, Schrijvers et al. 2012).

»Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Suizide in jüngeren Altersgruppen häufiger versucht und in älteren Altersgruppen häufiger vollendet werden.«

Die Prävalenz von Suizidalität in Schleswig-Holstein ist – entgegen der Entwicklung bei Suiziden und Suizidversuchen – seit 2011 insgesamt ansteigend. Bei der Analyse der Verteilung von Suizidalität in der Bevölkerung Schleswig-Holsteins zeigt sich dabei eine auffällige Häufung bei Mädchen und jungen Frauen (Landesregierung 2024a). „Suizidalität wird [...] verstanden als „alle Gedanken und Handlungen, bei denen es darum geht, den eigenen Tod anzustreben bzw. diesen als mögliches Ergebnis einer Handlung in Kauf zu nehmen“ (Dreier et al. 2022). Darunter fallen suizidale Gedanken, Suizidideen und -absichten, Suizidankündigungen, Suizidversuche und Suizide. Entsprechend komplex ist das Konzept der Suizidalität, sodass von zahlreichen Interaktionen zwischen verschiedenen Einflussfaktoren ausgegangen wird, die weiterer Forschung bedürfen (Carballo et al. 2020). Ein ausführlicher „Bericht zu Suiziden, zur Suizidalität und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein“¹⁵ wurde im Januar 2024 veröffentlicht (Landesregierung 2024a).

15 Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein der Landesregierung Schleswig-Holstein – MJG, [als PDF zum Download](#)

5.3

Medizinische Rehabilitation

Ein wichtiger Baustein in der Versorgung von Menschen mit psychischen oder Verhaltensstörungen sind Leistungen der medizinischen Rehabilitation. „Eine medizinische Rehabilitation [...] soll Patientinnen und Patienten helfen, die aufgrund von Unfällen oder Erkrankungen in ihrem alltäglichen Leben deutlich beeinträchtigt sind. Ziel ist es, eine dauerhafte Beeinträchtigung oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden beziehungsweise die Patientin oder den Patienten dabei zu unterstützen, mit den Folgen der Erkrankung besser zurechtzukommen“ (GBA 2024). Das heißt, die medizinische Rehabilitation hat zum einen zum Ziel, die individuelle Krankheitslast zu senken und zum anderen, einer Chronifizierung und Verschlechterung der Gesundheit vorzubeugen.

»Im Bereich der F-Diagnosen spielt die medizinische Rehabilitation eine wichtige Rolle.«

Auch im Bereich der F-Diagnosen spielt die medizinische Rehabilitation eine wichtige Rolle. „In der Reha werden je nach individuellem Bedarf verschiedene Behandlungselemente kombiniert: neben der ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlung beispielsweise auch Krankengymnastik, Ergotherapie und Verfahren zur Schmerzbewältigung“ (GBA 2024). Die Diagnosen, die für die Begründung einer medizinischen Rehabilitation herangezogen werden, stellen einen wichtigen Indikator aus den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung dar, der Auskunft über die Krankheitslast in der Bevölkerung gibt.

Abbildung 35 zeigt die Entwicklung der Fälle der abgeschlossenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit einer Hauptdiagnose aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen für den Zeitraum 2013 bis 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland.

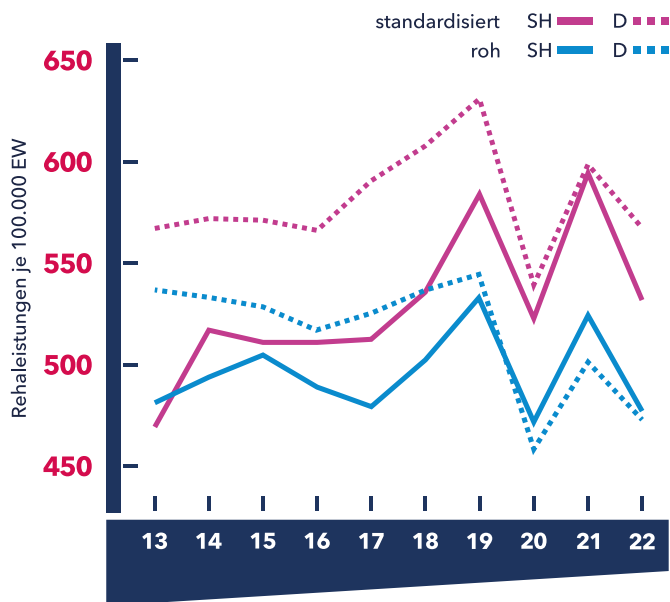


Abb. 35: Trends in der Anzahl (rohe und standardisierte (= Deutschland 2011) Rate) abgeschlossener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel (ICD-10-GM) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug in den Jahren 2013-2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Rehabilitanden) (Quelle: DRV Bund 2024a).

Sowohl die rohe als auch die altersstandardisierte Rate der Rehaleistungen aufgrund von psychischen oder Verhaltensstörungen je 100.000 aktiv Versicherte¹⁶ ist für Schleswig-Holstein niedriger als in Deutschland insgesamt. Die Unterschiede der Raten sind von 2013 bis 2019 statistisch signifikant unterschiedlich. Das heißt, in diesem Zeitraum nahmen in Schleswig-Holstein weniger Menschen Leistungen der medizinischen Rehabilitation wahr als im bundesweiten Durchschnitt. Für die Jahre 2020 und 2021 zeigt sich für Schleswig-Holstein und Deutschland kein statistisch signifikanter Unterschied. Im Jahr 2022 liegt die Rate Schleswig-Holsteins wieder unter der Rate Deutschlands. Die Raten weisen über die Zeit gewisse Schwankungen auf. Insbesondere für Schleswig-Holstein zeigt sich jedoch bis 2019 ein Anstieg der Fallzahlen. Im Jahr 2013 wurden noch 481 Rehaleistungen je 100.000 Versicherte wahrgenommen, im Jahr 2019 waren es 533 Leistungen je 100.000 Versicherte. Das entspricht einem Anstieg um 10,8%. Im Jahr 2020 ist, vermutlich pandemiebedingt, ein Rückgang der Rehaleistungen um -11,6% zu verzeichnen.

16 „Als aktiv Versicherte werden alle Versicherten der Gesetzlichen Rentenversicherung bezeichnet, für die an einem Stichtag aktuelle Pflichtbeitragszeiten, freiwillige Beitragszeiten, geringfügige Beschäftigungszeiten oder Anrechnungszeiten im Versicherungskonto gespeichert sind“ (bpb 2024).

»Bei der Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation sind die Raten der Frauen deutlich höher als die der Männer.«

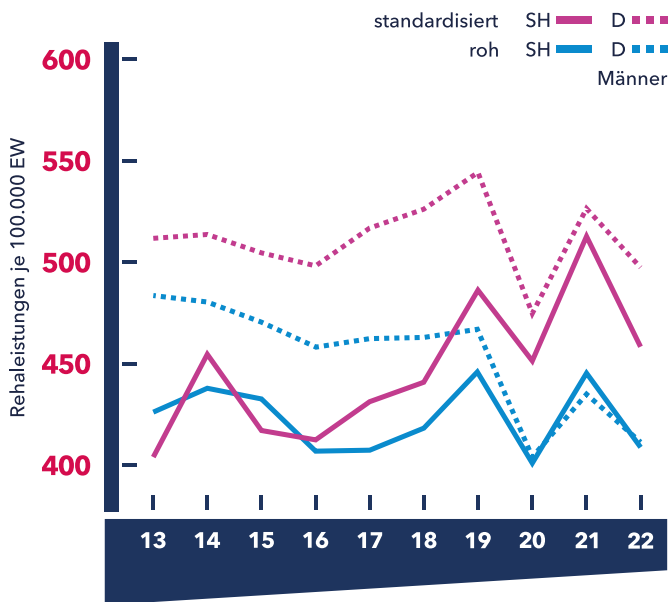


Abb. 36: Rohe und altersstandardisierte (Deutschland 2011) Rate abgeschlossener Leistungen zur med. Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 bei Männern in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug (Quelle: DRV Bund 2024a).

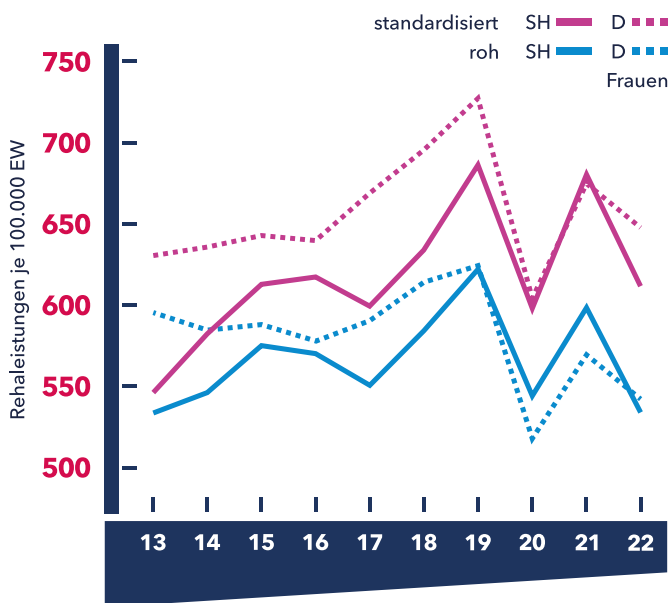


Abb. 37: Rohe und altersstandardisierte (Deutschland 2011) Rate abgeschlossener Leistungen zur med. Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 bei Frauen in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug (Quelle: DRV Bund 2024a).

Bei der Betrachtung der Zahlen für die Gruppe der Männer (Abbildung 36) und der Frauen (Abbildung 37) zeigt sich ein ähnliches Bild. Die Raten der Frauen sind jedoch deutlich höher als die der Männer. So nahmen in Schleswig-Holstein 409 Männer je 100.000 versicherte Männer im Jahr 2022 Rehaleistungen wahr, bei den Frauen waren es 549 Frauen je 100.000 versicherte Frauen.

Bei der Betrachtung der altersgruppenspezifischen rohen Raten der Rehaleistungen aufgrund einer F-Diagnose fällt auf, dass ältere Menschen höhere Raten aufweisen (Abbildung 38). So ist die Rate der Menschen in der Altersgruppe 55-59 Jahre am höchsten (2022: 853 je 100.000 Versicherte), gefolgt von den Altersgruppen 60 Jahre und älter (2022: 818 je 100.000 Versicherte) sowie 50-54 Jahre (2022: 653 je 100.000 Versicherte).

»Die altersgruppenspezifischen Raten der Rehaleistungen aufgrund einer F-Diagnose zeigen, dass ältere Menschen höhere Raten aufweisen.«

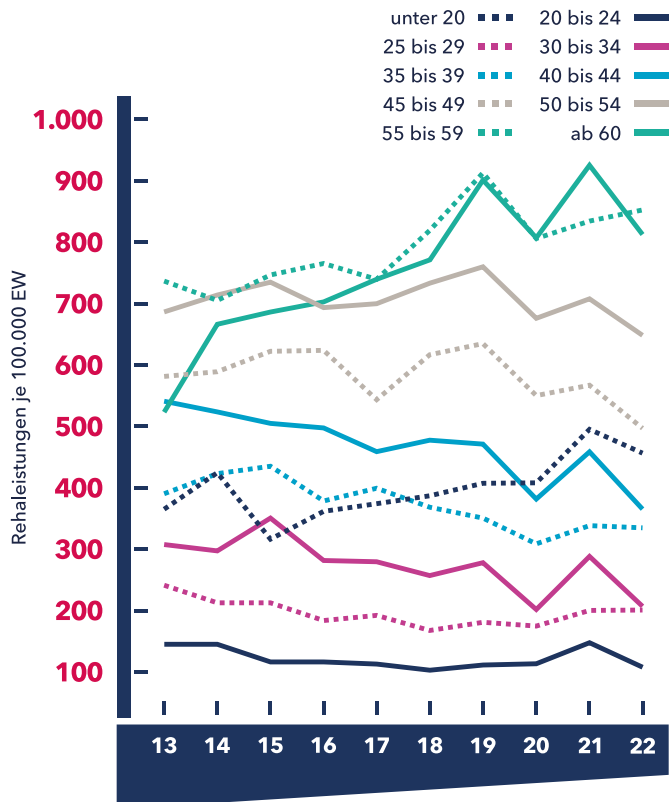


Abb. 38: Rohe Rate abgeschlossener Leistungen zur med. Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 in Schleswig-Holstein (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug nach Altersgruppen (Quelle: DRV Bund 2024a).

Die Rate der Menschen 60 Jahre und älter ist von 531 (2013) auf 818 (2022) Rehaleistungen je 100.000 Versicherte angestiegen. Das ist ein Anstieg von 54,1%. Bei keiner anderen Altersgruppe ist ein stärkerer Anstieg zu beobachten. Darüber hinaus ist in der Altersgruppe der unter 20-Jährigen ein Anstieg um 24,4% (2013: 369, 2022: 459) und bei den 55- bis 59-Jährigen um 15,6% zu verzeichnen (2013: 738, 2022: 853). Auf der anderen Seite kann ein Rückgang der Zahlen insbesondere bei den 30- bis 34-Jährigen um 31,9% (2013: 310, 2022: 211) und bei den 40- bis 44-Jährigen um 32,0% (2013: 544, 2022: 370) konstatiert werden.

»Es zeigen sich regionale Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten mit Blick auf die Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitationen.«

Abbildung 39 ermöglicht einen Vergleich zwischen den Kreisen, den kreisfreien Städten und dem Landesdurchschnitt, um die Anzahl der abgeschlossenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation

aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen regional zu betrachten. Um eine verzerrte Darstellung bzw. einen inadäquaten Vergleich zwischen den Regionen zu vermeiden, wird eine indirekte Altersstandardisierung angewendet. Bei der indirekten Altersstandardisierung werden die beobachteten Fälle eines Kreises in Bezug gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Raten der Bevölkerung Schleswig-Holsteins und der Altersstruktur des jeweiligen Kreises ergeben (AOLG 2003). Abbildung 39 vergleicht die prozentuale Abweichung der Kreise und kreisfreien Städte vom Landesdurchschnitt hinsichtlich der Anzahl der Rehaleistungen. Aufgrund der jährlichen Schwankungen der Rehazahlen und aus Gründen der übersichtlicheren Darstellung wurden die fünfjährigen Mittel aus den Jahren 2013-2017 und 2018-2022 gebildet. Die horizontale Linie bei 1,0 zeigt den Landeswert.

In der kreisfreien Stadt Lübeck liegen die Zahlen der Rehaleistungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in beiden Zeiträumen deutlich über dem Landeswert (2013-17: 35%, 2018-22: 28%). Im Kreis Ostholstein sind es jeweils 12%

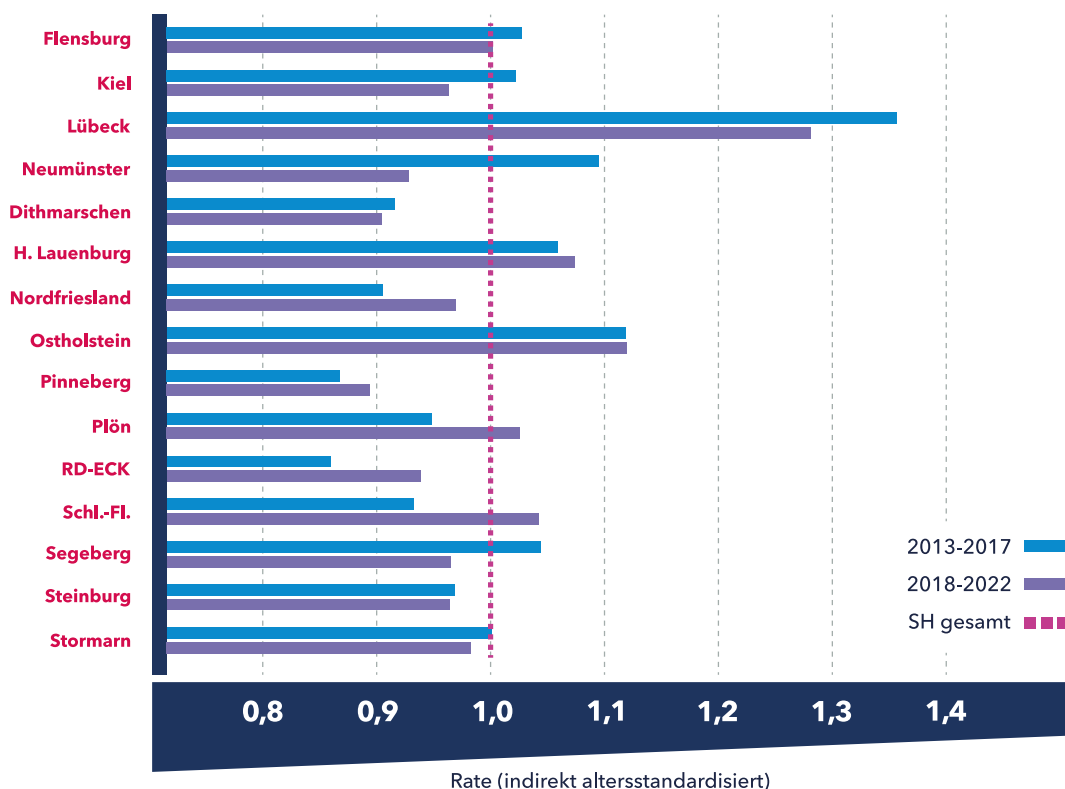


Abb. 39: Indirekte Altersstandardisierung (SMR = standardisierte Mortalitätsratio) abgeschlossener Leistungen zur med. Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM im fünfjährigen Mittel (2013-2017, 2018-2022) in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins (Wohnort der Versicherten) (Quelle: DRV Bund 2024a).

mehr Rehaleistungen als der Landesdurchschnitt. Der Großteil der Kreise und kreisfreien Städte (wie z. B. Flensburg, Kiel, Nordfriesland, Plön, Schleswig-Flensburg, Segeberg, Steinburg und Stormarn) zeigt Zahlen, die trotz kleinerer Schwankungen relativ nah am Landesdurchschnitt liegen. Die Kreise Dithmarschen und Pinneberg liegen mit 9-13% relativ stabil unter dem Landesdurchschnitt. In der kreisfreien Stadt Neumünster sank die Zahl von +9% (2013-17) auf -7% (2018-22) im Vergleich zum Landesdurchschnitt.

Die Rohwerte zu den Rehamaßnahmen in den Kreisen und kreisfreien Städten sind dem Anhang zu entnehmen (10.6: Tabelle 26).

5.4

Eintritt in die Erwerbsminderungsrente

F-Diagnosen spielen nicht nur in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung eine Rolle, sondern auch mit Blick auf die verminderte Erwerbsfähigkeit nach SGB VI bzw. auf die Erwerbsminderungsrente. Die Diagnosen, die für die Begründung einer Erwerbsminderungsrente herangezogen werden, stellen einen wichtigen Indikator aus den Routinedaten der Deutschen Rentenversicherung dar, der Auskunft über die Krankheitslast in der Bevölkerung gibt.

Abbildung 40 zeigt die Entwicklung der Fälle des Renteneintritts wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, bedingt durch die Hauptdiagnose „psychische und Verhaltensstörungen“, für den Zeitraum 2013 bis 2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland.

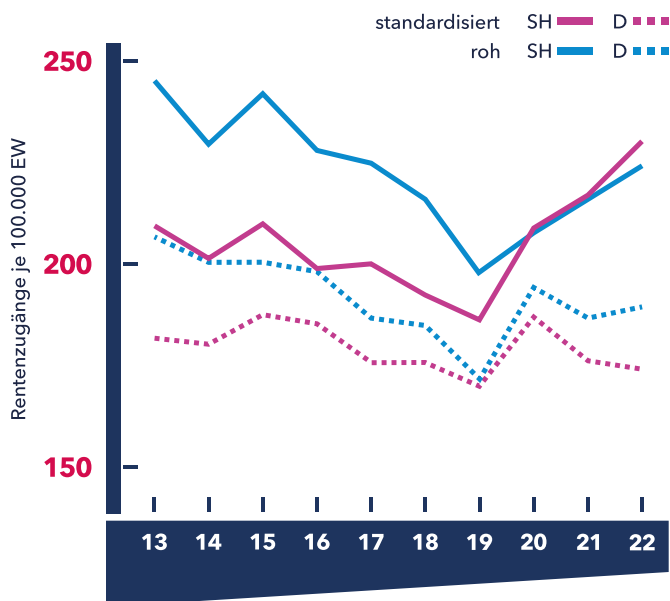


Abb. 40: Rohe und altersstandardisierte (Deutschland 2011) Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug (Quelle: DRV Bund 2024b).

»Die Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherte ist für Schleswig-Holstein höher als in Deutschland insgesamt.«

Sowohl die rohe als auch die altersstandardisierte Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit je 100.000 aktiv Versicherte ist für Schleswig-Holstein höher als in Deutschland insgesamt. Die Unterschiede der Raten sind im gesamten Zeitverlauf von 2013 bis 2022 statistisch signifikant unterschiedlich. Das heißt, in Schleswig-Holstein gehen mehr Menschen in die Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen als im bundesweiten Durchschnitt. Das Niveau der Raten, insbesondere der altersstandardisierten Raten, ist über die Jahre hinweg relativ stabil. Für Schleswig-Holstein zeigt sich jedoch seit 2019 bis 2022 ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen. Im Jahr 2019 gingen noch 187 Personen je 100.000 Versicherte in die Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, im Jahr 2022 waren es bereits 224 Personen je 100.000 Versicherte. Das entspricht einem Anstieg um 19,8%.

»Die Zahlen für die Gruppe der Frauen zeigen nicht nur ein höheres Niveau der Raten, sondern auch deutlichere Unterschiede zwischen Schleswig-Holstein und Deutschland.«

Bei der Betrachtung der Zahlen für die Gruppe der Männer zeigt sich in Abbildung 41 ein etwas anderes Bild. Die Verläufe der altersstandardisierten Raten zwischen Schleswig-Holstein und Deutschland sind lediglich 2013 und 2020 bis 2022 statistisch signifikant unterschiedlich. Das heißt, in den übrigen Jahren entsprechen sich die Raten nahezu. Seit dem Jahr 2019 steigt jedoch auch bei den Männern die Rate für Schleswig-Holstein deutlich an. Im Jahr 2019 gingen 144 Männer je 100.000 Versicherte in die Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, im Jahr 2022 waren es 175 Männer je 100.000 Versicherte. Das entspricht einem Anstieg um 21,5%. Insgesamt verlaufen die Raten bei den Männern auf einem niedrigeren Niveau als bei den Frauen. Bei der Betrachtung der Zahlen für die Gruppe der Frauen

zeigt sich nicht nur ein höheres Niveau der Raten, sondern es zeigen sich auch deutlichere Unterschiede zwischen Schleswig-Holstein und Deutschland (Abbildung 42).

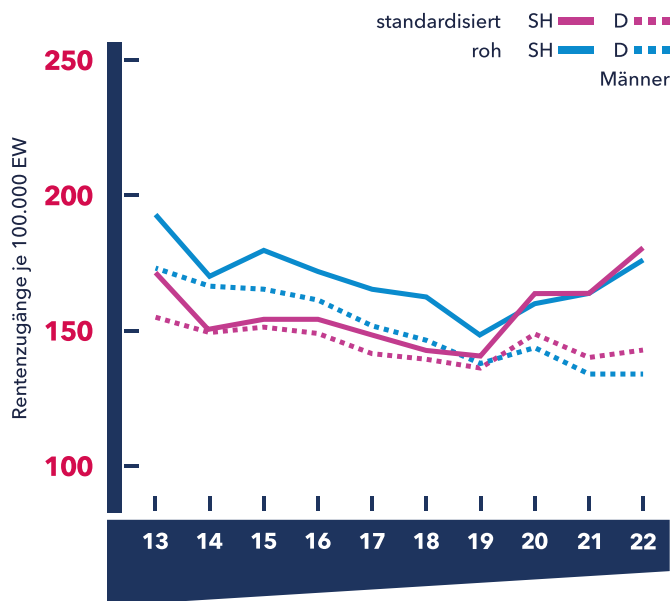


Abb. 41: Rohe und altersstandardisierte (Deutschland 2011) Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 bei Männern in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug (Quelle: DRV Bund 2024b).

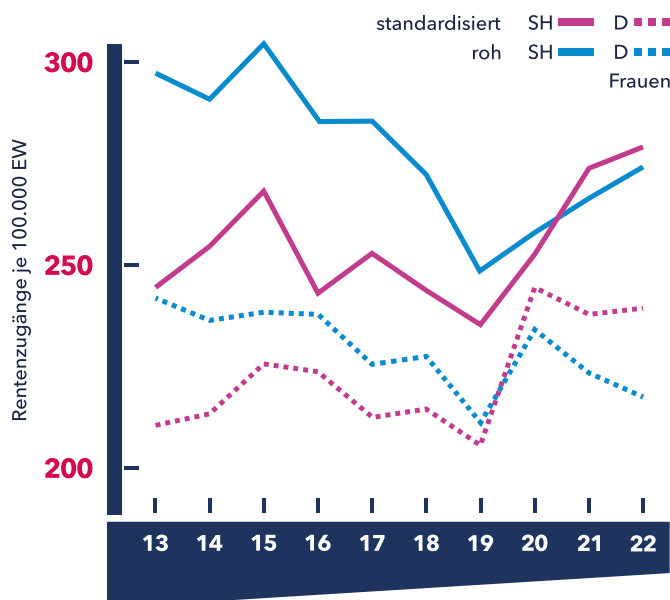


Abb. 42: Rohe und altersstandardisierte (Deutschland 2011) Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 bei Frauen in Schleswig-Holstein und Deutschland (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug (Quelle: DRV Bund 2024b).

Die Rate für Schleswig-Holstein liegt im gesamten Beobachtungszeitraum über dem bundesweiten

Durchschnitt. Die Raten sind – mit Ausnahme des Jahres 2016 – statistisch signifikant unterschiedlich. Das heißt, in Schleswig-Holstein gehen insbesondere mehr Frauen in die Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen als im bundesweiten Durchschnitt. Auch bei den Frauen kommt es ab 2019 zu einem Anstieg der Rate (2019: 235 je 100.000 Versicherte, 2022: 274 je 100.000 Versicherte). Das entspricht einem Anstieg um 16,6%.

»Mit dem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, aufgrund einer F-Diagnose in die Erwerbsminderungsrente zu gehen.«

Bei der Betrachtung der altersgruppenspezifischen rohen Raten der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose fällt zum einen auf, dass ältere Menschen höhere Raten aufweisen (Abbildung 43). So ist die Rate der Menschen in der Altersgruppe 55-59 Jahre am höchsten (2022: 487 je 100.000 Versicherte), gefolgt von den Altersgruppen 60 Jahre und älter (2022: 453 je 100.000 Versicherte) sowie 50-54 Jahre (2022: 365 je 100.000 Versicherte).

Zum anderen ist bemerkenswert, dass die Raten in diesen drei genannten Altersgruppen in den letzten Jahren (seit ca. 2018-2020) gestiegen sind und die Raten in den übrigen Altersgruppen tendenziell gesunken sind. Insbesondere die Gruppe der Menschen 60 Jahre und älter hat einen starken Anstieg zu verzeichnen (2018: 277 je 100.000 Versicherte, 2022: 453 je 100.000 Versicherte). Das entspricht einem Anstieg von 63,5% der rohen Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen. Die Raten der Altersgruppen 25-29 Jahre, 30-34 Jahre und 35-39 Jahre haben sich im Zeitraum 2013 bis 2022 wiederum nahezu halbiert.

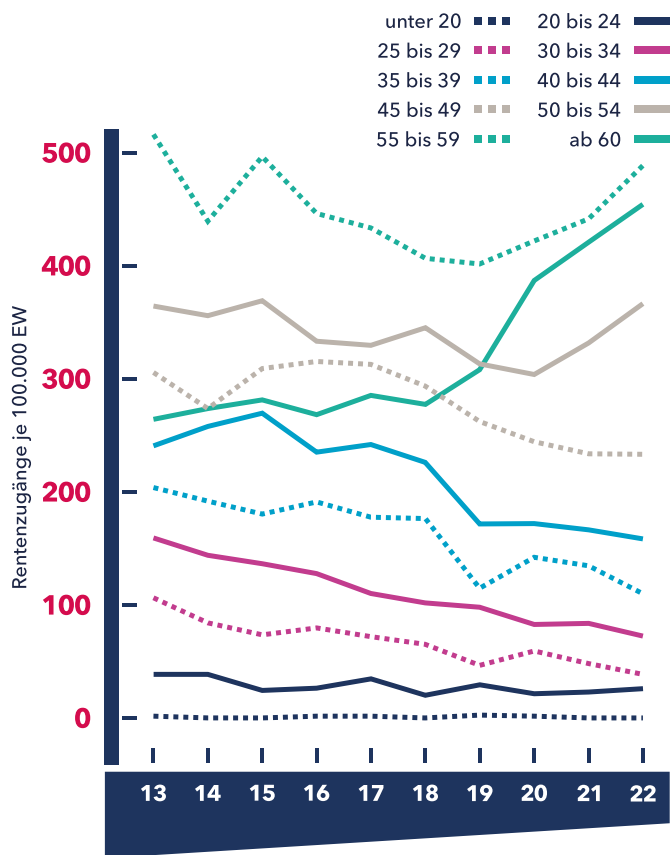


Abb. 43: Rohe Rate der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 in Schleswig-Holstein (Wohnort der Versicherten) je 100.000 aktiv Versicherte ohne Rentenbezug nach Altersgruppen (Quelle: DRV Bund 2024b).

Abbildung 42 ermöglicht einen Vergleich zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten und dem Landesdurchschnitt, um die Anzahl der Zugänge bei der Erwerbsminderungsrente aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen regional zu betrachten. Abbildung 44 vergleicht die prozentuale Abweichung der Kreise und kreisfreien Städte vom Landesdurchschnitt hinsichtlich der Anzahl der Erwerbsminderungsrenten. Da die Werte jährlich schwanken und aus Gründen einer einfacheren Darstellung, wurden die fünfjährigen Mittel aus den Jahren 2013-2017 und 2018-2022 gebildet. Die horizontale Linie bei 1,0 zeigt den Landeswert.

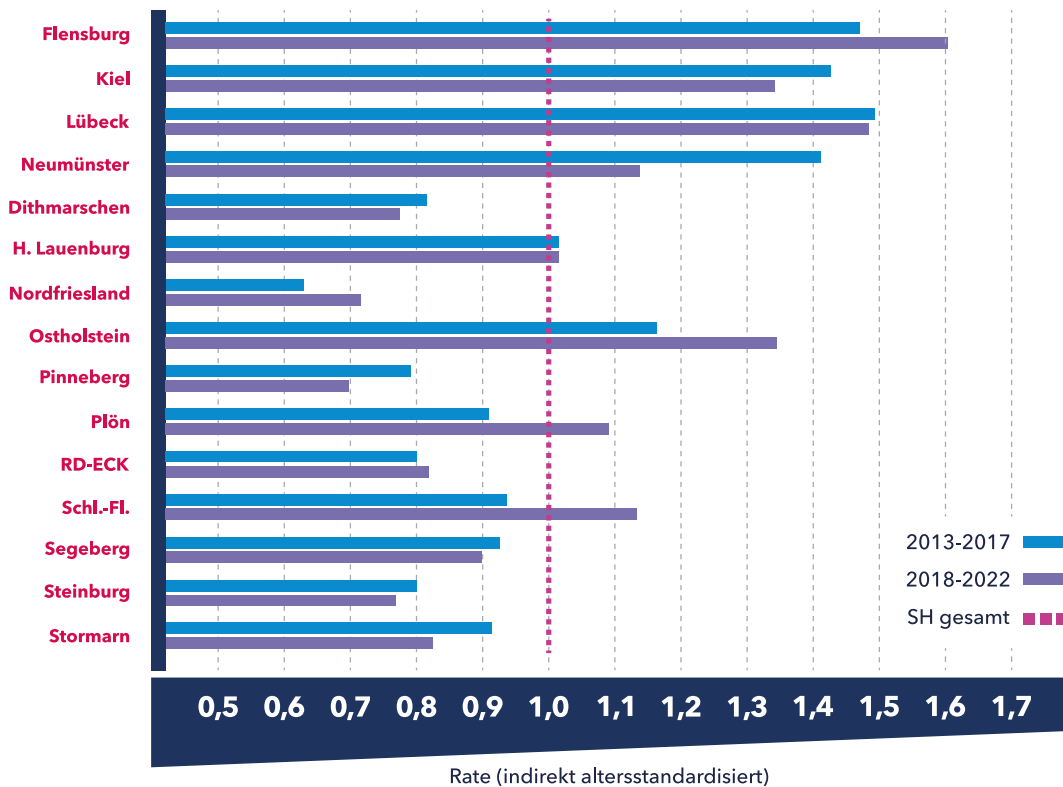


Abb. 44: Indirekte Altersstandardisierung (standardisierte Mortalitätsratio) der Raten der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM im fünfjährigen Mittel (2013-2017, 2018-2022) in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins (Wohnort der Versicherten) (Quelle: DRV Bund 2024b).

»Es zeigen sich zum Teil erhebliche regionale Unterschiede mit Blick auf den Eintritt in die Erwerbsminderungsrente.«

In den vier kreisfreien Städten (Flensburg, Kiel, Lübeck und Neumünster) und im Kreis Ostholstein liegen die Zahlen der Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen deutlich über dem Landeswert. In Flensburg beispielsweise ist die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten um 47% (Zeitraum 2013-17) und 60% (Zeitraum 2018-22) höher als rechnerisch zu erwarten wäre bzw. höher als der Landesdurchschnitt. Ein ähnlicher Anstieg ist im Kreis Ostholstein zu beobachten (2013-17: 16%, 2018-22: 34%). In Lübeck sind die Werte über die Zeit stabil über dem Landeswert (2013-17: 49%, 2018-22: 48%). Für Neumünster sind die Werte ebenfalls hoch, jedoch über die Zeit

rückläufig (2013-17: 41%, 2018-22: 13%). Die Zahlen des Kreises Herzogtum-Lauenburg liegen über die Zeit im Landesdurchschnitt, wohingegen die Kreise Plön und Schleswig-Flensburg im Mittel der Jahre 2018-22 leicht darüber lagen (Plön: 9%, Schleswig-Flensburg: 13%). Alle übrigen Kreise (Dithmarschen, Nordfriesland, Pinneberg, Rendsburg-Eckernförde, Segeberg, Steinburg und Stormarn) haben teilweise deutlich geringere Fallzahlen für die Erwerbsminderungsrente aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen im Vergleich zum Landeswert. Nordfriesland zum Beispiel hat im Mittel der Jahre 37% (2013-17) und 29% (2018-22) weniger Zugänge bei der Erwerbsminderungsrente als rechnerisch zu erwarten wäre bzw. als der Landesdurchschnitt.

Die Rohwerte zu der Erwerbsminderungsrente in den Kreisen und kreisfreien Städten sind dem Anhang zu entnehmen (10.6: Tabelle 27).

5.5

Arbeitsunfähigkeit

Dass psychische und Verhaltensstörungen einen bedeutenden Kostenfaktor ausmachen, z. B. in der Arbeitswelt und somit in der Volkswirtschaft, wird beim Blick auf die Fälle der Arbeitsunfähigkeit (AU) und die Krankheitsdauer deutlich, zu denen von unterschiedlichen Krankenkassen berichtet wird.

»Die Fälle der Arbeitsunfähigkeit steigen von Jahr zu Jahr.«

Den Analysen nach scheinen die Fälle der Arbeitsunfähigkeit insgesamt von Jahr zu Jahr eher zu steigen. Im Gesundheitsreport 2023 berichtete die Techniker Krankenkasse (TK): „Im Jahr 2022 kam es demgegenüber zu einem sehr starken Anstieg des Krankenstandes, mit dem auch die Fehlzeiten aus dem Jahr 2018 noch deutlich übertroffen wurden. Damit ist der für das Jahr 2022 errechnete Krankenstand der mit Abstand höchste seit Beginn der Auswertungen“ (TK 2023). Schleswig-Holstein landet im Bundeslandvergleich mit Blick auf die AU-Fälle (1,72) und die AU-Tage (20,8) je Versicherungsjahr im Jahr 2022 im Mittelfeld (TK 2023). Der niedrigste Wert für die AU-Fälle und AU-Tage je Versicherungsjahr wurde in Baden-Württemberg gemessen (AU-Fälle: 1,41; AU-Tage: 16,0) und der höchste Wert in Mecklenburg-Vorpommern (AU-Fälle: 1,99; AU-Tage: 25,4) (TK 2023). Darüber hinaus veröffentlichte die Krankenkasse IKK classic Zahlen zum Jahresvergleich zwischen 2022 und 2023, bei denen eine Steigerung um 8,5% der AU-Fälle insgesamt beobachtet wurde (IKK classic 2024). Im Bereich der psychischen Erkrankungen stieg die Zahl der AU-Fälle verglichen mit dem Vorjahr 2023 um 15,8% (IKK classic 2024).

»Die Anzahl der AU-Tage je Fall ist im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen mit Abstand am größten.«

Mit Blick auf die AU-Tage je Fall wird deutlich, dass die Anzahl der AU-Tage im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen mit Abstand am größten ist (Frauen: 46,3; Männer: 47,2) (TK 2023). Zudem sind die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen zwischen 2021 und 2022 relativ stark angestiegen (Frauen: 18,8; Männer: 13,1 AU-Tage je 100 Versicherungsjahre) (TK 2023). Auch die DAK-Gesundheit berichtet im Psychreport 2023, dass die Fehltagewegen psychischer Erkrankungen im 10-Jahreszeitraum 2012 bis 2022 stark angestiegen sind (DAK-Gesundheit 2023). Depressionen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen machen dabei den Großteil der Fehltagewegen aus (DAK-Gesundheit 2023). Abbildung 45 zeigt die bundesweite Entwicklung der Fehltagewegen psychischer Erkrankungen differenziert nach Geschlecht. Frauen weisen in dem Zeitraum stets mehr Fehltagewegen aufgrund psychischer Erkrankungen auf als Männer. Im Jahr 2022 waren es bei Frauen 380 Fehltagewegen und bei Männern 233 Fehltagewegen je 100 Versicherte. Der Anstieg der Fehltagewegen im Zeitraum 2012 bis 2022 fällt bei beiden Geschlechtern ähnlich groß aus (Frauen: 49,4%, Männer: 46,7%).

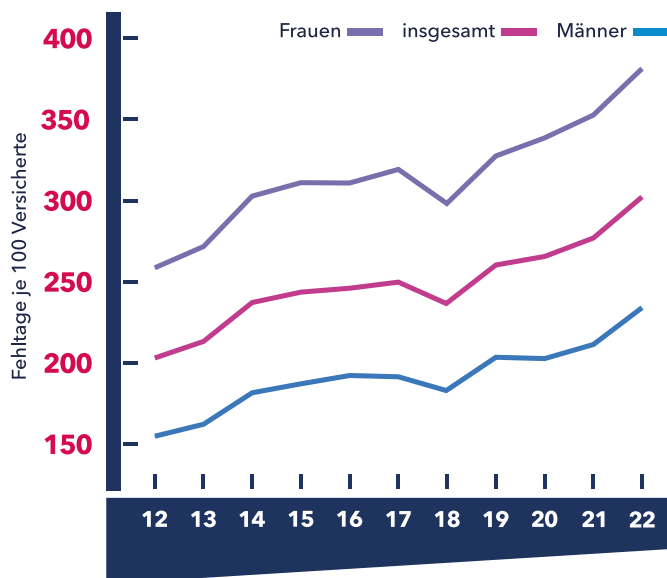


Abb. 45: Fehltagewegen je 100 Versicherte wegen psychischer Erkrankungen in den Jahren 2012-2022 nach Geschlecht für Deutschland (Quelle: DAK-Gesundheit 2023, eigene Darstellung).

»Die Zunahme von Krankschreibungen aufgrund von psychischen Erkrankungen ist bei jungen Frauen und Männern besonders groß.«

Laut des DAK-Berichts ist die Zunahme von Krankschreibungen aufgrund von psychischen Erkrankungen bei jungen Frauen und Männern besonders groß (DAK-Gesundheit 2023). Zudem ist die Berufsgruppe der im Gesundheitswesen Beschäftigten am stärksten betroffen (DAK-Gesundheit 2023). Bei der Arbeitsunfähigkeit insgesamt sind zudem soziale Ungleichheiten zu beobachten. So weisen Gruppen mit einem niedrigeren formalen Schul- oder Ausbildungsabschluss höhere Werte bei den AU-Fällen und -Tagen auf (TK 2023). Dies gilt für Frauen und Männer im gleichen Maße (TK 2023).

»Mit der Bedeutung, psychische und Verhaltensstörungen zu versorgen und zu behandeln, steigt auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung.«

Die in diesem Kapitel beleuchteten Aspekte und Zahlen zu psychischen Erkrankungen machen abermals deutlich, dass die Folgen für die betroffenen Menschen, ihr familiäres und soziales Umfeld und auch die Gesellschaft insgesamt vielschichtig, herausfordernd und in mehrerer Hinsicht kostspielig sind. Mit steigender Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen wächst neben der Notwendigkeit der Versorgung und Behandlung der Betroffenen auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung. Wie zahlreich und facettenreich die Angebote in dem Bereich in Schleswig-Holstein sind, zeigt das folgende Kapitel.



6

Prävention – Beispiele aus der Praxis

Prävention beschreibt die Vorbeugung von Krankheiten, beispielsweise durch Maßnahmen, die das Risiko zu erkranken verringern oder die die negativen Folgen von Krankheiten abmildern. Seit 2015 sind Maßnahmen zur Prävention und zur Gesundheitsförderung im Präventionsgesetz verankert, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure (z. B. Sozialversicherungsträger, Länder, Kommunen) zu stärken und entsprechende Maßnahmen für alle Altersgruppen in den verschiedenen Lebenswelten zugänglich zu machen (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

»Neben der Verhaltensprävention spielt die Verhältnisprävention eine besondere Rolle.«

Präventionsmaßnahmen können anhand ihrer unterschiedlichen Ansatzpunkte differenziert werden, wobei die Begrifflichkeiten nicht trennscharf sind und oftmals ineinander übergehen (Franzkowiak 2022). Herausgegriffen werden soll hier zum einen die Verhaltensprävention, die das Ziel hat, (schädliche) Verhaltensmuster bei Einzelpersonen oder Gruppen zu verändern, um auf diesem Wege die Gefahr einer möglichen Erkrankung zu verringern (z. B. ein Kursangebot der Krankenkasse). Zum anderen soll die Verhältnisprävention erwähnt werden, welche durch Änderungen auf struktureller Ebene (beispielsweise durch politische Entscheidungen) die gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen modifiziert, und so Voraussetzungen für ein geringeres Erkrankungsrisiko schafft (z. B. gesetzlich verankerte Maßnahmen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz).

Darüber hinaus werden verschiedene zeitliche Ansatzpunkte unterschieden. Primäre Präventionsmaßnahmen richten sich an gesunde Personen und sollen das Erkrankungsrisiko vermindern. Sekundäre Prävention zielt darauf ab, erste Beschwerden, die Hinweise auf eine Erkrankung sein könnten, möglichst frühzeitig zu entdecken, um weiterem Schaden und Chronifizierung vorzubeugen. Tertiäre Präventionsmaßnahmen richten sich an bereits erkrankte Personen und sollen das Voranschreiten der Erkrankung verhindern sowie Folgeschäden abmildern (Franzkowiak 2022).

»Auf den Internetseiten der Kreise und kreisfreien Städte finden sich Informationen zu den vor Ort durchgeführten Präventionsmaßnahmen.«

Einen Überblick der deutschlandweiten Leistungen der Krankenkassen in der primären Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung bietet der

jährliche Präventionsbericht des GKV-Spitzenverbandes und des Medizinischen Dienstes Bund (GKV-Spitzenverband 2023)¹⁷. In Schleswig-Holstein liefert unter anderem die Internetseite der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V. einen Überblick über verschiedene Präventionsmaßnahmen in den gesetzlich verankerten Bereichen „Gesund aufwachsen“, „Gesund leben und arbeiten“ und „Gesund älter werden“ sowie zusätzlich im Bereich „Gesundheitliche Chancengleichheit“¹⁸. Speziell für Kinder und Jugendliche informiert der Internetauftritt des Instituts für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein über Sucht- und Gewaltprävention im schulischen Umfeld¹⁹. Auch auf den Internetseiten der einzelnen Kreise und kreisfreien Städte finden sich Informationen zu den vor Ort durchgeführten Präventionsmaßnahmen.

Bei den nachfolgend in Tabelle 6 aufgelisteten Praxisbeispielen zu Präventionsangeboten im Bereich der psychischen Gesundheit handelt es sich überwiegend um Angebote für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die in den meisten Fällen im schulischen Kontext durchgeführt werden. Ergänzend dazu können spezifische Angebote im Bereich der Suchtprävention den Berichten „Alkoholkonsum der Menschen in Schleswig-Holstein“ (Landesregierung Schleswig-Holstein 2023a) und „Rauchverhalten der Menschen in Schleswig-Holstein“ (Landesregierung Schleswig-Holstein 2022a) entnommen werden.

17 Präventionsberichte des GKV-Spitzenverbandes, [zur Webseite](#)

18 Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V., [zur Webseite](#)

19 Institut für Qualitätsentwicklung an Schulen Schleswig-Holstein, [zur Webseite](#)

Name	Beschreibung	Zielgruppe	weitere Informationen
DUDE - Du und deine Emotionen	Interaktive Übungen zur Verbesserung der Emotionsregulation sowie zum Umgang mit Selbstverletzung, Suizidalität und anderen Problemen	Klassenstufen 5 bis 7 sowie Lehrkräfte	www.kkh.de/dude
ECHT DABEI - Gesund groß werden im digitalen Zeitalter	Informationen über gesundheitsgerechte Mediennutzung, Fortbildung für Fachkräfte sowie Elternabende und ein Kindertheater	Eltern und pädagogische Fachkräfte im Grundschul Umfeld	www.echt-dabei.de
Eigenständig werden	„Eigenständig werden“ ist ein Unterrichtsprogramm zur Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung bei Kindern	Klassenstufen 1 bis 4 bzw. 5 und 6	www.eigenstaendig-werden.de
Gänseblümchen - Präventionsprojekt Essstörungen	Unterrichtseinheiten und -projekte, Informationsstände sowie Gespräche rund um das Thema Essstörungen für Kieler Schulen	Schülerinnen und Schüler ohne genaue Altersangabe	www.frauenberatung-essoess.de
Gemeinsam Klasse sein - Zusammen gegen Mobbing und Cybermobbing	Projektwoche inklusive Fortbildung für Lehrkräfte	Klassenstufen 5 bis 7 sowie Lehrkräfte	www.gemeinsam-klasse-sein.de
GUT DRAUF - bewegen, essen, entspannen	Gesundheitsförderung in verschiedenen Lebensbereichen, unter anderem bewusster Umgang mit Stress	Kinder und Jugendliche von 5 bis 18 Jahren	www.gutdrauf.net
Klasse2000	Schulprojekt zur Förderung der Gesundheits- und Lebenskompetenzen von Kindern als Schutz vor Sucht und Gewalt	Klassenstufen 1 bis 4	www.klasse2000.de
Kosima - Konsummuster sichtbar machen	Datenerhebung zu Konsumgewohnheiten, daraufhin Beratung zu passgenauen präventiven Maßnahmen	Schülerinnen und Schüler der Sekundarstufen I und II	www.iqsh.de
MindMatters	Unterrichtsmodule zur Förderung der psychischen Gesundheit (z. B. Umgang mit Stress, Trauer etc.)	alle Jahrgangsstufen, auch berufsbildende Schulen	www.mindmatters-schule.de
Netpiloten	Peer-Projekt zur Förderung kritischen Medienkonsums	Jugendliche	www.ins-netz-gehen.info
Püppchen	Theaterstück zur Schärfung der Wahrnehmung für Anzeichen einer Essstörung	ab 12 Jahren	www.pueppchen.info
Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule	Schultage zur Prävention psychischer Krisen und zur Förderung der seelischen Gesundheit	Jugendliche ab 14 Jahren	www.irrsinnig-menschlich.de
PETZE-Institut	verschiedene Projekte zur Prävention von sexuellem Missbrauch und sexualisierter Gewalt	Kinder, Jugendliche und Menschen mit Behinderungen sowie Weiterbildung für Fachkräfte	www.petze-institut.de
Projekte/Vernetzung zur psychischen Gesundheit und Entstigmatisierung bei der LVGFSh	Vermittlung von Beratung zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung Krisenpass Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz Mental Health First Aid Psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen in der Schule Infovideos zu psychischen Erkrankungen Expert*innen-Netzwerk Kinder psychisch kranker Eltern Verrückt? Na und! Seelisch fit in der Schule Aufmachen! Psychisch fit in Berufsschule und Beruf	Erwachsene, Fachkräfte	www.lvgfsh.de



Name	Beschreibung	Zielgruppe	weitere Informationen
Psychoziale Gesundheit an Schulen – IQSH Fachportal	Angebotslandkarten für in Schule Tätige, Lernende und Angehörige Handlungsrahmen für die Schulen zum Umgang mit den psychosozialen Folgen von Pandemie und Krise bei den Schülerinnen und Schülern	Menschen mit psychosozialen Unterstützungsbedarf an Schulen	fachportal.lernnetz.de
„Unsere ‚verrückten‘ Familien!“ – Das Präventionsprogramm für die Grundschule	Lebensthema „Psychische Krisen in der Familie“ in der Schule besprechbar machen: Stigma abbauen, Kinder entlasten, Hilfesuchverhalten verbessern	Grundschülerinnen und -schüler ab Klassenstufe 3, Lehrkräfte, weiteres Schulfachpersonal	www.irrsinnig-menschlich.de
Sagen, was ist. Tun, was hilft. – Mental Health Coaches. Ein Programm der Jugendmigrationsdienste	Gruppenangebote an Schulen rund um das Thema psychische Gesundheit	ab Klassenstufe 5	www.mental-health-coaches.de

Tab. 6: Auswahl von Projekten und Initiativen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention psychischer Erkrankungen in Schleswig-Holstein.

»Bei Kindern psychisch erkrankter Eltern besteht aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit, eine psychische Krankheit zu entwickeln, ein besonderer Präventionsbedarf.«

Ein weiterer Schwerpunkt soll beispielhaft auf Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern

(Tabelle 7) gelegt werden, da diese ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Störungen aufweisen (Wiegand-Grefe & Petermann 2016) und bei ihnen demnach ein besonderer Präventionsbedarf besteht. Diese sowie die vorherige Übersicht stellt lediglich eine Auswahl dar, um die Bandbreite der Präventionsangebote anschaulich darzustellen, und erhebt demnach keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Kreisfreie Stadt / Kreis	Kurzbeschreibung	Link
Flensburg	Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	www.flensburg.de
Kiel	verschiedene Projekte zur Unterstützung von Familien mit Belastungen HiKiDra - „Hilfen für Kinder Drogenabhängiger“, eine niederschwellige Eltern- und Kinderberatungsstelle des Suchtstützentrums Kiel	www.kinderschutzbund-kiel.de www.diako-nf.de
Lübeck	Pampillo-Kinderguppen (Alter: 4-7 Jahre; 8-10 Jahre; Jungengruppe 11-14 Jahre; Mädchengruppe 11-14 Jahre) Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen in der Stadt Lübeck (PsyGeSchul)	www.die-bruecke.de www.luebeck.de
Neumünster	Gruppen für Kinder psychisch erkrankter Eltern und aufsuchende Hilfen für Familien mit belasteten Eltern	www.bruecke-ggmbh.de
Dithmarschen	Angebot für Kinder zwischen 5 und 13 Jahren	www.bruecke-dithmarschen.de www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Herzogtum Lauenburg	im Rahmen der „Hilfe zur Erziehung“ kann auch Hilfe für Kinder psychisch erkrankter Eltern beantragt werden	www.kreis-rz.de
Nordfriesland	Patenelternprojekt – Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	www.dw-husum.de
Ostholstein	TIPI-Netz – Netzwerk zur Unterstützung von Kindern aus seelisch- oder suchtbelasteten Familien Zentrum für psychisch kranke Eltern und ihre Kinder	www.kreis-oh.de www.kreis-oh.de



Kreisfreie Stadt / Kreis	Kurzbeschreibung	Link
Pinneberg	„Kopfstand“ – Gruppenangebot für Kinder psychischer kranker Eltern, „Bärenstark“ – Gruppenangebot für Kinder aus suchtbelasteten Familien Patenschaftsprojekt „Regenbogen“ für Kinder psychisch erkrankter Eltern	www.awo-sh.de www.brueckeelmsborn.de
Plön	der Allgemeine Soziale Dienst bietet Hilfe und Beratung für Familien, auch im Falle psychischer Erkrankungen der Eltern Familienzentren: Diverse Beratungsangebote für Familien, auch im Falle psychischer Erkrankungen	www.kreis-ploen.de www.kreis-ploen.de
Rendsburg-Eckernförde	Projekt Patenzeit für Kinder psychisch erkrankter Eltern	www.kjhv-rendsbuerg.de
Schleswig-Flensburg	KIDSTIME-Workshop: Gruppenangebot für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Schleswig	www.schleswig-flensburg.de
Segeberg	„Heldenherzen“ – Präventionsprojekt für Kinder aus psychisch belasteten und/oder suchtbelasteten Familien	www.segeberg.de www.ift.de
Steinburg	Patenschaften für Kinder psychisch kranker Eltern	www.drk-kv-steinbuerg.de
Stormarn	„Beherzt“ – Präventionsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern	www.awo-stormarn.de

Tab. 7: Auswahl von Angeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins.



7

Zusammenfassung

Der vorliegende Fokusbericht gibt einen Überblick über die psychische Gesundheit der Menschen in Schleswig-Holstein. Dafür wurden nicht nur ausgewählte Risiko- und Schutzfaktoren psychischer Gesundheit (Kapitel 2), die Häufigkeit psychischer Erkrankungen der Schleswig-Holsteinerinnen und -Holsteiner (Kapitel 3) und die Versorgungs- und Hilfsstrukturen im Land (Kapitel 4) betrachtet, sondern auch die Folgen für die Menschen und die Gesellschaft (Kapitel 5) sowie die Präventionslandschaft in Schleswig-Holstein (Kapitel 6).

»Die psychische Gesundheit eines Menschen wird durch zahlreiche Faktoren positiv oder negativ beeinflusst. Diese werden auch Schutz- und Risikofaktoren genannt.«

Die psychische Gesundheit eines Menschen wird durch zahlreiche Faktoren beeinflusst (siehe Kapitel 2). Hierbei wird nach individuellen und sozialen Schutz- und Risikofaktoren unterschieden. Das Vorhandensein von Optimismus, Selbstwert und Resilienz wirkt zum Beispiel schützend auf die Entwicklung einer psychischen Störung. Bildung und soziale Unterstützung stellen relevante soziale Ressourcen dar, die ebenfalls schützend wirken können. Auf der anderen Seite gibt es individuelle Risiken mit Blick auf die psychische Gesundheit, die beispielsweise durch traumatische Erlebnisse, chronischen Stress und einen ungesunden Lebensstil entstehen. Darüber hinaus zählen Einsamkeit, Existenzängste und Arbeitslosigkeit sowie Armut und Einkommensungleichheiten zu den sozialen Risiken, die aufgrund diverser Wechselwirkungen mit anderen Risikofaktoren einen bedeutsamen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Der Bericht zeigt anhand von Beispielen, dass die Menschen in Schleswig-Holstein einerseits zahlreiche Ressourcen mitbringen, die die psychische Gesundheit fördern und schützen. Andererseits konnten auch Risikofaktoren identifiziert werden, die die psychische Gesundheit bedrohen und die Entstehung psychischer Störungen begünstigen.

»Die ambulanten Diagnoseprävalenzen psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen sind in den letzten Jahren angestiegen. Die Anzahl der Behandlungsfälle psychischer Störungen in der stationären Versorgung sinkt hingegen.«

Mit Blick auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen lässt sich über die letzten 10 Jahre für Schleswig-Holstein in der ambulanten Versorgung ein Anstieg der Diagnoseprävalenz verzeichnen (siehe Kapitel 3.1). Im Jahr 2022 erhielt etwas mehr als jeder vierte Erwachsene eine Diagnose (M1Q) aufgrund einer psychischen Störung. Die Werte sind in ihrer Höhe vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt. Im Gegensatz dazu sinkt die Anzahl der Behandlungsfälle psychischer Störungen in der stationären Versorgung in den letzten Jahren. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus ist zeitgleich angestiegen. In einigen Altersgruppen sind die Zahlen der Behandlungsfälle in Schleswig-Holstein höher als im Bundesgebiet. Im ambulanten Setting ist die Anzahl der Frauen höher und im stationären Setting die der Männer. Die Diagnoseprävalenz psychischer Störungen nimmt mit steigendem Alter zu. Die drei größten Diagnosegruppen sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), affektive Störungen (F3) und psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1). Im stationären Bereich spielen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen zusätzlich eine große Rolle – insbesondere bei Männern. Die Neuerkrankungsraten für die Bevölkerung in Schleswig-Holstein in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung sind in der Zeit von 2012-2019 insgesamt betrachtet relativ konstant, wobei die Neuerkrankungsraten bei Frauen höher sind als bei Männern.

»Die Neuerkrankungsraten in Schleswig-Holstein in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung sind relativ konstant geblieben.«

Ein wichtiger Aspekt bei der Betrachtung psychischer Erkrankungen sind Komorbiditäten. Das heißt, ein Teil der Menschen hat nicht nur eine, sondern mehrere Krankheiten, die sich teilweise bedingen. Rund 30% der Versicherten in Deutschland haben mindestens drei Krankheitsdiagnosen. Am Beispiel von Depressionen zeigt sich, dass diese Erkrankung häufig mit Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen und Rückenschmerzen einhergeht. Bei Angst- und Zwangsspektrumsstörungen sind Depressionen als häufigste Komorbidität zu nennen, gefolgt von Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen.

»Bei der ambulanten Diagnoseprävalenz handelt es sich um einen mehrdeutigen Indikator des Versorgungsgeschehens, der mit Vorsicht interpretiert werden muss.«

Bei der Diagnoseprävalenz im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Daten ist zu beachten, dass sie nur eingeschränkt Rückschlüsse auf die tatsächliche Erkrankungshäufigkeit in der Bevölkerung zulässt, da es sich um einen mehrdeutigen Indikator des Versorgungsgeschehens handelt (Thom et al. 2024). Zum einen suchen nicht alle erkrankten Menschen ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe und zum anderen werden nicht alle psychischen Störungen durch die Behandelnden erfasst oder es wird in manchen Fällen überdiagnostiziert (Thom et al. 2024). Darüber hinaus kann es sein, dass ein Anstieg der Diagnoseprävalenz nicht zwangsläufig ein Anstieg der tatsächlichen, sondern eher der beobachteten bzw. detektierten Erkrankungen bedeuten kann, da sich über die Zeit beispielsweise das Inanspruchnahmeverhalten der Menschen geändert hat (BSGP 2021). So kann eine Reduktion der Stigmatisierung von psychischen Störungen dazu führen, dass sich mehr Menschen schneller Hilfe suchen (BSGP 2021). Entsprechend kann aus den Daten nicht geschlossen werden, dass psychische Erkrankungen zunehmen. Es kann jedoch festgehalten werden, dass psychische Störungen häufig und kostenträchtig sind und in ihrer Bedeutung zunehmend wahrgenommen werden, die Erklärung für die Zunahmen in den administrativen Daten liegt aber nicht zwingend in einer Erhöhung der allgemeinen Prävalenz psychischer Störungen (Speißl & Jacobi 2008, Jacobi 2009, Richter & Berger 2013, Richter 2020).

»Psychische Störungen sind häufig und kostenträchtig und werden in ihrer Bedeutung zunehmend wahrgenommen.«

Die Beobachtung, dass die Diagnoseprävalenz in der ambulanten Versorgung bei Frauen höher ist als bei Männern, kann zumindest teilweise ein Effekt eines unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhaltens sein, da Frauen eher medizinische Hilfe aufsuchen (Rommel et al. 2017, Riffer et al. 2021, Röding & Elkeles 2021). Auf diese Weise können Erkrankungen in vielen Fällen früher erkannt werden, sodass in der Folge die Zahl der Behandlungsfälle im stationären Bereich niedriger ist als bei Männern. Später erkannte und dadurch möglicherweise schwerere psychische Störungen könnten auch die längere durchschnittliche Verweildauer von Männern im Krankenhaus erklären.

»Wie bei den Erwachsenen sind die ambulanten Diagnoseprävalenzen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den letzten Jahren angestiegen. Im Gegensatz dazu ist die Anzahl der Behandlungsfälle psychischer Störungen in der stationären Versorgung relativ stabil geblieben.«

Die oben beschriebenen Limitationen bezüglich der Datengrundlage sind auch bei der Betrachtung der Zahlen für die Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein zutreffend. Die Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen stieg ebenfalls bei Kindern und Jugendlichen über die letzten 10 Jahre in Schleswig-Holstein in der ambulanten Versorgung an (siehe Kapitel 3.2). Im Jahr 2022 wurde bei nahezu jeder fünften Person unter 18 Jahren eine Diagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen gestellt. Die Zahlen liegen insgesamt etwas über dem Bundesdurchschnitt. Die Anzahl der Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der stationären Versorgung ist über die Jahre, bis auf einen kleinen Einbruch im ersten Pandemiejahr 2020, relativ stabil und auf gesamtdeutschem Niveau. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 15-19-Jährigen, da die Behandlungsfälle dort seit

2014 sinken. Die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus hat sich bei den Jungen von 2011 bis 2022 leicht reduziert, bei den Mädchen hat sie sich im Laufe der Zeit zwar immer wieder verändert, ist aber im Jahr 2022 wieder auf dem Niveau von 2011. Im ambulanten Setting ist die Anzahl der Jungen höher und im stationären Setting die der Mädchen. Insgesamt zeigen sich bei den Kindern und Jugendlichen nicht nur starke geschlechts- und altersspezifische Unterschiede im Diagnosespektrum, sondern auch mit Blick auf die Versorgung im ambulanten oder stationären Setting. Die Neuerkrankungsraten bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein sind – wie bei den Erwachsenen – insgesamt gesehen relativ konstant, wobei die Neuerkrankungsraten bei Jungen höher ausfielen als bei den Mädchen.

»Es gibt Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen in der ambulanten Diagnosehäufigkeit und in der Fallzahl der stationären Behandlung.«

Die Unterschiede in der ambulanten Diagnosehäufigkeit könnten darauf zurückzuführen sein, dass Jungen eher von Störungen betroffen sind, die von außen gut beobachtbar sind, wie z. B. oppositionelles oder hyperkinetisches Verhalten (Klipker et al. 2018). Dementsprechend fallen sie im Elternhaus, Kindergarten oder in der Schule schneller auf und es wird eher ein Behandlungsbedarf erkannt (Klipker et al. 2018). Anders als bei Mädchen, die tendenziell eher nach innen gerichtete psychische Störungen aufweisen (Klipker et al. 2018). Einen möglichen Erklärungsansatz für die durchweg höheren Fallzahlen in der stationären Versorgung bei Mädchen könnte das geschlechtsspezifische Auftreten psychischer Störungen sein (Klipker et al. 2018). Möglicherweise fallen die bei Mädchen häufiger auftretenden internalisierenden Störungen erst dann auf, wenn sie einen Schweregrad erreicht haben, der einen Krankenhausaufenthalt erforderlich macht. Wohingegen die häufiger bei Jungen auftretenden externalisierenden Störungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt in einem weniger ausgeprägten Stadium entdeckt und dementsprechend ambulant behandelt werden können. Neben geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Entwicklung psychischer Störungen (Ihle et al. 2007) und im Inanspruchnahmeverhalten von Hilfe (Rommel et al. 2017) könnte hier auch eine

Rolle spielen, dass die häufigere Diagnose psychischer Störungen bei Jungen in frühen Lebensjahren einen präventiven Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Störungen im weiteren Lebensverlauf hat (Klipker et al. 2018).

»Die Versorgungsstrukturen für psychische Erkrankungen sind komplex und umfassen eine große Zahl von unterschiedlichen Akteuren.«

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen ist komplex und umfasst zahlreiche unterschiedliche Akteure (siehe Kapitel 4). Die Zuständigkeiten verteilen sich auf mehrere Ebenen, wie z. B. die Bundesländer und Kommunen sowie verschiedene Leistungserbringer (Bramesfeld 2023). Je nach individuellem Hilfebedarf sollen unterschiedliche Angebote miteinander verknüpft und aufeinander abgestimmt werden. Die Erbringung von Angeboten und Maßnahmen erfolgt durch eine Vielzahl von Trägern: öffentliche (Bund, Länder und Kommunen), freigemeinnützige (Kirchen, gemeinnützige Stiftungen, Verbände der Wohlfahrtspflege) und privatwirtschaftliche Träger. Diese Vielfalt kann einerseits die Übersicht erschweren, insbesondere für Betroffene und Angehörige (Jacobi et al. 2022). Andererseits kann eine möglichst bedarfsorientierte Versorgung erfolgen. Welches Angebot oder welche Therapieform passend bzw. welche Kombination von Maßnahmen nötig ist, richtet sich nach der Art der Erkrankung, dem Schweregrad und den individuellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Zudem spielen die Verfügbarkeit der jeweiligen Behandlungsplätze, die Wartezeiten und die örtliche Entfernung eine entscheidende Rolle bei der Inanspruchnahme von Hilfe und Versorgung (Dreier et al. 2022).

»Die Bettenanzahl in der stationären Versorgung in den Fachabteilungen, in denen psychische Erkrankungen behandelt werden, hat sich erhöht und liegt teilweise über dem Bundesdurchschnitt.«

Ein Indikator für die Kapazitäten der stationären Versorgung ist die Bettenanzahl in psychiatrischen Fachabteilungen der Krankenhäuser. Die Anzahl je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner hat

sowohl in Schleswig-Holstein als auch in Deutschland im Zeitraum zwischen 2004-2022 zugenommen und fällt in Schleswig-Holstein höher aus als im Bundesdurchschnitt. Die Anzahl der aufgestellten Betten im Jahresdurchschnitt je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie liegt in Schleswig-Holstein in etwa im Bundesdurchschnitt. In der Zeit von 2004 bis 2022 ist die Zahl in diesem Bereich in Schleswig-Holstein weniger angestiegen als im Bundesgebiet.

»Die Anzahl der vertragsärztlich tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hat sich kontinuierlich erhöht, liegt aber relativ deutlich unter dem Bundesdurchschnitt.«

Ein Indikator für die Kapazitäten der ambulanten Versorgung ist die Zahl der praktizierenden (Fach-)Ärztinnen und Ärzte sowie ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Seit 2013 bis 2022 hat sich die Anzahl der vertragsärztlich tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein kontinuierlich erhöht, liegt aber relativ deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. Die Zahl der ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist über die Jahre recht konstant geblieben und entspricht in etwa dem bundesdeutschen Durchschnitt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die Arztdichte durch starke regionale Unterschiede zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten geprägt ist. Der Indikator der Arztdichte kann einen Hinweis auf das Versorgungsangebot geben, es ist jedoch zu beachten, dass die Arbeitszeit des Personals unberücksichtigt bleibt und es in vielen Berufsgruppen Tendenzen zur Teilzeitarbeit gibt. Ein weiterer wichtiger Indikator hinsichtlich der Versorgung ist die Altersstruktur der Behandelnden. So sind jede vierte ärztliche Psychotherapeutin und jeder vierte ärztliche Psychotherapeut über 65 Jahre alt. Bei den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist es immerhin jede siebte bzw. jeder siebter. Bei letzterer Berufsgruppe liegt zudem das Durchschnittsalter über den bundesweiten Werten.

»Trotz insgesamt steigender Zahlen auf Seiten der Behandelnden und der Psychiatriestrukturreform sind die Wartezeiten, insbesondere für eine Richtlinien-therapie, nach wie vor zu lang.«

Neben der Arztdichte und der Altersstruktur der Behandelnden stellen Wartezeiten auf eine Therapie einen weiteren wichtigen Anhaltspunkt für eine bedarfsdeckende Versorgung dar. Studien geben Hinweise darauf, dass die Psychiatriestrukturreform aus dem Jahr 2017 zur Folge hat, dass sich Wartezeiten auf eine Richtlinien-therapie tendenziell verlängert und Wartezeiten auf eine Akutbehandlung verkürzt haben (Singer et al. 2022). Die Wartezeiten sind insgesamt betrachtet nach wie vor zu lang. Darüber hinaus ist es mit der steigenden Anzahl an Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte, die überproportional von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen betroffen sind, von zunehmender Bedeutung, sprach- und kultursensible Beratungs- und Therapiemöglichkeiten zu ermöglichen (Mörath et al. 2022, Eller & Berg 2023).

»Die Hausärztinnen und -ärzte in Schleswig-Holstein spielen eine Schlüsselrolle bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen.«

Eine Schlüsselrolle über alle psychischen Störungsbilder hinweg spielen bei den Erwachsenen die Hausärztinnen und -ärzte, die im Jahr 2020 in über 80 % der Fälle an der Versorgung beteiligt waren. Ca. 75 % der betroffenen Kinder und Jugendlichen wurden von Kinderärztinnen und -ärzten gesehen. 15 % der Kinder und Jugendlichen wurden vom Hausarzt versorgt, insbesondere Jugendliche mit affektiven Störungen (F3). Diese beiden ärztlichen Fachgruppen begleiten die Patientinnen und Patienten häufig über eine längere Zeit hinweg, nehmen daher eine „Lotsenfunktion“ ein und koordinieren die Zuweisung zur spezialärztlichen und nicht-ärztlichen, therapeutischen Behandlung. Zudem sind die Pädiater und Pädiaterinnen hauptsächlich für die Diagnostik der häufig auftretenden Entwicklungsstörungen (F8) zuständig.

Beim Blick auf die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen zeigt sich über die Zeit (2012-2019) bei zwei Leistungsarten eine Reduktion. Bei der Gruppe der Erwachsenen sinkt der Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer F-Diagnose, die eine psychosomatische Grundversorgung oder therapeutische Gespräche / psychiatrische Behandlung / stützende Psychotherapie / probatorische Sitzung erhalten. Bei den Kindern und Jugendlichen zeigt sich die letztgenannte Leistungsgruppe als konstant. Ein starker Rückgang ist jedoch ebenfalls bei der psychosomatischen Grundversorgung zu beobachten. Der Anteil der Psychotherapie-Leistungen ist sowohl bei den Kindern und Jugendlichen als auch bei den Erwachsenen über die Zeit stabil. Für eine abschließende Bewertung ist es jedoch ratsam, die Entwicklung der Leistungen während der Pandemiejahre zum betrachteten Zeitraum zu ergänzen. Die entsprechenden Zahlen lagen für diesen Bericht nicht vor.

»„Neben den unmittelbaren Symptomen sind vor allem die aus der Erkrankung resultierenden Konsequenzen für den Einzelnen und sein soziales Umfeld ebenso von Bedeutung wie für die Solidargemeinschaft“ (Gühne et al. 2020).«

Wenn ein Mensch psychisch erkrankt, hat dies weitreichende Auswirkungen auf ihn selbst, die Familie und das soziale Umfeld insgesamt. Insbesondere für die Betroffenen stellen sich Fragen nach der Förderung der Lebensqualität, der Gewährleistung von Teilhabe und zum Umgang mit Stigmatisierungen (siehe Kapitel 5). Zahlreiche Studien zeigen, dass die Lebensqualität mit dem Vorhandensein von psychischen Belastungen und psychischen Störungen niedriger ist bzw. sinkt, die Bewältigung alltäglicher Aufgaben schwerer fällt und soziale Beziehungen leiden (Connell et al. 2012, Connell et al. 2014, Fisher et al. 2021, Choenarom et al. 2005, De Silva 2005). Wenn diese wichtigen Lebensaspekte im Zuge einer psychischen Erkrankung ins Wanken geraten, können Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen einen zusätzlichen negativen Effekt auf das Wohlbefinden der erkrankten Menschen haben (Quinn et al. 2015).

»Psychische Erkrankungen spielen sowohl bei der Krankheitslast der Bevölkerung insgesamt als auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit, z. B. in Form von Suiziden, eine erhebliche Rolle.«

Neben den individuellen Folgen, die eine psychische Erkrankung mit sich bringt, haben Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung insgesamt immer auch gesamtgesellschaftliche Effekte, die darüber hinaus eine volkswirtschaftliche Komponente aufweisen. Dabei zeigt der Blick auf die statistische und standardisierte Kennzahl der Krankheitslast in Deutschland, dass beispielsweise depressive Erkrankungen sowie Angst- und alkoholbedingte Störungen einen erheblichen Anteil an den durch Krankheit verlorenen gesunden Lebensjahren haben. Auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit spielen psychische Erkrankungen eine Rolle, da sie vermutlich für einen Großteil der Suizide, die in Schleswig-Holstein versucht oder vollzogen werden, verantwortlich sind. Die Zahl der Suizide ist über die Jahrzehnte im Mittel eher abnehmend, die Häufigkeit von Suizidalität als psychiatrisches Phänomen nimmt jedoch eher zu. Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass Suizide in jüngeren Altersgruppen häufiger versucht und in älteren Altersgruppen häufiger vollzogen werden. Männer verüben etwa zwei Drittel aller Suizide, während Frauen bei den Suizidversuchen überrepräsentiert sind. Suizidalität betrifft in Schleswig-Holstein eher Mädchen und junge Frauen.

»Die Anzahl der Rehaleistungen ist in Schleswig-Holstein seit 2013 stetig angestiegen, liegt aber unter dem Bundesdurchschnitt.«

Drei wichtige Indikatoren, die eine große Bedeutung für die Arbeitswelt und für die Gesellschaft insgesamt haben, sind die Entwicklungen bei den abgeschlossenen Leistungen der medizinischen Rehabilitation, den Eintritten in die Erwerbsminderungsrente und die Tage der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Die Anzahl der Rehaleistungen ist in Schleswig-Holstein seit 2013 stetig angestiegen, liegt aber unter dem Bundesdurchschnitt, wobei sich die

Zahlen über die Jahre stark angenähert haben. Der Anteil von Frauen ist bei den Rehaleistungen höher als bei Männern. Zudem gibt es große Unterschiede zwischen den Altersgruppen und auch zwischen den Regionen (Kreise und kreisfreie Städte).

»Die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen ist für Schleswig-Holstein höher als in Deutschland insgesamt.«

Die Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen je 100.000 aktiv Versicherte ist für Schleswig-Holstein höher als in Deutschland insgesamt. Das Niveau der Raten, insbesondere der altersstandardisierten Raten, ist über die Jahre hinweg relativ stabil. Für Schleswig-Holstein zeigt sich jedoch seit 2019 bis 2022 ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen. Beim Blick auf die Zahlen für Frauen und Männer wird deutlich, dass die Anzahl bei den Frauen deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegt, wohingegen sie bei den Männern vergleichbar zu den deutschlandweiten Zahlen ist. Der beobachtete Anstieg in Schleswig-Holstein seit 2019 ist wiederum für beide Geschlechter zu konstatieren. Darüber hinaus gibt es große Unterschiede zwischen den Altersgruppen und auch zwischen den Regionen.

»In den vergangenen Jahren hat sich nicht nur die Anzahl der AU-Fälle, sondern auch die Krankheitsdauer aufgrund von psychischen Erkrankungen stetig erhöht.«

Die große und immer noch wachsende Bedeutung von psychischen Störungen in der Arbeitswelt zeigt sich ebenso bei der Betrachtung der Fälle der Arbeitsunfähigkeit (AU) und der Krankheitsdauer. In den vergangenen Jahren hat sich nicht nur die Anzahl der AU-Fälle, sondern auch die Krankheitsdauer

aufgrund von psychischen Erkrankungen stetig erhöht. Frauen weisen stets mehr Fehltag aufgrund psychischer Erkrankungen auf als Männer. Zunehmend sind auch jüngere Altersgruppen betroffen und es ist ein Bildungsgradient zu beobachten (TK 2023). Das heißt, Gruppen mit einem niedrigeren formalen Schul- oder Ausbildungsabschluss weisen höhere Werte bei den AU-Fällen und -Tagen auf. Die Berufsgruppe der im Gesundheitswesen Beschäftigten ist am stärksten betroffen (TK 2023).

»Mit steigender Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen wächst neben der Notwendigkeit der Versorgung und Behandlung der Betroffenen auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung.«

Mit der Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen wächst neben der Notwendigkeit der Versorgung und Behandlung der Betroffenen auch der Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 6). Prävention beschreibt die Vorbeugung von Krankheiten, beispielsweise durch Maßnahmen, die das Risiko zu erkranken verringern oder die die negativen Folgen von Krankheiten abmildern. Für den Erhalt und die Förderung psychischer Gesundheit und für die Vermeidung psychischer Störungen bedarf es nicht nur der Verhaltensprävention, sondern auch der Verhältnisprävention. Verhältnisprävention hat das Ziel, (schädliche) Verhaltensmuster bei Einzelpersonen oder Gruppen zu verändern, um auf diesem Wege die Gefahr einer möglichen Erkrankung zu verringern. Mit Verhältnisprävention sollen durch Änderungen in der Lebenswelt der Menschen auf der strukturellen Ebene gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen verbessert werden, um so Voraussetzungen für ein geringeres Erkrankungsrisiko zu schaffen. Mit Blick auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Schleswig-Holstein ist durch den vorliegenden Bericht deutlich geworden, dass es einen großen Bedarf für primäre, sekundäre und tertiäre Prävention gibt.

»Die Primärprävention spielt eine besondere Rolle, da durch sie bereits die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen reduziert, verhindert und Gesundheitsressourcen gestärkt werden können.«

Die primäre Prävention und Gesundheitsförderung spielen hierbei eine besondere Rolle, da durch sie bereits die Entstehung psychischer Beeinträchtigungen und Störungen reduziert werden kann und Gesundheitsressourcen gestärkt werden. Dementsprechend liegt der Fokus hierbei auf Kindern und Jugendlichen, für die es in Schleswig-Holstein – meist im Kontext Schule – zahlreiche Angebote und Maßnahmen gibt.

»Kinder psychisch erkrankter Eltern stehen in Schleswig-Holstein im Fokus der Prävention, da diese Gruppe ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Störungen aufweist.«

Einen Fokus in der Prävention auf die Angebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern in Schleswig-Holstein zu legen, ist von besonderer Bedeutung, da diese Gruppe ein stark erhöhtes Risiko für die Entwicklung eigener psychischer Störungen aufweist (Wiegand-Grefe & Petermann 2016) und bei ihnen demnach ein besonderer Bedarf, aber auch ein großes Potenzial an Prävention besteht.



8

Fazit

Der vorliegende Bericht macht in seiner Gesamtheit deutlich, dass das Thema der psychischen Gesundheit immer mehr an Bedeutung gewinnt und in den Fokus gerückt werden muss. Hinsichtlich des Gesundheitsziels, in Schleswig-Holstein die psychischen Belastungen zu verringern, ist festzuhalten, dass das Ziel noch nicht erreicht wurde.

»Das Gesundheitsziel, die psychischen Belastungen zu verringern, bleibt weiterhin bestehen.«

Die Zahlen geben eher Hinweise darauf, dass die psychischen Belastungen in den letzten Jahren relativ stabil, aber möglicherweise auch größer geworden sind – vermutlich auch schon vor der Pandemie. Das lässt sich jedoch nicht mit abschließender Sicherheit sagen, da insbesondere die Versorgungsdaten mit einigen Unsicherheiten behaftet sind (Thom et al. 2024). Entsprechend ist es von Bedeutung, die Versorgungsdaten durch die Erhebung von Befragungsdaten zu ergänzen. Das ist für Schleswig-Holstein im Rahmen des RKI-Panels ab 2024 geplant bzw. aktuell in Arbeit. Denn die steigenden Diagnoseprävalenzen können beispielsweise auch ein Indiz dafür sein, dass sich die Menschen eher Hilfe suchen. Das wäre eine gute Nachricht, trifft aber womöglich nicht auf alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zu (Thom et al. 2019).

»Ein einfacher und niedrighschwelliger Zugang zu Hilfs- und Versorgungsangeboten ist notwendig.«

Das heißt, es gilt nach wie vor, besonders gefährdete Gruppen dabei zu unterstützen, den Weg ins Hilfe- und Versorgungssystem zu finden und eine bedarfsgerechte Behandlung zu erhalten. Dabei ist nicht nur der einfache und niedrighschwellige Zugang zu Hilfs- und Versorgungsangeboten in den Blick zu nehmen, sondern auch die Behandlungs- und Versorgungsqualität. Noch zu oft werden psychische Erkrankungen, wie z. B. Depressionen, nicht leitliniengerecht behandelt (Thom et al. 2019). Bei den Kindern und Jugendlichen ist im Hinblick auf die steigenden Zahlen eine differenzierte Betrachtung notwendig, denn die Entwicklungsstörungen, insbesondere die Sprachstörungen, machen einen erheblichen Anteil in den jüngeren Altersgruppen aus.

»Ambulante und teilstationäre Angebote fördern die wohnortnahe Versorgung. Auch Modellvorhaben sind eine Möglichkeit, um die Versorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu verbessern und eine wohnortnahe und lückenlose Versorgung zu fördern.«

Zudem ist vor dem Hintergrund wachsender Investitionen und Versorgungskapazitäten bei nach wie vor langen Wartezeiten auf eine Behandlung und erhöhtem Einsatz von Psychopharmaka kritisch zu

hinterfragen, ob die vorhandenen Hilfs- und Versorgungsangebote die tendenziell steigenden oder sich verändernden Behandlungsbedarfe adäquat abdecken können (Thom et al. 2019). So steckt zum Beispiel im Bereich der psychiatrischen Ambulanzversorgung mit der Idee eines vollumfänglichen ambulanten Versorgungsangebots mit unterschiedlichen Intensitätsstufen großes Potenzial (SVR 2018). Insbesondere Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und stationären Sektor stellen ein mögliches Hemmnis für die Steigerung der Versorgungsqualität dar (Thom et al. 2019). Um diesem Aspekt zu begegnen, wurden vor einigen Jahren in mehreren Kreisen Schleswig-Holsteins Regionalbudgets (Modellvorhaben nach § 64b SGB V) eingeführt, um die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zum Wohle der Patientinnen und Patienten zu verringern und eine wohnortnahe und lückenlose Versorgung zu fördern. In diesem Zuge sind in Schleswig-Holstein verstärkt psychiatrische Institutsambulanz und Tageskliniken ausgebaut worden. Analysen zeigen, dass Patientinnen und Patienten im Rahmen der Modellvorhaben häufiger ambulant oder aufsuchend behandelt werden, über Wissen zur Modellversorgung verfügen und eine höhere Zufriedenheit mit der Versorgung aufweisen (von Peter et al. 2021, Neumann et al. 2021).

»Die Prävention von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die alle Lebensbereiche der Menschen umfasst.«

Darüber hinaus zeigt der Bericht, dass die psychische Gesundheit kein eindimensionales Thema ist. Insbesondere mit Blick auf die Prävention von psychischen Beeinträchtigungen und psychischen Störungen ist ein gesamtgesellschaftliches Engagement erforderlich. Es bedarf auf der individuellen Verhaltensebene der Vermeidung ungesunder Lebensstile (wie z. B. in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Schlaf) und chronischen Stresses bei gleichzeitiger Förderung psychischer Ressourcen (wie z. B. Optimismus, Resilienz und Selbstwert). Zusätzlich geht es auf der Ebene der Lebensverhältnisse nicht nur um die Vermeidung von Armut, Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Einsamkeit, sondern auch um die Förderung von Bildung und sozialer Unterstützung. Dies würde einem Ansatz „Mental Health in All Policies“ entsprechen.

Adorjan K et al. (2021). Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Versorgungssituation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 92(6), 562-570.

Agnafors S et al. (2019). Somatic comorbidity in children and adolescents with psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28, 1517-1525.

AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) (2003). Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.). 3. Fassung: Bielefeld.

Arango C et al (2021). Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*, 20(3), 417-436.

Bäuerle A et al. (2020). Mental health burdens of the COVID-19 outbreak in Germany: predictors of mental health impairment. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 2150132720953682.

Bäumli, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., & Jahn, T. (2017). Die SEEWOLF-Studie: Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus-Verlag.

Bengel J & Lyssenko L (2012). Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Berman SL et al. (2006). Existential Anxiety in Adolescents: Prevalence, Structure, Association with Psychological Symptoms and Identity Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 285-292.

Bernal M et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101(1-3), 27-34.

Bertolote JM & Fleischmann A (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World Psychiatry*, 1,181-185.

Bertolote JM et al. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25, 147-155.

BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2024). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Abgerufen am 6.6.2024 unter: https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Aufgaben/DiGA-und-DiPA/DiGA/_verteilerseite.html

Bienstein P & Sarimski K (2014). Unterstützung von psychischer Gesundheit als psychologischer Beitrag zur Förderung von Lebensqualität. *Schwere und mehrfache Behinderung-interdisziplinär*, 1, 109.

bifg (BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung) (2024). Morbiditäts- und Sozialatlas. Abgerufen am 27.2.2024 unter <https://www.bifg.de/atlas>

Bohlken J et al. (2020). COVID-19-Pandemie: Belastungen des medizinischen Personals. *Psychiatrische Praxis*, 47(4), 190-197.

9 Quellen

Borgmann LS et al. (2017). Soziale Unterstützung als Ressource für Gesundheit in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(4), 117-123.

Bos S et al. (2022). Trans* Gesundheit im Kindes- und Jugendalter. *Pädiatrische Praxis*, 98(1), 132-146.

bpb (Bundeszentrale für politische Bildung) (2024). Glossar. Aktiv Versicherte. Abgerufen am 2.7.2024 unter: <https://www.bpb.de/themen/soziale-lage/rentenpolitik/157326/glossar-rentenpolitik/>

BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2022). Psychisch Kranke warten 142 Tage auf eine Psychotherapie. Abgerufen am 22.11.2023 unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/psychisch-krank-warten-142-tage-auf-einepsychotherapeutische-behandlung/>

Bramesfeld A (2023). Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 66(4), 363.

Brieger P et al. (2022). Wird die Rolle von psychischen Erkrankungen beim Suizid überbewertet? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 65(1), 25-29.

BSGP (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2021). Erster bayerischer Psychiatriericht. Abgerufen am 5.6.2024: <https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2022/01/bayerischer-psychiatriericht-2021.pdf>

Bundesagentur für Arbeit (2024a). Arbeitsmarkt im Überblick - Berichtsmonat April 2024 - Schleswig-Holstein, Land. Abgerufen am 15.05.2025 unter <https://statistik.arbeitsagentur.de/Auswahl/raeumlicher-Geltungsbereich/Politische-Gebietsstruktur/Bundeslaender/Schleswig-Holstein.html>

Bundesagentur für Arbeit (2024b). Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Abgerufen am 15.5.2024 unter: <https://statistik.arbeitsagentur.de>

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019). Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abgerufen am 22.5.2024 unter: <https://www.bamf.de/DE/Themen/Forschung/Veroeffentlichungen/Migrationsbericht2019/PersonenMigrationshintergrund/personenmigrationshintergrund-node.html>

Bundesministerium für Gesundheit (2019). Präventionsgesetz. Abgerufen am 30.4.2024 unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz>

Bundesministerium für Gesundheit (2021). Amtliche Veröffentlichungen – Bundesanzeiger: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. In Fundstelle: BAnz AT B3.

Bundesministerium für Gesundheit (2024). Gesundheitskompetenz. Abgerufen am 30.5.2024 unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitskompetenz>

Busch M et al. (2011). Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise. In Robert Koch-Institut (Hrsg), GBE kompakt 2(7). Abgerufen am 13.5.2024 unter: www.rki.de/gbe-kompakt

Canetto SS & Sakinofsky I (1998). The gender paradox in suicide. Suicide and Life-Threatening Behavior, 28(1), 1-23.

Carballo JJ et al. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 29, 759-776.

Chalise HN et al. (2008). Functional disability in activities of daily living and instrumental activities of daily living among Nepalese Newar elderly. Public Health, 122(4), 394-396.

Choenarom C et al. (2005). The role of sense of belonging and social support on stress and depression in individuals with depression. Archives of Psychiatric Nursing, 19(1), 18-29.

Cohen S (2004). Social relationships and health. American Psychologist, 59(8), 676-684.

Cohrdes C et al. (2019). Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 62, 1195-1204.

Connell J et al. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. Health and Quality of Life Outcomes, 10, 1-16.

Connell J et al. (2014). Measuring quality of life in mental health: are we asking the right questions? Social Science & Medicine, 120, 12-20.

Connolly MD et al. (2016). The Mental Health of Transgender Youth: Advances in Understanding. Journal of Adolescent Health, 59(5), 489-495.

DAK-Gesundheit (2023). DAK Psychreport 2023: Erneuter Höchststand bei psychisch bedingten Fehltagen im Job. Abgerufen am 30.4.24 unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/berichte-forschung/psychreport-2023_32618

Daseking M & Koglin U (2022). Entwicklungsstörungen in der Kindheit. Kindheit und Entwicklung, 31(3).

De Silva MJ et al. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health, 59(8), 619-627.

Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache (2024). Existenzangst. Abgerufen am 16.5.2024 unter: <https://www.dwds.de/wb/Existenzangst>

Dorsch Lexikon der Psychologie (2024a). Optimismus. Abgerufen am 31.5.2024 unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/optimismus>

Dorsch Lexikon der Psychologie (2024b). Selbstwert. Abgerufen am 31.5.2024: unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/selbstwert>

Dorsch Lexikon der Psychologie (2024c). Resilienz. Abgerufen am 8.5.2024 unter: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/resilienz>

Dreier M et al. (2022). Suizidalität. psychenet – Netz psychische Gesundheit (2022). Abgerufen am 22.11.2023 unter: <https://www.psychenet.de/de/psychische-gesundheit/themen/suizidalitaet.html>

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2024a). Abgeschlossene Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM. Bereitstellung der Daten: Februar 2024.

DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2024b). Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM. Bereitstellung der Daten: Februar 2024.

Durkin MS (2019). Increasing prevalence of developmental disabilities among children in the US: a sign of progress? *Pediatrics*, 144(4).

Eibner C et al. (2004). Does relative deprivation predict the need for mental health services. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 7(4), 167-175.

Eller N & Berg M (2023). Schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen und deren psychotherapeutische Versorgung. Möglichkeiten der Psychotherapieausbildung im Abbau von Zugangsbarrieren zur ambulanten Psychotherapie von hard to reach Klient:innen. In *Psychotherapie Forum*, Vol. 27, No. 1-2, pp. 3-8. Vienna: Springer.

Entringer T (2022). Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland. Kompetenznetz Einsamkeit. Abgerufen am 10.5.2024 unter: https://kompetenznetz-einsamkeit.de/wp-content/uploads/2022/07/KNE_Expertise04_220629.pdf

Erickson J et al. (2016). Educational attainment as a protective factor for psychiatric disorders: findings from a nationally representative longitudinal study. *Depression and Anxiety*, 33(11), 1013-1022.

EX-IN Deutschland (2024). Über EX-IN. Abgerufen am 13.6.2024 unter: <https://ex-in.de/ueber-ex-in/>

Fisher K et al. (2021). Functional limitations in people with multimorbidity and the association with mental health conditions: Baseline data from the Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA). *PLoS One*, 16(8).

Franzkowiak P (2022). Prävention und Krankheitsprävention. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Freie Universität Berlin. (2024). Gini-Koeffizient. Abgerufen am 21.5.2024 unter: https://www.lai.fu-berlin.de/e-learning/projekte/vwl_basiswissen/Umverteilung/Gini_Koeffizient/index.html

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024). Medizinische Rehabilitation. Abgerufen am 30.4.24 unter: <https://www.g-ba.de/themen/veranlasste-leistungen/medizinische-rehabilitation/>

GKV-Spitzenverband (2023). Präventionsbericht. Abgerufen am 30.4.2024 unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp

Gutermuth D & Hamstra MRW (2024). Are there gender differences in promotion–prevention self-regulatory focus? *British Journal of Psychology*, 115(2), 306–323.

Gühne U et al. (2020). Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken—ein Überblick. *IAB-Forum*.

Hansson L et al. (2014). Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness—An interview study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(2), 100-106.

Heim TM (2023). Transpersonen: Minderheitenstress erhöht Depressivität und Suizidalität. *InFo Neurologie + Psychiatrie*, 25(3), 56-56.

Heinz A et al. (2023). Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Der Nervenarzt*, 94(3), 225-233.

Herpertz S & Pape M (2022). Adipositas und psychische Komorbidität. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 495-500). Springer: Berlin Heidelberg.

Hjorth CF et al. (2016). Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*, 16(1), 976.

Hollstein Y et al. (2022). Bildung in Schleswig-Holstein im Spiegel der nationalen Bildungsberichterstattung 2020. Frankfurt am Main: DIPF| Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation.

Holt-Lunstad J et al. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237.

Holtmann M et al. (2023). Die COVID-19-Pandemie und seelische Gesundheit bei Minderjährigen: Herausforderungen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie und-psychotherapie. *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 51(1), 1-7.

Huss M (2022). Paradigmenwechsel in der Forschung psychischer Gesundheit–vom Symptom über die Lebensqualität zu Funktionalität und Teilhabe: Auswirkungen auf die gesundheitsökonomische Bewertung von Evidenz. In *Das Gesundheitswesen und seine volkswirtschaftliche Bedeutung* (pp. 161-171). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Ihle W et al. (2007). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In S. Lautenbacher, O. Güntürkün, & M. Hausmann (Hrsg), *Gehirn und Geschlecht: Neurowissenschaft des kleinen Unterschieds zwischen Frau und Mann* (S. 211-222). Springer: Berlin Heidelberg.

IKK classic (2024). AU-Bericht 2023. Krankenstand 2023 auf neuem Höchststand. Pressemitteilung vom 24.1.24. Abgerufen am 30.4.24 unter: <https://www.ikk-classic.de/presse/pressemitteilungen/au-bericht-2023>

Jacobi F (2009). Nehmen psychische Störungen zu. *Report Psychologie*, 34(1), 16-28.

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

Jacobi F et al. (2022). Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In *Gesundheitswissenschaften* (pp. 683-702). Springer: Berlin Heidelberg.

Kallert Tet al. (2016). Versorgungsstrukturen in der Psychiatrie. In *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 1–35). Springer: Berlin Heidelberg.

Kauffeld S (2019). Arbeit und Gesundheit. In S. Kauffeld (Hrsg), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (S. 305-358). Springer: Berlin Heidelberg.

Kawachi I & Berkman LF (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024a). Soziotherapie. Abgerufen am 6.6.24 unter: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024b). Arztlagestatistik 2023: Anstellung und Teilzeit weiter im Trend. Abgerufen am 6.6.2024 unter: https://www.kbv.de/html/1150_68720.php

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2024c). Bundesarztregister. Abgerufen am 6.6.24 unter: <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php>

Kische H & Haring R (2021). Geschlecht und Gesundheit – Grundlagen einer geschlechtssensiblen Medizin und Gesundheitsvorsorge. In: Haring, R. (Hg.) *Gesundheitswissenschaften*. Springer: Berlin Heidelberg.

Klipker K et al. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGs Welle 2 und Trends. *Journal of Mental Health Monitoring*, 3.

Kluge U et al. (2020). Rassismus und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 91(11), 1017.

Kohls E et al. (2021). Mental health, social and emotional well-being, and perceived burdens of university students during COVID-19 pandemic lockdown in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 643957.

Kroll LE & Lampert T (Hrsg.) (2012). Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit (Vol. 3(1)). Abgerufen am 30.5.2024 unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3105/1.pdf?sequence=1>

Kroll LE et al. (2016). Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59, 228-237.

Kuhn J et al. (2023). Public Mental Health: Entwicklung eines Forschungs- und Handlungsfeldes. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 66(4), 353-355.

Lampert T et al. (2005). Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Abgerufen am 29.5.2024 unter: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3209/24aj8tYVir1Lo_14.pdf

Landesregierung Schleswig-Holstein (2016). Bericht der Landesregierung. Psychiatriebericht 2016. Drucksache 18/4921. Abgerufen am 4.6.2024 unter: <https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/4900/drucksache-18-4921.pdf>

Landesregierung Schleswig-Holstein (2021). Sozialbericht Schleswig-Holstein 2020. Abgerufen am 16.5.2024 unter: <https://www.schleswig-holstein.de/mm/downloads/SOZMI/sozialbericht2020.pdf>

Landesregierung Schleswig-Holstein (2022a). Rauchverhalten der Menschen in Schleswig-Holstein. Abgerufen am 30.4.2024: unter https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/gesundheits_dienste_rauchverhalten_bericht.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Landesregierung Schleswig-Holstein (2022b). Polizeiliche Kriminalstatistik Schleswig-Holstein Kurzfassung. Abgerufen am 28.5.2024 unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/POLIZEI/DasSindWir/LKA/Ermittlungen_Auswertung/kriminalstatistik/downloads/PKS2022_Kurzfassung.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Landesregierung Schleswig-Holstein (2023a). Alkoholkonsum der Menschen in Schleswig-Holstein. Abgerufen am 30.4.2024 unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/G/gesundheitsvorsorge/gesundheitsdienste/Downloads/bericht_alkoholkonsum.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Landesregierung Schleswig-Holstein (2023b). Verlängerung der Wirksamkeit des Krankenhausplans Schleswig-Holstein. Abgerufen am 12.06.2024: https://www.schleswig-holstein.de/DE/fachinhalte/K/krankenhaeuser/Info_Krankenhausplan.html?nn=11227b51-8d04-479e-8boa-424369db73ed

Landesregierung Schleswig-Holstein (2023c). Kindergesundheit in Schleswig-Holstein. Ergebnisse der Untersuchungen der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein. Abgerufen am 29.5.2024 unter: https://laj-sh.de/wp-content/uploads/2023/12/Fokusbericht-Kindergesundheit_2023.pdf

Landesregierung Schleswig-Holstein (2024a). Bericht zu Suiziden und zur Suizidprävention in Schleswig-Holstein. Drucksache 20/1771, 9.1.2024. Abgerufen am 13.5.2024 unter: <https://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl20/drucks/01700/drucksache-20-01771.pdf>

Landesregierung Schleswig-Holstein (2024b). Zahlen zur Bevölkerung. Abgerufen am 22.5.2024 unter: https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesportal/land-und-leute/zahlen-fakten/bevoelkerung/bevoelkerung_node.html

Landesverband Schleswig-Holstein des Kinderschutzbundes (2024). Kinderarmut. Abgerufen am 7.6.24 unter: <https://www.kinderschutzbund-sh.de/politik-fuer-kinder/kinderarmut>

Malinke S (2023). Moderate Wartezeit auf Psychotherapie. Ersatzkassenmagazin, 4. Ausgabe 2023. Abgerufen am 22.11.2023 unter: <https://www.vdek.com/magazin/ausgaben/2023-04/analyse-wartezeiten-psychotherapie.html>

Marroquín B & Nolen-Hoeksema S (2015). Emotion regulation and depressive symptoms: close relationships as social context and influence. Journal of Personality and Social Psychology, 109(5), 836-855.

Mauz E et al. (2023). Time trends in mental health indicators in Germany's adult population before and during the COVID-19 pandemic. Frontiers in Public Health, 11, 1065938

McGrath J et al. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29, e153.

Millan-Calenti JC et al. (2010). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. Archives of Gerontology and Geriatrics, 50(3), 306-10.

Momen NC et al. (2020). Association between mental disorders and subsequent medical conditions. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721-1731.

Mörath V et al. (2022). » Das große Thema Sprache «–Sprachbarrieren in der psychosozialen Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung. *Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW)*, 169(5), 190-192.

Müller F et al. (2021). Social isolation and loneliness during COVID-19 lockdown: Associations with depressive symptoms in the German old-age population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3615.

Neumann A et al. (2021). Verringerung vollstationärer Behandlungstage in psychiatrischen Kliniken mit Modellvorhaben zur patientenzentrierten Versorgung mit globalem Budget (§64b SGB V). *Psychiatrische Praxis*, 48(03), 127-134.

NPK (Nationale Präventionskonferenz) (2019). Erster Präventionsbericht. Abgerufen am 4.6.2024 unter: https://www.npk-info.de/fileadmin/user_upload/ueber_die_npk/downloads/2_praeventionsbericht/NPK-Praeventionsbericht_Barrierefrei.pdf

Oexle N et al. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268, 209-212.

Peters E et al. (2021). Stress, Copingstrategien und gesundheitsbezogene Lebensqualität während der Corona-Pandemie im April 2020 in Deutschland. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 146(02), e11-e20.

Peters E et al. (2024). Die gesundheitliche Lage und Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein in Krisenzeiten (geKuJu). Universität zu Lübeck: Lübeck.

Piper A (2022). Optimism, pessimism and life satisfaction: an empirical investigation. *International Review of Economics*, 69(2), 177-208.

Poethko-Müller C et al. (2018). Die allgemeine Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.

Pöge K et al. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans-und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(S1), 1-30.

Pöge K et al. (2022). Erhebung geschlechtlicher Diversität in der Studie GEDA 2019/2020-EHIS – Ziele, Vorgehen und Erfahrungen. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 52–71.

Porst M et al. (2022). The Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level: Results in Terms of Disability-adjusted Life Years (DALY) from the BURDEN 2020 Study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119(46), 785.

Psychiatrienetz (2024). Arbeit für psychisch kranke Menschen. Abgerufen am 2.7.2024 unter: <https://www.psychiatrie.de/arbeit.html>

Quinn DM et al. (2015). From discrimination to internalized mental illness stigma: The mediating roles of anticipated discrimination and anticipated stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(2), 103.

Ravens-Sieberer U et al. (2020). Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic—results of the COPSY study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 117(48), 828.

Ravens-Sieberer U et al. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 879-889.

Ravens-Sieberer U et al. (2023). 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*, 11, 1129073.

Richter D (2020). Die vermeintliche Zunahme psychischer Erkrankungen–Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 47(07), 349-351.

Richter D & Berger K (2013). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 40(04), 176-182.

Riedel-Heller SG (2023). Einsamkeit, soziale Isolation und psychische Gesundheit. *Public Health Forum*, 31(3), 238-240.

Riedel-Heller S et al. (2023). Public mental health: Kernstück oder Stiefkind von public health? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 66(4), 356-362.

Riffer F et al. (2021). Geschlechtsspezifische Unterschiede in der psychotherapeutischen Versorgung. *Psychotherapeut*, 66, 511–517.

RKI (Robert Koch-Institut) (2012). Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Abgerufen am 13.5.2024 unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/geda2010_tab.html

RKI (Robert Koch-Institut) (2020). AdiMon-Themenblatt: Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Berlin: RKI. Abgerufen am 14.5.2024 unter: www.rki.de/adimon

RKI (Robert Koch-Institut) (2021). Burden of Disease. Abgerufen am 30.4.24 unter: <https://www.daly.rki.de/>

RKI (Robert Koch-Institut) (2024a). Mental Health Surveillance - Beobachtung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland. Abgerufen am 16.5.2024 unter: https://public.data.rki.de/t/public/views/hf-MHS_Dashboard/Dashboard?%3Aembed=y&%3AisGuestRedirectFromVizportal=y

RKI (Robert Koch-Institut) (2024b). Psychische Gesundheit und psychische Störungen. Abgerufen am 4.6.2024 unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/Psychische_Gesundheit_node.html

Röding D & Elkeles T (2021). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen und präventiven Leistungen in einem ländlichen Raum. Das Gesundheitswesen, 83(12), 976-982.

Rommel A et al. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring, 2(4), 3-23.

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

Schellong, J. (2015). Resilienz und der Umgang mit belastenden Lebensereignissen im Erwachsenenalter. Public Health Forum, 23(4), 242-245.

Schleswig-Holsteinischer Landtag (2023). Kleine Anfrage und Antwort der Landesregierung - Ministerin für Justiz und Gesundheit. Kinder- und Jugendpsychiatrien in Schleswig-Holstein. Drucksache 20/1536. Abgerufen am 27.5.2024 unter: <https://www.landtag.ltsh.de/infotohek/wahl20/drucks/01500/drucksache-20-01536.pdf>

Schmitz MT et al. (2023). Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versicherten-daten. Das Gesundheitswesen(85), 871-877.

Schneider et al. (2019). Mortalität und somatische Komorbidität bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen - Eine deutsche Registerstudie. Deutsches Ärzteblatt International, 116: 405-11

Schobin J et al. (2022). Einsamkeitsbarometer: Pilotbericht. Kompetenznetz Einsamkeit. Abgerufen am 10.5.2024 unter: <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-forschung-01>

Schomerus G et al. (2023). Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 66(4), 416-422.

Schrijvers DL et al. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. Journal of Affective Disorders, 138(1-2), 19-26.

Singer S et al. (2022). Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapeut 67, 176-184.

Spießl, H & Jacobi F (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Psychiatrische Praxis, 35(07), 318-320.

Statista (2018). Anteil von Übergewichtigen in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 1999 bis 2017. Abgerufen am 14.5.2024 unter: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/256599/umfrage/bmi-anteil-der-uebergewichtigen-in-deutschland-nach-bundeslaendern/>

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2024). Grunddaten der Krankenhäuser, Krankenhausstatistik. Abgerufen am 12.6.2024 unter: <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/>

Statistisches Bundesamt (2022). Qualitätsbericht. Todesursachenstatistik - Todesursachen in Deutschland. Abgerufen am 24.1.2024 unter: www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/todesursachen

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022a). Armutsgefährdungsquote. Abgerufen am 28.5.2024 unter: <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-1-keine-armut/armutsgefahrdungsquote>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022b). Gini-Koeffizient zur Einkommensverteilung. Abgerufen am 28.5.2024 unter: <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-10-weniger-ungleichheiten/gini-koeffizient-zur-einkommensverteilung>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2023). Qualitätsbericht Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2022. Abgerufen am 24.1.2024 unter: <https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/einfuehrung.html>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024a). Adipositasquote. Abgerufen am 28.5.2024 unter: <https://www.statistikportal.de/de/nachhaltigkeit/ergebnisse/ziel-3-gesundheit-und-wohl-ergehen/adipositasquote>

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024b). Einkommen und Lebensbedingungen, Armutsgefährdung. Abgerufen am 15.5.2024 unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrung/_inhalt.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024c). Materielle und soziale Entbehrung. Abgerufen am 16.5.2024 unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Einkommen-Konsum-Lebensbedingungen/Lebensbedingungen-Armutsgefaehrung/Tabellen/_tabellen-innen-materielle-soziale-erhebung.html

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024d). Krankenhausdiagnostik. Abgerufen am 20.3.2024 unter: www.gbe-bund.de

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2024e). Todesursachenstatistik. Abgerufen am 4.6.2024 unter: www.gbe-bund.de

Steffen A (2020). Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry*, 20.

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

Stengler K & Jahn I (2014). Geschlechterspezifische Aspekte bei der Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. *Psychiatrische Praxis*, 42(02), 63–64.

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Kapitel 16: Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (S.683–758). Abgerufen am 7.6.24: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf

Thom J et al. (2019). Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 62, 128–139.

Thom J et al. (2021). Aufbau einer Mental Health Surveillance in Deutschland: Entwicklung von Rahmenkonzept und Indikatorenset. *Journal of Health Monitoring*, 6(4), 36-68.

Thom J et al. (2024). Trends in the diagnostic prevalence of mental disorders, 2012–2022—using nationwide outpatient claims data for mental health surveillance. *Deutsches Ärzteblatt International*, 121, 355–62.

TK (Techniker Krankenkasse) (2022). *Beweg dich, Deutschland!* Abgerufen am 13.5.2024: unter <https://www.tk.de/resource/blob/2033598/9fd920e270b7034df-3239cbf1c2a1eb/beweg-dich-deutschland-data.pdf>

TK (Techniker Krankenkasse) (2023). *Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten.* Abgerufen am 30.4.24 unter: <https://www.tk.de/resource/blob/2146912/b3da7656eeb503fd4f8-36b2fc75974c/gesundheitsreport-au-2023-data.pdf>

TK (Techniker Krankenkasse) (2024). 62 Prozent der jungen Erwachsenen in Norddeutschland fühlen sich seelisch belastet. Abgerufen am 24.5.2024 unter: <https://www.tk.de/presse/themen/praevention/gesundheitsstudien/seelische-gesundheit-junge-erwachsene-norddeutschland-2171098>

Trialog (2024). *Trialog – Psychoseseminar.* Abgerufen am 14.6.2024 unter: <https://www.trialog-psychose-seminar.de/>

Uchino BN (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.

Valtorta NK et al. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016.

Vargas SM et al. (2020). A critical review of current evidence on multiple types of discrimination and mental health. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(3), 374.

Vasileva M et al. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372-381.

VdK Sozialverband Deutschland (2023). Psychische und seelische Behinderung. Abgerufen am 12.06.2024 unter: <https://www.vdk.de/aktuelles/tipp/psychische-und-seelische-behinderung/>

Velting W (2008). Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 66-73.

von Peter S et al. (2021). Analyse von Implementierungsmerkmalen psychiatrischer Modellvorhaben (nach §64b SGB V) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesgebiet. *Gesundheitswesen*, 83(01), 33-39.

Watkinson RE et al. (2024). Gender-related self-reported mental health inequalities in primary care in England: a cross-sectional analysis using the GP Patient Survey. *The Lancet, Public Health*, 9(2), e100–e108.

WHO (World Health Organization) (2019). Psychische Gesundheit – Faktenblatt. Abgerufen am 4.6.2024 unter: https://who-sandbox.squiz.cloud/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

Wiegand-Grefe S & Petermann F (2016). Kinder psychisch erkrankter Eltern. *Kindheit und Entwicklung*, 25(2).

Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland) (2022/2023). Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2011 bis 2022. Datensätze bereitgestellt im Juni 2022 und September 2023.

10

Anhang

10.1

Vertragsärztliche Abrechnungsdaten

Gesetzlich Krankenversicherte haben einen Leistungsanspruch auf die vertragsärztliche Versorgung, die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlungen umfasst. Für den vorliegenden Bericht (Kapitel 4 und 5) wurden bundesweite anonymisierte, kassenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2011 bis 2022 zugrunde gelegt, um die ambulanten Diagnosehäufigkeiten, die Neuerkrankungsraten und die Versorgungsleistungen (nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)) im Bereich der psychischen Störungen zu betrachten. Zur Verfügung gestellt wurden diese Daten vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi), nach Antragsstellung durch die LVGFHS. Im Datensatz enthalten sind alle durch Vertragsärztinnen und -ärzte und Vertragspsychotherapeutinnen und -therapeuten, die mit den kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern abrechnen, gestellten Diagnosen und erbrachten psychotherapeutischen Leistungen. Die Beteiligung von sechs Fachgruppen (vier zusammengefasste Fachgruppen) der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten an der Diagnosestellung kann anhand der Daten analysiert werden.

Zielpopulationen für die Datenabfragen stellten alle zu dem jeweiligen Zeitpunkt in Schleswig-Holstein wohnhaften und gesetzlich krankenversicherten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen dar. Als Vergleichspopulation wurden Daten der bundesdeutschen Bevölkerung angefragt. In den Datensatz wurden gesetzlich Krankenversicherte mit gültiger Geschlechtsangabe (männlich oder weiblich) im Alter unter 111 Jahre und mit mindestens einem abgerechneten Kontakt zu einer niedergelassenen Ärztin und einem niedergelassenen Arzt im jeweiligen Jahr eingeschlossen. Nur gesicherte Diagnosen wurden berücksichtigt. Das Design der Studie ist altersgruppenbezogen so angelegt, dass eine Serie von Querschnittsbetrachtungen stattfand, das heißt, die Zusammensetzung der Zielgruppe änderte sich über den Beobachtungszeitraum. Als Prävalente werden Patientinnen und Patienten mit mindestens einer (M1Q), mindestens zwei (M2Q) oder mindestens vier (M4Q) Diagnosen in mindestens ebenso vielen unterschiedlichen Quartalen eines Jahres betrachtet. Als Inzidente gelten Patientinnen und Patienten mit mindestens eine Diagnose in einem Quartal des untersuchten Jahres und mindestens einer weiteren Diagnose innerhalb der drei Folgequartale ohne Diagnose in den vorangegangenen vier Quartalen. Die Grundgesamtheit bilden hier im Unterschied zur Berechnung der Prävalenz alle Patientinnen und Patienten eines Jahres ohne Prävalente, mit Inzidenten und ohne Personen ohne Diagnose im aktuellen Jahr, aber mit mindestens einer Diagnose im vorherigen Jahr.

	Spezifizierung
Gegenstand	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosen aus dem F-Kapitel der ICD-10-GM: Psychische und Verhaltensstörungen • Psychotherapeutische Leistungen: nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (KBV - EBM 2024)
Differenzierungen (Es werden nicht alle Differenzierungen bei allen Merkmalen ausgewiesen)	<ul style="list-style-type: none"> • Gesetzlich Versicherte mit mindestens einer Diagnose (M1Q), mindestens zwei (M2Q) und mindestens vier (M4Q) Diagnosen in ebenso vielen unterschiedlichen Quartalen aus dem F-Kapitel • Geschlecht: gesamt, männlich, weiblich • Altersgruppen in Jahren: 18 bzw. 15 Jahre bis 110 Jahre; 5-Jahres-Altersgruppen; 18 bis 34 Jahre, 35 bis 49 Jahre, 50 bis 64 Jahre, 65 bis 79 Jahre, ab 80 Jahre • Regionen: Schleswig-Holstein, Kreise und kreisfreie Städte Schleswig-Holsteins, Deutschland
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosehäufigkeit (Prävalenz) in der Gruppe der gesetzlich versicherten Patientinnen-/Patientengruppe • Neuerkrankungsrate (Inzidenz, bis 2019/2020) in der Gruppe der gesetzlich versicherten Patientinnen-/Patientengruppe • Durchschnittliche jährliche Veränderungsrate in Prozent

Tab. 8: Krankenkassenübergreifende vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V der Jahre 2011 bis 2022 (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Erwachsene

Zur Ermittlung zeitlicher Trends wurden die jährliche prozentuale Veränderung (APC, engl. Average Percentage Change) sowie die mittlere jährliche prozentuale Veränderung (AAPC, engl. Average Annual Percentage Change) der altersstandardisierten

Raten der Betroffenen mit mindestens 2 Diagnosen im Jahr (M2Q) in Schleswig-Holstein und Deutschland berechnet²⁰. Zudem wurden Zeitpunkte („joinpoints“) ermittelt, an denen sich statistisch signifikante Änderungen in den Trends zeigten. Die Ergebnisse dieser Analyse zeigt Tabelle 10.

Gruppe	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Trend innerhalb der Gruppe
F0	2402,6	2401,8	2412,1	2696,2	2719,1	2736,9	2722,5	2674,9	2679,7	2652,6	2601,8	2509,4	
F1	4465,5	4775,9	5231,1	5678,6	6023,2	6321,1	6580,1	6748,8	7016,6	7070,4	7300,1	6976,9	
F2	979,0	981,5	991,2	1005,7	997,1	972,2	956,8	933,2	939,7	944,9	930,1	884,7	
F3	9878,9	10342,4	10775,8	11416,3	11712,6	12047,0	12266,7	12260,9	12556,6	12625,4	12867,2	12654,8	
F4	10093,5	10608,3	11233,1	11892,7	12150,8	12592,1	12850,6	12861,0	13284,5	13330,7	13587,1	13444,0	
F5	1652,2	1712,7	1827,8	1968,7	2054,5	2121,8	2196,2	2208,0	2319,6	2343,3	2395,9	2321,1	
F6	1184,4	1255,4	1335,1	1430,0	1485,3	1606,4	1669,3	1693,5	1735,3	1732,0	1755,0	1684,2	
F7	515,8	522,0	536,5	560,3	571,5	568,0	569,9	570,4	579,5	571,8	579,7	565,5	
F8	205,8	224,3	253,4	278,2	311,5	334,7	353,6	381,1	422,0	433,2	487,7	503,5	
F9	380,3	413,8	468,1	529,4	579,6	618,6	657,8	683,6	726,5	752,9	829,9	871,5	

Tab. 9: Rohe Rate der ambulanten Diagnoseprävalenz (je 100.000 Versicherte, M2Q) innerhalb der Diagnosegruppen F1 bis F9 von 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (rote Markierung = Maximum, schwarze Markierung = Minimum) (Quellen: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Jährliche prozentuale Veränderung (APC)

ICD-10-Codes	Region	Jahre	APC	(95%-KI)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (mindestens zwei F-Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen im jeweiligen Jahr, M2Q)	Schleswig-Holstein	2011-2015	4,2*	3,6/4,7
		2015-2020	1,1*	0,6/1,6
		2020-2022	0,0	-2,3/ 2,4
	Deutschland	2011-2016	3,8*	3,1/4,5
		2016-2020	1,2	-0,5/2,9
		2020-2022	0,5	-3,8/4,9

Mittlere jährliche prozentuale Veränderung (AAPC)

ICD-10-Codes	Region	Jahre	AAPC	(95%-KI)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (mindestens zwei F-Diagnosen in zwei unterschiedlichen Quartalen im jeweiligen Jahr, M2Q)	Schleswig-Holstein	2011-2022	2,0*	1,6/2,4
	Deutschland	2011-2022	2,2*	1,5/3,0

Tab. 10: Zeitliche Trends bei der Entwicklung der altersstandardisierten Anteile der psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnosegruppe, M2Q) der gesetzlich Versicherten 18 Jahre und älter in Schleswig-Holstein und Deutschland von 2011 bis 2022 (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

APC= annual percentage change engl., prozentuale jährliche Änderung und 95%-Konfidenzintervall (95%-KI)
 AAPC = average annual percentage change engl., mittlere prozentuale jährliche Änderung und 95%-Konfidenzintervall (95%-KI)
 für den gesamten Zeitraum 2011-2022
 *statistisch signifikant (Alpha=0,05)

20 Software „Joinpoint Regression Program“ (Version 5.0.2.), National Cancer Institute (2024)

Diagnosegruppe	Startpunkt	Endpunkt	AAPC	Unteres Konfidenzintervall (95%)	Oberes Konfidenzintervall (95%)
F0	2011	2022	1,0107*	0,1376	1,8914
F1	2011	2022	3,8573*	3,3913	4,3253
F3	2011	2022	3,2217*	2,8118	3,6331
F4	2011	2022	3,2689*	2,9578	3,5810
F5	2011	2022	3,4161*	2,5869	4,2520
F6	2011	2022	3,4349*	2,7253	4,1495
F7	2011	2022	0,8723*	0,5295	1,2163
F8	2011	2022	8,3211*	7,8705	8,7736
F9	2011	2022	8,0194*	7,6387	8,4014

Tab. 11: Durchschnittliche jährliche prozentuale Änderungsrate (Average Annual Percentage Change, AAPC) nach Diagnosegruppe (M2Q) bei Männern 18 Jahre und älter in Schleswig-Holstein von 2011 bis 2022 (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

*statistisch signifikant, Alpha=0,5;
F2 einige Fallzahlen <30, nicht berechnet.

Diagnosegruppe	Startpunkt	Endpunkt	AAPC	Unteres Konfidenzintervall (95%)	Oberes Konfidenzintervall (95%)
F0	2011	2022	0,6124	-0,2828	1,5155
F1	2011	2022	4,8133*	4,0494	5,5828
F3	2011	2022	2,0922*	1,8473	2,3377
F4	2011	2022	2,6990*	2,1613	3,2395
F5	2011	2022	3,2417*	2,8592	3,6256
F6	2011	2022	3,4485*	2,5713	4,3333
F7	2011	2022	1,2061*	0,7435	1,6709
F8	2011	2022	8,9389*	8,4810	9,3987
F9	2011	2022	7,3418*	6,4943	8,1960

Tab. 12: Durchschnittliche jährliche prozentuale Änderungsrate (Average Annual Percentage Change, AAPC) nach Diagnosegruppe (M2Q) bei Frauen 18 Jahre und älter in Schleswig-Holstein von 2011 bis 2022 (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

*statistisch signifikant, Alpha=0,5;
F2 einige Fallzahlen <30, nicht berechnet.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Flensburg	15.736	16.169	17.305	18.089	18.474	18.549	19.446	19.403	19.269	19.048	38.806	39.436
Kiel	42.530	43.918	46.547	49.368	50.461	50.875	52.361	52.779	53.684	52.970	109.256	109.302
Lübeck	39.793	41.050	43.732	45.781	46.362	47.586	49.319	50.102	51.069	50.356	104.848	104.958
Neumünster	12.926	13.585	14.543	15.287	15.798	16.258	16.525	16.286	16.628	16.275	32.852	32.782
Dithmarschen	21.268	21.589	23.450	25.300	26.230	27.347	28.118	28.241	28.323	27.999	57.336	56.034
Herzogtum Lauenburg	26.974	28.345	30.429	32.150	32.779	34.274	34.806	35.244	36.163	35.847	73.484	74.812
Nordfriesland	24.296	25.158	26.485	27.701	28.229	29.277	29.773	29.788	30.137	29.893	62.702	61.226
Ostholstein	30.755	32.381	34.094	36.433	38.280	40.079	41.108	41.876	42.514	42.338	88.200	88.792
Pinneberg	45.503	47.965	51.264	54.116	55.851	57.894	59.330	60.617	62.554	62.036	129.234	129.190
Plön	18.639	19.851	21.402	23.101	23.609	24.215	24.833	25.025	25.726	25.385	52.396	51.828
Rendsburg-Eckernförde	41.910	43.310	45.409	48.295	49.014	50.713	52.085	52.494	53.830	53.276	110.000	109.388
Schleswig-Flensburg	31.054	31.931	33.845	35.616	35.843	36.881	37.882	38.169	39.212	39.095	80.712	80.614
Segeberg	40.768	42.361	44.805	47.754	49.284	51.352	52.566	54.017	55.083	54.647	115.372	114.478
Steinburg	20.580	21.830	23.552	24.919	25.562	26.294	26.668	26.775	27.466	27.221	55.254	54.724
Stormarn	35.948	37.686	40.143	42.573	43.506	44.871	45.398	46.349	46.952	46.631	96.826	97.028

Tab. 13: Anzahl an Diagnosen aus dem F-Kapitel insgesamt (M2Q) von Erwachsenen ab 18 Jahren von 2011-2022 nach Kreisen und kreisfreien Städten (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

	Männer	Frauen
Flensburg	27,4	30,2
Kiel	27,0	30,8
Lübeck	29,0	32,7
Neumünster	24,7	27,5
Dithmarschen	23,3	26,8
Herzogtum Lauenburg	23,0	27,4
Nordfriesland	20,6	24,9
Ostholstein	24,7	29,0
Pinneberg	22,5	27,6
Plön	22,2	27,5
Rendsburg-Eckernförde	23,8	27,9
Schleswig-Flensburg	23,6	27,5
Segeberg	22,6	27,9
Steinburg	23,3	27,4
Stormarn	22,3	26,3
Schleswig-Holstein	23,9	28,1
Deutschland	24,5	28,9

Tab. 14: Altersstandardisierter (Versichertenpopulation Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein 2011) Anteil der Patientinnen und Patienten mit einer F-Diagnose (M2Q) im Jahr 2022 nach Geschlecht und nach Region (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Flensburg	4.127	4.605	4.159	3.948	4.042	4.239	3.722	3.694
Kiel	11.109	12.225	11.580	10.661	10.973	11.390	10.469	10.344
Lübeck	9.582	10.645	9.917	9.109	9.937	10.160	9.235	9.309
Neumünster	3.262	3.550	3.424	3.280	3.386	3.094	3.053	3.189
Dithmarschen	5.244	6.159	5.841	5.670	5.666	5.214	4.938	4.737
Herzogtum Lauenburg	7.445	8.194	7.308	7.123	7.597	7.212	7.107	7.281
Nordfriesland	6.622	6.670	6.483	6.357	6.405	6.252	6.025	5.859
Ostholstein	7.849	8.685	8.607	8.272	8.869	8.286	8.035	7.926
Pinneberg	12.911	14.050	13.107	12.377	12.840	12.873	12.942	12.995
Plön	5.150	5.669	5.177	4.840	4.919	5.144	4.786	4.831
Rendsburg-Eckernförde	10.170	11.351	10.895	10.205	10.876	10.381	9.814	9.799
Schleswig-Flensburg	7.716	8.069	7.570	7.058	7.509	7.455	7.161	7.081
Segeberg	10.484	11.434	11.165	10.850	11.213	10.735	10.844	10.587
Steinburg	5.565	6.401	5.655	5.380	5.540	5.083	5.041	5.412
Stormarn	9.771	10.494	10.122	9.543	10.072	9.905	9.872	9.485

Tab. 15: Anzahl an Neuerkrankten an einer psychischen und Verhaltensstörung (Diagnose aus dem F-Kapitel, M2Q) von Erwachsenen ab 18 Jahren von 2012-2019 nach Kreisen und kreisfreien Städten (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

Kinder und Jugendliche

Diagnosegruppe	Startpunkt	Endpunkt	AAPC	Unteres Konfidenzintervall (95%)	Oberes Konfidenzintervall (95%)
F	2011	2022	2,3271*	1,7458	2,9118
F0	2011	2022	-3,3499*	-4,1718	-2,5210
F1	2011	2022	-5,2713*	-7,3815	-3,1130
F2	2011	2022	-2,4784	-8,5977	4,0506
F3	2011	2022	7,1306*	2,9937	11,4337
F4	2011	2022	3,4345*	2,9809	3,8900
F5	2011	2022	3,1369*	1,3821	4,9220
F6	2011	2022	1,6704	-0,0672	3,4383
F7	2011	2022	0,8554	-0,1651	1,8864
F8	2011	2022	3,7893*	3,2196	4,3622
F9	2011	2022	2,3086*	1,3142	3,3126

Tab. 16: Durchschnittliche jährliche prozentuale Änderungsrate (Average Annual Percentage Change, AAPC) nach Diagnosegruppe (M2Q) bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahre in Schleswig-Holstein von 2011 bis 2022 (Quelle: Vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V, Zi 2022/23).

*statistisch signifikant, Alpha=0,05.

10.2

Krankenhausdiagnosestatistik

Eine weitere Datengrundlage zur Betrachtung des stationären Sektors bildet die Krankenhausdiagnosestatistik, die auf der Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG) beruht. Nähere Erläuterungen zur Methodik der Datenerhebung wird im jährlich erscheinenden Qualitätsbericht veröffentlicht (Statistisches Bundesamt 2023). Die Grundlage für die Erhebung der Diagnosedaten sind die

Angaben zu § 3 Nr. 14 KHStatV. Die Daten wurden von der Datenbank des Statistischen Bundesamtes (GENESIS-Online) und dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) abgefragt. Bei der Krankenhausdiagnosestatistik handelt es sich um eine fallbezogene Statistik. Das heißt, es muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass mehrfache Krankenhausaufenthalte einer Person nicht identifiziert werden können. Das kann beispielsweise bei Verlegungen in ein anderes Krankenhaus eine Rolle spielen. Die Häufigkeit bestimmter Hauptdiagnosen bildet daher die Häufigkeit behandlungsbedürftiger Krankheitsereignisse in der Bevölkerung ab und nicht die Prävalenz der Erkrankung in der Bevölkerung. Die Definition der Analyseeinheiten erfolgte anhand der Hauptdiagnosen. (Statistisches Bundesamt (Destatis) 2023)

Erwachsene

Gruppe	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Trend innerhalb der Gruppe
F0	139,6	143,6	139,7	135,6	145,4	140,4	127,8	135,8	127,9	120,2	124,9	118,3	
F1	728,6	737	723,7	730,2	681,6	646,5	635,4	618	602,7	533,4	518,1	479,8	
F2	208,2	210,6	205,2	205,9	211,1	196,2	188,4	196,8	190,6	179,7	183,3	180,1	
F3	442,5	442,3	445,7	450,8	451,9	441,6	426,5	434,3	422,4	374,7	400,4	380,3	
F4	206,9	204,8	198,2	196	197,6	188,5	191	188	180	157,7	159,8	150,5	
F5	20,9	21,3	20,5	17,3	15,6	15,3	14,4	13,1	15	13,5	15,1	14,8	
F6	103,8	112,7	107,7	109,9	109,3	88,5	81,5	83,2	82,3	72,8	77,9	79,5	
F7	10,3	8,8	9,1	8,2	8,6	9	6,9	8,8	8,3	7,5	8,5	7,1	
F8	1,6	1,8	1,2	1,7	1,3	1,7	1,6	1,6	2,5	1,9	2,4	2,2	
F9	8,1	6,5	6,9	7,1	5,1	5,9	4,6	3,2	4	4,2	3,9	4,4	

Tab. 17: Rohe Rate der stationären Behandlungsfälle (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) innerhalb der Diagnosegruppen F1 bis F9 von 2011 bis 2022 in Schleswig-Holstein (rote Markierung = Maximum, schwarze Markierung = Minimum)
(Quellen: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

Jahr	Schleswig-Holstein						Deutschland					
	Rate			Fallzahl (absolut)			Rate			Fallzahl (absolut)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
2011	1.870,8	2.085,1	1.672,6	43.446	23.264	20.182	1.631,00	1.812,10	1.461,80	1.094.000	587.216	506.784
2012	1.889,7	2.093,8	1.700,6	44.067	23.490	20.576	1.660,30	1.837,90	1.493,70	1.117.541	598.724	518.815
2013	1.858,2	2.050,5	1.679,5	43.540	23.150	20.390	1.656,80	1.841,80	1.482,70	1.119.380	603.291	516.089
2014	1.863,0	2.088,8	1.652,4	43.937	23.778	20.159	1.666,20	1.850,80	1.491,80	1.131.163	610.339	520.823
2015	1.827,9	2.043,9	1.625,3	43.505	23.546	19.959	1.639,90	1.831,10	1.458,00	1.122.808	611.166	511.642
2016	1.733,7	1.961,4	1.519,2	41.630	22.850	18.780	1.614,50	1.797,30	1.439,70	1.113.204	605.699	507.501
2017	1.678,4	1.884,3	1.484,1	40.516	22.083	18.430	1.586,70	1.766,30	1.414,90	1.097.278	597.258	500.017
2018	1.682,9	1.866,2	1.509,8	40.755	21.945	18.810	1.543,90	1.712,70	1.382,20	1.070.520	581.038	489.479
2019	1.636,1	1.808,1	1.473,8	39.735	21.320	18.415	1.520,90	1.689,20	1.359,70	1.056.362	574.155	482.205
2020	1.465,8	1.650,7	1.291,4	35.695	19.512	16.183	1.333,40	1.489,60	1.183,80	926.077	506.245	419.832
2021	1.494,6	1.653,2	1.345,1	36.504	19.591	16.913	1.329,90	1.462,90	1.202,50	922.884	496.703	426.180
2022	1.416,9	1.564,7	1.278,1	34.807	18.622	16.185	1.325,80	1.457,80	1.199,60	924.626	496.898	427.727

Tab. 18: Rohe Raten (je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) und Fallzahlen psychischer und Verhaltensstörungen (F-Diagnosegruppe: Foo-F99) in stationärer Versorgung bei Frauen und Männern 18 Jahre und älter mit Wohnsitz in Schleswig-Holstein und Deutschland von 2011 bis 2022 (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Flensburg	2.001	1.606	1.584	1.636	1.470	1.550	1.542
Kiel	4.003	4.119	4.119	3.857	3.741	3.797	3.409
Lübeck	4.123	4.053	4.096	3.971	3.724	3.690	3.176
Neumünster	1.818	1.797	1.732	1.644	1.464	1.487	1.300
Dithmarschen	1.375	1.276	1.370	1.415	1.078	1.185	1.257
Herzogtum Lauenburg	1.943	2.061	2.081	1.932	1.648	1.691	1.752
Nordfriesland	2.211	1.920	1.908	1.969	1.838	1.894	1.827
Ostholstein	3.120	2.969	3.496	3.726	3.106	3.128	2.864
Pinneberg	3.437	3.128	3.121	3.176	2.665	2.759	2.766
Plön	1.576	1.666	1.808	1.730	1.543	1.699	1.551
Rendsburg-Eckernförde	3.188	2.973	2.928	2.848	2.684	2.659	2.534
Schleswig-Flensburg	2.637	2.645	2.740	2.596	2.395	2.547	2.496
Segeberg	4.042	4.196	3.961	3.782	3.494	3.423	3.510
Steinburg	1.627	1.569	1.474	1.527	1.371	1.238	1.307
Stormarn	2.874	2.918	2.677	2.370	2.192	2.257	2.176
Gesamt	39.975	38.896	39.095	38.179	34.413	35.004	33.467

Tab. 19: Anzahl der stationären Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) von Erwachsenen 20 Jahre und älter mit Wohnsitz nach Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein von 2016 bis 2022 (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2024).

Kinder und Jugendliche

	Startpunkt	Endpunkt	AAPC	Unteres Konfidenzintervall (95%)	Oberes Konfidenzintervall (95%)
gesamt	2011	2022	1,0327	-3,1979	5,4481
Jungen	2011	2022	-2,8606*	-5,2016	-0,4618
Mädchen	2011	2022	4,0258	-2,0320	10,4583

Tab. 20: Durchschnittliche jährliche prozentuale Änderungsrate (Average Annual Percentage Change, AAPC) stationärer Krankheitsfälle mit F-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahre in Schleswig-Holstein von 2011 bis 2022 (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistisches Bundesamt 2024d).

*statistisch signifikant, Alpha=0,05.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Flensburg	199	202	205	205	203	205	224
Kiel	429	440	452	459	392	537	462
Lübeck	433	448	466	438	360	480	438
Neumünster	273	222	297	222	194	206	196
Dithmarschen	295	262	275	278	229	240	260
Herzogtum Lauenburg	323	320	313	320	248	293	288
Nordfriesland	311	300	337	327	253	330	324
Ostholstein	330	386	399	370	322	382	370
Pinneberg	538	536	508	560	439	502	509
Plön	197	216	264	261	240	287	256
Rendsburg-Eckernförde	525	576	588	580	577	661	641
Schleswig-Flensburg	575	579	564	536	463	513	505
Segeberg	498	528	492	437	375	465	475
Steinburg	263	309	300	240	192	230	228
Stormarn	350	400	400	369	325	394	354
Gesamt	5.539	5.724	5.860	5.602	4.812	5.725	5.530

Tab. 21: Anzahl der stationären Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen (F-Diagnose) von Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahre mit Wohnsitz nach Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein von 2016 bis 2022 (Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik, Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2024).

10.3

Behandlerinnen- und Behandlersuche

Die Suche von Ärztinnen und Ärzten kann über das Portal der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland haben die Daten über Anschriften und Qualifikationen aller in Deutschland niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie

Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Suche kann im Online-Portal nach Regionen und Fachgebieten durchgeführt werden und bietet auch eine mobile Smartphone-Version.

www.kbv.de/html/arztuche.php

Eine geografische und adaptive Übersicht für die Suche nach Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Filtermöglichkeiten für Patientinnen und Patienten bietet die Bundespsychotherapeutenkammer:

www.bptk.de/service/therapeutensuche

10.4

Versorgungskapazitäten

	Fachgruppen	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Deutschland	KJP	4.322	4.648	4.942	5.219	5.545	5.892	6.268	6.671	7.072	7.423	7.703
	PPT	15.669	16.664	17.605	18.593	19.752	20.801	21.848	23.060	24.236	25.178	26.012
	KJPP	1.049	1.051	1.038	1.051	1.062	1.076	1.108	1.149	1.152	1.178	1.211
	NNP	5.758	5.747	5.699	5.852	5.877	5.876	5.955	6.180	6.351	6.544	6.692
	ÄPT	5.631	5.813	6.084	6.038	6.121	6.302	6.219	6.141	6.173	6.009	5.912
	AM	35.056	34.929	34.893	34.865	34.751	34.586	34.554	34.433	34.393	34.363	34.585
	PA	5.984	5.703	5.431	5.163	4.852	4.548	4.203	3.877	3.532	3.189	2.895
	KJM	7.284	7.358	7.415	7.509	7.626	7.739	7.832	8.041	8.149	8.260	8.395
	HTI	13.412	13.677	14.061	14.853	15.417	15.874	16.305	16.702	17.191	17.560	17.847
Schleswig-Holstein	KJP	104	109	118	125	132	143	155	168	179	185	199
	PPT	444	473	488	503	534	552	579	609	641	659	686
	KJPP	49	51	50	47	48	49	51	51	51	52	53
	NNP	196	201	199	206	206	209	220	222	224	235	238
	ÄPT	185	190	193	193	195	193	183	196	208	206	204
	AM	1.245	1.249	1.255	1.277	1.287	1.297	1.301	1.310	1.314	1.318	1.347
	PA	242	224	208	200	179	161	145	123	102	92	70
	KJM	247	246	242	252	251	258	259	264	264	267	279
	HTI	395	381	363	517	539	546	577	594	619	628	635

Tab. 22: Anzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland und Schleswig-Holstein für die Jahre 2013-2022

(Quelle: Bundesarztregister, KVB 2024c).

KJP = Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten | PPT = Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

KJPP = Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | NNP = Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie

ÄPT = Ärztliche Psychotherapie | AM = Allgemeinmedizin | PA = Praktische Ärztinnen und Ärzte/Ä. ohne Facharztweiterbildung

KJM = Kinder- und Jugendmedizin | HTI = Hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten

kreisfreie Stadt / Stadt	Ärztl. PT	Nervenärzte/ -ärztinnen	Psych. PT	Hausärztl. Fachgruppen	Kinderärzte/ -ärztinnen
Flensburg	11,3	12,4	29,4	79,1	13,6
Kiel	14,9	12,9	63,3	73,8	15,7
Lübeck	14,3	16,6	60,6	78,1	12,9
Neumünster	2,5	10,1	27,7	61,8	10,1
Dithmarschen	5,2	7,5	26,2	65,9	8,2
Herzogtum Lauenburg	5,6	5,6	20,9	69,4	9,2
Nordfriesland	6	6	22,4	73,1	7,3
Ostholstein	6,5	8	18,9	81,3	7,5
Pinneberg	5,1	6,7	24,9	65,6	8
Plön	7	4,7	20,2	73,7	12,4
Rendsburg-Eckernförde	4,4	5,1	31,5	73,3	10,6
Schleswig-Flensburg	5	6,5	20,6	71,2	6,5
Segeberg	4,4	7,3	20,8	65,7	6,9
Steinburg	6,1	7,6	25,8	67,6	9,1
Stormarn	6,2	7,8	28,5	65,6	7,8

Tab. 23: Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Fachgruppen in den Kreisen und kreisfreien Städten (keine Daten zu Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychiaterinnen verfügbar auf Kreisebene; Quelle: Bundesarztregister, KVB 2024c).

Ärztl. PT = Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten,
Psych. PT = Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

kreisfreie Stadt / Stadt	Betten Psychiatrie	TK-Plätze Psychiatrie	Betten Psychosomatik	TK-Plätze Psychosomatik
Flensburg	71	51	22	15
Kiel	150	99	20	20
Lübeck	205	102	25	15
Neumünster	86	35	11	0
Dithmarschen	44	64	4	15
Herzogtum Lauenburg	30	98	1	15
Nordfriesland	77	45	33	0
Ostholstein	328	96	85	0
Pinneberg	110	46	19	0
Plön	53	75	0	0
Rendsburg-Eckernförde	70	46	4	0
Schleswig-Flensburg	162	31	21	0
Segeberg	400	122	172	15
Steinburg	43	31	13	15
Stormarn	198	57	31	0
Schleswig-Holstein	2.027	998	461	110

Tab. 24: Anzahl der vollstationären Betten und tagesklinischen Behandlungsplätze in den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie) nach Kreisen und kreisfreien Städten in Schleswig-Holstein (Quelle: Landesregierung Schleswig-Holstein 2023b).

TK = Tagesklinik

Name der Klinik	Betten Psychiatrie	TK-Plätze Psychiatrie	Betten Psychosomatik	TK-Plätze Psychosomatik
Diako Fachklinik Nordfriesland	71	51	22	15
AMEOS Klinikum Kiel	23	12	0	0
Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) Kiel	127	52	20	20
AMEOS Klinikum Lübeck	72	37	0	0
AMEOS Klinikum Lübeck	26	0	0	0
Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) Lübeck	107	28	25	15
Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster	86	0	11	0
Westküstenklinikum Heide	44	49	4	15
Johanniter-Krankenhaus Geesthacht	30	98	1	15
Diako Fachklinik Nordfriesland	77	45	33	0
AMEOS Klinikum Neustadt	138	44	0	0
AMEOS Klinikum Heiligenhafen	190	17	7	0
Curtius-Klinik Malente	0	0	78	0
Regio Klinikum Elmshorn	91	23	19	0
Fachklinik Bokholt	19	0	0	0
AMEOS Klinikum Preetz	53	18	0	0
Schön Klinik Rendsburg	70	28	4	0
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie Kropp	26	11	0	0
Helios Klinik Schleswig Fachklinik	136	20	21	0
Psychiatrisches Krankenhaus Rickling	400	122	0	0
Klinikum Itzehoe	43	31	13	15
Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus	198	57	31	0
Segeberger Kliniken	0	0	53	15
Schön Klinik Bad Bramstedt	0	0	119	0
Psychiatrische Tagesklinik Kieler Fenster	0	35	0	0
Die Brücke Lübeck	0	37	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Neumünster	0	35	0	0
Westküstenkliniken Brunsbüttel	0	15	0	0
Tagesklinik Ostholstein	0	18	0	0
AMEOS Klinikum Oldenburg	0	17	0	0
Regio Klinikum Pinneberg	0	23	0	0
Fachklinik Ruhleben-Freudenhof	0	24	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Preetz	0	18	0	0
Psychiatrische Tagesklinik Plön	0	15	0	0
Schön Klinik Eckernförde	0	18	0	0
Schleswig-Holstein gesamt	2.027	998	461	110

Tab. 25: Anzahl der vollstationären Betten und tagesklinischen Betreuungsplätze je Einrichtung für die Bereiche Psychiatrie und Psychosomatik (ohne Kinder- und Jugendpsychiatrie (vgl. hierzu Schleswig-Holsteinischer Landtag, Drucksache 20/1536))
(Quelle: Landesregierung Schleswig-Holstein 2023b).

TK = Tagesklinik

10.5

Todesursachenstatistik

Die Todesursachenstatistik wurde zur Einschätzung der krankheitsbezogenen Mortalität in der Bevölkerung herangezogen. Basis dieser Statistik sind die amtlichen Todesursachenbescheinigungen, die auf ärztlichen Gutachten beruhen. Die Qualität der Statistik hängt somit gänzlich von den ärztlichen Feststellungen ab. Die Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, verschiedene Diagnosen auf der Todesbescheinigung zu vermerken, was die Genauigkeit der ursächlichen Todesursache erhöhen kann. Ungenauigkeiten durch die Angaben der Ärztinnen und Ärzte und die subjektive Auswertung

der Todesursachen in den Statistischen Landesämtern sind weder quantifizierbar noch auszuschließen. Aus den Todesursachenbescheinigungen wird das Grundleiden abgeleitet, das für das Versterben als ursächlich angesehen wird. Insbesondere im Hinblick auf psychische Erkrankungen birgt die Methode die Gefahr der Unterschätzung der direkt oder indirekt durch psychische Erkrankungen bedingten Mortalität. Laut internationalen Befunden sterben psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten durchschnittlich zehn Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung, was jedoch weitestgehend auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen ist (Schneider et al. 2019). Näheres zur Erhebungsmethodik ist im entsprechenden Qualitätsbericht (Statistisches Bundesamt: Qualitätsbericht Todesursachenstatistik 2022) zu finden.

10.6

Rehabilitation und Erwerbsminderungsrente

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Flensburg	181	161	185	155	189	189	179	172	190	191
Kiel	452	526	532	473	478	463	516	461	529	483
Lübeck	616	584	603	594	550	636	625	575	608	513
Neumünster	200	194	171	170	176	161	192	167	161	146
Dithmarschen	217	234	275	278	252	278	277	250	266	267
Herzogtum Lauenburg	408	421	464	442	467	467	552	484	496	466
Nordfriesland	282	291	300	293	346	355	369	323	342	382
Ostholstein	430	465	451	475	438	489	538	427	555	466
Pinneberg	577	588	639	624	558	642	731	629	703	685
Plön	211	275	255	271	243	275	317	289	303	283
Rendsburg-Eckernförde	483	487	484	432	507	542	581	520	633	567
Schleswig-Flensburg	369	343	375	331	395	440	460	416	487	419
Segeberg	617	610	609	650	631	638	649	580	659	630
Steinburg	243	268	294	309	274	273	318	293	324	290
Stormarn	476	487	525	557	519	541	599	532	556	537
Gesamt	5.762	5.934	6.162	6.054	6.023	6.389	6.903	6.118	6.812	6.325

Tab. 26: Anzahl abgeschlossener Leistungen zur med. Rehabilitation mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins (Wohnort der Rehabilitanden; aktiv Versicherte ohne Rentenbezug) (Quelle: DRV Bund 2024a).

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Flensburg	134	122	108	111	109	136	130	102	103	127
Kiel	322	333	339	317	310	300	261	244	298	298
Lübeck	321	270	308	310	340	321	278	272	288	278
Neumünster	119	105	110	117	108	88	71	83	94	89
Dithmarschen	129	98	118	100	85	89	78	94	107	116
Herzogtum Lauenburg	184	208	211	181	228	219	178	213	198	182
Nordfriesland	96	98	89	100	113	103	105	110	125	109
Ostholstein	217	231	225	235	223	245	244	248	247	291
Pinneberg	281	256	280	236	252	222	183	206	241	279
Plön	114	92	122	131	120	123	140	113	138	154
Rendsburg-Eckernförde	247	223	225	182	193	195	213	210	221	215
Schleswig-Flensburg	165	171	203	183	146	186	203	223	200	211
Segeberg	258	238	276	270	279	242	215	271	236	287
Steinburg	123	113	102	110	101	86	79	118	111	117
Stormarn	216	213	236	241	227	209	181	194	200	211
Gesamt	2.926	2.771	2.952	2.824	2.834	2.764	2.559	2.701	2.807	2.964

Tab. 27: Anzahl der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI mit Hauptdiagnose aus F-Kapitel der ICD-10-GM in den Jahren 2013-2022 in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins (Wohnort der Versicherten; aktiv Versicherte ohne Rentenbezug) (Quelle: DRV Bund 2024b).

IMPRESSUM

Herausgeberin

**Landesregierung Schleswig-Holstein
Ministerium für Justiz und Gesundheit**

Lorentzendam 35
24103 Kiel

Autorinnen und Autoren

Dr. Daniel Bremer | Ministerium für Justiz und Gesundheit

Anja Friederich | Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Schleswig-Holstein e.V.

Dr. Friederike Barthels und **Katharina Dammer** | IFT-Nord gemeinnützige GmbH
Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung

Danksagung

Für die Bereitstellung von Daten danken wir insbesondere dem **Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi)** und der **Deutschen Rentenversicherung Bund**.

Zudem danken wir folgenden Personen für die wertvolle inhaltliche und fachliche Beratung:
Petra Gollnick (MJG), Dr. Rüdiger Hannig (Landesverband S-H der Angehörigen und Freunde psychisch Kranker e.V.), Aenn Hachmeyer (MJG), Lene Hansen (MJG), Dr. Barbara Isensee (IFT-Nord),
Svenja Langemack (LVGFSSH) Michael Morsch (MJG), Joanna Möller (MJG), Dr. Roy Murphy (IFT-Nord), Kaya Preiß (MJG), Dr. Ulrike Schubert (MJG), Ingo Ulzhoefler und Hartmut Schocker sowie Kolleginnen und Kollegen (Netzwerk Selbstvertretung Krisenerfahrener S-H).

Gestaltung

Benno Jonitz, Kiel

Kiel, September 2024