

Bericht

---

# Situation der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen

---

Eine Bestandsaufnahme im Rahmen der Fortschreibung des Landespsychiatrieplans NRW

Auftraggeber:

Ministerium für Arbeit,  
Gesundheit und Soziales  
des Landes Nordrhein-Westfalen



**Von**

Dr. Stefanie Ettelt  
Patrick Frankenbach  
Nina Altmann  
Evelyn Stoll  
Sara Strätgen  
Ulrich Weuthen  
Carsten Maday

**Im Auftrag des**

Ministeriums für Arbeit, Gesundheit  
und Soziales Nordrhein-Westfalen

**Abschlussdatum**

November 2024

# Das Unternehmen im Überblick

## Prognos – wir geben Orientierung.

Die Prognos AG ist eines der ältesten Wirtschaftsforschungsunternehmen Europas. An der Universität Basel gegründet, forschen Prognos-Expertinnen und -Experten seit 1959 für verschiedenste Auftraggeber aus dem öffentlichen und privaten Sektor – politisch unabhängig, wissenschaftlich fundiert. Die bewährten Modelle der Prognos AG liefern die Basis für belastbare Prognosen und Szenarien. Mit über 200 Expertinnen und Experten ist das Unternehmen an zehn Standorten vertreten: Basel, Berlin, Bremen, Brüssel, Düsseldorf, Freiburg, Hamburg, München, Stuttgart und Wien. In Wien sitzt die Prognos Europe GmbH, unsere Tochtergesellschaft in Österreich. Die Projektteams arbeiten interdisziplinär, verbinden Theorie und Praxis, Wissenschaft, Wirtschaft und Politik.

### Geschäftsführer

Christian Böllhoff

### Präsident des Verwaltungsrates

Dr. Jan Giller

### Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

### Umsatzsteuer-Identifikationsnummer

DE 122787052

### Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht; Sitz der Gesellschaft: Basel-Stadt  
Handelsregisternummer  
CH-270.3.003.262-6

### Gründungsjahr

1959

### Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz der Prognos AG  
in der Schweiz

### Prognos AG

St. Alban-Vorstadt 24  
4052 Basel

Weitere Standorte der  
Prognos AG in Deutschland

### Prognos AG

Goethestr. 85  
10623 Berlin

### Prognos AG

Domshof 21  
28195 Bremen

### Prognos AG

Werdener Straße 4  
40227 Düsseldorf

### Prognos AG

Heinrich-von-Stephan-Str. 17  
79100 Freiburg

### Prognos AG

Rödingsmarkt 9  
(c/o Mindspace | 2. Etage)  
20459 Hamburg

### Prognos AG

Nymphenburger Str. 14  
80335 München

### Prognos AG

Eberhardstr. 12  
70173 Stuttgart

Standort der Prognos AG  
in Belgien

### Prognos AG

Résidence Palace, Block C  
Rue de la Loi 155  
1040 Brüssel

Tochtergesellschaft  
in Österreich

### Prognos Europe GmbH

Walcherstraße 11  
1020 Wien

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Datenquellen</b>	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>Grunddaten der Bevölkerung</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen</b>	<b>13</b>
4.1	Kinder und Jugendliche	14
4.2	Menschen im Erwachsenenalter	23
4.3	Ältere Menschen	34
<b>5</b>	<b>Soziale Determinanten</b>	<b>39</b>
5.1	Einkommen und Arbeit	40
5.2	Bildung	42
5.3	Familiäre Situation	43
5.4	Migration und Flucht	44
5.5	Gewalterfahrung	46
5.6	Diskriminierung	47
<b>6</b>	<b>Individuelle Folgen und gesellschaftliche Konsequenzen</b>	<b>48</b>
<b>7</b>	<b>COVID-19 und psychische Gesundheit</b>	<b>65</b>
<b>8</b>	<b>Exkurse</b>	<b>71</b>
8.1	Einsamkeit	71
8.2	Risikoreicher Cannabiskonsum	76
8.3	Riskante Mediennutzung	84
8.4	Essstörungen	89
<b>9</b>	<b>Schlussbetrachtung zur Daten- und Studienlage</b>	<b>94</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Bevölkerung in NRW am 31.12.2022 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht	8
Tabelle 2:	Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach Kapitel 5.-9. SGB XII und der Eingliederungshilfe nach SGB IX, NRW, 2015 bis 2022	10
Tabelle 3:	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht in NRW, 2015 bis 2020	11
Tabelle 4:	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Prozent der Befragten, nach Altersgruppen und Geschlecht, NRW, 2022	12
Tabelle 5:	Psychische Auffälligkeiten, Angstsymptome und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2003 bis 2022	15
Tabelle 6:	Verteilung nach prozentualen Häufigkeiten Kapitel V (ICD-10) nach Abschnitten, stationäre Behandlungsfälle, Alter 0 bis 19 Jahre, Wohnsitz NRW, in Prozent, NRW, 2022	18
Tabelle 7:	Stationäre Behandlungsfälle im Krankenhaus, Kapitel V (F00-99) ICD-10 nach Abschnitten, Alter 0 bis 24 Jahre, Wohnsitz NRW, NRW, 2022	19
Tabelle 8:	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, Alter 0-19 Jahre, Gesamt sowie Mädchen und Jungen, Wohnsitz NRW, 2022	21
Tabelle 9:	Stationäre Behandlungsfälle, Kapitel V (F00-F99) ICD 10 nach Abschnitten, Behandlung innerhalb oder außerhalb NRW, Alter 0-19 Jahre, mit Wohnsitz in NRW, 2022	22
Tabelle 10:	Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und Deutschland insgesamt und nach Geschlecht, ab 18 Jahre	24
Tabelle 11:	Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und nach Alter und Geschlecht	25
Tabelle 12:	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, Alter 20-59, gesamt sowie Frauen und Männer, NRW, 2022	29
Tabelle 13:	Stationäre Behandlung der 20 häufigsten Diagnosen F00-F99, NRW, 2022	30

Tabelle 14:	Stationäre Behandlungsfälle in der Rehabilitation, Häufigkeit nach F00-F99 Abschnitten, 20-59 Jahre, Anzahl und Prozent, NRW, 2022	31
Tabelle 15:	Stationäre Behandlungsfälle in der Rehabilitation F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, 20-59 Jahre, Gesamt, Frauen und Männer, NRW 2022	32
Tabelle 16:	Schwerbehinderte Menschen in NRW und Deutschland nach Art der schwersten Behinderung, 2017, 2019 und 2021	33
Tabelle 17:	Stationäre Behandlungsdiagnosen F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, 60 Jahre und älter, NRW, 2022	36
Tabelle 18:	Verteilung nach prozentualen Häufigkeiten und ICD 10 (nach Abschnitten), ambulante und stationäre Rehabilitationsfälle, 60 Jahre und älter, in Prozent, NRW, 2022	37
Tabelle 19:	Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und Deutschland insgesamt nach Migrationshintergrund und Geschlecht	45
Tabelle 20:	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen, 2020	62
Tabelle 21:	Problematischer Cannabiskonsum nach SDS* in den letzten 12 Monaten, Gesamtbevölkerung und Konsumierende, in Prozent	80
Tabelle 22:	In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in NRW mit der Hauptdiagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	82

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Einwohnerzahl Nordrhein-Westfalens nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2023	7
Abbildung 2:	Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2025 und 2030, NRW	8
Abbildung 3:	Ambulante Behandlungsfälle von psychischen Störungen, nach Abschnitten (F00-F99), 20 bis 59 Jahre, NRW, 2018-2022	27
Abbildung 4:	Ambulante Behandlungsfälle von affektiven Störungen (F30-F39) bei 20- bis 59-Jährigen, nach Altersgruppen und Geschlecht, NRW, 2022	28
Abbildung 5:	Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik (MCS-Score unter 37,3) nach Einkommensquintilen (bedarfsgewichtetes Nettoeinkommen) in NRW, 2020	40
Abbildung 6:	Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Erwerbsstatus (Auswahl*) in NRW, 2020	41
Abbildung 7:	Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Bildungsstand in NRW, 2020	42
Abbildung 8:	Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Haushaltstyp und Alter in NRW, 2020	43
Abbildung 9:	Durchschnittliche Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen sowie mit dem Leben insgesamt für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW	49
Abbildung 10:	Anteil der Personen, die sich große Sorgen machen für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW, 2020	50
Abbildung 11:	Fehlende Möglichkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	52
Abbildung 12:	Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	53

Abbildung 13:	Häufigkeit von Treffen mit Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Verwandten, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	55
Abbildung 14:	Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	56
Abbildung 15:	Politisches Interesse, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	57
Abbildung 16:	Gründe für Einschränkungen von Freizeitaktivitäten, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	58
Abbildung 17:	Selbstwirksamkeitserwartung, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	59
Abbildung 18:	Krankentage im vorangegangenen Jahr bei Personen, die erwerbstätig waren für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW	61
Abbildung 19:	Subjektive Einschätzungen zu den persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten im Berufsleben, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020	64
Abbildung 20:	Anteil einsamkeitsbelasteter Menschen mit unterdurchschnittlicher psychischer Gesundheit nach Altersgruppe und Jahr, ab 18 Jahren, 2013, 2017, 2020 und 2021	73
Abbildung 21:	Einsamkeitsquote nach Erhebungsjahr und Altersgruppe, ab 55 Jahren, 2014, 2017, 2020/21	75
Abbildung 22:	12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 18- bis 59-Jährigen, Deutschland, 1997-2021	77
Abbildung 23:	Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Deutschland, 1997-2021	78
Abbildung 24:	Ambulante Behandlungsfälle psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 20- bis 59-Jährigen, nach Altersgruppe und Geschlecht, NRW, 2022	81
Abbildung 25:	Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle mit der Diagnose Essstörung (F 50), nach Altersgruppe, NRW, 2022	91

## Abkürzungsverzeichnis

BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / Diagnostischer und Statistischer Leitfaden psychischer Störungen
GAD	Generalised Anxiety Disorder
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ICD	International Classification of Disease / Internationale Klassifikation von Krankheiten
NRW	Nordrhein-Westfalen
MAGS	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
PHQ	Patient Health Questionnaire
PsychKG	Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel

# 1 Hintergrund

---

Die Landesregierung in Nordrhein-Westfalen veröffentlichte 2017 erstmals einen Landespsychiatrieplan. Der Plan enthält die Rahmenplanung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Hilfsangebote für Personen, bei denen Anzeichen einer psychischen Krankheit bestehen, die psychisch erkrankt sind oder mit den Folgen einer solchen Erkrankung leben.

Der Landespsychiatrieplan folgt der Novellierung des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) und wurde in einem breiten Beteiligungsprozess erarbeitet. Er identifiziert die Handlungsfelder, die aus Sicht des Ministeriums für Gesundheit, Arbeit und Soziales vordringlich zu bearbeiten sind mit dem Ziel, die psychiatrische Versorgung in Nordrhein-Westfalen weiterzuentwickeln und zu verbessern. Mit diesen Handlungsfeldern setzt der Landespsychiatrieplan Schwerpunkte z. B. auf den Ausbau der ambulanten Krisenhilfe, die Patientenorientierung, die Überwindung der Sektorengrenzen und bessere Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote sowie die Förderung der sozialen Teilhabe.

Für die Fortschreibung des Landespsychiatrieplans wurde eine Bestandsaufnahme der Situation der Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben. Die Bestandsaufnahme baut auf den Themen des Vorgängerberichts auf, enthält aber auch Erweiterungen und setzt neue Schwerpunkte. Im ersten Kapitel werden die Grunddaten der Bevölkerung vorgestellt, die für das Verständnis der unterschiedlichen Lebenslagen der Menschen in Nordrhein-Westfalen wichtig sind. Dem folgt eine Übersicht der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Störungen basierend auf Auswertungen bevölkerungsrepräsentativer Befragungen und der letztverfügbaren Daten zu Diagnosen im Krankenhaus, in Einrichtungen der Rehabilitation und in der ambulanten Versorgung. Im Anschluss wird ausgehend von dem zugrundeliegenden bio-psycho-sozialen Modell der Blick auf die Risikofaktoren, die Auswirkungen der Covid-19-Pandemie sowie die gesellschaftlichen und individuellen Folgen psychischer Erkrankungen geweitet.

Der Bericht schließt mit vier Exkursen ab, die Themen von besonderer aktueller Relevanz gewidmet sind. Der erste Exkurs behandelt Einsamkeit als individuelles und gesellschaftliches Phänomen. Die weiteren Exkurse beleuchten den Zusammenhang von psychischen Erkrankungen bzw. Störungen und riskantem Verhalten durch Cannabiskonsum und Mediennutzung sowie Essstörungen.

## 2 Datenquellen

---

Für die Bestandsaufnahme der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen wurden Informationen aus verschiedenen Quellen zusammengeführt.

Amtlichen Daten, z. B. vom Landesamt für Statistik in Nordrhein-Westfalen (IT.NRW) oder vom Statistischen Bundesamt, werden verwendet, wenn sie für einen Themenbereich vorliegen. Dies ist insbesondere im Kapitel „Grunddaten der Bevölkerung“ der Fall, in dem die Bevölkerungsentwicklung, Haushalte und Familien sowie zu Einkommen und Lebensbedingungen in Nordrhein-Westfalen dargestellt werden.

Aussagen über die Häufigkeit von Diagnosen von psychischen Erkrankungen und Störungen greifen insbesondere auf die Krankenhausdiagnosestatistik und Daten der ambulanten Versorgung zurück. Krankenhausdiagnosen liegen für Nordrhein-Westfalen bis zum Jahr 2022 vor. Bei der ambulanten Versorgung wurden vor allem die Daten des Versorgungsatlas verwendet, der vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) erstellt wird und für den vertragsärztliche Abrechnungsdaten ausgewertet werden. Diese wurden durch Diagnosedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe ergänzt.

Zu einer Vielzahl an Themen, die in diesem Bericht behandelt werden, liegen zudem Studienergebnisse aus Deutschland vor. Diese wurden im Rahmen einer Literaturrecherche identifiziert und werden im Bericht durch Literaturangaben ausgewiesen. Sofern Studienergebnisse bereits veröffentlicht sind (z.B. auch zu den repräsentativen Befragungen von Kindern und Jugendlichen zur psychischen Gesundheit), wird auf eine weitere Auswertung der zugrunde liegenden Daten verzichtet. Allerdings gibt es nur für wenige Themen Studien, die sich spezifisch auf Nordrhein-Westfalen beziehen bzw. ihre Daten nur in Nordrhein-Westfalen erhoben haben. Diese sind entsprechend ausgewiesen.

Zusätzlich wurden drei repräsentative Bevölkerungsbefragungen ausgewertet, die bundesweit Daten zu Themen der psychischen Gesundheit erhoben haben und eine Auswertung für Nordrhein-Westfalen ermöglichen. Daten aus der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) und dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) werden herangezogen, um die Häufigkeit von Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit in der Gesellschaft darzustellen. Mithilfe deskriptiver Analysen wurden daneben Zusammenhänge von Indices der psychischen Gesundheit mit Indikatoren ausgewertet, die Rückschlüsse auf die sozialen Determinanten sowie die individuellen und gesellschaftlichen Folgen psychischer Störungen erlauben. Zusätzlich wurde die Teilhabebefragung für Nordrhein-Westfalen ausgewertet, die Aussagen über den Zusammenhang von Behinderung infolge psychischer Störungen und gesellschaftlicher Teilhabe ermöglicht.

### **Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)**

Die Querschnittsbefragung GEDA wird vom Robert-Koch-Institut in jährlichen Intervallen durchgeführt. Der hier verwendete Datensatz GEDA 2019/2020-EHIS wurde als standardisiertes computergestütztes telefonisches Interview unter der deutschsprachigen erwachsenen Wohnbevölkerung zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt. Befragt wurden 23.000 Personen ab 15 Jahren (RKI; Allen et al. 2021). Informationen zur psychischen

Gesundheit der Befragten wurden über den Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erhoben. Für Nordrhein-Westfalen liegen für 4.009 Personen ab 18 Jahren Informationen zum PHQ-8 vor.

PHQ-8 enthält acht Fragen, die auf das Vorhandensein einer depressiven Symptomatik hinweisen können. Dabei werden Symptome einer Depression hinsichtlich ihres Vorkommens innerhalb der letzten zwei Wochen mit „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ abgefragt. Die Angabe „überhaupt nicht“ wird mit 0 bewertet, die Angabe „beinahe jeden Tag“ mit 3. Aus den Werten wird im Anschluss eine Summe gebildet, die zwischen 0 und 24 liegen kann. Das Vorliegen einer depressiven Symptomatik wird ab einem Skalensummenwert von mindestens 10 Punkten angenommen.

Der Datensatz wurde mit der mitgelieferten GewichtungsvARIABLE für Deutschland gewichtet. Die Variable mit dem Skalensummenwert des PHQ-8 wurde mit den folgenden Variablen gekreuzt: Biologisches Geschlecht, Altersgruppen, Migrationshintergrund.

### **Sozio-oekonomisches Panel (SOEP)**

Das SOEP ist die größte Längsschnittbefragung in Deutschland mit aktuell jährlich rund 30.000 Befragten (ca. 15.000 Haushalte). Die Befragung läuft seit 1984 und ist als unabhängige Infrastruktureinrichtung am DIW Berlin angesiedelt. Seit 2021 wird die Befragung durch das infas Institut für angewandte Sozialforschung durchgeführt (davor Kantar Public). 2020 fanden die Befragungen zwischen Ende Januar und Dezember statt, 2021 startete die Befragung erst im Mai.

Befragt werden Personen in Privathaushalten in Deutschland per Face-to-Face-Interview, wobei alle Haushaltsmitglieder befragt werden, die im Befragungsjahr mindestens 12 Jahre alt sind. Zusätzlich wird eine Person gebeten, einen Haushaltsfragebogen zu beantworten. Dort werden Fragen zu Wohnsituation und -kosten, Einkommensquellen und zu im Haushalt lebenden Kindern unter 17 Jahren gestellt. Im SOEP wird die psychische Gesundheit der Befragten auf Basis verschiedener Instrumente erfasst, die in den verschiedenen Jahrgängen der Befragung unterschiedlich eingesetzt werden. 2020 wurde der Short-Form 12v2 Questionnaire (SF12) angewandt, der Fragen zur psychischen und körperlichen Gesundheit enthält. Im Jahr 2021 wurde der Patient Health Questionnaire (PHQ) verwendet, der Fragen zur Depressivität (PHQ-2) und zu Angstzuständen (GAD-2) enthält.

Für Nordrhein-Westfalen liegen für rund 6.680 Personen Angaben zum SF12 vor (SOEP v37 2020) und für rund 3.560 bzw. 3.580 zum PHQ-2 bzw. GAD-2 (SOEP v38.1 2021).

Beim PHQ handelt es sich um ein kurzes Screening Instrument für Depression und Angstzustände, welches 2016 erstmals eingesetzt wurde und seit 2019 alle 2 Jahre im SOEP abgefragt wird. Es setzt sich zusammen aus 2 Items, die die Kernsymptome einer Depression messen (PHQ-2: Frage zu Interesse oder Freude an Tätigkeiten sowie Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit) und 2 Items, die die Kernsymptome von Angstzuständen messen (GAD-2: Fragen zu Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung sowie nicht in der Lage sein, Sorgen stoppen oder kontrollieren zu können). Wie in GEDA beziehen sich die Fragen auf die letzten zwei Wochen und auch die Antwortkategorien sind identisch. Somit handelt es sich bei dem PHQ-2 um einen Auszug des PHQ-8, wie er in GEDA erhoben wird. Beim PHQ-2 können bis zu 6 Punkte erreicht werden, 3 Punkte oder mehr weisen auf eine depressive Symptomatik hin. Bei GAD-2 weisen 3 oder mehr Punkte auf Symptome einer Angststörung hin (Kara und Zimmermann 2023).

Das SOEP 2020 verwendet den Short-Form 12v2 questionnaire (SF12), der zwölf Fragen zum psychischen und physischen Gesundheitszustand in den vier Wochen vor der Befragung enthält. Aus den Antworten wird ein Summenindex berechnet, der das psychische Wohlbefinden anhand von Symptomen von Depression abbildet, der sog. Mental Component Score (MCS). Dazu werden die zwölf Fragen acht verschiedenen Dimensionen zugeordnet und spezifisch gewichtet (allgemeine Gesundheitswahrnehmung, körperliche Funktionalität, soziale Funktionalität, körperliche Schmerzen, Vitalität, psychische Gesundheit, Einschränkungen im Alltag aufgrund des körperlichen Gesundheitszustands, Einschränkungen im Alltag aufgrund des psychischen Gesundheitszustands) (Nübling et al. 2006).

Der MCS ist so normiert, dass er einen Durchschnitt von 50 und eine Standardabweichung von zehn hat (bezogen auf die SOEP-Population des Jahres 2002). Ein höherer Wert auf dem Index wird mit höherem psychischem Wohlbefinden assoziiert. Auf Grundlage einer epidemiologischen Validierungsstudie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW) wurde ein SOEP-spezifischer MSC Schwellenwert von 37,3 berechnet, der auf den Mittelwert der Bevölkerung in Deutschland von 2002 standardisiert ist (Vilagut et al. 2013; Stacherl und Entringer 2024). Werte unter dem Schwellenwert weisen auf eine depressive Symptomatik der Befragten hin.

Die Daten wurden mit den jeweiligen im Datensatz enthaltenen GewichtungsvARIABLEN gewichtet. Sowohl für 2020 als auch für 2021 wurden die genannten Instrumente (MCS und SF12) differenziert nach den Variablen Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund ausgewertet. Beim Migrationshintergrund wurden die Ausprägungen direkter und indirekter Migrationshintergrund zusammengefasst.

### **Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen**

Die Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (kurz: Teilhabebefragung) ist eine Panelstudie, die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft durchgeführt wird. Sie untersucht die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen. Der deutschlandweiten Befragung liegt ein der Heuristik der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) entsprechendes Begriffsverständnis von Behinderung zugrunde. Über objektiv vorliegende Daten hinaus, wie die amtliche Anerkennung von Behinderung (Schwerbehindertenausweis, Status der Erwerbsminderung o. Ä.), erfasst die Teilhabebefragung das Vorliegen von Beeinträchtigungen und Behinderungen über eine Selbsteinschätzung der Antwortenden. In der ersten Welle von 2018 bis 2020 wurden mit einem multi-modalen Befragungskonzept bundesweit rund 16.000 Personen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Privathaushalten und knapp 3.400 Personen aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe/-pflege befragt, zudem 6.000 Personen ohne Beeinträchtigungen zu Vergleichszwecken. Einbezogen sind Personen ab 16 Jahren.

Für die Zwecke der vorliegenden Studie wurden die Daten der ersten Welle der Teilhabebefragung aus Privathaushalten für Nordrhein-Westfalen unter Berücksichtigung eines landesspezifischen Gewichtungsfaktors ausgewertet. Zur Untersuchung der individuellen und gesellschaftlichen Folgen psychischer Erkrankungen wurden Kontrastanalysen zwischen vier verschiedenen Teilgruppen im Hinblick auf deren subjektive Bewertung von Indikatoren der Teilhabe in den Bereichen Freizeit und Kultur, Selbstbestimmung und Soziale Einbindung, Politische Teilhabe, Gesundheit und Gesundheitsversorgung sowie Arbeit und Beschäftigung vorgenommen. Dabei erfolgte die Gruppeneinteilung analog zum im Frühjahr 2025 erscheinenden zweiten Teilhabebericht Nordrhein-Westfalen nach den von den Befragten selbst

eingeschätzten Funktionsbeeinträchtigungen.<sup>1</sup> Zusätzlich wurden – sofern auf Basis der Fallzahlen möglich – Differenzierungen nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Folgende Gruppen wurden für die Analyse gebildet:

- 1.** Menschen mit stärkster dauerhafter Beeinträchtigung durch schwere seelische oder psychische Probleme (ggf. neben weiteren Beeinträchtigungen) (n = 274)
- 2.** Menschen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung durch schwere seelische oder psychische Probleme und einer anderen Form der stärksten dauerhaften Beeinträchtigung (n = 437)
- 3.** Menschen ohne dauerhafte Beeinträchtigung durch schwere seelische oder psychische Probleme, jedoch mit anderen dauerhaften Beeinträchtigungen (n = 2.848)
- 4.** Menschen ohne dauerhafte Beeinträchtigungen (n = 1.404).<sup>2</sup>

Für die Interpretation der Ergebnisse ist es wichtig, dass bei weniger als der Hälfte der Personen mit einer Beeinträchtigung im Bereich der Psyche (Gruppen 1 und 2) eine vertiefende Information über deren Ursache vorliegt. Von denjenigen Befragten, die eine entsprechende Diagnose genannt haben, leiden mehr als zwei Drittel unter Depressionen sowie ein Drittel unter Angststörungen (Mehrfachnennung möglich). Zehn Prozent haben Traumafolgen oder eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Alle anderen Formen psychischer Erkrankungen sind im Datensatz der Teilhabebefragung für Nordrhein-Westfalen nur in geringem Umfang vertreten. Abgesehen von der konkreten Diagnose kommen Beeinträchtigungen durch schwere seelische oder psychische Probleme außerdem mehrheitlich in Kombination mit anderen, d. h. körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen vor, insbesondere solchen beim Bewegen, durch Schmerzen, durch eine chronische Erkrankung oder beim Denken, was im Hinblick auf die identifizierten Unterschiede in der Teilhabe zwischen den verschiedenen Teilgruppen ebenfalls berücksichtigt werden muss.

### **Daten der ambulanten Versorgung**

Für die Darstellung der ambulanten Versorgung von psychischen Störungen wurde in erster Linie auf bereits veröffentlichte Auswertungen der Diagnosedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen zurückgegriffen. Dazu zählen insbesondere die Ergebnisse aus den Publikationen des Versorgungsatlas, die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung herausgegeben werden. Entsprechende Auswertungen liegen beispielsweise zur Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 2009 bis 2017 und zu Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 2014 und 2021 vor (Steffen et al. 2018; Kohring et al. 2023). Auf die jeweilige Veröffentlichung wird im Text entsprechend hingewiesen.

Für einzelne Analysen werden darüber hinaus die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe aus den Jahren 2018 bis 2022 herangezogen. Dabei handelt sich ausschließlich um gesicherte ambulante Behandlungsdiagnosen. Mehrfachbehandlungen aufgrund derselben Diagnose innerhalb der vier Quartale eines Jahres sind zu einem Behandlungsfall zusammengefasst. Privatversicherte sind in dieser Statistik nicht erfasst.

<sup>1</sup> Derzeit in Erstellung von Prognos, ebenfalls im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW.

<sup>2</sup> Der Einfachheit halber werden die gebildeten Gruppen bei der Ergebnisdarstellung folgendermaßen bezeichnet: (1) mit stärkster Beeinträchtigung durch psychische Erkrankung; (2) mit psychischer Beeinträchtigung, aber anderer stärkster Beeinträchtigung; (3) ohne psychische Beeinträchtigung, aber mit anderer Form der Beeinträchtigung; (4) ohne Beeinträchtigung.

## **Daten der Krankenhausstatistik**

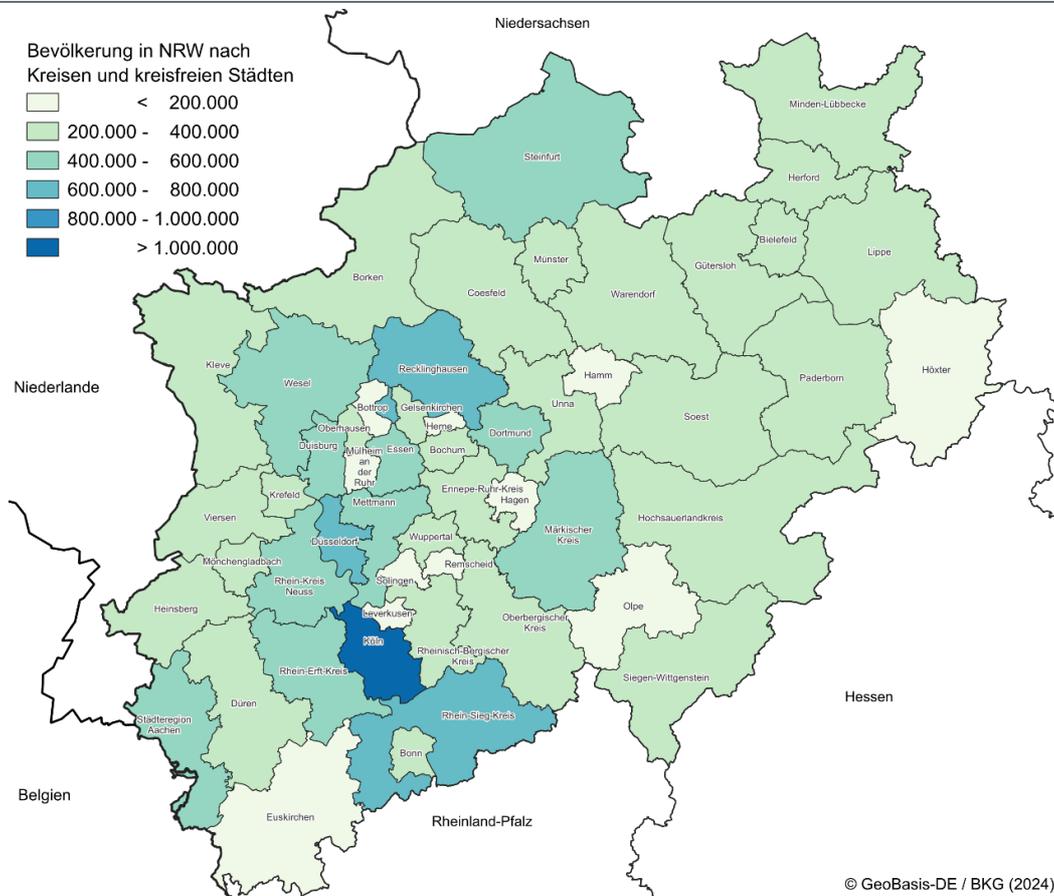
Für die Darstellung der stationären Behandlungsfälle psychischer Störungen wurden die Daten der Krankenhausstatistik (Teil II – Diagnosen) für NRW verwendet. Die Daten wurden über die Website der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes abgerufen. Die Diagnosemeldungen der Krankenhausstatistik beziehen sich auf alle im Berichtsjahr entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten. Erfasst wird jeweils die Hauptdiagnose zum Zeitpunkt der Entlassung nach ICD-10 Klassifikation. Patientinnen und Patienten, die innerhalb eines Jahres mehrfach vollstationäre behandelt wurden, werden mehrfach erfasst. Bei Diagnosen, die mit wiederholten Krankenhausaufenthalten einhergehen, erlaubt die Zahl der Fälle daher nur bedingt Rückschlüsse auf die Prävalenz einer Erkrankung. Ausschlaggebend für die Erfassung der Behandlungsfälle ist der Wohnort in NRW der Behandelten, nicht der Ort der Behandlung. Für die Jahre 2020 bis 2022 ist zu beachten, dass Krankenhausbehandlungen aufgrund der Covid-19-Pandemie teilweise zurückgegangen sind. Die Krankenhausstatistik enthält auch Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten, die in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (mit mehr als 100 Betten) behandelt wurde.

### 3 Grunddaten der Bevölkerung

#### Demografie

2023 lebten 18.190.422 Personen in Nordrhein-Westfalen: rund 9,3 Millionen Frauen und 8,9 Millionen Männer.<sup>3</sup> Seit 2014 ist die Bevölkerung etwas über eine halbe Million Menschen gewachsen (+3,1 %). Die bevölkerungsreichsten kreisfreien Städte sind Köln (1.086.138), Düsseldorf (629.567) und Dortmund (593.941). Unter den Landkreisen haben der Kreis Recklinghausen (619.136), der Rhein-Sieg-Kreis (608.729) und die Städteregion Aachen (561.800) die höchste Zahl an Einwohnern. Remscheid, Bottrop und Herne sind die kreisfreien Städte mit der geringen Zahl an Einwohnern, bei den Landkreisen sind es die Kreise Olpe und Höxter (Abbildung 1).

Abbildung 1: Einwohnerzahl Nordrhein-Westfalens nach Kreisen und kreisfreien Städten, 2023



Quelle: Bundesamt für Kartographie und Geodäsie 2024.

<sup>3</sup> Sofern nicht anders angegeben, sind die Daten in diesem Kapitel auf der Website des Statistischen Landesamts NRW zu finden.

2022 waren 21,5 Prozent der Einwohner Nordrhein-Westfalens 65 Jahre alt und älter (Tabelle 1). 18,2 Prozent waren jünger als 19 Jahre. Insgesamt sind im Jahr 2022, wie in den Vorjahren, mehr Personen gestorben als Kinder geboren wurden. Im Zuge des demografischen Wandels steigt der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung. Der Anteil der Personen, die 65 Jahre und älter sind, wird in den nächsten Jahrzehnten weiter zunehmen. Allerdings ist in den letzten Jahren auch die Zahl der Kinder unter 10 Jahren wieder gestiegen.

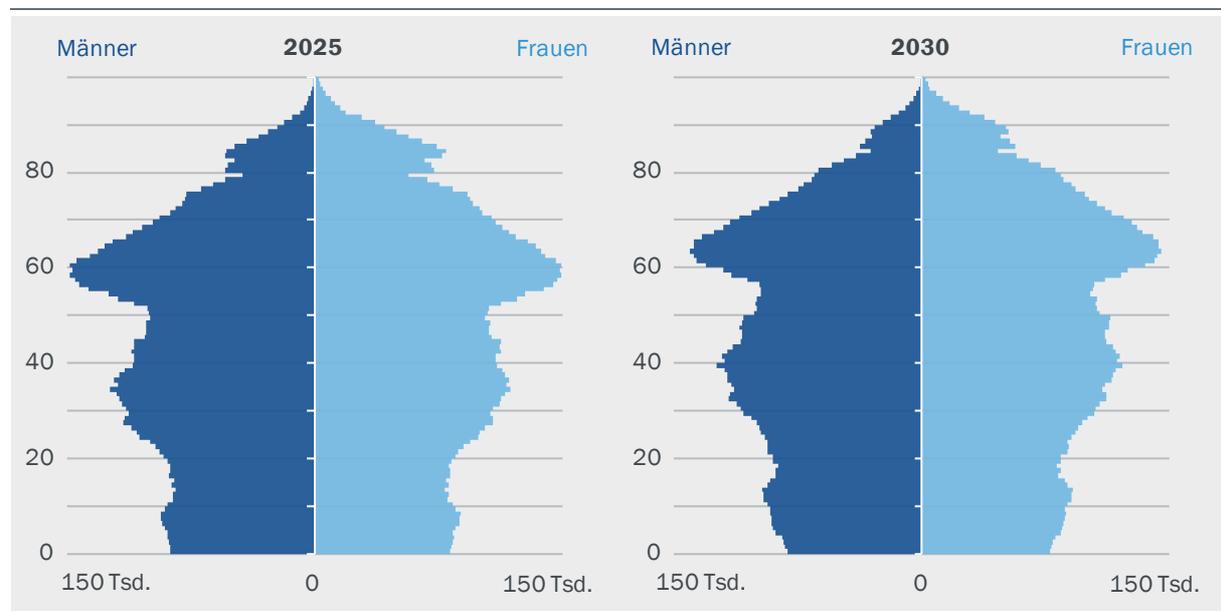
**Tabelle 1: Bevölkerung in NRW am 31.12.2022 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht**

	<b>Unter 10 Jahre</b>	<b>10 bis 18 Jahre</b>	<b>19 bis 44 Jahre</b>	<b>45 bis 64 Jahre</b>	<b>65 bis 74 Jahre</b>	<b>75 Jahre und mehr</b>
Insgesamt	1.764.714	1.535.517	5.767.758	5.165.382	1.973.475	1.932.270
männlich	907.946	792.991	2.934.319	2.549.717	925.209	780.018
weiblich	856.768	742.526	2.833.439	2.615.665	1.048.266	1.152.252

Quelle: IT.NRW. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2025 und 2030 zeigt, dass die geburtenstärksten Jahrgänge in den nächsten Jahren das Rentenalter erreichen werden. Zwar sind die Jahrgänge, die 2025 ca. 35 bis 40 Jahre alt sind, relativ stark vertreten, allerdings ist die Zahl der jungen Kinder weiterhin rückläufig bzw. geringer als die der vorangegangenen Jahrgänge.

**Abbildung 2: Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2025 und 2030, NRW**



Quelle: IT.NRW. Eigene Darstellung Prognos AG.

41,1 Prozent der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen waren 2022 verheiratet oder lebten in einer Lebenspartnerschaft, 44,8 Prozent waren ledig und 14,1 Prozent verwitwet oder geschieden. Der Anteil der Ledigen an der Bevölkerung ist über die letzten 10 Jahre kontinuierlich gestiegen und übertrifft seit 2019 den Anteil der Verheirateten.

In Nordrhein-Westfalen leben über 5 Millionen Familien mit minderjährigen Kindern, davon sind rund 600.000 Familien mit nur einem (alleinerziehenden) Elternteil. Die Mehrheit der Alleinerziehenden sind Frauen. Die Zahl der Alleinstehenden, also Personen, die ohne Ehe- oder Lebenspartner und ohne Kinder in einem Haushalt leben, ist gegenüber den Vorjahren leicht gestiegen, auf 3,9 Millionen in 2022. Mehr als jeder dritte Privathaushalt besteht aus nur einer Person (3,6 von 8,8 Millionen Haushalten).

## Migration

Das Bevölkerungswachstum der letzten Jahre ergibt sich in erster Linie aus einem zunehmend positiven Wanderungssaldo. 2022 lebten 3,1 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in Nordrhein-Westfalen. Damit lebten fast ein Viertel aller Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland (23 %; n=13,3 Millionen) in Nordrhein-Westfalen (DESTATIS 2024a). Die größten Subgruppen der ausländischen Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen sind Staatsangehörige der Türkei, Syriens, der Ukraine und Polens.

Einen Migrationshintergrund hatten insgesamt 5,6 Millionen Menschen in Nordrhein-Westfalen.<sup>4</sup> Damit ist der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund zwischen 2014 und 2022 von rund 23 Prozent auf 31 Prozent gestiegen. In Deutschland lag der Anteil 2022 bei 28,9 Prozent (DESTATIS 2024b). 40.824 Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft wurden 2022 in Nordrhein-Westfalen eingebürgert.

Nach wie vor ist die Zuwanderung auch durch den Zuzug Geflüchteter gekennzeichnet. In Nordrhein-Westfalen wurden 2023 67.174 Asylanträge erstmals gestellt, 329.120 Asylanträge waren es in Deutschland insgesamt (MKJFGFI 2024). Die häufigsten Herkunftsländer der Antragstellenden waren Syrien, die Türkei und Afghanistan, gefolgt von Irak und Iran. Seit dem Beginn des russischen Angriffskriegs auf die Ukraine am 24. Februar 2022 wurden 235.330 Personen aus der Ukraine in Nordrhein-Westfalen aufgenommen (MKJFGFI 2024). Die Zahl der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten in Nordrhein-Westfalen belief sich 2023 auf 5124, 2022 waren es 5008. Bis Juni 2024 wurden 1480 unbegleitete minderjährige Geflüchtete in Nordrhein-Westfalen aufgenommen. Die meisten unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten sind männlich.<sup>5</sup>

Für das Jahr 2022 verzeichnet das Wanderungssaldo ein Plus von 283.366 Personen. Dazu zählen alle Zu- und Fortzüge über die Grenzen Nordrhein-Westfalens sowohl aus dem bzw. in das Ausland als auch aus bzw. in andere Bundesländer. 2022 sind 672.810 Personen über die Grenzen Nordrhein-Westfalens zugezogen und 389.444 haben Nordrhein-Westfalen verlassen.

## Einkommen

2022 betrug das monatliche Haushaltsnettoeinkommen in Nordrhein-Westfalen im Durchschnitt 3.931 Euro. 3,3 Millionen Menschen galten 2022 als armutsgefährdet. Das entspricht 18,7 % der

<sup>4</sup> Nach der Definition des Statistischen Bundesamts zählen zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund alle Personen, die die deutsche Staatsbürgerschaft nicht durch Geburt besitzen oder die mindestens ein Elternteil haben, auf das dies zutrifft.

<sup>5</sup> Nicht veröffentlichte Zahlen der Landesstelle NRW 2024, die auf Anfrage durch das Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellt wurden.

Einwohnerschaft Nordrhein-Westfalens. Unter den Haushalten mit minderjährigen Kindern waren Alleinerziehende am häufigsten armutsgefährdet (45,9 %). Auch Alleinlebende (28,3 %) waren besonders armutsgefährdet im Vergleich zu anderen Haushalten ohne Kind. Als armutsgefährdet gelten Menschen, die weniger als 60 Prozent des mittleren bedarfsgewichteten Haushaltseinkommens der Bevölkerung zur Verfügung haben. Diese Schwelle liegt in Nordrhein-Westfalen laut Mikrozensus bei 1.166 Euro im Monat.<sup>6</sup>

306.015 Personen bezogen 2022 Grundsicherung im Alter bzw. bei Erwerbsminderung. Die Zahl derjenigen, die Grundsicherung beziehen, ist in den letzten Jahren gestiegen (262.000 in 2014). 11 Prozent der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen haben 2022 Leistungen der Mindestsicherung bezogen. Unter Nichtdeutschen lag die Quote bei 32,9 Prozent. Knapp über 170.000 Haushalte in Nordrhein-Westfalen bezogen Wohngeld. Dabei liegt der durchschnittliche monatliche Anspruch auf allgemeines Wohngeld bei 203 Euro.

2022 bezogen 84.465 Menschen Leistungen nach Kapitel 5.-9. SGB XII und 220.315 Leistungen der Teilhabe nach SGB IX (Tabelle 2). Diese Leistungen stehen Menschen zur Verfügung, die Hilfen in besonderen Lebenslagen oder Eingliederungshilfe benötigen. Zwischen 2015 und 2022 ist die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Eingliederungshilfe und von Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (z.B. bei Wohnungslosigkeit) kontinuierlich gestiegen. Die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zur Gesundheit und von Hilfen zur Pflege ist im gleichen Zeitraum zurückgegangen.

**Tabelle 2: Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach Kapitel 5.-9. SGB XII und der Eingliederungshilfe nach SGB IX, NRW, 2015 bis 2022**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Hilfen zur Gesundheit (SGB XII, Kap. 5)	2.440	2.342	839	831	854	755	1.055	1.035
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (SGB XII, Kap. 6) *	158.571	157.822	170.850	176.377	176.028			
Eingliederungshilfe (SGB IX, Teil 2) *						208.470	220.515	220.315
Hilfe zur Pflege (SGB XII, Kap. 7)	91.291	91.706	71.047	79.084	79.704	84.100	82.100	72.655
Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen (SGB XII, Kap. 8 + 9)	7.727	9.254	9.395	10.131	11.849	12.675	11.825	11.990

Quelle: Statistisches Bundesamt; IT NRW. Eigene Darstellung Prognos AG.

\* Die Leistungen der Eingliederungshilfe wurden 2020 durch das Bundesteilhabegesetz neu geordnet und in SGB IX überführt. Kapitel 6 SGB XII wurde in Folge gestrichen.

<sup>6</sup> <https://www.it.nrw/de/nrw-33-millionen-menschen-waren-2022-armutsgefahrdet-120814>

## Wohnungs- und Erwerbslosigkeit

Mitte 2022 wurden 78.350 Personen in Nordrhein-Westfalen von den Kommunen und von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in freier Trägerschaft als wohnungslos gemeldet.<sup>7</sup> Damit hat die Zahl der erfassten wohnungslosen Personen seit Einführung der Erhebung 2011 einen Höchststand erreicht. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der gemeldeten Wohnungslosen um 62,3 % gestiegen. Regional betrachtet befindet sich die größte Zahl der Wohnungslosen in Köln (12.580), danach mit einigem Abstand in Duisburg (4.495), Düsseldorf (3.650) und Bonn (3.540).

2023 waren knapp über 700.000 Menschen in Nordrhein-Westfalen arbeitslos gemeldet. Von ihnen galten rund 290.000 Personen als langzeitarbeitslos. Damit lag die Arbeitslosenquote Ende Dezember 2023 bei 7,8%. Trotz leichter Schwankungen ist die Arbeitslosenquote in den letzten 10 Jahren rückläufig (2014: 8,7 %).

Über 34.000 Menschen in Nordrhein-Westfalen sind 2020 aufgrund gesundheitsbedingter verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Arbeitsleben ausgeschieden (Tabelle 3). Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit seit 2015 zwar insgesamt zugenommen haben, allerdings auch jährlichen Schwankungen unterworfen sind.

**Tabelle 3: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach Geschlecht in NRW, 2015 bis 2020**

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Männer	15.062	18.465	17.194	16.336	15.484	16.543
Frauen	16.024	19.397	17.635	17.797	16.491	18.185
Insgesamt	31.086	37.862	34.829	34.133	31.975	34.728

Quelle: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

## Subjektiver Gesundheitszustand

Menschen in Nordrhein-Westfalen bewerten ihre subjektive Gesundheit überwiegend positiv. Daten aus dem NRW-Gesundheitssurvey des Jahres 2022 zeigen, dass fast zwei Drittel der Frauen (64,8 %) und rund drei Viertel der Männer (74,8 %) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“ einschätzen (18 Jahre und älter). Für den NRW-Gesundheitssurvey sind im Jahr 2022 2.000 Personen in Nordrhein-Westfalen zu ihrer Gesundheit und weiteren Gesundheitsthemen befragt worden.

Allerdings verschlechtert sich die Bewertung der eigenen Gesundheit mit zunehmendem Alter. Schätzen bei den Frauen 81,7 Prozent der 18- bis 29-Jährigen ihren Gesundheitszustand als mindestens „gut“ ein, so sinkt ihr Anteil auf 51,9 Prozent bei Frauen, die 70 Jahre und älter sind. Bei den Männern schätzen 93,1 der 18- bis 29-Jährigen ihre Gesundheit als mindestens „gut“

<sup>7</sup> <https://www.statistik.lwl.org/de/zahlen/wohnungslosigkeit/>

ein, im Alter von 70 Jahren und älter sind es 58,9 Prozent. Der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als höchstens mittelmäßig bezeichnen, steigt kontinuierlich mit dem Alter.

Auch bei den Geschlechtern gibt es auffällige Unterschiede. So bewerten in den meisten Altersgruppen Frauen ihre Gesundheit häufiger als „mittelmäßig, schlecht oder sehr schlecht“. Über alle Altersgruppen verteilt (ab 18 Jahren) bewerten über ein Drittel der Frauen ihre Gesundheit subjektiv als höchstens mittelmäßig (35,2 %), bei den Männern liegt dieser Anteil bei rund einem Viertel (25,2 %). Eine Ausnahme bilden die Altersgruppen der 40- bis 49-Jährigen und der 60- bis 69-Jährigen, bei denen die Werte gleichauf liegen bzw. die Männer ihre Gesundheit etwas häufiger als Frauen als höchstens mittelmäßig einschätzen.

**Tabelle 4: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Prozent der Befragten, nach Altersgruppen und Geschlecht, NRW, 2022**

Alter in Jahre	weiblich			männlich		
	sehr gut	gut	mittelmäßig / schlecht / sehr schlecht	sehr gut	gut	mittelmäßig / schlecht / sehr schlecht
18 bis 29	27,8	53,9	18,4	39,9	53,2	6,9
30 bis 39	30,0	41,1	28,9	35,3	49,7	15,0
40 bis 49	19,1	58,8	22,1	20,0	57,7	22,4
50 bis 59	17,8	45,6	36,6	15,1	53,2	31,7
60 bis 69	11,4	44,7	43,9	23,5	31,1	45,4
70 und älter	9,1	42,8	48,1	15,8	43,1	41,0
Insgesamt	17,8	47,0	35,2	26,1	48,7	25,2

Quelle: NRW-Gesundheitssurvey 2022. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW). Eigene Darstellung Prognos AG.

\* Prozentangaben beziehen sich auf Befragte (n=2000) mit gültigen Antworten zum Fragegegenstand.

---

## 4 Prävalenz und Inzidenz psychischer Erkrankungen

---

Bundesweite Befragungsstudien zeigen auffällige Veränderungen bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Verlauf der Covid-19-Pandemie. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten erhöhte sich und lag gegen Ende der Pandemie (Ende 2022) mit einem Anteil von 22,6 Prozent noch deutlich über dem vorpandemischen Niveau.

Die Häufigkeit depressiver Symptome nahm während der Pandemie zu. Ende 2020/Anfang 2021 lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit depressiven Symptomen bei 24,3 Prozent (gegenüber 15,0 % 2017 und 14,2 % Ende 2022). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Angstsymptomen war zeitweise doppelt so hoch wie vor Beginn der Pandemie (30 % Ende 2020 gegenüber 15,0 % 2014-2017) und lag auch Ende 2022 noch über dem präpandemischem Ausgangsniveau (24,8 %).

Auch ambulante Versorgungsdaten deuten auf eine Zunahme der Inzidenz depressiver Störungen (F32-F33) und anderer Angststörungen (F41) während der Pandemie hin. In der stationären Behandlung zeigt sich ebenfalls die gestiegene Bedeutung von Depressionen. Eine depressive Episode (F32) war 2022 die am häufigsten gestellte stationäre Diagnose bei Kindern und Jugendlichen.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen variieren nach Alter und Art der Störung. Auffallend ist die Zunahme der Inzidenz von Angst- und Essstörungen bei Mädchen in den Jahren 2020 und 2021 in der ambulanten Versorgung. Depressionen und Angststörungen (F41) werden bei Mädchen insgesamt häufiger diagnostiziert als bei Jungen. Bei Jungen werden dagegen häufiger Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (F90-F94) diagnostiziert.

Die Auswertung von Bevölkerungsbefragungen gibt Hinweise darauf, dass sich auch bei den Erwachsenen die psychische Gesundheit während der Pandemie verschlechtert hat. Im SOEP 2020 berichteten 12,6 Prozent der Menschen in Nordrhein-Westfalen von Symptomen einer Depression. In der Befragung 2021 lag ihr Anteil bei gut 15 Prozent. Elf Prozent zeigten 2021 Symptome einer Angststörung. Auch bei Erwachsenen haben Frauen im Durchschnitt eine schlechtere psychische Gesundheit als Männer.

Die häufigsten stationären Behandlungsfälle sind Störungen aufgrund von Alkoholkonsum, wiederkehrenden depressiven Störungen sowie Schizophrenie. Bei den alkoholbedingten Störungen ist die Zahl der Fälle bei Männern fast dreimal so hoch wie bei Frauen, bei stationären Fällen von Schizophrenie ist die Zahl der behandelten Männer mehr als doppelt so hoch wie die der Frauen.

Die Zahl der Menschen in Nordrhein-Westfalen, die einen Schwerbehindertenausweis besitzen und bei denen als schwerste Behinderung eine psychische Behinderung vorliegt, ist zwischen 2017 und 2021 um 19 Prozent gestiegen und lag 2021 bei knapp unter 150.000. Im gleichen Jahr waren insgesamt 19.912 Erwachsene nach PsychKG in

einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht. 10.003 freiheitsentziehende Unterbringen wurden 2022 auf Grundlage von § 1906 BGB genehmigt.

Bei älteren Menschen (über 60 Jahre) ist die Demenz die häufigste Diagnose unter den psychischen Erkrankungen. Auch Depressionen gehören zu den häufigen psychischen Erkrankungen, allerdings zeigen ältere Menschen in den Bevölkerungsbefragungen seltener depressive Symptome als Menschen im mittleren Erwachsenenalter (40 bis 59 Jahre). Ältere Frauen hatten im SOEP 2021 erhöhte Werte in Bezug auf Depression und Ängste. Bei älteren Menschen nimmt die Suizidmortalität zu, wobei Männer im Alter von 85 Jahren und älter die höchste Suizidrate aufweisen.

## 4.1 Kinder und Jugendliche

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sind in den letzten Jahren weiter in den Fokus gerückt. Psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen stellen eine Herausforderung für die gesamte Familie und ihr soziales Umfeld dar. Sie sind auch deshalb so bedeutend, weil psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen häufig bis ins Erwachsenenalter hineinwirken. Teilnehmende an der KIGGS-Studie (2003-2017), die als Kinder oder Jugendliche psychische Auffälligkeiten zeigten, hatten auch als junge Erwachsene (in der Studie bis zu einem Alter von 31 Jahren) ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme (Schlack et al. 2021).<sup>8</sup> Sie waren seltener mit ihrem Leben zufrieden, zeigten häufiger depressive Symptome und hatten ein höheres Risiko, eine Essstörung zu entwickeln. Auch gibt die Studie Hinweise darauf, dass psychische Probleme sich negativ auf die Bildungschancen von Kindern auswirken und damit langfristig ihre Lebensbedingungen beeinträchtigen können (Schlack et al. 2021).

Die Pandemie und die mit ihr verbundenen Einschränkungen des sozialen Lebens haben sich auf das psychische Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen besonders negativ ausgewirkt, wobei die langfristigen Folgen dieser Entwicklung noch nicht vollständig absehbar sind (Deutscher Ethikrat 2022). Im Hinblick auf die Langzeittrends zeigen die Befragungsstudien ein gemischtes Bild. Während psychische Auffälligkeiten vor der Pandemie im Zeitverlauf abgenommen haben, haben Symptome von Depression und Ängstlichkeit seit 2020 an Häufigkeit zugenommen.

### Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und Störungen

Auf Basis der beiden bundesweiten Befragungsstudien BELLA und COPSY liegen Daten zu psychischen Auffälligkeiten, depressiven Symptomen und Symptomen von Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen über 20 Jahre bis einschließlich 2022 vor (Tabelle 5).<sup>9</sup>

In den zuletzt erhobenen Daten von Ende 2022 zeigten rund 23 Prozent der Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren psychische Auffälligkeiten.<sup>10</sup> In der letzten Welle der BELLA-Studie, die 2017 abgeschlossen wurde, lag dieser Wert bei 18 Prozent. Während der

<sup>8</sup> Für die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) wurden zwischen 2003 und 2017 in drei Wellen rund 3.500 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren wiederholt befragt.

<sup>9</sup> In der Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten (BELLA-Studie) wurden Kinder und Jugendliche in vier Wellen zwischen 2003 und 2017 zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Die BELLA-Studie war als Unterstichprobe der KiGGS-Studie angelegt, befragt wurden Menschen im Alter von 7 bis 29 Jahren. Die Studie Corona und Psyche (COPSY) hat in sechs Wellen Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 erhoben. Die Stichprobe umfasste mehr als 1.000 11- bis 17-Jährige und 1.500 Eltern von 7- bis 17-Jährigen.

<sup>10</sup> In den Befragungen werden Kindern und Jugendlichen und ihren Eltern nach Auffälligkeiten gefragt, die sie selbst wahrnehmen und beschreiben können. Es handelt sich dabei nicht um klinische Diagnosen wie z. B. Störungen oder Erkrankungen.

Pandemie war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten zunächst auf 30 Prozent (Mitte 2020) und 31 Prozent (Ende 2020/Anfang 2021) gestiegen und im Folgenden etwas gesunken, auf 29 Prozent (Februar 2022). In den Jahren vor der Pandemie war der Anteil an jungen Menschen mit psychischen Auffälligkeiten eher rückläufig. In der BELLA-Studie sank der Anteil psychischer Auffälligkeiten zwischen 2003 und 2017 von 22 Prozent auf 18 Prozent. Zu den Auffälligkeiten zählten Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Hyperaktivität und Probleme mit Gleichaltrigen (Reiß et al. 2023).

Auch Depressionen und Ängstlichkeit wurden während der Covid-19-Pandemie gehäuft festgestellt.<sup>11</sup> In der COPSYS-Studie hatten 14 Prozent der Kinder und Jugendlichen Ende 2022 depressive Symptome (Reiß et al. 2023). Dieser Wert ist vergleichbar mit dem Wert von 15 Prozent vor der Pandemie, der in der BELLA-Studie (2014-2017) gemessen wurde. Allerdings zeigte die COPSYS-Studie auch, dass die Werte während der Pandemie deutlich angestiegen sind: auf 18 Prozent Mitte 2020 und auf 24 Prozent Ende 2020/Anfang 2021 (Reiß et al. 2023). Rund 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen zeigten in der COPSYS-Studie Ende 2022 Symptome von Ängstlichkeit (Ravens-Sieberer 2023; Reiß et al. 2023). Dieser Wert lag deutlich über dem Anteil von 15 Prozent der Jahre 2014 bis 2017. Der höchste Wert wurde mit 30 Prozent Ende 2020/Anfang 2021 gemessen (Reiß et al. 2023).

**Tabelle 5: Psychische Auffälligkeiten, Angstsymptome und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2003 bis 2022**

Ergebnisse der BELLA-Studie (2003–2017, 3 Wellen) und der COPSYS-Studie (2020–2022, 5 Wellen)

	<b>2003- 2006</b>	<b>2009- 2012</b>	<b>2014- 2017</b>	<b>05-06/ 2020</b>	<b>12/2020 - 01/2021</b>	<b>09-10/ 2021</b>	<b>02/2022</b>	<b>09-10/ 2022</b>
Psychische Auffälligkeiten (SQD)	21,9 %	17,2 %	18,0 %	30,0 %	31,0 %	27,0 %	29,0 %	22,6 %
Depressive Symptome (CES-DC)	10,9 %	16,0 %	15,0 %	18,0 %	24,3 %	19,7 %	21,3 %	14,2 %
Angstsymptome (SCARED)	9,9 %	15,1 %	15,0 %	24,0 %	30,0 %	27,0 %	28,0 %	24,8 %

Quelle: Reiß et al. 2023. Eigene Darstellung Prognos AG.

Angaben zu psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden wurden in der internationalen HBSC-Studie im Jahr 2022 für Deutschland erhoben.<sup>12</sup> Dabei berichteten rund 42 Prozent der befragten Schülerinnen und Schüler von (zum Teil multiplen) psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden. Bei Mädchen lag dieser Wert bei 52 Prozent, bei Jungen bei 30 Prozent. Bei Jugendlichen, die

<sup>11</sup> In der BELLA- und COPSYS-Studie wurden mehrere Instrumente eingesetzt. Psychische Auffälligkeiten wurden über den „Strengths and Difficulties Questionnaire“ (SDQ) erhoben. Dieser besteht aus den vier Subskalen Verhaltensprobleme, emotionale Probleme, Hyperaktivität und Probleme mit Gleichaltrigen. Depressive Symptome wurden anhand des „Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children“ (CES-DC) gemessen, der körperliche Probleme, depressive Gefühle und positive Gefühle sowie interpersonelle Probleme in vier Subskalen erfasst. Das „Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders“ (SCARD) Instrument erfasst Aspekte der Ängstlichkeit.

<sup>12</sup> An der HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) Befragung 2022 nahmen 6.475 Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen 11 und 15 Jahren teil.

angaben, gender-divers zu sein, lag dieser Wert bei 80 Prozent.<sup>13</sup> Dabei stieg das Risiko psychosomatischer Beschwerden mit zunehmendem Alter: 51 Prozent der 15-Jährigen berichteten Beschwerden, bei den 13-Jährigen waren es 43 Prozent und bei den 11-Jährigen 32 Prozent. Bei älteren Jugendlichen vergrößerte sich auch der Unterschied zwischen den Geschlechtern (Reiß et al. 2024).

Angaben zur Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) finden sich in der KiGGS-Studie. Insgesamt wiesen 4,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren eine ADHS-Diagnose auf (2014-2017). Hierbei handelt es sich um ärztliche Diagnosen, die von den Eltern in der Befragung angegeben wurden. Dabei waren Jungen (6,5 %) häufiger von ADHS betroffen als Mädchen (2,3 %). In der KiGGS-Basiserhebung (2003-2006) lag der Anteil insgesamt bei 5,3 Prozent (8,5 % bei Jungen und 1,9 % bei Mädchen). In der Altersverteilung hatten Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren die höchsten Werte (6,9 %) gegenüber 12- bis 14-Jährigen (6,1 %) und 9- bis 11-Jährigen (6,1 %). Bei jüngeren Kindern wurde die Diagnose ADHS deutlich seltener gestellt (0,2 % bei 3- bis 5-Jährigen und 2,1 % bei 6- bis 8-Jährigen) (Göbel et al. 2018).

### **Diagnosen in der ambulanten Versorgung**

Eine deutschlandweite Auswertung vertragsärztlicher Abrechnungsdaten erlaubt Rückschlüsse auf die Prävalenz ambulanter Diagnosen aus den Jahren 2009 bis 2017 (Versorgungsatlas-Studie). Im Jahr 2017 lag bei 28 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre mindestens eine F-Diagnose bzw. eine vertragsärztlich dokumentierte psychische Störung vor (Diagnoseprävalenz).<sup>14</sup> 2009 lag ihr Anteil bei 23 Prozent (Steffen et al. 2018). Die sechs häufigsten Diagnosekategorien unter den F-Diagnosen (ICD-2-Steller), die bei Kindern und Jugendlichen in mindestens einem Quartal des Jahres 2017 dokumentiert waren, entfielen auf Entwicklungsstörungen (F8) (17 %) und Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) (11%), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) (5,9 %), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5) (1,4 %), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) (1,4 %) und affektive Störungen (F3) (1,1 %) (Steffen et al. 2018).

Bei den ambulanten Diagnosen gab es deutliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Bei Kindern bis zu einem Alter von vier Jahren stellten Entwicklungsstörungen (F8) im Jahr 2017 mit einem Anteil von 70 Prozent die häufigste F-Diagnose auf Ebene der ICD-2-Steller dar. Mit zunehmendem Alter werden Entwicklungsstörungen seltener. Ab dem Vorschulalter stieg der Anteil an Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9), bei den 10- bis 14-Jährigen stellten sie 42 Prozent der F-Diagnosen. Unter den 15- bis 17-Jährigen kamen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) und affektive Störungen (F3) hinzu sowie Störungen durch Substanzkonsum (F1) (Steffen et al. 2018).

In allen Altersgruppen waren Jungen häufiger von Entwicklungsstörungen (F8) und Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) betroffen als Mädchen. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) wurden bei Jungen bis zu 14 Jahren häufiger diagnostiziert als bei Mädchen, bei älteren Jugendlichen kehrte sich das Geschlechterverhältnis um. Erst ab dem Jugendalter nahm die Bedeutung von Geschlechterunterschieden bei affektiven Störungen (F3), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) und Verhaltensauffälligkeiten (F5)

<sup>13</sup> Der Anteil der Schülerinnen und Schüler, die angaben, gender-divers zu sein, lag bei 1,7 Prozent der Stichprobe (n=112).

<sup>14</sup> Die Datengrundlage bilden bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten aus den Jahre 2009 bis 2017 für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Ausgewählt wurden Kinder und Jugendliche mit einer gesicherten F-Diagnose gemäß ICD-10-GM. Die Bildung der Diagnoseprävalenz erfolgte als Anteil der Kinder und Jugendlichen mit entsprechender Falldefinition an allen Kindern und Jugendlichen, die im jeweiligen Jahr mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten (Steffen et al. 2018).

zu. Diese Diagnosen wurden bei Mädchen ab dem Alter von 13 Jahren zunehmend häufiger diagnostiziert als bei Jungen (Steffen et al. 2018).

Daten des Versorgungsatlas geben auch Auskunft über die Entwicklung der Neuerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (Inzidenztrends). Diese liegen bundesweit sowie in den für Nordrhein-Westfalen relevanten Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Westfalen-Lippe und Nordrhein für die Jahre 2014 bis 2021 vor.<sup>15</sup> In Deutschland und Nordrhein-Westfalen entfielen 2021 die häufigsten Neuerkrankungen im Bereich der psychischen Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen auf Entwicklungsstörungen (F8), Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) und affektiven Störungen (F3). An vorderster Stelle stehen dabei Entwicklungsstörungen bezogen auf das Sprechen/Sprache (F80), emotionale und Verhaltensstörungen (F90-F94) sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen (F98).

Bei der Diagnoseinzidenz depressiver Störungen (F32-F33) und anderer Angststörungen (F41) in der ambulanten Versorgung lassen sich in Nordrhein-Westfalen Veränderungen im zeitlichen Verlauf der Covid-19-Pandemie beobachten, wenngleich Entwicklungen nach 2021 abzuwarten bleiben. Die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit einer erstmals diagnostizierten depressiven Störung lag im Jahr 2021 bei 70 von 10.000 in Westfalen-Lippe und 67 in Nordrhein (bundesweit 72 von 10.000). In den Jahren 2014 bis 2020 lag dieser Wert zwischen 52 und 59 pro 10.000 (Zi 2023). Die Diagnoseinzidenz anderer Angststörungen (F41) lag 2021 bundesweit bei 72 pro 10.000 Kinder und Jugendliche, in Westfalen Lippe bei 65 und in Nordrhein bei 63. Zuvor war die Diagnoseinzidenz von Angststörungen von 60 im Jahr 2014 auf 52 im Jahr 2019 in Westfalen-Lippe und von 63 auf 53 in Nordrhein gesunken (Zi 2023; Kohring et al. 2023).

Geschlechtsspezifische Unterschiede variieren im Zeitverlauf und unterscheiden sich je nach Störung. Auffallend ist die Zunahme der Inzidenz von Angst- und Essstörungen bei Mädchen in den Jahren 2020 und 2021 (Kohring et al. 2023). Bei Mädchen wurde bundesweit 2021 dreimal so häufig eine depressive Störung (F32-F33) diagnostiziert wie bei Jungen (110 gegenüber 37 pro 10.000). Auch Angststörungen (F41) werden bei Mädchen häufiger diagnostiziert als bei Jungen. Bundesweit war die Diagnoseinzidenz bei Angststörungen bei Mädchen mehr als doppelt so hoch wie bei Jungen (98 gegenüber 48 pro 10.000) (Kohring et al. 2023).

Bei Mädchen wurden anorektische Essstörungen (F50.0-F50.1) häufiger neu diagnostiziert als bei Jungen. Dabei nahm der Unterschied zwischen den Geschlechtern von 11:1 im Jahr 2014 auf 14:1 im Jahr 2021 zu. 2021 wurden 14 Mädchen und 1 Junge pro 10.000 Kinder und Jugendliche neu mit einer Essstörung diagnostiziert. Die Diagnoseinzidenz stieg von 2018 bis 2021 bei beiden Geschlechtern, nachdem die Werte in den Vorjahren entweder konstant oder leicht rückläufig waren. Bei Jungen werden dagegen häufiger Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (F90-F94) diagnostiziert. Im Jahr 2021 lagen sie bei Mädchen bei 352 und bei Jungen bei 515 pro 10.000 Kindern und Jugendlichen (Kohring et al. 2023).

Die Autismus-Spektrum-Störung (ASS) gehört zu den sogenannten tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (F84). Es wird weltweit von einer Prävalenz von bis zu 1 Prozent ausgegangen und eine Zunahme an entsprechenden Diagnosen beobachtet (Schneider et al. 2017). Eine Datenanalyse der HKK-Krankenkasse ergab, dass sich der Anteil der ASS-Diagnosen unter den HKK-Versicherten deutschlandweit in den vergangenen zehn Jahren verdoppelt hat:

<sup>15</sup> Als inzident erkrankt galten dabei Kinder und Jugendliche, für die nach zwei diagnosefreien Vorbeobachtungsjahren eine entsprechende gesicherte Diagnose codiert worden war, d. h. wenn die Diagnose in den jeweiligen drei Folgequartalen nochmals bestätigt wurde oder für diese im Quartal der Diagnosestellung bzw. im ersten Folgequartal eine entsprechende Leistung abgerechnet wurde. Die Diagnoseinzidenzen wurden als jährliche rohe kumulative Inzidenz pro 10.000 Kinder und Jugendliche berechnet (Kohring et al. 2023).

von 0,4 Prozent der Versicherten 2013 auf 0,8 Prozent im Jahr 2022 (HKK 2023).<sup>16</sup> Unter jungen Menschen unter 25 Jahren wurde ASS doppelt so häufig bei Jungen und jungen Männern diagnostiziert als bei Mädchen und jungen Frauen.

### Stationäre Behandlungsfälle im Krankenhaus

Bei den stationären Behandlungsfällen von Kindern und Jugendliche stehen in Nordrhein-Westfalen die affektiven Störungen (F30-F39) an erster Stelle (Tabelle 6). Sie machten 2022 rund 30 Prozent der stationären Behandlungsfälle im Bereich der F-Diagnosen aus. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) folgten mit jeweils etwa 16 Prozent. Der Anteil der affektiven Störungen ist damit gegenüber 2014 deutlich gestiegen. 2014 führten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotropische Substanzen die Tabelle an (23,3 %), gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (21,0 %) und affektiven Störungen (19,9 %).

**Tabelle 6: Verteilung nach prozentualen Häufigkeiten Kapitel V (ICD-10) nach Abschnitten, stationäre Behandlungsfälle, Alter 0 bis 19 Jahre, Wohnsitz NRW, in Prozent, NRW, 2022**

<b>Kapitel V F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10), nach Abschnitten</b>	<b>Absolute Häufigkeiten</b>	<b>Prozent</b>
F30-F39 Affektive Störungen	8.334	29,9
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4.607	16,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4.556	16,4
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.451	16,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1.943	7,0
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.633	5,9
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.347	4,8
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	670	2,4
F70-F79 Intelligenzminderung	266	1,0
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	54	0,2
F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	4	0,0

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

<sup>16</sup> Die Zahl der HKK-Versicherten ist im Vergleichszeitraum kontinuierlich gestiegen: von 99.944 im Jahr 2013 auf 212.517 im Jahr 2022.

**Tabelle 7: Stationäre Behandlungsfälle im Krankenhaus, Kapitel V (F00-99) ICD-10 nach Abschnitten, Alter 0 bis 24 Jahre, Wohnsitz NRW, NRW, 2022**

	0 bis 9 Jahre		10 bis 14 Jahre		15 bis 19 Jahre		20 bis 24 Jahre	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	5	0,1	9	0,1	40	0,2	89	0,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	16	0,4	510	7,4	4.030	23,4	4.681	25,4
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	1	0,0	48	0,7	621	3,6	1.988	10,8
F30-F39 Affektive Störungen	15	0,4	2.160	31,4	6.159	35,7	6.011	32,6
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	328	8,8	1.297	18,9	2.826	16,4	2.256	12,3
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	101	2,7	632	9,2	900	5,2	330	1,8
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3	0,1	38	0,6	1.306	7,6	2.600	14,1
F70-F79 Intelligenzminderung	72	1,9	42	0,6	152	0,9	276	1,5
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1.543	41,4	193	2,8	207	1,2	95	0,5
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.645	44,1	1.948	28,3	1.014	5,9	89	0,5
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	2	0,1	1	0,0	1	0,0	1	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>3.731</b>	<b>100,0</b>	<b>6.878</b>	<b>100,0%</b>	<b>17.256</b>	<b>100,0%</b>	<b>18.416</b>	<b>100,0%</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Altersspezifische Unterschiede für die einzelnen Abschnitte der F-Diagnosen lassen sich ebenfalls anhand der stationären Behandlungsfälle betrachten (Tabelle 7). Unter den 0- bis 9-Jährigen in Nordrhein-Westfalen kamen 2022 die beiden Diagnosegruppen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) sowie Entwicklungsstörungen (F80-F89) mit jeweils 44 und 41 Prozent am häufigsten vor. Bei den 10- bis 14-Jährigen lagen affektive Störungen (F30-F39) mit 31 Prozent an erster Stelle, Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) mit 28 Prozent an zweiter Stelle und neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) mit 19 Prozent an dritter Stelle. Auch bei den 15- bis 19-Jährigen waren affektive Störungen (F30-F39) mit rund 36 Prozent der häufigste Grund für eine stationäre Behandlung. Darauf folgten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) mit 23 Prozent. 20- bis 25-Jährige wurden am häufigsten aufgrund von affektiven Störungen (F30-F39) (33 %) und psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) (25 %) stationär behandelt.

Auch bei der Betrachtung der Einzeldiagnosen (ICD-10 3-Steller) zeigt sich die gestiegene Bedeutung von Depressionen. Im Jahr 2022 gab es in Nordrhein-Westfalen insgesamt 27.865 stationäre Behandlungsfälle von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren, denen eine F-Diagnose zugeordnet wurden (Tabelle 8) 2014 lag die Zahl der stationären Behandlungsfälle bei 32.886 (eine Abnahme von 5.021 Fällen bzw. 15,3 %). 64 Prozent der stationären Behandlungsfälle entfielen 2022 auf Mädchen und weibliche Jugendliche (n=15.882). Eine depressive Episode (F32) war die am häufigsten gestellte stationäre Diagnose bei Jungen und Mädchen in dieser Altersgruppe, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Die Zahl der stationären Diagnosen einer depressiven Episode (F32) lag mit 6.981 Fällen über der Zahl von 5.603 im Jahr 2014.

Die Anzahl der stationären Behandlungsfälle mit psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) lag im Jahr 2022 mit 2.583 Fällen unter der Zahl der Fälle von 2014 (5.386). Alkoholbedingte Störungen stellten bei Jungen die zweithäufigste Diagnose dar (2014: Rang 1). Die Anzahl der stationären Behandlungsfälle mit Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) lag 2022 bei 2.276 und ist damit ebenfalls niedriger als 2014 (2.564).

Bei den stationären Behandlungsfällen der Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) waren Mädchen häufiger vertreten als Jungen (1.629 gegenüber 647). Bei Mädchen lag diese stationäre Behandlungsdiagnose auf Rang 2, bei Jungen hingegen auf Rang 5. Jungen waren häufiger als Mädchen stationär in Behandlung aufgrund von Störungen durch Cannabinoide (F12) und Störungen durch multiplen Substanzgebrauch (F19). Im Vergleich zu 2014 ist die Zahl der stationären Behandlungsfälle aufgrund von Störungen durch Cannabinoide 2022 bei beiden Geschlechtern gesunken (von 335 auf 262 bei Mädchen und 817 auf 523 bei Jungen). Behandlungsfälle von Störungen durch multiplen Substanzkonsum sind im gleichen Zeitraum bei Jungen zurückgegangen (von 416 auf 319), bei Mädchen jedoch konstant geblieben (235 im Jahr 2014 im Vergleich zu 238 im Jahr 2022).

**Tabelle 8: Stationäre Behandlungsfälle F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, Alter 0-19 Jahre, Gesamt sowie Mädchen und Jungen, Wohnsitz NRW, 2022**

Rang	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99	absolute Häufigkeit (Rang je Geschlecht)		
		Gesamt	Mädchen	Jungen
1	F32 Depressive Episode	6.981	5.448 (1)	1.533 (1)
2	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.583	1.223 (4)	1.360 (2)
3	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	2.276	1.629 (2)	647 (5)
4	F50 Essstörungen	1.514	1.429 (3)	85 (27)
5	F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	1.409	635 (7)	774 (3)
6	F33 Rezidivierende depressive Störung	1.273	955 (6)	318 (10)
7	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	1.110	980 (5)	130 (20)
8	F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	1.011	571 (8)	440 (8)
9	F90 Hyperkinetische Störungen	988	225 (15)	763 (4)
10	F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	785	262 (13)	523 (6)
11	F45 Somatoforme Störungen	711	498 (9)	213 (14)
12	F84 Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	684	161 (18)	523 (7)
13	F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	593	206 (16)	387 (9)
14	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	554	238 (14)	316 (11)
15	F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	496	409 (10)	87 (26)
16	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	377	152 (19)	225 (13)
17	F41 Andere Angststörungen	376	282 (11)	94 (24)
18	F20 Schizophrenie	375	139 (20)	236 (12)
19	F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	360	175 (17)	185 (17)
20	F40 Phobische Störungen	344	265 (12)	79 (29)
Gesamt		24.800	/	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 19 Jahren mit einer F-Diagnose im Rahmen der stationären Behandlung und Wohnort in Nordrhein-Westfalen wurde im Jahr 2022 auch in Nordrhein-Westfalen behandelt (Tabelle 9). Von den 27.865 stationären Behandlungsfällen wurden 1.328 in Krankenhäusern außerhalb von Nordrhein-Westfalen behandelt, das entspricht einem Anteil von 4,8 Prozent. 2014 waren es 4 Prozent.

**Tabelle 9: Stationäre Behandlungsfälle, Kapitel V (F00-F99) ICD 10 nach Abschnitten, Behandlung innerhalb oder außerhalb NRW, Alter 0-19 Jahre, mit Wohnsitz in NRW, 2022**

Kapitel V (F00-F99) ICD 10 nach Abschnitten	innerhalb NRW		außerhalb NRW		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	54	0,2	-	0	54	0,2
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4.415	16,6	141	10,6	4.556	16,4
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	644	2,4	26	2,0	670	2,4
F30-F39 Affektive Störungen	8.040	30,3	294	22,1	8.334	29,9
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.226	15,9	225	16,9	4.451	16,0
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.497	5,6	136	10,2	1.633	5,9
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.265	4,8	82	6,2	1.347	4,8
F70-F79 Intelligenzminderung	259	1,0	7	0,5	266	1,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1.865	7,0	78	5,9	1.943	7,0
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4.269	16,1	338	25,5	4.607	16,5
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	3	0,0	1	0,1	4	0,0
	26.537	100	1.328	100	27.865	100

Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

## 4.2 Menschen im Erwachsenenalter

### Prävalenz psychischer Erkrankungen

Mit dem SOEP und der GEDA-Studie liegen mehrere bevölkerungsrepräsentative Befragungen vor, die sich mit der psychischen Gesundheit von Erwachsenen befassen und Daten für Nordrhein-Westfalen und Deutschland erhoben haben. Die Studien verwenden unterschiedliche Instrumente zur Messung der psychischen Gesundheit und befragen unterschiedlich große Bevölkerungsgruppen, so dass die erhobenen Werte nicht direkt miteinander vergleichbar sind. Sie können jedoch Hinweise auf die Entwicklung der psychischen Gesundheit bei Erwachsenen in den Jahren 2019 bis 2021 geben. Für die GEDA-Befragung wurden 2019/2020 Daten erhoben, für das SOEP wurden die Befragungen im Jahr 2020 und im Jahr 2021 (ab Mai) durchgeführt, also kurz vor und während der Covid-19-Pandemie. Die in den Instrumenten enthaltenen Fragen lassen dabei auf die Abwesenheit bzw. das Vorhandensein depressiver Symptome schließen, die als Maß der psychischen Gesundheit verwendet werden. Weitere Informationen zu den Erhebungsmethoden finden sich im Kapitel Datenquellen.

Auch wenn die Daten nicht unmittelbar miteinander vergleichbar sind, zeigen sie eine Tendenz zur Zunahme depressiver Symptomatik bei Erwachsenen in den ersten Jahren der Pandemie, die auch in anderen Studien berichtet wurde (Beckmannshagen et al. 2023). Die Auswertung von GEDA für Nordrhein-Westfalen zeigt, dass der Anteil der Bevölkerung mit Symptomen einer Depression im Erhebungszeitraum 2019/2020 bei 9,3 Prozent lag, etwas über dem Wert für Deutschland insgesamt (8,3 %) (Tabelle 10). Im SOEP 2020 lag der Anteil der Befragten in Nordrhein-Westfalen, die Symptome einer Depression aufwiesen, bei 12,6 Prozent<sup>17</sup> und im SOEP 2021 bei gut 15 Prozent. Auch hier liegen die Werte für Nordrhein-Westfalen etwas über dem Bundesdurchschnitt. Die Differenzen zwischen Nordrhein-Westfalen und Deutschland sind allerdings gering und im statistischen Sinne nicht signifikant, so dass man davon ausgehen kann, dass die psychische Gesundheit der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen nicht von der in Deutschland insgesamt abweicht.

Elf Prozent der 2021 in Nordrhein-Westfalen im Rahmen des SOEP Befragten zeigten Symptome einer Angststörung. Dabei hatten die meisten derjenigen, die Symptome einer Depression aufwiesen auch Symptome einer Angststörung. Acht Prozent der Befragten in Nordrhein-Westfalen hatten sowohl Symptome einer Depression als auch einer Angststörung. Insgesamt zeigte damit 2021 fast jeder Fünfte (19 %) Symptome einer Depression und/oder einer Angststörung.

In allen drei Befragungen zeigten Frauen häufiger depressive Symptome als Männer. Dies gilt für Nordrhein-Westfalen ebenso wie für Deutschland insgesamt. Frauen in Nordrhein-Westfalen wiesen dabei durchweg schlechtere Werte auf als Frauen im Bundesdurchschnitt. Eine Betrachtung des MCS von 2002 bis 2020 zeigt, dass die psychische Gesundheit von Frauen in Deutschland über den gesamten Zeitraum deutlich unter der der Männer lag (Beckmannshagen et al. 2023). Dabei hat sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern zunächst verringert, die Entwicklung kehrte sich jedoch seit 2020 zuungunsten von Frauen um. Als Gründe für die Unterschiede zwischen den Geschlechtern kommen der Studie zufolge sowohl biologische als auch soziokulturelle Faktoren in Frage, wie beispielsweise die Doppelbelastung vieler Frauen durch Erwerbs- und Sorgearbeit (Beckmannshagen et al. 2023). 2021 hatte fast ein Viertel der

<sup>17</sup> Das heißt, die Befragten wiesen einen MCS-Wert unter der Punktzahl von 37,3 auf, der sich aus dem Summenindex des Befragungsinstruments ergibt und auf eine depressive Symptomatik hinweist.

Frauen (23 %) und 14 Prozent der Männer Symptome einer Depression und/oder einer Angststörung.

**Tabelle 10: Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und Deutschland insgesamt und nach Geschlecht, ab 18 Jahre**

in Prozent / MCS-Score in Punkten

	GEDA 2019/20		SOEP 2020		SOEP 2021
	PHQ-8 - Anteil mind. 10 Punkte	MCS-Score – Mittelwert	MCS-Score - Anteil unter 37,3	PHQ-2 - Anteil mind. 3 Punkte	GAD-2 - Anteil mind. 3 Punkte
<b>Nordrhein-Westfalen</b>					
Insgesamt	9,3%	49,8	12,6%	15,2%	11,3%
Männer	8,1%	51,1	11,0%	11,7%	7,6%
Frauen	10,5%	48,7	14,1%	18,4%	14,8%
<b>Deutschland</b>					
Insgesamt	8,3%	50,0	11,4%	13,8%	8,9%
Männer	7,5%	51,1	9,4%	12,8%	7,0%
Frauen	9,1%	49,0	13,3%	14,8%	10,8%

Bei PHQ-8 weist ein Anteil von 10 Punkten oder mehr auf moderate bis schwere depressive Symptome hin. Beim MCS sind Werte von unter 37,3 mit einer depressiven Symptomatik assoziiert. Bei PHQ-2 gilt ein Wert ab 3 Punkte als Maß einer depressiven Symptomatik. Bei GAD-2 gelten 3 Punkte oder mehr als Hinweis auf eine Angststörung.

Quelle: GEDA 2019/20 (RKI); SOEP 2020 und 2021 (jeweils v38.1) (DIW Berlin 2023). Eigene Berechnung Prognos AG.

Frauen im jüngeren Erwachsenenalter berichteten häufiger eine depressive Symptomatik als ältere Frauen (Tabelle 11). Im Detail unterscheiden sich die Ergebnisse für die Altersgruppen allerdings je nach Datenquelle. GEDA 2019/20 und SOEP 2020 zufolge weisen ältere Menschen etwa ab dem Rentenalter eine bessere psychische Gesundheit auf als jüngere Erwachsene. Dies gilt für Männer und Frauen in Nordrhein-Westfalen ebenso wie in Deutschland insgesamt.

Im SOEP 2021 zeigten auch ältere Frauen ab 70 Jahre erhöhte Anteile mit depressiver Symptomatik (22 %). Männer dieser Altersgruppe unterscheiden sich dagegen kaum von denen der jüngeren Altersgruppen. Eine weitere Gruppe, die im SOEP 2021 auffällt, ist die der jungen Menschen unter 25 Jahren. So wies in Nordrhein-Westfalen rund jede bzw. jeder Vierte – 27 Prozent der Frauen und 26 Prozent der Männer – depressive Symptome auf.

**Tabelle 11: Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und nach Alter und Geschlecht**

in Prozent / MCS-Score in Punkten

	<b>GEDA 2019/20</b>	<b>SOEP 2020</b>		<b>SOEP 2021</b>	
	<b>PHQ-8 - Anteil mind. 10 Punkte</b>	<b>MCS (Mittelwert)</b>	<b>MCS - Anteil unter 37,3</b>	<b>PHQ-2 - Anteil mind. 3 Punkte</b>	<b>GAD-2 - Anteil mind. 3 Punkte</b>
<b>Frauen</b>					
18 bis unter 20	24%	48,2	16%	31%	27%
20 bis unter 60	12%	47,5	17%	18%	15%
60 Jahre und älter	5%	50,8	8%	18%	13%
<b>Männer</b>					
18 bis unter 25	14%	47,8	13%	27%	22%
25 bis unter 30	12%	46,0	21%	29%	25%
30 bis unter 40	13%	46,7	16%	16%	12%
40 bis unter 50	12%	48,1	15%	18%	11%
50 bis unter 60	15%	48,3	20%	13%	15%
60 bis unter 70	7%	50,8	8%	10%	8%
70 Jahre und älter	5%	50,9	9%	22%	16%
18 bis unter 20	2%	52,0	7%	20%	17%
20 bis unter 60	9%	50,0	12%	12%	8%
60 Jahre und älter	6%	53,2	10%	10%	5%
18 bis unter 25	1%	50,3	7%	26%	8%
25 bis unter 30	8%	51,9	7%	7%	3%
30 bis unter 40	9%	48,8	14%	14%	15%
40 bis unter 50	4%	50,5	11%	10%	5%
50 bis unter 60	13%	50,0	15%	10%	9%
60 bis unter 70	11%	52,0	11%	11%	6%
70 Jahre und älter	6%	54,3	9%	9%	4%

Bei PHQ-8 weist ein Anteil von 10 Punkten oder mehr auf moderate bis schwere depressive Symptome hin. Beim MCS sind Werte von unter 37,3 mit einer depressiven Symptomatik assoziiert. Bei PHQ-2 gilt ein Wert ab 3 Punkte als Maß einer depressiven Symptomatik. Bei GAD-2 gelten 3 Punkte oder mehr als Hinweis auf eine Angststörung.

Quelle: GEDA 2019/20 (RKI); SOEP 2020 und 2021 (jeweils v38.1) (DIW Berlin 2023). Eigene Berechnung Prognos AG.

Die Auswertung des SOEP 2020 gibt Hinweise darauf, dass die psychische Gesundheit mit dem Stressempfinden korreliert: in Nordrhein-Westfalen zeigten Personen, die angaben sich in den vergangenen vier Wochen vor der Befragung immer gehetzt oder unter Zeitdruck gefühlt zu haben, häufiger Symptome einer Depression als Personen, die sich nie gehetzt oder unter Zeitdruck fühlten (39,4 gegenüber 55,3 Punkten auf der MCS Skala). Frauen fühlten sich insgesamt etwas häufiger gehetzt als Männer, insbesondere in der Altersgruppe unter 25 Jahren. Am häufigsten immer oder oft gestresst fühlten sich Personen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren (41 %). In den älteren Altersgruppen nimmt das Stressempfinden zunehmend ab, bis auf knapp 7 Prozent bei den über 70-Jährigen.

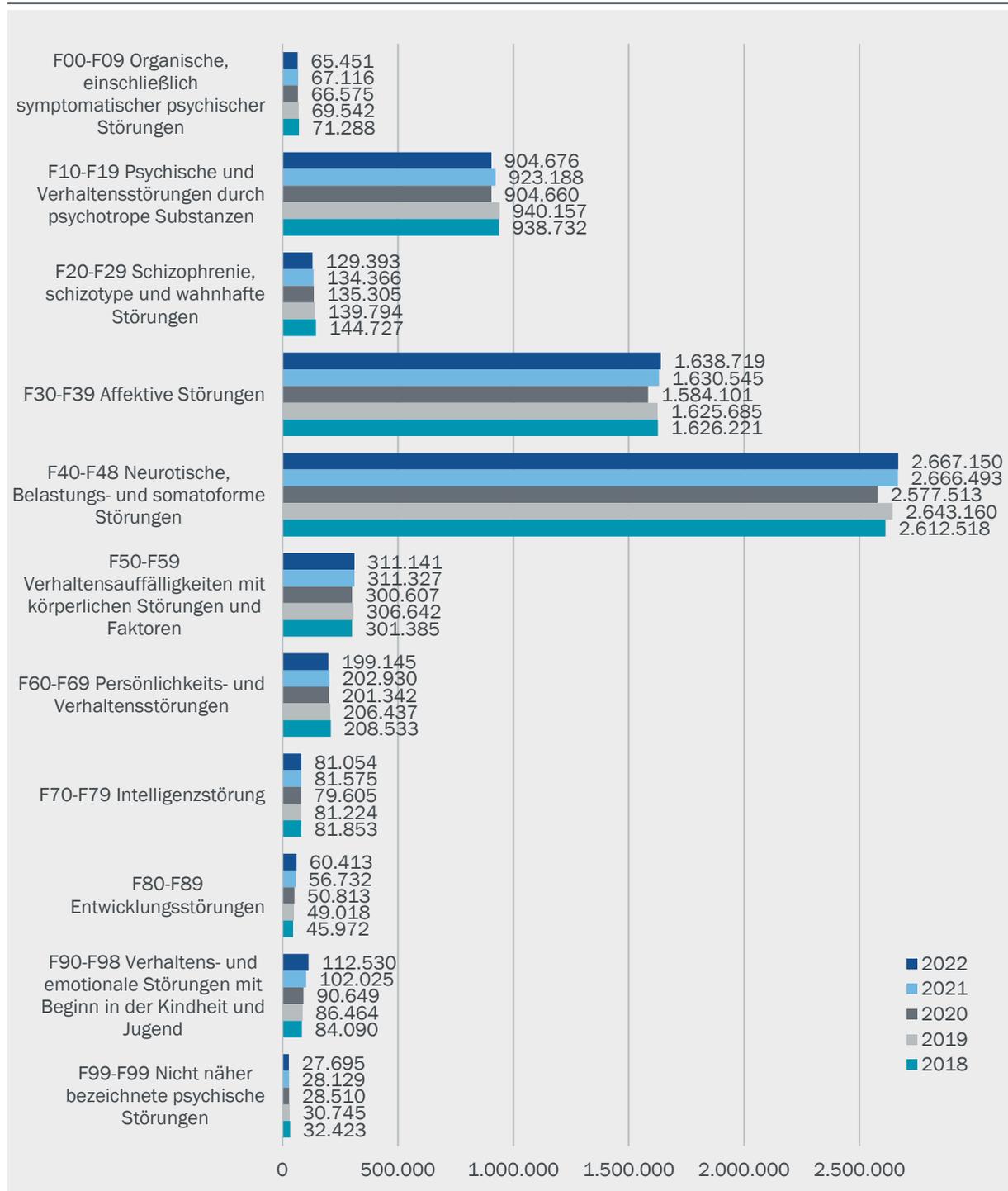
### **Diagnosen in der ambulanten Versorgung**

Für eine Einschätzung der Diagnosehäufigkeit in der ambulanten Versorgung wurden die Daten der beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Nordrhein-Westfalen ausgewertet.<sup>18</sup>

2022 entfiel der größte Anteil der ambulanten Behandlungsfälle auf F-Diagnosen der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48), gefolgt von affektiven Störungen (F30-F39) und psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Diese Verteilung der Diagnosehäufigkeit bei ambulanten Fällen ist in den Jahren 2018 und 2022 weitgehend stabil (Abbildung 3). Insgesamt ist eine Zunahme der Fallzahlen von 0,8 Prozent in dem Zeitraum zu verzeichnen. Die Zahl der ambulant behandelten affektiven Störungen (F30-F39) ist 2022 gegenüber 2018 leicht gestiegen (von 1.626.221 auf 1.638.719), ihr Anteil an der Zahl der ambulanten Behandlungsfälle ist in dem Zeitraum ebenfalls nahezu konstant geblieben (24,3 % im Jahr 2018 und 24,4 % im Jahr 2022). Im Vorgängerbericht stellten auf Grundlage der Daten von 2014 depressive Episoden (F32), somatoforme Störungen (F43) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) die drei häufigsten ambulanten Behandlungsdiagnosen bei den psychischen Störungen dar.

<sup>18</sup> Als Datenquelle liegen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe aus den Jahren 2018 bis 2022 vor. Es handelt sich dabei ausschließlich um gesicherte ambulante Behandlungsdiagnosen. Mehrfachbehandlungen aufgrund derselben Diagnose innerhalb der vier Quartale eines Jahres sind zu einem Behandlungsfall zusammengefasst. Privatversicherte sind in dieser Statistik nicht erfasst.

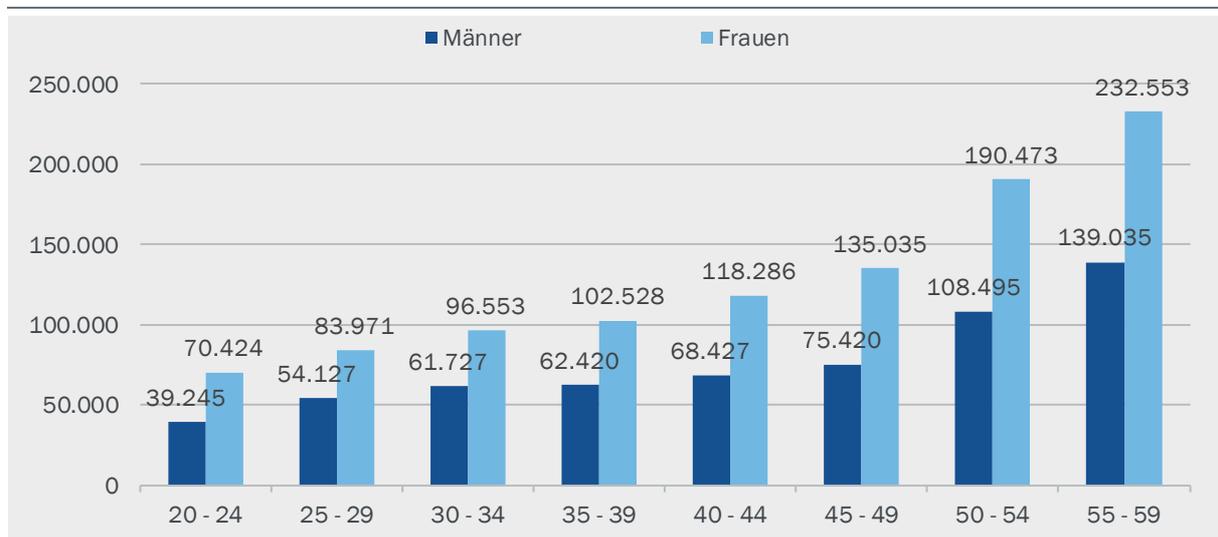
**Abbildung 3: Ambulante Behandlungsfälle von psychischen Störungen, nach Abschnitten (F00-F99), 20 bis 59 Jahre, NRW, 2018-2022**



Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Eigene Berechnung Prognos AG.

Abbildung 4 zeigt, dass die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle aus Anlass einer affektiven Störung bei Erwachsenen mit dem Alter zunehmen. 2022 entfiel die höchste Zahl an Behandlungsfällen auf die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen. In allen Altersgruppen war die Zahl der Behandlungsfälle von Frauen deutlich höher als die der Männer.

**Abbildung 4: Ambulante Behandlungsfälle von affektiven Störungen (F30-F39) bei 20- bis 59-Jährigen, nach Altersgruppen und Geschlecht, NRW, 2022**



Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Eigene Berechnung Prognos AG.

Auch bei den ambulanten Behandlungsfällen von Störungen durch psychotrope Substanzen zeigt sich ein Anstieg der Fälle nach Altersgruppen. Die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle dieser Störungen ist bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Die genaue Verteilung nach Altersgruppe und Geschlecht findet sich im Exkurskapitel zum Cannabiskonsum (Abbildung 24).

### Stationäre Behandlungsfälle

Die häufigsten Ursachen für eine stationäre Behandlung psychischer Störungen bei Erwachsenen in Nordrhein-Westfalen waren im Jahr 2022 Störungen aufgrund von Alkoholkonsum (F10) gefolgt von depressiven Störungen (F32-F33). Auch die Diagnose einer Schizophrenie (F20) stellte einen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen eher häufigen Anlass für eine Krankenhausbehandlung bei Erwachsenen dar (Tabelle 12).

Die Zahl der Männer, die aufgrund einer alkoholbedingten Störung 2022 eine stationäre Behandlung erhielten, war fast dreimal höher als die der Frauen. Bei Frauen waren Depressionen die häufigste Ursache für die stationäre Behandlung einer psychischen Störung. Die Zahl der Männer, die aufgrund einer Schizophrenie stationär im Krankenhaus behandelt wurden, war mehr als doppelt so hoch als die der Frauen.

Im Vergleich zur vorherigen Auswertung für das Jahr 2014 zeigen die Daten für 2022 keine großen Veränderungen in der Rangfolge der Häufigkeit. Bei Frauen hat die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund von Alkohol und depressiven Episoden im Vergleich zu 2014 abgenommen. Dagegen ist die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund von wiederkehrenden

depressiven Episoden bei Frauen gestiegen. Bei Männern ist die Anzahl der Behandlungsfälle aufgrund von alkoholbedingten Störungen, Schizophrenie und depressiven Episoden zurückgegangen, die Zahl der verstetigten Depressionen jedoch leicht gestiegen. Neu hinzugekommen auf der Liste der 20 häufigsten Störungen sind psychische und Verhaltensstörungen aufgrund von Kokain (F14) und Störungen der Geschlechtsidentität (F64).

**Tabelle 12: Stationäre Behandlungsfälle F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, Alter 20-59, gesamt sowie Frauen und Männer, NRW, 2022**

Rang	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99	abs. Häufigkeiten (Rang je Geschlecht)		
		Gesamt	Frauen	Männer
1	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	41.318	10.668 (2)	30.650 (1)
2	F33 Rezidivierende depressive Störung	23.871	14.159 (1)	9.712 (3)
3	F20 Schizophrenie	16.772	5.364 (4)	11.408 (2)
4	F32 Depressive Episode	13.785	6.695 (3)	7.090 (4)
5	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode	8.115	1.576 (10)	6.539 (5)
6	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	6.121	3.462 (6)	2.659 (7)
7	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	5.761	4.570 (5)	1.191 (13)
8	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	5.190	1.193 (11)	3.997 (6)
9	F25 Schizoaffektive Störungen	4.381	2.561 (8)	1.820 (9)
10	F45 Somatoforme Störungen	4.044	2.736 (7)	1.308 (11)
11	F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	3.073	648 (16)	2.425 (8)
12	F31 Bipolare affektive Störung	2.808	1.605 (9)	1.203 (12)
13	F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	2.012	903 (14)	1.109 (15)
14	F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	1.850	421 (19)	1.429 (10)
15	F41 Andere Angststörungen	1.753	993 (13)	760 (17)
16	F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	1.514	1.093 (12)	421 (20)

Rang	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99	abs. Häufigkeiten (Rang je Geschlecht)		
		Gesamt	Frauen	Männer
17	F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	1.487	523 (18)	964 (16)
18	F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	1.310	163 (26)	1.147 (14)
19	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	1.128	529 (17)	599 (19)
20	F64 Störungen der Geschlechtsidentität	962	326 (21)	636 (18)
	Gesamt	147.255	/	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Tabelle 13 zeigt, dass die stationären Behandlungen von psychischen Störungen 2022 überwiegend im Krankenhaus stattgefunden haben, 26,5 Prozent wurden in Einrichtungen der Rehabilitation versorgt.<sup>19</sup> Dabei lag der Anteil der Behandlungsfälle in Einrichtungen der Rehabilitation bei Erwachsenen im Alter von 20 bis 59 Jahren deutlich über dem Anteil der Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter. Im Vergleich zu 2014 ist die Zahl der Behandlungsfälle insgesamt gesunken, von 336.884 auf 294.691 im Jahr 2022. Dabei ist die Zahl der Behandlungsfälle im Krankenhaus in allen Altersgruppen zurückgegangen. Die Zahl der Behandlungsfälle von Erwachsenen, die in Einrichtungen der Rehabilitation behandelt wurden, ist dagegen im Vergleich zu 2014 gestiegen (von 39.830 auf 45.389 bei 20- bis 59-Jährigen und von 3.795 auf 10.517 bei Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter).

**Tabelle 13: Stationäre Behandlung der 20 häufigsten Diagnosen F00-F99, NRW, 2022**

Altersgruppen	absolute Häufigkeiten Krankenhaus			absolute Häufigkeiten Rehabilitationseinrichtung		
	0-19 Jahre	20-59 Jahre	60 Jahre und älter	0-19 Jahre	20-59 Jahre	60 Jahre und älter
Behandlungsdiagnosen gesamt	27.865	153.257	57.663	/	45.389	10.517
20 häufigste Behandlungsdiagnosen	24.800	147.255	56.210	/	44.387	10.422

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

<sup>19</sup> Dieser Anteil bezieht sich auf die stationäre Behandlung von Erwachsenen (20 Jahre und älter). Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche rehabilitativ behandeln, sind in dieser Statistik nicht enthalten.

Bei den stationären Behandlungsfällen in Einrichtungen der Rehabilitation entfiel die überwiegende Mehrheit der Fälle auf neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen und auf affektive Störungen (zu denen auch Depression zählt) (Tabelle 14).

Im Vergleich zur letzten Auswertung 2014 zeigen die Daten von 2022, dass sich die Zahl der Fälle der neurotischen Störungen (F40-F48) fast verdoppelt und die Zahl der affektiven Störungen (F30-F39) etwas erhöht hat. Die Zahl der Behandlungsfälle aufgrund des Konsums psychotroper Substanzen (F10-F19) hat gegenüber 2014 um mehr als die Hälfte abgenommen. Die Gesamtzahl der Behandlungsfälle in der stationären Rehabilitation war 2022 um 13,9 Prozent höher als im Jahr 2014 (45.389 gegenüber 39.839).

**Tabelle 14: Stationäre Behandlungsfälle in der Rehabilitation, Häufigkeit nach F00-F99 Abschnitten, 20-59 Jahre, Anzahl und Prozent, NRW, 2022**

<b>Kapitel V F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10), nach Abschnitten</b>	<b>Fälle</b>	<b>Prozent</b>
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	20.676	45.6
F30-F39 Affektive Störungen	18.821	41.5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4.010	8.8
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	643	1.4
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	478	1.1
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	380	0.8
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	199	0.4
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	106	0.2
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	46	0.1
F80-F89 Entwicklungsstörungen	19	0.0
F70-F79 Intelligenzminderung	11	0.0
<b>Gesamt</b>	<b>45.389</b>	<b>100</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Die Rangfolge der häufigsten Diagnosen, die in Einrichtungen der Rehabilitation behandelt wurden, ist 2022 im Vergleich zu 2014 weitgehend stabil (Tabelle 15). Gegenüber 2014 ist die Zahl der in der Rehabilitation behandelten Störungen aufgrund von Cannabis sowie von Essstörungen etwas zurückgegangen. Neu hinzugekommen sind psychische Störung aufgrund anderer Stimulanzien (F15) sowie Zwangsstörungen (F42).

**Tabelle 15: Stationäre Behandlungsfälle in der Rehabilitation F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, 20-59 Jahre, Gesamt, Frauen und Männer, NRW 2022**

Rang	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99	abs. Häufigkeiten (Rang je Geschlecht)		
		Gesamt	Frauen	Männer
1	F33 Rezidivierende depressive Störung	11.010	7.051 (2)	3.959 (1)
2	F48 Andere neurotische Störungen	8.544	7.400 (1)	1.144 (5)
3	F32 Depressive Episode	7.255	4.543 (4)	2.712 (2)
4	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	6.908	4.848 (3)	2.060 (3)
5	F45 Somatoforme Störungen	2.787	2.052 (5)	735 (6)
6	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	2.706	842 (7)	1.864 (4)
7	F41 Andere Angststörungen	1.752	1.127 (6)	625 (7)
8	F40 Phobische Störungen	488	292 (8)	196 (10)
9	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	471	98 (14)	373 (8)
10	F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	396	103 (13)	293 (9)
11	F31 Bipolare affektive Störung	314	179 (11)	135 (12)
12	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	305	206 (9)	99 (16)
13	F50 Essstörungen	299	206 (10)	93 (17)
14	F34 Anhaltende affektive Störungen	229	145 (12)	84 (19)
15	F20 Schizophrenie	196	73 (17)	123 (13)
16	F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	173	27 (25)	146 (11)
17	F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	160	39 (23)	121 (14)
18	F25 Schizoaffektive Störungen	143	83 (15)	60 (22)
19	F42 Zwangsstörung	137	83 (16)	54 (23)
20	F14 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	114	8 (34)	106 (15)
Gesamt		44.387	/	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

## Schwerbehinderung aufgrund psychischer Störungen

Tabelle 16 zeigt die Anzahl der Menschen mit Schwerbehindertenausweis in Nordrhein-Westfalen nach Art der schwersten Behinderung. 2021 waren 1.919.075 Menschen in Nordrhein-Westfalen schwerbehindert und in Besitz eines entsprechenden Ausweises. Bei acht Prozent dieser Personen (149.930) lag eine psychische Behinderung als schwerste Behinderung vor. Zwischen 2017 und 2021 ist die Zahl der Personen mit psychischer Schwerbehinderung in Nordrhein-Westfalen um 19 Prozent gestiegen (14 % in Deutschland insgesamt). Deutschlandweit und in Nordrhein-Westfalen hat die Zahl der psychischen Behinderung unter den Menschen mit Schwerbehinderung in dem Zeitraum am stärksten zugenommen.

**Tabelle 16: Schwerbehinderte Menschen in NRW und Deutschland nach Art der schwersten Behinderung, 2017, 2019 und 2021**

Schwerste Behinderung	Anzahl NRW			Anteile 2021		Veränderung 2017 - 2021	
	2017	2019	2021	NRW	Deutschland	NRW	Deutschland
Psychische Behinderung	125.604	140.808	149.930	8 %	9 %	19 %	14 %
Körperliche Behinderung	926.958	926.958	991.395	52 %	59 %	7 %	-1 %
Blindheit, Sehbehinderung	71.444	74.892	74.785	4 %	4 %	5 %	-5 %
Sprach- oder Sprechstörung*	63.119	65.930	66.565	3 %	4 %	5 %	0 %
Geistige Behinderung, Lernbehinderung	62.589	67.275	69.430	4 %	4 %	11 %	11 %
Sonstige Behinderung	568.216	584.976	566.970	30 %	19 %	0 %	-1 %
Insgesamt	1.817.930	1.910.271	1.919.075	100 %	100 %	6 %	0 %

Quelle: IT NRW 2024 und Statistisches Bundesamt: Statistik der schwerbehinderten Menschen. Eigene Darstellung Prognos AG.

\* sowie Taubheit, Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörung

## Freiheitsentziehende Unterbringung nach PsychKG und BGB

In Nordrhein-Westfalen wurden im Jahr 2021 insgesamt 19.912 Erwachsene in einer psychiatrischen Einrichtung untergebracht, um einer Selbst- oder Fremdgefährdung entgegenzuwirken. Die Grundlage hierfür bildet das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) des Landes Nordrhein-Westfalen. Von den nach PsychKG unterbrachten Personen waren 41,2 Prozent Frauen. 3.987 Personen wurden 2021 mehrfach

eingewiesen. 45 Prozent der untergebrachten Erwachsenen waren zwischen 27 und 59 Jahren alt. Personen über 60 Jahre stellten mit 29 Prozent die zweitgrößte Altersgruppe.<sup>20</sup>

Die häufigste Hauptdiagnose für eine Einweisung waren Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (32,6 %), gefolgt von psychischen oder Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (22,2 %) und organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (19,9 %). Bei 12,6 Prozent der eingewiesenen Erwachsenen lag eine affektive Störung als Hauptdiagnose vor.

Auch das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) ermöglicht eine freiheitsentziehende Unterbringung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Diese Voraussetzungen beinhalten, dass eine Person aufgrund einer psychischen Erkrankung oder geistigen oder seelischen Behinderung in Gefahr ist, sich selbst zu schädigen, oder die Person eine Untersuchung oder Behandlung benötigt, die nur im Rahmen einer Unterbringung erbracht werden kann. Die Unterbringung muss von einem Betreuungsgericht genehmigt werden.

Nach Daten des Ministeriums der Justiz über Verfahren des Betreuungsgerichts (B-Statistik) wurden 2022 in Nordrhein-Westfalen 10.003 freiheitsentziehende Unterbringungen von Personen in rechtlicher Betreuung (§ 1906 Abs. 1, 2 BGB a.F.<sup>21</sup>) durch Betreuungsgerichte genehmigt.<sup>22</sup> Weitere 4.614 Genehmigungen wurden auf Antrag eines bzw. einer Bevollmächtigten (§ 1906 Abs. 1, 2 und 5 BGB a.F) erteilt.

### 4.3 Ältere Menschen

Auch bei älteren Menschen gehören Depressionen zu den Hauptdiagnosen der psychischen Erkrankungen. Die Auswertung des SOEP 2020 zeigt, dass acht Prozent der Frauen und zehn Prozent der Männer im Alter von 60 Jahren oder älter von depressiven Symptomen berichteten. Bei beiden Geschlechtern sind die Anteile bei älteren Erwachsenen jedoch geringer als bei jüngeren Erwachsenen zwischen 20 und 60 Jahren (Tabelle 11). Auch GEDA 2019/20 deutet auf eine Abnahme der depressiven Symptomatik bei älteren Personen hin. So lag ihr Anteil bei Frauen im Alter von 60 Jahren und älter bei fünf Prozent (gegenüber 12 % bei 20- bis 59-Jährigen), bei Männern bei sechs Prozent (9 % bei 20- bis 59-Jährigen).

Während der Covid-19-Pandemie änderte sich dieses Muster, allerdings nur bei Frauen. Bei Frauen im Alter von 70 Jahren und älter stieg der Anteil derjenigen, die depressive Symptome berichteten, auf 22 Prozent, 16 Prozent gaben Symptome einer Angststörung an. Bei 20- bis 59-jährigen Frauen lagen diese Anteile bei 18 Prozent (depressive Symptome) und 15 Prozent (Ängste). Bei älteren Männern (70 Jahre und älter) blieben die Anteile dagegen stabil niedrig bei neun Prozent (depressive Symptome) und vier Prozent (Ängste) (Tabelle 11).

### Demenz

Daneben gehören Demenzerkrankungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Dabei kommen verschiedene Formen von Demenz zum Tragen. Die häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz, gefolgt von vaskulärer Demenz und der Lewy-Körper-Demenz. Die Deutsche

<sup>20</sup> Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (2022): Bericht über die Rahmendaten der Unterbringung nach § 32 Abs. 2 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Berichtszeitraum 1. Januar 2020 bis 31. Dezember 2021.

<sup>21</sup> Am 1. Januar 2023 wurde BGB § 1906 gestrichen und als § 1831 neu gefasst.

<sup>22</sup> Die Daten wurden vom Ministerium der Justiz des Landes Nordrhein-Westfalen auf Anfrage zur Verfügung gestellt.

Alzheimer Gesellschaft (2024) schätzt, dass Ende 2021 in Deutschland fast 1,8 Millionen Menschen mit Demenz lebten. Etwa 440.000 Menschen im Alter von 65 Jahren und älter waren in dem Jahr neu an einer Demenz erkrankt. Für Nordrhein-Westfalen wird die Zahl der Demenzerkrankten 2021 auf rund 360.000 geschätzt. Damit lebten in dem bevölkerungsreichsten Bundesland auch die meisten Demenzerkrankten Deutschlands. Die Prävalenz lag in Nordrhein-Westfalen bei 1,8 Prozent bis 2,0 Prozent der Gesamtbevölkerung (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2024).

Die Zahl der Erkrankten nimmt infolge des demographischen Wandels zu, denn das Risiko einer Demenz steigt mit zunehmendem Alter. Liegt die mittlere Prävalenz in Europa für Menschen im Alter von 65 bis 69 Jahren bei 1,9 Prozent, steigt die Rate auf 14,4 Prozent bei den 80- bis 84-Jährigen und auf 36,3 Prozent bei den über 90-Jährigen. Dieser Befund ist auch insofern folgenreich, da mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten meist ein hoher Bedarf an Pflege und Betreuung einhergeht. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft weist darauf hin, dass Menschen mit Migrationshintergrund besondere Versorgungsbedarfe haben, um etwa mit sprachlichen Barrieren und kulturellen Unterschieden im Verständnis von Gesundheit und Krankheit umzugehen. Die Zahl der Demenzerkrankten mit Migrationshintergrund in Deutschland wird auf über 158.000 geschätzt (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2024). Für Nordrhein-Westfalen liegen diese Zahlen bislang nicht vor.

### **Diagnosen in der ambulanten Versorgung**

Bei älteren Menschen (60 Jahre und älter) ist die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle mit der Diagnose einer psychischen Störung (F00-F99) zwischen 2018 und 2022 um 9,9 Prozent gestiegen (von 3.713.730 auf 4.079.913 Fälle). Auch bei älteren Menschen stellten die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen die am häufigsten ambulant behandelten Fälle dar. 2022 entfielen auf sie 32,9 Prozent aller Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung mit der Diagnose einer psychischen Störung in dieser Altersgruppe. Die zweithäufigste Diagnose stellten affektive Störungen dar (27,5 % aller Störungen), die sich überwiegend aus der Behandlung von depressiven Störungen ergeben (25,4 % aller Störungen). Die relative Häufigkeit dieser Diagnosen bei den ambulanten Behandlungsfällen ist seit 2018 relativ konstant geblieben. Zugenommen haben dagegen die relativen Anteile der Störungen aufgrund von psychotropen Substanzen (von 11,7 % 2018 auf 13,2 % 2022). Der Anteil der Behandlungsfälle bei Demenz hat dagegen leicht abgenommen (von 12,2 % 2018 auf 10,1 % 2022).<sup>23</sup>

### **Stationäre Behandlungsfälle**

Die hohe Zahl an Demenzerkrankungen und Depressionen zeigt sich auch in den Diagnosen während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus (Tabelle 17). Daneben gehören Delir (nicht durch Alkohol oder andere Substanzen ausgelöst) und Alkohol bedingte Störungen zu den häufigsten Diagnosen psychischer Erkrankungen. Das Delir tritt häufig als Zustand akuter Verwirrtheit in Folge von körperlichen Schädigungen (z.B. Infektion oder Unfall) oder nach Operationen auf. Es kann in jedem Lebensalter auftreten, betrifft aber häufig ältere Menschen. Das Delir ist häufig vorübergehend, muss aber im Regelfall stationär und zum Teil intensivmedizinisch behandelt werden.

<sup>23</sup> Als Datenquelle liegen die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Westfalen-Lippe aus den Jahren 2018 bis 2022 vor. Es handelt sich dabei ausschließlich um gesicherte ambulante Behandlungsdiagnosen.

**Tabelle 17: Stationäre Behandlungsdiagnosen F00-F99 nach den 20 häufigsten Störungen, 60 Jahre und älter, NRW, 2022**

Rang	Stationäre Behandlungsfälle F00-F99	absolute Häufigkeit (Rang je Geschlecht)		
		Gesamt	Frauen	Männer
1	F05 Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	9.986	5.250 (2)	4.736 (2)
2	F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	9.893	2.898 (4)	6.995 (1)
3	F33 Rezidivierende depressive Störung	9.744	6.343 (1)	3.401 (3)
4	F32 Depressive Episode	5.546	3.355 (3)	2.191 (4)
5	F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	2.875	1.627 (6)	1.248 (5)
6	F20 Schizophrenie	2.835	1.606 (7)	1.229 (6)
7	F45 Somatoforme Störungen	2.694	1.979 (5)	715 (9)
8	F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	2.669	1.511 (8)	1.158 (7)
9	F25 Schizoaffektive Störungen	1.724	1.218 (9)	506 (11)
10	F31 Bipolare affektive Störung	1.634	953 (10)	681 (10)
11	F01 Vaskuläre Demenz	1.607	872 (11)	735 (8)
12	F41 Andere Angststörungen	1.089	784 (12)	305 (14)
13	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	996	575 (13)	421 (13)
14	F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	854	397 (14)	457 (12)
15	F22 Anhaltende wahnhaftige Störungen	468	339 (15)	129 (17)
16	F11 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide	463	158 (18)	305 (15)
17	F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	418	253 (16)	165 (16)
18	F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	285	178 (17)	107 (19)
19	F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	222	100 (21)	122 (18)
20	F62 Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	208	126 (20)	82 (20)
Gesamt		56.210	/	/

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Betrachtet man wiederkehrende depressive Störungen und depressive Episoden zusammen, zeigt sich, dass Depressionen 2022 die häufigste Ursache für eine stationäre Behandlung von älteren Menschen darstellten. Bei den Demenzerkrankungen ist zu beachten, dass diese häufig auch als körperliche Erkrankung in der Diagnosestatistik erfasst werden (G30) und die Zahl der Diagnosen daher höher liegt als in der Statistik der psychischen Erkrankungen dargestellt. In der Krankenhausdiagnosestatistik für Nordrhein-Westfalen wurden 2022 neben den entsprechenden F-Diagnosen auch 3.712 Fälle von Demenz als G30 Diagnosen klassifiziert (davon 2.116 Frauen und 1.596 Männer).

Im Vergleich zu 2014 ist die Zahl der Diagnosen Delir und der wiederkehrenden depressiven Störungen leicht gestiegen, die Zahl der Alkohol bedingten Störungen dagegen etwas zurückgegangen. Dieser Rückgang betrifft Männer und Frauen, allerdings liegen Alkohol bedingte Störungen bei Männern nach wie vor auf Rang 1. Die Zahl der wiederkehrenden depressiven Störung und der depressiven Episoden ist gegenüber 2014 relativ konstant geblieben. Der Vergleich von Männern und Frauen zeigt jedoch, dass die Zahl der wiederkehrenden depressiven Störungen bei Männern stärker gestiegen ist als bei Frauen.

**Tabelle 18: Verteilung nach prozentualen Häufigkeiten und ICD 10 (nach Abschnitten), ambulante und stationäre Rehabilitationsfälle, 60 Jahre und älter, in Prozent, NRW, 2022**

<b>Kapitel V F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10), nach Obergruppen</b>	<b>Fälle</b>	<b>Prozent</b>
F30-F39 Affektive Störungen	5.557	52,8
F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.050	38,5
F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	565	5,4
F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	159	1,5
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	58	0,6
F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	57	0,5
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	57	0,5
F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	6	0,1
F99-F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	4	0,0
F70-F79 Intelligenzminderung	3	0,0
F80-F89 Entwicklungsstörungen	1	0,0
<b>Gesamt</b>	<b>10.517</b>	<b>100</b>

Quelle: Statistisches Bundesamt, Krankenhausstatistik 2022. Eigene Berechnung Prognos AG.

Auch in der Rehabilitation lagen Depressionen vor allen anderen Diagnosen für Menschen ab 60 Jahre (Tabelle 18). Über die Hälfte aller ambulanten und stationären Rehabilitationsfälle im Jahr 2022 entfallen auf die Behandlung von affektiven Störungen.

2022 lag die Gesamtzahl der Behandlungsfälle von Personen im Alter von 60 Jahren und älter bei 10.517, gegenüber 3.795 im Jahr 2014. Gegenüber 2014 ist die prozentuale Verteilung weitgehend konstant, auch wenn der Anteil der affektiven Störungen etwas gesunken (von 56,5 % auf 52,8 %) und der Anteil der somatoformen Störungen gestiegen ist (von 32,4 % auf 38,5 %). Allerdings haben die absoluten Zahlen der Behandlungsfälle in der Rehabilitation deutlich zugenommen: die Zahl der affektiven Störungen unter den ambulanten und stationären Rehabilitationsfällen hat sich mehr als verdoppelt (von 2.144 auf 5.557), die Zahl der somatoformen Störungen sogar mehr als verdreifacht (von 1.231 auf 4.050). Die Zahl der diagnostizierten Störungen durch psychotrope Substanzen ist dagegen nur leicht gestiegen und hat prozentual abgenommen.

### **Suizide**

Neben der krankheitsbedingten Sterblichkeit nimmt auch die Suizidmortalität mit dem Alter zu. 2022 entfielen 40,2 Prozent der insgesamt 1.442 Suizidtoten in Nordrhein-Westfalen auf die Altersgruppe 65 Jahre und älter (IT NRW 2024). Die (rohe) Rate der Suizide liegt bei Männern dreimal höher als bei Frauen derselben Altersgruppe (24,2 vs. 7,7 pro 100.000 Einwohner bzw. Einwohnerinnen).<sup>24</sup> Männer im Alter von 85 Jahren und älter haben die höchste Suizidrate (48,1 je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner).

<sup>24</sup> IT.NRW, unveröffentlichte Daten.

## 5 Soziale Determinanten

Verschiedene sozioökonomische Faktoren können die psychische Gesundheit beeinflussen:

- **Einkommen und Arbeit:** Niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit sowie schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko einer psychischen Erkrankung.
- **Bildung:** Das Risiko, an einer Depression zu erkranken, ist für Menschen mit geringer Bildung höher als für Menschen mit höherer Bildung.
- **Familiäre Situation:** Haushaltszusammensetzung, Familienstand und Alter wirken sich ebenfalls auf die psychische Gesundheit aus. Alleinlebende mittleren Alters weisen eine schlechtere psychische Gesundheit auf als Alleinlebende über 60 Jahre. Mütter kleiner Kinder haben ein erhöhtes Risiko depressiver Symptome.
- **Migration und Flucht:** Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung haben ein erhöhtes Risiko depressive Symptome zu entwickeln.
- **Gewalterfahrung:** Das Erleben von Gewalt erhöht das Risiko einer psychischen Störung deutlich und geht auch mit einem erhöhten Risiko für problematischen Substanzkonsum einher.
- **Diskriminierung:** Opfer von Rassismus und Diskriminierung haben ein erhöhtes Risiko, eine Depression oder Angststörung zu entwickeln.

Bei Kindern muss beachtet werden, dass sich die sozioökonomische Situation der Familie und das Befinden der Eltern auch auf ihr psychisches Wohlbefinden auswirkt.

Das Risiko einer psychischen Erkrankung oder Störung ist in der Bevölkerung ungleich verteilt. Menschen mit niedrigerem sozialem Status haben ein höheres Risiko zu erkranken als Menschen mit höherem sozialen Status (Lampert et al. 2013). Dieser soziale Gradient zieht sich durch fast alle Gesundheitsindikatoren, darunter auch Indikatoren der depressiven Symptomatik. Der sozioökonomische Status bezieht sich dabei auf die Position des Einzelnen innerhalb einer Gesellschaft und orientiert sich vor allem an der Einkommenssituation, der beruflichen Stellung und dem Bildungsstatus der Person (Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. 2013) .

Neben dem sozioökonomischen Status gibt es Hinweise auf weitere soziale Determinanten, die das Risiko einer psychischen Erkrankung begünstigen können, darunter zum Beispiel die familiäre Situation, die Erfahrung von Migration und Flucht sowie die Auswirkungen von Gewalterfahrungen und von Diskriminierung. Häufig kommen mehrere Faktoren zusammen, die Lebens- und Problemlagen schaffen, die eine psychische Erkrankung begünstigen. Gleichzeitig gibt es Schutzfaktoren, die helfen können, das Risiko einer Erkrankung zu verringern oder eine Erkrankung zu überstehen, zum Beispiel durch Unterstützung innerhalb der Familie oder andere Unterstützungsangebote.

Der sozioökonomische Status wirkt sich bereits im Kindesalter auf das Risiko psychischer Erkrankungen aus. Die BELLA-Studie zeigte, dass Kinder und Jugendliche mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status häufiger psychische Probleme haben als Kinder und Jugendliche aus wohlhabenderen Familien. Für die BELLA-Studie wurden 2.111 Kinder und Jugendliche zwischen

7 und 17 Jahren in drei Wellen zwischen 2003 und 2008 befragt. Dabei zeigte sich, dass praktisch alle Indikatoren, die für die Bewertung des sozioökonomischen Status herangezogen werden, Einfluss auf die psychische Gesundheit der Kinder haben. Zu diesen Faktoren zählen das Haushaltseinkommen, das Bildungsniveau der Eltern, Arbeitslosigkeit von mindestens einem Elternteil und die Zahl belastender Lebenssituationen (z. B. aufgrund von Krankheit oder Unfall, psychischen Problemen der Eltern, Scheidung oder Trennung, finanziellen Problemen, Arbeitslosigkeit). Kinder, die belastenden Lebenssituationen ausgesetzt waren und deren Eltern ein niedriges Bildungsniveau hatten, hatten dabei das höchste Risiko einer psychischen Erkrankung (Reiss et al. 2019).

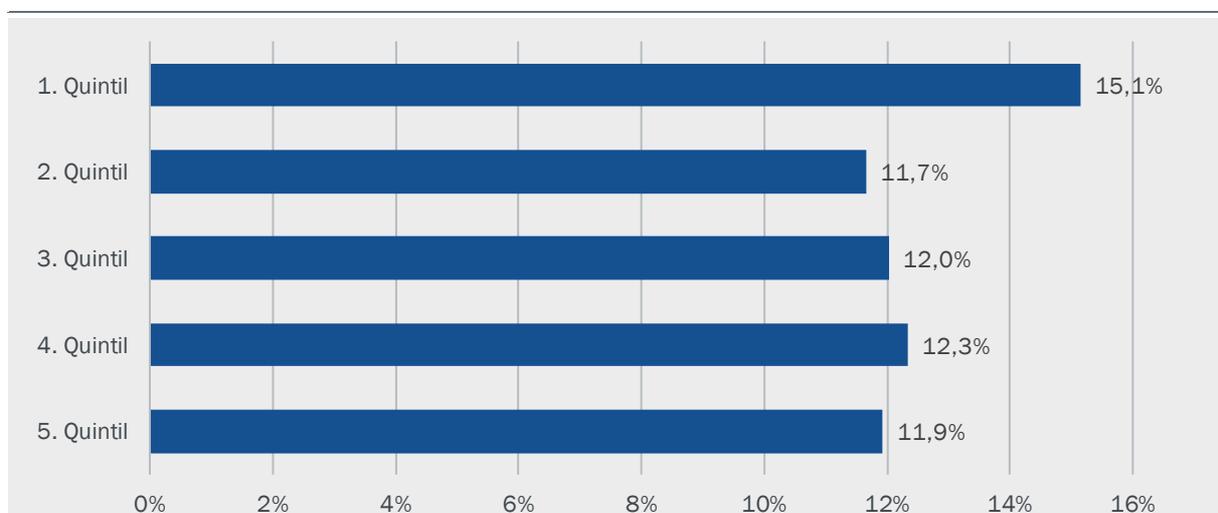
## 5.1 Einkommen und Arbeit

Niedriges Einkommen, Arbeitslosigkeit sowie schlechte Arbeitsbedingungen erhöhen das Risiko einer psychischen Erkrankung.

Die Auswertung des SOEP 2020 für Nordrhein-Westfalen zeigt, dass Personen im unteren Einkommensquintil des bedarfsgewichteten Nettoeinkommens (etwas) häufiger depressive Symptome berichten als Personen mit höherem Einkommen. Im unteren Einkommensquintil lag der Anteil bei gut 15 Prozent, während er in den höheren Einkommensquintilen bei um die 12 Prozent lag (Abbildung 5). Fast jede vierte Person mit depressiver Symptomatik befindet sich im untersten Einkommensquintil (24 %), von denjenigen ohne depressive Symptomatik ist es knapp jede Fünfte (19 %). Die hier dargestellten Einkommensquintile teilen die Personen nach ihren bedarfsgewichteten Nettoeinkommen in fünf gleich große Gruppen auf, d. h. in jeder Gruppe befinden sich 20 Prozent der Bevölkerung. Im ersten Einkommensquintil befinden sich also die 20 Prozent mit den niedrigsten bedarfsgewichteten Nettoeinkommen, im 5. Quintil die 20 Prozent mit den höchsten.

**Abbildung 5: Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik (MCS-Score unter 37,3) nach Einkommensquintilen (bedarfsgewichtetes Nettoeinkommen) in NRW, 2020**

in Prozent



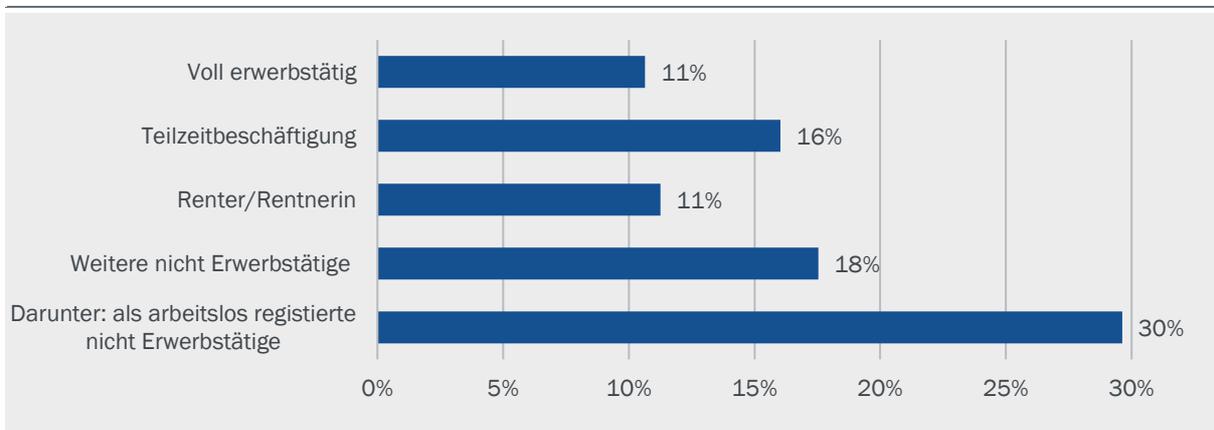
Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG.

Eine Studie zur Mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA) der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) zeigte, dass die Höhe des Einkommens und die Einkommensstabilität sich positiv auf das subjektive Wohlbefinden auswirken. Dagegen wirkt sich ein höherer Anteil an Sozialleistungen am Einkommen negativ auf das Wohlbefinden aus. Dieser Zusammenhang war bei Männern ausgeprägter als bei Frauen (Schöllgen et al. 2019).

Die Auswertung des SOEP 2020 für Nordrhein-Westfalen zeigt, dass insbesondere Personen, die als arbeitslos registriert sind, ein erhöhtes Risiko für Depressionen haben (Abbildung 6). Bei ihnen lag der MCS-Wert bei 45,2, deutlich unter dem Durchschnitt von 49,8 für Nordrhein-Westfalen insgesamt. Fast 30 Prozent der Personen, die als arbeitslos registriert waren, wiesen einen Wert unterhalb der Schwelle von 37,3 auf, die auf eine depressive Symptomatik hindeutet. Bei Erwerbstätigen lag der Durchschnitt bei 49,6 Punkten und der Anteil derer mit MCS-Werten, die auf eine depressive Symptomatik hindeuten, lag bei 12 Prozent. Bei Beschäftigten in Vollzeit und Rentnerinnen und Rentnern war der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik am niedrigsten.

**Abbildung 6: Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Erwerbsstatus (Auswahl\*) in NRW, 2020**

in Prozent



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG.

\* Die hier genannten Kategorien umfassen 90 Prozent der Befragten in NRW. Die übrigen 10 Prozent entfallen auf Personen in einer Ausbildung oder Lehre, in Werkstätten für Menschen mit Behinderung und solche, die unregelmäßig oder geringfügig beschäftigt sind.

Die S-MGA-Studie zeigt auch einen Zusammenhang zwischen prekären Beschäftigungsverhältnissen und depressiven Symptomen (Demiral et al. 2022). Dieser Zusammenhang ist bei Männern ausgeprägt, bei Frauen jedoch nicht statistisch signifikant. Männer, die in der Befragung Jobunsicherheit und einen niedrigen Stundenlohn angaben, berichteten in der Folgebefragung häufiger von depressiven Symptomen als Männer in weniger prekären Arbeitsverhältnissen. Der Anteil der Bevölkerung in prekären Arbeitsverhältnissen in Deutschland wurde in der Studie auf rund 30 Prozent geschätzt.

Die S-MGA-Studie untersuchte auch den Zusammenhang von depressiven Symptomen, Arbeitsbedingungen und Lebensumständen (Pohrt et al. 2022). Geringe Anerkennung von Vorgesetzten und das Gefühl, wenig Kontrolle über die Arbeit zu haben, sowie kritische Lebensereignisse waren am stärksten mit depressiven Symptomen assoziiert. Dies betraf Männer

und Frauen, bei Männern war der Zusammenhang besonders ausgeprägt. Weitere Ergebnisse zeigen, dass die Bedingungen am Arbeitsplatz das Risiko, an einem Burnout zu erkranken, beeinflussten. Insbesondere die Arbeitsmenge und die Unsicherheit eines Arbeitsplatzes steigerten das Risiko eines Burnouts (Kersten und Formazin 2022). Für die S-MGA Studie, die das BAuA zusammen mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) durchgeführt hat, wurden sozialversicherungspflichtige Angestellte in zwei Wellen in den Jahren 2011/12 und 2017 befragt.

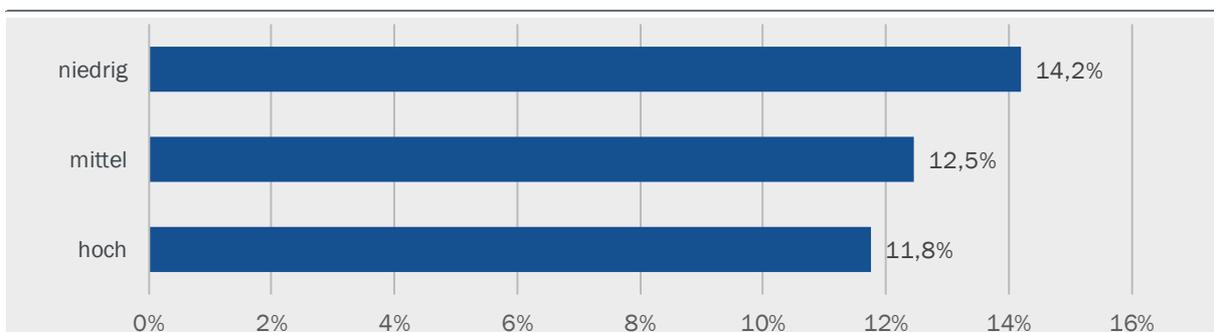
## 5.2 Bildung

Der Bildungsstatus hat Einfluss auf die Gesundheit und damit auch auf die psychische Gesundheit (RKI 2021). Demnach ist das Risiko, an einer Depression zu erkranken, für Menschen mit geringer Bildung höher als für Menschen mit hoher Bildung. Zu den Gründen gehören die Bildungsinhalte, denn Bildung vermittelt Wissen und Handlungskompetenzen, die Menschen bei dem Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen können. Diese Inhalte werden durch Bildungsinstitutionen und die elterliche Erziehung vermittelt (Robert-Koch-Institut 2021; Hoebel et al. 2021). Auch der Bildungsstatus der Eltern beeinflusst die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Kinder und Jugendliche sind einem höheren Risiko ausgesetzt, an psychischen Störungen zu erkranken, wenn ihre Eltern über einen niedrigen oder mittleren Schulabschluss verfügen (Bundespsychotherapeutenkammer 2021). Dieser Zusammenhang verdeutlicht die Bedeutung sozialer Ungleichheit für die psychische Gesundheit.

Bezüglich des Bildungsstands zeigt die SOEP-Auswertung in Nordrhein-Westfalen für 2020, dass Personen mit depressiven Symptomen, also einem MCS-Wert unter 37,3, etwas häufiger unter Personen mit niedrigem Bildungsstand zu finden sind als unter solchen mit hohem Bildungsstand (14 gegenüber knapp 12 Prozent, Abbildung 7). Am seltensten waren Personen mit depressiver Symptomatik unter Personen mit Promotion (4 Prozent) und mit Master- oder äquivalentem Abschluss (8 Prozent) zu finden.

**Abbildung 7: Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Bildungsstand in NRW, 2020<sup>25</sup>**

in Prozent



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnungen Prognos AG.

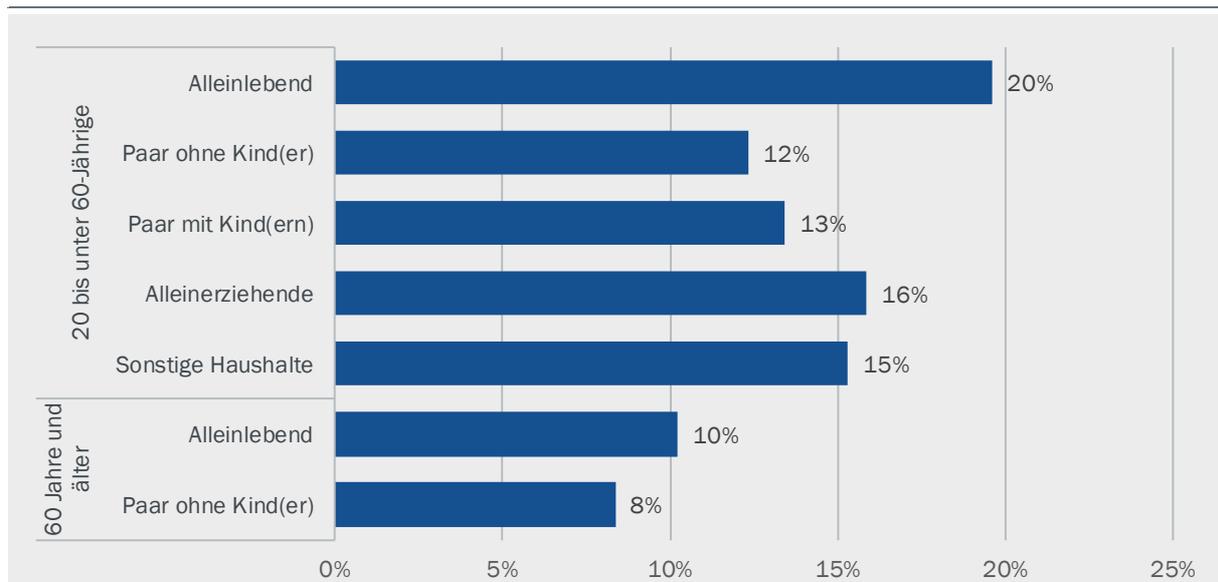
<sup>25</sup> Zuordnung nationaler Bildungsabschlüsse zur ISCED 2011: niedrig: ISCED 1 und 2; mittel: ISCED 3 und 4; hoch: ISCED 5 bis 8

### 5.3 Familiäre Situation

Betrachtet man verschiedene Haushaltstypen, so zeigt sich, dass in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2020 Alleinlebende mittleren Alters das höchste Risiko depressiver Symptome aufwiesen (durchschnittlicher MCS 46,4; NRW-Durchschnitt: 49,8). Jede bzw. jeder Fünfte von ihnen wies einen Score von unter 37,3 und damit depressive Symptome auf (Abbildung 8). Bei alleinlebenden Frauen fiel der Score mit durchschnittlich 44,6 noch einmal niedriger aus als bei alleinlebenden Männern mit 47,8 Punkten. Alleinlebende ab 60 Jahren wiesen dagegen überdurchschnittlich gute Werte auf.

**Abbildung 8: Anteil der Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS-Score unter 37,3 Punkten) nach Haushaltstyp und Alter in NRW, 2020**

in Prozent



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG.

Auch alleinerziehende Mütter wiesen mit 45,8 Punkten eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheit auf, bei gut 16 Prozent von ihnen lag eine depressive Symptomatik vor (bei den alleinerziehenden Männern sind es knapp 15 Prozent). Väter minderjähriger Kinder hatten insgesamt eine bessere psychische Gesundheit als Mütter minderjähriger Kinder (50,6 gegenüber 47,8 Punkte). Psychisch am meisten gefordert waren Mütter kleiner Kinder: Fast ein Viertel der Frauen (24 %), deren jüngstes Kind unter 3 Jahren alt ist, zeigten depressive Symptome (durchschnittlicher MCS 43,7). Diese Werte sind in Nordrhein-Westfalen deutlich schlechter als in Deutschland insgesamt. In Deutschland zeigten 13 Prozent der Mütter, deren jüngstes Kind unter 3 Jahre alt war, Zeichen einer depressiven Symptomatik.

Probleme in der Familie können Belastungsfaktoren darstellen, die Kinder dauerhaft beeinträchtigen und sich auf ihre körperliche und psychische Gesundheit negativ auswirken (Adverse Childhood Experiences). Zu diesen Faktoren zählen Armut, elterliche Konflikte und Trennungen, Substanzmissbrauch sowie Gewalterfahrungen innerhalb und außerhalb der Familie (Walper et al. 2023). Die repräsentative Studie „Kinder in Deutschland 0-3“ ergab, dass Kinder aus mehrfach belasteten Familien das höchste Risiko negativer Emotionalität hatten. Für die

Studie wurden Eltern von Kindern im Alter von 0 bis 3 Jahre befragt (n=5583) und zum Teil nach zwei Jahren wiederbefragt (n=681) (Walper et al. 2023). Dabei zeigte sich, dass sich die Stress- und Konfliktbelastung der Eltern besonders stark auf die Kinder auswirkt und diese Wirkung sozioökonomische Faktoren, wie etwa Armut, beengtes Wohnen und geringe Bildung übertraf.

## 5.4 Migration und Flucht

Die Erfahrung von Migration und Flucht kann ebenfalls dazu beitragen, das Risiko für eine psychische Erkrankung oder Störung zu erhöhen. Dabei können sich diese Erfahrungen direkt auf die psychische Gesundheit auswirken zum Beispiel aufgrund von Erlebnissen im Herkunftsland, während einer Flucht und bei Ankunft im Aufnahmeland. Auch gibt es Hinweise darauf, dass die Bedingungen im Aufnahmeland, die Anforderungen der Integration und die Erfahrung des Andersseins und gegebenenfalls der Diskriminierung Belastungsfaktoren darstellen, die sich langfristig auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen mit Fluchterfahrung oder Migrationshintergrund auswirken können. Einer Sekundärdatenanalyse der für Deutschland repräsentativen Querschnittsdaten der SOEP Befragung von Geflüchteten ergab, dass 19,4 Prozent der befragten Geflüchteten depressive Symptome aufwiesen (Nutsch und Bozorgmehr 2020). Erwerbslosigkeit, Einsamkeit, ein abgelehnter oder noch nicht entschiedener Asylantrag erhöhten das Risiko für depressive Symptome.

Die Ergebnisse aus GEDA und SOEP zu Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund legen nahe, dass erstgenannte etwas häufiger von depressiven Symptomen betroffen sind.<sup>26</sup> In beiden Gruppen sind Frauen häufiger als Männer betroffen, wobei Frauen mit Migrationshintergrund die schlechtesten Werte aufwiesen. Dabei sind die Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne Migrationshintergrund ausgeprägter in GEDA als im SOEP, was ggf. mit der engeren Definition von Menschen mit Migrationshintergrund in GEDA zusammenhängt.

Während in Nordrhein-Westfalen bei GEDA die Differenzen zwischen Personen mit und solchen ohne Migrationshintergrund größer sind als die Differenzen zwischen Männern und Frauen, ist es bei den SOEP-Daten andersherum (Tabelle 19). Dort sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern größer als diejenigen zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Auch eine Untersuchung des DIW für die Jahre 2002 bis 2020 legt nahe, dass in den letzten 20 Jahren Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland meist eine etwas niedrigere psychische Gesundheit als Menschen ohne Migrationshintergrund aufwiesen, wobei die Unterschiede im Vergleich zu den Unterschieden zwischen den Geschlechtern klein und auch nur teilweise statistisch signifikant seien (Beckmannshagen et al. 2023).

<sup>26</sup> Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass sich die Definitionen von Menschen mit Migrationshintergrund im SOEP und GEDA unterscheiden. In GEDA werden nur Menschen, die über einen eigenen oder einen Migrationshintergrund beider Elternteile verfügen, als Menschen mit Migrationshintergrund definiert. Im SOEP werden dagegen auch Personen mit nur einem Elternteil mit Migrationshintergrund als Menschen mit Migrationshintergrund definiert. Hinzu kommt, dass in GEDA nur Interviews auf Deutsch geführt, während im SOEP auch weitere Sprachen angeboten werden.

**Tabelle 19: Ergebnisse verschiedener Maße psychischer Gesundheit in NRW und Deutschland insgesamt nach Migrationshintergrund und Geschlecht**

in Prozent / MCS-Score in Punkten

	GEDA 2019/20	SOEP 2020		SOEP 2021	
	PHQ-8 - Anteil mind. 10 Punkte (depressive Symptomatik)	MCS-Score	MCS - Anteil unter 37,3 (depressive Symptomatik)	PHQ-2 - Anteil mind. 3 Punkte (depressive Symptomatik)	GAD-2 - Anteil mind. 3 Punkte (Ängste)
<b>Nordrhein-Westfalen</b>					
<b>Ohne Migrationshintergrund*</b>	9%	50,0	12,5%	14%	10%
<b>Männer</b>	7%	51,4	11%	11%	6%
<b>Frauen</b>	10%	48,7	14%	18%	13%
<b>Mit Migrationshintergrund*</b>	13%	49,3	12,8%	18%	16%
<b>Männer</b>	12%	50,2	11%	15%	12%
<b>Frauen</b>	14%	48,4	15%	20%	19%
<b>Deutschland</b>					
<b>Ohne Migrationshintergrund*</b>	8%	50,2	11,3%	13%	8%
<b>Männer</b>	7%	51,2	9%	12%	6%
<b>Frauen</b>	9%	49,2	13%	15%	10%
<b>Mit Migrationshintergrund*</b>	12%	49,6	11,8%	16%	12%
<b>Männer</b>	12%	50,7	10%	16%	10%
<b>Frauen</b>	11%	48,4	14%	16%	15%

\* unterschiedliche Definition: GEDA: Nur ein beidseitiger Migrationshintergrund wird als "Migrant" codiert, SOEP: Migrationshintergrund auch wenn nur ein Elternteil Migrationshintergrund hat  
 Quelle: GEDA 2019/20 (Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring 2022); SOEP 2020 und 2021 (jeweils v38.1) (DIW Berlin 2023). Eigene Berechnungen Prognos AG.

Die Datenlage zu Menschen mit Fluchterfahrung ist begrenzt. Allerdings zeigen die vorhandenen Studien, dass Geflüchtete in hoher Anzahl traumatische Erfahrungen gemacht haben, die ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen.

Eine Befragung von 76 Personen, die erstmals einen Asylantrag gestellt haben, kam zu dem Ergebnis, dass bei rund 40 Prozent der Asylsuchenden eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt (16 der 40 Personen, für die eine klinische Diagnostik vorlag). Diese wurde von den Entscheidern, die die Antragsteller während des Asylverfahrens befragten, meist nicht erkannt (Gäbel et al. 2006).

Bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen ist die Anfälligkeit für psychische Störungen besonders erhöht, da protektive Faktoren, wie ein unterstützendes Familienumfeld, fehlen. Ein 2015 veröffentlichter Literaturreview schätzt, dass fast alle unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (bis zu 97 %) traumatische Erfahrungen gemacht haben. Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten variierte zwischen Studien und reichte von 20 Prozent für posttraumatische Belastungsstörungen bis 81,5 Prozent für internalisierende und externalisierende Auffälligkeiten (Witt et al. 2015).

Menschen, die aus der Ukraine in Folge des russischen Angriffskriegs geflüchtet sind, sind besonders psychisch belastet. So berichten geflüchtete ukrainische Kinder und Jugendliche in allen Altersgruppen von einem geringeren psychischen Wohlbefinden als andere in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche (IAB 2022). Auch bei den Erwachsenen ist die durchschnittliche Lebenszufriedenheit von Geflüchteten aus der Ukraine geringer als die der deutschen Bevölkerung gleichen Alters. Die Zufriedenheit steigt, je gesünder sich die Geflüchteten fühlen, je besser ihre Deutschkenntnisse sind, je häufiger sie Zeit mit Deutschen verbringen und je willkommener sie sich bei ihrer Ankunft in Deutschland fühlen (IAB 2022).

## 5.5 Gewalterfahrung

Die Erfahrung von Gewalt ist eine weitere soziale Determinante, die sich auf die psychische und körperliche Gesundheit unmittelbar sowie langfristig auswirkt.

Eine an der Uniklinik RWTH Aachen durchgeführte Prävalenzstudie zeigt, dass 38 Prozent der Männer und 43 Prozent der Frauen, die als Patientinnen und Patienten der Uniklinik befragt wurden, eine oder mehrere Formen von Gewalt erlebt hatten. Dabei wurden Männer häufiger Opfer physischer Gewalt und Frauen häufiger Opfer sexualisierter Gewalt (Habel et al. 2016). Mit dem Erleben von Gewalt wird das Risiko einer psychischen Störung deutlich erhöht, insbesondere wenn bereits in der Kindheit Gewalterfahrungen gemacht wurden und verschiedene Formen der Gewalt erfahren wurden. Bei über 60 Prozent derjenigen, die Gewalt erlebt haben, wurde eine psychische Störung diagnostiziert. Die Erfahrung von Gewalt geht auch mit einem erhöhten Risiko für problematischen Substanzkonsum einher. Für die Studie wurden über 5.000 Patientinnen und Patienten der Uniklinik anhand eines Fragebogens befragt und 150 vertiefende Interviews geführt (Habel et al. 2016).

Sexuelle Gewalt wie das Erleben von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen beeinträchtigt die Lebensqualität und die Gesundheit und erhöht das Risiko von Depression und anderen psychischen Störungen (Brunner et al. 2021). Die Studie „Gesundheit und Sexualität in Deutschland“ ergab eine Lebenszeitprävalenz von Erfahrungen von versuchtem oder vollzogenem Sex gegen den eigenen Willen für Frauen von 14,9 Prozent und für Männer von 3,1 Prozent. Bei sexuellen Berührungen gegen den eigenen Willen liegt die Lebenszeitprävalenz für Frauen bei 40,8 Prozent und für Männer bei 13,2 Prozent (Brunner et al. 2021).

In einer Repräsentativbefragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) berichteten 54 Prozent der befragten Jugendliche und jungen Menschen mindestens einmal eine

Form nicht-körperlicher sexualisierter Gewalt erfahren zu haben (Erkens et al. 2021). Mädchen und junge Frauen sind dabei besonders häufig sexuellen Kommentaren sowie Belästigungen im Internet ausgesetzt. Bei Jungen und jungen Männern sind ebenfalls sexuelle Kommentare sowie negative Bezeichnungen mit sexuellem Bezug besonders häufig. Mehrheitlich erleben Jugendliche und junge Menschen sexualisierte Gewalt in der eigenen Peergruppe. Befragt wurden 2019 6.032 Jugendliche (14 bis 17 Jahre) und junge Erwachsene (18 bis 25 Jahre) zu ihren Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt (Erkens et al. 2021).

## 5.6 Diskriminierung

Auch die Erfahrung von Rassismus und Diskriminierung kann sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Opfer von Rassismus und Diskriminierung erleben ein höhere und oftmals chronische Stressbelastung und ein erhöhtes Risiko von Depressionen und Angststörungen (Kajikhina et al. 2023). Eine systematische Benachteiligung beim Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung sowie in den Bereichen Bildung, Arbeit und Wohnen verstärkt soziale und gesundheitliche Ungleichheiten, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken.

Internationale Studien zeigen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen für lesbische, schwule und bisexuelle Menschen. Auch für transgender und intersexuelle Menschen wird von einem erhöhten Erkrankungsrisiko ausgegangen, allerdings ist hier die Studienlage noch nicht ausreichend belastbar. Als Erklärungsmodell wird vor allem auf die Folge von gesellschaftlicher Ausgrenzung und sich daraus ergebener Stresserfahrung hingewiesen (Plöderl 2016). Auf diesen Zusammenhang weisen auch Studien hin, die zeigen, dass homophobes Bullying (z.B. wenn heterosexuelle Jungen als homosexuell bezeichnet werden), als eine der häufigsten Formen des Bullying, auch bei heterosexuellen Jugendlichen mit erhöhter Depressivität und häufigeren Suizidgedanken verbunden ist (Roberts et al. 2013). Lesbische, schwule und bisexuelle Menschen haben auch eine höhere Lebenszeitprävalenz im Hinblick auf Suizidversuche als heterosexuelle Menschen, so eine Metaanalyse internationaler Studien (Hottes et al. 2016).

## 6 Individuelle Folgen und gesellschaftliche Konsequenzen

Psychische Probleme können sich auf eine Vielzahl an Lebensbereichen auswirken:

- **Lebensqualität und Gesundheit:** Menschen, die eine depressive Symptomatik zeigen, haben eine geringere Lebenszufriedenheit, sind häufiger von Sorgen belastet, haben eine schlechtere Schlafqualität und gehen häufiger zum Arzt als Menschen ohne depressive Symptome. Menschen, bei denen eine psychische Erkrankung die stärkste Beeinträchtigung darstellt, haben häufiger Probleme, Gesundheitsversorgung in Anspruch zu nehmen.
- **Gesellschaftliche und soziale Einbindung:** Menschen mit psychischer Beeinträchtigung fühlen sich seltener zur Gesellschaft zugehörig, treffen sich seltener mit Freunden, Nachbarn und Verwandten und empfinden häufiger, dass andere Menschen ihnen nicht genug zutrauen als Menschen ohne oder mit anderer Beeinträchtigung.
- **Politisches Interesse:** Menschen mit psychischer Beeinträchtigung sind seltener politisch interessiert, nehmen seltener an Wahlen teil und haben ein geringeres Vertrauen in politische Institutionen.
- **Freizeitverhalten:** Auch in der Freizeit haben sie größere Teilhabehürden. Dabei spielen sowohl die individuelle Motivation, die zeitliche Verfügbarkeit, die Kosten und mangelnde soziale Kontakte eine Rolle.
- **Teilnahme am Arbeitsmarkt:** Psychische Probleme wirken sich auch auf die Teilnahme am Arbeitsmarkt, die Zahl und Dauer von Krankentagen, das Risiko verminderter Erwerbsfähigkeit und von Arbeitslosigkeit aus.

### 6.1 Lebensqualität und Gesundheit

#### Lebenszufriedenheit

Die Auswertung des SOEP für Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2020 zeigt, dass Personen, die Symptome einer Depression berichteten, weniger zufrieden mit ihrem Leben sind als Personen, die keine Symptome einer Depression aufweisen. Der Unterschied betrifft die allgemeine Lebenszufriedenheit ebenso wie eine Vielzahl an Lebensbereichen, zu denen im SOEP Daten erhoben wurden (Abbildung 9).

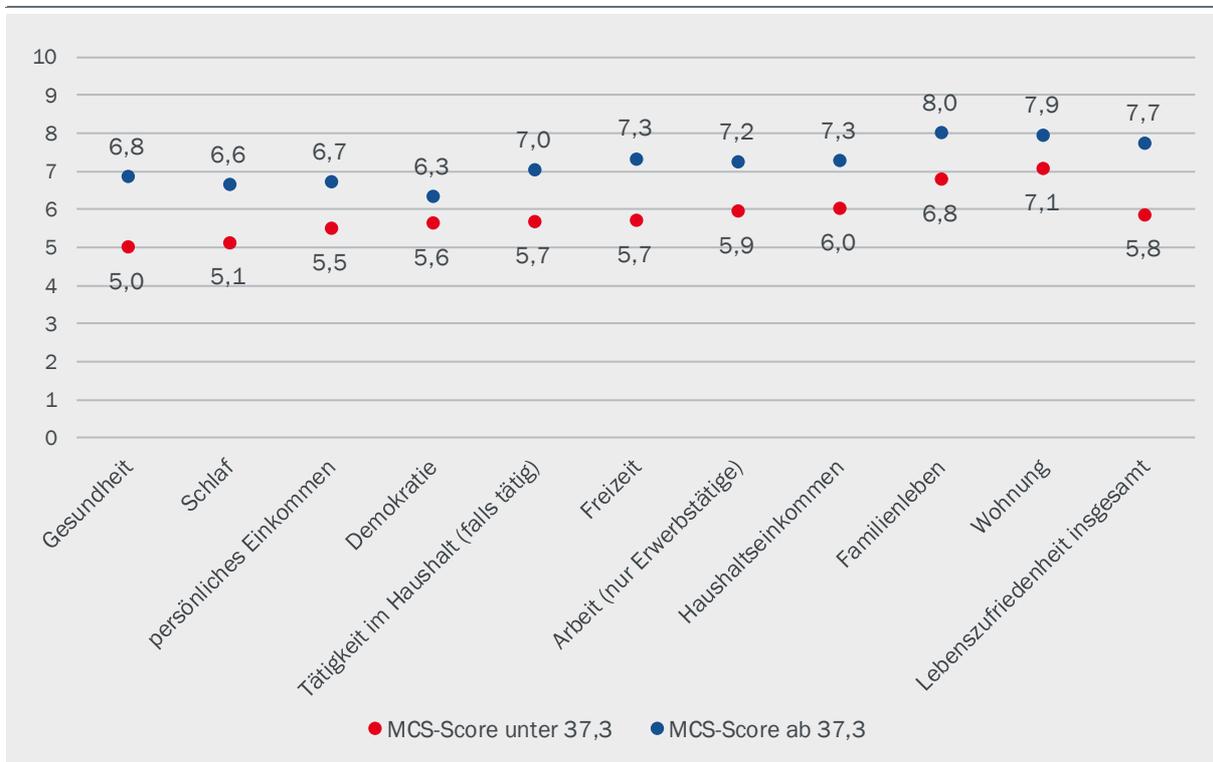
Gefragt ihre gegenwärtige Lebenszufriedenheit auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) zu bewerten, gaben die Personen mit einer depressiven Symptomatik im Durchschnitt 5,8 Punkte an. Fast jede Fünfte (19 %) dieser Personen nannte einen Wert unter 4. Bei Personen ohne depressive Symptomatik lag der Durchschnittswert mit 7,7 fast 2 Punkte höher. Von dieser Gruppe gab nur 1 Prozent einen Wert für die Lebenszufriedenheit unter 4 an. 92 Prozent nannten dagegen einen Wert über 5, bei Personen mit depressiver Symptomatik waren es 61 Prozent. Damit zeigt sich, dass Menschen mit einer depressiven Symptomatik deutlich häufiger eine geringere Lebenszufriedenheit haben als Menschen ohne depressive Symptomatik sowie umgekehrt, dass Menschen ohne depressive

Symptomatik häufiger mit ihrem Leben zufrieden sind als Menschen, die eine depressive Symptomatik aufweisen.

Die weitere Betrachtung zeigt, dass Personen, die depressive Symptome zeigten, 2020 in allen abgefragten Bereichen unzufriedener waren als solche ohne entsprechende Symptome. Der niedrigste Zufriedenheitswert findet sich bei der Gesundheit (5,0), gefolgt vom Schlaf (5,1). Bei der Gesundheit gaben 31 Prozent aus dieser Personengruppe einen Wert unter 4 an und nur eine Minderheit (41 %) einen Wert über 5 (bei Personen ohne depressive Symptomatik sind es 8 bzw. 75 %). Bei der Zufriedenheit mit der Freizeit geben 18 Prozent der Personen mit depressiver Symptomatik einen Wert unter 4 und nur knapp mehr als die Hälfte (53 %) einen Wert über 5 an (bei Personen ohne depressive Symptomatik sind es rund 6 bzw. 81 %). Personen ohne depressive Symptomatik sind gemessen am Durchschnittswert am unzufriedensten mit der Demokratie, so wie sie in Deutschland besteht. In diesem Bereich findet sich der geringste Unterschied zwischen den Gruppen (0,7 Punkte Differenz).

**Abbildung 9: Durchschnittliche Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen sowie mit dem Leben insgesamt für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW**

Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden)



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG

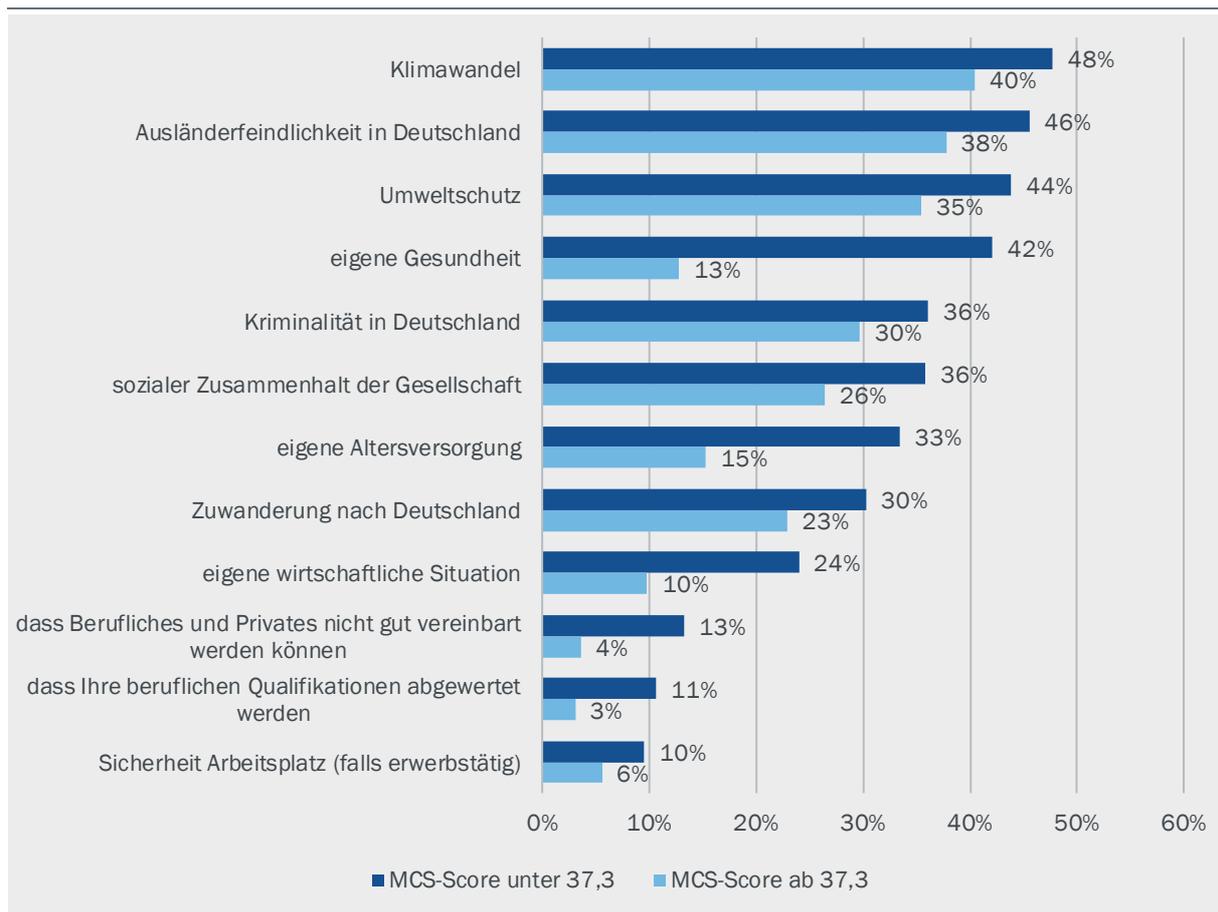
## Sorgen

Neben der niedrigeren Lebenszufriedenheit machten Menschen mit depressiven Symptomen sich auch häufiger Sorgen. Dies zeigt sich insbesondere in Bezug auf die eigene Gesundheit. In Nordrhein-Westfalen gaben im Jahr 2020 42 Prozent der Personen mit depressiver Symptomatik

an, sich große Sorgen um die eigene Gesundheit zu machen. Bei Menschen ohne depressive Symptomatik waren es 13 Prozent. Personen mit depressiven Symptomen, also mit Werten unter dem Schwellenwert von 37,3, machten sich auch in den anderen abgefragten Bereichen häufiger große Sorgen (Abbildung 10). Im Vergleich zu den Personen ohne depressive Symptomatik sind die Unterschiede neben der Gesundheit (29 Prozentpunkte Differenz) besonders groß bei der Altersversorgung (18 Prozentpunkte Differenz) und der eigenen wirtschaftlichen Situation (14 Prozentpunkte Differenz).

**Abbildung 10: Anteil der Personen, die sich große Sorgen machen für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW, 2020**

in Prozent



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG

## Schlafqualität

Auch zwischen depressiver Symptomatik, Schlafdauer und Schlafqualität zeigt die Auswertung des SOEP 2020 einen Zusammenhang. Da es sich um Korrelationen handelt, sind unterschiedliche Wirkmechanismen denkbar. Zum einen kann das Vorhandensein einer Depression die Schlafqualität verringern. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass ein dauerhafter Schlafentzug das Risiko von Depressionen erhöht (Nutt et al. 2008).

Personen mit depressiver Symptomatik (MCS unter 37,3) wiesen auf der einen Seite häufiger sehr kurze, auf der anderen Seite aber auch etwas häufiger sehr lange Schlafdauern auf. So gab in Nordrhein-Westfalen 2020 von den Personen mit depressiver Symptomatik mehr als jeder Fünfte (22 %) an, werktags nur bis zu 5 Stunden zu schlafen, während es bei denjenigen ohne entsprechende Symptome 9 Prozent waren. Selbst an Wochenenden gaben 16 Prozent der Personen mit depressiver Symptomatik eine Schlafdauer von bis zu 5 Stunden an (Personen ohne depressive Symptomatik: 6 %). Fast 10 Prozent schiefen werktags 9 oder mehr Stunden (Personen ohne depressive Symptomatik: 6 %). An Wochenenden schliefen gut 12 Prozent 10 oder mehr Stunden (Personen ohne depressive Symptomatik: 9 Prozent). Gefragt nach der Zufriedenheit mit dem gegenwärtigen Schlaf, gaben auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden) 43 Prozent der Personen mit depressiven Symptomen einen Wert unter 5 an (Personen ohne depressive Symptomatik: 17 Prozent). Nur 18 Prozent gaben einen Wert von 8 oder mehr an (Personen ohne depressive Symptomatik: 40 %).

### **Gesundheit und Gesundheitsversorgung**

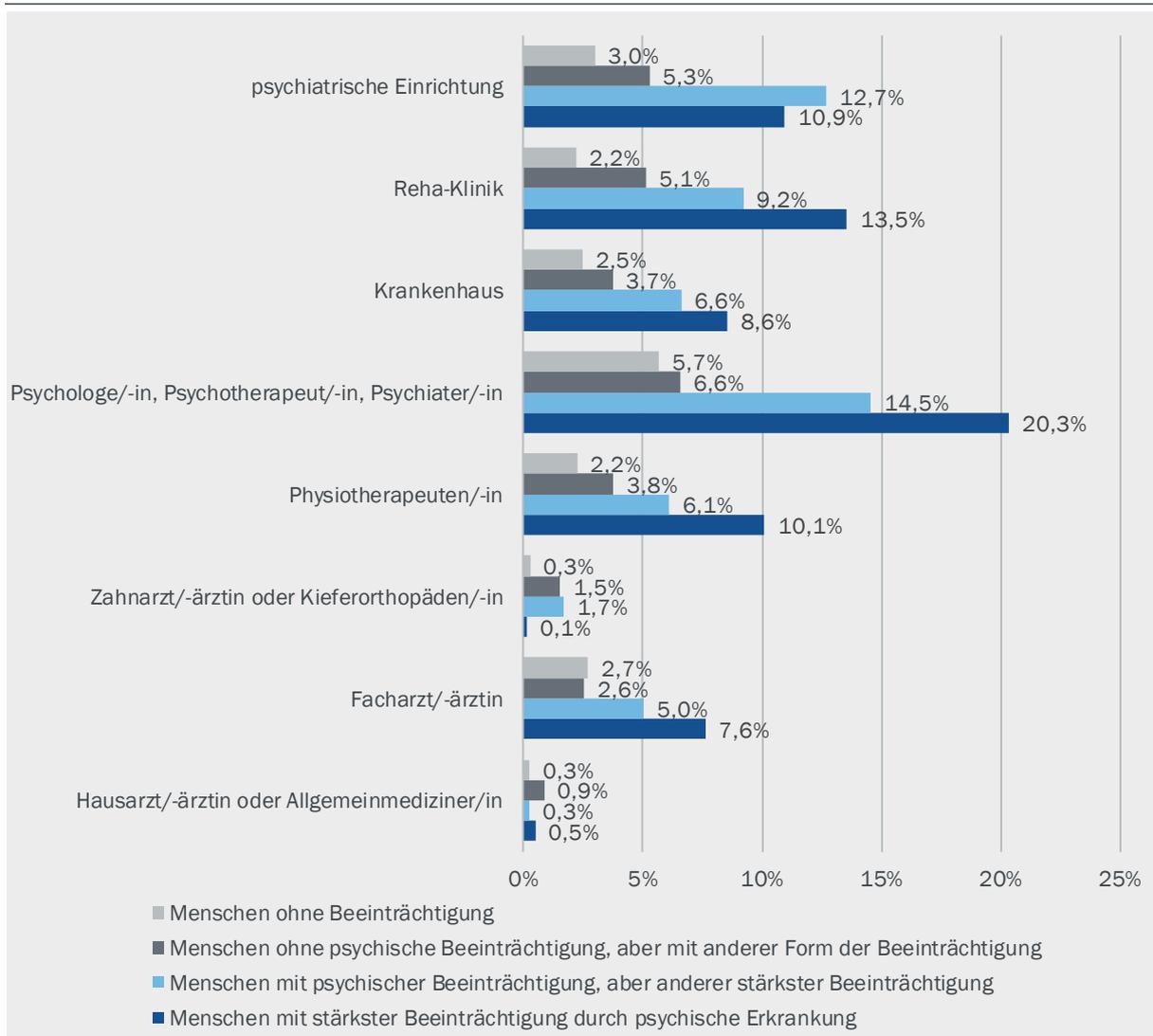
In Nordrhein-Westfalen gaben im Jahr 2020 45 Prozent der Befragten des SOEP an, seit mindestens einem Jahr oder chronisch an bestimmten Beschwerden oder Krankheiten zu leiden. Von den Personen mit einer depressiven Symptomatik (MCS unter 37,3) hatten 71 Prozent chronische Beschwerden, von denjenigen ohne depressive Symptomatik 41 Prozent. Es ist daher nicht überraschend, dass Personen mit depressiver Symptomatik in den vorangegangenen 3 Monaten auch häufiger Ärzte aufgesucht haben als Personen ohne depressive Symptomatik. So gab von den Personen mit depressiver Symptomatik fast jeder Dritte (32 %) vier oder mehr Arztbesuche an (17 % der Personen ohne depressive Symptomatik). Mindestens einen Krankenhausaufenthalt im vorangegangenen Jahr berichteten 21 Prozent der Personen mit und 16 Prozent der Personen ohne depressive Symptomatik.

Vertiefende Einblicke in den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen und der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen – so auch der Gesundheit – ermöglicht die „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) (im Folgenden kurz: Teilhabebefragung). Die deutschlandweite Befragung erfasst Beeinträchtigungen und Behinderungen in Übereinstimmung mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) über eine Selbsteinschätzung der antwortenden Person, die erste Welle wurde im Zeitraum 2018 bis 2020 erhoben (siehe Kapitel 2). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Befragten Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen nennen können. Zudem wird die wahrgenommene Stärke der jeweiligen Beeinträchtigung erfasst.

Spezifische für Nordrhein-Westfalen vorgenommene Auswertungen des Datensatzes der Teilhabebefragung für Privathaushalte<sup>27</sup> zeigen, dass der Zugang zu verschiedenen Angeboten der Gesundheitsversorgung mit dem Vorliegen einer (selbsteingeschätzten) „dauerhaften Beeinträchtigung oder Behinderung durch schwere seelische oder psychische Probleme“ (im Folgenden kurz: psychische Beeinträchtigung) als schwieriger empfunden wird als bei Menschen ohne bzw. mit einer anderen Form der Beeinträchtigung (Abbildung 11). Mit Blick auf diejenigen Bereiche, die für die hier untersuchte Zielgruppe besonders relevant sind, sagen z. B. 11 Prozent der Menschen, die die stärkste Beeinträchtigung im Bereich der Psyche haben, sie hätten keine

<sup>27</sup> Alle Aussagen auf Basis der Teilhabebefragung in diesem Kapitel beziehen sich ausschließlich auf Menschen in Nordrhein-Westfalen in Privathaushalten. Die Befragungsergebnisse aus Einrichtungen wurden aus methodischen und Komplexitätsgründen nicht berücksichtigt.

**Abbildung 11: Fehlende Möglichkeit der Inanspruchnahme von Angeboten der Gesundheitsversorgung, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020**



Frage: Haben Sie bei folgenden Stellen die Möglichkeit, die erforderliche Beratung und Behandlung zu bekommen? – dargestellt sind die Anteile für „nein“  
 Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung).  
 Eigene Berechnung Prognos AG.

Möglichkeit, die erforderliche Beratung und Behandlung in einer psychiatrischen Einrichtung zu bekommen. Probleme, einen Termin bei einer Psychologin bzw. einem Psychologen, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeuten oder Psychiaterin bzw. Psychiatern zu bekommen, berichteten in dieser Personengruppe jede bzw. jeder Fünfte (20 %). Menschen, die zwar eine andere Form der stärksten Beeinträchtigung haben, aber dennoch auch psychisch beeinträchtigt sind, berichteten darüber hinaus zu 13 Prozent von einer fehlenden Möglichkeit der Inanspruchnahme von Beratung und Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen sowie zu 15 Prozent bei dem oben genannten Fachpersonal. Demgegenüber empfinden Menschen ohne psychische, aber mit anderer Form der Beeinträchtigung, die Hürden bei den genannten Versorgungsbereichen mit 7 und 5 Prozent deutlich seltener, bei Menschen ohne

Beeinträchtigung sind die entsprechenden Anteile noch geringer. Vergleichbare Tendenzen ergeben sich auch für die anderen Bereiche der Gesundheitsversorgung. Alters- oder geschlechtsspezifische Unterschiede innerhalb der Gruppe der Menschen mit psychischer Beeinträchtigung bestehen kaum. Lediglich der Zugang zu Psychologinnen und Psychologen wird von Menschen mit psychischer Beeinträchtigung unter 60 Jahren in etwa doppelt so häufig als schwierig eingeschätzt als von denjenigen ab 60 Jahren.

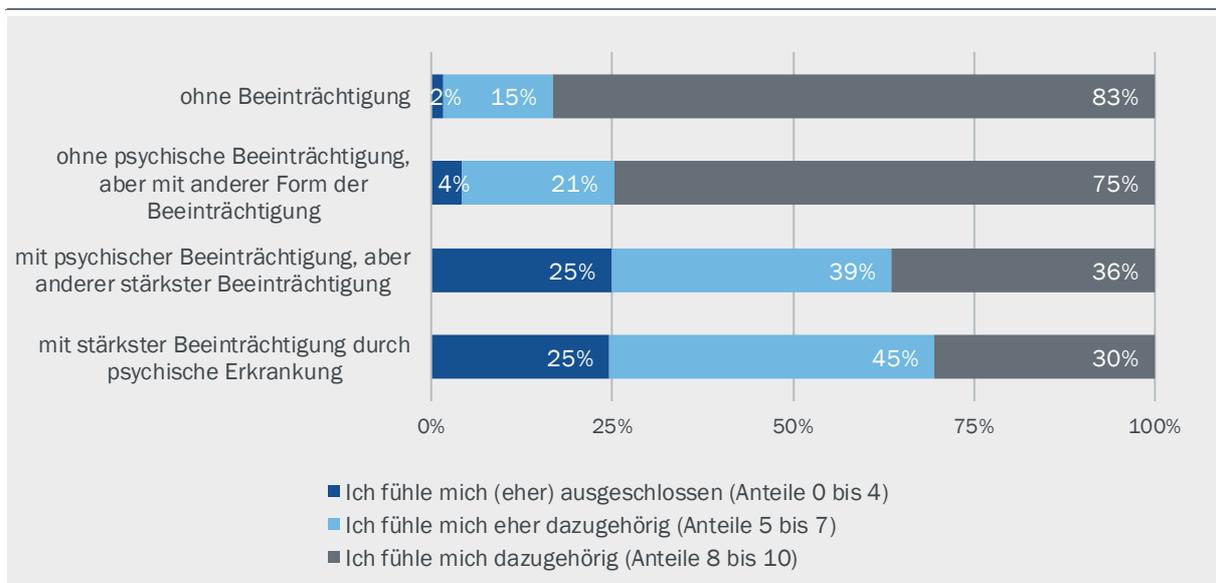
## 6.2 Gesellschaftliche Teilhabe

Daten aus Nordrhein-Westfalen der Teilhabebefragung aus Privathaushalten zeigen in diesem Zusammenhang auf, dass eine Beeinträchtigung durch schwere seelische oder psychische Probleme am häufigsten zusammen mit einer Beeinträchtigung durch eine chronische Erkrankung, durch Schmerzen oder beim Bewegen auftritt. Auch kommt eine psychische Beeinträchtigung vergleichsweise oft gemeinsam mit einer kognitiven Beeinträchtigung vor.

### Gesellschaftliche und soziale Einbindung

Zahlreiche Erkenntnisse zur gesellschaftlichen und sozialen Einbindung von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Nordrhein-Westfalen lassen sich der Teilhabebefragung des BMAS entnehmen. Dabei wird zunächst deutlich, dass sich Menschen, die eine Beeinträchtigung im Bereich der Psyche hatten, am seltensten ein Zugehörigkeitsempfinden zur Gesellschaft verspüren. Von denjenigen mit der stärksten Beeinträchtigung durch eine psychische Beeinträchtigung fühlten sich nur 30 Prozent zur Gesellschaft zugehörig, außerdem sagten 25 Prozent, sie fühlten sich (eher) ausgeschlossen (Abbildung 12).

**Abbildung 12: Gefühl gesellschaftlicher Zugehörigkeit, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020**  
in Prozent



Frage: Man kann das Gefühl haben, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und dazuzugehören oder sich eher ausgeschlossen fühlen. Wie ist das bei Ihnen? Fühlen Sie sich eher dazugehörig oder eher ausgeschlossen?

Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

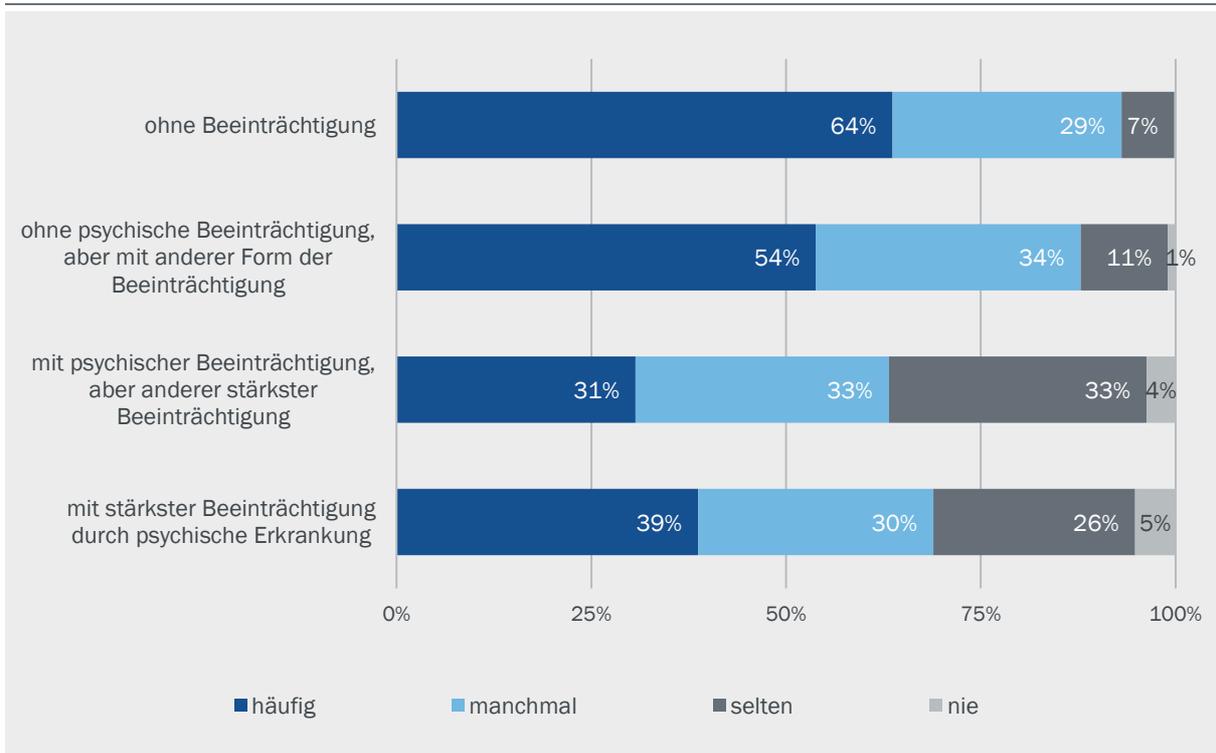
Die Übrigen (45 %) fühlten sich in der Tendenz eher dazugehörig. Bei Menschen, die neben ihrer psychischen eine weitere, stärkere Beeinträchtigung hatten, war der Anteil der Personen mit Zugehörigkeitsgefühl nur unwesentlich höher (36 %). Im Vergleich dazu fühlten sich Menschen ohne Beeinträchtigung zu 83 Prozent und auch Personen mit ausschließlich anderen Formen der Beeinträchtigung zu deutlich größeren Anteilen (75 %) der Gesellschaft zugehörig. Differenziert nach Alter fühlten sich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen jüngeren Alters (unter 59 Jahren) in der Tendenz etwas häufiger gesellschaftlich ausgeschlossen und weniger dazugehörig – Unterschiede, die bei den Personen ohne (psychische) Beeinträchtigungen nicht bestehen. Es gibt keine nennenswerten geschlechtsspezifische Unterschiede beim Gefühl, (eher) ausgeschlossen zu sein. Allerdings fühlen sich Frauen (mit und ohne Beeinträchtigungen) tendenziell noch stärker zugehörig, sofern sie dieses Empfinden überhaupt haben.

Als weiterer Indikator für die gesellschaftliche Teilhabe kann die Mitgliedschaft in Vereinen herangezogen werden. Hier zeigt sich, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung insgesamt deutlich seltener Mitglieder in Vereinen waren (29 %) als Menschen ohne Beeinträchtigung (53 %) oder auch Menschen mit einer anderen Form der Beeinträchtigung (48 %). Dabei ist die Vereinsmitgliedschaft noch weniger verbreitet, wenn es sich bei der psychischen um die stärkste individuelle Beeinträchtigung handelt, als wenn neben einer psychischen noch eine andere stärkere Form der Beeinträchtigung vorliegt (25 vs. 34 %). Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung verfügten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders selten über eine Mitgliedschaft in Sportvereinen. Tendenziell etwas häufiger als Menschen ohne jede Beeinträchtigung und ohne psychische Beeinträchtigung gehörten sie hingegen Hilfsorganisationen und Wohltätigkeitsvereinen sowie Gewerkschaften an.

Das beschriebene Bild der geringeren Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen setzt sich in den NRW-spezifischen Daten der Teilhabebefragung bei Aspekten des alltäglichen sozialen Miteinanders fort (Abbildung 13). So gaben zunächst insgesamt deutlich mehr Befragte aus der relevanten Personengruppe an, keine enge Freundin bzw. keinen engen Freund zu haben (17 %) als Menschen ohne Beeinträchtigung (3 %) oder Menschen mit ausschließlich einer anderen Form der Beeinträchtigung (9 %). Unterschiede in Abhängigkeit davon, ob es sich bei der psychischen um die stärkste individuelle Beeinträchtigung handelt oder nicht, bestanden hier keine. Allerdings haben Männer mit psychischen Beeinträchtigungen häufiger keine enge Freundschaft als Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen (22 % vs. 12 %). In den übrigen Gruppen bestand dieser Geschlechtsunterschied nicht. Analog zur geringeren Größe des Freundeskreises unterscheiden sich auch die Anteile derjenigen, die „nie“ oder „selten“ Freundinnen oder Freunde, Verwandte oder Nachbarinnen und Nachbarn trafen, stark vom Rest der Bevölkerung Nordrhein-Westfalens, sobald eine psychische Beeinträchtigung vorlag, sei es als stärkste Form (31 % geben „nie“ oder „selten“ an) oder als eine Form neben einer anderen stärksten Beeinträchtigung (37 %).<sup>28</sup> Mit Blick auf das Alter bestanden keine Unterschiede zwischen dem Vorliegen einer Beeinträchtigung bzw. verschiedenen Beeinträchtigungsformen. Stattdessen waren ältere Menschen insgesamt in der Tendenz weniger sozial eingebunden.

<sup>28</sup> Gegenüber 7 % ohne Beeinträchtigung und 12 % ohne psychische Beeinträchtigung mit den Antworten „nie“ oder „selten“.

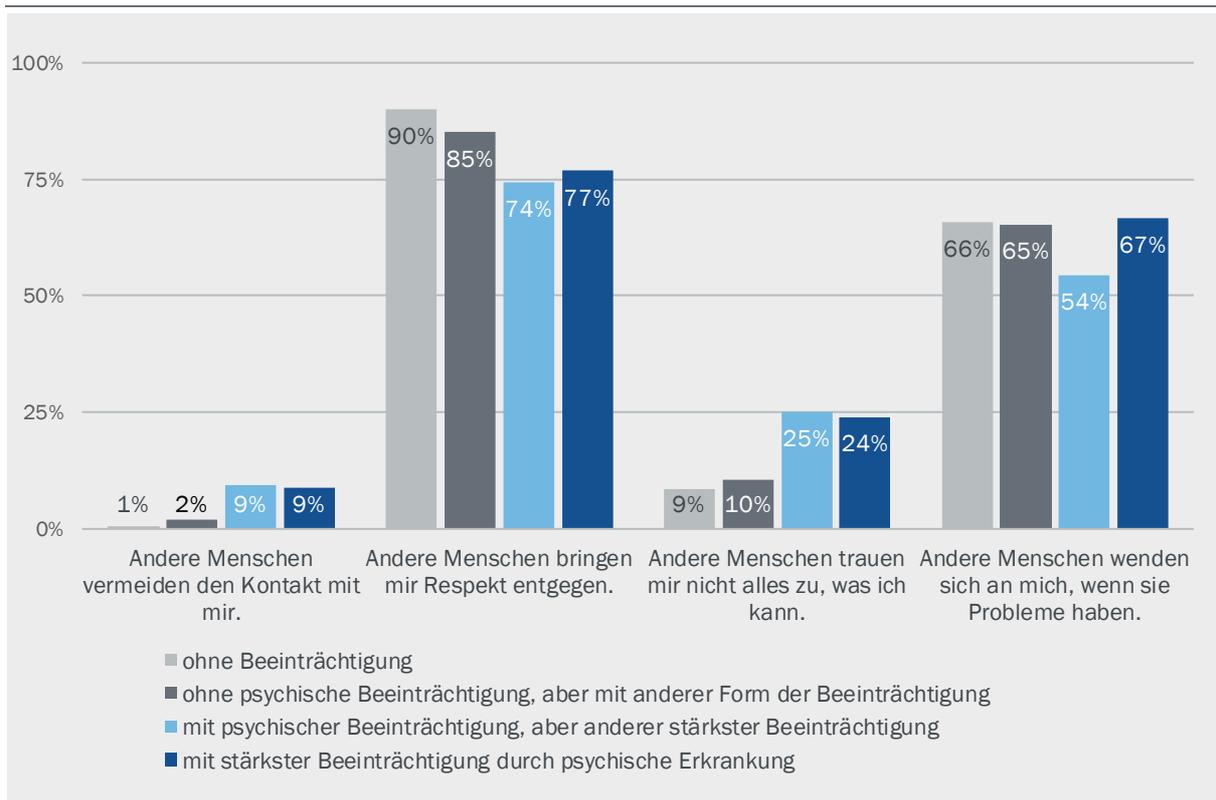
**Abbildung 13: Häufigkeit von Treffen mit Freundinnen und Freunden, Nachbarinnen und Nachbarn sowie Verwandten, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020**



Frage: Wie häufig machen Sie folgende Dinge in Ihrer Freizeit? – Antwortoption: Freunde und Freundinnen, Nachbarn, Verwandte treffen  
 Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

Schließlich ergeben sich systematische Abweichungen in Bezug auf die hier im Fokus stehende Zielgruppe, was die Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen angeht (Abbildung 14). So empfanden Menschen mit psychischer Beeinträchtigung deutlich häufiger, dass andere Menschen ihnen nicht alles zutrauen, was sie könnten (24 %) als Menschen ohne Beeinträchtigung (9 %) oder mit nur einer anderen Form der Beeinträchtigung (10 %). Gleiches gilt für den Umstand, dass andere Menschen den Kontakt mit den Betroffenen vermeiden (9 % vs. 1 % bzw. 2 %) oder dass den Betroffenen weniger Respekt entgegengebracht wird (76 % vs. 90 % bzw. 85 %). Ob die psychische Beeinträchtigung diejenige mit der größten Ausprägung ist, spielt im Hinblick auf die drei dargestellten Alltagssituationen keine Rolle, allein das Vorhandensein einer psychischen Beeinträchtigung führt bereits zu einer negativeren Bewertung durch die Befragten. Männer mit psychischen Beeinträchtigungen hatten dabei in der Tendenz noch einmal schlechtere Erfahrungen als Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen gemacht. Der einzige Bereich, wo keine nennenswerten Unterschiede in Abhängigkeit von der Beeinträchtigung bestanden, ist die Aussage „Andere Menschen wenden sich an mich, wenn sie Probleme haben“.

Abbildung 14: Erfahrungen im Umgang mit anderen Menschen, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020



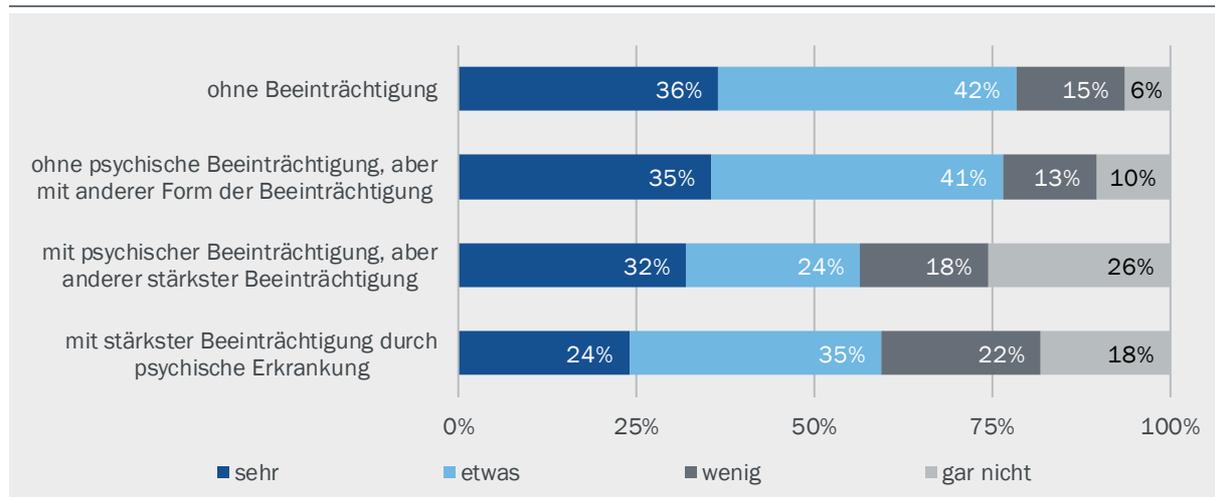
Frage: Wie ist Ihre persönliche Erfahrung mit anderen Menschen im Alltag?

Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

### Politisches Interesse und Vertrauen in Institutionen

Ein weiteres Maß für die individuell wahrgenommene Teilhabe an der Gesellschaft ist das Interesse an Politik. Dieses war bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Nordrhein-Westfalen geringer ausgeprägt als beim Rest der Bevölkerung, wie die Daten der Teilhabebefragung nahelegen (Abbildung 15). Während Menschen ohne Beeinträchtigung (78 %) und Menschen mit ausschließlich einer anderen Form der Beeinträchtigung als einer psychischen (76 %) jeweils zu mehr als drei Vierteln angaben, „sehr“ oder „etwas“ an Politik interessiert zu sein, lag der entsprechende Wert für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung insgesamt um rund 20 Prozentpunkt darunter (58 %). Differenziert nach der relativen Stärke unterschiedlicher Beeinträchtigungen ergaben sich hingegen eher geringere Unterschiede. Zusätzlich zeigen die Daten, dass Männer ein größeres Interesse an Politik hatten als Frauen sowie ältere Menschen (60 Jahre und älter) ein größeres als jüngere, unabhängig vom Vorliegen einer Beeinträchtigung und ihrer Form.

Abbildung 15: Politisches Interesse, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020



Frage: Wie sehr interessieren Sie sich für Politik?

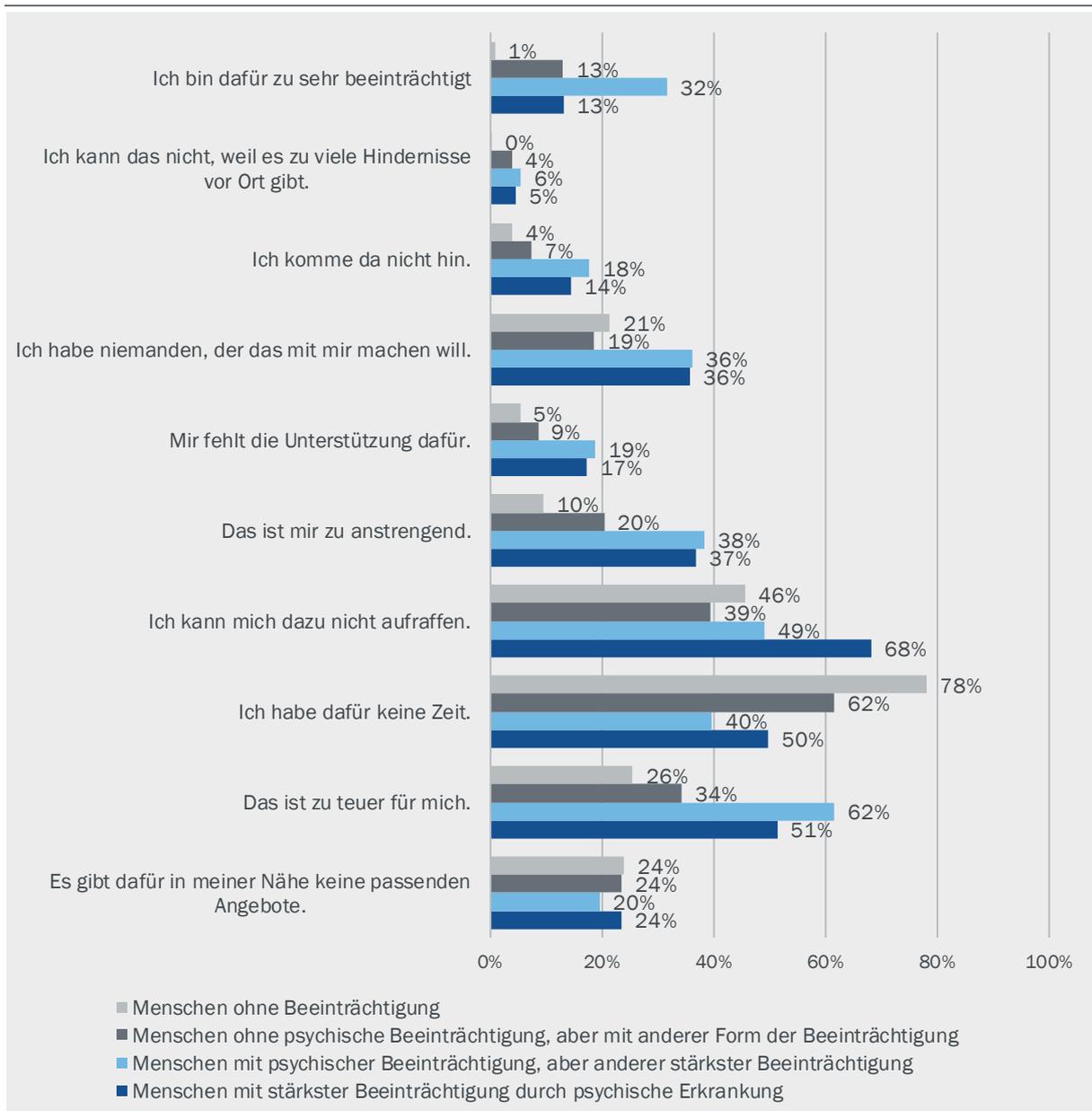
Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

Das geringere Interesse der untersuchten Zielgruppe an Politik spiegelte sich darüber hinaus auch in der Wahlbeteiligung wider. Während mehr als vier Fünftel der Menschen ohne Beeinträchtigung (83 %) und ohne psychische, aber mit anderer Form der Beeinträchtigung (82 %) angeben, regelmäßig an Wahlen teilzunehmen, waren es bei Menschen mit stärkster Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung nur 69 Prozent. Wenn eine psychische Beeinträchtigung neben einer anderen stärksten Form der Beeinträchtigung vorliegt, waren es sogar nur 58 Prozent. Analog dazu ist das Vertrauen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in politische Institutionen geringer ausgeprägt als in der Gesamtbevölkerung Nordrhein-Westfalens-. Insbesondere traf dies auf das Vertrauen in politische Parteien zu. Hier äußerten mehr als die Hälfte (52 %) der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (unabhängig davon, ob es die stärkste Form ist oder eine andere stärkste Form der Beeinträchtigung vorlag), nur wenig oder gar kein Vertrauen in Parteien zu haben. Bei Menschen ohne Beeinträchtigungen waren es dagegen nur knapp ein Viertel (24 %) und bei Menschen mit ausschließlich anderer Form der Beeinträchtigung 34 Prozent.

### Freizeitverhalten

Wie schon in den anderen untersuchten Lebensbereichen treten auch bei der Freizeitgestaltung die systematischen Teilhabehürden für Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in den Daten der Teilhabebefragung für Menschen in Privathaushalten hervor. So wird in der Studie beispielsweise erhoben, aus welchen Gründen verschiedene Freizeitaktivitäten nicht häufiger ausgeübt werden. Für Menschen mit der stärksten Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung aus Nordrhein-Westfalen ist die dominierende Antwort dabei „Ich kann mich dazu nicht aufraffen“ mit 68 Prozent, ein höherer Anteil als bei Personen ohne (46 %) oder nur mit einer anderen Form der Beeinträchtigung (39 %). Sofern neben der psychischen eine andere stärkere Beeinträchtigung vorliegt, ist die Abweichung bei dieser Aussage hingegen nicht so groß (49 %). Anders verhält es sich bei den Aussagen „Das ist zu teuer für mich“ und „Das ist mir zu anstrengend“. Beides geben Menschen mit psychischer Beeinträchtigung insgesamt (unabhängig von der Stärke) mit nennenswert höheren Anteilen an als die übrige Bevölkerung.

Abbildung 16: Gründe für Einschränkungen von Freizeitaktivitäten, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020



Frage: Warum machen Sie das nicht häufiger? Geben Sie alles an, was zutrifft.

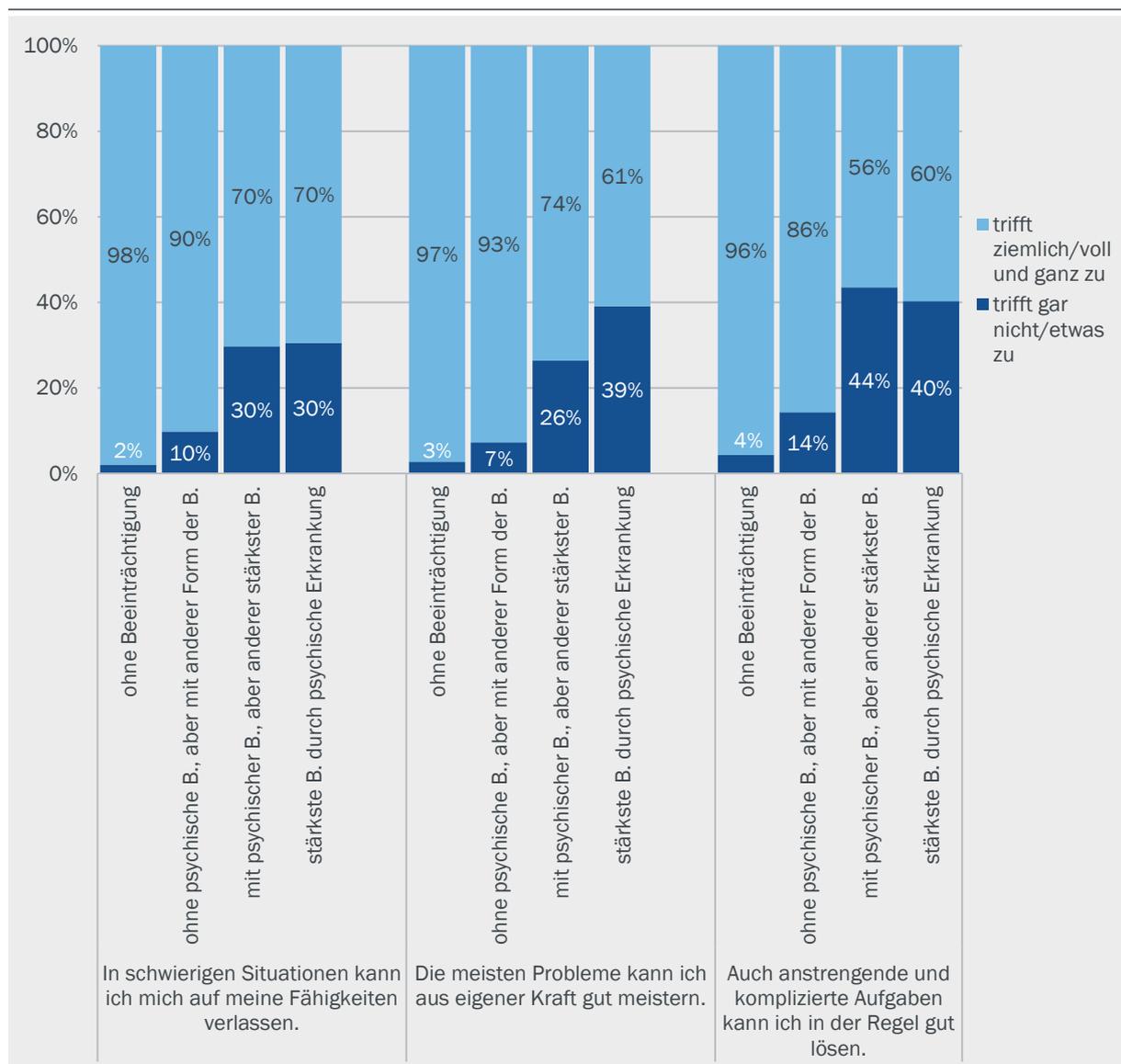
Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

Nicht zuletzt ist die fehlende soziale Einbindung beim Vorliegen einer psychischen Beeinträchtigung eine im Vergleich häufiger vorkommende Hürde für Unternehmungen in der Freizeit. Während bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen also emotionale, soziale und finanzielle Aspekte überdurchschnittlich oft ursächlich für Einschränkungen in der Freizeit sind, dominiert bei Menschen ohne Beeinträchtigungen (78 %) und mit ausschließlich anderen Formen der Beeinträchtigung (62 %) allen voran der zeitliche Aspekt („Ich habe keine Zeit dafür“). Bei Differenzierung der Ergebnisse nach Altersgruppen und Geschlecht fällt auf, dass mangelnder Eigenantrieb bei jüngeren Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zwischen 20 und 59

Jahren noch stärker ausgeprägt ist als bei älteren Menschen mit psychischer Beeinträchtigung ab 60 Jahren, während es sich bei den Vergleichsgruppen umgekehrt verhält. Außerdem sind die Anteile bei Männern mit psychischen Beeinträchtigungen in der Tendenz höher als bei Frauen mit gleicher Beeinträchtigungsform. Die Antworten „zu teuer“ und „keine Zeit“ werden von jüngeren Personen über alle Gruppen hinweg häufiger genannt, wobei Frauen mit psychischer Beeinträchtigung bei den finanziellen Möglichkeiten besonders eingeschränkt waren. Ebenso verzichteten Frauen mit jedweder Art der Beeinträchtigung seltener auf Freizeitaktivitäten, weil ihnen eine Begleit- oder Unterstützungsperson fehlte, als Männer mit einer Beeinträchtigung.

## Selbstwirksamkeit

Abbildung 17: Selbstwirksamkeitserwartung, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020



Frage: Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

Quelle: Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung (nur Privathaushalte; NRW-spezifische Gewichtung). Eigene Berechnung Prognos AG.

Wichtig für die soziale und gesellschaftliche Teilhabe sind nicht zuletzt die Fähigkeiten zur Selbstwirksamkeit. Darunter wird die innere Überzeugung verstanden, schwierige oder herausfordernde Situationen gut und aus eigener Kraft meistern zu können. Um die Selbstwirksamkeit im Rahmen der Teilhabebefragung zu messen, werden den Befragten drei Aussagen vorgelegt, bei der sie ihre Zustimmung auf einer vierstufigen-Skala angeben sollen. Bei den Befragungsergebnissen aus Nordrhein-Westfalen stehen psychische Beeinträchtigungen eindeutig in einem Zusammenhang mit einer selbstkritischeren Einstellung, nicht nur im Vergleich zu Menschen ohne Beeinträchtigung, sondern auch gegenüber denjenigen, die ausschließlich eine andere Form der Beeinträchtigung haben. Besonders auffällig offenbart sich dies im Hinblick darauf, Probleme aus eigener Kraft gut meistern zu können. Nur 61 Prozent der Menschen mit einer stärksten Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung trauen sich dies (eher) zu, während es bei Menschen mit psychischer, aber anderer stärkster Form der Beeinträchtigung schon 74 Prozent sind. Menschen gänzlich ohne Beeinträchtigung (97 %) oder ohne psychische, aber mit einer anderen Form der Beeinträchtigung (93 %) sagen hingegen nahezu vollständig, dass sie die meisten Probleme aus eigener Kraft gut meistern können. Vergleichbare Antwortmuster ergeben sich auch für die Aussagen „In schwierigen Situation kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen“ sowie „Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen“. Unterschiede nach Alter oder Geschlecht treten bei den Fragen zur Selbstwirksamkeit nicht in nennenswertem Umfang auf.

### 6.3 Stigmatisierung

Psychische Erkrankungen können oftmals mit erheblichem sozialem Stigma einhergehen. Das bedeutet, dass die Erkrankten sich auch mit den Reaktionen der Umwelt auseinandersetzen müssen und dadurch zusätzlich belastet werden. Dabei hängen Ausmaß des Stigmas auch von der Art der psychischen Erkrankung ab. Beispielsweise werden Menschen mit Alkoholsucht häufig für ihr Suchtverhalten weitgehend selbst verantwortlich gemacht und damit nicht als psychisch krank anerkannt, gleichzeitig aber als gefährlich eingeschätzt (Kilian et al. 2021).

Diese Reaktionen werden u. a. von kulturell vorherrschenden Vorstellungen von Ursache, Behandlung und Verlauf der Erkrankung geprägt. Schomerus et al. (2023) stellen dar, wie sich die Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu psychischen Erkrankungen in den letzten 30 Jahren verändert haben. Sie zeigen, dass Depressionen weitaus weniger negativ besetzt sind, als es bei Schizophrenie der Fall ist, und sich der Unterschied im Laufe der Jahre noch vergrößert hat. Depressionen sind heute weniger stigmatisiert, weil sie häufiger vorkommen und stärker mit der eigenen Erfahrungswelt in Verbindung gebracht werden. Demgegenüber ist die Schizophrenie den Menschen heute fremder und mit stärkeren Vorurteilen belegt. Letzteres hat auch damit zu tun, dass Schizophrenien zwar selten vorkommen, aber in den Medien häufig mit Verbrechen in Verbindung gebracht werden (Schomerus et al. 2023).

Studien haben gezeigt, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen auch mit Diskriminierung und in der Konsequenz mit sozialem Ausschluss, Gewalt, Armut und Wohnungslosigkeit einhergehen kann (Clement et al. 2011; Mai et al. 2011). Faktoren, die wiederum das Potenzial haben, psychische Erkrankungen zu verstärken (Rüsch et al. 2005). Stigmatisierung kann auch dazu führen, dass Menschen nicht die Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, die sie benötigen, um mit ihrer psychischen Erkrankung besser umgehen zu können (Clement et al. 2015).

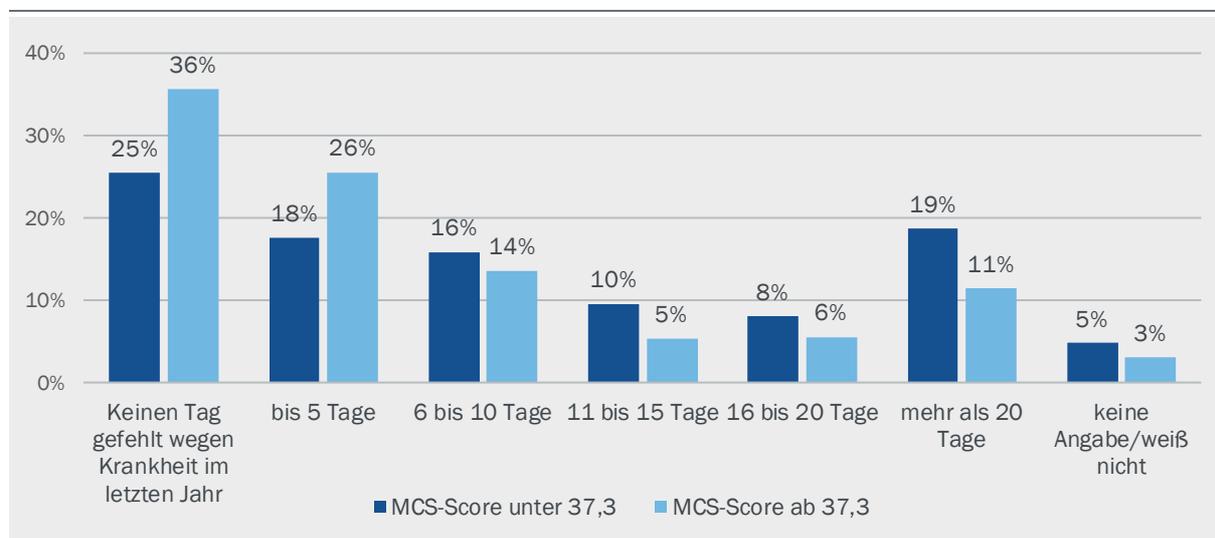
## 6.4 Teilnahme am Arbeitsmarkt

Psychische Erkrankungen haben auch deshalb eine hohe individuelle und gesellschaftliche Relevanz, weil sie sich auf die Möglichkeit des Einzelnen auswirken, am Arbeitsleben teilzunehmen. Nach Angaben der Techniker Krankenkasse (TK) entfielen 18,5 Prozent aller Fehltag im Jahr 2023 auf Diagnosen einer psychischen und Verhaltensstörung, nur Erkrankungen der Atmungsorgane führten zu mehr Fehltagen bei den TK-Versicherten (Techniker Krankenkasse 2024). Die Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen erreichten damit 2023 den Höchststand seit Beginn der Auswertungen im Jahr 2000. Auch ist die Dauer einer Krankschreibung bei psychischen Erkrankungen besonders lang. Sie liegt mit 41,2 Tagen bei Männern und 40,2 Tagen bei Frauen noch über der Krankschreibungsdauer bei Krebserkrankungen. Auffallend ist auch, dass die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Störungen im Vergleich zu 2022 deutlich zugenommen haben, und zwar stärker als bei jeder anderen Diagnosegruppe. Der Aufwärtstrend besteht seit 2006 mit zeitweiliger Unterbrechung in den Jahren 2013 und 2016 (Techniker Krankenkasse 2024).

Daten der Barmer Ersatzkasse zeigen, dass die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in den letzten Jahren unter ihren Versicherten ebenfalls gestiegen ist. Lag 2014 die Zahl der Fälle in Nordrhein-Westfalen bei durchschnittlich 7,2 je 100 Versicherungsjahre (ein Maß, dass die Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit beinhaltet und die Fälle damit vergleichbar macht), stieg dieser Wert im Jahr 2022 auf 9,4. Dabei sind die Werte seit 2014 kontinuierlich gestiegen, mit Ausnahme von 2020 (7,1) und 2021 (7,8), den ersten beiden Jahren der Covid-19-Pandemie. Auch unter AOK-Mitgliedern ist die Zahl der Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen. Die Autoren sehen hierfür neben den Arbeitsbedingungen auch die Entstigmatisierung bestimmter psychischer Störungen als einen Grund für den Anstieg (Meyer et al. 2023).

**Abbildung 18: Krankentage im vorangegangenen Jahr bei Personen, die erwerbstätig waren für Personen mit (MCS-Score unter 37,3 Punkten) und ohne (MCS-Score ab 37,3 Punkten) depressiver Symptomatik in NRW**

in Prozent



Quelle: SOEP 2020 (v38.1). Eigene Berechnung Prognos AG

Auch die Auswertung des SOEP für Nordrhein-Westfalen stellt fest, dass Erwerbstätige mit depressiver Symptomatik im vorangegangenen Jahr häufiger länger als 6 Wochen ununterbrochen krankgemeldet waren als Erwerbstätige ohne depressive Symptomatik (12 % gegenüber 6 %). Diejenigen unter der Schwelle von 37,3 Punkten des MCS hatten seltener keine Krankentage und häufiger 6 oder mehr Krankentage. Bei Personen mit Krankentagen lag der Durchschnitt bei Erwerbstätigen mit depressiver Symptomatik bei 35 Krankentagen, bei denjenigen ohne depressive Symptomatik bei 16 Krankentagen (Abbildung 18).

Psychische Erkrankungen sind die Hauptursachen für ein vorzeitiges gesundheitsbedingten Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Die Auswertung der Rentenzugänge aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Jahr 2020 zeigt, dass 43 Prozent der Zugänge wegen einer psychischen Erkrankung erfolgten (Tabelle 20). Der Anteil lag bei Frauen höher als bei Männern (48 % vs. 37 %). Acht Prozent der psychischen Erkrankungen sind Suchterkrankungen, die überwiegende Mehrheit (86 %) entfällt jedoch auf schizotype Störungen, affektive Störungen, neurotische Störungen sowie Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen.

**Tabelle 20: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Nordrhein-Westfalen, 2020**

	Zugänge gesamt (alle Diagnosen/ Behandlungsanlässe)	2. Zugänge wegen psychischer Erkrankung (gesamt)		3. Davon (von 2.) Zugänge wegen Suchterkrankung (F10-F19)		Davon (von 2.) Zugänge wegen F20-F48 und F60- F69	
	Anzahl	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
<b>Männer</b>	16.543	6.051	37	832	14	4.643	77
<b>Frauen</b>	18.185	8.759	48	286	3	8.035	92
<b>Gesamt</b>	<b>34.728</b>	<b>14.810</b>	<b>43</b>	<b>1.118</b>	<b>8</b>	<b>12.678</b>	<b>86</b>

Quelle: Statistik des Rentenzugangs, Deutsche Rentenversicherung Bund. Eigene Darstellung Prognos AG.

Die Diagnosen, die diesem Befund zugrunde liegen, entwickeln sich jedoch unterschiedlich. So stellt das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB) fest, dass unter den psychischen Erkrankungen, die 2020 zur einer Erwerbsminderungsrente führten, die Zahl der Depressionen und Angststörungen führend waren. Im Zeitverlauf haben diese kontinuierlich zugenommen, dagegen ist die Zahl der Neuberentungen aufgrund schizophrener Störungen über die Jahre gesehen stabil geblieben (IAB 2020).

Die S-MGA Studie des BAuA zeigt, dass mittlere bis schwere depressive Symptome aber auch milde Symptome mit der Nichtteilnahme am Arbeitsmarkt assoziiert sind (Rose et al. 2023). Für die Studie wurden 2.413 sozialversicherungspflichtige Angestellte 2011/12 und 2017 befragt. Wurde in der Anfangsbefragung eine depressive Symptomatik festgestellt, stieg das Risiko eines dauerhaften krankheitsbedingten Arbeitsausfalls und von Arbeitslosigkeit mit der Schwere der Symptome. Dieser Zusammenhang besteht für Frauen und Männer, allerdings waren Männer häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Frauen (Rose et al. 2023).

Arbeitslose Menschen sind überproportional von psychischen Erkrankungen betroffen. Einer Meta-Analyse zufolge berichteten rund 16 Prozent der Erwerbstätigen klinisch relevante

psychische Auffälligkeiten, bei arbeitslosen Menschen waren es 34 Prozent (Paul und Moser 2009). Arbeitslosigkeit kann dabei sowohl Ursache als auch Folge psychischer Belastungen sein. Der Selektionshypothese zufolge haben Menschen mit psychischen Belastungen ein höheres Risiko ihren Arbeitsplatz zu verlieren und, wenn sie ihn verlieren, haben sie es schwerer wieder eine neue Beschäftigung zu finden. Demnach sind psychisch belastete Menschen überproportional häufig arbeitslos. Andere Theorien weisen auf die Bedeutung der Erwerbsarbeit im Leben der meisten Menschen hin, die neben Gelderwerb auch eine Reihe an wichtigen sozialen Funktionen erfüllt. Fehlen diese Funktionen steigt das individuelle Stressempfinden und damit das Risiko einer psychischen Erkrankung (Paul et al. 2016; Hottes et al. 2016).

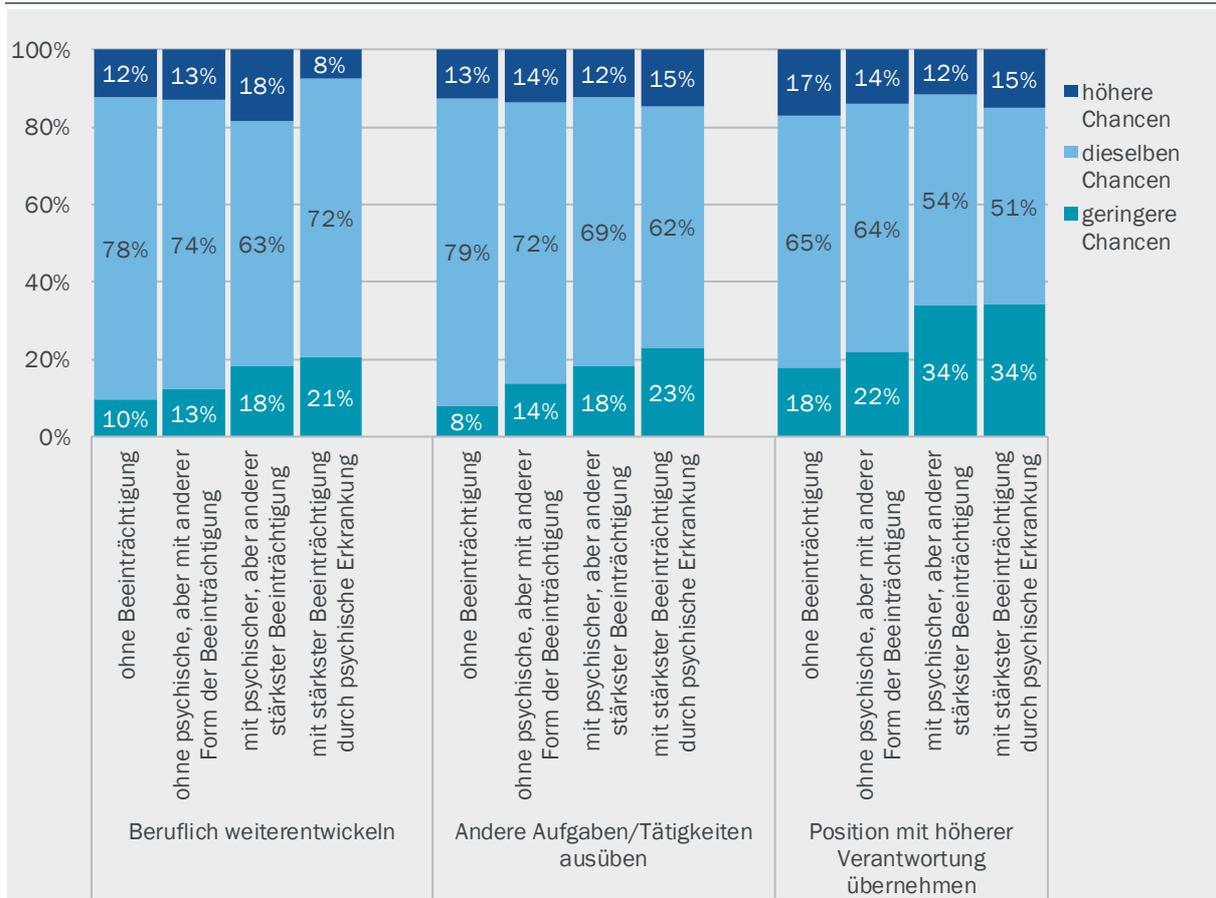
Mit der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit kann sich das Wohlbefinden der Personen auch wieder verbessern (Paul et al. 2016). Die Rückkehr in das Arbeitsleben ist jedoch erschwert, wenn eine stationär behandelte psychische Störung vorliegt. Mernyi et al. (2018) zeigten, dass von 815 stationär behandelten Patientinnen und Patienten nur 21 % ein festes Arbeitsverhältnis hatten und nur zwei Dritteln von ihnen gelang nach der Entlassung der Wiedereinstieg. Viele der in der Studie befragten Menschen sahen einen Zusammenhang zwischen den Belastungen durch ihren Arbeitsplatz und der Entstehung der Krankheitsepisode. Zu den Schutzfaktoren bei Arbeitsplatzverlust zählen persönliche Ressourcen, wie etwa ein gutes Selbstwertgefühl, ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und emotionale Stabilität. Auch soziale Unterstützung kann helfen psychische Folgen abzumildern. Andere Bewältigungsstrategien zielen darauf ab, die Situation der Arbeitslosigkeit zu beenden, die jedoch auch wieder als Belastung und zusätzliche Stressoren wahrgenommen werden können (Paul et al. 2016).

In der ersten Welle der Teilhabebefragung sind ebenfalls Indikatoren enthalten, die Aufschluss über die Teilnahmemöglichkeiten am Arbeitsmarkt geben. Über einige der oben auf Basis des SOEP dargestellten Merkmale hinaus gehören dazu auch subjektive Einschätzungen z. B. zu den beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Hierbei wird erfragt, wie die antwortenden Personen ihre Chancen in drei verschiedenen Aspekten im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen bewerten. Es zeigt sich, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Nordrhein-Westfalen insgesamt geringere Chancen im Vergleich zum Kollegium vermuten als Menschen ohne Beeinträchtigung bzw. Menschen mit einer anderen Form der Beeinträchtigung (Abbildung 19).<sup>29</sup> Insbesondere trifft dies auf Menschen zu, deren stärkste Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung bedingt ist. So sagen aus letzterer Personengruppe 34 Prozent, sie hätten geringere Chancen, eine Position mit höherer Verantwortung zu übernehmen, 23 Prozent sehen geringere Chancen, andere Aufgaben oder Tätigkeiten auszuüben und 21 Prozent rechnen mit geringeren Chancen, sich beruflich weiterzuentwickeln. Bei den Vergleichsgruppen ohne psychische Beeinträchtigung fallen die entsprechenden Anteile deutlich kleiner aus. Betrachtet man die subjektiven beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten in Abhängigkeit des Alters, ergeben sich keine auffälligen Tendenzen. Beim Geschlecht schätzen Frauen mit psychischen Beeinträchtigungen ihre Chancen etwas schlechter ein als Männer mit psychischen Beeinträchtigungen, bei anderen Beeinträchtigungsformen und Menschen ohne Beeinträchtigung sind die Abweichungen hingegen nicht eindeutig.

<sup>29</sup> Zur Definition und Abgrenzung der hier genannten Gruppen siehe Informationen im Kapitel Datenquellen.

**Abbildung 19: Subjektive Einschätzungen zu den persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten im Berufsleben, ab 16 Jahren, NRW, 2018-2020**

in Prozent



Frage: Vergleichen Sie sich einmal mit Ihren Kolleginnen und Kollegen: Haben Sie dieselben Chancen, geringere Chancen oder höhere Chancen...

Quelle: Teilhabebefragung von Menschen mit und ohne Behinderungen 2020 (V8). Eigene Berechnung Prognos AG.

Darüber hinaus bestimmen sich die Möglichkeiten zur Teilhabe maßgeblich über die verfügbaren finanziellen Mittel. Auch diesbezüglich sind Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen aus Nordrhein-Westfalen seltener zufrieden als die übrige Bevölkerung. 51 Prozent der Befragten mit der stärksten Beeinträchtigung durch eine psychische Erkrankung bewerten den Geldbetrag, den sie persönlich insgesamt im Monat zur Verfügung haben, als „mittelmäßig“, 12 Prozent als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Als „sehr gut“ und „gut“ empfinden nur 37 Prozent ihre finanziellen Mittel. Bei Menschen, die zwar ebenfalls eine psychische, aber eine andere stärkste Form der Beeinträchtigung angeben, ist die Zufriedenheit mit dem monatlichen Einkommen noch geringer. Hier empfinden nur 12 Prozent dieses als „gut“ und zwei Prozent als „sehr gut“. Besonders schlecht unter den Menschen mit psychischer Beeinträchtigung insgesamt schätzen Ältere ab 60 Jahren ihr finanzielles Auskommen ein. Demgegenüber sind Menschen ohne Beeinträchtigungen häufiger (sehr) zufrieden (93 %), aber auch Menschen mit ausschließlich einer anderen Form der Beeinträchtigung sind im Vergleich deutlich häufiger zufrieden mit ihrem Einkommen (54 % „sehr gut“ oder „gut“).

---

## 7 COVID-19 und psychische Gesundheit

---

Die Covid-19-Pandemie stellte für viele Menschen eine außergewöhnliche Belastung dar, die Risiken für die psychische Gesundheit mit sich brachte. Wie stark Menschen dieser Belastung ausgesetzt waren, hing von vielfältigen individuellen und sozialen Einflussfaktoren ab, darunter Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand sowie Familienstand und Wohnsituation.

Bei Kindern und Jugendliche zeigen die Ergebnisse der Befragungsstudien, dass es eine Zunahme an psychischen Auffälligkeiten sowie Depressions- und Angstsymptomen gab. Auch die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle ist während der Pandemie gestiegen. Zu den spezifischen Belastungen zählten die Kontaktbeschränkungen und eine Vielzahl der situativen Faktoren, die sich aus den Schutzmaßnahmen ergaben (z. B. Schließung von Kindertagesstätten und Schulen), aber auch die (auch medial vermittelte) Erfahrung von Bedrohung insgesamt.

Auch bei Erwachsenen mittleren Alters und älteren Menschen gibt es Hinweise darauf, dass die Pandemie die psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit beeinträchtigt hat. Bei Erwachsenen hat sich die Pandemie auf eine Vielzahl an Faktoren ausgewirkt, die das psychische Wohlbefinden einschränkten. Diese Faktoren ergaben sich häufig aus der bereits bestehenden individuellen und sozialen Situation und wurden durch die Erfahrung der Pandemie verstärkt.

Die Covid-19-Pandemie stellte für viele Menschen ein kritisches Lebensereignis und einen länger andauernden Ausnahmezustand dar (Strauß et al. 2021). Die pandemiebedingten Entwicklungen bildeten einen Komplex aus vielfältigen, häufig interagierenden Einflussfaktoren auf die menschliche Psyche (Mauz et al. 2021). Vor allem während der Lockdowns veränderte sich das alltägliche private, soziale und berufliche Leben erheblich. Unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen waren von den pandemischen Entwicklungen und den entsprechenden Schutzmaßnahmen verschiedenartig betroffen. Daneben zeigte sich, dass sich die Wahrnehmung der Belastungen und die Folgen für die psychische Gesundheit auch aufgrund von individuellen Faktoren, wie Geschlecht, Alter, Gesundheitszustand, Familienstand und Wohnsituation unterschieden. Obgleich eine große Anzahl an Studien die Entwicklung der psychischen Gesundheit im Zusammenhang mit der Pandemie untersucht hat, können bislang nur vorläufige Schlüsse gezogen werden (RKI 2022).

### 7.1 Kinder und Jugendliche

#### Entwicklung der psychischen Gesundheit während der Pandemie

Die Studienlage gibt deutliche Hinweise auf einen pandemiebedingten Anstieg psychischer Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen (Bujard et al. 2021). Daten aus repräsentativen Befragungsstudien weisen darauf hin, dass sich im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie psychische Belastungen unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland

erhöhten und psychische Auffälligkeiten, depressive Symptome und Angstsymptome zunahmen (Ravens-Sieberer et al. 2021; Ravens-Sieberer 2023; Ravens-Sieberer et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2023; Reiß et al. 2024; Reiß et al. 2023; Bohl et al. 2023; Luhmann et al. 2023).<sup>30</sup> Nach fast drei Jahren Pandemie ging der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die depressive Symptome berichteten auf das Niveau vor der Pandemie zurück, allerdings blieben die Anteile derjenigen, die psychische Auffälligkeiten und Angstsymptomen zeigen, weiterhin oberhalb der präpandemischen Werte (Reiß et al. 2023).

Auch die ambulanten Diagnosedaten zeigen eine Zunahme von Neuerkrankungen depressiver Störungen und anderen Angststörungen und weisen damit auf einen Zusammenhang zwischen der Pandemieerfahrung und den psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen hin (Kohring et al. 2023).

### **Pandemiebedingte Belastungsfaktoren**

Während der Pandemie waren Kinder und Jugendliche einer Vielzahl an Belastungsfaktoren ausgesetzt. Zu ihnen zählten insbesondere die Kontaktbeschränkungen, die sich aus den pandemischen Schutzmaßnahmen ergaben. Die Schließung von Kindertagesstätten und Schulen und der Wegfall von gemeinsamen Freizeitaktivitäten führten dazu, dass sich Kinder nicht in ihrem gewohnten sozialen Umfeld bewegen und mit Gleichaltrigen austauschen konnten. Soziale Erfahrungen, wie sie für die Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung von Kindern notwendig sind, entfielen bzw. wurden in ihrem Umfang deutlich verringert. Bei kleineren Kindern und Kindern mit Migrations- oder Fluchterfahrung ist die soziale Interaktion auch für den Spracherwerb maßgeblich, der durch die Kontaktbeschränkungen beeinträchtigt wurde. Zudem wurde eine Zunahme an Kontaktängsten berichtet (Bujard et al. 2021).

Gleichzeitig führten die Kontaktbeschränkungen zu einer Konzentration auf das häusliche und familiäre Umfeld. Betreuung und Unterricht wurden maßgeblich in den Familien geleistet, in vielen Fällen musste die Umstellung auf eigenständiges Lernen gemeistert werden. Die sozialen, räumlichen und technischen Voraussetzungen für diese Umstellung fielen jedoch sehr unterschiedlich aus. Die permanente Nutzung des gemeinsamen Wohnraums ging häufig mit einem Mangel an Rückzugsorten einher. Auch die finanzielle Situation der Familien, z. B. bei pandemiebedingter Arbeitslosigkeit der Eltern, wirkten als zusätzliche Stressoren auf das Familienleben aus (Ladberg 2022; Schlack et al. 2021; Bujard et al. 2021).

In der COPSY-Studie gaben 70,7 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen an, sich durch die Pandemie und die mit ihr einhergehenden Veränderungen belastet zu fühlen (Ravens-Sieberer et al. 2021). Die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen nahmen Belastungen während der gesamten Pandemiezeit wahr, allerdings wurden sie zu Zeiten der Lockdowns häufiger berichtet (Ravens-Sieberer et al. 2023). Die COPSY-Studie untersuchte auch, welche Art der Belastung Kinder und Jugendliche besonders häufig beeinträchtigten. 82,8 Prozent gaben an, dass sie den fehlenden Kontakt zu Freundinnen und Freunden als belastend wahrnahmen, 64,4 Prozent empfanden den Unterricht zu Hause als anstrengend und 27,6 Prozent berichteten über Streitigkeiten in den Familien als Belastungsfaktor (Ravens-Sieberer et al. 2021).

Daneben wurden eine Vielzahl an situativen Belastungsfaktoren genannt, die sich durch die Pandemie manifestiert oder verstärkt haben. Dazu zählen der Verlust vertrauter Tages- und Wochenstrukturen, Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, verringerte Möglichkeiten zu Sport und

<sup>30</sup> Die Entwicklung der Prävalenz von psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie wird im Kapitel 4.1. berichtet.

Bewegung und vermehrter Medienkonsum. Berichtet wurde auch von erhöhtem familiärem Stress, die Übertragung der psychischen Belastungen der Eltern auf die Kinder und gehäuften Aggressionen im familiären Umfeld bis hin zur häuslichen Gewalt. Auch die Berichterstattung in den Medien sowie die Erfahrung von Covid-bedingter Krankheit oder sogar Tod im familiären Umfeld wurden als Belastungsfaktoren angeführt, die als Gefühle von Bedrohung, Ängsten und Verlusten erfahren wurden (Ladberg 2022; Schlack et al. 2021; Bujard et al. 2021; Bohl et al. 2023; Reiß et al. 2023; Mauz et al. 2021).

### **Risiko- und Schutzfaktoren**

Individuelle und sozioökonomische Aspekte können Risiko- und Schutzfaktoren darstellen. Zu den individuellen Faktoren gehört der psychische und physische Gesundheitszustand vor der Pandemie. Kinder und Jugendliche, die vor der Pandemie bereits gesundheitliche Probleme hatten, hatten ein erhöhtes Risiko depressive Symptome während des ersten Lockdowns zu entwickeln. Das galt insbesondere für Kinder, die bereits psychisch vorbelastet waren (Bujard et al. 2021). Häufig hat die Erfahrung der Covid-19-Pandemie bereits vorhandene Unterschiede verstärkt, etwa Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Auch vor der Pandemie zeigten weibliche Jugendliche häufiger depressive Symptome als männliche. Dieser Unterschied vergrößerte sich während der Pandemie.

Es gibt auch Hinweise darauf, dass Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten während der Pandemie hatten als Kinder und Jugendliche mit höherem Status (Bohl et al. 2023). Dies zeigte sich bspw. in der stärkeren Belastung von Kindern und Jugendlichen, deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss hatten (Ravens-Sieberer et al. 2023). Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss berichteten mehr als doppelt so häufig als Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss, dass die Veränderungen durch die Pandemie für sie belastend waren. Ein Drittel der Kinder (33,2 %), deren Eltern einen niedrigen Bildungsabschluss haben, fanden das Lernen sei im Vergleich zur Schule viel anstrengender, während dies nur ein Fünftel der Kinder (20,4 %) angaben, deren Eltern einen hohen Bildungsabschluss hatten. Kinder und Jugendliche, die mit ihren Familien auf beengtem Wohnraum lebten (unter 20 qm pro Person), waren ebenfalls mit höherer Wahrscheinlichkeit stärker belastet (Bohl et al. 2023).

Anzunehmen ist, dass Familien mit einem höheren Einkommen eher Möglichkeiten hatten, ihren Kindern Unterstützung zukommen zu lassen, z.B. in Bezug auf Räumlichkeiten und technische Ausstattung, die sowohl für schulische Aktivitäten als auch für die Kommunikation mit anderen Kindern und Jugendlichen genutzt werden konnten. Diese Formen der Unterstützung können helfen, Kinder und Jugendliche vor sozialer Isolation durch Kontaktbeschränkungen zu schützen. Eltern mit höherem Bildungsgrad hatten es auch leichter, ihre Kinder bei schulischen Aufgaben zu unterstützen.

Auch für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund stellte die Pandemie eine Herausforderung dar. Jugendliche mit Migrationshintergrund hatten ein höheres Risiko depressiver Symptome als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Eltern mit Migrationshintergrund berichteten zudem häufiger als Eltern ohne Migrationshintergrund, dass die Pandemie ihren Kindern das Lernen erschwert hat (38,4 % vs. 30,5 %) (Ravens-Sieberer et al. 2021).

## 7.2 Menschen im Erwachsenenalter

### Entwicklung der psychischen Gesundheit während der Pandemie

Die Covid-19-Pandemie hat sich auch auf die psychische Gesundheit von Menschen im Erwachsenenalter ausgewirkt. Mehrere bundesweite Befragungsstudien verweisen darauf, dass während der Pandemie die Häufigkeit von Ängsten, depressiven Symptomen, psychischen Belastungen und schlechter Schlafqualität auch unter Erwachsenen zugenommen hat (Petzold et al. 2020; Bäuerle et al. 2020; Skoda et al. 2021; Beckmannshagen et al. 2023). Dabei zeigten sich auch Unterschiede zwischen den einzelnen Phasen der Pandemie. Während des ersten Lockdowns waren Depressions- und Angstsymptome weiter verbreitet als während des zweiten Lockdowns, bei dem die Häufigkeit dieser Symptome fast das Niveau vor der Pandemie erreichte (Entringer und Kröger 2021). Allerdings verschlechterte sich im Verlauf der Pandemie die subjektive Lebensqualität vieler Erwachsener. So gingen die Lebenszufriedenheit, die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit und das Wohlbefinden während des zweiten Lockdowns gegenüber dem ersten Lockdown zurück. Gleichzeitig nahm die Sorge um die Gesundheit zu. In beiden Phasen der Pandemie fühlten sich mehr Menschen einsam als vor der Pandemie (Entringer und Kröger 2021).

Auch unter älteren Menschen haben Angstsymptome und Depressivität während der Pandemie zugenommen. Dabei ist die Studienlage uneinheitlich. Einerseits wird berichtet, dass die psychischen Belastungen zugenommen und die subjektive Lebenszufriedenheit abgenommen hatten. So zeigt eine Studie unter hochaltrigen Menschen (n=156, mittleres Alter 87 Jahre), die im Frühjahr 2020 und im Frühjahr 2021 befragt wurden, dass die psychischen Belastungen in der frühen Phase der Pandemie auch in dieser Altersgruppe deutlich zugenommen hatten (Gerhards et al. 2023). Es gibt aber auch Hinweise darauf, dass die ältere bis hochaltrige Bevölkerung insgesamt eine hohe Resilienz aufwies, auch wenn verschiedene Teilpopulationen in höherem Maße betroffen waren (z.B. Menschen in besonderer Isolation zu Zeiten der Lockdowns).

### Pandemiebedingte Belastungsfaktoren

Bei Erwachsenen fielen die Belastungsfaktoren je nach beruflicher und familiärer Situation unterschiedlich aus. Je nach Branche und Beruf kam es zu einer (erstmalig) vermehrten oder vollständigen Umstellung auf Tätigkeiten im Homeoffice. Manche Branchen waren von Kurzarbeit oder Freistellung, sogar von Betriebsschließungen betroffen. Selbstständige erlebten den Wegfall von Aufträgen, was ebenfalls Unterbeschäftigung und Arbeitslosigkeit zur Folge haben konnte. Menschen in systemrelevanten Berufen waren dagegen teilweise am Arbeitsplatz stärker gefordert als zuvor. Gesundheitspersonal war besonders hohen Belastungen ausgesetzt. Vor allem in der frühen Phase der Pandemie, als es noch keinen Impfstoff zur Verfügung stand, gehörten dazu die Angst vor einer eigenen Ansteckung oder Sorge um die Weitergabe des Virus an enge Kontakte. Neben der Zunahme an Ängsten und Depressionen wurde auch von posttraumatische Belastungsstörungen berichtet (Kramer et al. 2021). Bei einer Ansteckung mit dem Virus waren zudem die Symptome der Infektion eine weitere Belastung, insbesondere bei langwierigen Verläufen. Auch schwere Covid-Verläufe und der Verlust von Angehörigen gehörten zu den Erfahrungen mancher Familien.

Durch die Schließung von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen verlagerte sich die Verantwortung für Kinderbetreuung und Schulbildung auf die Privathaushalte. Hinzu kam häufig der Ausfall der Großeltern als Betreuungspersonen, da sie vor allem in der Anfangsphase als besondere Risikogruppe eingestuft wurden. Eltern mit jüngeren Kindern waren plötzlich mit der

Rund-um-die-Uhr-Betreuung ihrer Kinder zu Hause beschäftigt und Wege finden, dies mit ihrem Berufsleben zu vereinbaren.

Die COPSYS-Studie hat neben den Kindern und Jugendlichen auch Eltern und ihre Belastungsempfinden während der Pandemie erfasst. Insgesamt fühlten sich 75,4 Prozent der Eltern durch die Pandemie und die damit einhergehenden Veränderungen zusätzlich belastet. Als besonders belastend empfanden viele Eltern die Veränderung ihrer beruflichen Situation (79,0 %). Viele wünschten sich zusätzliche Unterstützung während der Pandemie (63 %). Von diesen gaben rund zwei Drittel (65,2 %) an, dass sie sich mehr Unterstützung von der Schule bzw. von Lehrern gewünscht hätten (Ravens-Sieberer et al. 2021). Ein Drittel der Eltern berichteten, dass familiäre Konflikte während der Pandemie leichter eskalierten als vor der Pandemie (Ravens-Sieberer et al. 2023). Derartige Belastungen wirkten sich negativ auf das Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit der Eltern aus und trugen zu ihrer emotionalen Erschöpfung bei (Bujard et al. 2021).

Auch die Freizeitgestaltung und das Sozialleben Erwachsener wurde unter anderem durch Veranstaltungsverbote, Schließung von Restaurants, Bars und Fitnessstudios eingeschränkt (Bujard et al. 2021; Ladberg 2022). Diese Veränderungen hatten zur Folge, dass manche Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit, wie soziale und Freizeitaktivitäten, sowie Versorgungsangebote wegfielen und gleichzeitig Unsicherheiten und Ängsten in Bezug auf das Infektionsgeschehen hinzukamen. Die Einschränkungen des Sozialleben betrafen alleinlebende und alleinstehende Menschen überproportional, darunter auch viele ältere Menschen. Der Anteil der Menschen, die sich einsam fühlten, nahm während der Pandemie zu (Bujard et al. 2021; Ladberg 2022; Mauz et al. 2021). Dabei war das Gefühl von Einsamkeit auch während der Pandemie unter Frauen weiter verbreitet als unter Männern (56,1 % vs. 43,9 %) (Berger et al. 2021).

### **Risiko- und Schutzfaktoren**

Insgesamt wird davon ausgegangen, dass die besonderen Belastungen während der Pandemie vorhandene gesundheitliche und soziale Ungleichheiten eher verstärkt als geschaffen haben. Risiko- und Schutzfaktoren, die auch sonst die psychische Gesundheit beeinflussen, wirkten sich auch während der Pandemie aus bzw. wurden durch die spezifischen Belastungen in ihrem Einfluss verstärkt. Dazu gehörten Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, der Zusammenhalt in der Familie und Familienstatus sowie die finanzielle Situation (Li et al. 2022; Bujard et al. 2021; Entringer und Kröger 2021). Risiko- und Schutzfaktoren traten dabei regelhaft in Kombination auf.

Insbesondere Frauen und jüngere Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund zeigten vermehrt Symptome von Depressivität und Angst während der Pandemie – also Bevölkerungsgruppen, die ohnehin ein erhöhtes Depressions- und Angstrisiko haben (Entringer und Kröger 2021). Eine bereits bestehende psychische oder körperlich Erkrankung sowie eine Erkrankung an Covid-19 wurden als weitere Risikofaktoren für die Entwicklung bzw. Verstärkung psychischer Störungen während der Pandemie bei Erwachsenen identifiziert (Strauß et al. 2021; Skoda et al. 2021; Mauz et al. 2021).

Eltern waren gegenüber kinderlosen Personen stärker belastet und hatten daher ein höheres Risiko einer psychischen Erkrankung. Eltern von Kindern mit schlechtem Gesundheitszustand bzw. chronischen Erkrankungen oder Behinderungen hatten ein erhöhtes Risiko für Erschöpfung, vor allem als im ersten Lockdown Therapien, Hilfen und unterstützende Maßnahmen wegfielen.

Mütter, Alleinerziehende und Familien mit niedrigem Einkommen hatten ebenfalls erhöhte Risiken, durch die Pandemie beeinträchtigt zu werden (Bujard et al. 2021).

Die dahinterliegenden Gründe sind vielfältig. Frauen beispielsweise waren vor der Pandemie bereits stärker von Stress, Depression und Erschöpfung betroffen als Männer, weshalb ihre Vulnerabilität für pandemiebedingte Auswirkungen vermutlich erhöht war. Zugleich leisteten sie den größten Anteil der Haus- und Familienarbeit sowohl vor als auch während der Pandemie, was zu einer vergleichsweise hohen Belastung im Alltag führte (Bujard et al. 2021). Der sogenannte Mental Load, d. h. die kognitive Planungsarbeit der Familienaufgaben, war bei Müttern auch vor der Pandemie höher als bei Vätern und während der Pandemie besonders hoch (Bujard et al. 2021).

Alleinerziehende sind häufig auf die informelle Betreuung ihrer Kinder durch Verwandte angewiesen, so dass der Rückgang der Kontakte zu Großeltern während der Pandemie häufig eine Betreuungslücke schaffte. Auch das Armutsrisiko ist unter Alleinerziehenden höher als bei Paaren mit Kindern. Vollzeitbeschäftigte Eltern hatten weniger Zeit für die Betreuung ihrer Kinder als teilzeitbeschäftigte. Eltern mit niedrigerem Bildungsniveau waren stärker durch das Homeschooling gefordert als Eltern mit hohem Bildungsniveau, denen es leichter fiel, ihre Kinder bei den schulischen Aufgaben zu unterstützen (Bujard et al. 2021). Solche zusätzlichen Belastungen hatten das Potenzial sich auf die psychische Gesundheit der Eltern und der Kinder auszuwirken.

Bei älteren Menschen wird häufig von einer besonderen Resilienz gegenüber den pandemiebedingten Einschränkungen berichtet. Allerdings ist die Studienlage hierbei uneindeutig, auch weil es sich – wie bei den übrigen Erwachsenen – um Menschen in unterschiedlichen sozialen Lagen handelt, die vor und während der Pandemie mit unterschiedlichen Ressourcen ausgestattet waren. Auch bei älteren Menschen gilt daher, dass die Effekte bestehender Risiko- und Schutzfaktoren durch die Pandemie eher verstärkt wurden.

---

## 8 Exkurse

---

Im folgenden Kapitel werden vier Exkursthemen vertieft behandelt. Hierbei handelt es sich um Einsamkeit, risikoreichen Cannabiskonsum, riskante Mediennutzung sowie Essstörungen.

### 8.1 Einsamkeit

Einsamkeit beeinträchtigt das körperliche Wohlbefinden und birgt erhebliche Risiken für die psychische Gesundheit. Dabei können sich Menschen jeden Alters einsam fühlen. Dabei wird zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit unterschieden, d.h. dem Fehlen von emotional nahestehenden Bezugspersonen einerseits und dem Mangel an sozialer Zugehörigkeit andererseits.

Untersuchungen in allen Altersgruppen zeigen, dass sich ein erheblicher Anteil an Menschen manchmal oder häufig einsam fühlt. Bei jungen Erwachsenen in Nordrhein-Westfalen gaben bis zu 78 Prozent an, sich zumindest moderat einsam zu fühlen. Es gibt Anzeichen dafür, dass der Anteil der Menschen, die sich einsam fühlen, während der Covid-19-Pandemie gestiegen ist und in den Folgejahren zwar abgenommen hat, aber noch über dem Wert vor der Pandemie liegt.

Ältere Menschen aber auch Alleinerziehende und Alleinlebende, Menschen mit psychischen Vorerkrankungen sowie Menschen mit Migrations- und Fluchterfahrung, niedrigem Bildungsstatus und ohne Erwerbstätigkeit haben ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko.

Einsamkeit ist ein Gefühl, das sich einstellt, wenn Menschen ihre sozialen Bindungen als zu wenig oder als qualitativ unzureichend empfinden und dies in Diskrepanz zu ihren Erwartungen steht. Dabei wird häufig zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit unterschieden (Weiss 1973). Bei der emotionalen Einsamkeit fehlt eine emotional nahe Bezugsperson, wie es sie in einer Partnerschaft, in der Familie oder in engen Freundschaften gibt. Bei der sozialen Einsamkeit handelt es sich um den empfundenen Mangel an Zugehörigkeit zu einer Gruppe, etwa aufgrund fehlender sozialer Einbindung durch Freunde, Bekannte oder Nachbarn oder durch Einschränkungen bei der sozialen Teilhabe. Einsamkeit wurde lange als Problem älterer Menschen wahrgenommen. Dabei kann Einsamkeit prinzipiell Menschen jeden Alters treffen.

Menschen, die sich einsam fühlen, haben ein geringeres körperliches Wohlbefinden und haben höhere gesundheitliche Risiken als Menschen, die sich als sozial gut eingebunden empfinden (Bücker 2022). Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen betont in ihrer Stellungnahme, dass es sich bei Einsamkeit nicht um die Diagnose einer psychischen Störung handelt. Einsamkeit könne aber ein Symptom einer psychischen Störung, an ihrem Entstehen beteiligt und Begleiterscheinung oder Folge einer psychischen Störung sein (Psychotherapeutenkammer NRW 2020). Einsame Menschen haben häufiger Schlafstörungen,

Depressionen, Angststörungen, negative oder Suizidgedanken und ein höheres Risiko an Demenz zu erkranken (Bücker 2022). Menschen, die sich regelmäßig einsam fühlen, haben zudem ein geringeres Vertrauen in politische Institutionen und weniger Interesse an Politik und demokratischer Teilhabe (Schobin et al. 2024). Insgesamt unterstreicht das Thema Einsamkeit die Bedeutung sozialer Beziehungen für das menschliche und gesellschaftliche Wohlergehen.

### **Kinder und Jugendliche**

Einsamkeit kann sich auf das Leben junger Menschen in vielfacher Hinsicht nachteilig auswirken. Einsame Kinder und Jugendliche sind häufiger ängstlich oder deprimiert, haben eine höhere Stressbelastung und schlechtere körperliche Gesundheit und sind weniger körperlich aktiv (Soest et al. 2020; Matthews et al. 2023; Mahon et al. 2006; Jennen et al. 2023). Daneben werden schlechtere schulische Leistungen und ein geringeres Einkommen im Erwachsenenalter mit Einsamkeit im Jugendalter in Verbindung gebracht (Soest et al. 2020; Jefferson et al. 2023; Eccles et al. 2023).

Die Erfahrung der Covid-19-Pandemie hat das Einsamkeitsempfinden von jungen Menschen nachhaltig in den Fokus gerückt. So hat eine im Frühjahr 2020 durchgeführte Erhebung der COPSY-Studie gezeigt, dass elf Prozent der befragten 11- bis 17-Jährigen sich oft oder immer einsam fühlten. Weitere 24 Prozent berichteten sich manchmal einsam zu fühlen (Ravens-Sieberer et al. 2021)

Eine 2023 veröffentlichte Studie aus Nordrhein-Westfalen zeigte, dass Einsamkeit unter jungen Menschen auch nach der Corona-Pandemie weit verbreitet ist (Luhmann et al. 2023). Für die Studie wurden zwei Stichproben ausgewertet. Die erste Stichprobe umfasste 958 Jugendliche und junge Erwachsene aus Nordrhein-Westfalen im Alter von 16 bis 20 Jahren, die im Herbst 2023 befragt wurden, die zweite 1243 Achtklässlerinnen und Achtklässler, die im Ruhrgebiet zur Schule gingen und im Sommer 2023 an einer Befragung teilnahmen.

Bei älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen lag der Anteil derjenigen, die sich als stark einsam bezeichneten, zwischen 16,3 Prozent und 18,5 Prozent, bei jüngeren Jugendlichen zwischen 3,7 Prozent und 11,1 Prozent. Der Anteil derjenigen, die sich moderat einsam fühlten, lag deutlich höher, bei 51,2 Prozent bis 78 Prozent bei älteren und 27 Prozent bis 68,2 Prozent bei jüngeren Jugendlichen (Luhmann et al. 2023). Insgesamt wurde in der Studie eine etwas höhere Prävalenz emotionaler Einsamkeit als sozialer Einsamkeit festgestellt, mit insgesamt nur geringfügigen Unterschieden zwischen den Geschlechtern.

Zu den Risikofaktoren gehören der Auswertung zufolge finanzielle Probleme, ein geringer sozioökonomischer Status, Diskriminierungserfahrungen und besondere persönliche Belastungen (z.B. Krankheit oder Tod in der Familie, Scheidung der Eltern) sowie die Abwesenheit eines oder beider Elternteile. Einsame Jugendliche verbrachten mehr Zeit mit alleiniger Mediennutzung und weniger Zeit mit Freundinnen und Freunden oder mit sportlichen Aktivitäten. Enge Freundschaften gelten als ein wesentlicher Schutzfaktor gegen Einsamkeit im Kinder- und Jugendalter, doch nicht alle Jugendlichen bilden Mechanismen aus, die Einsamkeit entgegenwirken können, wie etwa die Fähigkeit enge Freundschaften zu bilden.

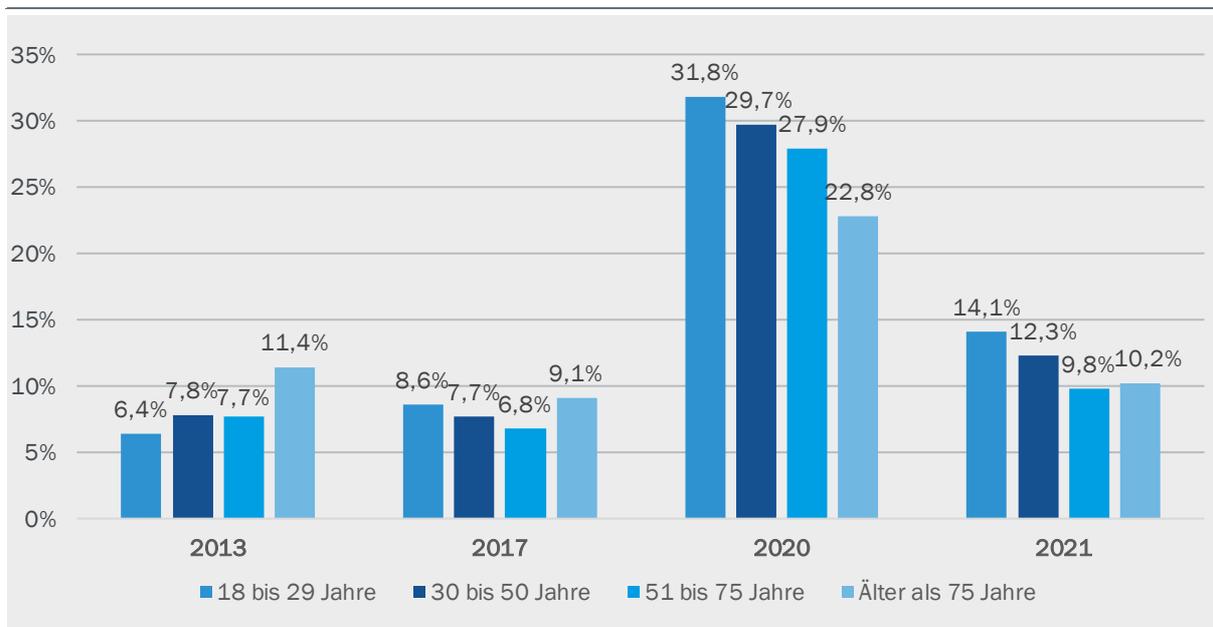
### **Menschen im Erwachsenenalter**

Insgesamt hat sich gezeigt, dass das Gefühl von Einsamkeit in allen Altersgruppen während der Covid-19-Pandemie deutlich zugenommen hat. Die Auswertung der Jahrgänge 2013, 2017, 2020 und 2021 des SOEP für Deutschland, die kürzlich im Rahmen des Einsamkeitsbarometers

veröffentlicht wurde, zeigt, dass sich auch unter Erwachsenen (18 Jahre und älter) der Anteil derjenigen, die sich häufig einsam fühlen, im Jahr 2020 gegenüber den Vorjahren 2013 und 2017 stark gestiegen ist (Abbildung 20). Bundesweit stiegen die Einsamkeitsbelastungen<sup>31</sup> in der Gesamtbevölkerung von 7,6 Prozent im Jahr 2017 auf 28,2 Prozent 2020. 2021 ist dieser Wert auf 11,3 Prozent zurückgegangen, er lag damit aber noch über dem Niveau vor der Pandemie.

Der Anstieg im Jahr 2020 ist in allen Altersgruppen bei Erwachsenen zu verzeichnen, allerdings ist auffällig, dass er bei jüngeren Erwachsenen (18 bis 29 Jahre) am stärksten und bei älteren Erwachsenen (älter als 75 Jahre) am geringsten ausfiel. Der bisherige Trend, nach dem ältere Menschen besonders einsamkeitsgefährdet sind, hat sich damit während der Pandemie umgekehrt.

**Abbildung 20: Anteil einsamkeitsbelasteter Menschen mit unterdurchschnittlicher psychischer Gesundheit nach Altersgruppe und Jahr, ab 18 Jahren, 2013, 2017, 2020 und 2021**



Quelle: Einsamkeitsbarometer 2024. Eigene Darstellung Prognos AG.

Auch in Nordrhein-Westfalen stellen die Autoren 2020 einen starken Anstieg der Einsamkeitsbelastung fest. Fühlten sich in den Jahren 2013 und 2017 7,6 bzw. 7,2 Prozent der Befragten häufiger einsam, so stieg ihr Anteil auf 13,7 Prozent im Jahr 2021.<sup>32</sup> Nordrhein-Westfalen hat sich damit von einem der Bundesländer mit der niedrigsten Einsamkeitsbelastung zu dem Land mit der höchsten Belastung entwickelt und hat die größte Zunahme zu verzeichnen (6,3 %) (Schobin et al. 2024).

<sup>31</sup> Das SOEP verwendet zwei Messinstrumente, um Einsamkeit zu erheben. Seit 2013 wird die University of California at Los Angeles Loneliness Scale eingesetzt, die anhand von drei Fragen die Einsamkeitsbelastung misst. Eine erhöhte Einsamkeitsbelastung liegt vor, wenn ein Summenwert (>3) überschritten wird. Dieser weist darauf hin, dass Menschen sich regelmäßig (häufiger als „manchmal“) einsam fühlen. Daneben wird seit 1992 Einsamkeit über die Zustimmungfrage „Ich fühle mich oft einsam“ erhoben. Dieses 1-Item-Instrument ist weniger exakt, dafür ermöglicht es Aussagen über einen langen Zeitraum.

<sup>32</sup> Die Werte für 2020 liegen leider nicht für einzelne Länder vor.

Konsistent im Zeitverlauf der SOEP-Auswertung ist, dass Frauen etwas häufiger als Männer angeben, sich regelmäßig einsam zu fühlen. Hier unterscheiden sich international die Befunde, da in anderen Studien Männer häufiger einsam sind oder der Geschlechterunterschied nur geringfügig ausfällt.

Menschen mit niedrigerem Bildungsniveau, mit Migrationshintergrund und ohne Erwerbstätigkeit haben ein höheres Einsamkeitsrisiko als diejenigen, auf die diese Bedingungen nicht zutreffen (Schobin et al. 2024). Auch Menschen mit Fluchterfahrung haben ein erhöhtes Risiko, sich einsam zu fühlen verglichen mit Menschen ohne Fluchterfahrung (24,8 % gegenüber 10,8 % 2021). Während der Covid-19-Pandemie hat der Einfluss von Unterschieden in der Bildung, im Einkommen und in der Erwerbstätigkeit auf das Einsamkeitsempfinden abgenommen. Dies war jedoch nicht der Fall für Menschen mit (direktem) Migrationshintergrund, deren Werte sich zwar angeglichen, die aber weiterhin ein erhöhtes Einsamkeitsrisiko besaßen.

Auch Alleinerziehende, Alleinlebende und Menschen mit psychischen Vorerkrankungen haben ein erhöhtes Risiko sich einsam zu fühlen. Die Auswertung des SOEP zeigt außerdem, dass Menschen, die regelmäßig einsam sind, häufig auch unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden. 2021 hatten 60,7 Prozent der Befragten, die sich regelmäßig einsam fühlen, eine unterdurchschnittliche körperliche Gesundheit (Schobin et al. 2024).

Zu den wesentlichen Schutzfaktoren gegen Einsamkeit zählen enge persönliche Verbindungen und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Enge persönliche Verbindungen, etwa in einer Partnerschaft oder in engen Freundschaften, tragen vor allem zur Vermeidung emotionaler Einsamkeit bei, während die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben der sozialen Einsamkeit entgegenwirkt. Dabei zeigt die Auswertung des SOEP, dass in Deutschland eine insgesamt hohe Zufriedenheit mit der Häufigkeit und Qualität enger Beziehungen herrscht und dass diese Zufriedenheit über die Jahre relativ konstant geblieben ist (z.B. in der Bewertung der Häufigkeit von Besuchen von Familien, Verwandten oder Freunden). Die Zufriedenheit ist dabei bei jüngeren Menschen größer als bei älteren. Auch im Hinblick auf die gesellschaftliche Teilhabe sind die Werte relativ konstant und zum Teil zunehmend bspw. bei der Ausübung von Ehrenämtern sowie sportlichen, kulturellen und künstlerischen Aktivitäten. Eine Ausnahme ist die Beteiligung an religiösen Veranstaltungen, die im Zeitverlauf insbesondere bei jüngeren Erwachsenen rückläufig ist.

## **Ältere Menschen**

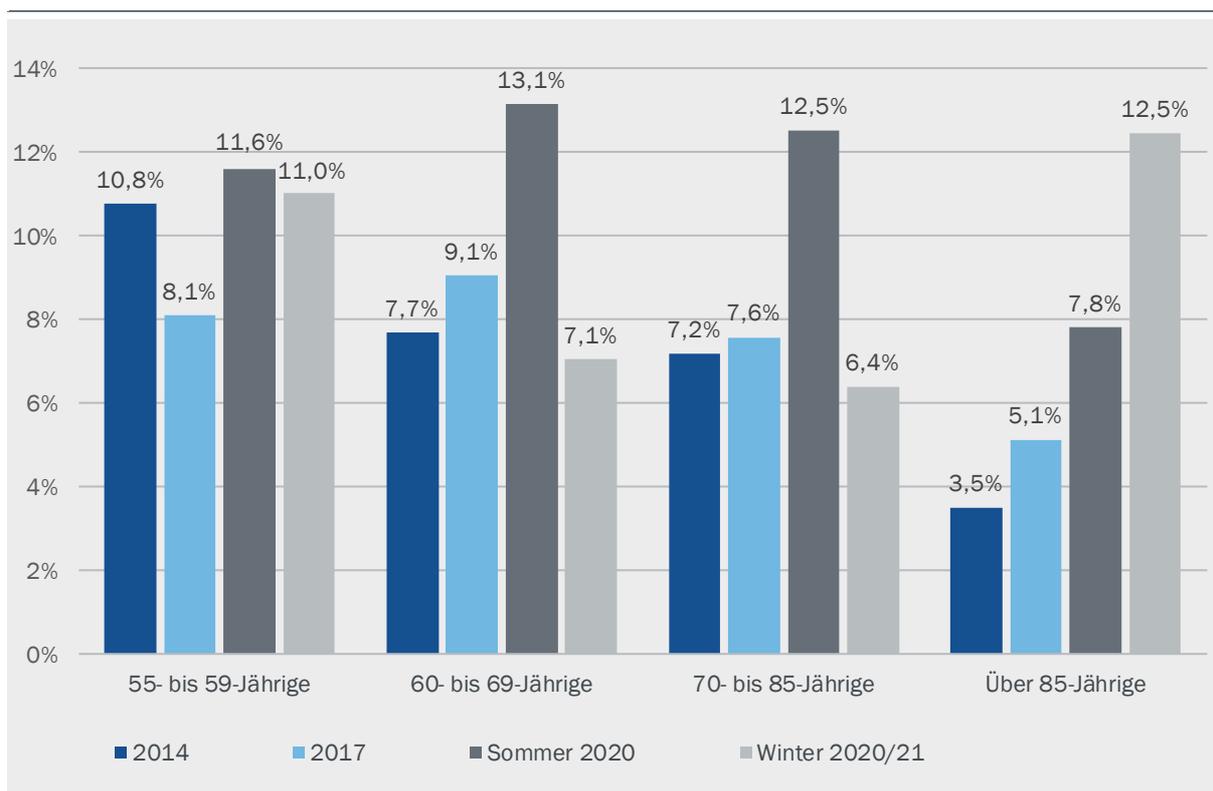
Häufig wird angenommen, dass ältere Menschen ein größeres Risiko haben sich einsam zu fühlen als jüngere Menschen. Diese Annahme wird dadurch begründet, dass ältere Menschen häufig weniger soziale Kontakte haben und sich im höheren Alter das soziale Umfeld verkleinert. Auch der Verlust der Lebenspartnerin bzw. des Lebenspartners und von Freundinnen und Freunden trägt zum Einsamkeitsrisiko bei. Allerdings ist die Studienlage zu diesem Thema uneindeutig. Eine Meta-Analyse aus dem Jahr 2020 hat ergeben, dass es keinen nachweisbaren Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit gibt (Mund et al. 2020). Dagegen zeigt die Auswertungen des SOEP für Deutschland aus den Jahren vor der Pandemie, dass die über 75-Jährigen am häufigsten einsam sind (Entringer 2022).

Es gibt Hinweise darauf, dass es älteren Menschen schwerer fällt, Einsamkeit zu überwinden als Menschen im mittleren Lebensalter. Als eine Ursache dafür gilt, dass es für ältere Menschen schwieriger sein kann neue Kontakte zu knüpfen, beispielsweise aufgrund von gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen in der Mobilität (Huxhold und Henning 2023). Menschen, die

im Laufe ihres Lebens ein größeres soziales Netzwerk gepflegt haben, profitieren davon auch noch im Alter und reduzieren damit ihr Risiko sich einsam zu fühlen.

Der Auswertung des Deutschen Alterssurveys zufolge, gibt es kaum statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Altersgruppen im mittleren und höheren Lebensalter (Wünsche und Tesch-Römer 2022). Bedeutsame Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigten sich in der Auswertung nur im Jahr 2014 (Abbildung 21). Dabei fühlten sich Menschen zwischen 55 und 59 Jahren am häufigsten einsam. Mit zunehmendem Alter nahm die Häufigkeit des Einsamkeitsempfindens ab. Für das Deutsche Alterssurvey wurden Menschen zwischen 55 und 90 Jahren, die im Privathaushalt leben, in den Jahren 2014 und 2017 sowie im Sommer 2020 und im Winter 2020/21 wiederholt befragt. Das gilt auch für die Zeit der Covid-19-Pandemie.

**Abbildung 21: Einsamkeitsquote nach Erhebungsjahr und Altersgruppe, ab 55 Jahren, 2014, 2017, 2020/21**



Quelle: Wünsche und Tesch-Römer (2022), Deutscher Alterssurvey. Eigene Darstellung Prognos AG. 2014 (n=7.875), 2017 (n=5.510), 2020 (n=4.609), 2020/21 (n=4.367).

Im Zeitverlauf zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede nur bei den 60- bis 69-Jährigen und den 70- bis 85-Jährigen. Bei ihnen ist die Einsamkeitsquote zwischen 2014 und Sommer 2020 angestiegen, jedoch bis Winter 2020/21 wieder zurückgegangen. Der Survey fand keine statistisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den Geschlechtern oder zwischen Menschen, die in der Stadt oder auf dem Land wohnen.

## 8.2 Risikoreicher Cannabiskonsum

Cannabisprodukte werden heute deutlich häufiger konsumiert als in den Vorjahren. Die 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums hat sowohl bei Erwachsenen als auch bei jungen Menschen seit 1997 deutlich zugenommen.

Zehn Prozent der 18- bis 59-Jährigen hatten im Jahr 2021 Cannabis konsumiert, gegenüber 8,3 Prozent 2018 und 4 Prozent 1997. Bei jungen Erwachsenen von 18 bis 25 Jahren stieg die 30-Tage-Prävalenz auf 12 Prozent 2021. In dieser Altersgruppe haben rund die Hälfte mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert (Lebenszeitprävalenz). Bei Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren ist die 30-Tage-Prävalenz zwischen 2019 und 2021 auf 3,5 Prozent leicht zurückgegangen. In allen Altersgruppen ist der Konsum bei Männern höher als bei Frauen.

Bei fast einem Drittel der Erwachsenen über 18 Jahren gilt der Cannabiskonsum als problematisch. Zwischen 2011 und 2021 hat sich die Zahl der vollstationär behandelten Behandlungsfälle aufgrund von psychischen Störungen durch Cannabinoide in Nordrhein-Westfalen nahezu verdoppelt.

Die Studienlage zeigt, dass Menschen mit problematischem Cannabiskonsum ein erhöhtes Risiko für eine Reihe an psychischen Störungen haben und das dieses Risiko insbesondere bei jungen Menschen erhöht ist.

Im April 2024 ist das Cannabisgesetz in Kraft getreten, dass Personen ab 18 Jahren bundesweit den legalen Besitz und Konsum von Cannabis unter bestimmten Voraussetzungen ermöglicht. In dem Zusammenhang werden insbesondere die Folgen riskanten Cannabiskonsums bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kritisch diskutiert, zu denen auch Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit zählen können. Zudem wurde während der Corona-Pandemie ein verstärkter Konsum von Cannabis festgestellt, insbesondere unter Personen, die bereits zuvor häufig Cannabis konsumierten (Olderbak et al. 2023).

Cannabis als Rauschmittel liegt in verschiedenen Produkten vor und kann auf unterschiedliche Arten konsumiert werden. Zu den Produkten zählen Marihuana (Cannabisblüten), Haschisch (Harz der Hanfpflanze) sowie Cannabisextrakte wie Haschischöl. Cannabinoide entfalten ihre Wirkung, indem sie über die Lunge eingeatmet werden (durch Verbrennung oder Verdampfung) oder als Getränk oder Gebäck zu sich genommen werden. Je nach Darreichungsform und Konzentration kann Cannabis unterschiedlich starke Wirkungen entfalten.

### Prävalenz des Cannabiskonsums

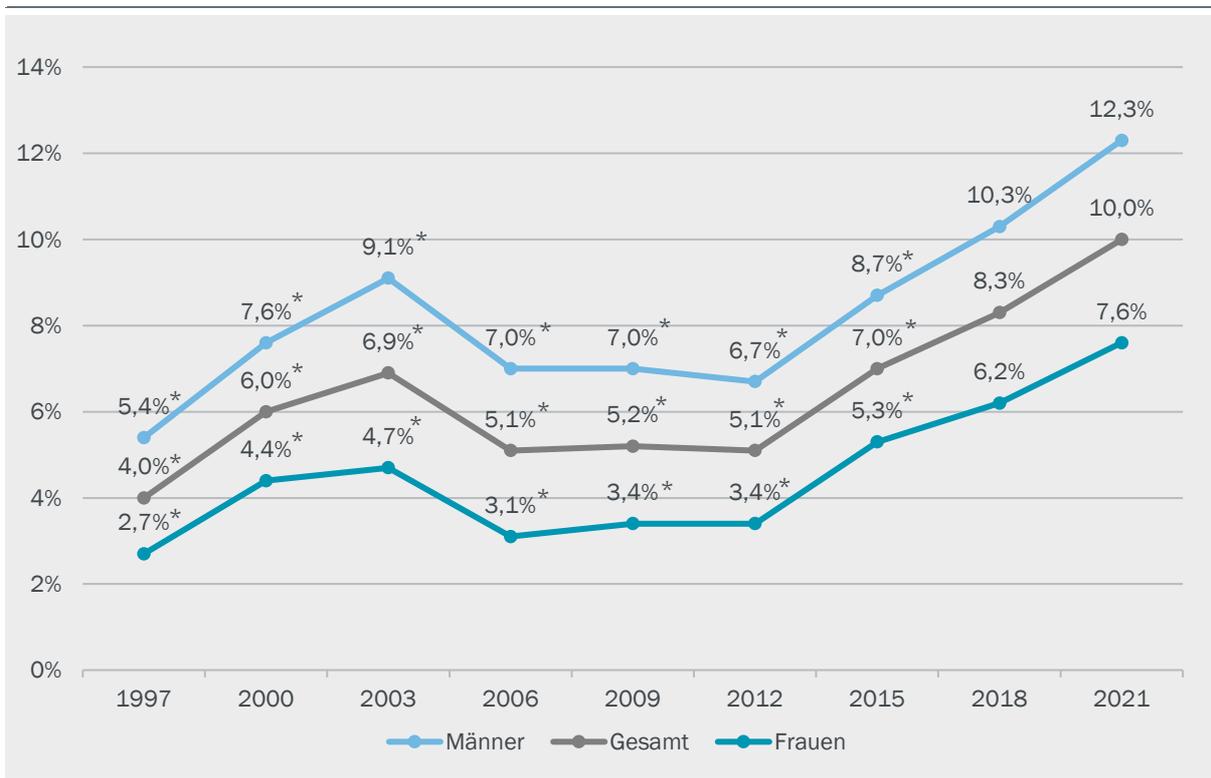
#### *Menschen im Erwachsenenalter*

Der epidemiologische Suchtsurvey erfasst den Konsum von Cannabis und anderer Substanzen in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands in Zeitabständen von drei Jahren und erlaubt damit eine Langzeitbetrachtung der Trends in Bezug auf Cannabiskonsum (IFT 2022). Die Ergebnisse des Suchtsurveys zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 59 Jahren zwischen 1997 und 2021 zugenommen hat, wenn auch nicht kontinuierlich (Abbildung 22). Nach einem vorläufigen Höchststand im Jahr 2003 ist der Anteil der Personen, die in den

letzten 12 Monaten zumindest einmal Cannabis konsumiert haben, zunächst zurückgegangen, um dann ab 2012 wieder anzusteigen. Auch im Zeitraum von 2018 bis 2021, dem zweiten Jahr der Covid-19-Pandemie, ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. 2021 haben demnach 10 Prozent der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland (18 bis 59 Jahre) zumindest einmal in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert.

Die 12-Monats-Prävalenz im Zeitverlauf zeigt zudem, dass Männer deutlich häufiger Cannabis konsumieren als Frauen. Dieser Befund ist konsistent mit weiteren Ergebnissen aus internationalen Studien. In der EU lag der Anteil der Männer unter den Cannabis-Konsumierenden bei 84 Prozent (Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht 2022). Bis zum Jahr 2024 wird eine weitere Zunahme der 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen auf bis zu 15 Prozent erwartet (Olderbak et al. 2023).

**Abbildung 22: 12-Monats-Prävalenz des Cannabiskonsums bei 18- bis 59-Jährigen, Deutschland, 1997-2021**



Quelle: Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Eigene Darstellung Prognos AG.

\* Statistisch signifikanter Unterschied ( $p < 0,05$ ) im Vergleich mit dem Jahr 2021.

Weitere Analysen des Suchtsurvey zeigen, dass insbesondere die Zahl der Personen gestiegen ist, die Cannabis stark konsumieren (Olderbak et al. 2023).<sup>33</sup> Während in den Vorjahren der Anteil der starken Nutzerinnen und Nutzer unter den Cannabiskonsumierenden weitgehend konstant blieb, ist ihr Anteil zwischen 2018 und 2021 gestiegen. Haben 2018 9,5 Prozent der Personen,

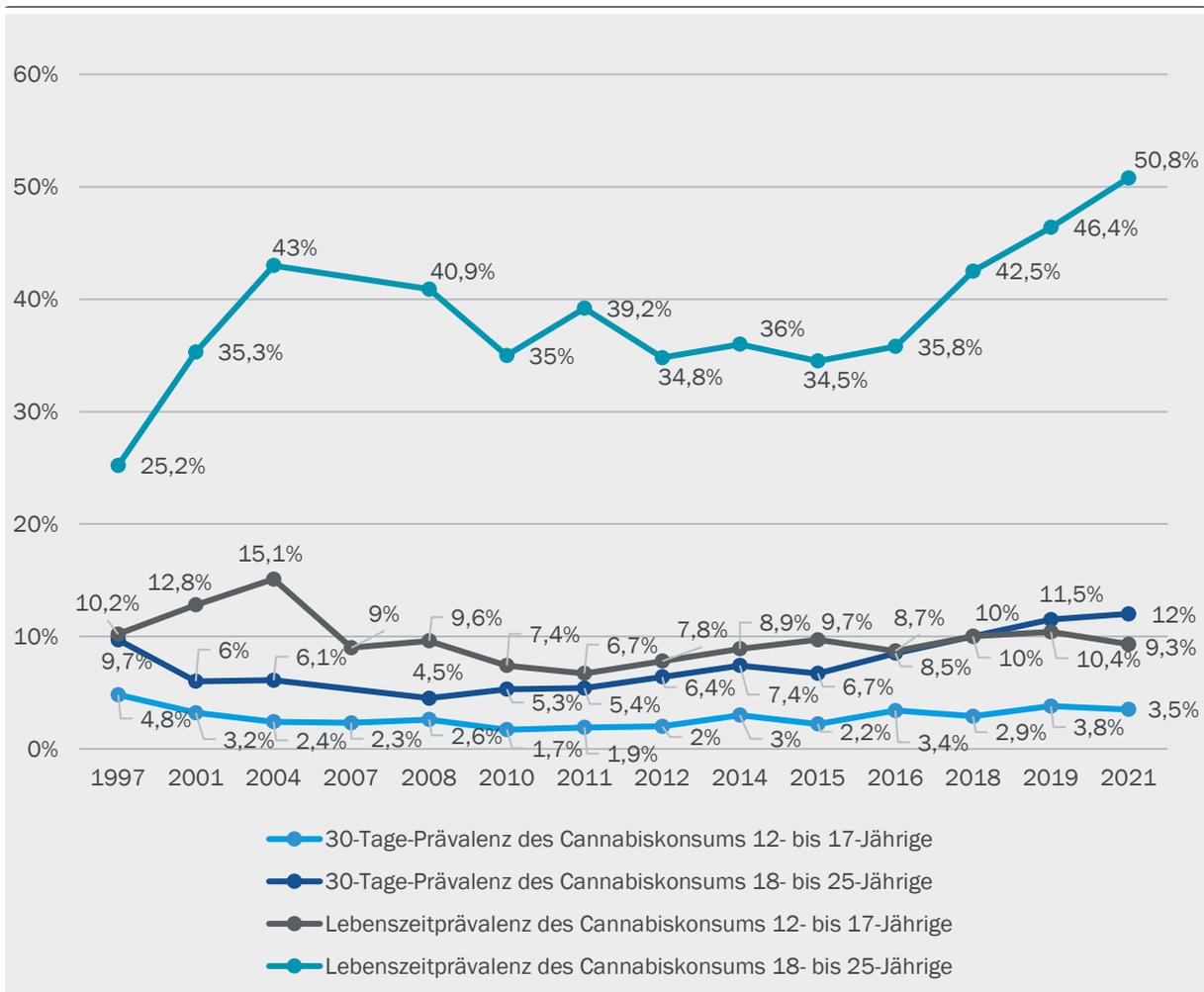
<sup>33</sup> Der Cannabiskonsum gilt als stark, wenn Cannabis (fast) täglich oder mindestens 200-mal pro Jahr konsumiert wird.

die Cannabis konsumierten, dies stark getan, so stieg ihr Anteil 2021 auf 15,7 Prozent. Auch hier liegen die Raten der Männer über denen der Frauen. (Olderbak et al. 2023).

*Jugendliche und junge Erwachsene*

Zusätzlich zur 12-Monats-Prävalenz ist die Lebenszeitprävalenz ein aussagekräftiges Maß zur Verbreitung des Cannabiskonsums in der Bevölkerung. Daten hierzu liefert die Befragung der BZgA zum Substanzkonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die regelmäßig durchgeführt wird. Für die Befragung 2021 wurden 7.002 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 12 bis 25 Jahren befragt (BZgA 2022). Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass sich bei den 12- bis 17-Jährigen der Anteil derjenigen, die mindestens einmal im Leben Cannabis probiert haben, gegenüber 2021 erhöht hat. Der Anteil liegt jedoch immer noch unter dem Wert von 2004. Rund die Hälfte aller jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren hatte im Jahr 2021 bereits einmal Cannabis konsumiert (Abbildung 23). Die Lebenszeitprävalenz hat in dieser Altersgruppe damit einen Höchststand erreicht (BZgA 2022).

**Abbildung 23: Cannabiskonsum von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Deutschland, 1997-2021**



Quelle: BZgA 2022. Eigene Darstellung Prognos AG.

Auch der Anteil der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die in den letzten 30 Tagen vor der Befragung Cannabis konsumiert haben, ist im Laufe der Zeit gestiegen. Bei jungen Erwachsenen ist der Anteil von 7,4 Prozent 2014 auf 12,0 Prozent im Jahr 2021 gestiegen. Bei Jugendlichen hat sich der Anteil in dem Zeitraum verdoppelt, von 1,7 Prozent 2010 auf 3,5 Prozent im Jahr 2021.

Auch bei den jungen Menschen liegen die Anteile der männlichen Konsumenten über denen der weiblichen. Der Unterschied bei den Geschlechtern findet sich bei der 30-Tage-Prävalenz ebenso wie bei der Lebenszeitprävalenz. So gaben 4,2 Prozent der 12- bis 17-jährigen Jungen an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben, bei den gleichaltrigen Mädchen waren es 2,8 Prozent. Bei jungen Erwachsenen stiegen die Anteile auf 14,9 Prozent bei 18- bis 25-jährigen Männern gegenüber 8,8 Prozent bei den gleichaltrigen Frauen.

Ergänzend liefern Daten des Versorgungsatlas Hinweise zur Entwicklung cannabisbedingter psychischer Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung (Inzidenztrends). Die Inzidenz von psychischen und Verhaltensstörungen aufgrund von Cannabinoiden (F12) lag 2021 in Westfalen-Lippe bei 2,02 pro 10.000 Kindern und Jugendlichen und in Nordrhein bei 2,23. 2014 lagen die Inzidenzen pro 10.000 Kindern und Jugendlichen bei 2,57 in Westfalen-Lippe und 3,04 in Nordrhein. Bundesweit lag die Inzidenz 2021 bei 2,06 und 2014 bei 2,44.

### **Problematischer Cannabiskonsum**

Es gibt bislang keine eindeutige Abgrenzung zwischen „riskantem“ und „problematischem“ Cannabiskonsum. In der medizinischen Diagnostik wird die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ unter F12 nach ICD-10 klassifiziert. Hierbei wird unterschieden u. a. zwischen akuter Intoxikation, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeitssyndrom. Diese Kategorien fassen jeweils eine Reihe an körperlichen, kognitiven und verhaltensbezogenen Symptomen zusammen, die für Suchterkrankungen typisch sind (z. B. verminderte Kontrollfähigkeit über Beginn, Ende und Menge des Konsums, Auftreten von Entzugssymptomen, fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen).

Der epidemiologische Suchtsurvey misst problematischen Cannabiskonsum unter Verwendung der *Severity of Dependence Scale*, bei der der Grad der Abhängigkeit anhand von fünf Fragen festgestellt wird (z. B. „Hatten Sie in den letzten 12 Monaten den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle haben?“). Auf dieser Grundlage stellt der Suchtsurvey bei 2,5 Prozent der Gesamtbevölkerung deutschlandweit ein problematisches Konsumverhalten fest (Tabelle 21). Unter Personen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, lag der Anteil problematischen Konsums bei 29,8 Prozent. Das hohe Niveau problematischen Konsumverhaltens betrifft vor allem die Altersgruppen zwischen 18 und 39 Jahren. Der höchste Anteil problematischen Konsums findet sich allerdings bei den Älteren: in der Altersgruppe von 60 bis 64 Jahren liegt bei rund der Hälfte derjenigen, die in den letzten 12 Monaten Cannabis konsumiert haben, ein problematisches Konsumverhalten vor. Allerdings ist der Anteil der Konsumierenden in dieser Altersgruppe geringer als bei jüngeren Erwachsenen. Auch hier liegen die Anteile bei Männern höher als bei Frauen, mit der Ausnahme der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 20 Jahren, bei denen der Anteil der Frauen den der Männer übertrifft. Den höchsten Wert erreichen Männer in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen: Bei ihnen liegt der Anteil problematischen Konsumverhaltens bei 66,5 Prozent.

**Tabelle 21: Problematischer Cannabiskonsum nach SDS\* in den letzten 12 Monaten, Gesamtbevölkerung und Konsumierende, in Prozent**

	Altersgruppen							
	Gesamt	18-20 Jahre	21-24 Jahre	25-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	60-64 Jahre
<b>Gesamt</b>								
<b>Gesamtbevölkerung</b>	2,5	5,8	8,5	5,0	3,3	1,1	0,2	0,8
<b>Konsumierende**</b>	29,8	30,8	35,0	32,2	32,0	20,8	9,4	50,3
<b>Männer</b>								
<b>Gesamtbevölkerung</b>	3,4	5,4	10,4	6,2	4,7	1,9	0,4	1,4
<b>Konsumierende**</b>	32,9	28,3	38,8	36,0	36,3	25,1	10,2	66,5
<b>Frauen</b>								
<b>Gesamtbevölkerung</b>	1,6	6,3	6,5	3,9	1,8	0,4	0,1	0,2
<b>Konsumierende**</b>	25,2	33,4	30,2	28,4	24,8	11,0	6,7	17,8

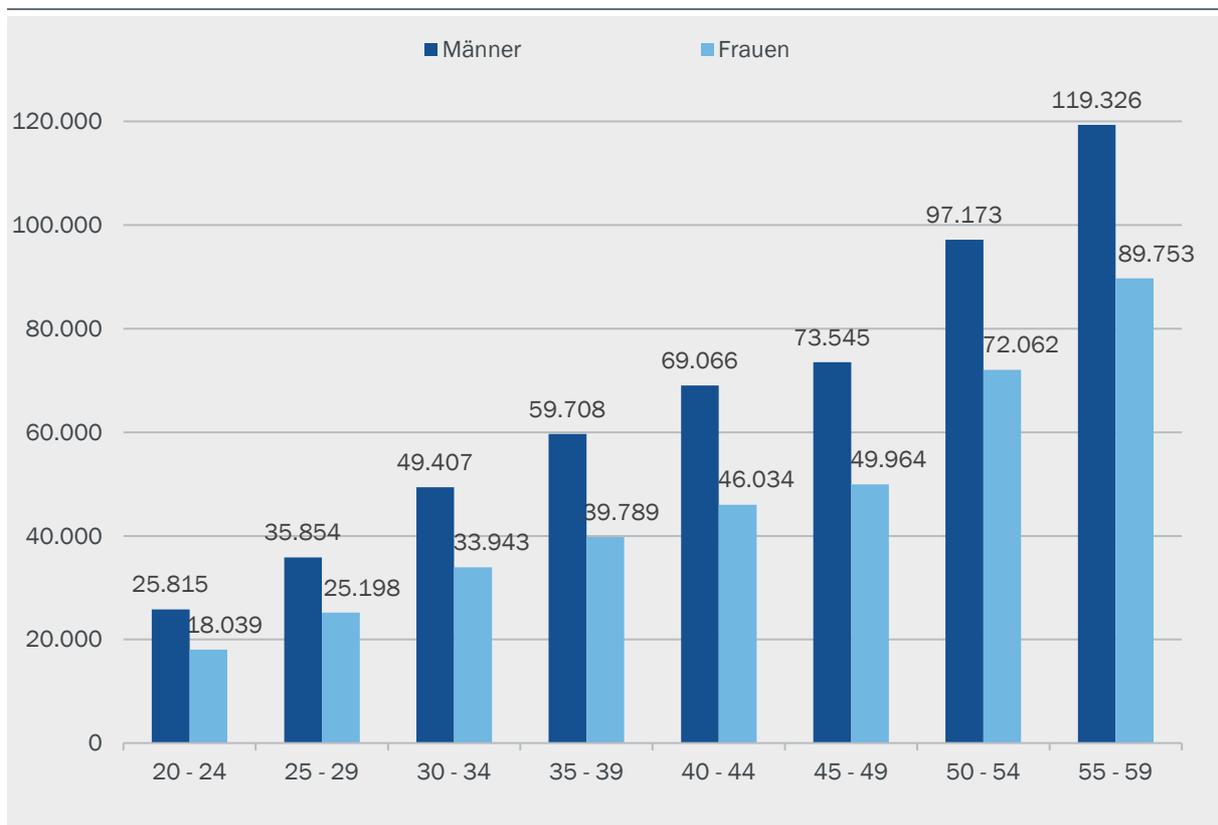
Quelle: Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2021. Illegale Drogen, Querschnitt. Eigene Darstellung Prognos AG.

\* SDS: Severity of Dependence Scale

\*\* Bezogen auf Konsumierende der letzten 12 Monate

Betrachtet man die ambulanten Behandlungsfällen von Störungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) zeigt sich, dass die Zahl der Behandlungsfälle mit dem Alter steigt. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass es sich nicht allein um den Konsum von Cannabis handelt, sondern um den Gebrauch aller psychotropen Substanzen. Auch hier liegen die Fallzahlen von Männern über denen von Frauen.

**Abbildung 24: Ambulante Behandlungsfälle psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei 20- bis 59-Jährigen, nach Altersgruppe und Geschlecht, NRW, 2022**



Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Eigene Berechnung Prognos AG.

Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch in der Betrachtung der Krankenhausfälle der Personen in Nordrhein-Westfalen, die aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide stationär behandelt wurden (Tabelle 22). Der insgesamt hohe Männeranteil der ehandelten im Jahr 2021 (77,4 %) ist im Vergleich zu 2011 (80 %) leicht zurückgegangen ist. Die Zahl der Fälle in Nordrhein-Westfalen ist zwischen 2020 und 2021 relativ stabil geblieben. Bei den Altersgruppen haben insbesondere junge Menschen ein hohes Risiko einer stationären Behandlung, wenn man berücksichtigt, dass es sich bei den unter 21-Jährigen<sup>34</sup> nur um wenige Jahrgänge handelt im Vergleich zu den 21- bis 40-Jährigen.

<sup>34</sup> Innerhalb der Gruppe der unter 21-jährigen machen Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren nur einen sehr geringen Anteil aus. Im Jahr 2021 waren von den 1.100 Personen unter 21 Jahren, die aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide stationär behandelt wurden, 87 Personen jünger als 15 Jahre.

**Tabelle 22: In Krankenhäusern vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten mit Wohnsitz in NRW mit der Hauptdiagnose Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide**

	Gesamt		Altersgruppe			Geschlecht		
	Personen	je 100.000 Einwohner	unter 21*	21 bis unter 40	40 und älter	männlich	weiblich	Männeranteil
2011	2.092	11,7	800	1.200	92	1.682	410	80 %
2020	4.002	22,3	1.233	2.363	406	3.186	816	79,6 %
2021	3.976	22,2	1.100	2.432	444	3.079	897	77,4 %

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik NRW. Eigene Darstellung Prognos AG.

\* Die Altersgruppe schließt Kinder und Jugendliche mit ein.

### Folgen riskanten Cannabiskonsums

Der erstmalige Konsum von Cannabis findet häufig schon im Jugendalter statt. Wie bei anderen gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen wird der Substanzkonsum in diesem Alter erprobt, erlernt und ggf. wieder verworfen. Allerdings sind Jugendliche besonders vulnerabel für die negative Folgen riskanten Cannabiskonsums. Es gibt Hinweise darauf, dass sich Cannabiskonsum im Jugendalter auf die neurologische Entwicklung insbesondere in den Gehirnregionen auswirkt, die für Cannabinoide besonders empfänglich sind (Albaugh et al. 2021). Die BZgA weist auf Beeinträchtigungen von Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowie ein damit einher gehendes erhöhtes Unfallrisiko hin. Langfristig kann sich der Konsum negativ auf die psychische Gesundheit, die psychosoziale Entwicklung sowie die Lungenfunktion auswirken (BZgA 2022).

Eine Übersichtsarbeit von Schneider et al. (2019) hat die möglichen Folgen riskanten Cannabiskonsums wissenschaftlich ausgewertet. Sie kommen zu dem Schluss, dass es einen gut nachgewiesenen Zusammenhang zwischen riskantem Cannabiskonsum und einer Reihe an Folgeproblemen gibt. Dazu zählen psychosoziale Auffälligkeiten, also Effekte, die das psychosoziale Funktionieren einer Person betreffen und mit dem Konsum von Cannabis assoziiert sind. Dabei ist nicht immer zu unterscheiden, ob diese Auslöser oder Folge problematischen Konsumverhalten sind. Schneider et al. (2019) zählen dazu: eine geringe Zahl an Tagesaktivitäten, psychische Probleme, bestimmte Persönlichkeitsprofile, schulische Probleme, ein wenig unterstützendes familiäres und soziales Umfeld, geringe Religiosität und eine Neigung zur Devianz. Des Weiteren ist problematischer Cannabiskonsum mit höheren Schulabbruchraten, niedrigeren universitären Aufnahmequoten und selteneren universitären Abschlüssen assoziiert. Dabei steigt das Risiko negativer Folgen mit der Häufigkeit des Konsums und mit einem frühen Einstiegsalter. Häufig werden neben Cannabis auch weitere Substanzen konsumiert, was zu dem erhöhten Risiko der Folgeerscheinungen beiträgt.

Die Studienlage zeigt, dass Cannabiskonsum zu Abhängigkeit führen kann, die auch Toleranzentwicklung gegenüber den negativen Effekten des Konsums und Entzugssymptome einschließen. Bei der Mehrzahl der Betroffenen bleibt die Abhängigkeit auch nach Ende des Cannabiskonsums bestehen. Es wird geschätzt, dass ca. 83 Prozent der Betroffenen auch nach einem Jahr weiterhin unter Symptomen der Abhängigkeit leiden, wenn sie nicht entsprechend behandelt werden (Schneider et al. 2019). Weniger eindeutig ist die Evidenz im Hinblick auf antisoziales Verhalten und entsprechende Auswirkungen auf die berufliche und familiäre Entwicklung im jungen Erwachsenenalter, auch wenn es Hinweise auf eine erhöhte Gewaltbereitschaft und Delinquenz gibt. Allerdings stellen die Autorinnen und Autoren fest, dass die Befunde auf Studien von geringer methodischer Qualität beruhen.

Die Studienlage zeigt außerdem, dass psychotische Störungen bei Cannabiskonsumenten häufiger auftreten als bei Personen, die kein Cannabis konsumieren. Die Häufigkeit des Auftretens psychotischer Störungen hängt mit der Intensität des Konsums zusammen. Die Überblicksarbeit von Schneider et al. (2019) stellt eine 2,0-3,4-fach erhöhte Häufigkeit psychotischer Störungen bei hoher Konsumintensität fest. Cannabiskonsumentinnen und Patienten haben ein doppelt so hohes Rückfallrisiko im Vergleich zu denjenigen, die kein Cannabis konsumieren oder in der Vergangenheit konsumiert haben. Bei Menschen mit Psychosen und mit Schizophrenie treten cannabisbezogene Störungen besonders häufig auf. Allerdings betonen die Autorinnen und Autoren, dass der kausale Zusammenhang von Cannabiskonsum und der Entstehung einer psychotischen Störung letztlich nicht geklärt ist (Schneider et al. 2019). Eine kürzlich erschienene Studie aus Kanada bekräftigte den Befund, dass Cannabiskonsum bei Jugendlichen mit einem höheren Risiko psychotischer Störungen einhergeht (McDonald et al. 2024). Für junge Erwachsene konnte dieser Zusammenhang nicht gezeigt werden. Die Autoren wiesen darauf hin, dass der Zusammenhang von Cannabiskonsum und psychotischer Störungen in dieser Studie stärker ausfiel als in Vorgängerstudien, was sie auf die Möglichkeit zurückführen, dass in den letzten Jahren Cannabisprodukte mit höheren Dosierungen vermehrt konsumiert wurden.

Es gibt Hinweise darauf, dass der Konsum von Cannabis Angststörungen begünstigt (Schneider et al. 2019). Auch hierbei steigt das Risiko, wenn mit dem Konsum bereits im jungen Alter begonnen wurde, Cannabis regelmäßig konsumiert wird und wenn eine aktuelle Cannabisabhängigkeit vorliegt. Cannabisabhängigkeit ist nicht mit erhöhter Mortalität durch akute Intoxikation verbunden. Das Sterberisiko ist damit deutlich geringer als bei anderen Substanzen, wie etwa Alkohol oder Heroin. Cannabisprodukte mit einer hohen Konzentration an psychoaktiven Cannabinoiden (wie Tetrahydrocannabinol, THC) führen häufiger zur schweren Abhängigkeit als schwächer dosierte Produkte. Ein besonderes Risiko stellt der Konsum synthetischer Cannabinoide da, die eine deutlich höhere pharmakologische Wirksamkeit aufweisen können als herkömmliche Cannabisprodukte.

### **Risiko und Schutzfaktoren**

Alter und Geschlecht sind wesentliche Faktoren, die sich auf das Risiko riskanten Cannabiskonsums auswirken. Männliche Jugendliche und junge Erwachsene sind häufiger regelmäßige Konsumenten von Cannabis und haben eine höhere Lebenszeitprävalenz als weibliche Jugendliche und junge Erwachsene (BZgA 2022). Die BZgA-Befragung fand keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf den besuchten Schultyp (als Proxy für Bildungserwerb) oder Migrationshintergrund. Männliche Jugendliche und Erwachsene haben ein höheres Risiko eine Abhängigkeit bzw. cannabisbezogene Störung zu entwickeln als weibliche. Als weitere Risikofaktoren für eine Störung gelten ein junges Alter bei Erstkonsum, die Häufigkeit des Konsums und der Ko-Konsum von Tabak (Schneider et al. 2019). Die Studienlage ergibt bislang

kein klares Bild im Hinblick darauf, ob vorhandene psychische Störungen ein riskantes Konsumverhalten begünstigen.

### 8.3 Riskante Mediennutzung

Die negativen Effekte exzessiver Mediennutzung sind zunehmend in den Fokus gerückt, insbesondere im Hinblick auf ihre Folgen für die körperliche und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

Kinder und Jugendliche nutzen digitale Medien heute deutlich häufiger als noch vor wenigen Jahren. Fast alle Jugendlichen über 12 Jahren benutzen ein Smartphone sowie zwei Drittel der 6- bis 9-Jährigen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mehr als eine Stunde im Internet pro Tag verbringen, steigt mit dem Alter, von 49 Prozent bei 6- bis 9-Jährigen auf 70 Prozent bei 16- bis 18-Jährigen.

Ein Bericht der DAK-Gesundheit schätzt, dass bei über 320.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein pathologisches Mediennutzungsverhalten vorliegt. Die BZgA geht davon aus, dass bei 8,4 Prozent der 12- bis 17-Jährigen und 5,5 Prozent der 18- bis 25-Jährigen eine computerspiel- oder internetbezogene Störung vorliegt.

Bei Kindern unter 14 Jahren wird exzessive Mediennutzung mit Entwicklungsstörungen in Zusammenhang gebracht, insbesondere in Bezug auf die Sprachentwicklung und das Konzentrationsvermögen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen gibt es Hinweise auf negative Auswirkungen auf das psychische Wohlergehen, die Schlafqualität und das Essverhalten. Auch die Erfahrung von (Cyber-)Mobbing erhöht das Risiko psychischer Probleme.

Das Bewusstsein für die Bedeutung von digitalen Medien für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist in den letzten Jahren enorm gestiegen – auch durch die Erfahrung der Covid-19-Pandemie.<sup>35</sup> Kinder und Jugendliche wachsen heute in einer Gesellschaft auf, in der digitale Medien für die meisten Menschen zum Alltag gehören und in Beruf, Schule und Freizeit gleichermaßen eingesetzt werden. Zugang zum Internet ist eine Voraussetzung für den Zugang zu Informationen, Bildung und Unterhaltung und damit für gesellschaftliche Teilhabe. Gleichzeitig hat sich das Angebot an digitalen Endgeräten (z. B. Smartphone, Tablet) und Dienstleistungen (z. B. Soziale Medien, Streaming-Dienste) enorm erweitert und ist stetiger Weiterentwicklung unterworfen.

Neben den positiven Aspekten sind auch die negativen Effekte exzessiver Mediennutzung in den Fokus gerückt. Diese sind körperlicher, sozialer und psychologischer Art und für Kinder und Jugendliche vor allem deshalb relevant, weil sie aufgrund nicht abgeschlossener neuronaler und kognitiver Entwicklungsprozesse besonders vulnerabel sind (Thomasius 2023). Diese Prozesse

<sup>35</sup> Bislang gibt es keine standardisierte Definition von riskanter Mediennutzung. Studien definieren ihren Untersuchungsgegenstand unterschiedlich und verwenden verschiedene Begrifflichkeiten für gleiche oder ähnliche Phänomene. Das betrifft sowohl die Art der untersuchten Medien als auch das Verhalten, das aus ihrer (exzessiven) Nutzung entsteht. In diesem Kapitel werden die Begriffe digitale und elektronische Medien synonym verwendet. Soziale Medien beziehen sich auf Internetplattformen und -anwendungen, die dem Austausch innerhalb eines sozialen Netzwerks dienen. Die Nutzung dieser Medien wird in Studien als exzessiv, riskant, problematisch oder pathologisch oder als Mediensucht beschrieben, wobei unterschiedliche Parameter zur Anwendung kommen (z.B. Dauer der Nutzung pro Tag, Nutzungshäufigkeit, Nutzungsintensität).

können durch exzessive Mediennutzung beeinträchtigt werden, so dass sich das Risiko langfristiger Schädigungen erhöht. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin hebt in ihren aktuellen Leitlinien zur Nutzung von Bildschirmmedien hervor, dass es neben körperlichen Beeinträchtigungen, wie etwa Übergewicht durch Bewegungsmangel, Schlafstörungen und Augenerkrankungen, auch zu sozialen und psychischen Problemen kommen kann, darunter zu Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Abhängigkeitsproblematiken (DGKJ 2022). Daneben wird exzessive Mediennutzung mit einem erhöhten Risiko von Depressionen und Angststörungen, Konzentrationsstörungen und ADHS in Verbindung gebracht, also Störungen, die bei Verstärkung die Lebensperspektiven der Betroffenen dauerhaft beeinträchtigen können.

Bislang gibt es für exzessive Mediennutzung keine eigene diagnostische Kategorie. Mit der Einführung von ICD-11 wird jedoch erstmals eine Computerspielstörung (gaming disorder) als psychische Störung klassifiziert. Nach der Definition der WHO besteht eine Computerspielstörung dann, wenn sie mit dem Verlust der Kontrolle über die Nutzungshäufigkeit und -dauer sowie den Nutzungskontext des Spielens einhergeht, zu zunehmender Bevorzugung gegenüber anderen Interessen und Alltagsaktivitäten führt und trotz negativer Konsequenzen, etwa die Beeinträchtigung persönlicher, familiärer, sozialer, schulischer oder beruflicher Funktionsbereiche, fortgesetzt und gesteigert wird (Leo und Lindenberg 2021). In Studien sind die Kriterien Kontrollverlust, Priorisierung und Fortsetzung trotz negativer Folgen auf die Definition pathologischer Mediennutzung übertragen worden (Thomasius 2021), allerdings gibt es bislang keine vergleichbare ICD oder DSM Klassifikation. In der ärztlichen Diagnostik erscheint Mediennutzung häufig als Komorbidität für andere psychische Störungen, stellt jedoch keine eigenständige Diagnose dar (Cassens und Zeller 2023). Cassens und Zeller (2023) merken an, dass es bislang auch an Instrumenten fehlt, um pathologische Mediennutzung sicher zu diagnostizieren.

### **Häufigkeit und Dauer der Nutzung digitaler Medien**

Kinder und Jugendliche nutzen digitale Medien heute deutlich häufiger als noch vor 10 Jahren. Dieser Trend ist durch die Erfahrung der Covid-19-Pandemie verstärkt und beschleunigt worden, als aufgrund der Kontaktbeschränkungen Internet und Videotelefonie die wesentlichen Formen des Austauschs in Schule, Ausbildung und Freizeit darstellten. Auch die Art der Medien und ihre Inhalte haben sich verändert und verändern sich weiter.

In der ersten Welle der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland KiGGS), die zwischen 2009 und 2012 durchgeführt wurde, gaben 34 Prozent der 11- bis 17-Jährigen an, einen Fernseher oder ein Videogerät mehr als zwei Stunden pro Tag zu nutzen, 27 Prozent nutzten einen Computer bzw. das Internet, 17 Prozent ein Handy und 7 Prozent eine Spielekonsole (RKI 2015). Die Studie stellte fest, dass die Zeit, die pro Tag mit der Nutzung elektronischer Medien verbracht wird, mit dem Alter der Kinder und Jugendlichen zunimmt, und dass Jugendliche mit niedrigem Sozialstatus die abgefragten Medien häufiger nutzen als Jugendliche mit höherem Sozialstatus. Geschlechterunterschiede betreffen insbesondere die Art der genutzten Medien. So hält die Studie fest, dass Mädchen häufiger das Handy, Jungen häufiger Fernseher und Spielekonsolen nutzten. Darüber hinaus zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern (RKI 2015).

Seitdem hat die Nutzungshäufigkeit und -dauer stark zugekommen. Die Bitkom-Kinder- und Jugendstudie 2022, für die 920 Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren im November 2021 befragt wurden, hat gezeigt, dass fast alle Kinder über 12 Jahren ein Smartphone benutzen (Bitkom 2022). Bei den 6- bis 9-Jährigen sind es bereits 66 Prozent. Gegenüber vorherigen

Erhebungswellen der Bitkom-Studie ist das ein deutlicher Anstieg. Auch zeigt die aktuelle Studie, dass die Zeit, die Kinder und Jugendliche online verbringen, mit dem Alter zunimmt. Aber auch junge Kinder haben Zugang zu digitalen Medien und dem Internet. Fast die Hälfte (49 %) der 6- bis 9- Jährigen verbringen bis zu einer Stunde am Tag im Internet. Bei den 10- bis 12- Jährigen verbringen 44 Prozent über eine Stunde pro Tag im Internet sowie 60 Prozent der 13- bis 15- Jährigen und 70 Prozent der 16- bis 18-Jährigen. Über die Hälfte (58 %) geben an, sich nicht vorstellen zu können, nie wieder online zu sein. Fast die Hälfte hat im Internet auch schon mal negative Erfahrungen gemacht, z. B. indem sie Dinge sahen, die ihnen Angst machten, sie Beleidigung oder Mobbing erlebten oder gesehen haben, dass Lügen über sie verbreitet wurden. Fast jedes siebte Kind bzw. jeder siebte Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren darf digitale Medien ohne zeitliche Vorgabe durch die Eltern nutzen. Dabei nimmt die elterliche Kontrolle mit dem Alter der Kinder deutlich ab.

Auch die JIM-Studie des Medienpädagogischen Forschungsverbunds Südwest (2023) ergab, dass heute nahezu alle Jugendlichen in Haushalten leben, die über Smartphones, Computer/Laptops und Fernsehgeräte verfügen. Befragt wurden 1.200 Jugendliche zwischen 12 und 19 Jahren zwischen Mai und Juli 2023. Auch Videostreaming-Dienste (86 %), Fernsehgeräte mit Internetzugang (83%) und Tablets (81%) sind weit verbreitet. 97% der Jugendlichen besitzen ein eigenes Smartphone. Das Smartphone ist auch in der Freizeit das meistgenutzte Gerät (98 %). Beschäftigen sich Jugendliche in ihrer Freizeit mit Medien, sind sie vor allem im Internet (95 %), hören Musik (90 %), schauen Videos (82 %) oder Fernsehen (76 %) oder spielen digitale Spiele (72 %).

Der JIM-Studie zufolge liegt die durchschnittliche Internetnutzung in der Altersgruppe der Jugendlichen bei 224 Minuten pro Tag. Die durchschnittliche Nutzungsdauer ist gegenüber der Befragung im Vorjahr gestiegen (204 Minuten), liegt aber unter den Werten der beiden Corona-Jahre 2020 (258 Minuten) und 2021 (241 Minuten). 61 Prozent der befragten Jugendlichen geben an, dass es oft vorkommt, dass sie mehr Zeit am Handy verbringen als geplant. Für 30 Prozent macht es keinen Unterschied, ob sie mit ihren Freunden digital oder persönlich kommunizieren.

Die Bedeutung der sozialen Medien wird von einer Studie von Hanewinkel et al. (2023) bestätigt, in der über 18.000 Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 21 Jahren im Januar und Februar 2022 befragt wurden.<sup>36</sup> Die Befragung zeigt, dass soziale Medien in den Altersgruppen nahezu omnipräsent sind: 98,7 Prozent der Jugendliche und 99,3 Prozent der jungen Erwachsenen nutzen soziale Medien. Auch die Nutzungsraten von Nachrichtendiensten, Videos, Filmen und Serien liegen in der Studie bei über 98 Prozent. Dabei gibt es Unterschiede in der Nutzung zwischen den Altersgruppen: Digitale Spiele werden von Jugendlichen häufiger gespielt als von jungen Erwachsenen. Junge Erwachsene nutzen soziale Medien und Online-Shopping häufiger als Jugendliche und schauen häufiger pornographische Videos. Bei 60 Prozent der Jugendlichen und 57 Prozent der jungen Erwachsenen wird die Internetnutzung der Studie zufolge als problematisch eingestuft. Dabei sind die Werte höher für Jugendliche als für junge Erwachsene und für Mädchen höher als für Jungen. Der Geschlechterunterschied zeigt sich auch in der Nutzungsdauer digitaler Medien, die bei Mädchen länger ist als bei Jungen. 85 Prozent der Jugendlichen und der jungen Erwachsenen geben an, dass sie digitale Medien während der Covid-19- Pandemie häufiger genutzt haben als vor der Pandemie.

<sup>36</sup> Durchgeführt wurde eine Online-Befragung mit 18.189 Teilnehmenden und Fokusgruppen mit 38 Teilnehmenden. Die Teilnehmenden wurden über Anzeigen in den Sozialen Medien (z.B.) rekrutiert.

## Häufigkeit riskanter Mediennutzung

Bislang wird die Verbreitung riskanter Mediennutzung vor allem auf der Basis von Selbstauskünften in Befragungen geschätzt. Mit Blick auf die Studienlage gehen Cassens und Zeller (2023) davon aus, dass in Deutschland bei 4,3 von rund 11 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 18 Jahren ein pathogenes Mediennutzungsverhalten vorliegt.

Dem Bericht der DAK-Gesundheit zufolge erfüllen 2022 16,4 Prozent der befragten Kinder und Jugendliche die Kriterien für ein riskantes Nutzungsverhalten von sozialen Medien. Zu diesen Kriterien zählen die Nutzungsdauer, Kontrollverlust, Priorisierung und die Fortsetzung der Nutzung trotz negativer Folgen (Thomasius 2023). Die Befragung wurde seit 2019 in fünf Wellen durchgeführt. Für die 5. Welle im Juni 2022 wurden 1217 Familien (d.h. Kinder im Alter von 10 bis 17 Jahren sowie ein Elternteil) befragt. Auf die gleichaltrige Gesamtbevölkerung umgerechnet, hat sich damit die Zahl derjenigen, deren Umgang mit den sozialen Medien als riskant eingestuft wird, seit 2019 verdoppelt. Bei 6,3 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen gilt die Nutzung dieser Medien als pathologisch. Dies entspricht auf die gleichaltrige Gesamtbevölkerung Deutschlands umgerechnet 321.800 Kindern und Jugendlichen. Auch hier steigt das Risiko riskanten Verhaltens mit dem Alter. Dabei ist der Anteil der Mädchen etwa gleich hoch wie der der Jungen. 13,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen erfüllten die Kriterien riskanter Nutzung von Streaming-Diensten. Bei 2,3 Prozent wird die Nutzung als pathologisch eingestuft.

Der Befragung zufolge zeigen 11,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen riskantes Computerspielverhalten, 6,3 Prozent erfüllten die Kriterien für pathologisches Computerspielverhalten (nach ICD-11). Auf die Gesamtbevölkerung gleichen Alters umgerechnet, hat sich damit die Zahl der pathologischen Nutzerinnen und Nutzer zwischen 2019 und 2022 verdoppelt. Pathologisches Computerspielverhalten ist bei Jungen dreimal häufiger als bei Mädchen, jedoch ist der Anteil der Mädchen im letzten Jahr weiter gestiegen. 14- bis 17-Jährige sind häufiger von pathologischem Gaming betroffen als 10- bis 13- Jährige.

In einer Studie des Deutschen Kinderhilfswerks gaben 12 Prozent der befragten Kinder und Jugendlichen an, selbst Erfahrung mit Mediensucht gemacht zu haben (Deutsches Kinderhilfswerk 2021). 15 Prozent der Erwachsenen hatten in ihrem persönlichen Umfeld – also unter Freunden oder in der Familie – Erfahrung mit Mediensucht bei Jugendlichen unter 14 Jahren gemacht. Für die Studie wurden 669 Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 17 Jahren und 1.023 Erwachsene ab 18 Jahren im Januar 2021 befragt.

Die Repräsentativbefragung der BZgA zur Drogenaffinität Jugendlicher stellt fest, dass bei 8,4% der 12- bis 17- Jährigen und 5,5% der 18- bis 25-Jährigen von einer computerspiel – oder internetbezogenen Störung auszugehen ist (BZgA 2020). In der Altersgruppe der 12- bis 17- Jährigen sind Mädchen (10 %) stärker betroffen als Jungen (7 %). In der älteren Altersgruppe ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht statistisch signifikant.

Der Anteil der Personen mit problematischer Computerspiel- und Internetnutzung ist in beiden Altersgruppen und bei beiden Geschlechtern seit Erhebungsbeginn im Jahr 2011 gestiegen. Die Auswertung zeigt, dass die Nutzung häufiger problematisch ist, wenn ein niedriges Bildungsniveau vorliegt. Auch gibt es Hinweise darauf, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit Migrationshintergrund häufiger betroffen sind, allerdings ist die Gruppe vergleichsweise heterogen und die Unterschiede sind zum Teil nicht statistisch signifikant.

## **Einfluss problematischer Mediennutzung auf die psychische Gesundheit**

Bei jüngeren Kindern wird exzessive Mediennutzung mit Entwicklungsstörungen in Zusammenhang gebracht. Eine Studie, die die Mediennutzung und ihre Auswirkungen auf Kinder von 0 bis 14 Jahre untersucht, kommt zu dem Ergebnis, dass eine Nutzungsdauer elektronischer Medien (Fernsehen, Smartphone) von mehr als 30 Minuten täglich bei 4-bis 5-Jährigen das Risiko einer Sprachentwicklungsstörung erhöht (Büsching und Riedel 2017). Die Autoren gehen davon aus, dass die Beschäftigung mit diesen Medien die Sprachentwicklung nicht hinreichend fördert und gleichzeitig das frühkindliche Konzentrationsvermögen so beansprucht, dass die Bereitschaft sich auf andere Bereiche zu konzentrieren und zu lernen verloren wird. Eine Nutzung elektronischer Medien von mehr als 30 Minuten täglich geht der Studie zufolge auch mit einer erhöhten Häufigkeit von Konzentrationsstörungen und Hyperaktivität bei Kindern einher.

Auch die Beschäftigung mit sozialen Medien kann sich negativ auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Beispielsweise hat eine Studie aus Schottland mit 467 Jugendlichen ergeben, dass Schlafqualität abnimmt, je häufiger Jugendliche soziale Medien nutzen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn Jugendliche nachts, also während der Schlafenszeit, im Internet unterwegs sind und sich mit sozialen Medien beschäftigen. Mit der Schlafqualität nahm in der Studie auch das Wohlbefinden der Jugendlichen ab, gleichzeitig stieg das Risiko von Depressionen und Ängsten (Cleland Woods und Scott, 2016).

Soziale Medien werden auch mit einem erhöhten Risiko von Cybermobbing in Verbindung gebracht. Cybermobbing – ebenso wie Mobbing - wirkt sich negativ auf die psychische Gesundheit (z. B. Depression, Suizidalität, psychosomatische Beschwerden) und den Lernerfolg aus und kann dazu führen, dass betroffene Schüler und Schülerinnen dem Unterricht fernbleiben. Mobbing gehört zu den Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. In der 2017/18 Welle der HBSC-Studie, in der 4.347 Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren befragt wurden, gaben 8,3 Prozent der Jugendlichen an, gemobbt zu werden (Fischer et al. 2020). Dabei werden Mädchen etwas häufiger gemobbt als Jungen, Jungen beteiligen sich jedoch häufiger selbst am Mobbing. Insgesamt kommt Cybermobbing bislang deutlich seltener vor als Mobbing außerhalb des Internets. Zwei Prozent der Kinder und Jugendlichen berichten, online gemobbt worden zu sein. Dabei sind die Werte bezogen auf Alter und Geschlecht ähnlich, allerdings liegen bei der Schulform die Realschulen vorne (beim konventionellen Mobbing sind es die Hauptschulen, d. h. es gibt Hinweise auf einen sozialen Gradienten).

Die Bedeutung der Medien für das Auftreten von Essstörungen wird häufig diskutiert, dabei ist ihre Rolle durchaus komplex (Peter und Brosius 2021). Zum einen stehen Medien und Medieninhalte im Verdacht, Auslöser oder Mitauslöser gestörten Essverhaltens zu sein, indem sie ein Körperideal propagieren, das bei Mädchen und jungen Frauen eine Essstörung motivieren kann. Dieser Zusammenhang ist in Studien belegt, allerdings sind die Effekte nicht eindeutig. Um den Zusammenhang zu erklären, werden mehrere Erklärungsansätze ins Feld geführt. Die „Theorie sozialer Vergleichsprozesse“ hebt darauf ab, dass bewusste und unbewusste soziale Vergleiche neben dem Körperideal auch das Verhalten verändern und schlimmstenfalls zu krankhaften Essverhalten führen. Der „Kultivierungsansatz“ betont, dass die wahrgenommene Medienrealität (die z. B. von einem durchschnittlich niedrigeren Body-Mass-Index geprägt ist) die Wahrnehmung der tatsächlichen Realität überlagert und verdrängt. Zum anderen gibt es Hinweise darauf, dass im Verlauf der Erkrankung bestimmte Medieninhalte häufiger aufgesucht werden oder besonders wahrgenommen werden. Dabei sind sowohl verschärfende und schützende Faktoren beobachtet worden, letzteres z. B. in Form von Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung durch Online-Communities und Internet-Foren.

## 8.4 Essstörungen

Essstörungen haben ein hohes Chronifizierungsrisiko und können lebensbedrohlich sein. Manifeste Essstörungen können erhebliche individuelle und soziale Folgen haben. Es werden drei Untergruppen unterschieden: Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung. Alle drei Formen gehen einem erhöhten Risiko für weitere psychische Erkrankungen einher.

Die Zahl der Essstörungen hat während der Pandemie zugenommen. Dies geht aus den Daten der ambulanten und stationären Behandlung in Nordrhein-Westfalen hervor. Besonders stark war der Anstieg von behandelten Essstörungen bei Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren im stationären Bereich. Daten der DAK zeigen diesbezüglich eine Zunahme um 90 Prozent zwischen 2019 und 2022. In der zweiten KiGGS-Welle (2014 – 2017) hatten 19,8 Prozent der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen Symptome einer Essstörung.

Zu den Risikofaktoren für Essstörungen zählen individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht, Gewicht sowie sozioökonomische Faktoren. Auch die Nutzung sozialer Medien oder das Ausüben bestimmter Sportarten können das Risiko einer Erkrankung erhöhen.

Essstörungen bergen ein hohes Risiko der Chronifizierung und können lebensbedrohlich sein. Eine manifestierte Essstörung ist zudem mit substanziellen individuellen und sozialen Langzeitfolgen verbunden (Cohrdes et al. 2019). Zu diesen zählen ein erhöhtes Risiko, an einer weiteren psychischen Störung zu erkranken, körperliche Komorbidität sowie ein erhöhtes Sterbe- und Suizidrisiko. Daneben kann sich eine Essstörung langfristig negativ auf die Lebensqualität, Leistungsfähigkeit, die soziale Teilhabe und den Bildungserfolg auswirken (Cohrdes et al. 2019).

Essstörungen werden in drei Subgruppen unterschieden, die sich klinisch voneinander abgrenzen lassen und unterschiedliche Folgen mit sich bringen können:

Bei Menschen, die an Anorexie (*Anorexia nervosa*) erkranken, liegt eine Körperbildstörung vor, das heißt, sie nehmen ihren Körper trotz eingeschränkter Nahrungsaufnahme und daraus resultierendem Untergewicht als „zu dick“ wahr (Zeeck et al. 2011). Erkrankte Personen machen ihr Selbstwertgefühl im hohen Maße von Figur und Körpergewicht abhängig. Die Kontrolle des Gewichts ist oftmals Ausdruck für den Wunsch nach Kontrolle über das eigene Leben. Aufgrund des resultierenden Untergewichts hat die Anorexie ein hohes Risiko negativer gesundheitlicher Langzeitfolgen (Zeeck et al. 2011).

Eine weitere Form der Essstörung ist die Bulimie (*Bulimia nervosa*, Ess-Brechsucht), die sich durch wiederkehrende Essanfälle gefolgt von gegenregulatorischen Maßnahmen artikuliert. Hierbei nehmen die erkrankten Personen bei einem Essanfall ungewöhnlich große Nahrungsmengen in einer kurzen Zeitspanne zu sich. Diese werden dann durch „Gegenmaßnahmen“ kompensiert, etwa durch selbstausgelöstes Erbrechen, extreme Diäten oder den Missbrauch von Abführmitteln (Svaldi et al. 2011).

Eine *Binge Eating Störung* ist eine Essstörung, bei der regelmäßige Essanfälle auftreten, während derer eine große Menge an Nahrung in kurzer Zeit konsumiert wird. Binge Eating Störungen

können mit Ess-Brechsucht einhergehen, sind aber nicht immer von gegenregulatorischen Maßnahmen begleitet. Auch hier liegt eine emotionale Dysfunktion vor, bei der der Versuch unternommen wird, negative Gefühle durch das Essverhalten zu kompensieren. Kritische Lebensereignisse wie z.B. die Trennung der Eltern, Vernachlässigung oder Stress in der Schule können die Störung begünstigen. Auch Übergewicht und Adipositas im Kindesalter gehören zu den Risikofaktoren (Hilbert et al. 2011).

Alle Formen von Essstörungen gehen mit einem erhöhten Risiko weiterer psychischer Erkrankungen einher. Depressionen, Angst- oder Zwangsstörungen treten insbesondere im Zusammenhang mit Anorexia nervosa auf (Zeeck et al. 2011). Bei Menschen mit ADHS hat sich ein erhöhtes Risiko an Bulimie zu erkranken gezeigt (Svaldi et al. 2011). Binge Eating Störungen sind u. a. mit affektiven Störungen wie z. B. Angststörungen oder auch bipolaren Störungen assoziiert (Hilbert et al. 2011).

### **Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen**

Zur Prävalenz von Essstörungen gibt es wenig aktuelle Daten. Übersichtsarbeiten aus den Jahren 2014 und 2016 kommen zu dem Schluss, dass europaweit Anorexie bei 0,5 bis 2 Prozent, Bulimie bei 1 bis 3 Prozent und andere Essstörungen bei 4,8 Prozent der Bevölkerung vorliegen (Hoek 2016). Jugendliche im Alter zwischen 13 und 18 Jahren sind am häufigsten von einer Essstörung betroffen.

Die KiGGS-Studie gibt Hinweise auf die Prävalenz von Essstörungssymptomen vor der Covid-19-Pandemie. In der Erhebung haben Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 17 Jahren Fragen zu den Symptomen von Essstörungen beantwortet (z. B. „Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?“).<sup>37</sup> Es handelt sich dabei um Selbsteinschätzungen, nicht um klinische Diagnosen. In der zweiten KiGGS-Welle 2014 bis 2017 berichteten 19,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen Essstörungssymptome (Cohrdes et al. 2019, S. 1200). Der Wert war niedriger als der Anteil von 22,6 Prozent, der in der Basiserhebung der KiGGS Studie in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurde. Bei Mädchen lag der Anteil bei 27,9 Prozent und damit deutlich über dem Anteil bei Jungen von 12,1 Prozent (Cohrdes et al. 2019). Die Prävalenz war bei älteren Jugendlichen höher als bei jüngeren: 22,3 Prozent der befragten 14- bis 17-Jährigen berichteten Symptome einer Essstörung sowie 15,8 Prozent der 11- bis 13-Jährigen.

### **Ambulante Behandlungsfälle**

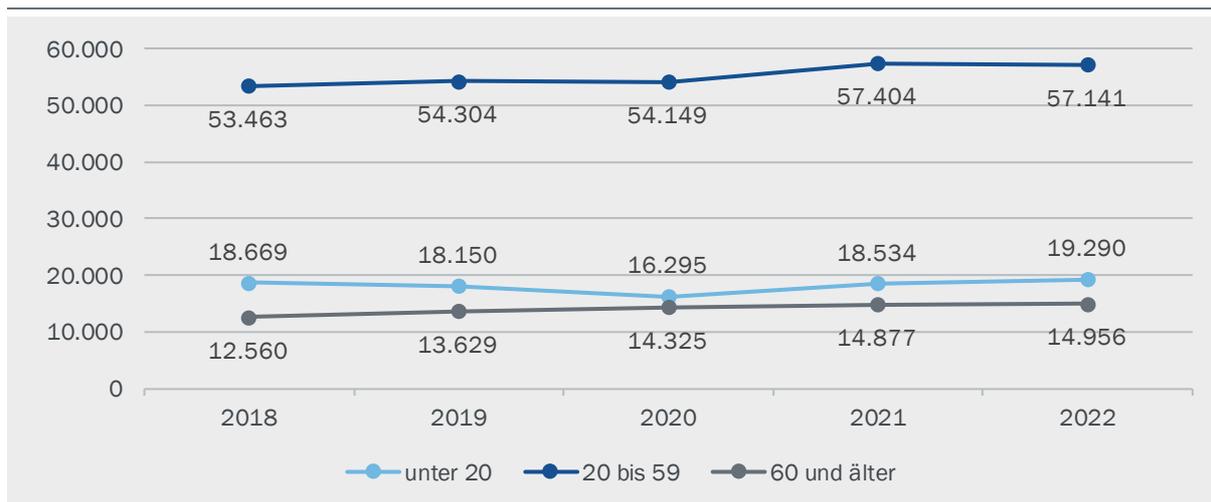
Hinweise darauf, dass die Zahl der Essstörungen während der Covid-19-Pandemie zugenommen hat, ergeben sich aus den Daten zur ambulanten Behandlung. Die Auswertung kassenärztlicher Abrechnungsdaten von 2014 bis 2021 zeigt zunächst eine Abnahme der rohen (ungewichteten) Diagnoseinzidenz von Anorexie (F50.0, F50.1) in den Jahren vor der Pandemie. Zwischen 2012 und 2019 war die Zahl der ambulanten Behandlungsfälle von 5,6 auf 4,1 pro 10.000 Kinder und Jugendliche zurückgegangen. Ab 2020 stiegen die Werte jedoch und erreichten mit 7,1 pro 10.000 im Jahr 2021 einen Höchstwert. Gegenüber 2019 entspricht dieser Wert einer relativen Zunahme von 74 Prozent. Auch bei den Essstörungen insgesamt (F50) war zunächst ein Rückgang der Inzidenz um ca. 18 Prozent zu verzeichnen, wobei auch hier im Jahr 2021 ein Wiederanstieg zu beobachten war (auf 33,5 pro 10.000) (Kohring et al. 2023).

Die Auswertung der Behandlungsfälle der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigt, dass auch in Nordrhein-Westfalen die Zahl der ambulanten Behandlungen von Essstörungen in den Jahren

<sup>37</sup> An der Studie haben 6.599 Kinder und Jugendliche teilgenommen, von ihnen waren 48,1 % Jungen.

2021 und 2022 gegenüber den drei Vorjahren zugenommen haben (Abbildung 25). Dabei zeigt sich, dass die Zahl der Behandlungsfälle in allen Altersgruppen – also bei Kindern und Jugendlichen, Erwachsenen mittleren Alters und bei älteren Menschen – zugenommen hat. Allerdings nähert sich bei Kindern und Jugendlichen 2021 zunächst die Zahl der Fälle den Fallzahlen der Jahre 2018 und 2019, die 2022 jedoch überschritten werden. Die stärkste (absolute) Zunahme ist bei Erwachsenen festzustellen, allerdings umfasst diese Altersgruppe eine deutliche größere Zahl an Einwohnerinnen und Einwohnern.

**Abbildung 25: Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle mit der Diagnose Essstörung (F 50), nach Altersgruppe, NRW, 2022**



Quelle: Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Eigene Berechnung Prognos AG.

### Stationäre Behandlungsfälle

Bei den stationären Behandlungsfällen stieg die Diagnosehäufigkeit von Essstörungen in Nordrhein-Westfalen ebenfalls während der Jahre der Covid-19-Pandemie. Eine Analyse der Diagnosedaten unter Versicherten der DAK zeigt, dass 2022 die Zahl der Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren, die in Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen aufgrund einer Essstörung behandelt wurden, um 90 Prozent über der Zahl des Jahres 2019 lag (DAK Gesundheit 2023). Hochgerechnet auf alle Jugendlichen in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen wurden 2022 in Nordrhein-Westfalen rund 1.250 Mädchen mit einer Essstörung im Krankenhaus behandelt, ergab die Analyse der DAK (DAK Gesundheit 2023). Dabei zeigte sich auch, dass die Zahl der Behandlungsfälle unter DAK-versicherten Jugendlichen auch in den Jahren 2021 und 2022 stark gestiegen sind (um 62 %). Insgesamt wurden laut Krankenhausdiagnosestatistik 2.416 Menschen aller Altersgruppen in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2022 wegen einer Essstörung (F50) stationär behandelt.

### Risiko- und Schutzfaktoren

Das Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, wird von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst, zu denen das kulturelle Umfeld, individuelle Faktoren wie Alter, Geschlecht und Gewicht sowie die sozialen Gegebenheiten zählen. Schönheitsideale, Körperbilder und die Wahrnehmung des eigenen Körpers werden kulturell und gesellschaftlich geprägt. Anorexie tritt insbesondere in

Gesellschaften auf, in denen ein Schlankheitsideal vorherrscht, und kommt in westlichen Industrieländern wie Deutschland deutlich häufiger vor als in weniger wohlhabenden Ländern (Zeeck et al. 2011). Kulturelle Prägungen und Erwartungshaltungen spielen auch bei der Erklärung des Geschlechterunterschieds bei Essstörungen eine Rolle. Cohrdes et al. (2019) stellen fest, dass Mädchen und junge Frauen in Deutschland ein bis zu 10-mal höheres Risiko haben, an einer Essstörung zu erkranken, als Jungen und junge Männer.

Essstörungen treten vor allem im Jugendalter und bei jungen Erwachsenen auf. Dabei unterscheidet sich das durchschnittliche Erkrankungsalter nach Art der Essstörung. Anorexie tritt häufig zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr erstmals auf, Bulimie entwickelt sich meist erst bei älteren Jugendlichen oder im jungen Erwachsenenalter (Cohrdes et al. 2019). In der ambulanten Diagnostik der Kinder und Jugendlichen bis 17 Jahre zeigen Daten des Versorgungsatlas, dass sich die Erstdiagnosen von Anorexie insbesondere auf die Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen konzentrieren, aber auch in der Altersgruppe der 11- bis 14-Jährigen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen deutlich zunehmen (Kohring et al. 2023). Im Übergang vom Jugendalter ins junge Erwachsenenalter steigt das Risiko der Chronifizierung einer Essstörung. Hier besteht ein wichtiges Zeitfenster für entsprechende Präventionsangebote und therapeutische Maßnahmen (Herpertz-Dahlmann et al. 2021).

Ein Migrationshintergrund und ein geringer Bildungsstatus sind weitere Risikofaktoren für eine Essstörung (Cohrdes et al. 2019). In der ersten Welle der KiGGS-Befragung lag der Anteil der 11- bis 17-Jährigen mit Migrationshintergrund, die Symptome einer Essstörung berichteten, um rund die Hälfte über dem Anteil der Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund (eine Prävalenz von 30,3 % gegenüber 20,2 %) (Hölling und Schlack 2007). Jugendliche mit hohem sozioökonomischem Status hatten ein erheblich niedrigeres Risiko an einer Essstörung zu erkranken als Jugendliche mit niedrigem oder mittlerem Status. Ergebnisse einer Befragung von Schülerinnen und Schülern der 7. Klasse und ihrer Eltern legen nahe, dass leistungsbedingter Schulstress und ein leistungsorientiertes Schulklima dazu beitragen können, Essstörungen zu begünstigen. Dies kam insbesondere bei Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund und mit nicht erfüllten Bildungserwartungen vor (Grüttner 2018).

Daneben sind Auffälligkeiten im früheren Kindesalter mit Essstörungen assoziiert. Familiäre und soziale Schutzfaktoren, die in der Kindheit zum Tragen kommen, können hier das Risiko für die Entwicklung einer Essstörung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen verringern (Schlack et al. 2021). Emotionale Probleme bei Kindern und Jugendlichen, Gewichtsprobleme, eine negative Wahrnehmung des eigenen Körpers, eine niedrige Selbstwirksamkeitserwartung und das Erleben von negativen Emotionen (wie Angst oder Trauer) können zu maladaptiven Formen des Umgangs mit Essen führen. Diese individuellen Faktoren sowie fehlender familiärer Zusammenhalt werden zum Teil als bedeutsamer eingeschätzt als z. B. der Gewichtsstatus oder ein Migrationshintergrund (Cohrdes et al. 2019).

Die Nutzung von sozialen und anderen Medien wird als weiterer Risikofaktor identifiziert. Medien können unrealistische Schönheitsideale transportieren und damit die Selbstwahrnehmung verzerren. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass Medienkonsum nicht als alleinige Ursache betrachtet werden sollte, sondern eher als „Verstärker, Mediator oder Auslöser in dem Prozess einer potenziellen Erkrankung fungieren“ (Peter und Brosius 2021, S. 55).

Daneben gibt es Risiken, die mit speziellen Sportarten sowie Leistungssport assoziiert sind. Dies ist insbesondere bei Sportarten der Fall, bei denen ein niedriges Gewicht einen Wettbewerbsvorteil darstellt oder ein bestimmtes Körperideal vorherrscht. Das Risiko ist für Frauen ebenso wie für Männer erhöht. Bei den ästhetischen Sportarten, wie z. B. Ballett oder

Kunstturnen, wurde eine Prävalenz von Essstörungen von bis zu 40 Prozent festgestellt (Niedermeier et al. 2019). In einer Studie wurde bei 25 Prozent der untersuchten Tänzerinnen im klassischen Bühnentanz ein zu niedriger Körperfettanteil gemessen (Stawiarski und Wanke 2022).

## 9 Schlussbetrachtung zur Daten- und Studienlage

---

Der vorliegende Bericht bietet einen Überblick über das Vorkommen von psychischen Erkrankungen in Nordrhein-Westfalen und der Situation der Menschen, die von ihnen betroffen sind. Der Bericht wertet zu diesem Zweck amtliche Statistiken, die Diagnosedaten der ambulanten und stationären Versorgung, repräsentativen Bevölkerungsbefragungen zur psychischen Gesundheit und zur gesellschaftlichen Teilhabe sowie eine Vielzahl an weiteren Studien aus.

Dabei wird deutlich, dass die Datenverfügbarkeit und Studienlage bezogen auf das jeweilige Thema unterschiedlich ausfallen:

- Bei der Prävalenz psychischer Erkrankungen kann man auf mehrere repräsentative Bevölkerungsbefragungen zurückgreifen, diese liegen allerdings nur für Kinder und Jugendliche in der Form vor, dass man ihre Ergebnisse über die Jahre vor und während der Covid-19-Pandemie vergleichen kann. Befragungen bei Erwachsenen verwenden dagegen unterschiedliche Instrumente, um psychische Gesundheit zu messen. Dies erschwert den Vergleich der Ergebnisse und damit die Beurteilung etwaiger Einflüsse durch die Pandemie. Ein Vorteil dieser Befragungsdaten ist jedoch, dass sie spezifisch für Nordrhein-Westfalen ausgewertet werden können.
- Man kann über die Zahl der Behandlungsfälle in der ambulanten und stationären Versorgung Rückschlüsse auf das Vorhandensein und die relative Häufigkeit von Diagnosekategorien und spezifischer Diagnosen ziehen. Diese Daten liegen für Nordrhein-Westfalen vor. Allerdings werden die Behandlungsfälle von verschiedenen Faktoren beeinflusst, insbesondere auch der Verfügbarkeit von Therapie- und Behandlungsplätzen. Insofern ist ihre Aussagekraft in Bezug auf die Prävalenz einer Diagnose in der Bevölkerung eingeschränkt.
- Studien zu den sozialen Determinanten beziehen sich häufig auf deutschlandweite Ergebnisse, allerdings können auch hier spezifische Befunde für Nordrhein-Westfalen über die Auswertung des SOEP 2020 vorgelegt werden. Insgesamt ist die Studienlage zu diesen Themen sehr heterogen. Beispielsweise liegen zu Migrations- und Fluchterfahrung als Risiken für die psychische Störungen bislang nur wenige Studien aus Deutschland vor. Auch zum Themenkomplex sexuelle Identität, Diskriminierung und Rassismus ist die Studienlage in Bezug auf Zusammenhänge mit der psychischen Gesundheit übersichtlich. Der Zusammenhang von Arbeit und Beschäftigung und psychischer Gesundheit ist im Vergleich deutlich besser untersucht.
- Durch die Auswertung der Teilhabebefragung liegen spezifischen Daten zur Teilhabe und den Teilhaberrisiken von Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Nordrhein-Westfalen vor. Sie zeigen, dass Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung in Bezug auf alle ausgewerteten Indikatoren geringere Teilhabechancen haben als Menschen ohne oder mit anderen Beeinträchtigungen. Diese Daten liefern eine wichtige Ergänzung der vorhandenen Daten und Studienlage.
- Bei der Betrachtung der Exkursthemen konnte nur bedingt auf spezifische Befunde für Nordrhein-Westfalen zurückgegriffen werden. Dagegen ist die Datenlage für Deutschland aufgrund der deutschlandweit angelegten Repräsentativstudien häufig gut bis sehr gut (z.B. Epidemiologischer Suchtsurvey; Alkoholsurvey).

---

## 10 Literaturverzeichnis

---

Albaugh, M. D.; Ottino-Gonzalez, J.; Sidwell, A.; Lepage, C.; Juliano, A.; Owens, M. M. (2021): Association of Cannabis Use During Adolescence With Neurodevelopment. In: *JAMA psychiatry* 78 (9), S. 1–11. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1258.

Allen, J.; Born, S.; Damerow, S.; Kuhnert, R.; Lemcke, J. et al. (2021): Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) – Hintergrund und Methodik. In: *Journal of Health Monitoring* (6), S. 72–83. Online verfügbar unter [https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8753/JoHM\\_03\\_2021\\_GEDA\\_Methodik-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8753/JoHM_03_2021_GEDA_Methodik-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y), zuletzt geprüft am 02.05.2024.

Bäuerle, A.; Teufel, M.; Musche, V.; Weismüller, B.; Kohler, H.; Hetkamp, M. et al. (2020): Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. In: *Journal of public health (Oxford, England)* 42 (4), S. 672–678. DOI: 10.1093/pubmed/fdaa106.

Beckmannshagen, M.; Graeber, D.; Stacherl, B. (2023): Psychische Gesundheit: Abstand zwischen Ost- und Westdeutschland wird kleiner. In: *DIW Wochenbericht* (40), S. 545–552. Online verfügbar unter [https://www.diw.de/de/diw\\_01.c.881947.de/publikationen/wochenberichte/2023\\_40\\_1/psychische\\_gesundheit\\_\\_abstand\\_zwischen\\_ost-\\_und\\_westdeutschland\\_wird\\_kleiner.html](https://www.diw.de/de/diw_01.c.881947.de/publikationen/wochenberichte/2023_40_1/psychische_gesundheit__abstand_zwischen_ost-_und_westdeutschland_wird_kleiner.html), zuletzt geprüft am 02.05.2024.

Berger, K.; Riedel-Heller, S.; Pabst, A.; Rietschel, M.; Richter, D. (2021): Einsamkeit während der ersten Welle der SARS-CoV-2-Pandemie – Ergebnisse der NAKO-Gesundheitsstudie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (9), S. 1157–1164. DOI: 10.1007/s00103-021-03393-y.

Bitkom (2022): Kinder- und Jugendstudie 2022. Bitkom e.V. Online verfügbar unter [https://www.bitkom.org/sites/main/files/2022-06/Bitkom-Charts\\_Kinder\\_Jugendliche\\_09.06.2022\\_0.pdf](https://www.bitkom.org/sites/main/files/2022-06/Bitkom-Charts_Kinder_Jugendliche_09.06.2022_0.pdf), zuletzt geprüft am 28.03.2024.

Bohl, C.; Karnaki, P.; Cheli, S.; Fornes Romero, G.; Glavak Tkalić, R.; Papadopoulos, E. et al. (2023): Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Coronazeit. In: *Präv Gesundheitsf* 18 (2), S. 182–188. DOI: 10.1007/s11553-022-00946-0.

Brunner, F.; Tozdan, S.; Klein, V.; Dekker, A.; Briken, P. (2021): Lebenszeitprävalenz des Erlebens von Sex und sexueller Berührung gegen den eigenen Willen sowie Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Faktoren : Ergebnisse aus der Studie Gesundheit und Sexualität in Deutschland (GeSiD). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (11), S. 1339–1354. DOI: 10.1007/s00103-021-03434-6.

Bücker, S. (2022): Die gesundheitlichen, psychologischen und gesellschaftlichen Folgen von Einsamkeit. KNE Expertise 10/2022. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. Kompetenznetz Einsamkeit. Berlin.

Bujard, M.; den Driesch, E. von; Ruckdeschel, K.; Laß, I.; Thönnissen, C.; Schumann, A.; Schneider, N. (2021): Belastungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern in der Corona-Pandemie. Hg. v. Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB).

Büsching, U.; Riedel, R. (2017): BLIKK-Medien: Kinder und Jugendliche im Umgang mit elektronischen Medien. Abschlussbericht. Online verfügbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht\\_BLIKK\\_Medien.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Berichte/Abschlussbericht_BLIKK_Medien.pdf), zuletzt geprüft am 10.04.2024.

BZgA (2020): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2019. Teilband Computerspiele und Internet. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

BZgA (2022): Der Substanzkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2021 zu Alkohol, Rauchen, Cannabis und Trends. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln. Online verfügbar unter [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/studien/BZgA\\_Alkoholsurvey\\_2021.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/studien/BZgA_Alkoholsurvey_2021.pdf), zuletzt geprüft am 27.05.2024.

Cassens, M.; Zeller, C. (2023): Mediennutzung Heranwachsender: Eine Herausforderung in Public Health-Dimension ... in all seiner diagnostischen Tragweite. In: *Psychotherapie Forum* 27 (3-4), S. 95–100. DOI: 10.1007/s00729-023-00239-7.

Clement, S.; Brohan, E.; Sayce, L.; Pool, J.; Thornicroft, G. (2011): Disability hate crime and targeted violence and hostility: a mental health and discrimination perspective. In: *Journal of mental health (Abingdon, England)* 20 (3), S. 219–225. DOI: 10.3109/09638237.2011.579645.

Clement, S.; Schauman, O.; Graham, T.; Maggioni, F.; Evans-Lacko, S.; Bezborodovs, N. et al. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. In: *Psychological medicine* 45 (1), S. 11–27. DOI: 10.1017/S0033291714000129.

Cohrdes, C.; Göbel, K.; Schlack, R.; Hölling, H. (2019): Essstörungssymptome bei Kindern und Jugendlichen: Häufigkeiten und Risikofaktoren: Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 62 (10), S. 1195–1204. DOI: 10.1007/s00103-019-03005-w.

DAK Gesundheit (2023): Mediensucht in Zeiten der Pandemie. Hg. v. DAK Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2612370.pdf>.

Demiral, Y.; Ihle, T.; Rose, U.; Conway, P. M.; Burr, H. (2022): Precarious Work as Risk Factor for 5-Year Increase in Depressive Symptoms. In: *International journal of environmental research and public health* 19 (6). DOI: 10.3390/ijerph19063175.

DESTATIS (2024a): Rohdatenauszahlung ausländische Bevölkerung. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/rohdaten-auslaendische-bevoelkerung-zeitreihe.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2024.

DESTATIS (2024b): Statistischer Bericht - Mikrozensus - Bevölkerung nach Migrationshintergrund - Endergebnisse 2022. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/statistischer-bericht-migrationshintergrund-end-2010220227005.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2024.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (2024): Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen. Informationsblatt 1. Online verfügbar unter [https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1\\_haeufigkeit\\_demenzerkrankungen\\_dalzg.pdf](https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf), zuletzt geprüft am 02.04.2024.

Deutscher Ethikrat (2022): Pandemie und psychische Gesundheit. Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen. Deutscher Ethikrat. Berlin.

Deutsches Kinderhilfswerk (2021): Kinderreport Deutschland 2021. Mediensucht und exzessive Mediennutzung im Spannungsfeld von gesundem Aufwachsen und medialer Teilhabe von Kindern. Hg. v. Deutsches Kinderhilfswerk e.V. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1\\_Unsere\\_Arbeit/1\\_Schwerpunkte/2\\_Kinderrechte/2.29\\_Kinderreport\\_2021/Kinderreport\\_2021.pdf](https://www.dkhw.de/fileadmin/Redaktion/1_Unsere_Arbeit/1_Schwerpunkte/2_Kinderrechte/2.29_Kinderreport_2021/Kinderreport_2021.pdf), zuletzt geprüft am 27.03.2024.

DGKJ (2022): SK2-Leitlinie: Leitlinie zur Prävention dysregulierten Bildschirmmediengebrauchs in der Kindheit und Jugend. 1. Auflage. AWMF-Register Nr. 027-075. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. Online verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/027-075>, zuletzt geprüft am 27.03.2024.

DIW Berlin (2023): Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Version 87, Daten der Jahre 1984-2021 (SOEP-Core v38.1).

Eccles, A. M.; Qualter, P.; Madsen, K. R.; Holstein, B. E. (2023): Loneliness and Scholastic Self-Beliefs among Adolescents: A Population-based Survey. In: *Scandinavian Journal of Educational Research* 67 (1), S. 97–112. DOI: 10.1080/00313831.2021.1983865.

Entringer, T. M. (2022): Epidemiologie von Einsamkeit in Deutschland: KNE Expertise 4/2022. Online verfügbar unter <https://kompetenznetz-einsamkeit.de/publikationen/kne-expertisen/kne-expertise-04-entringer>, zuletzt geprüft am 18.04.2024.

Entringer, T. M.; Kröger, H. (2021): Working Paper. Psychische Gesundheit im zweiten Covid-19 Lockdown in Deutschland. Hg. v. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin (SOEPPapers on Multidisciplinary Panel Data Research, No. 1136).

Erkens, C.; Scharmanski, S.; Heßling, A. (2021): Sexualisierte Gewalt in der Erfahrung Jugendlicher: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (11), S. 1382–1390. DOI: 10.1007/s00103-021-03430-w.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2022): Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2022. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Luxemburg.

Fischer, S. M.; John, N.; Melzer, W.; Kaman, A.; Winter, K.; Bilz, L. (2020): Mobbing und Cybermobbing bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse der HBSC-Studie 2017/18 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (3). DOI: 10.25646/6894.

Gäbel, U.; Ruf, M.; Schauer, M.; Odenwald, M.; Neuner, F. (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 35 (1), S. 12–20. DOI: 10.1026/1616-3443.35.1.12.

Gerhards, S. K.; Pabst, A.; Riedel-Heller, S. G.; Luppä, M. (2023): Die Entwicklung der psychischen Gesundheit bei hochaltrigen Individuen während der COVID-19-Pandemie und die Rolle sozialer Unterstützung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (3), S. 241–247. DOI: 10.1007/s00103-023-03660-0.

Göbel, K.; Baumgarten, F.; Kuntz, B.; Hölling, H.; Schlack, R. (2018): ADHD in children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (3), S. 42–49. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2018-085.

Grüttner, M. (2018): Essstörungen bei Schülerinnen: Bildungs- und Migrationshintergrund, leistungsorientiertes Klassenklima und leistungsbezogener Schulstress. In: *Gesundheitswesen* 80 (S 01), S5-S11. DOI: 10.1055/s-0042-113602.

Habel, U.; Wagels, L.; Ellendt, S.; Scheller, M.; Evler, A.; Bergs, R. et al. (2016): Gewalt und Gesundheit. Symptome, Folgen und Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (1), S. 17–27. DOI: 10.1007/s00103-015-2258-7.

Hanewinkel, R.; Hansen, J., Waschull, K. (2023): Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener. Abschlussbericht. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung. Kiel.

Herpertz-Dahlmann, B.; Bonin, E.; Dahmen, B. (2021): Can you find the right support for children, adolescents and young adults with anorexia nervosa: Access to age-appropriate care systems in various healthcare systems. In: *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association* 29 (3), S. 316–328. DOI: 10.1002/erv.2825.

Hilbert, A.; Herpertz, S.; Kersting, A.; Pietrowsky, Reinhard; Tuschen-Caffier, B.; Vocks, S. (2011): Binge-Eating-Störung. In: Herpertz, S., M. Fichter, B. Herpertz-Dahlmann und B. Tuschen-Caffier (Hg.): *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*, S. 243–263.

HKK (2023): HKK-Datenanalyse: Immer mehr Kinder leiden unter Autismus. Online verfügbar unter <https://www.hkk.de/presse/pressemitteilungen/2023-07-18-hkk-datenanalyse-autismus>, zuletzt aktualisiert am 13.06.2024.

Hoek, H. W. (2016): Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. In: *Current Opinion in Psychiatry* (29), S. 336–339.

Hölling, H.; Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 50 (5-6), S. 794–799. DOI: 10.1007/s00103-007-0242-6.

Hottes, T. S.; Bogaert, L.; Rhodes, A. E.; Brennan D.J.; Gesink, D. (2016): Lifetime prevalence of suicide attempts among sexual minority adults by study sampling strategies: A systematic review and meta-analysis. In: *American Journal of Public Health* 106 (5), S. 921.

Huxhold, O.; Henning, G. (2023): The Risks of Experiencing Severe Loneliness Across Middle and Late Adulthood. In: *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 78 (10), S. 1668–1675. DOI: 10.1093/geronb/gbad099.

IAB (2020): Wie sich psychische Erkrankungen auf die Teilhabe am Arbeitsmarkt auswirken - ein Überblick. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Online verfügbar unter <https://www.iab-forum.de/wie-sich-psychische-erkrankungen-auf-die-teilhabe-am-arbeitsmarkt-auswirken-ein-ueberblick/>, zuletzt geprüft am 25.06.2024.

IAB (2022): Geflüchtete aus der Ukraine in Deutschland. Flucht, Ankunft und Leben. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg.

IFT (2022): Illegale Drogen - Trend. Institut für Therapieforschung München. Online verfügbar unter <https://www.esa-survey.de/ergebnisse/trend/trend-detailansicht/illegale-drogen/>, zuletzt geprüft am 30.05.2024.

IT NRW (2024): NRW: Zahl der Suizide um 8,1% gestiegen. Pressemitteilung, 17. Januar 2024. Online verfügbar unter <https://www.it.nrw/nrw-zahl-der-suizide-gestiegen>, zuletzt geprüft am 02.04.2024.

Jefferson, R.; Barreto, M.; Verity, L.; Qualter, P. (2023): Loneliness During the School Years: How It Affects Learning and How Schools Can Help. In: *The Journal of school health* 93 (5), S. 428–435. DOI: 10.1111/josh.13306.

Jennen, L.; Mazereel, V.; Vansteelandt, K.; Menne-Lothmann, C.; Decoster, J.; Derom, C. et al. (2023): The within-person bidirectional association between physical activity and loneliness in the daily lives of adolescents and young adults. In: *Mental Health and Physical Activity* 24, S. 100499. DOI: 10.1016/j.mhpa.2022.100499.

Kajikhina, K.; Koschollek, C.; Bozorgmehr, K.; Sarma, N.; Hövener, C. (2023): Rassismus und Diskriminierung im Kontext gesundheitlicher Ungleichheit – ein narratives Review. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (10), S. 1099–1108. DOI: 10.1007/s00103-023-03764-7.

Kara, S.; Zimmermann, S. (2023): SOEPcompanion (v38) (SOEP Survey Papers) (1261).

Kersten, N.; Formazin, M. (2022): Psychosoziale Arbeitsbedingungen und Burnout im Längsschnitt der „Studie zur mentalen Gesundheit bei der Arbeit (S-MGA)“. In: *Zbl Arbeitsmed* 72 (1), S. 1–12. DOI: 10.1007/s40664-021-00444-8.

Kilian, C.; Manthey, J.; Carr, S.; Hanschmidt, F.; Rehm, J.; Speerforck, S.; Schomerus, G. (2021): Stigmatization of people with alcohol use disorders: An updated systematic review of population studies. In: *Alcoholism, clinical and experimental research* 45 (5), S. 899–911. DOI: 10.1111/acer.14598.

Kohring, C.; Akmatov, M. K.; Holstiege, J.; Heuer, J.; Dammertz, L.; Bätzing, J. (2023): Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2014 und 2021.

Kramer, V.; Thoma, A.; Kunz, M. (2021): Medizinisches Fachpersonal in der COVID-19-Pandemie: Psyche am Limit. In: *InFo Neurologie* 23 (6), S. 46–53. DOI: 10.1007/s15005-021-1975-8.

Ladberg, B. (2022): Sozialpädagogische Familienhilfe unter den Bedingungen der Corona-COVID-19-Pandemie: zur Lage von Familienhelfer\*innen und zur Lage von betreuten Familien. In: Silke Jakob und Nikias Obitz (Hg.): *Solidarität und Krise. Sozialpädagogische Perspektiven auf Herausforderungen unter krisenhaften Bedingungen*. Unter Mitarbeit von Silke Jakob und Nikias Obitz. Leverkusen: Verlag Barbara Budrich.

Lampert, T.; Kroll, L. E.; Lippe, E. von der; Müters, S.; Stolzenberg, H. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit : Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5-6), S. 814–821. DOI: 10.1007/s00103-013-1695-4.

Lampert, T., Kroll, L., Müters, S., Stolzenberg, H. (2013): Messung des sozioökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS). In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56, S. 631–636.

Leo, K.; Lindenberg, K. (2021): Gaming Disorder: Diagnostik und Psychotherapie der neuen ICD-11-Diagnose. In: *Psychotherapeuten Journal* 20 (1), 6-13.

Li, J.; Bünning, M.; Kaiser, T.; Hipp, L. (2022): Who suffered most? Parental stress and mental health during the COVID-19 pandemic in Germany. In: *JFamRes* 34 (1), S. 281–309. DOI: 10.20377/jfr-704.

Luhmann, M.; Brickau, D.; Schäfer, B.; Mohr, P. Schmitz, M.; Neumann, A.; Steinmayr, R. (2023): Einsamkeit unter Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen nach der Pandemie. Online verfügbar unter <https://www.land.nrw/pressemitteilung/jeder-fuenfte-jugendliche-nordrhein-westfalen-ist-stark-einsam-landesregierung>, zuletzt geprüft am 17.04.2024.

Mahon, N. E.; Yarcheski, A.; Yarcheski, T. J.; Cannella, B. L.; Hanks, M. M. (2006): A meta-analytic study of predictors for loneliness during adolescence. In: *Nursing Research* 55 (5), S. 308–315.

Mai, Q.; Holman, C. D. J.; Sanfilippo, F. M.; Emery, J. D.; Preen, D. B. (2011): Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study. In: *BMC medicine* 9, S. 118. DOI: 10.1186/1741-7015-9-118.

Matthews, T.; Qualter, P.; Bryan, B. T.; Caspi, A.; Danese, A.; Moffitt, T. E. et al. (2023): The developmental course of loneliness in adolescence: Implications for mental health, educational attainment, and psychosocial functioning. In: *Development and psychopathology* 35 (2), S. 537–546. DOI: 10.1017/S0954579421001632.

Mauz, E.; Eicher, S.; Peitz, D.; Junker, S.; Hölling, H.; Thom, J. (2021): Psychische Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Ein Rapid-Review. DOI: 10.25646/9178.

McDonald, A. J.; Kurdyak, P.; Rehm, J.; Roerecke, M.; Bondy, S. J. (2024): Age-dependent association of cannabis use with risk of psychotic disorder. In: *Psychological medicine*, S. 1–11. DOI: 10.1017/S0033291724000990.

Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest (Hg.) (2023): JIM-Studie 2022. Jugend, Information, Medien. Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger. Stuttgart. Online verfügbar unter <https://www.mpfs.de/studien/jim-studie/2023/>, zuletzt geprüft am 27.03.2024.

Mernyi, L.; Hölzle, P.; Hamann, J. (2018): Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. In: *Psychiatrische Praxis* 45 (4), S. 197–205. DOI: 10.1055/s-0043-101901.

Meyer, M.; Meinicke, M.; Schenkel, A. (2023): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. Hg. v. B. Bardura. Berlin (Fehlzeiten-Report 2023). Online verfügbar unter <https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/fehlzeiten-report/2023/?L=0>, zuletzt geprüft am 14.08.2024.

MKJFGFI (2024): Entwicklungen im Bereich Flucht. Newsletter vom 19.03.2024. Ministerium für Kinder, Jugend, Familie, Gleichstellung, Flucht und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen. Online verfügbar unter [https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/2024-03\\_newsletter\\_des\\_mkjfgfi\\_-\\_entwicklungen\\_im\\_bereich\\_flucht\\_final.pdf](https://www.mkjfgfi.nrw/system/files/media/document/file/2024-03_newsletter_des_mkjfgfi_-_entwicklungen_im_bereich_flucht_final.pdf), zuletzt geprüft am 02.02.2024.

Mund, M.; Freuding, M. M.; Möbius, K.; Horn, N.; Neyer, F. J. (2020): The Stability and Change of Loneliness Across the Life Span: A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. In: *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc* 24 (1), S. 24–52. DOI: 10.1177/1088868319850738.

Niedermeier, M.; Frühauf, A.; Bichler, C.; Rosenberger, R.; Kopp, M. (2019): Sport – zu Risiken und Nebenwirkungen. In: *Der Orthopäde* 48 (12), S. 1030–1035. DOI: 10.1007/s00132-019-03823-5.

Nübling, M.; Andersen, H.; Mühlbacher, A. (2006): Entwicklung eines Verfahrens zur Berechnung der körperlichen und psychischen Summenskalen auf Basis der SOEP - Version des SF 12 (Algorithmus) (Data Documentation, 16).

Nutsch, N.; Bozorgmehr, K. (2020): Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 63 (12), S. 1470–1482. DOI: 10.1007/s00103-020-03238-0.

- Nutt, D.; Wilson, S.; Paterson, L. (2008): Sleep disorders as core symptoms of depression. In: *Dialogues in clinical neuroscience* 10 (3), S. 329–336. DOI: 10.31887/DCNS.2008.10.3/dnutt.
- Olderbak, S.; Möckl, J.; Manthey, J.; Lee, S.; Rehm, J.; Hoch, Eva; Kraus, L. (2023): Trends and projection in the proportion of (heavy) cannabis use in Germany from 1995 to 2021. In: *Addiction (Abingdon, England)* 119 (2), S. 311–321. DOI: 10.1111/add.16356.
- Paul, K.; Zechmann, A.; Moser, K. (2016): Psychische Folgen von Arbeitsplatzverlust und Arbeitslosigkeit. In: *WSI Mitteilungen* 5, S. 373–380.
- Paul, K. I.; Moser, K. (2009): Unemployment impairs mental health: meta-analyses. In: *Journal of Vocational Behavior* 74 (3), S. 264–282.
- Peter, C.; Brosius, H.-B. (2021): Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (1), S. 55–61. DOI: 10.1007/s00103-020-03256-y.
- Petzold, M. B.; Bendau, A.; Plag, Jens; Pyrkosch, L.; Mascarell Maricic, L.; Betzler, F. et al. (2020): Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany. In: *Brain and behavior* 10 (9), e01745. DOI: 10.1002/brb3.1745.
- Plöderl, M. (2016): LSBTI und psychische Gesundheit: Fakten und Erklärungsmodelle. In: *Psychotherapie-Wissenschaft* (2), S. 140–151.
- Pohrt, A.; Fodor, D.; Burr, H.; Kendel, F. (2022): Appreciation and job control predict depressive symptoms: results from the Study on Mental Health at Work. In: *International archives of occupational and environmental health* 95 (2), S. 377–387. DOI: 10.1007/s00420-021-01735-6.
- Psychotherapeutenkammer NRW (2020): Stellungnahme 173338: Anhörung der Enquetekommission IV „Einsamkeit – Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit“ zum Thema „Die Rolle psychotherapeutischer Versorgung in Bezug auf Einsamkeit“ am 4. Dezember 2020.
- Ravens-Sieberer, U. (2023): COPSY-Studie. Hg. v. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). Online verfügbar unter <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html>, zuletzt geprüft am 02.04.2024.
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Devine, J.; Reiß, F. (2023): Die COVID-19-Pandemie – Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? In: *Monatsschrift Kinderheilkunde: Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde*, S. 1–7. DOI: 10.1007/s00112-023-01775-x.
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Otto, C.; Adedeji, A.; Devine, J.; Erhart, M. et al. (2020): Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (48), S. 828–829. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0828.
- Ravens-Sieberer, U.; Kaman, A.; Otto, C.; Adedeji, A.; Napp, A.-K.; Becker, M. et al. (2021): Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (12), S. 1512–1521. DOI: 10.1007/s00103-021-03291-3.
- Reiß, F.; Behn, S.; Erhart, M.; Strelow, L.; Kaman, A.; Ottová-Jordan, V. et al. (2024): Subjektive Gesundheit und psychosomatische Beschwerden von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der HBSC-Studie 2010 – 2022. Robert Koch-Institut. Berlin.

Reiß, F.; Kaman, A.; Napp, A.-K.; Devine, J.; Li, Lydia Y.; Strelow, L. et al. (2023): Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (7), S. 727–735. DOI: 10.1007/s00103-023-03720-5.

Reiss, F.; Meyrose, A.-K.; Otto, C.; Lampert, T.; Klasen, F.; Ravens-Sieberer, U. (2019): Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study. In: *PloS one* 14 (3), e0213700. DOI: 10.1371/journal.pone.0213700.

RKI: Gesundheit in Deutschland aktuell 2019/2020-EHIS (GEDA 2019/2020-EHIS). Scientific Use File 1. Version. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.7797/31-201920-1-1-1>.

RKI (2015): Mediennutzung. Faktenblatt zur KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Erste Folgebefragung 2009-2012. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin.

RKI (2021): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen-Bewerten-Handeln-Schwerpunktbericht Teil 1-Erwachsene. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter [https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische\\_Gesundheit/EBH\\_Bericht\\_Psychische\\_Gesundheit.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Psychische_Gesundheit/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 10.06.2024.

RKI (2022): Faktenblatt. Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie. Robert Koch-Institut. Online verfügbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/COVID-Pandemie-und-psychische-Gesundheit-Erwachsener.html>, zuletzt geprüft am 17.06.2024.

Roberts, A. L.; Rosario, M.; Slopen, N.; Calzo, J. P.; Austin, S. B. (2013): Childhood gender nonconformity, bullying victimization, and depressive symptoms across adolescence and early adulthood: an 11-year longitudinal study. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 52 (2), S. 143–152. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.11.006.

Rose, U.; Kersten, N.; Pattloch, D.; Conway, P. M.; Burr, H. (2023): Associations between depressive symptoms and 5-year subsequent work nonparticipation due to long-term sickness absence, unemployment and early retirement in a cohort of 2,413 employees in Germany. In: *BMC public health* 23 (1), S. 2159. DOI: 10.1186/s12889-023-17090-9.

Rüsch, N.; Angermeyer, M. C.; Corrigan, P. W. (2005): Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. In: *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists* 20 (8), S. 529–539. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2005.04.004.

Schlack, R.; Peerenboom, N.; Neuperdt, L.; Junker, S.; Beyer, A.-K. (2021): Effekte psychischer Auffälligkeiten in Kindheit und Jugend im jungen Erwachsenenalter: Ergebnisse der KiGGS-Kohorte. In: *Journal of Health Monitoring* 6 (4). DOI: 10.25646/8862.

Schneider, I.; Habel, U.; Schneider, F. (2017): Autismus-Spektrum-Störungen (F84). In: F. Schneider (Hg.): *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 495–502.

Schneider, M.; Friemel, C. M.; Keller, R. von; Adorjan, K.; Bonnet, U. (2019): Cannabiskonsum zum Freizeitgebrauch. In: Hoch, E., Friemel, C.M., Schneider, M. (Hg.) *Cannabis. Potenzial und Risiko. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme*. Berlin, Springer: 66-264.

- Schobin, J.; Arriagada, C.; Gibson-Kunze, M. (2024): Einsamkeitsbarometer 2024: Langzeitentwicklung von Einsamkeit in Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Schöllgen, I.; Kersten, N.; Rose, U. (2019): Income Trajectories and Subjective Well-Being: Linking Administrative Records and Survey Data. In: *International journal of environmental research and public health* 16 (23). DOI: 10.3390/ijerph16234779.
- Schomerus, G.; Spahlholz, J.; Speerforck, S. (2023): Die Einstellung der deutschen Bevölkerung zu psychischen Störungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (4), S. 416–422. DOI: 10.1007/s00103-023-03679-3.
- Skoda, E.-M.; Spura, A.; Bock, F. de; Schweda, A.; Dörrie, N.; Fink, M. et al. (2021): Veränderung der psychischen Belastung in der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Ängste, individuelles Verhalten und die Relevanz von Information sowie Vertrauen in Behörden. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 64 (3), S. 322–333. DOI: 10.1007/s00103-021-03278-0.
- Soest, T. v.; Luhmann, M.; Gerstorf, D. (2020): The development of loneliness through adolescence and young adulthood: Its nature, correlates, and midlife outcomes. In: *Developmental psychology* 56 (10), S. 1919–1934. DOI: 10.1037/dev0001102.
- Stacherl, B.; Entringer, T. (2024): From feeling depressed to getting diagnosed: Determinants of a diagnosis of depression after experiencing symptoms. Berlin, DIW (unveröffentlicht).
- Stawiarski, L.; Wanke, E. M. (2022): Prävalenz und Auswirkungen von Untergewicht im professionellen Bühnentanz. In: *Zbl Arbeitsmed* 72 (3), S. 133–139. DOI: 10.1007/s40664-022-00458-w.
- Steffen, A.; Manas K. A.; Holstiege, J.; Bätzing, J. (2018): Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017.
- Strauß, B.; Berger, U.; Rosendahl, J. (2021): Folgen der COVID-19-Pandemie für die psychische Gesundheit und Konsequenzen für die Psychotherapie – Teil 1 einer (vorläufigen) Übersicht. In: *Psychotherapeut* 66 (3), S. 175–185. DOI: 10.1007/s00278-021-00504-7.
- Svaldi, J.; Hartmann Finkorn, A.; Legenbauer, T.; Wietersheim von, J.; Zwaan de, M.; Tuschen-Caffier, B. (2011): Bulimia nervosa. In: Herpertz, S., M. Fichter, B. Herpertz-Dahlmann und B. Tuschen-Caffier (Hg.): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, S. 193–235.
- Techniker Krankenkasse (2024): Gesundheitsreport 2024 - Arbeitsunfähigkeiten. Techniker Krankenkasse. Hamburg.
- Thomasius, R. (2021): Digitale Süchte und Risiken - wie können wir vorbeugen und Kinder stärken? Online-Fachtagung "Medienmündigkeit: Gesund aufwachsen und digital-kompetent werden". Online verfügbar unter [https://www.echt-dabei.de/fileadmin/user\\_upload/040321\\_Thomasius\\_Praesentation\\_Fachtag\\_Medienmuendigk eit.pdf](https://www.echt-dabei.de/fileadmin/user_upload/040321_Thomasius_Praesentation_Fachtag_Medienmuendigk eit.pdf), zuletzt geprüft am 28.03.2024.
- Thomasius, R. (2023): Mediensucht bei Kindern und Jugendlichen: Nutzung von Games, sozialen Medien und Streaming in Zeiten der Pandemie. In: DAK Gesundheit (Hg.): Mediensucht in Zeiten der Pandemie, S. 48–61. Online verfügbar unter <https://www.dak.de/dak/download/report-2612370.pdf>, zuletzt geprüft am 26.03.2024.
- Vilagut, G.; Forero, C. G.; Pinto-Meza, A. et al. (2013): The Mental Component of the Short-Form 12 Health Survey (SF-12) as a Measure of Depressive Disorders in the General Population:

Results with Three Alternative Scoring Methods. In: *Value in Health* (Volume 16, Issue 4), S. 564–573.

Walper, S.; Ulrich, S. M.; Kindler, H. (2023): Familiäre Belastungsfaktoren für die emotionale Entwicklung junger Kinder. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 66 (7), S. 717–726. DOI: 10.1007/s00103-023-03730-3.

Weiss, R. S. (1973): *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. The MIT Press. Cambridge, MA.

Witt, A.; Rassenhöfer, M.; Fegert, J. M.; Plener, P. L. (2015): Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. In: *Kindheit und Entwicklung* 24 (4), 209-224.

Wünsche, J.; Tesch-Römer, C. (2022): Wie viele Menschen in der zweiten Lebenshälfte sind in der Bundesrepublik Deutschland von Einsamkeitn betroffen? DZA-Fact Sheet. Deutsches Zentrum für Altersfragen. Berlin.

Zeeck, A.; Cuntz, U.; Herpertz-Dahlmann, B.; Ehrlich, S.; Friederich, H. C.; Resmark, G. et al. (2011): Anorexia nervosa. In: Herpertz, S., M. Fichter, B. Herpertz-Dahlmann und B. Tuschen-Caffier (Hg.): *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*, S. 63–172.

Zi (Hg.) (2023): Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung - Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 Kinder und Jugendliche), nach Diagnose bzw. Diagnosegruppe. Online verfügbar unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/gesundheitsindikatoren?tab=2&uid=131&cHash=59ba8f1cda78d2008a00e04be14f14e7>, zuletzt geprüft am 02.04.2024.