



Barrieren der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung junger Erwachsener: Individuelle und regionale Einflussfaktoren

Autorinnen und Autoren: Vera Birgel^{1,2}, Paul Gellert^{2,3}, Heike Hölling¹, Ronny Kuhnert¹, Niels Michalski¹, Michael Rapp^{2,4}, Julie L. O'Sullivan^{2,3}, Caroline Cohrdes^{1,2}

Institutionen: 1 Robert Koch-Institut, Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin 2 Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit, Standort Berlin/Potsdam 3 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Berlin 4 Universität Potsdam, Professur für Sozial- und Präventivmedizin, Potsdam

Abstract

Hintergrund: Psychische Belastungen sind unter jungen Erwachsenen in Deutschland weit verbreitet. Im Vergleich dazu bleibt die Inanspruchnahme professioneller Hilfe gering. Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Häufigkeit spezifischer Barrieren zu identifizieren und zu prüfen, welche individuellen sowie regionalen Faktoren mit einem unerfüllten Hilfebedarf assoziiert sind.

Methode: 3.051 ehemalige Teilnehmende der KiGGS-Studie (16 bis 25 Jahre) nahmen an einer Online-Befragung teil. Mittels Gruppenvergleichen und Regressionsanalysen wurden Zusammenhänge mit unerfülltem Hilfebedarf untersucht.

Ergebnisse: 42,6 % der Befragten berichteten, trotz angeratenem oder selbst wahrgenommenem Bedarf keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Am häufigsten genannt wurden Barrieren im Umgang mit dem eigenen Hilfebedarf (ProbleMLEUGNUNG) sowie negative Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Hilfe (Hilfesuchstigma). Innerhalb dieser Gruppe wurde unerfüllter Hilfebedarf häufiger von Frauen, Personen mit niedrigem subjektivem sozialen Status, depressiven oder Angstsymptomen, geringerer psychischer Lebensqualität oder unzureichender Gesundheitskompetenz genannt. Regionale Merkmale wie die Versorgungsdichte oder sozioökonomische Deprivation zeigten keinen Zusammenhang.

Schlussfolgerungen: Die Ergebnisse betonen die Bedeutung subjektiver Hürden im Hilfesuchverhalten. Niedrigschwellige Angebote können dabei helfen, Selbstwahrnehmung, Bewertungskompetenz und Offenheit im Umgang mit psychischen Belastungen zu fördern und das Risiko für psychische Störungen zu mindern.

Keywords: Junge Erwachsene, Lebensqualität, Gesundheitskompetenz, Hilfesuchendes Verhalten, Sozialer Status, Psychische Belastungen, Regressionsanalyse

1. Einleitung

Psychische Störungen gehören weltweit zu den Hauptursachen für Krankheitslasten, insbesondere bei jungen Erwachsenen [1]. Etwa 75 % aller schweren psychischen Störungen treten erstmals vor dem 25. Lebensjahr auf, was die Bedeutung früher Erkennung und Versorgung unterstreicht [2]. In dieser Lebensphase können Entwicklungsaufgaben wie die Erlangung von Autonomie, die Identitätsfindung sowie der Übergang in Ausbildung oder Beruf psychische Belastungen begünstigen [3]. Ein frühzeitiger Zugang zu präventiven und therapeutischen Angeboten [4] sowie ein Bewusstsein für das Ausmaß psychischer Belastungen, die Bereitschaft, Hilfe zu suchen und das Wissen über verfügbare Hilfsangebote sind entscheidend, um langfristige Beeinträchtigungen zu verhindern [5].

Informationen zu Artikel und Zeitschrift

Eingereicht: 24.06.2025
Akzeptiert: 09.10.2025
Veröffentlicht: 19.11.2025

Artikel peer reviewed

Zitierweise: Birgel V, Gellert P, Hölling H, Kuhnert R, Michalski N, Rapp M, et al. Barrieren der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung junger Erwachsener: Individuelle und regionale Einflussfaktoren. J Health Monit. 2025;10(4):e 13532. doi: 10.25646/13532

Dr. Vera Birgel
birgelv@rki.de

Robert Koch-Institut, Berlin
Journal of Health Monitoring
www.rki.de/jhealthmonit

Englische Version des Artikels
www.rki.de/jhealthmonit-en

 Open access


[CC BY 4.0 Lizenzvertrag](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)
[Namensnennung 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
Gemeinsam getragen von RKI und Destatis.



Das Robert Koch-Institut ist ein
Bundesinstitut im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für Gesundheit

JEPSY

Studie zur Psychischen Gesundheit junger Erwachsener

Datenhalter: Robert Koch-Institut

Ziele: Untersuchung der psychischen Gesundheit, des Wohlbefindens sowie von Ressourcen und Versorgungsbedarfen junger Erwachsener in Deutschland unter Berücksichtigung vergangener Daten aus der Kindheit und Jugend aus der „Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ (KiGGS)

Studiendesign: Querschnitt mit retrospektivem Längsschnittbezug

Grundgesamtheit: Personen im Alter von 16 bis 25 Jahren, die an der KiGGS Welle 2 (2014–2017) teilgenommen haben

Stichprobenziehung: Vollerhebung aller Personen ab 16 Jahren aus KiGGS Welle 2, die einer Wiederkontaktierung zugestimmt haben

Stichprobenumfang: 3.063 Teilnehmende

Datenerhebungszeitraum: März bis Juli 2024

Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS Welle 2 2014–2017

Mehr Informationen unter

<https://www.rki.de/DE/Themen/Nichtuebertragbare-Krankheiten/Studien-und-Surveillance/Studien/JEPSY-Studie.html>

Epidemiologische Studien zeigen, dass psychopathologische Symptome und Erkrankungen in Deutschland und international zugenommen haben, besonders bei jungen Menschen [6–9]. Während der COVID-19-Pandemie verdoppelte sich beispielsweise die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von 17,6 % auf 30,4 % [10]. Obwohl Psychotherapie als eine der wirksamsten Behandlungsformen gilt [11], bleibt die tatsächliche Inanspruchnahme gering. In einer deutschlandweiten Befragung gaben 12,9 % der Erwachsenen an, in den vergangenen drei Jahren eine emotionale Belastung erlebt zu haben, die medizinische oder psychologische Hilfe erforderte, doch mehr als ein Drittel nahm letztlich keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch [12]. Zudem zeigt sich, dass ein unerfüllter Hilfebedarf mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken und -versuche verbunden ist, was die gesundheitliche Relevanz dieser Versorgungslücke unterstreicht [13]. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich dabei nach Geschlecht und Alter: Frauen haben im Vergleich zu Männern eine höhere

Kernaussagen

- ▶ Ein großer Anteil junger Erwachsener mit psychischen Belastungen nimmt trotz wahrgenommenem oder angeratenem Bedarf keine professionelle Hilfe in Anspruch.
- ▶ Häufig genannte Barrieren sind Problemleugnung (Zweifel am eigenen Hilfebedarf) und internalisiertes (d. h. selbstbezogenes) Hilfesuchstigma (negative Einstellungen gegenüber Inanspruchnahme).
- ▶ Unerfüllter Hilfebedarf wird häufiger von Personen mit psychischer Belastung (z. B. depressive oder Angst-Symptome, eingeschränkte psychische Lebensqualität) sowie Personen mit weiblichem Geschlecht, niedrigem subjektivem sozialen Status oder geringer Gesundheitskompetenz berichtet.
- ▶ Die Versorgungsdichte zeigt keinen signifikanten Zusammenhang mit unerfülltem Hilfebedarf.
- ▶ Der Zugang zu professioneller Hilfe sollte durch niedrigschwellige Präventionsstrategien wie Gesundheitskompetenzförderung, Entstigmatisierung und gezielte Aufklärung verbessert werden.

Wahrscheinlichkeit, psychotherapeutische Leistungen in Anspruch zu nehmen [12], während ein jüngeres Erkrankungsalter mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, professionelle Hilfe zu suchen [14, 15].

Das Hilfesuchverhalten junger Erwachsener wird durch eine Vielzahl individueller, sozialer und struktureller sowie regionaler Barrieren beeinflusst. Als zentrale Hemmnisse gelten negative Einstellungen gegenüber psychotherapeutischer Hilfe (z. B. internalisiertes Hilfesuchstigma), Angst vor Fremdstigmatisierung und mangelnde Informationen über professionelle Hilfsangebote. Studien aus den USA und Australien zeigen darüber hinaus, dass dort auch finanzielle Hürden und fehlender Versicherungsschutz eine bedeutende Rolle spielen [15–20]. Auch die individuelle Gesundheitskompetenz, also die Fähigkeit, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden, kann eine wichtige Rolle spielen. Mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung (54,3 %) verfügt über eine problematische oder inadäquate Gesundheitskompetenz und berichtet im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen von erheblichen Schwierigkeiten [21]. Unter den jungen Erwachsenen trifft dies sogar auf etwa zwei Drittel zu [22]. Für diese Altersgruppe, die häufig noch lernen muss, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden, könnte dieser Faktor besonders relevant sein. Bisher liegen international allerdings nur wenige Studien vor, die den Einfluss von Gesundheits-

kompetenz auf das Hilfesuchverhalten in dieser Altersgruppe untersuchen [23].

Neben individuellen Faktoren können auch regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte bedeutsam sein. In Deutschland variiert die Versorgungssituation in Abhängigkeit von geografischen und sozioökonomischen Bedingungen [24], wobei städtische Regionen tendenziell über eine höhere Dichte an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verfügen als ländliche Gebiete [25]. Empirische Befunde berichten in weniger dicht besiedelten Regionen längere Wartezeiten und eine ungünstigere Versorgung, was sich in regional unterschiedlichen Zugangshürden niederschlägt [26]. Auch regionale Deprivation (d. h., sozioökonomische Benachteiligung der Bevölkerung in einer bestimmten Region) kann die psychische Gesundheit und den Zugang zu Versorgung beeinflussen – etwa durch erhöhten psychosozialen Stress, geringere soziale Unterstützung oder eingeschränkte Gesundheitsinfrastruktur [27, 28].

Ziel der vorliegenden Studie war es, die Häufigkeit und Art von Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Problemen durch junge Erwachsene in Deutschland zu untersuchen. Darüber hinaus wurden Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Hinweise auf einen erhöhten Hilfebedarf sowie mögliche individuelle (z. B. Alter, Geschlecht, Gesundheitskompetenz) und regionale Merkmale (z. B. Versorgungsdichte, Deprivation) berücksichtigt. Die gewonnenen Erkenntnisse sollen dazu beitragen, Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu identifizieren, bestehende Bedarfe besser zu verstehen und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen aufzuzeigen.

2. Methode

2.1 Stichprobe und Rekrutierung

Die Studie zur psychischen Gesundheit junger Erwachsener in Deutschland (JEPSY) basiert auf Daten einer Online-Befragung von Personen im Alter von 16 bis 25 Jahren. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) genehmigt (2024-03-14-WV).

Die Teilnehmenden wurden aus der zweiten Welle der Kinder- und Jugendgesundheitsstudie (KiGGS, 2014–2017) des Robert Koch-Instituts rekrutiert [29]. Insgesamt wurden 11.737 Personen kontaktiert, die zuvor an der KiGGS-Studie teilgenommen hatten. Eingeschlossen wurden Personen, die zum Beginn der Datenerhebung am 1. März 2024 zwischen 16 und 25 Jahre alt waren und einer erneuten Teilnahme zugestimmt hatten. Insgesamt füllten 3.063 Personen den Online-Fragebogen vollständig aus. Nach Ausschluss von 12 Personen mit unplausiblen Antwortmustern [30, 31] umfasste die finale Stichprobe 3.051 Teilnehmende (68,3 % weiblich, Durchschnittsalter: 22 Jahre, $SD \pm 2$).

2.2 Daten

Ein unerfüllter Bedarf an professioneller Hilfe wurde im Anschluss an Fragen zur Anamnese psychischer Störungen anhand folgender Frage erfasst: „Ist es schon einmal oder öfter vorgekommen, dass Ihnen eine professionelle Hilfe angeraten wurde oder Sie selbst darüber nachdachten, es dann aber nicht gemacht haben?“ Die Personen, die diese Frage bejahten, beantworteten anschließend acht Items der „Barrieren zur Aufnahme einer Psychotherapie“-Skala (BAPS) [32] sowie ergänzende Items des Composite International Diagnostic Interview (CIDI-5) [33] und eine Freitextangabe unter „Andere“. Die Items wurden auf einer sechsstufigen Skala (1 = gar nicht zutreffend, 6 = sehr zutreffend) erfasst. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Wahrnehmung der jeweiligen Barriere hin. Die Items wurden gemäß Auswertungsmanual in fünf Kategorien zusammengefasst: 1) Angst vor öffentlicher Stigmatisierung, 2) Angst vor dem psychotherapeutischen Setting, 3) ProbleMLEUGNUNG, 4) internalisiertes Hilfesuchstigma und 5) praktische Hürden. Die Einzelitems sowie deren inhaltliche Zuordnung sind in [Tabelle 1](#) dargestellt. Die Auswahl der Messinstrumente und Items folgte den Empfehlungen einer Kommission des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) zur Entwicklung eines Minimum-Data-Sets (MDS) zur Erfassung psychischer Gesundheit [34]. Spezifische Barrieren wurden nur bei Personen mit unerfülltem Hilfebedarf erhoben; sämtliche Analysen zur Barrierenwahrnehmung (inklusive Regressionsmodelle) beziehen sich daher auf diese Teilgruppe. Als Hinweise auf einen Bedarf an professioneller Hilfe wurden folgende Indikatoren berücksichtigt:

- ▶ Depressive und Angstsymptome: Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4; 4 Items, Antwortskala 0–3, positives Screening (d. h., auffällige Symptombelastung), wenn $PHQ-2$ oder $GAD-2 \geq 3$, [35]),
- ▶ Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität (HRQoL): 2-Item-Version der PROMIS Global Mental Health-Skala (kategorisiert auf Basis von T-Werten; analytische Dichotomisierung in *schlecht/mäßig* vs. *gut/sehr gut/ausgezeichnet*, instrumentenseitig 5-Kategorien [36]),
- ▶ Auffälliger Substanzkonsum: DSM-5 Cross-Cutting Symptom Measure [37]; auffällig, wenn „mindestens vier alkoholische Getränke“ oder „nicht verschriebene Substanzen“ an mehr als der Hälfte der Tage berichtet wurden.

Die Erfassung der Gesundheitskompetenz erfolgte auf Basis von drei Items (vierstufige Likert-Skala), die Schwierigkeiten im Zugang, Verständnis und in der Anwendung gesundheitsbezogener Informationen bewerten. Die Einteilung in Kategorien („mangelhaft“, „problematisch“, „ausreichend“, „ausgezeichnet“) basierte auf den Klassifikationsvorschlägen des M-POHL-Netzwerks (2021) [38].

Die untersuchten soziodemografischen Variablen umfassten Geschlecht gemäß Geburtsurkunde, Alter und subjektiver sozialer Status (10-Punkte-Skala einer adaptierten MacArthur Scale of Subjective Social Status, 1=niedrigster bis 10=höchster Status) [39].

Regionale Daten auf Kreisebene umfassten:

- ▶ Sozioökonomische Deprivation gemäß German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD; Quintile). Der GISD ist ein Maß relativer sozioökonomischer Benachteiligung (Deprivation) der Regionen in Deutschland auf drei Kerndimensionen sozioökonomischer Ungleichheit (Bildung, Beschäftigung, Einkommen) [40],
- ▶ Kreistyp nach Eurostat (städtisch, intermediär, ländlich) [41],
- ▶ Versorgungsdichte an ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (pro 10.000 Einwohnerinnen und Einwohner) basierend auf Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung [25].

2.3 Statistische Methoden

Die Analysen wurden mit R 4.4.2 unter Berücksichtigung von Gewichtungsfaktoren zur Korrektur selektiver Teilnahmeeffekte (vgl. Details unter [42]) durchgeführt. Die Gewichtung passt die Stichprobe auf die Verteilung der Teilnehmenden der repräsentativen KiGGS-Studie Welle 2 an.

Zur Beschreibung der wahrgenommenen Barrieren wurden deskriptive Statistiken genutzt. Gruppenunterschiede in der Barrierenwahrnehmung wurden mittels Mann-Whitney-U-Tests untersucht. Dabei wurden Personen mit und ohne positives Screening auf depressive Symptomatik, Angstsymptomatik oder auffälligen Substanzkonsum sowie Gruppen mit unterschiedlicher psychischer gesundheitsbezogener Lebensqualität verglichen. Für die Analyse der Lebensqualität wurden die fünf Kategorien der PROMIS-Mental-Health-Skala für Gruppenvergleiche in zwei Gruppen zusammengefasst („schlecht“/„mäßig“ und „gut“/„sehr gut“/„ausgezeichnet“). Zusätzlich wurden diese Gruppenvergleiche geschlechtsspezifisch getrennt ausgewertet, um mögliche Unterschiede in der Barrierenwahrnehmung zwischen Frauen und Männern zu identifizieren.

Zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen individuellen und regionalen Faktoren und der Wahrscheinlichkeit, einen unerfüllten Bedarf an professioneller Hilfe anzugeben, wurden logistische Mehrebenenanalysen (Mixed-Effects Models) mit Random Intercept für Kreise unter Verwendung des „survey“-Pakets durchgeführt [43]. Der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) wurde berechnet, um zu schätzen, wie hoch der Anteil der Varianz der Kontextebene an der verbleibenden Gesamtvarianz ist. Zusammenhänge wurden als Odds Ratios (OR) berichtet. Eine geschlechtsspezifische Stratifizierung der Regressionsanalysen wurde nicht vorgenommen, da die Fallzahlen in den Subgruppen keine ausreichende statistische Power gewährleisteten.

Tabelle 1: Mittelwerte und Standardabweichungen für die Items der Barrieren zur Aufnahme einer Psychotherapie-Skala (BAPS) und aus dem CIDI Interview bei Personen mit unerfülltem Hilfebedarf (n=988 Frauen, n=313 Männer). Wertebereich von 1 (gar nicht zutreffend) bis 6 (sehr zutreffend).

Skala	Item	Frauen		Männer		Gesamt	
		M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Angst vor öffentlicher Stigmatisierung	Ich hatte Sorge, dass Andere schlecht über mich denken, wenn ich eine Psychotherapie aufnehme.	2,47	(1,67)	2,33	(1,54)	2,44	(1,63)
	Ich hatte Angst, dass Andere mich für verrückt halten, wenn sie erfahren, dass ich eine Psychotherapie mache.	2,18	(1,64)	1,95	(1,46)	2,10	(1,58)
Angst vor psychotherapeutischem Setting	Ich hatte Angst, dass der/die Psychotherapeut:in mich gegen meinen Willen in die Psychiatrie einweist.	2,18	(1,68)	1,76	(1,34)	2,03	(1,58)
	Ich dachte, eine Psychotherapie würde mir nicht helfen.	3,16	(1,70)	3,24	(1,74)	3,19	(1,72)
ProbleMLEUGNUNG	Ich dachte, meine Probleme sind nicht schlimm genug für die Aufnahme einer Psychotherapie.	4,57	(1,57)	4,40	(1,51)	4,51	(1,55)
	Ich dachte, ich stelle mich nur an.	3,98	(1,72)	3,51	(1,81)	3,81	(1,76)
Internalisiertes Hilfesuchstigma	Ich dachte, ich muss mit meinen Problemen alleine zurechtkommen.	4,48	(1,55)	4,21	(1,61)	4,38	(1,58)
	Ich habe mich für meine Probleme geschämt.	3,28	(1,80)	3,11	(1,87)	3,22	(1,83)
Praktische Umsetzung/ Organisation	Ich habe keine:n Behandler:in/Therapeut:in gefunden.	2,94	(1,94)	2,29	(1,64)	2,70	(1,87)
	Ich habe keinen Termin bekommen.	2,59	(1,97)	1,90	(1,56)	2,34	(1,86)
	Die Wartezeit war zu lang.	2,95	(2,07)	2,13	(1,75)	2,66	(2,00)
	Es gab Probleme mit der Krankenkasse/Versicherung.	1,68	(1,31)	1,39	(1,00)	1,58	(1,22)
	Ich mochte den oder die Behandler:in/Therapeut:in nicht.	1,84	(1,49)	1,49	(1,21)	1,71	(1,41)
	Es gab Probleme mit Dingen wie der Anfahrt oder der Zeitplanung.	1,91	(1,50)	1,62	(1,40)	1,81	(1,47)

M = Mittelwert, SD = Standardabweichung

Tabelle 2: Gruppenvergleich wahrgenommener Barrieren nach depressiver Symptomatik, Angstsymptomatik, auffälligem Substanzkonsum und psychischer Lebensqualität (n=988 Frauen, n=313 Männer). Wertebereich von 1 (gar nicht zutreffend) bis 6 (sehr zutreffend).

Skala	Frauen					Männer					Gesamt				
	Depressive Symptomatik (n=357)		Keine depressive Symptomatik (n=631)			Depressive Symptomatik (n=123)		Keine depressive Symptomatik (n=190)			Depressive Symptomatik (n=480)		Keine depressive Symptomatik (n=821)		
	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p
Angst vor öffentlicher Stigmatisierung	2,64	(1,71)	2,13	(1,41)	0,007	2,48	(1,64)	1,93	(1,17)	0,023	2,58	(1,69)	2,05	(1,33)	<0,001
Angst vor psychotherapeutischem Setting	3,15	(1,47)	2,33	(1,15)	<0,001	2,82	(1,23)	2,32	(1,12)	0,012	3,04	(2,26)	2,32	(1,10)	<0,001
Problemeleugnung	4,46	(1,45)	4,14	(1,52)	0,063	3,97	(1,64)	3,96	(1,31)	0,951	4,30	(1,46)	4,07	(1,40)	0,129
Internalisiertes Hilfesuchstigma	4,33	(1,34)	3,56	(1,45)	<0,001	4,20	(1,43)	3,34	(1,38)	0,001	4,29	(1,33)	3,47	(1,40)	<0,001
Praktische Umsetzung/Organisation	2,56	(1,36)	2,20	(1,22)	0,015	2,03	(1,14)	1,76	(1,06)	0,167	2,38	(1,32)	2,04	(1,08)	0,004
	Angstsymptomatik (n=482)		Keine Angstsymptomatik (n=506)			Angstsymptomatik (n=126)		Keine Angstsymptomatik (n=187)			Angstsymptomatik (n=669)		Keine Angstsymptomatik (n=632)		
	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p
Angst vor öffentlicher Stigmatisierung	2,62	(1,69)	2,03	(1,35)	0,001	2,44	(1,59)	1,96	(1,21)	0,042	2,57	(1,66)	1,99	(1,29)	<0,001
Angst vor psychotherapeutischem Setting	2,95	(1,45)	2,36	(1,16)	<0,001	2,98	(1,33)	2,22	(0,99)	<0,001	2,96	(1,41)	2,29	(1,09)	<0,001
Problemeleugnung	4,54	(1,39)	3,97	(1,56)	0,001	4,00	(1,58)	3,94	(1,35)	0,841	4,39	(1,47)	3,96	(1,48)	0,002
Internalisiertes Hilfesuchstigma	4,29	(1,40)	3,42	(1,39)	<0,001	4,02	(1,36)	3,45	(1,48)	0,031	4,22	(1,39)	3,43	(1,42)	<0,001
Praktische Umsetzung/Organisation	2,66	(1,34)	2,01	(1,13)	<0,001	2,20	(1,10)	1,66	(1,05)	0,003	2,53	(1,29)	1,86	(1,11)	<0,001
	Problematischer Substanzkonsum (n=29)		Kein problematischer Substanzkonsum (n=959)			Problematischer Substanzkonsum (n=13)		Kein problematischer Substanzkonsum (n=300)			Problematischer Substanzkonsum (n=42)		Kein problematischer Substanzkonsum (n=1.259)		
	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p
Angst vor öffentlicher Stigmatisierung	3,22	(1,80)	2,32	(1,55)	0,101	2,98	(1,63)	2,10	(1,36)	0,176	3,10	(1,69)	2,23	(1,48)	0,041
Angst vor psychotherapeutischem Setting	3,86	(1,33)	2,64	(1,34)	<0,001	3,16	(0,81)	2,47	(1,19)	0,009	3,52	(1,15)	2,58	(1,29)	<0,001
Problemeleugnung	4,77	(1,31)	4,26	(1,50)	0,116	3,24	(1,83)	4,00	(1,41)	0,281	4,02	(1,74)	4,17	(1,48)	0,745
Internalisiertes Hilfesuchstigma	4,63	(1,23)	3,86	(1,46)	0,030	4,49	(1,35)	3,62	(1,46)	0,051	4,56	(1,27)	3,77	(1,46)	0,005
Praktische Umsetzung/Organisation	2,77	(1,74)	2,34	(1,27)	0,422	2,31	(1,47)	1,84	(1,07)	0,423	2,54	(1,61)	2,16	(1,23)	0,343
	Hohe psychische HRQoL (n=798)		Niedrige psychische HRQoL (n=190)			Hohe psychische HRQoL (n=248)		Niedrige psychische HRQoL (n=65)			Hohe psychische HRQoL (n=1.046)		Niedrige psychische HRQoL (n=255)		
	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p	M	(SD)	M	(SD)	p
Angst vor öffentlicher Stigmatisierung	2,18	(1,46)	2,92	(1,78)	0,006	2,12	(1,36)	2,21	(1,36)	0,728	2,65	(1,71)	2,16	(1,42)	0,018
Angst vor psychotherapeutischem Setting	2,51	(1,28)	3,28	(1,44)	<0,001	2,39	(1,19)	2,86	(1,19)	0,025	3,11	(1,33)	2,46	(1,25)	<0,001
Problemeleugnung	4,18	(1,51)	4,63	(1,43)	0,016	4,00	(1,39)	3,84	(1,39)	0,612	4,33	(1,54)	4,12	(1,47)	0,239
Internalisiertes Hilfesuchstigma	3,66	(1,44)	4,72	(1,21)	<0,001	4,53	(1,44)	4,09	(1,44)	0,098	4,48	(1,45)	3,61	(1,44)	<0,001
Praktische Umsetzung/Organisation	2,27	(1,28)	2,64	(1,30)	0,039	1,83	(1,11)	1,96	(1,11)	0,577	2,37	(1,25)	2,12	(1,24)	0,077

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, HRQoL=Health Related Quality of Life
 Fett gedruckte Werte sind statistisch signifikant (p<0,05).

3. Ergebnisse

Insgesamt gaben 42,6% der Befragten (n=1.301) an, keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, trotz eines angeratenen oder selbst wahrgenommenen Bedarfs. Die höchste Zustimmung bei den abgefragten Barrieren wurde in den Bereichen Problemleugnung (z. B. „*Ich dachte, meine Probleme sind nicht schlimm genug für die Aufnahme einer Psychotherapie.*“) und Hilfesuchstigma (z. B. „*Ich dachte, ich muss mit meinen Problemen alleine zurechtkommen.*“) berichtet (Tabelle 1).

Dies galt sowohl für Frauen als auch für Männer, wobei Männer über alle Items hinweg leicht niedrigere Mittelwerte angaben als Frauen. Die niedrigsten Werte zeigten sich bei beiden Geschlechtern bei organisatorischen Barrieren, z. B. „*Es gab Probleme mit der Krankenkasse/Versicherung.*“ oder „*Es gab Probleme mit Dingen wie der Anfahrt oder der Zeitplanung.*“.

Personen mit positivem Screening auf depressive Symptome (68,9%), Angstsymptome (66,8%) oder einer eingeschränkten psychischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität (82,3%) berichteten signifikant häufiger von einem unerfüllten Bedarf an professioneller Hilfe als die jeweiligen Vergleichsgruppen. Diese Gruppen gaben zudem in nahezu allen Barrierenbereichen signifikant höhere Werte an (Tabelle 2). Bei Personen mit auffälligem Substanzkonsum zeigte sich hingegen kein Unterschied im Anteil mit unerfülltem Bedarf (59,4% vs. 42,5%), jedoch berichteten sie häufiger Ängste in Bezug auf das psychotherapeutische Setting (z. B. „*Ich hatte Angst, dass der/die Psychotherapeut:in mich gegen meinen Willen in die Psychiatrie einweist.*“) und eine öffentliche Stigmatisierung (z. B. „*Ich hatte Sorge, dass Andere schlecht über mich denken, wenn ich eine Psychotherapie aufnehme.*“).

In den geschlechtsspezifischen Gruppenvergleichen zeigten sich bei Frauen durchgängig signifikante Unterschiede in allen fünf Barrierenbereichen, wenn depressive Symptome, Angstsymptome oder eine eingeschränkte psychische Lebensqualität vorlagen – jeweils im Vergleich zu Frauen ohne entsprechende Auffälligkeiten. Beim Substanzkonsum berichteten Frauen mit auffälligem Konsum im Vergleich zu Frauen ohne Auffälligkeiten signifikant mehr internalisiertes Hilfesuchstigma und Angst vor dem psychotherapeutischen Setting. Bei Männern war hingegen über alle Gruppenvergleiche hinweg lediglich die Angst vor dem psychotherapeutischen Setting durchgehend signifikant erhöht im Vergleich zu solchen ohne auffälligen Konsum.

Der Zusammenhang zwischen individuellen und regionalen Faktoren und der Wahrscheinlichkeit, einen unerfüllten Hilfebedarf anzugeben, wurde mit einem Mehrebenenmodell analysiert (Tabelle 3). Die Ergebnisse zeigen, dass sich Unterschiede in der Angabe eines unerfüllten Hilfebedarfs fast vollständig durch individuelle Merkmale erklären lassen. Im sogenannten Nullmodell – einem Modell ohne erklärende

Variablen – lag der ICC unter 0,01, was darauf hinweist, dass die gesamte Varianz auf individueller Ebene lag, während Unterschiede zwischen Kreisen keine Rolle spielten. Keines der einbezogenen regionalen Merkmale war signifikant mit einem unerfüllten Hilfebedarf assoziiert.

Personen mit depressiven oder Angstsymptomen berichteten häufiger von einem unerfüllten Bedarf. Eine bessere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit eines unerfüllten Bedarfs assoziiert. Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz hatten im Vergleich zu jenen mit inadäquater Gesundheitskompetenz eine geringere Wahrscheinlichkeit, einen unerfüllten Bedarf anzugeben.

Auf individueller Ebene hatten Frauen eine mehr als doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit, einen unerfüllten Bedarf anzugeben, verglichen mit Männern. Mit höherem subjektivem sozialen Status war die Wahrscheinlichkeit eines unerfüllten Hilfebedarfs geringer.

Tabelle 3: Ergebnisse der multivariaten Analyse zur Vorhersage eines unerfüllten Bedarfs an professioneller Hilfe (n=2.012 Frauen, n=1.039 Männer).

Prädiktor	OR	(95 %-KI)	p
Kreisebene (N=230)			
Sozioökonomische Deprivation (Ref.: 1 niedrig)			
2	0,99	(0,66 – 1,51)	0,456
3	1,21	(0,81 – 1,80)	0,612
4	1,23	(0,77 – 1,95)	0,406
5 (hoch)	1,12	(0,65 – 1,91)	0,679
Ostdeutschland (Ref.: Westdeutschland)	0,99	(0,67 – 1,47)	0,953
Kreistyp nach Eurostat (Ref.: überwiegend städtisch)			
Intermediär	0,92	(0,67 – 1,27)	0,276
Überwiegend ländlich	0,67	(0,43 – 1,04)	0,600
Ärztliche psychotherapeutische Praxis/ 10.000 EW	0,91	(0,63 – 1,31)	0,656
Psychologisch-psychotherapeutische Praxis/10.000 EW	1,04	(0,96 – 1,13)	0,311
Individualebene (N=3.051)			
Weibliches Geschlecht (Ref.: männlich)	2,21	(1,63 – 3,01)	<0,001
Alter	1,05	(0,99 – 1,12)	0,097
Subjektiver Sozialstatus	0,94	(0,87 – 0,99)	0,049
Psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität (Ref.: schlecht)			
Mäßig	0,04	(0,00 – 0,35)	0,005
Gut	0,02	(0,00 – 0,15)	<0,001
Sehr gut	0,01	(0,00 – 0,07)	<0,001
Ausgezeichnet	0,00	(0,00 – 0,03)	<0,001
Depressive Symptomatik (Ref.: negatives Screening, <3)	1,67	(1,16 – 2,41)	0,004
Angstsymptomatik (Ref.: negatives Screening, <3)	1,71	(1,71 – 1,25)	0,001
Auffälliger Substanzkonsum (Ref.: negativ)	1,81	(0,47 – 7,01)	0,373
Gesundheitskompetenz (Ref.: inadäquat)			
Problematisch	0,86	(0,62 – 1,18)	0,389
Ausreichend	0,65	(0,43 – 0,98)	0,047
Exzellente	1,10	(0,87 – 1,03)	0,683

ICC=0,00, Konditional R²=0,313

OR=Odds Ratio, 95 %-KI=95 %-Konfidenzintervall, Ref.=Referenzkategorie, EW=Einwohnerinnen und Einwohner, ICC=Intraklassen-Korrelationskoeffizient. Fett gedruckte Werte sind statistisch signifikant (p<0,05).

4. Diskussion

Ziele der Studie waren es, Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe durch junge Erwachsene in Deutschland zu identifizieren, Unterschiede im Hilfesuchverhalten in Abhängigkeit von einem erhöhten Versorgungsbedarf zu untersuchen sowie Zusammenhänge mit individueller und regionaler Merkmale zu analysieren. Insgesamt berichteten 42,6 % der Befragten, dass sie jemals trotz eines empfundenen oder angeratenen Bedarfs keine professionelle Hilfe aufsuchten. Am stärksten ausgeprägt waren Barrieren im Umgang mit dem eigenen Hilfebedarf (ProbleMLEUGNUNG) sowie negative Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung (internalisiertes Hilfesuchstigma) wie das Gefühl, mit Problemen allein zurechtkommen zu müssen, und Scham im Hinblick auf die eigenen Belastungen. Diese Ergebnisse bestätigen frühere Studien für Deutschland, die Hilfesuchstigma und ProbleMLEUGNUNG als zentrale Hindernisse bereits in klinischen Stichproben hervorhoben [20, 32].

Auch internationale Studien betonen, dass internalisiertes Stigma und Scham im Umgang mit psychischen Problemen zentrale Barrieren für das Hilfesuchverhalten darstellen [15, 17]. In den USA werden hingegen häufig finanzielle Hürden und organisatorische Barrieren wie Versicherungslücken genannt. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass solche Barrieren in Deutschland weniger ausgeprägt sind. Ein niedriger subjektiver sozialer Status war dennoch signifikant mit der Wahrnehmung von Barrieren assoziiert, was darauf hindeutet, dass die subjektive Wahrnehmung sozialer und wirtschaftlicher Ressourcen das Hilfesuchverhalten junger Erwachsener beeinflusst. Ein konsistenter Zusammenhang zwischen Gesundheitskompetenz und der Barrierenwahrnehmung zeigte sich hingegen nicht, obwohl Personen mit ausreichender Gesundheitskompetenz tendenziell seltener von einem unerfüllten Bedarf berichten. Dies deckt sich mit aktueller Evidenz, nach der Kenntnisse über psychische Gesundheit zwar mit günstigeren hilfesuchbezogenen Einstellungen korrelieren, die Effekte auf Intentionen und insbesondere auf tatsächliches Hilfesuchverhalten jedoch klein ausfallen [44]. Frühere Studien betonen jedoch die Bedeutung ausreichender Gesundheitskompetenz für die Navigation im Gesundheitssystem [17] und die Identifikation passender Hilfsangebote [15]. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, soziale Ungleichheiten und Wissenslücken über niedrigschwellige Angebote zu adressieren.

Eine besondere Herausforderung besteht für die Gruppe der Personen mit Hinweisen auf einen Bedarf professioneller Hilfe (z. B. Symptome von Depression oder Angst, niedrige psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität). Personen mit depressiver oder ängstlicher Symptomatik wiesen in den multivariaten Analysen eine signifikant höhere Wahr-

scheinlichkeit für einen unerfüllten Hilfebedarf auf (OR zwischen 1,6 und 1,8). Eine bessere psychische gesundheitsbezogene Lebensqualität war dagegen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für einen unerfüllten Hilfebedarf assoziiert ($OR < 1$). Dies ist besonders problematisch, da Personen mit Symptombelastung und eingeschränkter psychischer gesundheitsbezogener Lebensqualität ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen aufweisen und stärker von primärpräventiven Maßnahmen oder psychotherapeutischer Versorgung profitieren könnten.

Im Einklang mit vorherigen Studienergebnissen [45] berichteten Frauen im Vergleich zu Männern häufiger einen unerfüllten Hilfebedarf. Dies könnte sowohl auf eine höhere Bereitschaft zur Problemerkennung als auch auf geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Belastungen und in der Kommunikation über Hilfebedarfe hinweisen [46]. Die geschlechtsspezifischen Analysen zeigten, dass Frauen bei Vorliegen psychischer Belastungen (z. B. depressiver oder Angstsymptomatik, niedrige psychischer Lebensqualität) in nahezu allen Barrierenbereichen signifikant höhere Werte berichteten als Frauen ohne entsprechende Belastung. Bei Männern war dies weniger konsistent ausgeprägt: Je nach Belastungsindikator zeigten sich nur einzelne Barrierenbereiche mit signifikant erhöhten Werten. Lediglich die Angst vor dem psychotherapeutischen Setting war bei Männern mit Symptombelastung durchgehend signifikant erhöht. Diese Ergebnisse sprechen für mögliche geschlechterspezifische Muster in der Wahrnehmung und Bewertung von Barrieren und sollten in zukünftigen Studien vertieft untersucht werden.

Regionale Merkmale, wie die Versorgungsdichte oder sozioökonomische Deprivation, zeigten hingegen keinen signifikanten Zusammenhang mit einem unerfüllten Hilfebedarf. Dies deutet darauf hin, dass regionale Unterschiede zwischen Stadt- und Landkreisen nur einen minimalen Anteil an der Gesamtvarianz ausmachen und Barrieren eher mit individuellen Faktoren zusammenhängen. Diese Ergebnisse legen nahe, dass strukturelle Maßnahmen, wie die Erhöhung der Versorgungsdichte, allein nicht ausreichen, um Barrieren bei der Inanspruchnahme professioneller Hilfe zu verringern. Dabei könnte auch eine geschlechtersensible Ausgestaltung von Informations- und Unterstützungsangeboten hilfreich sein, um unterschiedlichen Bedarfen und Wahrnehmungsmustern gerecht zu werden.

Insgesamt wird deutlich, dass neben dem Ausbau struktureller Angebote vor allem individuelle Barrieren adressiert werden müssen. Programme zur Förderung von Gesundheitskompetenz, zur Entstigmatisierung psychischer Störungen und zur niedrigschwelligen Sensibilisierung für Hilfsangebote könnten einen wichtigen Beitrag leisten, um die Diskrepanz zwischen Bedarf und Inanspruchnahme zu verringern. Präventive Ansätze sollten früh ansetzen und dar-

auf abzielen, die Problem- und Bedarfswahrnehmung zu verbessern, internalisiertes Stigma und ProbleMLEUGNUNG abzubauen, die hilfeschbezogene Selbstwirksamkeit und Umsetzungs-kompetenz (z. B. konkrete Schritt- und Terminplanung) zu stärken sowie Navigationskompetenz und Wissen über Zugangswege zu verbessern [44]. Zukünftige Forschung sollte untersuchen, wie individuelle psychische Gesundheitskompetenz sowie Selbstwahrnehmungs- und Bewertungsprozesse über universelle und/oder selektive Maßnahmen verbessert werden können, damit Entscheidungen über die Inanspruchnahme bewusst und fundiert erfolgen – und nicht aufgrund von Fehleinschätzungen oder negativen Attributionen.

Limitationen

Mehrere Limitationen sind bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen. Erstens basiert die Erhebung des unerfüllten Hilfebedarfs und der wahrgenommenen Barrieren auf retrospektiver Selbstauskunft. Dies kann zu Verzerrungen durch Erinnerungsfehler (Recall Bias) führen.

Obwohl die Daten gewichtet wurden, um unterschiedliche Teilnahmewahrscheinlichkeiten zu korrigieren, ist die Generalisierbarkeit eingeschränkt, da ein überproportionaler Anteil der Stichprobe weiblich und hoch gebildet ist. Das verwendete Querschnittsdesign erlaubt lediglich Rückschlüsse über Assoziationen zwischen Bedarfen und wahrgenommenen Barrieren. Eine longitudinale Untersuchung könnte Veränderungen im Versorgungsbedarf, Hilfeschverhalten und langfristige Auswirkungen von Barrieren genauer beleuchten.

Eine weitere Limitation betrifft die Formulierung der Frage zum Bedarf an professioneller Hilfe. Die Kombination der Aspekte „Anraten durch Dritte“ und „eigener Wunsch nach Hilfe“ kann zu einer Vermischung unterschiedlicher Motivationen führen. Dennoch ermöglicht die Frage die Identifikation von Personen mit (selbst- oder fremdgeschätztem) unerfülltem Hilfebedarf. Zudem berichteten Personen, bei denen Hinweise auf einen erhöhten Hilfebedarf (z. B. Symptome von Angst oder Depression) vorlagen, häufiger von einem unerfüllten Bedarf, was darauf hindeutet, dass die Fragestellung vor allem Personen mit psychischer Belastung abbildet.

Weiter wurden schwer psychisch belastete oder diagnostizierte Fälle in der vorliegenden Stichprobe nicht ausreichend abgebildet. Für diese Zielgruppe könnten strukturelle Barrieren wie lange Wartezeiten oder eine begrenzte Versorgungsdichte, eine größere Rolle spielen, als es unsere Ergebnisse zeigen. Darüber hinaus berücksichtigt die Analyse nicht alle möglichen Formen professioneller Hilfe, da sich die Regionalfaktoren ausschließlich auf Therapeutinnen und Therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung beschränkten. Private Anbieter, niedrigschwellige Angebote oder digitale Gesundheits-

anwendungen (DiGA), die ebenfalls relevant sein könnten, blieben unberücksichtigt. Zudem wurden mögliche Mitversorgungseffekte zwischen benachbarten Kreisen nicht erfasst, wodurch potenzielle regionale Interdependenzen unbeachtet blieben.

Trotz dieser Einschränkungen liefert die Studie wichtige Hinweise auf die Relevanz individueller Barrieren im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung junger Erwachsener. Sie zeigt auf, welche Gruppen besonders häufig von einem unerfüllten Hilfebedarf betroffen sind und wo gezielte Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs ansetzen können.

Eine weitere Einschränkung betrifft die geschlechtsspezifischen Analysen bei kleinen Subgruppen. Insbesondere bei Männern mit auffälligem Substanzkonsum waren die Fallzahlen gering, sodass die Aussagekraft für diese Teilgruppe limitiert ist. Post-hoc-Power-Analysen zeigen, dass die Teststärke in diesen Gruppen teilweise deutlich unter dem empfohlenen Schwellenwert von 80 % lag. Die entsprechenden Ergebnisse sind daher als explorativ zu interpretieren und mit besonderer Vorsicht zu bewerten.

Fazit

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass ein erheblicher Anteil junger Erwachsener in Deutschland trotz eines wahrgenommenen oder angeratenen Bedarfs keine professionelle Hilfe bei psychischen Belastungen in Anspruch nimmt. Besonders betroffen sind Personen mit Symptomen von Depression oder Angst, einem niedrigeren subjektiven sozialen Status oder niedriger psychischer Lebensqualität. Gleichzeitig zeigt sich, dass bei einer nicht-klinischen populationsbasierten Kohorte junger Erwachsener individuelle Faktoren – insbesondere im Umgang mit dem eigenen Hilfebedarf – eine größere Rolle spielen könnten als regionale Versorgungsmerkmale. Zudem zeigen die geschlechtsspezifischen Ergebnisse, dass Barrieren unterschiedlich stark erlebt werden – mit einer insgesamt höheren Barrierenwahrnehmung bei psychisch belasteten Frauen. Bei Männern hingegen könnte insbesondere die Angst vor dem psychotherapeutischen Setting eine bedeutsame Rolle für die Nichtinanspruchnahme professioneller Hilfe spielen.

Zur Verbesserung des Zugangs zu psychotherapeutischer Versorgung sollten daher nicht nur strukturelle Maßnahmen, sondern insbesondere auch niedrigschwellige psychosoziale Interventionsansätze gestärkt werden. Dazu gehören die Förderung von Gesundheitskompetenz, Entstigmatisierung psychischer Störungen und gezielte Informationsangebote, die zur reflektierten Auseinandersetzung mit dem eigenen Unterstützungsbedarf anregen.

Maßnahmen der Prävention sollten verstärkt auf die Lebensphase junger Erwachsener ausgerichtet werden. Dabei könnten geschlechtersensible Präventionsstrategien dazu beitragen, Bedarfe besser zu adressieren und geschlechts-

bezogene Unterschiede im Zugang zu professioneller Hilfe abzubauen. Langfristig kann dadurch nicht nur der Zugang zu Hilfe verbessert, sondern auch das Risiko chronischer psychischer Störungen gesenkt werden.

Datenschutz und Ethik

Die JEPSY-Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihr zugestimmt (Nr. 2024-03-14-WV). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Datenverfügbarkeit

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass für die den Ergebnissen zugrunde liegenden Daten einige Zugangsbeschränkungen gelten. Der Datensatz kann nicht öffentlich zugänglich gemacht werden, da die Einwilligung (informed consent) der Studienteilnehmenden die öffentliche Bereitstellung der Daten nicht abdeckt. Die Daten der JEPSY-Erhebung unterliegen einem Embargo von 12 Monaten nach Abschluss der Datenerhebung. Nach Ablauf des Embargos können sie auf Anfrage beim Forschungsdatenzentrum des Robert Koch-Instituts für nicht-kommerzielle Forschungszwecke bereitgestellt werden. Anfragen können per E-Mail an fdz@rki.de gestellt werden.

Förderungshinweis

Diese Studie wurde im Rahmen der Aufbauphase des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert (Förderkennzeichen: 01EE2301F).

Beiträge der Autorinnen und Autoren

Maßgebliche Beiträge zu Konzeption und Design der Arbeit: VB, CC, HH, PG, JLS; Erhebung der verwendeten Daten: VB, CC; zur Analyse der verwendeten Daten: VB, RK, CC; zur Interpretation der verwendeten Daten: VB, CC, MR, HH, NM, RK. Ausarbeitung des Manuskripts: VB, CC; kritische Überarbeitung bedeutender Inhalte: VB, CC, PG, JLS, MR, HH, NM, RK. Finale Version des Manuskripts gelesen und der Veröffentlichung zugestimmt: VB, CC, PG, JLS, MR, HH, NM, RK.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken den folgenden Kolleginnen und Kollegen für ihre wertvolle Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie: Marcel Hintze, André Kötschau und Daniel Grams für die Konzeption und Programmierung der administrativen Datenbank/des Dashboards sowie für das Datenmanagement; Antonia Harborth, Marcel Hintze, Katharina Lepique, Petra Ross, Christian Schmidt und Nadine Schödel für die Aufgaben im Zusammenhang mit der Teilnehmendengewinnung, einschließlich Adressrecherche, Vorbereitung und Versand der Einladungen sowie Unterstützung im weiteren Verlauf; Jörg Schaarschmidt für die Erstellung der Einladungs- und Informationsmaterialien (Anschriften, Broschüre, Website); Stefan Albrecht und Tim Kuttig für die Programmierung des Online-Anmeldeformulars und des Fragebogens sowie für das Monitoring der Umsetzung; und Julia Wolff, Andrea Männel und Sabine Born für die Bereitstellung des qualitätsgesicherten Analyse-Datensatzes.

Literatur

- WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva; 2021.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593–602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593.
- Mulraney M, Coghill D, Bishop C, Mehmed Y, Sciberras E, Sawyer M, et al. A systematic review of the persistence of childhood mental health problems into adulthood. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;129:182–205. Epub 20210804. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.07.030.
- Schwartz SJ, Petrova M. Prevention Science in Emerging Adulthood: a Field Coming of Age. *Prev Sci*. 2019;20(3):305–9. doi: 10.1007/s11121-019-0975-0.
- Peter L, McLaren T, Tomczyk S, Muehlan H, Schmidt S, Schomerus G. Determinanten der Inanspruchnahme psychischer Gesundheitsversorgung – ein integratives Modell. *Public Health Forum*. 2023;31(3):223–6. doi: 10.1515/pubhef-2023-0051.
- Robert Koch-Institut. Ergebnisse zur Entwicklung verschiedener Gesundheitsindikatoren in der erwachsenen Bevölkerung bei hochfrequenter Beobachtung, Stand Februar 2024. 2024. doi: 10.25646/12492.
- Wiens K, Bhattarai A, Pedram P, Dores A, Williams J, Bulloch A, et al. A growing need for youth mental health services in Canada: examining trends in youth mental health from 2011 to 2018. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e115. Epub 20200417. doi: 10.1017/S2045796020000281.
- Keyes KM, Gary D, O'Malley PM, Hamilton A, Schulenberg J. Recent increases in depressive symptoms among US adolescents: trends from 1991 to 2018. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(8):987–96. Epub 20190330. doi: 10.1007/s00127-019-01697-8.
- Potrebny T, Nilsen SA, Bakken A, von Soest T, Kvaloy K, Samdal O, et al. Secular trends in mental health problems among young people in Norway: a review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024. Epub 20240216. doi: 10.1007/s00787-024-02371-4.
- Ravens-Sieberer U, Kaman A, Otto C, Adediji A, Napp AK, Becker M, et al. [Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the COPSY study]. *Bundesgesundheitsbl*. 2021;64(12):1512–21. Epub 20210301. doi: 10.1007/s00103-021-03291-3.
- Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Eckshtain D, Ugueto AM, Vaughn-Coaxum R, et al. What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *Am Psychol*. 2017;72(2):79–117. doi: 10.1037/a0040360.
- Gellert P, Lech S, Kessler EM, Herrmann W, Dopfner S, Balke K, et al. Perceived need for treatment and non-utilization of outpatient psychotherapy in old age: two cohorts of a nationwide survey. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):442. Epub 20210510. doi: 10.1186/s12913-021-06384-6.
- Ali MM, Lackey S, Mutter R, McKeon R. The Relationship Between Perceived Unmet Mental Health Care Needs and Suicidal Ideation and Attempt. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45(5):709–15. doi: 10.1007/s10488-018-0856-z.
- Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE, Prütz F, Thom J. Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *J Health Monit*. 2017;2(4): 3–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111
- Radez J, Reardon T, Creswell C, Lawrence PJ, Evdoka-Burton G, Waite P. Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(2):183–211. Epub 20200121. doi: 10.1007/s00787-019-01469-4.
- Aguirre Velasco A, Cruz ISS, Billings J, Jimenez M, Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):293. Epub 20200611. doi: 10.1186/s12888-020-02659-0.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113. Epub 20101230. doi: 10.1186/1471-244X-10-113.
- Wang RAH, Smittenaar P, Thomas T, Kamal Z, Kemp H, Sgaier SK. Geographical variation in perceptions, attitudes and barriers to mental health care-seeking across the UK: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024;14(3):e073731. Epub 20240318. doi: 10.1136/bmjopen-2023-073731.
- Wilson S, Dumornay NM. Rising Rates of Adolescent Depression in the United States: Challenges and Opportunities in the 2020s. *J Adolesc Health*. 2022;70(3):354–5. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.12.003.

- 20 Domhan D, In-Albon T, Pfeiffer S. Erfassung von Barrieren und Faszilitatoren zur Aufnahme einer Psychotherapie im Kontext ambulanter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Die Psychotherapie*. 2023;68(6):466–74. doi: 10.1007/s00278-023-00679-1.
- 21 Schaeffer D, Hurrelmann K, Bauer U, Kolpatzik K. Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. 2018 [cited 29.11.2024]. Available from: https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2018-02/Nationaler_Aktionsplan_Gesundheitskompetenz.pdf.
- 22 STADA Gesundheitsreport 2017. Die Gesundheitsbildung junger Erwachsener in Deutschland. 2017 [cited 08.05.2024]. Available from: https://www.stada.de/media/zzkdvdqx/stada_gesundheitsreport_2017.pdf.
- 23 Bonabi H, Muller M, Ajdacic-Gross V, Eisele J, Rodgers S, Seifritz E, et al. Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use: A Longitudinal Study. *J Nerv Ment Dis*. 2016;204(4):321–4. doi: 10.1097/NMD.0000000000000488.
- 24 Albrecht M, Ochmann R, Jacobi F, Bretschneider J, Thom J, Müllender S, et al. Bedarfsplanung Psychotherapeuten. Konzept für eine bedarfsgerechte Planung der Psychotherapeutensitze. 2016.
- 25 Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Gesundheitsdaten – Regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. 2023 [cited 01.07.2025]. Available from: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>.
- 26 Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. [The health-care situation in outpatient psychiatry – results of a survey among members of the Germany Association of Psychotherapists (DPTV)]. *Gesundheitswesen*. 2014;76(3):135–46. Epub 20131008. doi: 10.1055/s-0033-1343444.
- 27 Hoell A, Salize HJ. [Social inequality and mental health]. *Nervenarzt*. 2019;90(11):1187–200. doi: 10.1007/s00115-019-00820-z.
- 28 Martinez-Jimenez M, Hollingsworth B, Zucchelli E. Socioeconomic deprivation, health and healthcare utilisation among millennials. *Soc Sci Med*. 2024;351:116961. Epub 20240511. doi: 10.1016/j.socscimed.2024.116961.
- 29 Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P, Hoffmann R, Lange M, von Schenck U, et al. Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *J Health Monit*. 2017;2(S3): 2–28. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-099.
- 30 Meade AW, Craig SB. Identifying careless responses in survey data. *Psychol Methods*. 2012;17(3):437–55. Epub 20120416. doi: 10.1037/a0028085.
- 31 Curran PG. Methods for the detection of carelessly invalid responses in survey data. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2016;66: 4–19. doi: 10.1016/j.jesp.2015.07.006.
- 32 Pfeiffer S. Conceptualization and validation of the Adolescent Barriers to Accessing Psychotherapy Questionnaire. Preprint. 2023. doi: 10.31234/osf.io/e7kdy.
- 33 Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93–121. doi: 10.1002/mpr.168.
- 34 Tschorn M. Development of a minimum dataset for longitudinal mental health monitoring [OSF project]. 2025 [cited 29.11.2024] Available from: <https://osf.io/ec9hs/>.
- 35 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*. 2009;50(6):613–21. doi: 10.1176/appi.psy.50.6.613.
- 36 Hays RD, Schalet BD, Spritzer KL, Cella D. Two-item PROMIS(R) global physical and mental health scales. *J Patient Rep Outcomes*. 2017;1(1):2. Epub 20170912. doi: 10.1186/s41687-017-0003-8.
- 37 Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, et al. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206–11. Epub 20160511. doi: 10.1007/s11606-016-3703-5.
- 38 Hurrelmann K, Klinger J, Schaeffer D. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld; 2020. [cited 01.07.2025] Available from: <https://doi.org/10.4119/uni/bi/2950303>.
- 39 Hoebe J, Muters S, Kuntz B, Lange C, Lampert T. [Measuring subjective social status in health research with a German version of the MacArthur Scale]. *Bundesgesundheitsbl*. 2015;58(7):749–57. doi: 10.1007/s00103-015-2166-x.
- 40 Michalski N, Reis M, Tetzlaff F, Herber M, Kroll LE, Hövener C, et al. German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *J Health Monit*. 2022;7(S5): 2–24. DOI 10.25646/10640.
- 41 Laufende Raumbbeobachtung des BBSR – INKAR. BonnAusgabe 03/2024. [cited 01.07.2025] Available from: <https://inkar.de/>.
- 42 Lange M, Birgel V, Damerow S, Lemcke J, Allen J, Butschalowsky H, et al. Integration of Former Child and Adolescent Study Participants Into a National Health Online Panel for a Longitudinal Study on Young Adult Mental Health. *BMC Medical Research Methodology*. 2025. doi: 10.1186/s12874-025-02613-2.
- 43 Lumley T. survey: analysis of complex surey samples. R package version 4.4 [Internet]. 2010.
- 44 Grosselli L, Baumgärtel J, Böhm H, Hoyer J, Knappe S. When Knowledge Falls Short: A Systematic Review on the Correlation of Mental Health Knowledge With Stigma and Help-Seeking. *Mental Health Science*. 2025;3(2). doi: 10.1002/mhs2.70022.
- 45 Sareen J, Jagdeo A, Cox BJ, Clara I, ten Have M, Belik SL, et al. Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatr Serv*. 2007;58(3): 357–64. doi: 10.1176/ps.2007.58.3.357.
- 46 Vogel DL, Wester SR, Larson LM. Avoidance of Counseling: Psychological Factors That Inhibit Seeking Help. *Journal of Counseling & Development*. 2011;85(4):410–22. doi: 10.1002/j.1556-6678.2007.tb00609.x.