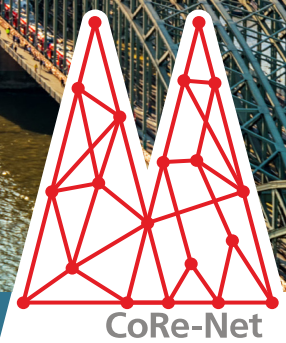




CoRe-Net

Das Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung



CoRe-Net

**Mentale Gesundheit von
Kindern und Jugendlichen
in den
Coronajahren 2020 / 2021
im Vergleich zum Vorzeitraum**

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Universität
zu Köln



UNIKLINIK
KÖLN



ZVFK

Zentrum für
Versorgungsforschung
Köln

IMPRESSUM

| | |
|--|--|
| Versorgungsbericht: | Mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den Coronajahren 2020/2021 im Vergleich zum Vorzeitraum |
| Herausgeber: | CoRe-Net: Kölner Kompetenznetzwerk aus Praxis und Forschung Universität zu Köln www.core-net.uni-koeln.de |
| Stand: | September 2023 |
| Autor:innen: | Adriana Poppe, Charlotte Butz, Heike van de Sand, Ingo Meyer, Ingrid Schubert |
| Beirat der Versorgungsberichte: | Vertreter:innen der Caritas, der Uniklinik Köln, des gesundheitsladen köln e.V., der Stadt Köln, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Gesundheitsregion KölnBonn e.V. |
| Gestaltung Deckblatt: | Franziska Weber |
| Bildnachweis Deckblatt: | Simon/Köln Panorama; Quelle: Adobe Stock (ehem. Fotolia) |
| Redaktion Executive Summary: | TAKEPART Media + Science GmbH |
| Kontakt: | E-Mail: CoRe-Net-reports@uk-koeln.de |

Hinweis an die Leser:innen

Dies ist der dritte Versorgungsbericht im Rahmen des Kompetenznetzwerks aus Praxis und Forschung in Köln (CoRe-Net). Die Versorgungsberichte sollen einen Einblick in die Versorgungssituation zu spezifischen Themen im Raum Köln geben. Entsprechend interessieren sich die Autor:innen aus dem CoRe-Net Netzwerk und die Mitglieder aus dem Beirat für Rückmeldungen von Leser:innen. Bei Fragen, Anregungen und Kommentaren zu dem Bericht schreiben Sie uns gerne an folgende E-Mail-Adresse: CoRe-Net-reports@uk-koeln.de.

Inhalt

| | |
|--|----|
| Executive Summary..... | 1 |
| Einleitung..... | 3 |
| Methodik und Studienpopulation | 4 |
| Auswertung von Krankenkassendaten | 4 |
| Qualitative Interviews: Die Lage aus Sicht der Versorgenden | 7 |
| Erfassung der Situation und Datenlage | 7 |
| Die Coronapandemie und ihre Folgen für die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln | 9 |
| Die Entwicklung von psychischen Störungen vor und während der Coronapandemie | 9 |
| Versorgung psychischer Störungen vor und während der Coronapandemie..... | 18 |
| Psychische Störungen und deren Versorgung in verschiedenen Gebieten Kölns | 27 |
| Handlungsempfehlungen..... | 29 |
| Literatur | 32 |

Executive Summary

Während der Coronapandemie war das gesellschaftliche Leben eingeschränkt. Kontakte zu anderen Menschen wurden reduziert. Freizeiteinrichtungen, Sportvereine und Schulen waren lange Zeit geschlossen. *Homeschooling* hat den Unterricht in Präsenz ersetzt. Wie hat sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln während der Coronapandemie im Vergleich zum Vorzeitraum entwickelt? Der dritte CoRe-Net-Versorgungsbericht nimmt diese Frage in den Blick.

Mit der CoRe-Net-Datenbank (CoRe-Dat) konnten wir umfangreiche Daten auswerten, um die Situation in Köln zu beschreiben. Die Datenbank berücksichtigt die Versicherten von vier gesetzlichen Krankenkassen und bildet damit ungefähr die Hälfte der Stadtbevölkerung Kölns ab.

Psychische Störungen sind in ihrem Erscheinungsbild und auch in ihren Ursachen unterschiedlich. So verwundert es nicht, dass sich die Frage „Wie hat sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln während der Coronapandemie im Vergleich zum Vorzeitraum entwickelt?“ pauschal beantworten lässt. Abhängig von Alter, Geschlecht und der betrachteten Störung gibt es Unterschiede.

Im zeitlichen Verlauf vor und während der Pandemie sehen wir für einzelne Störungen und Altersgruppen Entwicklungen, die wir anhand von drei Trends beschreiben möchten:

1. Psychische Störungen, deren Auftreten im Verlauf der Pandemie (wie auch schon bereits davor) zugenommen hat.
2. Psychische Störungen, deren Auftreten im Verlauf der Pandemie (im Gegensatz zu der Zeit davor) zugenommen hat.
3. Psychische Störungen mit einer Abnahme von Diagnosen während der Pandemie bei vorangegangenen Anstieg.

Zu beachten ist dabei, dass eine verringerte Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen während der Pandemie – etwa durch Sorge vor Ansteckung mit COVID-19 – die nicht erfasste Dunkelziffer erhöht haben kann.

Wir haben mit 13 Personen gesprochen, die in Köln in dem Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen arbeiten: Wie haben sich die Anfragen bei ihnen während der Pandemie entwickelt? Welche Erfahrungen haben sie gesammelt und welche Strategien entwickelt?

Eine der befragten Personen beschreibt die Dringlichkeit in der Problematik der fehlenden Therapieplätze so:



„Die Wartezeiten sind länger geworden. Die Anzahl [der behandelten Patient:innen] hat sich nicht geändert, [...] weil wir schon immer voll waren.“

Hinzu kommt, dass Versorgungsstrukturen über das gesamte Kölner Stadtgebiet hinweg sehr ungleich sind, wie dieser Bericht zeigt. Die Zahl an Versorgungsangeboten ist in einigen Stadtteilen deutlich niedriger als in anderen. Wie leicht der Zugang zu Versorgungsleistungen ist, hängt also auch davon ab, wo man wohnt.



„Die [Eltern mit ihren Kindern] kommen einfach nicht gut weg. Die müssen ja wirklich auf [den] Bus warten, mit dem Bus nach Chorweiler [fahren] und da versuchen, die S-Bahn/Straßenbahn in die Innenstadt zu [...] [nehmen].“

Wie lässt sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln besser schützen?

Eine einzelne Maßnahme kann diese Frage nicht angemessen beantworten. Vielmehr geht es darum, Angebote zu schaffen, die zielgerichtete Effekte erreichen: durch eine gute Vernetzung der Versorgungsstrukturen und durch niedrigschwellige Hilfsangebote, die sowohl verschiedene Altersgruppen als auch verschiedene Regionen innerhalb Kölns zielgruppengerecht adressieren.

Aus wissenschaftlicher Sicht geben wir Empfehlungen, wie der Handlungsbedarf in Köln angegangen werden kann. Ziel dabei ist, neben einer besseren

Versorgung, auch eine bessere Prävention zu etablieren. Auf dem Weg dahin wird es letztlich darum gehen, alle beteiligten Akteur:innen einzubeziehen: Neben den Menschen, die in der Versorgung arbeiten, sind das ebenso Verbände, Vereine, Krankenkassen, politische Entscheidungsträger:innen und Forschende sowie das soziale Umfeld der betroffenen

Kinder und Jugendlichen wie ihre *Peers*, Eltern, Lehrer:innen oder Vereine.

Mit diesem dritten Versorgungsbericht möchten wir einen Prozess anstoßen und allen beteiligten Akteur:innen eine Diskussionsgrundlage an die Hand geben.

Einleitung

Die Coronapandemie in den Jahren 2020 bis 2023 wirkte und wirkt sich auf viele Bereiche der Gesundheitsversorgung aus. Dazu zählt die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Auf die andauernde Belastung, die Veränderungen ihres Alltags und insbesondere die Unterbrechung ihrer sozialen Kontakte reagierten Kinder und Jugendliche mit vielfältigen psychischen Symptomen [1]. Es zeichnet sich außerdem ab, dass die psychischen Probleme das Leben der Betroffenen längerfristig, bis hinein in das Erwachsenenalter, beeinflussen könnten [2].

Mit diesem Versorgungsbericht geben wir einen Überblick, wie sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln in den Corona-Jahren 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2018/2019 vor der Coronapandemie entwickelt hat. Aus wissenschaftlicher Perspektive geben wir Handlungsempfehlungen, wie die Versorgung angepasst werden kann, um die mittel- und langfristigen psychischen Folgen der Coronapandemie für junge Kölner:innen zu mildern.

Eine zentrale Herausforderung ist, dass nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen mit sich entwickelnden oder vorhandenen psychischen Störungen psychotherapeutische und/oder psychiatrische Unterstützung erhält. Ein unbekannter Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen jedoch erhält diese Unterstützung nicht. Entweder weil sie (bzw. ihre Erziehungsberechtigten) auf der Suche nach professioneller Unterstützung sind, diese aber aufgrund begrenzter Kapazität noch nicht gefunden haben oder weil sie aktuell keine Unterstützung suchen, beispielsweise aus Angst vor Stigmatisierung oder fehlendem Bewusstsein für die Erkrankung. Die Situation kann wie ein Eisberg betrachtet werden (Abbildung 1): Nur die Spitze des Eisbergs sind Kinder und Jugendliche, die professionell versorgt werden (und mittels CoRe-Dat beschrieben werden kann). Andere Gruppen befinden sich „unter der Wasseroberfläche“ und werden nicht psychotherapeutisch oder psychiatrisch unterstützt.

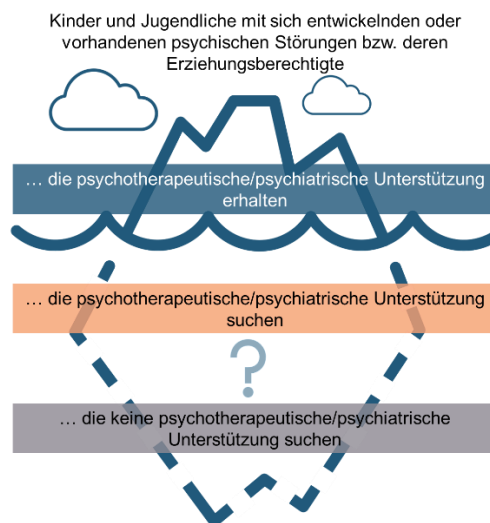


Abbildung 1: Eisberg der Versorgung psychischer Störungen

Um die Veränderung der mentalen Gesundheit der Kölner Kinder und Jugendlichen während der Coronapandemie möglichst gut abbilden und den „Eisberg“ zumindest teilweise beleuchten zu können, betrachten wir die Situation aus zwei Perspektiven: Zum einen nehmen wir die erfassten Diagnosen und in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen in Köln in den Blick. Zum anderen betrachten wir die Perspektive der Versorgenden, die im ambulanten und stationären Bereich diese Leistungen erbracht haben, um einen Einblick zu bekommen, wie die Versorgung während der Coronapandemie gelang bzw. nur teilweise gelang.

In erster Linie wendet sich der Bericht an diejenigen, die Kinder und Jugendliche in Köln psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch in Kliniken und ambulanten Praxen versorgen. Wir möchten aber auch Krankenkassen, Verbände und kommunale Akteur:innen erreichen. Nicht zuletzt sind auch die betroffenen Familien selbst sowie Ehrenamtliche und Zusammenschlüsse wie Selbsthilfegruppen angesprochen. Sie alle sollen in diesem Bericht Informationen finden, die für sie relevant sind.

Methodik und Studienpopulation

Es wurden zwei methodische Ansätze gewählt: Zur Feststellung der erfassten Diagnosen und der in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen wurden Routinedaten von gesetzlichen Krankenkassen analysiert (siehe Box 1), die in der Kölner Forschungsdatenbank CoRe-Dat vorliegen. Für die Per-

spektive der Versorgenden wurden sowohl niedergelassene Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen sowie -psychiater:innen als auch Versorgende aus dem Bereich der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie befragt (im weiteren Verlauf alle als „Versorgende im Bereich der KJP“ bezeichnet).

Auswertung von Krankenkassendaten

Es wurden Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat¹ Datenbank analysiert. Die Datenbank enthält pseudonymisierte² Daten von gesetzlich versicherten Kölner:innen der Krankenkassen AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK-Gesundheit und Pronova BKK. Alle in die Analyse eingeschlossenen Personen waren zwischen 2017 und 2021 bei einer der vier Krankenkassen versichert. Insgesamt umfasst die Datenbank 500.000 gesetzlich versicherte Kölner:innen – fast die Hälfte der Stadtbevölkerung.

Für die Untersuchung wurden Daten von Kindern und Jugendlichen betrachtet, die in einem der Beobachtungsjahre von 2017 bis 2021 zwischen 0 und 19 Jahren alt waren. Hinsichtlich der Krankenversicherung wurden zwei Zielgruppen (Studienpopulationen) festgelegt: 1. Kinder und Jugendliche, die in mindestens einem Beobachtungsjahr durchgängig bei einer der vier Krankenkassen versichert waren. 2. Kinder und Jugendliche, die in einer der Krankenkassen in drei aufeinanderfolgenden Jahren durchgängig versichert waren.

Es wurden ambulant gesicherte³ Diagnosen und stationäre Entlassungs-/Hauptdiagnosen in die Analyse aufgenommen.

Ein besonderer Fokus bei der Auswertung lag darauf, wie häufig psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im jährlichen Durchschnitt von 2018 bis 2021 (jahresweise) diagnostiziert wurden (siehe Box 2 auf Seite 6). Außerdem wurde die Inanspruchnahme von Arzneimitteln sowie die Häufigkeit von Behandlungen in einem Krankenhaus genauer betrachtet.

¹ Mehr Informationen zur Datenbank CoRe-Dat: www.core-net.uni-koeln.de/datenbank

² Pseudonymisierung bedeutet, dass personenbezogene Daten (z. B. Name und Vorname, Versicherungsnummer) durch mehrstellige Buchstaben- und Zahlenkombinationen ersetzt werden.

³ Im ambulanten Bereich muss zu den Diagnosen die Diagnosesicherheit angegeben werden. Neben der Klassifizierung „gesichert“ können auch die Kategorien „ausgeschlossen“, „Verdacht auf“ und „symptomloser Zustand“ vergeben werden [3].



Box 1: Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen

Routinedaten werden zu Abrechnungszwecken von Ärzt:innen, Therapeut:innen, Krankenhäusern und weiteren Einrichtungen an die gesetzlichen Krankenkassen übermittelt. Die Daten sind neben dem eigentlichen Zweck der Abrechnung auch interessant für die Forschung, wie beispielsweise Versorgungsforschung und Analysen zur Versorgungsqualität. Zu den Routinedaten gehören Versichertenstammdaten (beispielsweise Geschlecht, Geburtsdatum, Versicherungsstatus), Diagnosedaten (Spezifikation der Krankheiten), Verordnungsdaten (Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel), Krankenhausdaten sowie Daten zu Sachleistungen, Arbeitsunfähigkeit und Sozialleistungen.

Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen beziehen sich immer auf alle Kölner:innen im Alter von 0 bis 19 Jahren, also Kinder und Jugendliche mit einem Hauptwohnsitz in einem der Kölner Postleitzahlgebiete⁴. Dafür wurden die Ergebnisse aus den Daten der Versicherten der vier Krankenkassen auf die Kölner Bevölkerung unter Berücksichtigung des Alters, des Geschlechts und der Postleitzahl des Wohngebiets für das betreffende Jahr hochgerechnet. Unter

der Annahme, dass die Kölner Bevölkerung ein gleiches Krankheits- und Versorgungsgeschehen aufweist, wie die Population in CoRe-Dat, können somit im Bericht Zahlen für ganz Köln ausgegeben werden. Die notwendigen Bevölkerungsdaten stellte die Stadt Köln bereit. Abbildung 2 zeigt die Verteilung verschiedener Altersgruppen zwischen 0 und 19 Jahren der Kölner Bevölkerung von 2017 bis 2021.

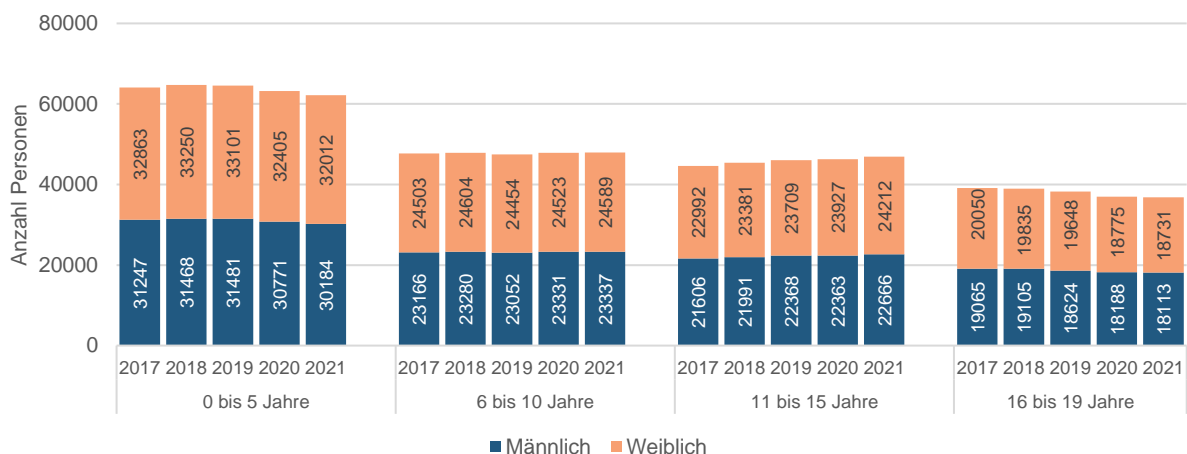


Abbildung 2: Altersverteilung der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 19 Jahren in der Stadt Köln von 2017 bis 2021 (Daten der Stadt Köln)

⁴ Hinweis: Das Geschlecht wird im Bericht binär ausgegeben, da neben den Kategorien „männlich“ und „weiblich“ keine weiteren in den ausgewerteten Daten vorlagen.



Box 2: Psychische Störungen nach ICD-10 [4]

Unter dem Begriff der psychischen Störungen werden Erkrankungen gefasst, die nach ICD-10-GM in die Gruppe der "Psychischen und Verhaltensstörungen" (ICD-10: F00-F99) fallen. Es werden verschiedene Untergruppen differenziert. Dazu zählen:

Die *affektiven Störungen* (ICD-10: F30-F39) gruppieren psychische Störungen, die durch eine Stimmungsveränderung gekennzeichnet sind. Wenn die Stimmung ein extremes Hoch erreicht, spricht man von einer Manie. Dabei sind die Betroffenen in der Regel übermäßig gut gelaunt und extrem aktiv, aber auch sprunghaft und schnell reizbar. Von einer Depression spricht man, wenn die Stimmung ein extremes Tief erreicht und Betroffene sich niedergeschlagen, antriebslos und wertlos fühlen. Die Betroffenen können entweder im gesamten Krankheitsverlauf nur eine Stimmungsveränderung in eine Richtung erleben (unipolare Störung) oder zwischen beiden Extremen wechseln (bipolare Störung).

Unter *neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen* (ICD-10: F40-F48) fallen Phobien und andere Angst- sowie Zwangsstörungen. Zudem zählen Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zum Beispiel nach traumatischen Ereignissen zu dieser Gruppe. Beeinträchtigungen der Erinnerung, des Bewusstseins der eigenen Person, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen im Zuge von traumatisierenden Ereignissen werden ebenfalls darunter gefasst. Somatoforme Störungen bezeichnen körperliche Beschwerden ohne tatsächlich feststellbare körperliche Ursachen.

Unter *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren* (ICD-10: F50-F59) sind Essstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen und psychische Verhaltensstörungen im Wochenbett zu fassen. Auch psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderen Krankheiten, der Missbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen sowie nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren fallen in diese Gruppe.

Für *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (ICD-10: F60-F69) ist charakteristisch, dass bestimmte Verhaltensmuster der Betroffenen, von denen im sozialen Umfeld üblichen Verhaltensmustern abweichen (z. B. selbstverletzendes Verhalten). Dazu zählen beispielsweise die paranoide Persönlichkeitsstörung und andauernde Persönlichkeitsänderungen, die nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns sind. Zudem werden Störungen der Geschlechtsidentität – auch im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung – und Störungen der Sexualpräferenz wie beispielweise Fetischismus darunter gefasst.

Die Gruppe der *Entwicklungsstörungen* (ICD-10: F80-F89) hat gemein, dass der Beginn der psychischen Störungen im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt, dass die Entwicklung von Funktionen, die eng mit der Reifung des Gehirns verknüpft sind, eingeschränkt oder verzögert ist und dass die psychischen Störungen einen stetigen Verlauf nehmen – ohne Genesung und Rückfälle.

Die Gruppe der *Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend* (ICD-10: F90-F98) umfasst Störungen, die durch mangelnde Ausdauer und Aufmerksamkeit bei kognitiv anstrengenden Tätigkeiten sowie eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität gekennzeichnet sind. Als Beispiel ist hier die Diagnose Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zu nennen. Ebenso sind früh auftretende Störungen des Sozialverhaltens, der sozialen Funktionen und der Emotionen dazu zu zählen.

Qualitative Interviews: Die Lage aus Sicht der Versorgenden

Für die zweite Perspektive „Sicht der Versorgenden“ fand im Winter 2022 und Frühjahr 2023 eine Befragung von 13 Versorgenden im Bereich der KJP im stationären und ambulanten Bereich statt. In Box 3 ist der berufliche Hintergrund der Versorgenden beschrieben. Befragt wurden ausschließlich Personen, die einen Einblick in die Versorgungssituation in den Corona-Jahren 2020 und 2021 sowie in den Jahren davor hatten. Die Versorgenden im Bereich der KJP wurden zu dem Verlauf ihrer Wartelisten vor und

während der Coronapandemie sowie ihrem generellen Umgang mit Wartelisten befragt. Sie wurden auch zu Veränderungen im Klinik- und Praxisalltag während der Pandemie und deren Auswirkungen auf die Versorgung von Patient:innen befragt. Die Einzelinterviews wurden per Audio-Aufzeichnung mitgeschnitten, im Anschluss verschriftlicht und ausgewertet. Zitate von Befragten sind in diesem Bericht in grauer, fetter Schrift gekennzeichnet.



Box 3: Welche Ausbildung haben die Versorgenden im Bereich der KJP? [5]

Allgemein wird zwischen Kinder- und Jugendpsychiater:innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut:innen unterschieden. Beide Berufsgruppen können sowohl niedergelassen in einer Praxis als auch in einer psychiatrischen Klinik arbeiten. Ihre Aufgaben überschneiden sich zu großen Teilen. Der größte Unterschied zwischen den Berufsgruppen liegt in ihrer Ausbildung.

Kinder- und Jugendpsychiater:innen haben ein Medizinstudium und eine darauffolgende fachärztliche Weiterbildung für Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeschlossen. Neben dem Angebot unterschiedlicher Therapieformen können sie ihren Patient:innen auch Medikamente verschreiben.

Die Arbeit als *Kinder- und Jugendpsychotherapeut:in* können Menschen mit verschiedenen Grundberufen erlernen. Nach dem Studium (Diplom oder Master) der Psychologie, Pädagogik, Sozialpädagogik, Heilpädagogik, Sozialen Arbeit oder eines vergleichbaren Studiengangs absolvieren sie dafür eine Psychotherapieausbildung.

Erfassung der Situation und Datenlage

Abbildung 3 zeigt, welche Bereiche des eingangs beschriebenen Eisbergs dieser Bericht abbilden kann. Die Routinedaten der Krankenkassen geben Einblick in die in Anspruch genommenen Versorgungsleistungen bei psychischen Störungen. Damit spiegeln sie die dargestellte Spitze des Eisbergs (über der Wasseroberfläche) wider. Folgende Einschränkung ist dabei zu berücksichtigen: Nur diejenigen Kinder und Jugendlichen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Unterstützung erhalten und diese von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt bekommen haben, sind mit ihrer Diagnose in den Routinedaten erfasst. Durch qualitative Interviews mit Versorgenden wurde es möglich, Erkenntnisse über Kinder und Jugendliche zu erlangen, die zwar noch

keinen Therapieplatz erhalten, aber bereits psychotherapeutische/psychiatrische Unterstützung angefragt haben. Versorgende im Bereich der KJP schilderten uns, welche Veränderungen sie hinsichtlich der Anfragen nach Psychotherapieplätzen während der Coronapandemie im Vergleich zu den Jahren davor wahrgenommen haben. Auch der Umgang mit dem veränderten Bedarf war Bestandteil der geführten Gespräche.

Die betrachteten Datenquellen beinhalten keine Informationen über Kinder und Jugendliche mit sich entwickelnden oder bereits vorhandenen psychischen Störungen, die aus verschiedenen Gründen (noch) keine psychotherapeutische bzw. psychiatri-

sche Unterstützung aufgesucht haben. Nach unserem Kenntnisstand ist eine systematische Erfassung dieser Gruppe mit aktuell verfügbaren Daten nicht möglich. Es existieren keine Screenings für psychische Störungen oder repräsentative Befragungen der Zielgruppe bzw. ihres sozialen Umfeldes, wie beispielsweise Lehrkräfte oder Vereine. Damit müssen

diese Kinder und Jugendlichen als Teil einer Dunkelziffer unerkannter psychischer Störungen angesehen werden.

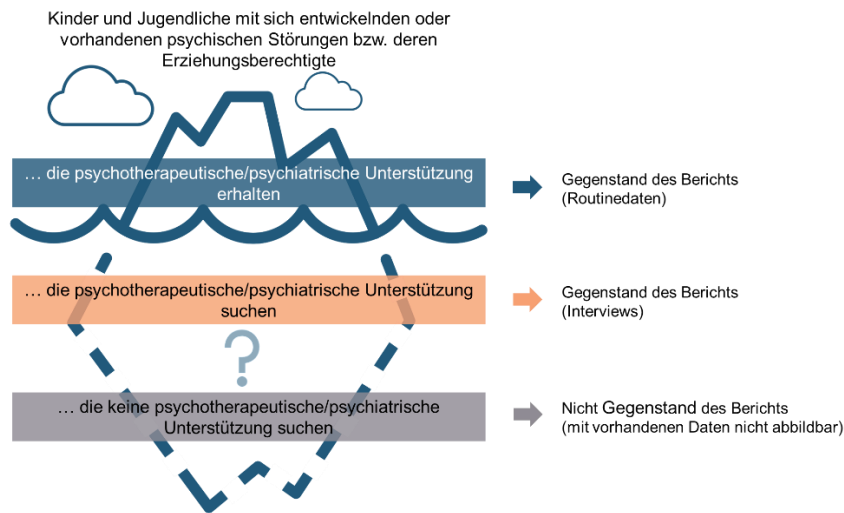


Abbildung 3: Eisberg der Versorgung psychischer Störungen: Darstellung der adressierten Bereiche.



Box 4: Hinweise zur Darstellung und Methodik

In den Ergebnistabellen ist die Anzahl an Fällen mit einer entsprechenden Diagnose pro 1.000 Kinder und Jugendliche in den entsprechenden Altersgruppen aufgeführt. Dabei wurde eine Vorauswahl der dargestellten Diagnosen und Altersgruppen getroffen, die vor allem auf den Fallzahlen basiert: Wenn weniger als 5 von 1.000 Kindern und Jugendlichen in den Jahren 2018 bis 2021 von einer psychischen Störung betroffen waren, sind die Daten in diesem Bericht nicht dargestellt.

Zusätzlich zu den Fallzahlen pro 1.000 Kinder und Jugendliche werden die prozentualen Veränderungen zwischen den Jahren 2018 und 2021 für die Prävalenzen und von 2019 bis 2021 für die Inzidenzen berichtet. Diese wurden wie folgt berechnet (dargestellt ist das Beispiel der Prävalenz):

$$\text{Veränderung (\%)} = \frac{(\text{Fälle pro 1.000 in 2021} - \text{Fälle pro 1.000 in 2018})}{\text{Fälle pro 1.000 in 2018}} * 100$$

Aufgrund der z. T. geringen Fallzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche kommt es bei einigen Diagnosen vor, dass die prozentuale Veränderung einen sehr starken Anstieg an Diagnosen vermuten lässt. Rechnerisch ist diese Interpretation auch korrekt, dennoch bedeutet es nicht, dass eine hohe prozentuale Veränderung auch hohe Fallzahlen in der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe einer Diagnose darstellt.

Die Coronapandemie und ihre Folgen für die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln

Wie hat sich die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Coronapandemie im Vergleich zum Vorzeitraum verändert? Die quantitative Auswertung befasst sich zum einen mit der Häufigkeit ärztlich kodierter Diagnosen für psychische Störungen. Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Entwicklung im Verlauf der Coronapandemie und deren Vergleich zum Vorzeitraum. Zum anderen bezieht sie sich darauf, wie Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten psychischen Störung versorgt wurden. Der Fokus liegt dabei auf der Inanspruchnahme von stationären und ambulanten Leistungen sowie von Arzneimitteltherapien. Die Auswertung der qualitativen Interviews befasst sich damit, wie sich

Wartezeiten und Anfragen nach Therapieplätzen verändert, wie Versorgende im Bereich der KJP auf die Veränderungen durch die Coronapandemie reagiert und welche Erfahrungen sie gemacht haben. Abschließend beschäftigt sich ein Exkurs mit der Frage, wie die räumliche Verteilung von Versorgenden im Bereich der KJP über das Stadtgebiet die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen beeinflussen kann.

In den folgenden Tabellen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit z. T. nur Gruppen von psychischen Störungen und Altersgruppen mit auffälligen Trends dargestellt.

Die Entwicklung von psychischen Störungen vor und während der Coronapandemie

Geht man davon aus, dass die Coronapandemie eine besondere psychische Belastung darstellt, dann lässt sich vermuten, dass infolgedessen psychische Störungen vermehrt aufgetreten sind. Das könnte sich in einer stärkeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen geäußert haben. Wichtig ist zu beachten, dass in den Daten der gesetzlichen Krankenkassen nur Menschen als erkrankt sichtbar werden, die das System in Anspruch genommen haben. Dabei werden von Ärzt:innen oder Psychotherapeut:innen Diagnosen gestellt, welche zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelt werden (siehe dazu auch Box 1). Die Daten geben Aufschluss über Prävalenz und Inzidenz verschiedener Erkrankungsgruppen (zu den Begrifflichkeiten siehe Box 4). Es ist jedoch anzumerken, dass während der Coronapandemie insgesamt weniger Kinder und Jugendliche das Gesundheitssystem in Anspruch genommen haben [6]. Ein möglicher Grund dafür kann sein, dass aus Sorge vor einer Ansteckung mit COVID-19 Praxisbesuche aufgeschoben wurden. Rückgänge in Diagnosehäufigkeiten sind daher nicht unbedingt auf eine geringere Krankheitslast in Bezug auf die vor-

herrschenden psychischen Störungen zurückzuführen, sondern möglicherweise auch auf eine verringerte Inanspruchnahme von medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsleistungen. In den qualitativen Interviews haben Versorgende diesen Aspekt ebenfalls thematisiert.



„Das kam verzögert. Also es war tatsächlich so, dass mit dem ersten Lockdown eigentlich tatsächlich auch noch mal bei sehr vielen Familien [...] eine Ruhe [...] eingeleitet ist, dass teilweise der Bedarf auch nicht so ganz hoch war. Also, ich glaube, viele haben sich so ein bisschen zurückgezogen in ihr zu Hause und möglichst auch nicht so viele Außenkontakte [wahrgenommen] – und Therapie gehört ja auch erstmal dazu.“

In den Interviews hat ein:e Versorgende:r auch geäußert, dass Kinder und Jugendliche beim Auftreten von Symptomen anscheinend erst etwa mit „**einem Jahr Verzögerung nach Pandemiebeginn**“ professionelle Hilfe aufgesucht haben. So kann es sein,

dass viele Kinder und Jugendliche mit einer psychischen Auffälligkeit möglicherweise erst in den Jahren 2021 oder 2022 ärztliche oder therapeutische Hilfe aufgesucht haben und somit bei letzterem nicht in den Daten dieses Berichtes erfasst sind. Das verdeutlicht auch die folgende Aussage eines:einer Versorgenden:



„Also ich denke die Beeinträchtigung durch die Pandemie, die geschlossenen Schulen, die Kindergärten, die Belastung durch das ”Zuhause-Sein”, [...] in der Familie sehr eng miteinander ausgesetzt sein [...], hat sich eigentlich erst 2021 wirklich – also für mich erkennbar – bemerkbar gemacht. Das hat schon eine relativ lange Zeit gedauert.“



Box 4: Prävalenz und Inzidenz

Der Begriff Prävalenz (Krankheitshäufigkeit) fasst alle auftretenden Fälle einer bestimmten Erkrankung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder während einer definierten Zeitdauer zusammen. Zum Beispiel wird ausgezählt, wie viele Kinder und Jugendliche im Jahr 2020 eine Diagnose für eine Essstörung hatten. Dabei werden sowohl Neuerkrankte als auch bereits vor 2020 Erkrankte eingeschlossen.

Unter den Begriff Inzidenz (Erstauftreten oder Ersterkrankung) werden nur neu auftretende Fälle gefasst. Dafür wird ein zurückliegender Zeitraum festgelegt, in dem keine Diagnose der Erkrankung in den Daten vorliegen darf. In diesem Bericht sprechen wir von einem inzidenten Fall, wenn die Diagnose in einem Vorzeitraum von zwei Jahren nicht kodiert war. Für die Inzidenz von z. B. einer Essstörung im Jahr 2019 dürfen die berücksichtigten Personen also in den Jahren 2017 und 2018 nicht mit einer Essstörung diagnostiziert gewesen sein.

Verlauf der Prävalenzen von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Köln

Tabelle 1 zeigt, wie sich die relative Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose einer psychischen Störung (siehe Box 2) in den Jahren 2018 bis 2021 verändert hat. Berücksichtigt wurden hierbei nur sog. validierte Diagnosen, die in mindestens zwei von vier Quartalen dokumentiert waren (M2Q) oder als stationäre Entlassdiagnose vorlagen⁵. Insgesamt nahm der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer diagnostizierten psychischen Störung von 2018 bis 2021 um 4,6 %

zu. Bei den Mädchen war der Anstieg über alle Altersgruppen hinweg minimal höher (+ 4,7 %) als bei den Jungen (+ 4,3 %). Bei Kindern von 6 bis 10 Jahren zeigte sich bei beiden Geschlechtern eine Abnahme der Diagnosen. Auch bei jungen Männern im Alter von 16 bis 19 Jahren war eine leichte Abnahme der Diagnosen zu beobachten (- 0,3 %). In allen anderen Altersgruppen nahm bei beiden Geschlechtern der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Diagnose zu.

⁵ Diese Diagnosevalidierung ist eine übliche Vorgehensweise bei der Auswertung von Routinedaten. Damit wird

das Risiko reduziert, dass eine Diagnose beispielsweise versehentlich kodiert wurde [7].

Tabelle 1: Prävalenzen von ICD-10-F-Diagnosen im zeitlichen Verlauf. Kinder und Jugendliche mit mindestens einer Diagnose für eine psychische Störung in mindestens zwei Quartalen im Jahr (M2Q).

| Prävalenz aller ICD-10-F-Diagnosen (M2Q) | Geschlecht | Altersgruppen | Anzahl an F-Diagnosen pro 1.000 Kinder und Jugendliche | | | | Veränderung (%) |
|--|------------|---------------|--|-------|-------|-------|-----------------|
| | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | |
| | Männlich | 0-5 Jahre | 162,5 | 175,0 | 171,8 | 189,3 | 16,5% |
| | | 6-10 Jahre | 356,5 | 361,2 | 341,5 | 338,5 | |
| | | 11-15 Jahre | 231,5 | 239,0 | 227,0 | 235,1 | |
| | | 16-19 Jahre | 130,2 | 130,4 | 126,5 | 129,8 | |
| | | <i>Gesamt</i> | 218,5 | 226,5 | 218,7 | 227,9 | |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 114,0 | 117,8 | 115,5 | 125,1 | 9,7% |
| | | 6-10 Jahre | 240,5 | 248,9 | 231,7 | 230,7 | |
| | | 11-15 Jahre | 159,4 | 159,7 | 157,3 | 170,4 | |
| | | 16-19 Jahre | 158,2 | 155,2 | 151,7 | 162,7 | |
| | | <i>Gesamt</i> | 164,3 | 167,6 | 162,6 | 172,1 | |
| | Gesamt | 0-5 Jahre | 138,9 | 147,1 | 144,4 | 158,0 | 13,7% |
| | | 6-10 Jahre | 300,1 | 306,4 | 287,5 | 285,9 | |
| | | 11-15 Jahre | 196,6 | 200,5 | 193,4 | 203,6 | |
| | | 16-19 Jahre | 144,3 | 142,5 | 138,8 | 145,7 | |
| | | <i>Gesamt</i> | 192,0 | 197,8 | 191,4 | 200,8 | |

Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Verlauf der Prävalenzen einzelner psychischer Störungen

Prinzipiell kann es sein, dass Kinder und Jugendliche als Folge der Coronapandemie verschiedene psychische Störungen entwickelt haben. Ebenso ist aber auch eine Auswirkung der Coronapandemie auf bereits vorher bestehende psychische Störungen möglich. Wir haben für den Versorgungsbericht zunächst alle Diagnosen psychischer Störungen ausgewertet. Diese werden in der Diagnoseklassifizierung ICD-10-GM [4] im Bereich der „F-Diagnosen“ zusammengefasst. Einzelne psychische Störungen haben dort einen Zahlencode hinter dem Buchstaben, wodurch sich ein dreistelliger Code ergibt (z. B. F98). Für diesen Bericht haben wir Diagnosen auf den Ebenen der zwei- und dreistelligen Codes betrachtet. Um einen ersten Überblick über die Entwicklung der mentalen Gesundheit über die verschiedenen Diagnosegruppen hinweg zu erlangen, sind zunächst relevante zweistellige Diagnosegruppen beschrieben. Tabelle 2 zeigt, wie viele von 1.000 Kindern und Jugendlichen in Köln eine entsprechende Diagnose erhalten

und wie sich diese Prävalenzen von 2018 bis 2021 verändert haben.

Hinweis: Die folgenden Tabellen stellen eine Auswahl von Diagnosen und Altersgruppen dar.

Von 2018 bis 2021 wurde eine Zunahme der diagnostizierten „Affektiven Störungen“ bei Mädchen und jungen Frauen erkennbar (Tabelle 2). So stieg bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 Jahren der Anteil der Betroffenen um 12,7 %. Bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren stieg der Anteil der Betroffenen sogar um 50,9 %, wobei zu dem Vergleich der Veränderungen zwischen den Altersgruppen gesagt werden muss, dass die Gruppe der Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren mit einer „Affektiven Störung“ deutlich kleinere Anteile aufwies, als die Gruppe zwischen 16 und 19 Jahren. Bei den jungen Männern (16 - 19 Jahre) zeigte sich in dieser Diagnosegruppe hingegen ein Rückgang um 21,8 %.

Auch „Neurotische Belastungsstörungen“ wurden bei Mädchen und jungen Frauen in Köln von 2018 bis 2021 zunehmend diagnostiziert: Bei den 11- bis 15-Jährigen stieg der Anteil um 36,1 % und bei den 16- bis 19-Jährigen um 15,7 %.

Im Bereich der „Entwicklungsstörungen“ nahmen die Diagnosen bei Jungen zwischen 0 und 5 Jahren von 2018 bis 2021 um 21,4 % zu. Ein weiterer starker Anstieg zeigte sich bei jungen Männern zwischen 16

und 19 Jahren (+ 25,0 %). In der gleichen Altersgruppe nahmen die Diagnosen von „Entwicklungsstörungen“ auch bei jungen Frauen um 23,6 % zu. In der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen hingegen zeigte sich sowohl bei den Jungen (- 3 %) als auch bei den Mädchen (- 2,6 %) ein Rückgang der diagnostizierten „Entwicklungsstörungen“.

Tabelle 2: Prävalenz ausgewählter Diagnosen in besonders betroffenen Altersgruppen.

| Diagnosegruppe (Prävalenz, M2Q) | Geschlecht | Alter | Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche | | | | Veränderung (%) |
|---|------------|-------------|---|-------|-------|-------|-----------------|
| | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | |
| Affektive Störungen (F3) | Männlich | 11-15 Jahre | 5,4 | 5,5 | 5,3 | 5,5 | + 0,7 % |
| | | 16-19 Jahre | 18,5 | 17,5 | 16,0 | 14,4 | - 21,8 % |
| | Weiblich | 11-15 Jahre | 10,2 | 9,6 | 11,3 | 15,5 | + 50,9 % |
| | | 16-19 Jahre | 44,9 | 45,8 | 40,8 | 50,8 | + 12,7 % |
| Neurotische Belastungsstörungen (F4) | Männlich | 6-10 Jahre | 34,9 | 40,29 | 34,5 | 33,6 | - 3,7 % |
| | | 11-15 Jahre | 41,5 | 49,9 | 43,8 | 44,0 | + 5,9 % |
| | | 16-19 Jahre | 36,4 | 47,2 | 42,6 | 37,8 | + 4,0 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 26,9 | 31,2 | 29,8 | 28,4 | + 5,8 % |
| | | 11-15 Jahre | 35,5 | 44,2 | 43,6 | 48,4 | + 36,1 % |
| | | 16-19 Jahre | 73,4 | 83,1 | 82,2 | 85,0 | + 15,7 % |
| Entwicklungsstörungen (F8) | Männlich | 0-5 Jahre | 135,3 | 150,2 | 148,2 | 164,2 | + 21,4 % |
| | | 6-10 Jahre | 275,6 | 283,0 | 270,6 | 267,3 | - 3,0 % |
| | | 11-15 Jahre | 137,7 | 145,6 | 140,8 | 151,0 | + 9,5 % |
| | | 16-19 Jahre | 43,2 | 45,2 | 47,6 | 54,0 | + 25,0 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 91,2 | 96,4 | 94,6 | 99,5 | + 9,2 % |
| | | 6-10 Jahre | 183,6 | 192,2 | 179,6 | 178,9 | - 2,6 % |
| | | 11-15 Jahre | 80,5 | 84,0 | 82,8 | 89,4 | + 11,0 % |
| | | 16-19 Jahre | 27,5 | 26,7 | 27,3 | 34,0 | + 23,6 % |

Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Hinweis: Entwicklung der Anzahl an Kindern und Jugendlichen pro 1.000 im Alter von 0 bis 19 Jahren mit einer ärztlichen Diagnose (Prävalenz) in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) nach 2-Steller ICD-10-Diagnosegruppen und nach Alter und Geschlecht.

Die Diagnose von „Depressiven Episoden“ (Tabelle 3) ging bei jungen Männern zwischen 16 und 19 Jahren von 2018 bis 2021 um 24,6 % zurück. Bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren hingegen nahmen sie um 54,1 % zu. Dabei war 2020 bereits eine leichte Zunahme im Vergleich zu 2018 und 2019 sichtbar, im Jahr 2021 stieg die Prävalenz erneut von 9,4 im Jahr 2020 auf 12,8 pro 1.000 Mädchen an. Bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 Jahren nahm die Prävalenz von 2018 bis 2021 um 14,7 % zu. Dabei war

ein Anstieg von 39,4 pro 1.000 (2018) auf 40,7 pro 1.000 (2019) sichtbar. Im Jahr 2020 wurden zunächst weniger Diagnosen gestellt und die Prävalenz sank auf 36,6 pro 1.000. Im Jahr 2021 stieg die Anzahl der betroffenen jungen Frauen dann erneut auf 45,2 pro 1.000 an.

„Phobische Störungen“ nahmen bei weiblichen Kölnerinnen zwischen 16 und 19 Jahren von 2018 bis 2021 ebenfalls zu (+ 41,1 %).

Die Diagnosen von „Essstörungen“ nahmen bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 Jahren von 2018 auf 2019 zunächst um 6,9 % zu und im anschließenden Jahr von 2019 auf 2020 um 20,0 % ab. Während 2021 stieg die Zahl der Diagnosen dann erneut an. Insgesamt nahmen die Diagnosen von 2018 auf 2021 um 5,6 % zu.

„Adipositas“ zählt nicht zu den psychischen Störungen, ist aber häufig mit ihnen verbunden, u.a. wegen der (Selbst-)Stigmatisierung von Menschen mit Adipositas [8]. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen gab es in der Altersgruppe von 6 bis 10 Jahren eine Abnahme der Prävalenz einer diagnostizierten „Adipositas“ von 2018 bis 2021 (Jungen: - 8,4 %, Mädchen: - 21,2 %). Der prozentual höchste Anstieg von 2018 bis 2021 zeigte sich mit 75,7 % bei Jungen zwischen 0 und 5 Jahren. Bei Mädchen in derselben Altersgruppe nahmen die Diagnosen im gleichen Zeitraum um 37,3 % zu. Auch bei jungen Männern zwischen 16 und 19 Jahren wurde „Adipositas“ 2021 häufiger diagnostiziert als 2018 (+ 10,5 %).

Die Diagnose von „Umschriebenen Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache“ nahm bei Jungen zwischen 0 und 5 Jahren um 24,6 % und bei Mädchen im gleichen Alter um 11,8 % zu. Dabei wurde die Diagnose in der Altersgruppe bei Jungen insgesamt häufiger gestellt als bei Mädchen.

„Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“ verzeichneten bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren von 2018 bis 2021 eine Abnahme um 13,6 %. In der Altersgruppe von 11 und 15 Jahren hingegen stieg die Häufigkeit der Diagnosen bei Jungen um 17,2 % und bei Mädchen um 14,1 % an.

Der Anteil der 6- bis 10-Jährigen mit einer „Hyperkinetischen Störung“ nahm von 2018 bis 2021 sowohl

bei Jungen (- 14,6 %) als auch bei Mädchen (- 4,4 %) ab. Diese Abnahme hat sich bereits vor der Pandemie abgezeichnet. Die Diagnosehäufigkeit für Jungen zwischen 11 und 15 Jahren (+ 2,9 %) sowie zwischen 16 und 19 Jahren (+ 1,0 %) nahm hingegen leicht zu.

Im Jahr 2018 hatten von 1.000 Jungen zwischen 6 und 10 Jahren 23,6 eine Diagnose im Bereich der „Störungen des Sozialverhaltens“. 2019 stieg diese Zahl zunächst auf 28,6 an und sank anschließend bis 2021 auf 20,8. Bei Mädchen in der Altersgruppe war ebenfalls eine Abnahme zu beobachten, dabei hatten im Jahr 2018 unter 1.000 Mädchen 10,2 eine entsprechende Diagnose und im Jahr 2021 waren es 8,6.

Von 2018 bis 2021 nahm der Anteil der Jungen zwischen 11 und 15 Jahren mit einer „Emotionalen Störung des Kindesalters“ leicht ab (- 6,4 %), während die Diagnosehäufigkeit bei den Mädchen in der gleichen Altersgruppe um 7,7 % zunahm.

Im Bereich der „Anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ zeigte sich bei den Kindern und Jugendlichen aus Köln für alle Altersgruppen kein klares Bild einer Zu- oder Abnahme der Diagnosen. Für männliche Kölner wurde in der jüngsten Altersgruppe war eine leichte Zunahme um 7,8 % von 2018 bis 2021 zu beobachten, gefolgt von einer Abnahme um 14,8 % bei der nächstälteren Altersgruppe. Nahezu keine Veränderung gab es bei Mädchen zwischen 6 und 10 Jahren. Die stärkste Zunahme um 30,3 % trat bei jungen Kölnerinnen zwischen 16 und 19 Jahren auf.

Tabelle 3: Prävalenz ausgewählter Diagnosen in besonders betroffenen Altersgruppen, Fortsetzung.

| Diagnose (Prävalenz, M2Q) | Geschlecht | Alter | Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche | | | | Veränderung (%) 2018 – 2021 |
|--|------------|-------------|---|-------|-------|-------|--------------------------------|
| | | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | |
| Depressive Episode (F32) | Männlich | 16-19 Jahre | 16,3 | 15,6 | 13,7 | 12,3 | - 24,6 % |
| | Weiblich | 11-15 Jahre | 8,3 | 7,9 | 9,4 | 12,8 | + 54,1 % |
| | | 16-19 Jahre | 39,4 | 40,7 | 36,6 | 45,2 | + 14,7 % |
| Phobische Störung (F40) | Weiblich | 16-19 Jahre | 9,0 | 8,6 | 9,2 | 12,7 | + 41,4 % |
| Essstörung (F50) | Weiblich | 16-19 Jahre | 9,6 | 10,5 | 8,6 | 10,1 | + 5,6 % |
| Adipositas (E66) | Männlich | 0-5 Jahre | 7,2 | 8,9 | 9,5 | 12,7 | + 75,7 % |
| | | 6-10 Jahre | 33,1 | 31,9 | 28,1 | 30,3 | - 8,4 % |
| | | 11-15 Jahre | 53,2 | 57,8 | 58,2 | 60,9 | + 14,4 % |
| | | 16-19 Jahre | 31,4 | 32,0 | 30,3 | 34,7 | + 10,5 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 9,9 | 11,9 | 11,9 | 13,7 | + 37,3 % |
| | | 6-10 Jahre | 40,1 | 35,8 | 32,1 | 31,6 | - 21,2 % |
| | | 11-15 Jahre | 53,0 | 50,1 | 48,6 | 49,9 | - 5,9 % |
| | | 16-19 Jahre | 33,5 | 38,1 | 38,6 | 41,6 | + 24,2 % |
| Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) | Männlich | 0-5 Jahre | 105,9 | 120,8 | 115,2 | 131,9 | + 24,6 % |
| | | 6-10 Jahre | 209,9 | 218,3 | 207,2 | 212,0 | + 1,0 % |
| | | 11-15 Jahre | 81,8 | 85,5 | 83,6 | 95,9 | + 17,2 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 69,8 | 74,0 | 71,3 | 78,1 | 11,8% |
| | | 6-10 Jahre | 143,1 | 152,6 | 145,8 | 147,6 | 3,1% |
| | | 11-15 Jahre | 48,5 | 49,8 | 51,9 | 56,9 | 17,2% |
| Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) | Männlich | 6-10 Jahre | 34,0 | 37,2 | 32,0 | 29,4 | - 13,6 % |
| | | 11-15 Jahre | 38,7 | 44,8 | 44,1 | 45,4 | + 17,2 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 23,7 | 24,2 | 22,6 | 23,6 | - 0,7% |
| | | 11-15 Jahre | 24,9 | 27,1 | 26,9 | 28,4 | + 14,1 % |
| Hyperkinetische Störungen (F90) | Männlich | 6-10 Jahre | 71,2 | 69,0 | 62,9 | 60,8 | - 14,6 % |
| | | 11-15 Jahre | 71,8 | 77,3 | 74,6 | 73,9 | + 2,9 % |
| | | 16-19 Jahre | 34,3 | 32,3 | 31,6 | 34,7 | + 1,0 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 24,7 | 23,7 | 23,4 | 23,6 | - 4,4 % |
| | | 11-15 Jahre | 19,0 | 22,1 | 22,9 | 21,9 | + 15,1 % |
| | | 16-19 Jahre | 13,0 | 12,2 | 10,9 | 12,1 | - 6,8 % |
| Störung des Sozialverhaltens (F91) | Männlich | 6-10 Jahre | 23,6 | 28,6 | 22,0 | 20,8 | - 11,7 % |
| | | 11-15 Jahre | 18,8 | 21,8 | 20,0 | 20,3 | + 7,7 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 10,2 | 11,9 | 10,7 | 8,6 | - 15,6 % |
| | | 11-15 Jahre | 7,4 | 10,8 | 11,9 | 10,3 | + 39,8 % |
| Emotionale Störung des Kindesalters (F93) | Männlich | 6-10 Jahre | 38,1 | 40,0 | 37,3 | 37,7 | - 1,0 % |
| | | 11-15 Jahre | 33,7 | 36,4 | 35,2 | 31,5 | - 6,4 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 27,0 | 28,3 | 27,1 | 26,0 | - 3,9 % |
| | | 11-15 Jahre | 25,7 | 27,9 | 25,6 | 27,7 | + 7,7 % |
| Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) | Männlich | 0-5 Jahre | 18,2 | 17,3 | 17,2 | 19,7 | 7,8 % |
| | | 6-10 Jahre | 62,9 | 57,5 | 54,1 | 53,5 | - 14,8 % |
| | | 11-15 Jahre | 40,3 | 35,6 | 35,6 | 39,1 | - 3,0 % |
| | | 16-19 Jahre | 12,9 | 12,3 | 12,2 | 14,1 | 8,9 % |

| | | | | | | |
|----------|-------------|------|------|------|------|---------|
| Weiblich | 0-5 Jahre | 11,9 | 11,1 | 12,2 | 12,9 | 8,6 % |
| | 6-10 Jahre | 34,4 | 34,4 | 32,8 | 34,1 | - 0,4 % |
| | 11-15 Jahre | 23,1 | 18,5 | 23,6 | 24,9 | 7,7 % |
| | 16-19 Jahre | 10,4 | 11,1 | 9,3 | 13,5 | 30,3 % |

Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Hinweis: Anzahl an Kindern und Jugendlichen pro 1.000 im Alter von 0 bis 19 Jahren mit einer ärztlichen Diagnose (Prävalenz) in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres (M2Q) nach 3-Steller ICD-10-Diagnosegruppen und nach Alter und Geschlecht.

Trends in der Diagnose psychischer Störungen vor und während der Coronapandemie

Die Auswertungen der Prävalenzen einzelner Diagnosen zeigen, dass sich die Coronapandemie auf unterschiedliche Weise auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Köln ausgewirkt hat. Insgesamt sind drei Entwicklungstrends in den Daten erkennbar, die wir im Folgenden näher beschreiben. Bei der Betrachtung der Trends konzentrieren wir uns auf die Jahre 2018, 2019 und 2021 und lassen das Jahr 2020 bewusst außer Acht. Der Grund dafür ist, dass 2020 – wie anfangs beschrieben – die Kontakte mit dem Gesundheitssystem insgesamt weniger waren und dieses Verhalten andere Trends überlagert hat. Siehe hierzu auch [9].

Die *Fortsetzung einer bereits vor Corona bestehenden Entwicklung* ist einer der drei beobachteten Trends. Dabei stieg die Prävalenz der Diagnosen bereits von 2018 auf 2019 an und führte sich während der Coronapandemie ähnlich fort (Abbildung 4). Dieser Trend zeigt sich unter anderem für die Diagnose „Adipositas“ (E66) bei Mädchen von 0 bis 5 Jahren und bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 sowie bei der Diagnose „Umschriebene Entwicklungsstörung

des Sprechens und der Sprache“ (F80) bei Jungen von 0 bis 5 Jahren.

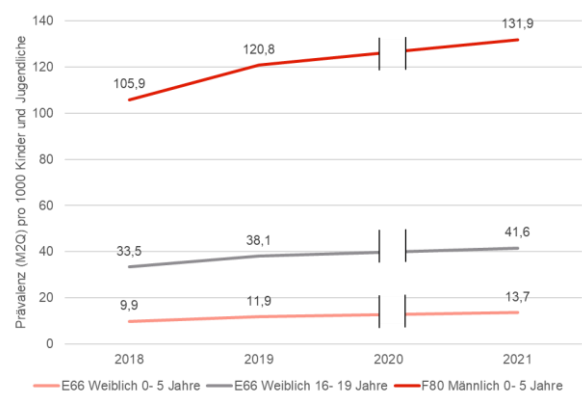


Abbildung 4: *Fortsetzender Trend*. Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche in Köln im zeitlichen Verlauf beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M2Q), Geschlecht und Altersgruppen. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Hinweis: Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen: „Adipositas“ (E66) bei Mädchen von 16 bis 19 Jahren sowie 0 bis 5 Jahren und „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (F80) bei Jungen von 0 bis 5 Jahren.

Der zweite Trend ist eine *Zunahme an Diagnosen während der Coronapandemie, die vorher nicht erkennbar war*. Dies umfasst Diagnosen, die in den Jahren 2018 und 2019 seltener und dann im Laufe der Coronapandemie häufiger gestellt wurden. Abbildung 5 visualisiert diesen Trend, der bei weiblichen Kölnerinnen zwischen 11 und 19 Jahren besonders deutlich ausgeprägt war.

Insbesondere bei der Diagnose „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98) zeigte sich ein starker Neuanstieg bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren, dem eine Abnahme der Diagnosehäufigkeit vor Beginn der Coronapandemie voran ging.

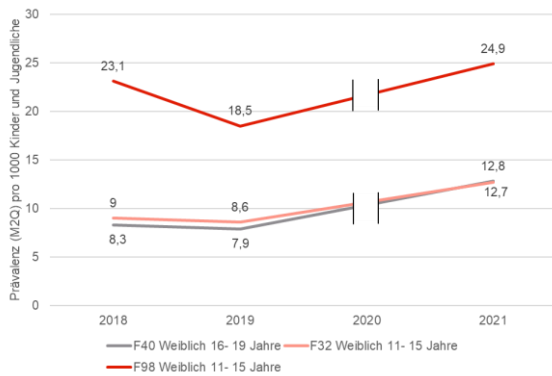


Abbildung 5: *Neuer Anstieg an Diagnosen während der Coronapandemie*. Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M2Q), Geschlecht und Altersgruppen. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.
Hinweis: Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen betreffen „Phobische Störungen“ (F40) bei Mädchen von 16 bis 19 Jahren; „Depressive Episode“ (F32) bei Mädchen von 11 bis 15 Jahren, „Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F98) bei Mädchen von 11 bis 15 Jahren

Der dritte Trend beschreibt eine *Abnahme von Diagnosen während der Coronapandemie bei vorangegangenem Anstieg* (Abbildung 6). Dieser Trend zeigte sich bei „Störungen des Sozialverhaltens“ (F91) bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren und bei Mädchen zwischen 6 und 10 sowie 11 und 15 Jahren. Ob die Abnahme der Diagnosen darin begründet liegt, dass weniger Kinder und Jugendliche an diesen psychischen Störungen erkrankten oder dass das Versorgungssystem trotz Erkrankung weniger aufgesucht wurde, geht aus den Daten nicht hervor. Die Interviews mit Versorgenden im Bereich der KJP stützen aber die Hypothese, dass viele Fälle unerkannt blieben, da vielen Kindern und Jugendlichen keine Diagnose gestellt bekommen und somit keinen Therapieplatz angeboten bekommen.

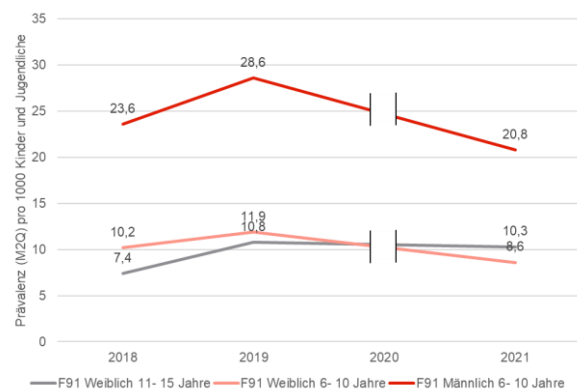


Abbildung 6: *Abnahme von Diagnosen während der Coronapandemie bei vorangegangenem Anstieg*. Prävalenz in Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche beispielhaft für ausgewählte Diagnosen (M2Q), Geschlecht und Altersgruppen. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.
Hinweis: Ausgewählte Diagnosen und Altersgruppen betreffen „Störung des Sozialverhaltens“ (F91) bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren sowie bei Mädchen zwischen 6 und 10 und zwischen 11 und 15 Jahren.

Inzidenzen im Überblick

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einer neu gestellten Diagnose im Bereich psychischer Störungen ist Tabelle 4 in dargestellt. Von einem Neuauftreten einer Erkrankung wird ausgegangen, wenn dieselbe Diagnose in den 2 Jahren zuvor nicht kodiert wurde. „Depressive Episoden“ wurden von 2019 bis 2021 vermehrt diagnostiziert bei weiblichen Kölnerinnen zwischen 16 und 19 Jahren (+ 86,7 %). Auch bei männlichen Kölnern zwischen 16 und 19 Jahren nahmen die Neudiagnosen zu (+ 28,4 %). Bezüglich einer Zunahme an Suizidalität berichtete ein:e Versorgende:r im Bereich der KJP von seinen:ihren Erfahrungen:



„Pi mal Daumen 10-mal so viele mit lebensmüden Gedanken. Also, was ganz stark zugenommen hat, ist das Thema Suizidalität.“

Die Zunahme der Inzidenz von „Phobischen Störungen“ bei jungen Frauen im Alter von 16 bis 19 Jahren zwischen 2019 und 2021 betrug 29,9 %. Das Neuauftreten von „Essstörungen“ nahm bei jungen Frauen zwischen 16 und 19 Jahren von 2019 bis 2021 zu (+ 102,7 %), wobei es sich um eine Zunahme von 4,0 jungen Frauen pro 1.000 im Jahr 2019 auf 8,2 junge Frauen pro 1.000 mit einer Diagnose handelt. Auch von Versorgenden wurde diese Entwicklung beobachtet und berichtet:



„Die Spezialstation für Essstörungen und der Bereich ist ja deutlich mehr belastet in der Pandemie, also deutlich mehr Anorexiefälle, die auch dringend stationär behandelt werden müssen.“

„Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ wurden 2021 am häufigsten bei Jungen zwischen 0 und 5 Jahren neu diagnostiziert (111,7 pro 1.000 Jungen). Dabei nahm die Inzidenz von 2019 bis 2021 um 40,3 % zu. Bei Mädchen

in derselben Altersgruppe wurde die Diagnose 2019 bei 57,3 pro 1.000 Mädchen, 2020 bei 96,2 pro 1.000 Mädchen und 2021 bei 84,1 pro 1.000 Mädchen neu gestellt. Die Neudiagnosen von „Umschriebenen Entwicklungsstörungen der schulischen Fertigkeiten“ nahmen von 2019 bis 2021 bei Jungen zwischen 6 und 10 Jahren ab (- 5,7 %), während sie bei den Mädchen in derselben Altersgruppe zunahmen (+ 35,0 %).

Während der Coronapandemie nahm der Anteil der Mädchen und Jungen von 0 bis 10 Jahren mit einer erstmaligen Diagnose im Bereich der „Störungen des Sozialverhaltens“ zu. Bei Jungen war die Zunahme in der Altersgruppe von 0 bis 5 Jahren (+ 15,0 %) geringer als in der Altersgruppe von 6 bis 10 Jahre (+ 33,2 %). Bei Mädchen war die Zunahme bei den 0- bis 5-Jährigen hingegen größer (+ 37,2 %) als bei den 6- bis 10-Jährigen (+ 12,5 %).

In den Altersgruppen der 0- bis 5-Jährigen und der 11- bis 15-Jährigen wurde 2020 im Vergleich zum Vorjahr sowohl mehr Jungen als auch mehr Mädchen eine „Emotionale Störung des Kindesalters“ neu diagnostiziert. Von 2018 bis 2021 nahmen Neudiagnosen im Bereich der „Emotionalen Störungen des Kindesalters“ bei Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren am stärksten zu (+ 68,6 %).

Anders als die Prävalenzen nahmen die Inzidenzen im Bereich der „Anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ bei Kölner Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen von 0 bis 15 Jahren zu. Im Jahr 2021 wurde die Diagnose bei Jungen am häufigsten in der Altersgruppe von 6 bis 10 Jahren neu gestellt (33,4 pro 1.000 Kinder), bei Mädchen wies die Altersgruppe 0 bis 5 Jahre den größten Anteil an Kindern mit einer Neudiagnose (27,0 pro 1.000 Kinder) auf.

Tabelle 4: Inzidenz ausgewählter Diagnosen in besonders betroffenen Altersgruppen.

| Neudiagnose (Inzidenz) | Geschlecht | Alter | Anzahl pro 1.000 Kinder und Jugendliche | | | Veränderung (%) |
|--|------------|-------------|---|-------|-------|-----------------|
| | | | 2019 | 2020 | 2021 | |
| Depressive Episode (F32) | Männlich | 16-19 Jahre | 9,6 | 12,5 | 12,4 | + 28,4 % |
| | Weiblich | 16-19 Jahre | 20,8 | 30,8 | 38,8 | + 86,7 % |
| Phobische Störung (F40) | Weiblich | 16-19 Jahre | 9,0 | 9,4 | 11,6 | + 29,9 % |
| Essstörung (F50) | Weiblich | 16-19 Jahre | 4,0 | 5,4 | 8,2 | + 102,7 % |
| Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) | Männlich | 0-5 Jahre | 79,6 | 103,8 | 111,7 | + 40,3 % |
| | | 6-10 Jahre | 22,9 | 24,2 | 28,0 | + 22,2 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 57,3 | 96,2 | 84,1 | + 46,8 % |
| | | 6-10 Jahre | 14,2 | 20,1 | 19,8 | + 39,3 % |
| Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) | Männlich | 6-10 Jahre | 21,0 | 19,3 | 19,9 | - 5,7 % |
| | Weiblich | 6-10 Jahre | 13,5 | 17,7 | 18,2 | + 35,0 % |
| Störung des Sozialverhaltens (F91) | Männlich | 0-5 Jahre | 11,4 | 13,3 | 13,1 | + 15,0 % |
| | | 6-10 Jahre | 9,5 | 12,7 | 12,7 | + 33,2 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 7,2 | 7,2 | 9,8 | + 37,2 % |
| | | 6-10 Jahre | 6,2 | 8,0 | 7,0 | + 12,5 % |
| Emotionale Störung des Kindesalters (F93) | Männlich | 0-5 Jahre | 13,5 | 16,9 | 13,2 | - 2,1 % |
| | | 6-10 Jahre | 20,8 | 21,3 | 22,5 | + 8,2 % |
| | | 11-15 Jahre | 10,5 | 13,6 | 11,4 | + 8,5 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 10,2 | 14,6 | 13,8 | + 35,6 % |
| | | 6-10 Jahre | 14,8 | 18,3 | 19,8 | + 33,4 % |
| | | 11-15 Jahre | 9,2 | 15,7 | 15,6 | + 68,6 % |
| Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) | Männlich | 0-5 Jahre | 24,0 | 32,5 | 31,3 | + 30,1 % |
| | | 6-10 Jahre | 26,8 | 32,3 | 33,4 | + 24,9 % |
| | | 11-15 Jahre | 11,1 | 15,4 | 16,3 | + 47,1 % |
| | Weiblich | 0-5 Jahre | 19,0 | 26,8 | 27,0 | + 42,0 % |
| | | 6-10 Jahre | 18,6 | 22,7 | 21,1 | + 13,3 % |
| | | 11-15 Jahre | 10,1 | 13,0 | 12,7 | + 26,2 % |

Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Hinweis: Anzahl an Kindern und Jugendlichen mit einer Neudiagnose in den Jahren 2019 bis 2021 nach Alter und Geschlecht. Ausgewählte Diagnosen nach 3-Steller ICD-10-Diagnosegruppen.

Versorgung psychischer Störungen vor und während der Coronapandemie

Nach der Diagnose einer psychischen Störung ist eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung wichtig. Dabei kann es sich zum einen um eine Verordnung von Arzneimitteln zur Therapie(-unterstützung) und zum anderen um eine ambulante Psychotherapie oder, falls notwendig, zeitweise einen Klinikaufenthalt handeln.

Wie sich die Inanspruchnahme dieser Versorgungsleistungen von 2018 bis 2021 entwickelt hat, behandelt das folgende Kapitel.

Verordnung von Arzneimitteln

2018 erhielten 74,9 % der Kinder und Jugendlichen in Köln mindestens eine durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattete Arzneimittelverordnung (siehe Abbildung 7). Diese Zahl bezieht sich auf jede Form von Arzneimitteln, nicht nur auf solche, die bei psychischen Störungen verordnet werden. Dabei war der größte Anteil an Kindern und Jugendlichen, denen mindestens ein Arzneimittel verordnet wurde, mit 87,5 % im Jahr 2018 und 87,6 % im Jahr 2019, zwischen 0 und 5 Jahren alt. In den Corona-Jahren 2020

und 2021 sank der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Arzneimittelverordnung in jeder Altersgruppe. Insgesamt ging von 2018 bis 2021 der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Verordnung zurück, und zwar für 0- bis 5-Jährige um 6,2 %, für 6- bis 10-Jährige um 18,5 %, für 11- bis 15-Jährige um 19,8 % und für 16- bis 19-Jährige um 15,8 %.

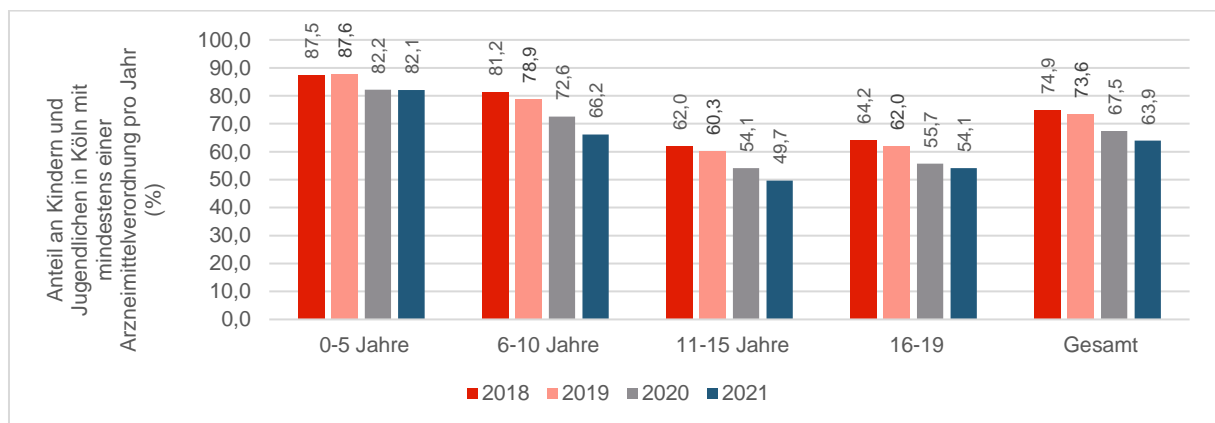


Abbildung 7: Prozentualer Anteil von Kölner:innen im Alter von 0 bis 19 Jahren mit mindestens einer Arzneimittelverordnung jeweils in den Jahren 2018 bis 2021 nach Altersgruppen. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Um die Versorgungssituation mit Arzneimitteln für psychische Störungen zu untersuchen, wurde die Verordnung folgender Arzneimittelgruppen in den Jahren 2018 bis 2021 betrachtet: Antipsychotika (N05A), Anxiolytika (N05B), Hypnotika und Sedativa (N05C), Antidepressiva (N06A) sowie Psychostimulanzien (z.B. ADHS-Medikamente) (N05B).

Es konnten keine starken Veränderungen in der Verordnung der betreffenden Arzneimittel beobachtet werden. Aus diesem Grund wird im Zuge des Berichts nicht weiter auf die Ergebnisse eingegangen.

Ambulante therapeutische Leistungen und Klinikaufenthalte

Abbildung 8 zeigt, wie groß der Anteil von 1.000 Kindern und Jugendlichen ist, die jeweils in den Jahren 2018 bis 2021 mindestens eine ambulante psychotherapeutische Leistung in Anspruch nahmen. Insgesamt kam es dabei zu einem Anstieg an Kindern und Jugendlichen mit mindestens einer Leistung im Jahr 2020. Mögliche Erklärungen dafür sind die vermehrte Durchführung von Online-Psychotherapien, die enger getaktet werden konnten.

Insgesamt können die Daten nur den Teil des Eisbergs (Abbildung 3) abbilden, der sich über der Was-

seroberfläche befindet. Aufgrund der begrenzten Kapazitäten des Versorgungssystems konnten nicht mehr Kinder und Jugendliche einen Therapieplatz erhalten, als es vor der Pandemie der Fall war. Aus den Interviews konnten wir schließen, dass es während der Coronapandemie teilweise mehr Anfragen nach Therapieplätzen gab, die häufig abgewiesen werden mussten. Es kann daher angenommen werden, dass der Teil des Eisbergs unter der Wasseroberfläche (vgl. Abbildung 3) während der Coronapandemie gewachsen ist.

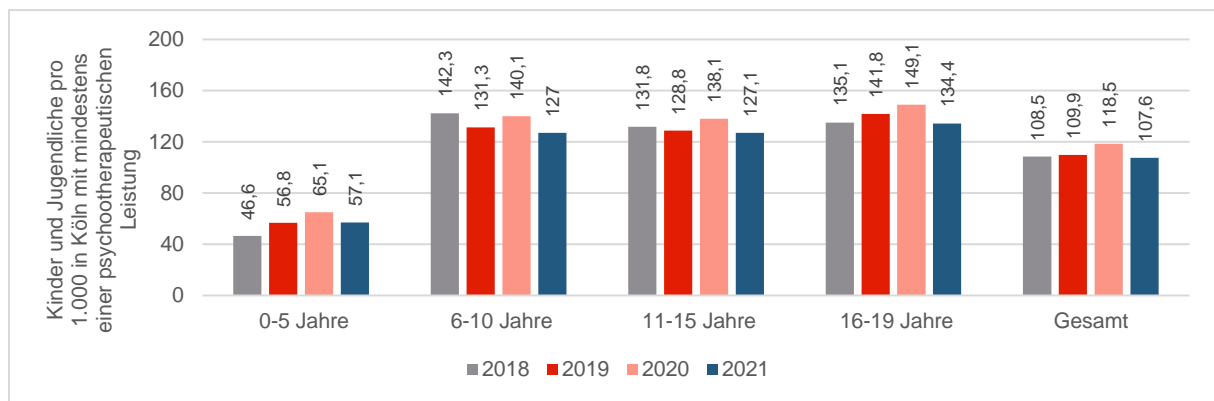


Abbildung 8: Kinder und Jugendliche pro 1.000 mit mindestens einer abgerechneten ambulanten psychotherapeutischen Leistung (EBM) jeweils in den Jahren 2018 bis 2021. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Der Blick auf die Inanspruchnahme stationärer Versorgung zeigt, dass der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit einem Klinikaufenthalt aufgrund der validierten Diagnose einer psychischen Störung (Haupt-/Entlassdiagnose) von 2018 bis 2021 bei fast allen Altersgruppen unter allen Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose für psychische Störungen abgenommen hat (Abbildung 9). So war insgesamt

ein Rückgang um 10,8 % zu beobachten. In der Altersgruppe von 0 bis 5 Jahren zeigte sich hingegen eine Zunahme um 48,1 % von 2018 bis 2021, wobei der Anteil der Kinder mit einer Diagnose und einem Klinikaufenthalt generell gering war (6,4 pro 1.000 Kinder mit einer Diagnose in 2018). Den größten Anteil pro 1.000 mit einer Diagnose und einem Klinikaufenthalt wiesen die 16- bis 19-Jährigen auf.

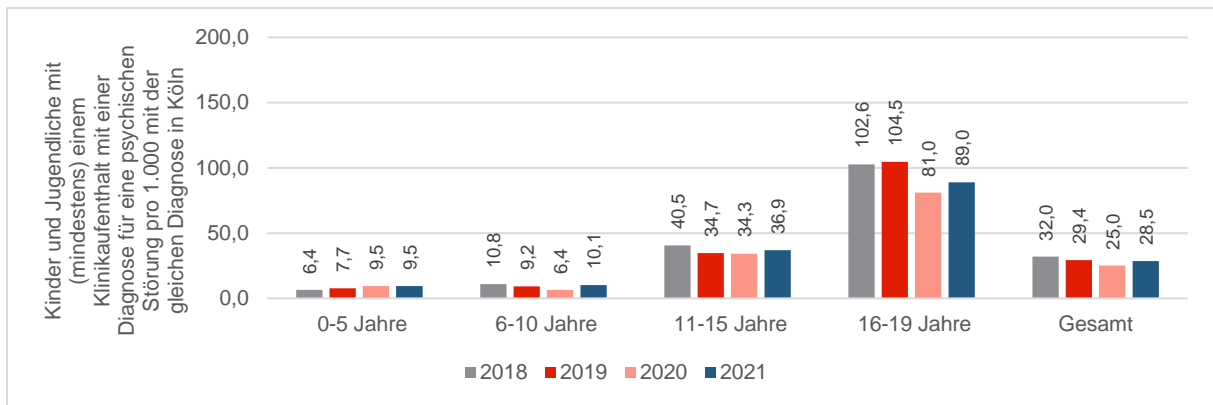


Abbildung 9: Kinder und Jugendliche pro 1.000 mit einer Diagnose für eine psychische Störung (M2Q) und mindestens einem Klinikaufenthalt mit der gleichen Diagnose jeweils in den Jahren 2018 bis 2021. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Insgesamt ist der Anteil der Klinikaufenthalte je 1.000 Kinder und Jugendliche in Köln aufgrund von psychischen Störungen in den Coronajahren 2020 und 2021 im Vergleich zu den Jahren 2018 und 2019 gesunken. Im Jahr 2018 kamen auf 1.000 Kinder und Jugendliche in Köln 19,8, im Jahr 2019 15,6, 2020 14,3 und 2021 16,4 Kinder und Jugendliche mit einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik.

Bei der Betrachtung, wie sich die Klinikaufenthalte auf einzelne Diagnosegruppen von psychischen Störungen verteilen (Abbildung 10), wird deutlich, dass der Anteil an Klinikaufenthalten aufgrund von „Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F9) von 2018 bis 2021 abgenommen hat. Zugenommen hat der Anteil der Klinikaufenthalte aufgrund von „Affektiven Störungen“ (F3) sowie „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F4). Bei beiden Diagnosegruppen gab es einen Anstieg von 2020 auf 2021.

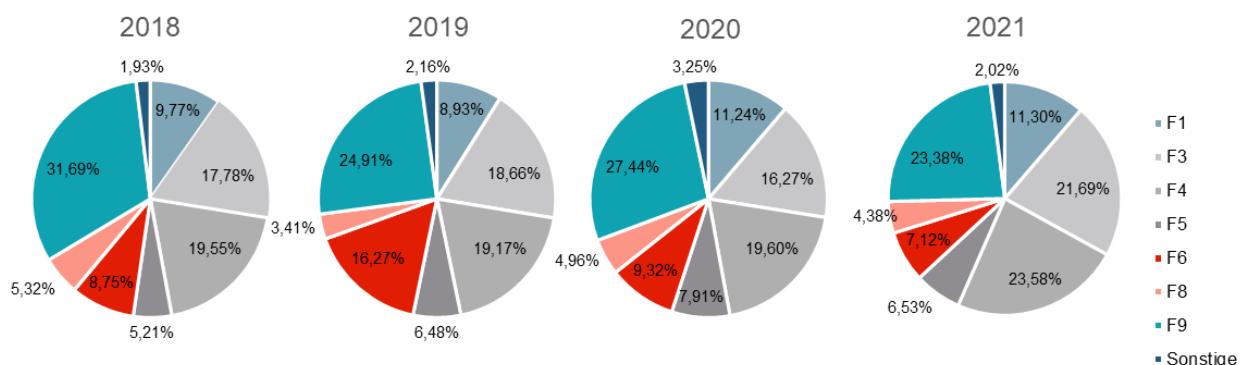


Abbildung 10: Prozentuale Verteilung von 2-Steller ICD-10-Diagnosegruppen auf Krankenhausaufenthalte wegen einer psychischen Störung (Haupt-/Entlassdiagnose) von Kindern und Jugendlichen aus Köln. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank.

Hinweis: Bei mehrfachen Krankenhausaufenthalten wegen unterschiedlicher psychischer Erkrankungen können Personen mehrfach in die Darstellung einfließen. Dargestellt werden die folgenden Diagnosegruppen: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1), Affektive Störung (F3), Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6), Entwicklungsstörungen (F8), Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9), Sonstige (F2, F7).

Im Folgenden werden Diagnosen im Bereich der „Essstörungen“ detailliert betrachtet, da diese in den qualitativen Interviews (siehe unten) als besonders präsent während der Coronapandemie herausgestellt wurden. Die betrachteten Routinedaten der Krankenkassen zeigen keine starken Veränderungen in der Diagnosehäufigkeit von „Essstörungen“. Im Folgenden wird beschrieben, wie sich der Anteil an Mädchen, als besonders betroffene Gruppe, mit einer diagnostizierten Essstörung verändert hat, die wegen dieser Diagnose in eine Klinik aufgenommen wurden. Ein Anstieg an Mädchen mit einer Diagnose „Essstörung“ und einer Krankenhausbehandlung mit der entsprechenden Diagnose kann einen ersten Hinweis auf mögliche Veränderungen bezüglich des

Schweregrads der vorherrschenden „Essstörungen“ geben.

2018 hatten unter 1.000 Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren mit mindestens einer validierten Diagnose im Bereich der „Essstörungen“ 354,8 im selben Jahr einen Klinikaufenthalt mit einer entsprechenden Diagnose (Abbildung 11). 2019 sank dieser Anteil auf 171,4 von 1.000 und 2020 auf 58,8 von 1.000. 2021 stieg der Anteil auf 297,9 von 1.000 Mädchen zwischen 11 und 15 Jahren wieder an. Insgesamt zeigte sich ein prozentualer Rückgang um 16,0 % von 2018 bis 2021. Für die 16- bis 19-Jährigen jungen Frauen war von 2018 bis 2021 im Vergleich dazu ein Anstieg um 38,4 % festzustellen.

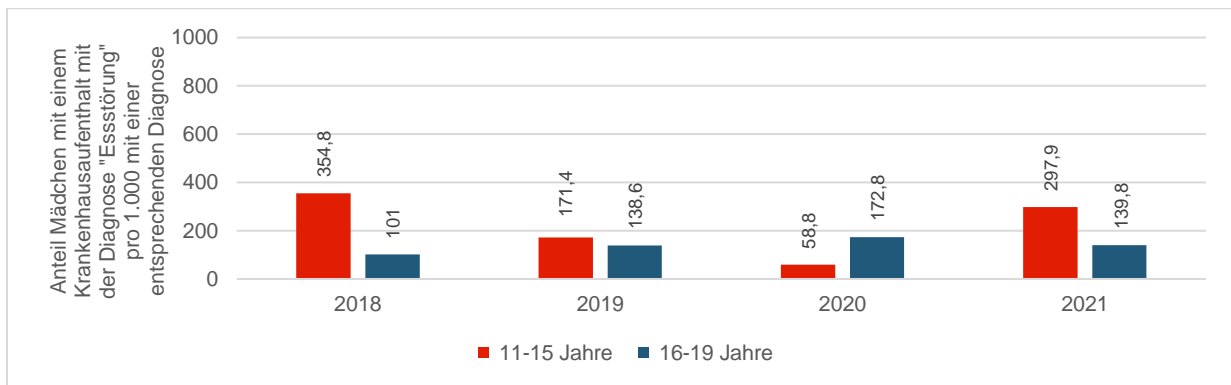


Abbildung 11: Der Anteil von weiblichen Kölner:innen mit einem Krankenhausaufenthalt mit einer diagnostizierten "Essstörung" pro 1.000 mit einer validierten Diagnose Essstörung in den Jahren 2018 bis 2021. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Therapieplätze: Wartelisten und Wartezeiten

Wie bereits beschrieben geben die Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen nur einen begrenzten Einblick, denn sie erfassen nur Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, die das Versorgungssystem aufgesucht und eine Diagnose erhalten haben. Ein Schwerpunkt der Interviews mit Versorgenden im Bereich der KJP lag deshalb auf den Kindern und Jugendlichen, die auf einen Therapieplatz warteten. Aus den Interviews geht hervor, dass die Versorgenden in niedergelassenen Praxen zum Teil keine Wartelisten zur Therapieplatzvergabe führen.

Als Grund dafür wurde die große Menge an Anfragen für Therapieplätze genannt. Dadurch sei der organisatorische Aufwand, eine Warteliste zu führen, zu hoch und die Warteliste wäre zu schnell voll. Außerdem könne ein Platz auf der Warteliste den Kindern und Jugendlichen bzw. auch ihren Angehörigen womöglich falsche Hoffnung auf einen schnellen Therapieplatz machen, da die Wartezeit für einen Therapieplatz, auch wenn man bereits auf der Warteliste steht, lang sei. Die lange Wartezeit habe sich schon vor der Coronapandemie gezeigt und während der

Coronapandemie noch einmal verschärft. Die Veränderung während der Coronapandemie beschreibt eine:r der Versorgenden im Bereich der KJP so:



„Die Wartezeiten sind länger geworden. Die Anzahl [der behandelten Patient:innen] hat sich nicht geändert, [...] weil wir schon immer voll waren.“

Kinder und Jugendliche würden dann – soweit möglich – an andere Versorgende weitervermittelt. In einer Klinik würden zwar immer Wartelisten geführt, doch könne laut Aussagen in den Interviews bei der Therapieplatzvergabe nicht chronologisch vorgegangen werden. Vielmehr würden der Schweregrad der Fälle und die Dringlichkeit der Anfragen eine Rolle spielen. In niedergelassenen Praxen seien zusätzlich die zeitliche Flexibilität der Patient:innen und die Art der Diagnose ausschlaggebend.



„Eher nach Dringlichkeit muss ich ganz ehrlich sagen, [...] es ist schon so, dass [...] einige Anfragen [...] rein pädagogische Themen [sind], wo ich es sehr viel sinnvoller finde, eine Beratung oder vielleicht eine Jugendhilfe mit einzuschalten.“

Zudem bestünde bei einer schweren Ausprägung der psychischen Störung die Möglichkeit, Therapiestunden in die Schulzeit zu legen. Bei einer leichteren Ausprägung stünde das in keinem angemessenen Verhältnis zu den in der Schule versäumten Inhalten. Insgesamt ergebe sich durch den hohen Bedarf an Psychotherapie das Problem, dass Kinder und Jugendliche mit einer niedrigeren Ausprägung des Schweregrads ihrer psychischen Störung nur eine geringe Chance auf einen Therapieplatz haben.



„[...] das ist aber natürlich einfach auch eine blöde Message an [den:die Patient:in] im Sinne von „Du bist nicht krank genug“, weil [er:sie] ist sicherlich sehr krank und hat einen hohen Leidensdruck.“

Während der Coronapandemie haben sich laut Aussagen der Interviewten aus dem ambulanten Bereich

nur wenige Änderungen in Bezug auf die Anzahl der Patient:innen auf der Warteliste oder die Anzahl der Anfragen von Patient:innen in einer Praxis ergeben. Unterschiede hätten sich eher in der Weitervermittlung von Patient:innen gezeigt. Diese sei während der Coronapandemie nur noch selten möglich gewesen, da auch die Praxen, an welche weitervermittelt wurde, keine Kapazitäten mehr hatten. Mögliche Auswirkungen für die abgewiesenen Kinder und Jugendlichen beschreibt ein:e Versorgende:r so:



„Also ich glaube es gab auch viele, die [...] [es] dann einfach [...] gelassen haben oder es gar nicht mehr versucht haben oder die sich gedacht haben, ‚das ist es gewesen, es gibt gar keine Plätze‘.“

Interessant wäre an dieser Stelle, ob und wo sich diese Kinder und Jugendlichen Hilfe außerhalb des Gesundheitssystems suchten und um wie viele Kinder und Jugendliche es sich dabei handelte. Andere Hilfequellen könnten prinzipiell im Bereich des privaten Umfeldes, bei (Sport-)Vereinen, in konfessionellen Einrichtungen oder im schulischen Umfeld liegen. Doch auch hier hat die Coronapandemie die Möglichkeiten für eine Teilnahme – gerade in den Phasen der Lockdowns – stark eingeschränkt. Auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Krankenkassen lässt sich über diesen gesamten Bereich keine Aussage treffen.

Die interviewten Versorgenden aus dem Bereich der KJP äußerten aber mehrfach, dass die faktisch vorhandene Versorgung sowohl während als auch vor der Pandemie nicht ausreichend gewesen sei. Ein:e Versorgende:r stellte heraus, dass in Bezug auf das Gesundheitssystem häufig gesagt wird „[...] [dass] die Versorgung, eigentlich ganz gut ist [...] – wir [Therapeut:innen] aber ein ganz anderes Gefühl haben oder auch einen ganz anderen Eindruck“.

Zudem habe es in einer Klinik vor der Coronapandemie immer wieder Perioden gegeben, in denen die Wartelisten besonders voll bzw. die Anzahl der Anfragen besonders hoch waren und andere, in denen die Anzahl der Anfragen eher gering war.



„Es gab traditionell immer Situationen, wo sie dann auf einmal schneller leer sind. Das war immer pünktlich zu den Sommerferien. [...] [Wir behandeln] traditionell Ängste, Zwänge, Depressionen, oft gemeinsam mit Schulabsentismus. Und dann war der Leidensdruck zu den Sommerferien oft deutlich geringer, so dass dann die Warteliste auch ziemlich zusammengeschrumpft ist.“

In solchen ruhigeren Phasen habe es in den Jahren vor der Coronapandemie auch mal die Möglichkeit gegeben, zusätzliche Patient:innen aufzunehmen. Während der Coronapandemie habe es solche ruhigeren Phasen nicht gegeben. Die Wartelisten seien

durchgängig voll und die Anfragen fast durchgängig hoch gewesen.

Die Aussagen aus den Interviews lassen sowohl für den Zeitraum vor der Coronapandemie als auch während der Coronapandemie nicht zu, eine allgemeingültige Wartezeit für alle Kinder und Jugendlichen zu berichten, da die Länge der Wartezeit auf einen Therapieplatz von diversen individuellen Faktoren abhängt. Die genannten durchschnittlichen Wartezeiten aus den Interviews für die Zeit während der Coronapandemie variieren in einer Klinik zwischen 3 und 6 Monaten und reichten in niedergelassenen Praxen von 3 Monaten bis zu 2 Jahren.

Schweregrad der psychischen Störungen und weitere Herausforderungen

Mehrere der interviewten Versorgenden im Bereich der KJP schätzten ein, dass der Schweregrad der Erkrankungen während der Coronapandemie im Vergleich zum Zeitraum davor in vielen Fällen zugenommen habe. Die Versorgenden hätten dies bei ihren Patient:innen zum Beispiel in einer häufigeren Suizidalität und einem längeren Schulabsentismus wahrgenommen. Einschätzungen zum Schweregrad der psychischen Störungen konnten wir ausschließlich über die Interviews erlangen. In den Routinedaten sind nur die für die Krankenkassen kodierten Diagnosen enthalten und keine Ausprägung des Schweregrads. Ebenso fehlen in den Routinedaten Angaben über Schulabsentismus, da es sich dabei um keine psychische Störung handelt, sondern dieser eher im Zusammenhang damit auftreten kann. Für Suizidalität gibt es zwar ICD-Codes in den Routinedaten (wie beispielsweise X84 („Absichtliche Selbstbeschädigung“)), welche allerdings selten in den Routinedaten vorkommen. Stattdessen wird Suizidalität häufig unter andere psychische Störungen gefasst und in diesen F-Diagnosen mitgeführt.



„[...] Also wo wir früher vielleicht [Patient:innen] früher gesehen haben, die drei Monate nicht zur Schule gegangen sind und dann kam die stationäre Aufnahme, gab es jetzt teilweise Phasen, wo [Patient:innen] angemeldet wurden, die

anderthalb Jahre nicht zur Schule gegangen sind, aber [...] durchgerutscht sind durch das System.“

Versorgende berichteten weiter, dass sie die an sie gerichteten Anfragen während der Coronapandemie dringlicher und Eltern besorgter wahrgenommen hätten. Mehr Patient:innen seien akut als Notfall stationär aufgenommen worden und es sei keine Zeit für eine strukturierte Anmeldung in der Klinik geblieben. Auch sei die Kommunikation zwischen einer Klinik und der prä- und poststationären ambulanten Behandlung während der Coronapandemie erschwert gewesen.



„Ja, ich würde sagen, dass das Koordinierte, [...] die eigentlich draußen existierenden Strukturen, also niedergelassene Psychotherapeut:innen, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen, Jugendhilfemaßnahmen, Schule, Schulsozialarbeiter:innen etc., was [...] unter normalen Bedingungen [...] ineinander greifen konnte, weil mehr Kontakt und mehr Kommunikationsmöglichkeiten bestanden, [...] hat sich deutlich verschlechtert, so dass man [...] mehr Chaos [...] [hatte] oder [Patient:innen] [...] [mit] sehr [...] viel ausgeprägtere[m]

Leiden [...] dann erst über einen akuten Weg zu uns kam[en]. Also würde ich sagen deutlich über die Hälfte [...], wo mindestens irgendwo stand, dass auch schon [...] eine Suizidalität Thema war oder irgendwas akut dann losging. Das [...] war vorher nicht so ausgeprägt.“

Das habe dazu geführt, dass Kinder und Jugendliche vor einer Aufnahme in die Klinik häufig noch kein Bild davon gehabt hätten, was sie auf der Station erwarten. Versorgende im Bereich der KJP berichteten in diesem Zusammenhang von einer erhöhten Abbruchquote von Klinikaufhalten während der Coronapandemie. Diese könne auch damit in Verbindung gebracht werden, dass die Diagnostik während der Coronapandemie erschwert gewesen sei. Zum einen dadurch, dass Termine in Präsenz nur eingeschränkt möglich gewesen seien und zum anderen hätten Hygienemaßnahmen die Beurteilung der Mimik von Patient:innen teilweise erschwert.



„Und da hatte man dann nochmal ein anderes Bild, als wenn man per Video die Kinder ab und zu mal durchs Bild wuseln sieht. Und das hat es für uns deutlich erschwert, die Kinder gut einzuschätzen und zu wissen, was kommt da eigentlich auf uns zu? Das hat vielleicht auch nochmal bewirkt, dass wir [...] in der Coronapandemie-Zeit eine erhöhte [Abbruchquote] hatten, was wir vorher nicht hatten.“

Problematisch sei auch gewesen, dass vor der Coronapandemie erreichte Behandlungsfortschritte während der Coronapandemie oft stagniert hätten oder Symptome sich sogar wieder verschlechtert hätten. Dadurch hätten manche Patient:innen, die ihre Therapie eigentlich schon abgeschlossen hatten, erneut eine Therapie aufnehmen müssen. Das sei besonders dadurch zustande gekommen, dass die in der Therapie erarbeitete Tagesstruktur während der Coronapandemie nicht hätte fortgeführt werden können und Patient:innen so in alte Muster zurückgefallen seien. Zudem hätten die Belastungen durch die Coronapandemie selbst andere Probleme und Themen bei der Psychotherapie in den Hintergrund gerückt.



„[Die Coronapandemie] hat inhaltlich natürlich einen großen Raum eingenommen im therapeutischen Miteinander. Sowohl, dass es so vorbestehende Probleme in der Familie pointiert hat. Und es hat vor allen Dingen sehr viele Ängste mobilisiert [...]. Und hat sehr dominiert [...], sodass [...] viele andere Themen [...] zurückgetreten sind.“

Somit hätten Behandlungen vieler Patient:innen, die eigentlich bereits weit fortgeschritten waren, während der Coronapandemie doch noch verlängert weitergeführt werden müssen. Das habe sich auch auf längere Wartezeiten für neue Patient:innen ausgewirkt.

Ad-hoc Maßnahmen der Versorgenden während der Coronapandemie

In den Interviews wurde geschildert, dass Klinik- und Praxisalltag an verschiedenen Stellen angepasst worden seien, um den veränderten Anforderungen durch die Coronapandemie Rechnung zu tragen. So wurde aus einer Klinik berichtet, dass zum einen die Bettenzahl aufgestockt und zum anderen bei extremen Notfällen auch zeitweise überbelegt worden sei. Besonders im Bereich der Essstörungen habe sich die Notwendigkeit ergeben, die Station aufgrund des dringenden Bedarfs während der Coronapandemie auszuweiten.



„Im Essstörungen[bereich] [...] sehen wir auch [...] riesig hohen Bedarf, da bräuchten wir fast noch mehr Plätze. Ist natürlich schade, dass es jetzt auch zulasten von der allgemeinen Versorgung erstmal umgesetzt wurde. Also wir haben ein paar Plätze mehr [...] hier im Haus, aber wir könnten immer noch mehr gebrauchen. [...] Das [...] hat sich durch die Pandemie eben noch mal deutlich befeuert [...].“

Auch hätten die Stationen gemeinsame Wartelisten eingeführt, um eine schnellere Versorgung gewährleisten zu können. Die Versorgenden selbst hätten versucht durch weniger Pausen und längere Arbeitstage eine intensivere Behandlung für mehr Patient:innen zu ermöglichen. Unabhängig von der Coronapandemie habe sich im klinischen Bereich schon im Vorfeld das Problem des Personalmangels abgezeichnet. Hinzu seien während der Coronapandemie noch krankheitsbedingte und durch Quarantäne bedingte Personalausfälle gekommen. Damit einhergegangen sei, dass die zeitgleiche Aufnahme von mehreren hoch expansiven Patient:innen (mit nach außen gerichteten Verhaltensauffälligkeiten) zeitweise nicht möglich gewesen sei.



„[...] [Da hatten] wir [...] die Situation, dass wir viele auf der Warteliste hatten, die hoch expansiv waren, die wir nicht aufnehmen konnten aufgrund unserer Personalsituation und die dadurch sehr lange gewartet haben und jetzt natürlich nicht mehr kommen wollen oder zu alt sind, dass wir sie aufnehmen können.“

Vor allem während der Coronapandemie habe sich das als problematisch erwiesen, da viele Patient:innen mit starken Verhaltensauffälligkeiten einen Therapieplatz benötigt hätten.

Auch in den niedergelassenen Praxen etablierten die Versorgenden verschiedene Methoden, um mehr Patient:innen aufnehmen und behandeln zu können. Niedergelassene Versorgende im Bereich der KJP berichteten, dass sie zum Teil versucht hätten Patient:innen weiter ambulant zu behandeln, die eigentlich hätten stationär aufgenommen werden müssen, aber kein Platz in einer Klinik frei gewesen sei.



„Also insofern [...] Veränderung inhaltlich, dass man halt diese schwer symptomatischen Leute [...] auch länger ambulant irgendwie durchzieht, obwohl man merkt, es bringt gerade nicht viel, aber man will [...] [sie] auch nicht sitzen lassen.“

Beispielsweise sei in einer Praxis die Therapiefrequenz der Patient:innen von einer wöchentlichen Therapiestunde auf alle zwei Wochen herabgesetzt worden, um mehr Patient:innen eine Therapie anbieten zu können. Zudem sei im Laufe der Coronapandemie vermehrt Psychotherapie per Videokommunikation eingeführt worden, wodurch Quarantänebedingten Ausfällen von Vorort-Terminen zum Teil hätte vorgebeugt werden können. Ebenso sei durch das *Homeschooling* zum Teil die Terminierung der Therapiestunden leichter gewesen und die Versorgenden im Bereich der KJP hätten mehr Patient:innen an einem Tag behandeln können. Besonders für Ende 2021 wurde ein hoher Bedarf an Psychotherapie berichtet. Darauf hätten die Versorgenden zum Beispiel mit einem vermehrten Angebot an Gruppentherapie reagiert. Aus dem erhöhten Bedarf und besonders den schwereren Fällen, habe sich auch für die Versorgenden eine erhöhte Arbeitslast ergeben. Daraus sei eine besondere Notwendigkeit für mehr Supervisionen (externe Beratung für Teams von Versorgenden im Bereich der KJP) und Intervisionen (Beratung unter Kolleg:innen) entstanden.



„[...] schwerere Symptomatik heißt auch, dass es anspruchsvoller ist.“

Psychische Störungen und deren Versorgung in verschiedenen Gebieten Kölns

Mit knapp 1,1 Millionen Einwohner:innen und mehr als 400km² Fläche gehört Köln zu den größten Städten Deutschlands. Das legt nahe, dass das Auftreten psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen und deren Versorgung nicht in allen Teilen Kölns gleich ist. In der Tat zeigte die Auswertung der Routinedaten der Krankenkassen nach Postleitzahlen (PLZ) einige Unterschiede⁶. Auch einige der interviewten Versorgenden im Bereich der KJP berichteten – teilweise deutliche – Abweichungen je nach Stadtgebiet.

Abbildung 12 zeigt die Wohnorte nach PLZ von Kölner:innen im Alter von 0 bis 19 Jahren, die 2021 mindestens eine psychotherapeutische Leistung in Anspruch genommen haben. Nicht dargestellt ist, wo die Leistung erbracht wurde, also der Ort der Praxis oder Klinik. Dabei fällt auf, dass Kinder und Jugendliche, die in allen rechtsrheinischen Gebieten sowie in den nördlichen (Teile Chorweilers) und südlichen (Teile Rodenkirchens) Gebieten der linken Rheinseite wohnen, weniger häufig Leistungen in Anspruch nahmen als Kinder und Jugendliche, die im Zentrum Kölns wohnen.

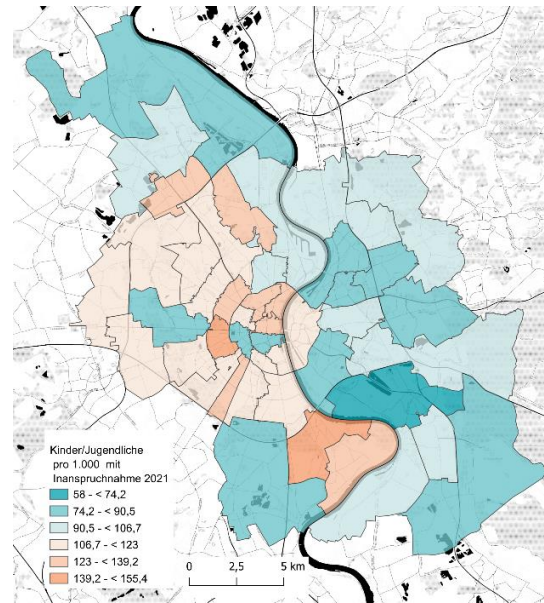


Abbildung 12 Geografische Darstellung der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche pro 1.000 im Jahr 2021. Zugrunde liegende Daten: Krankenkassendaten (Routinedaten) der CoRe-Dat Datenbank. Die Ergebnisse wurden (unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und der Postleitzahl des Wohngebiets, für die betreffenden Jahre) auf alle Kölner:innen hochgerechnet.

Wie lässt sich das deuten? Nachgewiesen sind allgemeine Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen abhängig vom sozio-ökonomischen Status [10]. Mit den vorliegenden Daten lässt sich das aber nicht näher für Köln spezifizieren. Ein Grund dafür ist, dass Unterschiede bzgl. Bildung, Einkommen und Berufstätigkeit nicht auf der Ebene von Postleitzahlengebieten bestehen, sondern in kleineren räumlichen Einheiten (sog. statistische Quartiere oder Stadtteile/„Veedeln“) vorliegen. Diese Information ist aller-

dings aktuell nicht mit den Routinedaten in Verbindung zu bringen, da diese Angaben nur auf Postleitzahlebene vorliegen.

Eine weitere Erklärung für räumliche Unterschiede in Diagnosehäufigkeiten und der Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen könnte darin liegen, dass Versorgungsangebote nicht gleichmäßig in der Stadt verteilt sind. Im Rahmen der geregelten Vergabe von Kassensitzen für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen⁷ können diese innerhalb eines Gebiets (beispielsweise einer Stadt) ihren genauen Standort frei wählen. Dabei

⁶ Die Postleitzahlen sind aktuell das einzige räumliche Merkmal, das in den Routinedaten von CoRe-Dat zur Verfügung steht. Eine Einschränkung dabei ist, dass die Postleitzahlengebiete nicht vollständig mit den Kölner Stadtteilen oder „Veedeln“ übereinstimmen.

⁷ Die Verteilung von Sitzen für Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen erfolgt in Deutschland auf Basis einer Bedarfsanalyse (§§ 99 ff. SGB V). Das Verhältnis von zugelassenen

Kassensitzen zur Bevölkerung in einem Bezirk orientiert sich an der tatsächlichen Zahl der Ärzt:innen in den alten Bundesländern zum 31. Dezember 1990 (§ 5 BedarfsPIRL). Die Planungsbereiche sind dabei in der Regel ganze Städte.

spielen dann u.a. Aspekte des Einzugsgebiets, der Verfügbarkeit von Praxisräumen und der Immobilienkosten eine Rolle. Dadurch kann sich das Versorgungsangebot ungleich über eine Stadt verteilen. Das kann dann je nach Wohnort zu weiten oder kurzen Anfahrtswegen für Menschen führen. In Abbildung 13 ist die Verteilung von Versorgenden im Bereich der KJP in Köln mit Kassensitz für das aktuelle Jahr 2023 dargestellt. Leichte Abweichungen zur Verteilung in den Coronajahren sind möglich. Es fällt auf, dass die Versorgenden vor allem im Stadtzentrum und auf der linken Rheinseite angesiedelt sind. Auf der rechten Rheinseite sowie in den äußeren nördlichen und südlichen Gebieten auf der linken Rheinseite sind wenige bis gar keine Versorgende mit Kassensitz je 1.000 Kinder und Jugendliche verortet.

In einem Interview wurde diese Problematik auch thematisiert:



„[...] im Kölner Norden ist es einfach viel zu wenig Angebot. Die meisten sitzen in Sülz oder Lindenthal.“

Andere Interviews enthielten Hinweise, dass Kinder und Jugendliche in sozial benachteiligten Gebieten aufgrund der Entfernung zu den Versorgenden nur Schwierigkeiten haben, die Praxen/Einrichtungen zu erreichen.



„Die [Eltern mit ihren Kindern] kommen einfach nicht gut weg. Die müssen ja wirklich auf [den] Bus warten, mit dem Bus nach Chorweiler [fahren] und da versuchen, die S-Bahn/Straßenbahn in die Innenstadt zu [...] [nehmen]. Das kriegen die einfach nicht auf die Reihe, wenn die irgendwie noch drei andere Kinder haben und Schichtarbeit oder sonst was [und sie] kein Auto haben.“

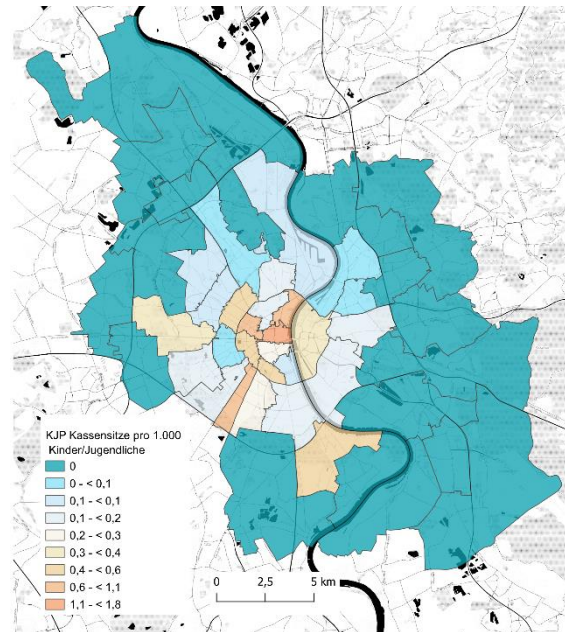


Abbildung 13 Geografische Verteilung von Versorgenden mit Kassensitz für KJP nach Postleitzahlgebiet pro 1.000 Kinder und Jugendliche in 2023.

Quelle: www.kvno.de (22.05.2023), eigene Berechnungen und Darstellung.

Handlungsempfehlungen

Die hier präsentierten Auswertungen legen nahe, dass sich die Coronapandemie auf unterschiedliche Weise auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ausgewirkt hat und weiter auswirken wird. Daraus folgt, dass sowohl die Versorgungssysteme des Gesundheitswesens als auch weitere soziale Systeme wie Schulen und Vereine, aber auch Familien und die Kinder und Jugendlichen selbst weiter gefordert sein werden, um die psychischen Folgen der Pandemie zu erkennen und zu mildern.

Untersuchungen der AOK Rheinland/Hamburg [11] sowie der DAK Gesundheit [12] zu diesem Thema fokussieren auf die Situation in NRW. Beide Berichte deuten ebenfalls auf eine Verschlechterung der allgemeinen Situation hin. So berichtet die AOK Rheinland/Hamburg beispielsweise von einer Steigerung im Bereich der Sprachentwicklungsstörungen mit wiederholter ärztlicher Dokumentation um 10 % unter allen Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren [11]. Im Bereich der Essstörungen berichtet

die DAK Gesundheit für Nordrhein-Westfalen von einer Steigerung um 54 % in der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren von 2019 bis 2021 [12].

Während sich der Handlungsbedarf unmittelbar aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen (wie beispielsweise den Trends in der Entwicklung psychischer Störungen von 2018 bis 2021) ableiten lässt, bedarf die Entwicklung und Umsetzung konkreter Maßnahmen weiterer Schritte. Wir haben die Handlungsempfehlungen für den Versorgungsbericht deswegen in Zusammenarbeit mit dem Beirat der CoRe-Dat Datenbank bestehend aus Vertreter:innen der beteiligten Krankenkassen (AOK Rheinland/Hamburg, BARMER, DAK und pronovaBKK) sowie den Mitgliedern unseres Beirats der Versorgungsberichte (siehe Impressum) entwickelt. Dabei sollen diese Handlungsempfehlungen weniger als Vorgaben, sondern vielmehr als Beitrag zur Debatte und als Grundlage für weitergehende Diskussionen und Entscheidungen betrachtet werden.

Fokus auf verstärkte Probleme ... aber bestehende Probleme nicht aus dem Blick verlieren

Die Auswertungen der Krankenkassendaten der Kölner:innen zeigen, dass es psychische Störungen gibt, die seit der Coronapandemie deutlich angestiegen sind. Hier sind v.a. Verhaltens- und emotionale Störungen bei Mädchen zwischen 11 und 19 Jahren zu nennen. Die Behandlung dieser psychischen Störungen benötigt auch nach Ende der Coronapandemie verstärkte Aufmerksamkeit. Aus den Interviews wissen wir, dass viele Patient:innen, bei denen die Coronapandemie als Auslöser oder Katalysator für psychische Störungen anzunehmen ist, erst verzögert Versorgungsangebote nachfragen. Die Versorgenden sprachen hier von Zeiträumen, die über unsere Analyse hinausgingen, daher sind zukünftig

steigende Prävalenzen sowie Inzidenzen psychischer Störungen möglich. Bei der Analyse der Trends fielen Diagnosen auf, die bereits vor der Coronapandemie ein wachsendes Problem darstellten. Dazu gehörten u. a. Adipositas und Entwicklungsstörungen. Diese fortbestehenden Trends sollten nicht vernachlässigt oder als weniger gravierend angesehen werden. Eine mögliche Reaktion darauf wäre, das soziale Umfeld von Kindern und Jugendlichen auf das Erkennen von diesen Erkrankungen zu schulen und Präventionsmaßnahmen zur Vorbeugung in Kinder- und Jugendeinrichtungen einzuführen, die auch im familiären Umfeld übernommen werden können.

Vorsicht vor der Dunkelziffer

Bei bestimmten Diagnosen wie der Störung des Sozialverhaltens kann ein Rückgang der Fälle während der Coronapandemie auch ein Hinweis auf eine

wachsende Dunkelziffer sein. Auch aus den Interviews mit Versorgenden im Bereich der KJP schließen wir, dass aktuell eine große Zahl von Betroffenen entweder schon auf einer Warteliste stehen oder

noch auf der Suche nach einem Psychotherapieplatz sind. Da es bisher kein übergreifendes Verfahren gibt, um den Bedarf für Therapieplätze für die gesamte Stadt (und das Umland) zu erfassen, lässt sich die Zahl der insgesamt Anfragenden nicht beziffern und mit dem Versorgungsangebot abgleichen. Das wäre allerdings wichtig, um Politik, Krankenkassen und Selbstverwaltung über tatsächliche Bedarfe zu informieren. Neben der Erfassung der Zahl an Kindern und Jugendlichen, die auf einen Therapieplatz

warten, wären auch weitere Informationen hilfreich (Wohnort, Geschlecht und Alter, Art der (vermuteten) psychischen Störung etc.), um niedrigschwellige Hilfsangebote zielgruppengerecht und an zugänglichen Orten anbieten zu können. Mit kleinräumigen Daten, die statt Postleitzahlen „Veedel“ (Wohngebiete) enthalten, könnten Versorgungslücken (vgl. Abbildung 12 und Abbildung 13) genauer offengelegt und die räumliche Verteilung von Hilfsangeboten zielgerichtet geplant und umgesetzt werden.

Subsidiäre regionale Präventionsstrukturen stärken

Auch regional genauer aufgeschlüsselte Daten werden nicht alle Fälle abbilden können. Als Dunkelziffer bleiben: unentdeckte Fälle, die in der Abbildung des Eisbergs der Versorgung die unterste Gruppe darstellen (vgl. Abbildung 3). Es ist denkbar, dass die Dunkelziffer während der Coronapandemie angestiegen ist. Das gilt insbesondere in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen, da Schuleingangsuntersuchungen weggefallen sind. Das *Homeschooling* erschwerte es Lehrkräften außerdem, Auffälligkeiten bei Schüler:innen beobachten zu können, so dass eventuell mehr Fälle unentdeckt blieben. Fehlende soziale Interaktionen können zusätzlich Störungen des Sozialverhaltens begünstigt haben. Insgesamt würden sich diese Annahmen in einem vermehrten Auftreten von psychischen Störungen widerspiegeln. Eine Möglichkeit, dem zu begegnen, liegt auch hier in einer besseren Einbeziehung des sozialen Umfelds der Kinder und Jugendlichen (Familie, Freund:innen und *Peers*, Schule, Kindergarten, Vereine und weitere). Das Konzept der *Caring Community* (www.caringcommunity.Koeln) wird in Köln bereits erfolgreich im Bereich der Versorgung am Lebensende eingesetzt. Dieses Konzept ist mit entsprechenden Anpassungen auch auf den Bereich der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen übertragbar. Kernelemente sind neben der Kooperation und Kommunikation (siehe dazu auch weiter unten), Information, Schulung und Unterstützung. Menschen aus dem sozialen Umfeld von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen benötigen zunächst zielgruppengerechte Informationen, insbesondere zu möglichen Auslösern und ersten Anzeichen von psychischen Problemen. Ebenso wichtig ist

es, dass diese Menschen im Bedarfsfall wissen, an wen sie sich wenden können und wo sie Unterstützungsangebote in der Nähe finden. Schulungen zur Früherkennung aber auch niedrigschwellige Interventionsmaßnahmen können sich an Lehrkräfte, Eltern, Trainer:innen in Vereinen und ähnliche Personengruppen richten. Ein Beispiel hierfür wären *Peers* (angelernte und supervidierte Gleichaltrige). Einmalige Schulungen werden hier voraussichtlich nicht ausreichen. Neben kontinuierlicher Fortbildung sind auch Konzepte im Sinne der Supervision notwendig, mit denen Helfende ihrerseits Unterstützung bekommen können. Eine entscheidende Frage wird dabei die nach den notwendigen Ressourcen sein. Eine Möglichkeit, dem Bedarf zu begegnen, könnte darin liegen, mehr Geld über die Versorgungssysteme, die Kommunen oder das Land bereitzustellen. Wegen konkurrierender Ansprüche an die öffentlichen Haushalte ist aber fraglich, ob das ausreichend sein wird. Das Konzept der *Caring Community* bietet hier eine mögliche Lösung: die subsidiäre Nutzung existierender Ressourcen inner- und außerhalb der Versorgungssysteme. Diese umfasst die Fachkompetenz professioneller Versorgender auf der einen und die zeitlichen Ressourcen und die Unterstützungsbereitschaft des sozialen Umfelds auf der anderen Seite. Notwendig dafür sind klare Strukturen und Abstimmungen: Wer ist für welche Bereiche der Versorgung zuständig? Welche Hilfe und Unterstützung kann in Anspruch genommen werden? Entsprechende Präventions- und Versorgungspläne sollten unter den Kölner Akteur:innen abgestimmt, umgesetzt und evaluiert werden.

Das Projekt *FrühstArt – Frühe, sektorenübergreifende, aufsuchende und familienzentrierte Adipositas Prävention* (Innovationsfonds Förderkennzeichen: 01NVF21105), welches im Oktober 2022 in Köln gestartet ist, wäre als Vorbild gut geeignet. Es zielt darauf ab, Familien aktiv zu unterstützen, bei denen die

3- bis 6-jährigen Kinder von Übergewicht betroffen sind. Ziel des Projektes ist, eine gesunde Lebensweise frühzeitig zu fördern und so eine gesunde Gewichtsentwicklung des Kindes zu ermöglichen.

Verbesserung der Kommunikation zwischen stationärer und ambulanter Versorgung im Bereich der KJP

Die Interviews mit Versorgenden im Bereich der KJP weisen darauf hin, dass die Kommunikation zwischen Kliniken und ambulant tätigen Versorgenden vor und nach einem Klinikaufenthalt nicht ausreichend ist. Dabei geht es unter anderem um die verfügbaren zeitlichen Ressourcen zur Vor- und Nachbereitung eines stationären Aufenthaltes innerhalb einer Klinik, aber auch um die erfolgreiche Weiterführung der stationären Therapie im ambulanten Bereich, wofür es Absprachen benötigt. Auch Patient:innen sollten dabei stärker einbezogen werden. Dazu zählt auch eine bessere Vorbereitung von Patient:innen auf einen stationären Aufenthalt in einer Klinik. Bei einer Überweisung aus einer ambulanten in eine

stationäre Therapie könnten ambulante Therapeut:innen bereits frühzeitig ihre Patient:innen genau informieren, wie ihr Aufenthalt ablaufen wird. So kann ein verbessertes Erwartungsmanagement dabei helfen, Therapieabbrüche zu vermeiden. Nach einer stationären Behandlung kann insbesondere eine gute Kommunikationsstruktur zwischen stationär und ambulant Versorgenden dabei helfen, nachhaltig an Therapieerfolge anzuknüpfen. Mit dieser Kommunikationsstruktur könnte sichergestellt werden, dass Kinder und Jugendliche nach einer stationären Behandlung weiterbehandelt werden. Sowohl den Kliniken als auch den überweisenden Ärzt:innen kommt dabei eine tragende Rolle zu.

Austausch von Versorgenden stärken

Versorgende im Bereich der KJP haben uns in Interviews von einem gestiegenen Bedarf während der Coronapandemie berichtet. Sie schilderten ganz unterschiedliche kreative Lösungen, die sie daraufhin entwickelt und umgesetzt haben, wie beispielsweise die Verlängerung von zeitlichen Abständen zwischen Sitzungen einzelner Patient:innen und das Angebot von Online-Sprechstunden. Um das Potenzial der individuell entwickelten Lösungsansätze in die Fläche zu tragen, sollte der Austausch zwischen Versorgenden in Köln gefördert und organisiert werden. Welche Strategien haben funktioniert, welche nicht? Welche ließen sich auch in Zukunft weiter umsetzen? Welche Ideen gibt es, die noch gar keiner breiteren Fachöffentlichkeit vorgestellt wurden? Welche vorbereitenden Schritte sind nötig, um geeignete Strategien umzusetzen?

Eine Austauschplattform – Online und/oder in Form von persönlichen Treffen – ließe sich mit geringem Aufwand realisieren. Regionale Vertreter:innen von Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen

sollten dabei eingebunden sein, um die Machbarkeit von Ideen einzuschätzen bzw. notwendige Änderungen in Vergütungssystemen frühzeitig auf den Weg zu bringen. Ombudspersonen (unabhängige Ansprechpartner:innen) des Bundesverbands der Kinder und Jugendlichen (BVKJ) sind als weitere wertvolle Austauschpartner für die Plattform zu nennen.

Gespräche mit dem Beirat haben gezeigt, dass das Thema der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von vielen Akteur:innen (Krankenkassen, Stadt Köln, Versorgende, Patient:innenvertretungen etc.) nach wie vor als sehr wichtig eingestuft wird. Viele Akteur:innen wünschen sich Veränderungen und haben unterschiedliche Vorschläge dazu, wie diese aussehen könnten. Was fehlt, ist ein Format für einen geregelten Austausch, um diese Veränderungen abstimmen, planen und umsetzen zu können. Die Vernetzung auf regionalen Gesundheitskonferenzen wäre eine mögliche Form dafür, die sich auch mit vergleichsweise geringem Aufwand kurzfristig umsetzen ließe.

Literatur

- 1 *Bohl C, Karnaki P, Cheli S et al.* Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in der Coronazeit. *Präv Gesundheitsf* 2023; 18: 182–188
- 2 *Matz K, Pietrek C, Rockstroh B.* Stress in der Kindheit sensitiviert für Stress im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2010; 39: 45–55
- 3 *Grobe TG, Dräther H.* Ambulante ärztliche Versorgung. In: Matusiewicz D, Hrsg. *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, und Perspektiven.* 2. Aufl. [s.l.]: Verlag Hans Huber; 2014: 43–62
- 4 *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), Hrsg. ICD-10-GM Version 2023, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 16. September 2022.* Köln; 2022
- 5 VG München. Urt. v. 6.5.2021 – M 27 K 21.1059. Zugang zur Ausbildung als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. *MedR* 2022; 40: 229–232
- 6 *Witte J, Zeitler A, Batram M et al.* Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie; 30.08.2022
- 7 *Schubert I, Ihle P, Köster I.* Interne Validierung von Diagnosen in GKV-Routinedaten: Konzeption mit Beispielen und Falldefinition. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2010; 72: 316–322
- 8 *Hagena V, Hertz S.* Psychische Komorbidität bei Adipositas. *CV* 2020; 20: 27–30
- 9 *Mangiapane S, Zhu L, Schulz M.* Ambulante kinder- und jugendärztliche Versorgung während der COVID-19-Pandemie unter besonderer Berücksichtigung der Inanspruchnahme von Früherkennung und Impfungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2021; 64: 1551–1558
- 10 Robert Koch-Institut. Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 2018
- 11 *Collong M, Dortmann O, Peters M et al.* Gesundheits-Report 2023. Fakten zur regionalen Gesundheits- und Versorgungssituation der Bürgerinnen und Bürger im Rheinland und in Hamburg; 2023
- 12 *Witte J, Zeitler A, Batram M et al.* Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie in Nordrhein-Westfalen; 23.09.2022