

DAK-Kinder- und Jugend- report 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie
Datenzeitraum: 2017-2022

November 2023

Report

DAK-Kinder- und Jugendreport 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie

Datenzeitraum: 2017-2022

Autoren

Dr. Julian Witte, Alena Zeitler, Lena Hasemann, Jana Diekmannshemke

In Zusammenarbeit mit

Prof. Dr. med. Christoph U. Correll, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité - Universitätsmedizin Berlin

Dr. med. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen, Köln

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld

Unter Mitarbeit von

Stefan Suhr, Franziska Kath und Gregor Drogies, DAK-Gesundheit

Herausgeber

Andreas Storm, DAK-Gesundheit

07.11.2023

Eine Studie im Auftrag der

**DAK**
Gesundheit

Inhalt

Tabellen	III
Abbildungen.....	V
Vorwort.....	VI
Kernergebnisse.....	VII
1 Der DAK-Kinder- und Jugendreport.....	1
2 Fragestellungen.....	1
3 Depressionen, Ängste, Essstörungen: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsinanspruchnahme.....	2
3.1 Depressionen	2
3.1.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022	2
3.1.2 Einflussfaktoren auf das administrative Depressions-Neuerkrankungsrisiko	4
3.1.3 Beteiligte Fachgruppen an der Erstdiagnosestellung von Depressionen	7
3.1.4 Leistungsinanspruchnahme jugendlicher Mädchen mit Depressionen	9
3.2 Angststörungen.....	12
3.2.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022	12
3.2.2 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Angststörungen.....	13
3.3 Essstörungen	14
3.3.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022	14
3.3.2 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Essstörungen	15
3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt.....	16
4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022.....	17
4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen.....	17
4.2 Arzneimittelverschreibungen.....	21
4.3 Krankenhausaufenthalte.....	23
5 Weitere auffällige Erkrankungsbilder.....	24
5.1 Trends bei Kleinkindern (1-4 Jahre).....	24
5.2 Trends bei Grundschulkindern (5-9 Jahre)	25
5.3 Trends bei Schulkindern (10-14 Jahre).....	25
5.4 Trends bei Jugendlichen (15-17 Jahre).....	26
6 Methodik.....	27
7 Datenhang.....	30
7.1 Hochrechnungen zu Depressionen	30
7.2 Hochrechnungen zu Angststörungen	32
7.3 Hochrechnungen zu Essstörungen.....	33
7.4 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen.....	34

Tabellen

Tabelle 1: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen.....	2
Tabelle 2: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren	3
Tabelle 3: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades	3
Tabelle 4: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD).....	4
Tabelle 5: Berücksichtigte Einflussfaktoren auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko	5
Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die Chance einer Depressionsinzidenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) in den Jahren 2019 und 2022, OLS-Modell	6
Tabelle 7: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression	7
Tabelle 8: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression.....	7
Tabelle 9: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression nach definitorischer Sicherheit.....	9
Tabelle 10: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung	11
Tabelle 11: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen .	12
Tabelle 12: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	13
Tabelle 13: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	14
Tabelle 14: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD).....	15
Tabelle 15: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen.....	16
Tabelle 16: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr, 2018-2022	17
Tabelle 17: Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr nach Facharztgruppen, 2018-2022.....	18
Tabelle 18: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei psychologisch/psychiatrisch tätigen Ärzten und Therapeuten im Kalenderjahr, 2018-2022	18
Tabelle 19: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei Pädiater im Kalenderjahr, 2018-2022.....	20
Tabelle 20: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018-2022.....	21
Tabelle 21: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Grundschulkindern (5-9 Jahre), 2018-2022	22
Tabelle 22: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Schulkindern (10-14 Jahre), 2018-2022	22
Tabelle 23: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Jugendlichen (15-17 Jahre), 2018-2022	22
Tabelle 24: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018-2022.....	23
Tabelle 25: Behandlungsdiagnosen bei Kleinkindern (1-4 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019.....	24
Tabelle 26: Behandlungsdiagnosen bei Grundschulkindern (5-9 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	25
Tabelle 27: Behandlungsdiagnosen bei Schulkindern (10-14 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	25
Tabelle 28: Behandlungsdiagnosen bei Jugendlichen (15-17 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	26
Tabelle 29: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	30

Tabelle 30: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	30
Tabelle 31: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	30
Tabelle 32: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	31
Tabelle 33: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	31
Tabelle 34: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	31
Tabelle 35: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	31
Tabelle 36: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	32
Tabelle 37: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen.....	32
Tabelle 38: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	33
Tabelle 39: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	33
Tabelle 40: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen.....	34

Abbildungen

Abbildung 1: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren	2
Abbildung 2: Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenter Depression und einer Diagnose/Behandlung in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres.....	4
Abbildung 3: Entwicklung der Chance einer Depressionsneuerkrankung jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	5
Abbildung 4: Entwicklung komorbider Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression, Datenjahre 2019 und 2022.....	6
Abbildung 5: Bestimmung der erstdiagnosstellenden Fachgruppe	8
Abbildung 6: Anteil der erstdiagnosstellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression, sichere Bestimmung	9
Abbildung 7: Identifikation einer antidepressiven Therapie nach erstmaliger Depressionsdiagnose	10
Abbildung 8: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung	10
Abbildung 9: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren	12
Abbildung 10: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Angststörung bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	13
Abbildung 11: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren	14
Abbildung 12: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Essstörung bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	15
Abbildung 13: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen (nicht geschlechterdifferenziert, „gesamt“).....	16
Abbildung 14: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018-2022....	17
Abbildung 15: Diagnoseprävalenz häufiger psychischer Erkrankungsbilder und Verhaltensstörungen mit dem größten Fallzahlrückgang zwischen 2018 und 2022.....	19
Abbildung 16: Jährliche Änderungsrate in der Leistungsanspruchnahme verschiedener Fachgruppen durch DAK-versicherte Jugendliche (15-17 Jahre).....	19
Abbildung 17: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018-2022	21
Abbildung 18: Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018-2022.....	23

Vorwort

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sichtbar und Versorgungsherausforderungen messbar machen: Mit diesem Anspruch hat die DAK-Gesundheit vor sechs Jahren als erste bundesweit agierende Krankenkasse den Kinder- und Jugendreport veröffentlicht. Insbesondere die Verknüpfung von Erkrankungs- und Versorgungsdaten im Längsschnitt auf Basis von Abrechnungsdaten ist eine große Stärke unserer Analysen.

Gleichzeitig möchten wir mit diesem Report auch ein Forum für wissenschaftliche Daten und Impulse anderer Akteure im Themenfeld der Kinder- und Jugendgesundheit bilden, um im gemeinsamen Austausch gesundheits- und familienpolitische Entwicklungsprozesse zu unterstützen. Das Bundesministerium für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat bereits im Sommer 2021 eine Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) mit dem Titel „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ eingerichtet, deren Abschlussbericht im Februar 2023 veröffentlicht wurde. Die Sonderanalysen des Kinder- und Jugendreportes der vergangenen zwei Jahre waren Teil der wissenschaftlichen Studien, die von der IMA genutzt wurden. Die Einrichtung der IMA ist angesichts mannigfaltiger Herausforderungen während und nach der Pandemie ein begrüßenswerter Schritt. Die Empfehlungen dieser Arbeitsgruppe betreffen unter anderem den Infektionsschutz, Maßnahmen der Gesundheitsförderung durch Bewegung und gesunde Ernährung, die Sicherstellung der Gesundheitsvorsorge und Versorgung sowie die Verbesserung der Datenlage. Dies betrifft neben primärer Forschung durch Befragungen und Erhebungen auch die Nutzung umfangreicher Versorgungsdatensätze. Insbesondere auf Prävention angelegte Initiativen sind auf umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit dieser Reportreihe maßgeblich unterstützt.

Welchen Beitrag kann der Kinder- und Jugendreport leisten?

Im Zentrum des Kinder- und Jugendreports steht das Diagnose- und Versorgungsgeschehen im Längsschnitt. Der Report schreibt sich kontinuierlich fort und blickt aktuell auf eine zusammenhängende Datenreihe von sechs Jahren, welche das vollständige ambulant-ärztliche, therapeutische und stationäre Leistungsgeschehen der Jahre 2017 bis 2022 umfasst. Der Report umfasst dabei repräsentative Daten von fast 800.000 Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren. Dies ermöglicht nicht nur einen detaillierten Blick auf Erkrankungs- und Versorgungsschwerpunkte und deren zeitliche Entwicklung, sondern auch die Untersuchung regionaler Unterschiede. Da im Kontext der Berichterstattung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vornehmlich auf die COVID-19-Pandemie und deren begleitende Maßnahmen fokussiert wurden, betrachtet der vorliegende Report die Entwicklung der Neuerkrankungsraten häufigerer psychischer Erkrankungsbilder. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern Kinder aus Familien mit höherer sozial-ökonomischer Benachteiligung während der Pandemie stärker von einer Veränderung des Erkrankungs- und Versorgungsgeschehens betroffen waren als gleichaltrige Kinder aus Familien mit hohem sozio-ökonomischen Status.

Wir freuen uns auf breites Interesse an den vorliegenden Ergebnissen und hoffen, nachhaltige Impulse für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geben zu können.

Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, September 2023

Kernergebnisse

Rückläufige Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt

- Die Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt (sämtliche sog. „F-Diagnosen“) und die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen ist im Jahr 2022 rückläufig. Bei jugendlichen Jungen und Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist dieser Rückgang besonders stark ausgeprägt. Im Jahr 2022 sind gegenüber 2021 11 % weniger neubehandelte Fälle bei Mädchen dokumentiert. Bei Jungen beträgt der Rückgang 5 %.
- Im Gegensatz zu Jungen sind unter jugendlichen Mädchen im Vergleich zum Vorpandemie-Zeitraum die Fallzahlen im Jahr 2022 jedoch noch immer erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 6 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine psychische Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert. Bei Jungen liegt dieser Wert 2022 8 % unterhalb des Vorpandemie-Niveaus.

Fokuserkrankungen: Depressionen, Ängste und Essstörungen

- Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2022 wurden auf Basis der Daten des Jahres 2021 steigende Neuerkrankungsraten von Depressionen, Angststörungen und Essstörungen hauptsächlich bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren berichtet. Wir führen diese Zeitreihe mit dem vorliegenden Report fort und analysieren die Häufigkeit neu diagnostizierter Depressionen, Angststörungen und Essstörungen im Jahr 2022 und vergleichen diese mit den Neuerkrankungsraten vor der Pandemie. Bei dieser Analyse stehen jugendliche Mädchen erneut im Mittelpunkt, da diese häufiger sogenannte „internalisierende Störungen“ entwickeln als gleichaltrige Jungen.
- Im Ergebnis zeigt sich, dass im Vergleich zum Vorjahr im Jahr 2022 ein leichter Rückgang der neu diagnostizierten Fälle mit Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen zu verzeichnen ist. Gleichzeitig bleiben die Neuerkrankungsraten gegenüber dem Vorpandemie-Zeitraum deutlich erhöht. Unter jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) wurden im Jahr 2022
 - 4,1 % erstmalig mit einer Depression diagnostiziert, 24 % mehr als noch 2019,
 - 4,0 % erstmalig mit einer Angststörung diagnostiziert, 44 % mehr als noch 2019,
 - 1,0 % erstmalig mit einer Essstörung diagnostiziert, 51 % mehr als noch 2019.
- Eine Assoziation der sozialen Lage des Elternhauses mit dem Risiko einer Neudiagnosestellung ist in allen betrachteten Erkrankungsbildern erkennbar: Jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status haben im Jahr 2022 im Vergleich zu Mädchen aus Familien mit niedrigem Status
 - eine statistisch signifikant 27 % höhere Chance erstmalig eine Depressionsdiagnose zu erhalten,
 - eine 9 % höhere Chance erstmalig eine Angststörungsdiagnose zu erhalten, allerdings nur in 2021 auf statistisch signifikantem Niveau,
 - eine 25 % höhere Chance erstmalig eine Essstörungsdiagnose zu erhalten, allerdings nur in 2021 auf statistisch signifikantem Niveau.

Vertiefung: Depressionen bei jugendlichen Mädchen

- Bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) haben ärztliche dokumentierte Depressionen seit der Pandemie deutlich zugenommen. Im Jahr 2022 sind 7,5 % aller DAK-versicherten Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit einer Depressionsdiagnose in ärztlicher Behandlung. Insbesondere der Anteil neu diagnostizierter Fälle ist im Jahr 2022 mit 4,1 % weiterhin

deutlich gegenüber dem Vorpandemiezeitraum erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 24 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine Depressionsdiagnose. Gegenüber 2021 ist zuletzt jedoch ein leichter Rückgang zu beobachten.

- Der zwischen 2019 und 2022 beobachtete Anstieg neu diagnostizierter Depressionen bei jugendlichen Mädchen ist mit einem Plus von 41 % primär auf mittelgradig schwere Depressionen zurückzuführen. 22 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 in jedem Quartal ärztlich aufgrund von Depressionen behandelt; ein Plus von 56 % gegenüber 2019.
- Im Jahr 2022 ist ein statistisch signifikanter Einfluss der sozialen Lage auf die Chance einer Depressions-Neudiagnose zu beobachten. Jugendliche Mädchen aus Familien mit sozioökonomisch hohem Status haben eine 27 % höhere Chance, eine neue Depressionsdiagnose zu erhalten, als Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status.
- 2,9 % aller im Jahr 2022 mit Depressionen behandelten jugendlichen Mädchen leiden zudem unter einer komorbiden Angststörung. Der Anteil betroffener Mädchen mit komorbider Depression und Angststörung ist damit zuletzt überproportional stark gestiegen und liegt 2022 84 % oberhalb des Niveaus des Jahres 2019.
- Die erstmalige Diagnosestellung einer Depression erfolgte im Jahr 2022 am häufigsten bei fachspezifischen Ärzten und Therapeuten. Gegenüber 2019 ist insbesondere der Anteil der Pädiater (+54 %) und der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+13 %) an den erstdiagnostizierenden Fachgruppen angestiegen.
- Der Anteil der jugendlichen Mädchen, die im Jahr 2022 erstmalig eine Depressionsdiagnose und innerhalb eines Jahres auch ein Antidepressivum erhalten haben, ist gegenüber 2019 um 30 % gestiegen. Zudem setzen mehr als 60 % aller jugendlichen Mädchen eine begonnene Antidepressivatherapie im Jahr 2022 fort.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nach einem leichten Rückgang im Jahr 2020 seit 2021 wieder leicht steigend.
- Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern und Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus durch jugendliche Jungen und Mädchen. Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Facharzt oder Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus dokumentiert wurde, mit 10,0 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht.
- Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, ist im Gegensatz zu den Jahren 2020 und 2021 wieder zum Teil deutlich angestiegen. Bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist dabei eine langsame Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten, während insbesondere bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren vergleichsweise geringe Wachstumsraten in der Verordnungsquote zu beobachten sind.
- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Während jedoch bei Grundschulkindern wieder ein ansteigender Trend zu beobachten ist, verbleiben die Hospitalisierungsraten von Schulkindern und Jugendlichen auf einem niedrigen Niveau.

1 Der DAK-Kinder- und Jugendreport

Die systematische Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sowie die Analyse beeinflussender Faktoren sind von hoher Public Health-Relevanz. Vorwiegend auf Prävention angelegte Initiativen oder die Betonung der Herausforderungen gesundheitlicher Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern ist auf umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit der Reportreihe des Kinder- und Jugendreportes seit dem Jahr 2017 maßgeblich unterstützt. Seitdem veröffentlicht die DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit VAN-DAGE und der Universität Bielefeld jährlich mehrere Schwerpunktanalysen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Mit fast 800.000 DAK-Versicherten im Alter von 0 bis 17 Jahren ist der DAK-Kinder- und Jugendreport eine der größten Analysen zur Kindes- und Jugendgesundheit in Deutschland.

2 Fragestellungen

Gegenstand der vorliegenden Analyse sind folgende Fragestellungen:

- a) Wie hat sich die Neu-Diagnoserate (Inzidenz) ausgewählter Erkrankungsbilder im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum (2019) sowie gegenüber dem Vorjahr (2021) entwickelt?
Zu den betrachteten Erkrankungsbildern zählen: Depressionen, Angststörungen und Essstörungen.
- b) Wie hat sich der Einfluss bestimmter demographischer und soziodemographischer Faktoren auf das Risiko einer Neu-Diagnose während der Pandemie verändert? (Durchführung multivariater Modellanalysen)
Zu den betrachteten Faktoren zählen:
 - Alter
 - Geschlecht
 - Wohnort:
 - ländliche / städtische Region
 - Facharztdichte am Wohnort
 - Soziale Lage (GISD)
 - Komorbidität
- c) Wie hat sich die Versorgung von Kindern mit den betrachteten Erkrankungsbildern während der Pandemie entwickelt?
Zu den betrachteten Versorgungsfragestellungen zählen:
 - Medikamentöse Therapien
 - Haus- und Facharztkontakte
 - Hospitalisierungen, Re-Hospitalisierungen
- d) Gibt es weitere Erkrankungsbilder, welche im Jahr 2022 auffällige Entwicklungen zeigen?

3 Depressionen, Ängste, Essstörungen: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsanspruchnahme

3.1 Depressionen

3.1.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022

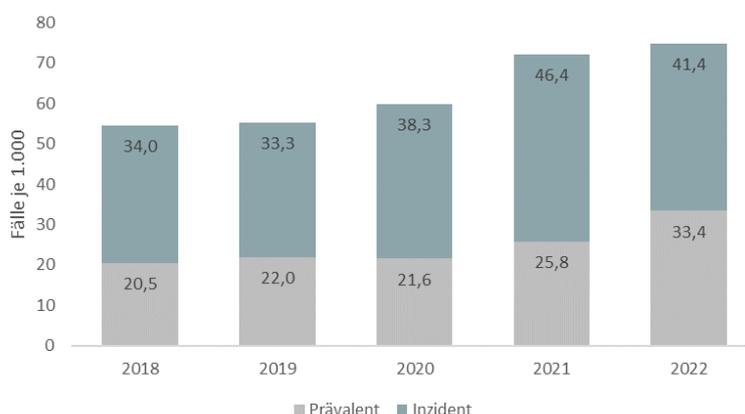
Die Neuerkrankungsrate von Depressionen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist auf höhere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen (Tabelle 1). Gegenüber 2021 ist ein leicht abnehmender Trend zu beobachten. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vor-Pandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Für Jungen werden grds. niedrigere und im Zeitverlauf weitestgehend konstante Neudiagnose-Zahlen beobachtet.

Tabelle 1: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	1,4	1,4	1,2	1,1	1,0	-27 %	-11 %
	Mädchen	1,4	1,3	1,1	1,1	0,9	-29 %	-16 %
	Gesamt	1,4	1,3	1,2	1,1	0,9	-28 %	-13 %
A10-14	Jungen	5,6	5,7	4,9	5,3	5,5	-3 %	+5 %
	Mädchen	10,0	9,9	10,3	14,4	12,7	+28 %	-12 %
	Gesamt	7,7	7,8	7,5	9,7	9,0	+16 %	-7 %
A15-17	Jungen	13,3	14,2	13,2	14,5	14,0	-1 %	-3 %
	Mädchen	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %
	Gesamt	23,3	23,5	25,4	30,0	27,3	+16 %	-9 %

Neben der Anzahl von jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Depressionen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist jedoch, dass in Folge anhaltend hoher Neuerkrankungsraten sowohl die Anzahl der bereits behandelten jugendlichen Mädchen mit Depressionen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+52 %, von 22,0 auf 33,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+30 %, von 25,8 auf 33,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 1).

Abbildung 1: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren



Die beobachtete Zunahme inzidenter Depressionsfälle bei jugendlichen Mädchen ist im Wesentlichen auf eine Zunahme mittelgradig schwerer Fälle zurückzuführen (Tabelle 2). Zwischen 2019 und 2022 ist die Anzahl der Mädchen mit mittelgradig schwerer neu diagnostizierter Depression um 41 % gestiegen.

Tabelle 2: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren

Diagnose	Schweregrad	Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Inzident	Leicht	9,1	9,8	9,7	12,6	11,7	+20 %	-7 %
	Mittelgradig	17,8	16,8	19,3	25,0	23,8	+41 %	-5 %
	Schwer	5,1	4,6	5,1	5,9	5,3	+17 %	-9 %
	Unspezifisch	19,1	19,4	21,0	26,6	24,5	+26 %	-8 %
Prävalent	Leicht	13,7	14,3	14,6	17,8	18,2	+27 %	+3 %
	Mittelgradig	29,1	29,6	32,1	40,2	43,4	+46 %	+8 %
	Schwer	7,0	6,8	7,4	8,6	8,3	+21 %	-3 %
	Unspezifisch	27,4	28,3	29,7	37,9	38,1	+34 %	0 %

Doppelzählungen bei Dokumentation unterschiedlicher Schweregrade bei einem Kind innerhalb des Inzidenzquartals eines Beobachtungsjahres sind möglich. Eine Addition der Inzidenzraten auf die berichtete Gesamtinzidenz ist deshalb nicht möglich.
 Falldefinitionen: Leicht: ICD-10 F32.0, F33.0; Mittelgradig: F32.1, F33.1; Schwer: F32.2, F32.3, F33.2, F33.3; Unspezifisch: F32.8, F32.9, F33.4, F33.8, F33.9

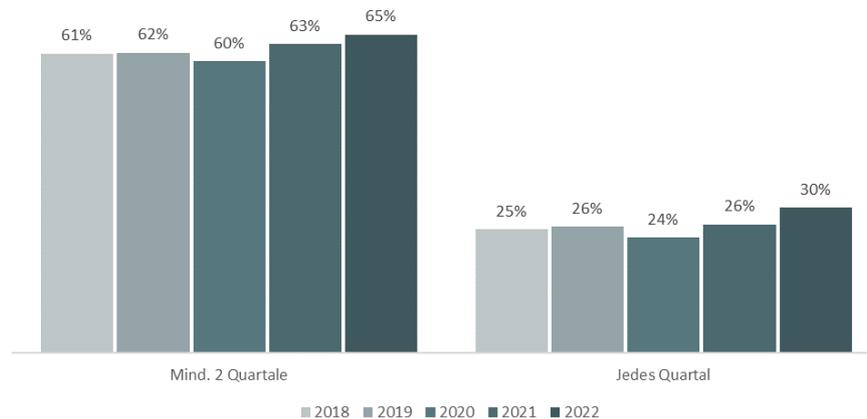
Die Analyse von diagnoseprävalenten und inzidenten Fällen basiert im vorliegenden Report, wenn nicht anders beschrieben, auf einem sog. M1Q-Kriterium. Um eine intensivere Versorgung depressiver Erkrankungen als Approximation einer stärkeren Chronifizierung oder Krankheitsschwere abzubilden, werden nachfolgend zusätzlich auch jugendliche Mädchen betrachtet, die in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres aufgrund von Depressionen ärztlich/therapeutisch behandelt wurden. Dabei zeigt sich, dass insbesondere der Anteil der depressiv erkrankten Mädchen mit einem Plus von 56 % gegenüber 2019 überproportional stark gestiegen ist, die in jedem Quartal des Jahres 2022 behandelt wurden (Tabelle 3).

Tabelle 3: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades

Häufigkeit der Diagnose / Behandlung	Depressionsdiagnose / Behandlung, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Mind. 1 Quartal	54,5	55,3	59,9	72,2	74,8	+35 %	+4 %
Mind. 2 Quartale	33,4	34,0	35,8	45,7	48,8	+44 %	+7 %
Jedes Quartal	13,8	14,3	14,1	19,0	22,2	+56 %	+17 %

Der Anteil der jugendlichen Mädchen mit Depressionsdiagnose, die in jedem Quartal eines Jahres ärztlich behandelt werden, an allen an Depressionen Erkrankten ist im Jahr 2022 ferner von 26 % auf 30 % um insgesamt vier Prozentpunkte gestiegen (Abbildung 2). In den Vorjahren sind mit Ausnahme des ersten Pandemiejahres 2020 konstante Anteile der jugendlichen Mädchen mit Depressionen beobachtet worden, die jedes Quartal in ärztlicher Behandlung waren.

Abbildung 2: Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenter Depression und einer Diagnose/Behandlung in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres



3.1.2 Einflussfaktoren auf das administrative Depressions-Neuerkrankungsrisiko

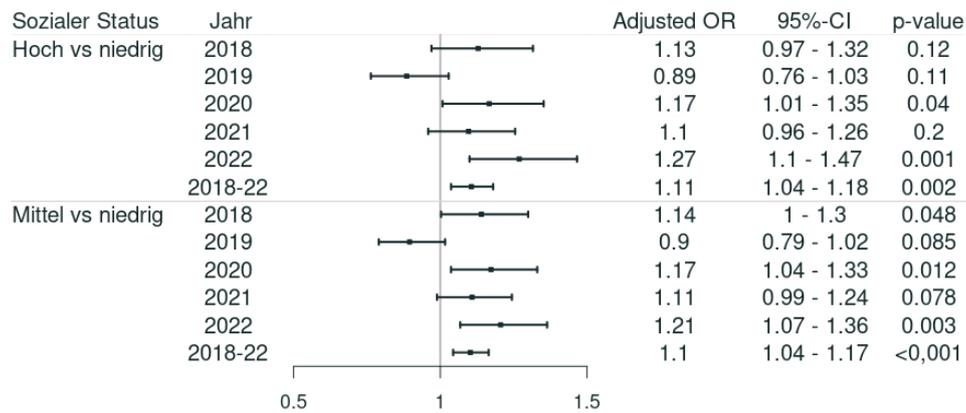
Depressionen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Depressionsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist dabei jedoch vorwiegend auf jugendliche Mädchen aus Familien mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status (bzw. mittlerer und niedriger sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden in 2022 jeweils knapp 30 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 4). Die Neuerkrankungsraten von Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist, nach einem fünf-Jahres-Hoch in 2021, im Jahr 2022 hingegen wieder auf Vorpandemieniveau.

Tabelle 4: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Depressionsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	31,9	35,9	34,7	42,2	36,0	0 %	-15 %
Mittel (mittlere Deprivation)	34,5	32,4	38,6	46,6	41,9	+29 %	-10 %
Hoch (niedrige Deprivation)	33,7	34,2	40,1	48,8	43,6	+28 %	-11 %
Gesamt	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %

Über Hintergründe des beobachteten Rückgangs der administrativen Depressionsinzidenz bei jugendlichen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (hoher sozialer Deprivation) gegenüber Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status kann nur spekuliert werden. Angesichts der Tatsache, dass in den Jahren vor der Pandemie keine bedeutende Differenz in Abhängigkeit der sozialen Lage bestand, kann gemutmaßt werden, dass während (Jahre 2020 und 2021) als auch nach der COVID-19-Pandemie erstmals auftretende psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status eher wahrgenommen und auch Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden. Dabei zeigt sich insbesondere bei Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 sowie statistisch signifikant auch im Jahr 2022 ein höheres Risiko für eine Depressionsneudiagnose. Demnach haben jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status im Jahr 2022 eine um 27 % höhere Chance eine Depressionsneudiagnose zu erhalten als Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Abbildung 3).

Abbildung 3: Entwicklung der Chance einer Depressionsneuerkrankung jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



Die Analyse der Assoziation der sozialen Lage des Elternhauses auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko erfolgt unter Berücksichtigung weiterer potenzieller Einflussfaktoren (Tabelle 5). Unter Berücksichtigung des Einflusses bestimmter prävalenter Komorbiditäten (Angststörungen, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen insgesamt, Adipositas), soziodemografischer Faktoren (städtisch/ländliches Wohnumfeld) sowie der allgemeinen und fachärztlichen Versorgungsdichte am Wohnort ist zu beobachten, dass sich der Einfluss der sozialen Lage im Jahr 2022 im Vergleich zu 2019 signifikant verstärkt (Tabelle 6).

Tabelle 5: Berücksichtigte Einflussfaktoren auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko

Parameter	Definition	Kategorien	Quelle
Jahr Inzidenz	Jahr der Diagnoseinzidenz, Dummy-kodiert	2018, 2019, 2020, 2021, 2022	DAK-Gesundheit
Wohnort	Differenzierung nach Stadt-/Gemeindetyp gem. BBSR	1. Ländlich (kleine Kleinstädte, Landgemeinden) 2. Städtisch (größere Kleinstädte, Mittelstädte, Großstädte)	INKAR
Arztdichte Psych	Anzahl niedergelassene psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (LANR: 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69)	1. Niedrig: <35 2. Mittel: 35-<70, Referenz 3. Hoch: 70-107	KBV
Arztdichte Pädiatrie	Anzahl niedergelassene Kinder- und Jugendärzte je 100.000 Einwohner (LANR: 34, 38, 40, 46)	1. Niedrig: <11 2. Mittel: 11-<22, Referenz 3. Hoch: 22-33	KBV
Arztdichte, gesamt	Anzahl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner insgesamt	1. Niedrig: <140 2. Mittel: 140-<280, Referenz 3. Hoch: 280-420	KBV
Soziale Lage	German Index of Social Deprivation (GISD)	1. Niedriger Status (hohe Deprivation), Referenz 2. Mittlerer Status (mittlere Deprivation) 3. Hoher Status (niedrige Deprivation)	RKI
Ko-morbidität	Prävalente Komorbidität im Inzidenzjahr (M1Q-validiert)	1. Angststörung (ICD-10 F40/F41) 2. Psyche exkl. Depression oder Angststörung (ICD-10 F) 3. Adipositas (E66)	DAK-Gesundheit

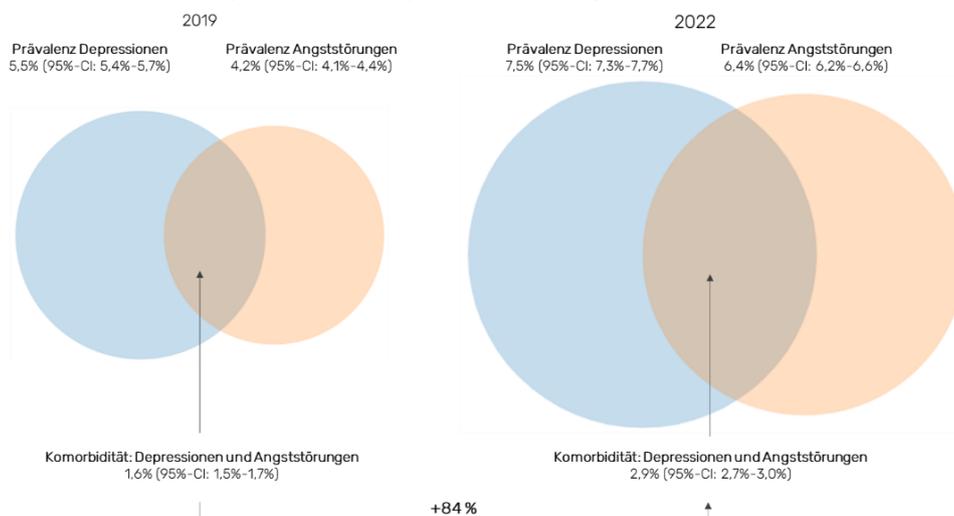
Tabelle 6: Einflussfaktoren auf die Chance einer Depressionsinzidenz jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) in den Jahren 2019 und 2022, OLS-Modell

Parameter	2019 Depressionsinzidenz				2022 Depressionsinzidenz				
	Beta	95%-CI		p	Beta	95%-CI		p	
Intercept	0.0278	0.0233, 0.0331		<0.001***	0.0264	0.0223, 0.0311		<0.001***	
Komorbidität	Angst	7.7585, 6.9730, 8.6212		<0.001***	8.4245	7.7174, 9.1914		<0.001***	
	Psyche	1.8343, 1.5734, 2.1282		<0.001***	3.3024	2.6980, 4.0147		<0.001***	
	Adipositas	1.8343, 1.5734, 2.1282		<0.001***	1.4164	1.2160, 1.6418		<0.001***	
Soziale Lage	Niedrig	Referenz			Referenz				
	Mittel	0.8954	0.7906, 1.0164		0.085	1.2056	1.0681, 1.3641		0.003**
	Hoch	0.8856	0.7634, 1.0284		0.11	1.2689	1.0997, 1.4659		0.001**
Wohnort	Ländlich	Referenz			Referenz				
	Städtisch	1.1829	1.0661, 1.3133		0.002**	1.0206	0.9289, 1.1218		0.7
Arztdichte Psych	Mittel	Referenz			Referenz				
	Niedrig	0.8713	0.7729, 0.984		0.025*	0.950	0.8499, 1.0634		0.4
	Hoch	0.9216	0.6265, 1.3271		0.7	0.7838	0.5093, 1.1697		0.2
Arztdichte Pädiatrie	Mittel	Referenz			Referenz				
	Niedrig	0.966	0.8642, 1.0812		0.5	0.9377	0.8448, 1.0420		0.2
	Hoch	0.973	0.6588, 1.3912		0.9	1.2412	0.8649, 1.7359		0.2
Arztdichte gesamt	Mittel	Referenz			Referenz				
	Niedrig	0.973	0.6588, 1.3912		0.9	1.2412	0.8649, 1.7359		0.2
	Hoch	0.974	0.7894, 1.1954		0.8	0.8816	0.7183, 1.0763		0.2

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; CI Konfidenzintervall

Die Analysen zeigen ferner, dass die Chance für eine Depressionsneudiagnose ebenfalls dann statistisch signifikant erhöht ist, wenn eine komorbide Angststörung vorliegt. Ein Zusammenhang, der bereits in den Vorpandemiejahren statistisch signifikant war, allerdings auf absolut schwächerem Niveau. Unabhängig davon ist die Zahl jugendlicher Mädchen mit Depressionen und komorbider Angststörung in den vergangenen Jahren überproportional stark gestiegen. Lag der Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenten Depressionen und Angststörungen 2019 noch bei 1,6 %, so wurden im Jahr 2022 bei 2,9 % aller Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren neben einer Depression auch eine Angststörung dokumentiert (Abbildung 4). Dies entspricht einem Plus von 84 %. Oder anders betrachtet: Litt vor der Pandemie noch eines von vier Mädchen mit Depressionen auch unter Angststörungen, liegt dieser Anteil im Jahr 2022 bei einem von drei Mädchen.

Abbildung 4: Entwicklung komorbider Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit prävalenter Depression, Datenjahre 2019 und 2022



Gleichzeitig ist die absolute Häufigkeit von Depressionen (+35 %) und Angststörungen (+53 %) in diesem Zeitraum zwar auch deutlich gestiegen, allerdings nicht so stark wie das parallele Auftreten bei der Erkrankungsbilder (Tabelle 7).

Tabelle 7: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression

	Prävalenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Depressionen	54,5	55,3	59,9	72,2	74,8	+35 %	+4 %
Angststörungen	40,5	42,1	48,2	59,5	64,3	+53 %	+8 %
Depressionen ohne Angststörungen	42,4	42,9	45,2	51,3	49,7	+16 %	-3 %
Angststörungen ohne Depressionen	27,0	28,1	32,0	36,8	37,8	+34 %	+3 %
Depressionen und komorbide Angststörung	15,3	15,5	17,9	24,9	28,5	+84 %	+15 %

Für depressionsinzidente Fälle zeigt sich ein vergleichbares Bild der Entwicklung von komorbiden Angststörungen, allerdings auf absolut leicht schwächerem Niveau (Tabelle 8). Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass eine komorbide Depression und Angststörung erst mit Zeitverzug nach Depressionsinzidenz ärztlich diagnostiziert bzw. dokumentiert wird.

Tabelle 8: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression

	Inzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Depressionen	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %
Angststörungen	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %
Depressionen ohne Angststörungen	27,7	27,0	29,9	34,2	30,4	+13 %	-11 %
Angststörungen ohne Depressionen	20,4	21,3	24,9	29,1	28,9	+36 %	-1 %
Depressionen und komorbide Angststörung	6,3	6,3	8,4	12,1	10,9	+73 %	-10 %

3.1.3 Beteiligte Fachgruppen an der Erstdiagnosestellung von Depressionen

Aus Abrechnungsdaten geht hervor, welche Fachgruppe erstmals eine Erkrankung diagnostiziert und dokumentiert hat. Studien haben gezeigt, dass es Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit einer Folgediagnose und Behandlung in Abhängigkeit von der erstdiagnosstellenden Fachgruppe gibt. Bundesweite Analysen des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) haben beispielsweise für das Jahr 2017 gezeigt, dass bei Personen zwischen 15 und 99 Jahren 60 % aller prävalenten Depressionsdiagnosen durch Hausärzte gestellt werden.¹ Eine entsprechende Analyse für neu diagnostizierte Fälle liegt nicht vor. Um zu bestimmen, welche Fachgruppe die Erstdiagnosestellung vorgenommen hat, sind Limitationen in der Datengrundlage zu berücksichtigen. Die Validierung einer inzidenten Depressionsdiagnose erfolgt durch einen wenigstens vier Quartale langen diagnosefreien Vorbeobachtungszeitraum (Abbildung 5). Für im Jahr 2022 mit inzidenter Depressionsdiagnose eingeschlossene Personen dient demnach das Jahr 2021 als Validierungszeitraum. Die Qualifizierung der Inzidenz-Kohorte erfolgt schrittweise über den Anteil der Personen mit Inzidenzdiagnose im Jahr 2022 sowie den diagnostisierenden Fachärzten bzw. Kliniken. Dabei ist zu

¹ https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf

berücksichtigen, dass für die Analyse benötigte Informationen im Datensatz mit unterschiedlichem Zeitbezug vorliegen:

- Diagnosen: Quartalsbezogen (gilt nur für ambulant-ärztliche Diagnosestellungen)
- Arztkontakte: Tagesbezogen

Bei dieser Einschränkung handelt es sich um keine projektbezogene Limitation. Der Quartalsbezug ambulant-ärztlicher Diagnosestellungen ist vielmehr in der Dokumentations- und Abrechnungslogik zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) verankert. Für die vorliegende Analyse zur Qualifizierung von Inzidenzdiagnosen ergibt sich daraus jedoch die Herausforderung, dass personenbezogen in einem Quartal mehrere Arztkontakte vorliegen können und damit eine kausale Zuordnung einer Fachgruppe zu einer Diagnosestellung nicht immer möglich ist (Abbildung 5). Die Abbildung der daraus resultierenden Unsicherheit ist deshalb Teil der nachfolgenden Analyse.

Abbildung 5: Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe

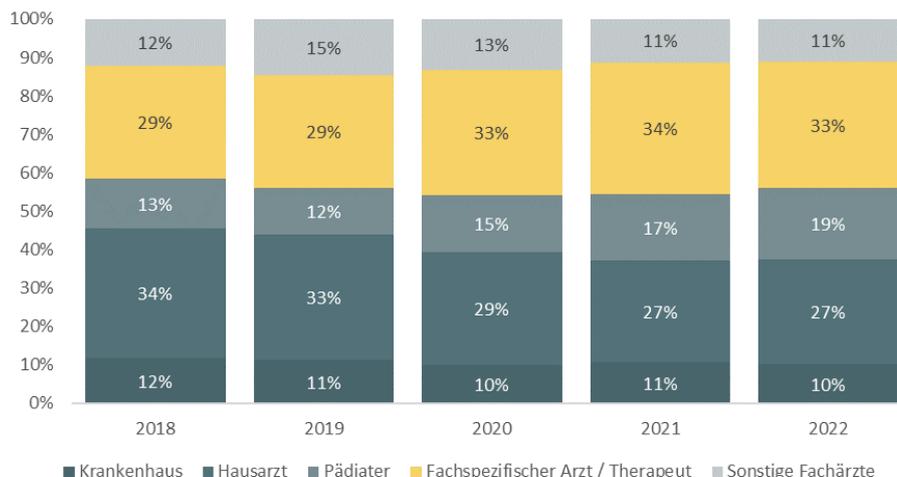
Sichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung	Keine Depressions-Diagnose					Depressions-Diagnose (ICD- F32/F33) in Q1/23 Nur ein dokumentierter Arztbesuch (1 LANR)			
	Q1	Q2	Q3	Q4		Q1	Q2	Q3	Q4
Unsichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung	Keine Depressions-Diagnose					Depressions-Diagnose (ICD- F32/F33) in Q1/23 ≥2 dokumentierte Arztbesuche (≥2 LANR)			
	Q1	Q2	Q3	Q4		Q1	Q2	Q3	Q4
	2021				2022				

Innerhalb des Beobachtungszeitraumes können für 83 % bis 86 % aller jugendlichen Mädchen mit Depressionsneudiagnose die erstdiagnosestellende Fachgruppe eindeutig bestimmt werden, da im Inzidenzquartal nur ein Arzt/Therapeutenkontakt bzw. Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde. Dabei zeigt sich, dass seit dem Jahr 2020 der Anteil der Hausärzte, die eine Depressionsdiagnose erstmalig diagnostizieren, kontinuierlich zurückgegangen ist.² Betrug im Jahr 2019 der Anteil der hausärztlich diagnostizierten Depressionen noch 33 %, so liegt dieser Anteil im Jahr 2022 mit 27 % an allen Inzidenzdiagnosen 17 % unterhalb des Vorpandemieniveaus. Demgegenüber ist der Anteil der Pädiater (+54 %) und der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+13 %) an den erstdiagnosestellenden Fachgruppen in diesem Zeitraum jeweils deutlich angestiegen (Abbildung 6, Tabelle 9).

Über die Gründe für diesen beobachteten Trend hin zu einer fachspezifischeren Erstdiagnostik kann nur spekuliert werden. In der Entwicklung ambulant-ärztlicher Leistungsanspruchnahme ist im Jahr 2022 grds. ein Trend hin zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Pädiatern durch Jugendliche zu beobachten, allerdings auf schwächerem Niveau als in dieser depressionsspezifischen Analyse zu beobachten ist (vgl. Kapitel 4.1).

² Siehe Kapitel 6 für die Definition der Facharzt/Therapeuten-Gruppen.

Abbildung 6: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression, sichere Bestimmung



Wird die Unsicherheit in der Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe infolge mehrerer Arzt-/Therapeutenkontakte im Inzidenzquartal berücksichtigt, ist immer noch eine deutliche Zunahme der Kontaktfähigkeit bei Pädiatern durch jugendliche Mädchen zu beobachten (Tabelle 8). Dies deckt sich auch mit dem erkrankungsunabhängigen Veränderungstrend in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Versorgungsleistungen (siehe Kapitel 4.1).

Tabelle 9: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression nach definitiver Sicherheit

Erstdiagnosestellung durch...	Anteil inzidente Diagnosestellung nach Facharztgruppe*					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Anteil inzidenter Fälle mit möglicher sicherer Bestimmung der Erstdiagnosestellung (nur ein Kontakt im Inzidenzquartal)	86 %	87 %	85 %	84 %	83 %	-	-
Sichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung möglich (nur ein Kontakt im Inzidenzquartal)							
Krankenhaus	12 %	11 %	10 %	11 %	10 %	-9 %	-4 %
Hausarzt	34 %	33 %	29 %	27 %	27 %	-17 %	+2 %
Pädiater	13 %	12 %	15 %	17 %	19 %	+54 %	+9 %
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	29 %	29 %	33 %	34 %	33 %	+13 %	-4 %
Sonstige Fachärzte	12 %	15 %	13 %	11 %	11 %	-25 %	-2 %
Unsichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung (zwei oder mehr Kontakte im Inzidenzquartal)							
Hausarzt	61 %	66 %	62 %	52 %	51 %	-23 %	-1 %
Pädiater	37 %	32 %	37 %	47 %	47 %	+48 %	0 %
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	85 %	90 %	86 %	87 %	86 %	-4 %	-1 %
Sonstige Fachärzte	24 %	20 %	22 %	21 %	21 %	+7 %	+2 %
Hausarzt: LANR 01, 02, 03; Pädiater: LANR 34, 38, 40, 46; Fachspezifischer Arzt/Therapeut: LANR 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69; sonstige Fachärzte: alle übrigen LANR							

3.1.4 Leistungsanspruchnahme jugendlicher Mädchen mit Depressionen

Bei jungen Patienten und Patientinnen mit leichten und mittelschweren depressiven Episoden (nach ICD-10) ist eine psychotherapeutische Behandlung wirksam und Mittel der Wahl. Bei nicht ausreichendem Effekt einer vier- bis sechswöchigen Psychotherapie besteht gemäß Behandlungsleitlinie eine Indikation für eine medikamentöse Unterstützung. Bei schweren depressiven Störungen, deren Ausprägung einen primären Effekt psychotherapeutischer Maßnahmen erschwert oder gar

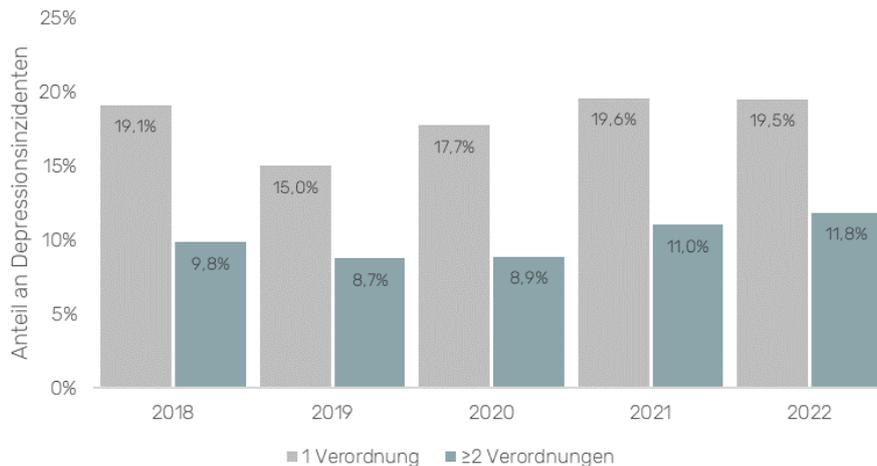
unmöglich macht, ist von Beginn an eine Kombination der psychotherapeutischen Behandlung mit einer psychopharmakologischen Behandlung angezeigt.³ Um zu überprüfen, ob während und nach der Pandemie Veränderungen in der Therapie an Depressionen erkrankter Kinder und Jugendlicher erfolgt sind, werden nachfolgend alle neu mit Depressionen diagnostizierte jugendliche Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren betrachtet. Die Wahl fällt auf diese Personengruppe, da für diese die höchste Depressionsinzidenz beobachtet wurde. Analysiert wird für alle neu diagnostizierten Fälle, ob im Inzidenzjahr eine antidepressive Pharmakotherapie⁴ erfolgt oder nicht (Abbildung 7).

Abbildung 7: Identifikation einer antidepressiven Therapie nach erstmaliger Depressionsdiagnose

Mit Verordnung im Inzidenzjahr	Keine Depressions-Diagnose				Q1	Q2	Q3	Q4
	Keine Depressions-Diagnose							
Ohne Verordnung im Inzidenzjahr	Keine Depressions-Diagnose				Q1	Q2	Q3	Q4
	Keine Depressions-Diagnose							
					2021			
					2022			

Im Ergebnis zeigt sich, dass 19,5 % aller im Jahr 2022 neu diagnostizierten Depressionsfälle innerhalb des Inzidenzquartals oder innerhalb von drei Folgequartalen auch eine antidepressive Medikation erhalten haben (Abbildung 8). Damit liegt die Medikationsquote neu diagnostizierter Mädchen 30 % oberhalb des Niveaus von 2019. Noch etwas stärker gestiegen ist der Anteil der Mädchen, die auf eine Erstverordnung auch noch eine Folgeverordnung erhalten haben. 11,8 % aller erstmalig mit einer Depression diagnostizierten jugendlichen Mädchen wurden im Inzidenzquartal oder in einem der drei Folgequartale wenigstens zwei antidepressive Therapien an zwei verschiedenen Tagen verschrieben.

Abbildung 8: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung



³ https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0431_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07-abgelaufen.pdf

⁴ Siehe Kapitel 6 für die Definition der betrachteten Wirkstoffgruppen.

Gleichzeitig ist damit der Anteil der jugendlichen Mädchen, für die eine antidepressive Therapie initiiert und auch fortgesetzt wurden, im Zeitverlauf leicht gestiegen (Tabelle 10).

Tabelle 10: Jugendliche Mädchen (15–17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung

Anteil mit	Anteil mit Antidepressiva-Verordnung*					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
mindestens einer Verordnung	19,1 %	15,0 %	17,7 %	19,6 %	19,5 %	+30 %	0 %
mindestens zwei Verordnungen**	9,8 %	8,7 %	8,9 %	11,0 %	11,8 %	+35 %	+7 %
Therapiefortsetzung	51,5 %	58,2 %	50,0 %	56,2 %	60,6 %	+4 %	+8 %

* Berücksichtigt werden alle Verordnungen mit folgenden ATC-Codes: N06CA03, N06AB, N06AA09, N06CA01, N06AA12, N06AA02, N06AH, N06AP

** Berücksichtigt werden alle Personen mit zwei oder mehr Verordnungen an zwei oder mehr unterschiedlichen Tagen.

3.2 Angststörungen

3.2.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022

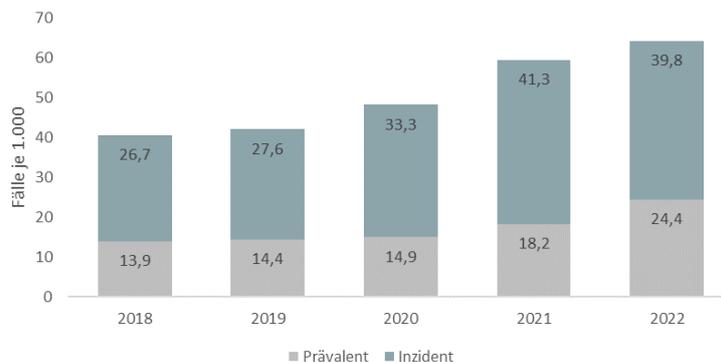
Die Neuerkrankungsrate von Angststörungen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist auf höhere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen, wobei Fallzahlen und Wachstumsraten bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen (Tabelle 11). Insbesondere bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist mit einem Plus von 44 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen. Gegenüber 2021 ist bei Mädchen im Schulalter ein leicht abnehmender Trend zu beobachten. Bei jugendlichen Mädchen ist ebenfalls ein sehr leichter Rückgang zu verzeichnen. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vor-Pandemieniveau angleichen, ist derzeit noch nicht absehbar. Für Jungen werden grds. niedrigere und nach einem leichten Anstieg in 2021 zuletzt rückläufige Neuerkrankungsraten beobachtet.

Tabelle 11: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	8,5	8,7	8,5	9,7	8,9	+3 %	-8 %
	Mädchen	9,0	9,7	9,2	9,8	9,5	-3 %	-3 %
	Gesamt	8,8	9,2	8,8	9,7	9,2	0 %	-6 %
A10-14	Jungen	9,3	9,9	10,0	10,0	9,0	-10 %	-10 %
	Mädchen	13,2	14,7	15,0	19,0	17,3	+18 %	-9 %
	Gesamt	11,2	12,2	12,4	14,3	13,0	+6 %	-9 %
A15-17	Jungen	11,0	12,0	12,1	12,8	11,3	-5 %	-12 %
	Mädchen	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %
	Gesamt	18,6	19,6	22,4	26,6	25,1	+29 %	-6 %

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Angststörungen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist jedoch, dass in Folge anhaltend hoher Neuerkrankungsraten auch die Anzahl der in mehreren Jahren behandelten jugendlichen Mädchen mit Angststörungen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+69 %, von 14,4 auf 24,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+34 %, von 18,2 auf 24,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 9).

Abbildung 9: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren



3.2.2 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Angststörungen

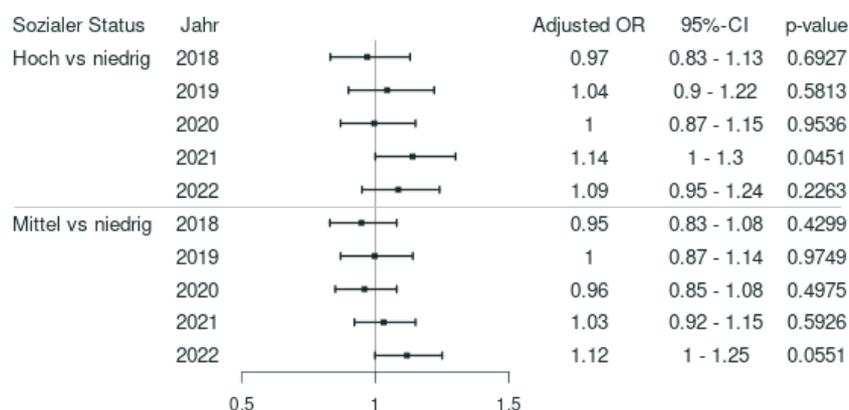
Angststörungen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Angststörungsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist etwas stärker auf jugendliche Mädchen aus Familien mit mittlerem sozioökonomischem Status (bzw. mittlerer sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden in 2022 49 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 12).

Tabelle 12: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Angststörungsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	27,7	27,4	34,1	39,4	36,6	+33 %	-7 %
Mittel (mittlere Deprivation)	26,3	27,3	32,8	40,6	40,7	+49 %	0 %
Hoch (niedrige Deprivation)	26,9	28,6	34,0	44,6	39,6	+39 %	-11 %
Gesamt	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %

Über Hintergründe der leicht geringeren Zunahme der administrativen Inzidenz von Angststörungen bei jugendlichen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (bzw. hoher sozialer Deprivation) gegenüber Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status können nur Vermutungen angestellt werden. Angesichts der Tatsache, dass in den Jahren vor der Pandemie keine bedeutende Differenz in Abhängigkeit der sozialen Lage bestand, kann spekuliert werden, dass während (im Jahr 2021) als auch nach der COVID-19-Pandemie erstmals auftretende psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status eher wahrgenommen und auch Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden. Dabei zeigt sich bei Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status im zweiten Pandemiejahr 2021 ein um 9 % statistisch signifikant höheres Risiko für eine neu diagnostizierte Angststörung als bei Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Abbildung 10). Im Jahr 2022 ist immer noch ein höheres Risiko für eine inzidente Angststörung unter Mädchen aus Familien mit hohem sozialem Status zu beobachten, allerdings nicht mehr auf statistisch signifikantem Niveau.

Abbildung 10: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Angststörung bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



3.3 Essstörungen

3.3.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022

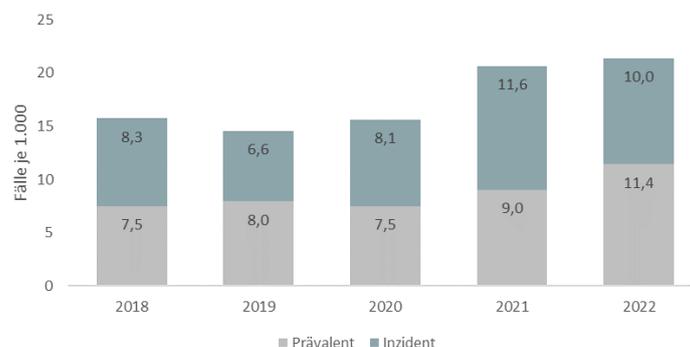
Die Neuerkrankungsrate von Essstörungen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist auf höhere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen, wobei Fallzahlen und Wachstumsraten bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen. Insbesondere mit jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist mit einem Plus von 51 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen (Tabelle 13). Gegenüber 2021 ist in allen betrachteten Gruppen ein abnehmender Trend zu beobachten. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vor-Pandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Für Jungen werden grds. niedrigere und im Zeitverlauf weitestgehend konstante Neudiagnose-Zahlen beobachtet.

Tabelle 13: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	-7 %	+4 %
	Mädchen	2,0	2,1	1,8	1,9	1,9	-8 %	+1 %
	Gesamt	1,9	2,0	1,8	1,8	1,9	-8 %	+2 %
A10-14	Jungen	2,1	1,9	1,8	2,2	1,8	-5 %	-17 %
	Mädchen	3,6	3,3	3,6	4,7	4,1	+25 %	-14 %
	Gesamt	2,8	2,6	2,6	3,4	2,9	+14 %	-15 %
A15-17	Jungen	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7	-7 %	-12 %
	Mädchen	8,3	6,6	8,1	11,6	10,0	+51 %	-14 %
	Gesamt	4,9	4,1	4,9	6,6	5,7	+38 %	-14 %

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Essstörungen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist jedoch, dass in Folge anhaltender hoher Neuerkrankungsraten auch die Anzahl der in mehreren Jahren behandelten jugendlichen Mädchen mit Essstörungen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+44 %, von 8,0 auf 11,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+27 %, von 9,0 auf 11,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 11).

Abbildung 11: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren



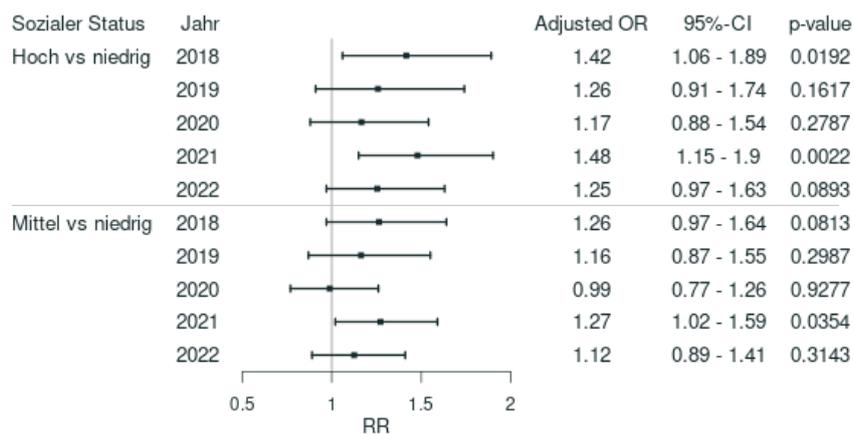
3.3.2 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Essstörungen
 Essstörungen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Essstörungsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist etwas stärker auf jugendliche Mädchen aus Familien mit niedrigem oder hohem sozioökonomischem Status (bzw. hoher oder niedriger sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden im Jahr 2022 jeweils 54 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 14).

Tabelle 14: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Essstörungsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	9,3	7,2	9,2	13,4	11,0	+54 %	-18 %
Mittel (mittlere Deprivation)	8,3	6,6	7,8	11,6	9,9	+49 %	-15 %
Hoch (niedrige Deprivation)	6,6	5,7	7,9	9,1	8,8	+54 %	-4 %
Gesamt	8,3	6,6	8,1	11,6	10,0	+51 %	-14 %

Hinsichtlich des Zusammenhangs der sozialen Lage des Elternhauses zeigen sich deskriptive Unterschiede in der Hinsicht, dass jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status häufiger eine administrative Essstörungsdiagnose erhalten (Abbildung 12). Im Jahr 2021 war die Chance, als junges Mädchen aus einer Familie mit hohem sozioökonomischem Status eine ambulante bzw. stationäre Essstörungsdiagnose und Behandlung zu erhalten, statistisch signifikant um 48 % gegenüber Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status erhöht. Bei Mädchen aus Familien mit mittlerem Status zeigte sich in 2021 ebenfalls eine um 27 % signifikant höhere Chance. Auch im Jahr 2022 sind entsprechende Zusammenhänge noch deutlich ausgeprägt, allerdings nicht auf statistisch signifikantem Niveau.

Abbildung 12: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Essstörung bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt

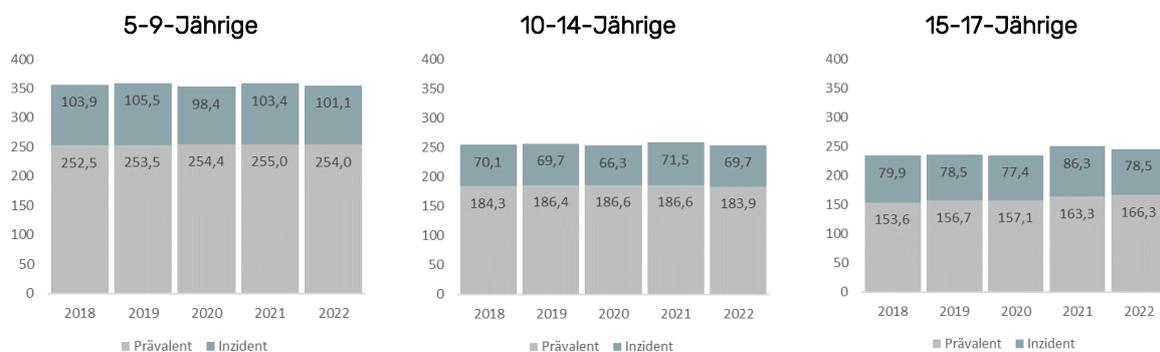
Psychische Auffälligkeiten treten in Kindheit und Jugend häufig auf und sind neben den individuellen Konsequenzen für die betroffenen Familien auch mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden. Im Jahr 2022 lag die administrative Diagnoseinzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen je nach Altersgruppe zwischen 7,0 % und 10,1 %. Insbesondere bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren wird für knapp mehr als 10 % wenigstens einmal bei einem Arztbesuch eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit dokumentiert (Tabelle 15). Dabei hat in den vergangenen Jahren die Neuerkrankungsrate insbesondere bei jugendlichen Mädchen stärker zugenommen.

Tabelle 15: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	110,8	112,9	104,9	109,7	107,5	-5 %	-2 %
	Mädchen	96,7	97,7	91,6	96,8	94,5	-3 %	-2 %
	Gesamt	103,9	105,5	98,4	103,4	101,1	-4 %	-2 %
A10-14	Jungen	70,0	69,9	65,4	66,1	67,7	-3 %	+2 %
	Mädchen	70,2	69,6	67,3	77,3	71,8	+3 %	-7 %
	Gesamt	70,1	69,7	66,3	71,5	69,7	0 %	-3 %
A15-17	Jungen	63,7	66,3	58,7	64,6	61,2	-8 %	-5 %
	Mädchen	97,0	91,4	97,2	109,4	96,8	+6 %	-11 %
	Gesamt	79,9	78,5	77,4	86,3	78,5	0 %	-9 %

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung diagnostizierter (und behandelter) Kinder und Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Erkennbar ist jedoch, dass die Anzahl prävalenter Fälle bei Kindern im Grundschul- (5-9 Jahre) und Schulalter (10-14 Jahre) innerhalb des Beobachtungszeitraumes weitestgehend konstant bleiben, während sich im Jugendalter insgesamt steigende Prävalenzzahlen im Jahr 2022 (+6 % im Vergleich zu 2019) zeigten (Abbildung 13).

Abbildung 13: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen (nicht geschlechterdifferenziert, „gesamt“)



4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022

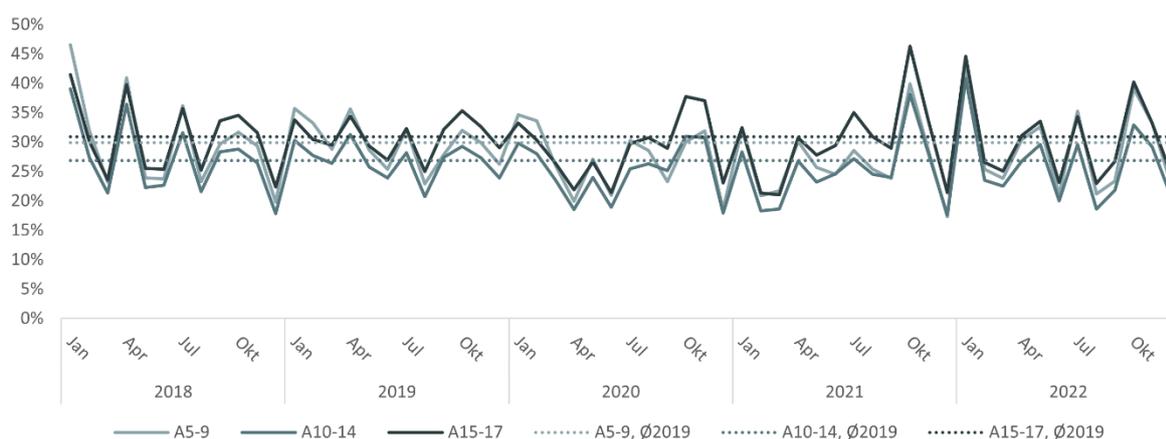
4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist Altersgruppen-übergreifend nach einem leichten Rückgang im Jahr 2020 seit 2021 wieder leicht steigend. Im Jahr 2022 wird in allen betrachteten Altersgruppen das Vorpandemieniveau wieder erreicht bzw. leicht übertroffen (Tabelle 16, Abbildung 14).

Tabelle 16: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr, 2018-2022

Alter	Anteil mit mindestens einem Arztkontakt					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	94,3%	93,6%	92,6%	91,9%	93,6%	0 %	+1,9 %
10-14 Jahre	90,1%	89,4%	88,2%	88,6%	89,8%	+0,4 %	+1,4 %
15-17 Jahre	90,9%	90,4%	89,2%	91,1%	91,2%	+0,9 %	+0,2 %

Abbildung 14: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018-2022



Gleichzeitig sind je nach Facharztgruppe unterschiedliche Trends zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern und Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus durch jugendliche Jungen und Mädchen. Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Facharzt oder Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus dokumentiert wurde, mit 10,0 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht (Tabelle 17). Auffällig ist ferner, dass mehr Jugendliche in den Jahren 2021 und 2022 wenigstens einmal einen Pädiater aufsuchten als vor der Pandemie. Bei Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren sind nur geringe Verschiebungen innerhalb der ambulanten-ärztlichen Leistungsanspruchnahme zu beobachten. Auffällig stellt sich die Angleichung der hausärztlichen Inanspruchnahmequote auf annähernd das Vorpandemieniveau dar. Ein Trend, welcher sich auch bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren zeigt. Gleichzeitig ist in dieser Altersgruppe mit minus 13 % ein kontinuierlicher Rückgang der fachspezifischen psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch tätigen Ärzte und Therapeuten zu beobachten.

Tabelle 17: Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr nach Facharztgruppen, 2018-2022

Alter	Fachgruppe	Anteil mit mindestens einem Arztkontakt					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	Hausarzt	31,1 %	29,2 %	27,6 %	25,9 %	29,5 %	+1 %	+14 %
	Pädiater	81,3 %	81,0 %	79,9 %	79,4 %	82,6 %	+2 %	+4 %
	Psych-Facharzt	6,2 %	6,4 %	6,0 %	5,7 %	5,5 %	-13 %	-3 %
	Sonstiger Facharzt	61,7 %	60,6 %	58,7 %	59,4 %	62,1 %	+2 %	+5 %
10-14 Jahre	Hausarzt	39,9 %	37,8 %	36,4 %	35,7 %	38,8 %	+3 %	+9 %
	Pädiater	61,2 %	61,8 %	61,3 %	62,7 %	64,6 %	+4 %	+3 %
	Psych-Facharzt	9,1 %	9,4 %	9,3 %	9,4 %	9,2 %	-1 %	-2 %
	Sonstiger Facharzt	64,2 %	62,8 %	61,7 %	62,7 %	64,9 %	+3 %	+4 %
15-17 Jahre	Hausarzt	61,1 %	59,1 %	56,8 %	58,5 %	59,7 %	+1 %	+2 %
	Pädiater	36,7 %	38,2 %	39,1 %	43,3 %	43,9 %	+15 %	+2 %
	Psych-Facharzt	8,3 %	8,5 %	8,9 %	9,9 %	10,0 %	+17 %	+1 %
	Sonstiger Facharzt	72,5 %	71,4 %	71,2 %	72,1 %	72,6 %	+2 %	+1 %

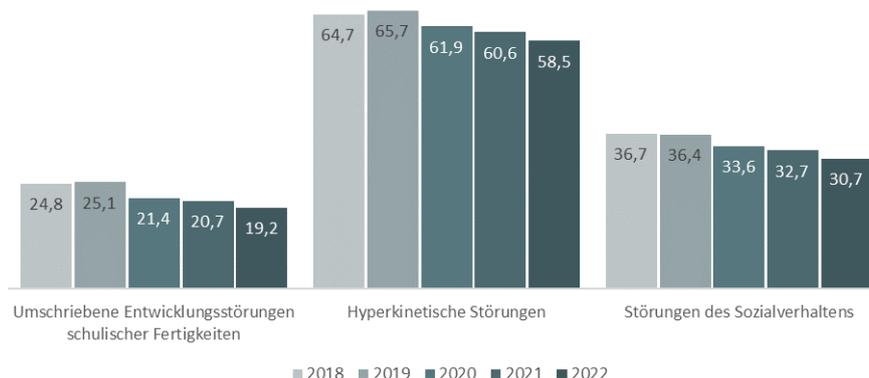
Der beobachtete Rückgang der Inanspruchnahmequote von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Therapeuten bzw. Psychiatern bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist gleichsam auf Jungen und Mädchen zurückzuführen, wobei der absolute Rückgang bei Jungen am stärksten ausfällt. Der Anteil der Jungen in diesem Alter, die wenigstens einmal einen entsprechenden fachspezifischen Versorgungskontakt hatten, ist von 7,8 % im Jahr 2019 auf 6,8 % im Jahr 2022 zurückgegangen (Tabelle 18). Dieser Rückgang ist unter anderem auf eine rückläufige administrative Diagnoseprävalenz von sog. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (-24 % zwischen 2019 und 2022), hyperkinetischen Störungen (ADHS, -11 %) und diagnostizierter Störungen des Sozialverhaltens (-16 %) zurückzuführen (Abbildung 15).

Tabelle 18: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei psychologisch/psychiatrisch tätigen Ärzten und Therapeuten im Kalenderjahr, 2018-2022

Alter	Geschlecht	Anteil mit mindestens einem Kontakt beim Psych-Facharzt/Therapeut					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	Jungen	7,7 %	7,8 %	7,3 %	7,0 %	6,8 %	-13 %	-2 %
	Mädchen	4,7 %	4,8 %	4,6 %	4,3 %	4,2 %	-13 %	-4 %
10-14 Jahre	Jungen	10,6 %	10,9 %	10,7 %	10,4 %	10,1 %	-7 %	-3 %
	Mädchen	7,4 %	7,7 %	7,8 %	8,4 %	8,3 %	+7 %	-2 %
15-17 Jahre	Jungen	6,9 %	7,0 %	7,1 %	7,3 %	7,1 %	+1 %	-3 %
	Mädchen	9,8 %	10,1 %	10,8 %	12,6 %	13,0 %	+29 %	+3 %

Psych-Facharzt/Therapeut: LANR 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69

Abbildung 15: Diagnoseprävalenz häufiger psychischer Erkrankungsbilder und Verhaltensstörungen mit dem größten Fallzahlrückgang zwischen 2018 und 2022



Angesichts der auch medial diskutierten Belastungen durch pandemiebegleitende Maßnahmen und allgemeinen gesellschaftspolitischen Entwicklungen muten diese beobachteten Trends zunächst kontraintuitiv an. Zu beachten ist jedoch der administrative Charakter der zugrunde liegenden Daten, welche nur dann eine Erkrankung als solche identifizieren, wenn auch eine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vorliegen. Es kann deshalb die Hypothese formuliert werden, dass nicht Erkrankungen, sondern nur damit verbundene Arzt- und Therapeutenbesuche während und nach der Pandemie seltener geworden sind. Die im Gegensatz dazu deutlich gestiegenen Inanspruchnahmequoten psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Therapeuten bzw. Psychiatern durch jugendliche Mädchen (+29 % in 2022 gegenüber 2019) ist indes maßgeblich auf die zuvor beschriebenen Zunahmen von Depressionen, Angst- und Essstörungen zurückzuführen. Ob die damit assoziierten Zunahmen der Leistungsanspruchnahme auf eine höhere familiäre und gesellschaftliche Achtsamkeit und Wahrnehmung der beschriebenen Erkrankungsbilder zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden. Dies gilt auch für die Gründe der gestiegenen Kontaktrate bei Pädiatern, welche in 2021 durch jugendliche Jungen und Mädchen deutlich zugenommen hat und im Jahr 2022 auf konstant hohem Niveau verbleibt. So ist der Anteil der Jugendlichen, die wenigstens einen Kontakt beim Pädiater hatten, gegenüber 2020 im Jahr 2021 um 11 % (4,2 Prozentpunkte) gestiegen (Abbildung 16). Dieser im Vergleich zu anderen Fachgruppen überproportionale Zuwachs ist gleichermaßen auf Jungen und Mädchen zurückzuführen (Tabelle 19).

Abbildung 16: Jährliche Änderungsrate in der Leistungsanspruchnahme verschiedener Fachgruppen durch DAK-versicherte Jugendliche (15-17 Jahre)

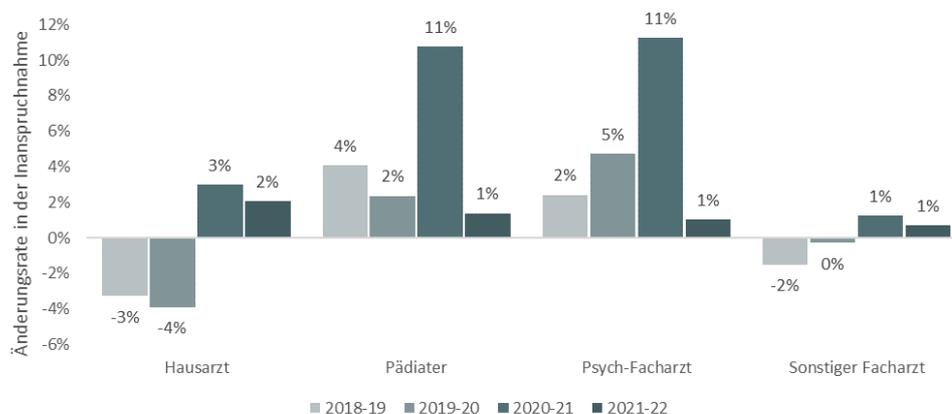


Tabelle 19: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei Pädiater im Kalenderjahr, 2018-2022

Alter	Geschlecht	Anteil mit mindestens einem Kontakt beim Pädiater					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	Jungen	81,8 %	81,8 %	80,5 %	80,2 %	83,2 %	+2 %	+4 %
	Mädchen	80,6 %	80,2 %	79,2 %	78,5 %	82,1 %	+2 %	+5 %
10-14 Jahre	Jungen	61,3 %	62,1 %	62,1 %	63,3 %	65,3 %	+5 %	+3 %
	Mädchen	61,1 %	61,6 %	60,4 %	62,1 %	63,7 %	+4 %	+3 %
15-17 Jahre	Jungen	35,2 %	37,6 %	39,1 %	42,6 %	43,1 %	+14 %	+1 %
	Mädchen	38,2 %	38,9 %	39,2 %	44,0 %	44,8 %	+15 %	+2 %

Pädiater: LANR 34, 38, 40, 46

4.2 Arzneimittelverschreibungen

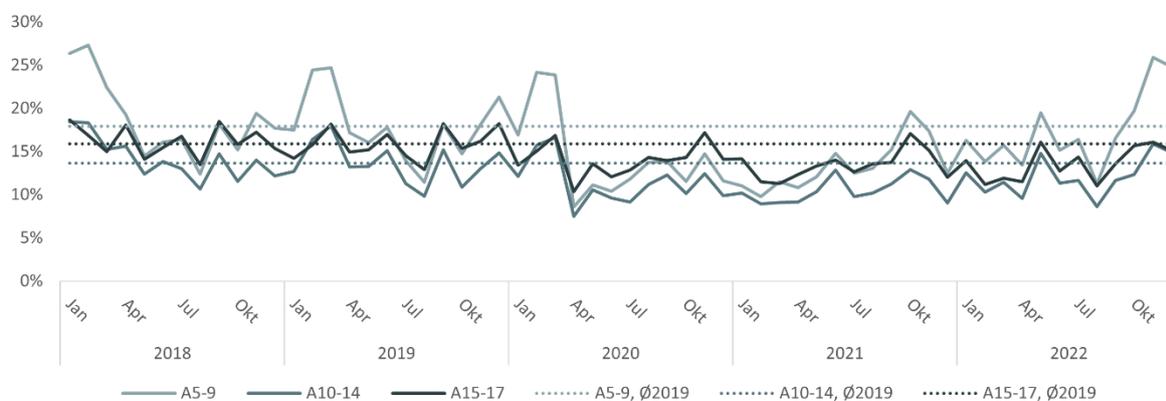
Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, ist im Gegensatz zu den Jahren 2020 und 2021 wieder zum Teil deutlich angestiegen. Bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist dabei eine langsame Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten, während insb. bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren vergleichsweise geringe Wachstumsraten in der Verordnungsquote zu beobachten sind (Tabelle 20).

Tabelle 20: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018-2022

Alter	Anteil mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	79,0 %	77,0 %	70,0 %	65,5 %	74,8 %	-3 %	+14 %
10-14 Jahre	65,5 %	63,7 %	56,4 %	52,1 %	57,6 %	-10 %	+11 %
15-17 Jahre	64,2 %	63,2 %	57,2 %	55,4 %	57,7 %	-9 %	+4 %

Im kalendarischen Verlauf sind insbesondere bei Grundschulkindern Verschreibungsspitzen zum Jahreswechsel zu beobachten. Dies ist vorwiegend auf erhöhte Verschreibungsquoten von Arzneimitteln zur Behandlung respiratorischer Infektionserkrankungen zurückzuführen. Zum Jahreswechsel 2020 zu 2021 sind infolge der pandemiebegleitenden Maßnahmen nur wenige Atemwegsinfekte bei Kindern und Jugendlichen behandelt worden, weshalb es zu dem analogen Rückgang der Verschreibungsquoten gekommen ist (Abbildung 17). Darüber hinaus ist zu erkennen, dass auch im Jahresverlauf 2022 altersunabhängig selten das Vorjahresniveau des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit wenigstens einer Verordnung erreicht wird.

Abbildung 17: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018-2022



Je nach Altersgruppe ergeben sich unter den zehn im Jahr 2019 am häufigsten verordneten Wirkstoffen unterschiedliche Verordnungstrends (Tabellen 21 bis 23).

Tabelle 21: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Grundschulkindern (5-9 Jahre), 2018-2022

ATC	Wirkstoff	Verschreibungsquote (in %)					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
M01	Antiphlogistika und Antirheumata	42,5	39,5	31,8	28,6	41,2	+4 %	+44 %
R01	Rhinologika	36,9	34,5	29,2	26,8	36,8	+7 %	+37 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	32,9	29,0	23,4	20,7	32,2	+11 %	+56 %
J01	Antibiotika	26,7	25,5	16,6	11,6	21,2	-17 %	+83 %
S01	Ophthalmika	12,5	12,7	8,9	7,6	12,2	-4 %	+59 %
A01	Stomatologika	10,2	10,2	9,2	9,3	9,4	-8 %	+1 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	10,8	10,1	8,1	7,5	10,9	+8 %	+46 %
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	9,2	8,5	7,3	7,2	7,6	-11 %	+7 %
N02	Analgetika	9,2	8,0	6,3	4,5	9,9	+24 %	+120 %

Tabelle 22: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Schulkindern (10-14 Jahre), 2018-2022

ATC	Wirkstoff	Verschreibungsquote (in %)					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
M01	Antiphlogistika und Antirheumata	22,4	20,3	17,1	14,0	20,8	+3 %	+49 %
J01	Antibiotika	17,5	15,7	10,7	7,6	12,9	-18 %	+69 %
R01	Rhinologika	16,4	15,0	13,0	10,7	15,0	0 %	+40 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	15,9	12,8	10,7	7,0	14,2	+11 %	+104 %
A01	Stomatologika	10,6	10,6	9,7	9,9	9,3	-13 %	-6 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,7	7,0	5,9	4,9	6,7	-4 %	+37 %
J07	Impfstoffe	5,5	6,8	1,2	0,6	0,4	-94 %	-34 %
S01	Ophthalmika	6,4	6,2	4,9	4,5	5,1	-17 %	+12 %
V90	Sondergruppen	5,9	6,0	6,7	7,9	9,8	+62 %	+24 %

Tabelle 23: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Jugendlichen (15-17 Jahre), 2018-2022

ATC	Wirkstoff	Verschreibungsquote (in %)					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
J01	Antibiotika	24,4	22,3	16,9	15,2	19,9	-11 %	+31 %
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	16,5	15,7	14,7	13,2	11,7	-25 %	-11 %
M01	Antiphlogistika und Antirheumata	15,5	14,7	12,9	12,4	14,8	0 %	+20 %
D10	Aknemittel	7,0	6,8	6,5	7,2	6,4	-6 %	-11 %
J07	Impfstoffe	4,9	6,5	1,9	1,0	0,8	-89 %	-28 %
A01	Stomatologika	6,3	6,5	6,1	6,1	5,5	-15 %	-10 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6,8	6,4	5,4	5,2	6,6	+3 %	+27 %
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	6,2	6,1	5,8	5,7	5,3	-14 %	-7 %
N02	Analgetika	6,3	5,9	5,0	4,5	5,4	-8 %	+21 %

4.3 Krankenhausaufenthalte

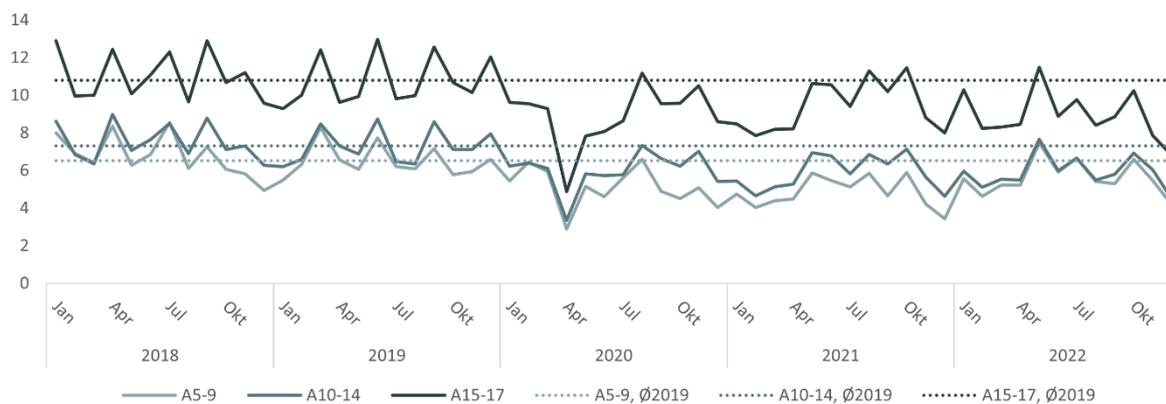
Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Während jedoch bei Grundschulkindern wieder ein ansteigender Trend zu beobachten ist, verbleiben die Hospitalisierungsraten von Schulkindern und Jugendlichen auf einem niedrigen Niveau (Tabelle 24).

Tabelle 24: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018-2022

Alter	Anteil mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	6,5 %	6,3 %	5,0 %	4,7 %	5,6 %	-12 %	+17 %
10-14 Jahre	7,1 %	6,9 %	5,7 %	5,6 %	5,6 %	-19 %	0 %
15-17 Jahre	10,0 %	9,8 %	8,1 %	8,5 %	8,2 %	-17 %	-4 %

Mit Ausnahme des Junis und mit Einschränkungen im Oktober erreichen die Hospitalisierungsquoten in keiner der betrachteten Altersgruppen das Vorpandemie-Niveau aus dem Jahr 2019 (Abbildung 18). Dabei sind bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren in 2022 Angleichungen an das Vorpandemieniveau beobachtbar, während die Hospitalisierungsrate von Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren auf dem Niveau der Pandemiejahre 2020 und 2021 stagniert. Bei Jugendlichen ist die Hospitalisierungsrate hingegen weiterhin niedrig und auch gegenüber 2021 wieder rückläufig.

Abbildung 18: Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018-2022



5 Weitere auffällige Erkrankungsbilder

Neben den betrachteten Fokuserkrankungen gibt es weitere Erkrankungsbilder, deren administrative Behandlungsinzidenz in den vergangenen Jahren starken Veränderungen unterlegen hat. Die Auswahl dieser Erkrankungsbilder erfolgt über deren Häufigkeit, sodass die Neuerkrankungsrate wenigstens bei 0,5 % aller DAK-Versicherten liegt. Es können ausgehend von den Daten des Jahres 2022 insgesamt sechs verschiedene Trends im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 unterschieden werden. Dabei sind die Neuerkrankungsraten entweder

1. anhaltend höher als vor der Pandemie,
2. nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie,
3. anhaltend niedriger als vor der Pandemie,
4. nach einem Anstieg in 2021 im Jahr 2022 niedriger als vor der Pandemie,
5. gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie oder
6. gegenüber 2021 ansteigend, aber noch geringer als vor der Pandemie.

Nachfolgend dargestellt werden ausgewählte Diagnosen mit der höchsten relativen Differenz in der Neuerkrankungsrate zwischen 2022 und 2019. Eine Geschlechtsdifferenzierung erfolgt hier zunächst nicht. Die „wahre“ relative Entwicklung kann sich insofern noch einmal verändern, wenn spezifische Trends für Jungen und Mädchen dargestellt werden. Auf eine ausführliche Darstellung der Inzidenzraten für alle Beobachtungsjahre wurde mit dem Ziel der Informationsreduktion nachfolgend verzichtet.

5.1 Trends bei Kleinkindern (1-4 Jahre)

Auffällig ist, dass bei Kleinkindern neben neu diagnostiziertem Heuschnupfen Bindehautentzündungen deutlich häufiger als vor der Pandemie auftreten (Tabelle 25). Zudem gibt es mehr Kinder, die im Jahr 2022 erstmalig aufgrund unspezifischer Symptomdiagnosen (Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Unwohlsein) ärztlich behandelt werden. Insbesondere bei diesen Symptomdiagnosen ist eine ergänzende Betrachtung der Behandlungsprävalenz, also der Anzahl der je Jahr behandelten Kinder unabhängig von vorherigen Behandlungen, erforderlich.

Tabelle 25: Behandlungsdiagnosen bei Kleinkindern (1-4 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022-19	2022-21	
Heuschnupfen	13,4	+31 %	-5 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Bindehautentzündung	212,3	+22 %	+135 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	7,6	+20 %	+34 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Hals- und Brustschmerzen	12,1	+16 %	+43 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	10,0	+15 %	+11 %	Anhaltend höher als vor Pandemie

5.2 Trends bei Grundschulkindern (5–9 Jahre)

Vergleichbar zu den beobachteten Trends bei Kleinkindern werden auch bei Grundschulkindern sog. Symptomdiagnosen im Jahr 2022 deutlich häufiger erstmalig diagnostiziert als vor der Pandemie (Tabelle 26). Heuschnupfen und Bindehautentzündungen sind gegenüber 2019 ebenfalls erhöht, allerdings mit unterschiedlichen Trendentwicklungen.

Tabelle 26: Behandlungsdiagnosen bei Grundschulkindern (5–9 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022-19	2022-21	
Unwohlsein und Ermüdung	10,5	+34 %	+49 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Hals- und Brustschmerzen	28,1	+23 %	+50 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	38,3	+21 %	+49 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Heuschnupfen	27,0	+12 %	-5 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Bindehautentzündung	76,4	+10 %	+112 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie

Unabhängig der hier tabellarisch dargestellten Diagnosen sind auch Zahnprobleme deutlich häufiger in dieser Altersgruppe dokumentiert worden. Da Analysen zur Zahngesundheit weitere Datensätze zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgungsleistungen benötigen und insgesamt umfangreicher thematisch eingeordnet werden sollten, empfehlen wir, Analysen zur Zahngesundheit in einem separaten Schwerpunktthema aufzuarbeiten.

5.3 Trends bei Schulkindern (10–14 Jahre)

Bei Schulkindern sind ebenso wie bei jüngeren Kindern im Jahr 2022 erstmalige Symptomdiagnosen deutlich erhöht (Tabelle 27). Hinzu kommen anhaltend höhere Vitamin-D-Mangel-Diagnosen sowie erstmalig diagnostizierte Sprach- und Sprechstörungen. Depressionen sind ebenfalls gegenüber 2019 häufiger erstmalig diagnostiziert worden, allerdings mit gegenüber 2021 abnehmendem Trend.

Tabelle 27: Behandlungsdiagnosen bei Schulkindern (10–14 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022-19	2022-21	
Vitamin-D-Mangel	10,6	+42 %	+1 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	15,7	+41 %	+33 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Kopfschmerz	56,4	+21 %	+32 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Depressive Episode	8,7	+18 %	-7 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Sprach- und Sprechstörungen	15,7	+41 %	+33 %	Anhaltend höher als vor Pandemie

5.4 Trends bei Jugendlichen (15–17 Jahre)

Im Jugendalter zeigen sich im Jahr 2022 weiterhin dynamische Entwicklungen in den beobachteten Neuerkrankungsraten (Tabelle 28). Neben bereits in anderen Altersgruppen beschriebenen Erkrankungsbildern kommen bei Jugendlichen weitere Mangeldiagnosen gehäuft erstmals in 2022 vor. Auch Diagnosen, die Hinweise auf Stressreaktionen sein können, darunter diagnostizierter Haarausfall und Störungen des Herzschlages, treten in 2022 gehäuft auf.

Tabelle 28: Behandlungsdiagnosen bei Jugendlichen (15–17 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022-19	2022-21	
Hals- und Brustschmerzen	47,4	+57 %	+52 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Vitamin-D-Mangel	15,7	+57 %	+6 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Haarausfall	7,7	+38 %	+15 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Phobische (Angst-)Störungen	10,3	+38 %	-3 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	29,7	+37 %	+14 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Störungen des Herzschlages	9,4	+27 %	+7 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Mangel an Spurenelementen	7,3	+26 %	+16 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Andere Angststörungen	17,0	+25 %	-6 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	84,6	+25 %	+22 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Eisenmangelanämie	10,8	+20 %	+8 %	Anhaltend höher als vor Pandemie
Schwindel und Taumel	28,1	+18 %	+20 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Depressive Episode	24,8	+17 %	-10 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie

6 Methodik

Für die vorliegenden Analysen wurden bundesweite anonymisierte Abrechnungsdaten aller im Zeitraum zwischen 2017 und 2022 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen ausgewertet. Dem zugrunde liegen alle zu Abrechnungszwecken dokumentierten Versicherungs- und Leistungsdaten. Diese umfassen Informationen zur:

- Mitgliederstatistik (Stammdaten)
- stationären Versorgung (§ 301 Abs. 1 SGB V)
- vertragsärztlichen Versorgung (§ 295 Abs. 2 SGB V)
- Arzneimittelversorgung (§ 300 Abs. 1 SGB V)
- Vorsorge und stationären Rehabilitation (§ 301 Abs. 4 SGB V)
- Heilmittelversorgung (§ 302 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 302 SGB V)
- Arbeitsunfähigkeit (der Eltern, § 295 Abs. 1 SGB V)

Diese Daten geben Auskunft über die zulasten der GKV abgerechneten Leistungen. Nicht berücksichtigt werden folglich individuelle Gesundheitsleistungen oder sonstige privat abgerechnete Leistungen, die nicht von der GKV erstattet werden.

In den vergangenen Jahren wurden im Kinder- und Jugendreport Versorgungsdaten der DAK-Gesundheit mit einem Zeitverzug von zwei Jahren präsentiert. Hintergrund sind die insbesondere für die Leistungsinformationen der vertragsärztlichen Versorgung bestehende Zeitversatz in der Datenanlieferung bei den gesetzlichen Krankenkassen. Werden dann Zeiten für Datenkonsolidierung, Anonymisierung, Weiterleitung, Aufbereitung und Analyse berücksichtigt, so ergeben sich entsprechende Zeitversätze im Reporting dieser Versorgungsdaten. Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist jedoch ein möglichst aktueller Zeitbezug der Analyse erforderlich, da die Pandemie sowie die mit der Pandemie verbundenen Maßnahmen bedeutenden Einfluss auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung allgemein sowie von Kindern und Jugendlichen im Speziellen hatte bzw. zum Zeitpunkt der Reporterstellung nach wie vor hat.

Der vorliegende Report basiert auf einer Vollerhebung aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Zur Beschreibung der Diagnosehäufigkeit und Leistungsanspruchnahme werden Altersgruppen gebildet. Diese orientieren sich in Teilen an Altersgruppen, die auch in Berichten des Statistischen Bundesamtes Verwendung finden. Im Kern werden Neugeborene und Säuglinge (<1 Jahr), Kleinkinder und Kinder im frühen Kindesalter (1 bis 4 Jahre), Grundschulkind (5 bis 9 Jahre), Schulkinder (10 bis 14 Jahre) und Jugendliche (15 bis 17 Jahre) differenziert.

Das analysierte Krankheitsgeschehen umfasst als kumulierte Querschnittsanalyse der Jahre 2017 bis 2022 Abrechnungsdaten von jeweils knapp 800.000 Kindern aus den Geburtsjahrgängen 2004 bis 2020. Für das Jahr 2022 entspricht dies einer Stichprobe von 5,7 % aller in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Der Report ist damit die größte systematische Analyse zur Kindesgesundheit in Deutschland. Je Bundesland bildet der DAK-Kinder- und Jugendreport zwischen 2,9 % (Sachsen) und 10,3 % (Brandenburg) aller dort lebenden Kinder und Jugendliche ab. Kinder aus neuen Bundesländern sind unter DAK-Versicherten im bundesweiten Vergleich leicht überrepräsentiert.

Alle Analysen zur Diagnosehäufigkeit basieren auf einer sog. M1Q-Validierung, das heißt, dass ein Kind in nachfolgenden Analysen dann als „erkrankt“ gezählt wird, wenn eine dokumentierte Diagnose innerhalb eines Jahres wenigstens einmal vorkommt. In der wissenschaftlichen Literatur wird

demgegenüber regelhaft das sog. M2Q-Kriterium angewendet. Hierbei wird in einem konservativeren Ansatz nur dann eine Erkrankungsdiagnose gezählt, wenn sie in wenigstens zwei Quartalen eines Zeitraumes (z. B. Jahr) vorkommt. Da im DAK-Kinder- und Jugendreport jedoch auch frühe Trends und Auffälligkeiten beobachtet werden sollen, wird von diesem Ansatz hier abgesehen. Gleichwohl liegen alle Analyseergebnisse auch mit M2Q-Validierung vor und können bei den Reportautoren angefragt werden. Die beschriebenen Analysen der Erkrankungsinzidenz basieren auf einem Validierungsalgorithmus, welcher auf ein diagnosefreies Vorjahr prüft. Das bedeutet, dass ein Kind im Jahr 2022 dann als diagnoseinzident definiert wird, wenn die interessierende Diagnose M1Q in 2022 identifiziert wird aber in keinem Quartal im Jahr 2021 bei dem entsprechenden Kind dokumentiert wurde.

Die betrachteten Fokuserkrankungen wurden dabei wie folgt definiert:

Erkrankung	ICD-10-Diagnose		Validierung
Depressionen	F32	Depressive Episode	M1Q
	F33	Rezidivierende depressive Störung	
Angststörungen	F40	Phobische Störungen	M1Q
	F41	Andere Angststörungen	
Essstörungen	F50	Essstörungen	M1Q

Die in den Analysen berücksichtigten ärztlichen Fachgruppen sind wie folgt definiert⁵:

Fachgruppe	LANR	Bezeichnung
Hausarzt	01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)
	02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)
	03	Internist (Hausarzt)
Pädiater	34	Kinderarzt (Hausarzt)
	38	Neuropädiatrie (Hausarzt)
	40	Kinderarzt (Facharzt)
	46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	44	Neuropädiatrie (Facharzt)
	47	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
	51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
	58	Psychiatrie und Psychotherapie
	59	Forensische Psychiatrie
	60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
	61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
	68	Psychologischer Psychotherapeut
69	Psychologischer Psychotherapeut	
Sonstige Fachärzte	Alle übrigen	-

Die in den Analysen berücksichtigten Wirkstoffgruppen sind wie folgt definiert:

ATC	Wirkstoff
N06CA03	Fluoxetin und Psycholeptika
N06AB	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
N06AA09	Amitriptylin
N06CA01	Amitriptylin und Psycholeptika
N06AA12	Doxepin

⁵ Angaben gemäß: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf

ATC	Wirkstoff
N06AA02	Imipramin
N06AH	Homöopathische und anthroposophische Antidepressiva
N06AP	Pflanzliche Antidepressiva

Eine Ausführliche Beschreibung der Repräsentativität der dem DAK-Kinder- und Jugendreport Versichertenpopulation, zu den berechneten Kennzahlen sowie zum Datenschutz findet sich unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung_28136

7 Datenhang

7.1 Hochrechnungen zu Depressionen

Tabelle 29: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	2.500	2.500	2.500	2.000	2.000	-500	<500
	Mädchen	2.500	2.500	2.000	2.000	2.000	-500	<500
	Gesamt	5.000	5.000	4.500	4.000	4.000	-1.000	<500
A10-14	Jungen	10.500	11.000	9.500	10.000	11.000	<500	+1.000
	Mädchen	18.000	18.000	18.500	26.000	24.000	+6.000	-2.000
	Gesamt	28.500	28.500	28.000	36.500	35.000	+6.500	-1.500
A15-17	Jungen	16.000	17.000	15.500	17.000	17.000	<500	<500
	Mädchen	38.000	37.000	42.000	50.500	46.500	+9.500	-4.000
	Gesamt	54.000	53.500	57.500	67.500	63.500	+10.000	-4.000

Tabelle 30: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Diagnose	Schweregrad	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Inzident	Leicht	10.000	11.000	10.500	14.000	13.000	+2.000	-1.000
	Mittelgradig	20.000	18.500	21.000	27.500	26.500	+8.000	-1.000
	Schwer	5.500	5.000	5.500	6.500	6.000	+1.000	-500
	Unspezifisch	21.500	21.500	23.000	29.000	27.500	+6.000	-1.500
Prävalent	Leicht	15.500	16.000	16.000	19.500	20.500	+4.500	+1.000
	Mittelgradig	32.500	33.000	35.000	44.000	48.500	+15.500	+4.500
	Schwer	8.000	7.500	8.000	9.500	9.500	+2.000	0
	Unspezifisch	30.500	31.500	32.500	41.500	42.500	+11.000	+1.000

Doppelzählungen bei Dokumentation unterschiedlicher Schweregrade bei einem Kind innerhalb des Inzidenzquartals eines Beobachtungsjahres möglich. Eine Addition der Inzidenzraten auf die berichtete Gesamtinzidenz ist deshalb nicht möglich.

Falldefinitionen: Leicht: ICD-10 F32.0, F33.0; Mittelgradig: F32.1, F33.1; Schwer: F32.2, F32.3, F33.2, F33.3; Unspezifisch: F32.8, F32.9, F33.4, F33.8, F33.9

Tabelle 31: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Häufigkeit der Diagnose / Behandlung	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Mind. 1 Quartal	60.500	61.000	66.000	79.000	84.000	+23.000	+5.000
Mind. 2 Quartale	37.000	37.500	39.500	50.000	54.500	+17.000	+4.500
Jedes Quartal	15.500	16.000	15.500	20.500	25.000	+9.000	+4.500

Tabelle 32: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Sozialer Status	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	5.000	6.000	6.000	7.000	6.500	+500	-500
Mittel (mittlere Deprivation)	24.000	22.500	26.500	32.000	29.500	+7.000	-2.500
Hoch (niedrige Deprivation)	8.500	8.500	9.500	11.500	10.500	+2.000	-1.000

Tabelle 33: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Depressionen	60.500	61.500	66.000	79.000	84.000	+22.500	+5.000
Angststörungen	45.000	46.500	53.000	65.000	72.000	+25.500	+7.000
Depressionen ohne Angststörungen	47.000	47.500	49.500	56.000	55.500	+8.000	-500
Angststörungen ohne Depressionen	30.000	31.000	35.000	40.000	42.500	+11.500	+2.500
Depressionen und komorbide Angststörung	17.000	17.000	19.500	27.000	32.000	+15.000	+5.000

Tabelle 34: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Depressionen	38.000	37.000	42.000	50.500	46.500	+9.500	-4.000
Angststörungen	30.000	30.500	36.500	45.000	44.500	+14.000	-500
Depressionen ohne Angststörungen	31.000	30.000	33.000	37.500	34.000	+4.000	-3.500
Angststörungen ohne Depressionen	22.500	23.500	27.500	32.000	32.500	+9.000	+500
Depressionen und komorbide Angststörung	7.000	7.000	9.000	13.000	12.000	+5.000	-1.000

Tabelle 35: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Anteil mit	Hochrechnung der Anzahl mit Antidepressiva-Verordnung*					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
mindestens einer Verordnung	7.500	5.500	7.500	10.000	9.000	+3.500	-1.000
mindestens zwei Verordnungen**	3.500	3.000	3.500	5.500	5.500	+2.500	<500
Therapiefortsetzung	4.000	3.000	4.000	5.500	5.500	+2.500	<500

* Berücksichtigt werden alle Verordnungen mit folgenden ATC-Codes: N06CA03, N06AB, N06AA09, N06CA01, N06AA12, N06AA02, N06AH, N06AP

** Berücksichtigt werden alle Personen mit zwei oder mehr Verordnungen an zwei oder mehr unterschiedlichen Tagen.

7.2 Hochrechnungen zu Angststörungen

Tabelle 36: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	16.000	16.500	16.500	19.500	18.500	+2.000	-1.000
	Mädchen	16.000	17.500	17.000	18.500	18.500	+1.000	0
	Gesamt	32.000	34.000	33.500	38.000	37.500	+3.500	-500
A10-14	Jungen	18.000	19.000	19.000	19.000	18.000	-1.000	-1.000
	Mädchen	24.000	26.500	27.000	34.500	32.500	+6.000	-2.000
	Gesamt	41.500	45.500	46.500	53.500	50.500	+5.000	-3.000
A15-17	Jungen	13.000	14.000	14.000	15.000	13.500	-500	-1.500
	Mädchen	29.500	30.500	36.500	45.000	44.500	+14.000	-500
	Gesamt	43.000	44.500	50.500	60.000	58.500	+14.000	-1.500

Tabelle 37: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Sozialer Status	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	4.500	4.500	5.500	6.500	6.500	+2.000	<500
Mittel (mittlere Deprivation)	18.500	19.000	22.500	28.000	28.500	+9.500	+500
Hoch (niedrige Deprivation)	7.000	7.000	8.000	10.500	9.500	+2.500	-1.000

7.3 Hochrechnungen zu Essstörungen

Tabelle 38: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	3.500	3.500	3.500	3.500	4.000	+500	+500
	Mädchen	3.500	4.000	3.500	3.500	4.000	<500	+500
	Gesamt	7.000	7.500	6.500	7.000	7.500	<500	+500
A10-14	Jungen	4.000	3.500	3.500	4.000	3.500	<500	-500
	Mädchen	6.500	6.000	6.500	8.500	7.500	+1.500	-1.000
	Gesamt	10.500	9.500	10.000	13.000	11.500	+2.000	-1.500
A15-17	Jungen	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	<500	<500
	Mädchen	9.000	7.500	9.000	12.500	11.000	+3.500	-1.500
	Gesamt	11.500	9.500	11.000	15.000	13.000	+3.500	-2.000

Tabelle 39: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD), Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Sozialer Status	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
Niedrig (hohe Deprivation)	1.000	1.000	1.500	1.500	1.500	+500	0
Mittel (mittlere Deprivation)	6.000	4.500	5.500	8.000	7.000	+2.500	-1.000
Hoch (niedrige Deprivation)	2.500	2.000	2.000	3.000	2.500	+500	-500

7.4 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

Tabelle 40: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	208.500	216.000	204.000	219.000	224.500	+8.500	+5.500
	Mädchen	172.000	177.000	168.500	183.000	187.000	10.000	+4.000
	Gesamt	380.500	393.000	372.500	402.000	411.500	+18.500	+9.500
A10-14	Jungen	133.500	133.000	125.500	127.500	134.500	+1.500	+7.000
	Mädchen	126.000	125.000	122.000	140.500	135.000	+10.000	-5.500
	Gesamt	259.500	258.000	247.000	268.000	269.500	+11.500	+1.500
A15-17	Jungen	76.000	78.000	68.500	75.000	73.500	-4.500	-1.500
	Mädchen	108.000	101.500	107.000	119.500	108.500	+7.000	-11.000
	Gesamt	184.000	179.500	175.500	195.000	182.500	+3.000	-12.500

Vandage GmbH
November 2023
Copyright © Vandage GmbH

We compute in Bielefeld
vandage.de
hey@vandage.de