

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie

Datenbasis: 2018 bis 2021

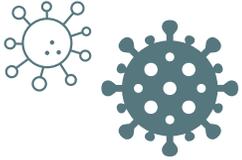
Dr. Julian Witte, Alena Zeitler, Jana Diekmannshemke, Lena Hasemann

30.08.2022

@ DAK-im-Dialog

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

Gesund aufwachsen während der COVID-19-Pandemie



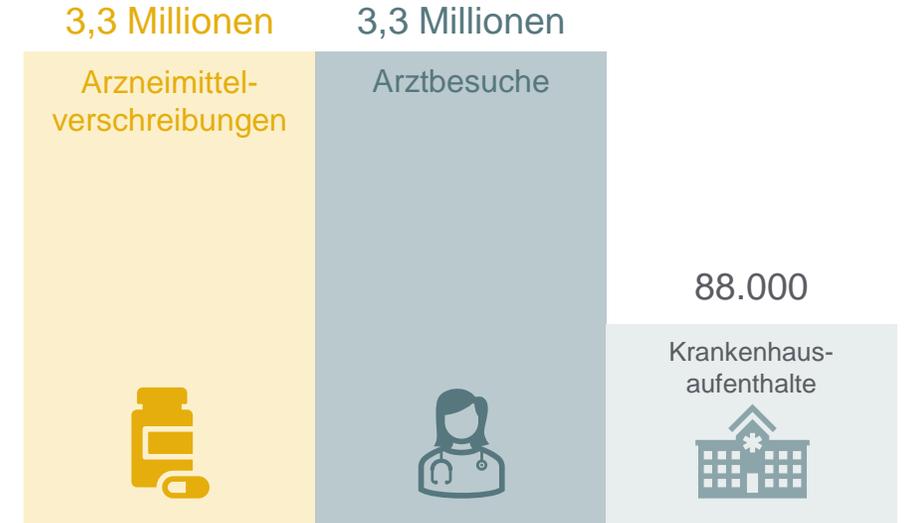
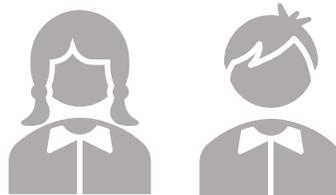
Die mehr als 30 Monate andauernde COVID-19-Pandemie hat direkt und indirekt potenziell großen Einfluss auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Aus den pandemiebegleitenden Maßnahmen, Belastungen im Familienleben (und den dort verfügbaren monetären und nicht monetären Ressourcen) sowie der allgemein veränderten Inanspruchnahme des medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungssystems erwachsen während der Pandemie verschiedene Herausforderungen physischer, psychischer, sozialer wie auch finanzieller Natur für ein gesundes Aufwachsen.



782.000

Bis zu 782.000 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren, die in den Jahren **2018 bis 2021** bei der DAK-Gesundheit versichert waren, gehen in die Analysen des DAK-Kinder- und Jugendreportes ein.



In den Analysen berücksichtigte Leistungen der Gesundheitsversorgung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher zwischen 0 und 17 Jahren im Jahr 2021

Kindheit und Jugend prägen ein Leben lang die gesundheitliche und psychische Entwicklung. Wer als Kind oder Jugendlicher chronisch-somatisch oder psychisch erkrankt, ist auch als Erwachsene stärker gefährdet als andere. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entstehen beispielsweise bereits vor dem 19. Lebensjahr. Kinder und Jugendliche sind dabei unterschiedlich krank. Im DAK-Kinder- und Jugendreport wird deshalb das Versorgungsgeschehen differenziert nach Altersgruppen betrachtet. Das Robert Koch-Institut unterscheidet dabei ebenso wie die Bundes Psychotherapeuten Kammer zwischen Kindern im Alter von einem bis vier Jahren („Kleinkinder“), fünf bis neun Jahren („Grundschul Kinder“), Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren („Schulkinder“) und „Jugendliche“ im Alter von 15 bis 17 Jahren. Diese Differenzierung nutzen auch nachfolgende Analysen.

148.000
DAK-Versicherte



1-4 Jahre
Kleinkinder

176.000
DAK-Versicherte



5-9 Jahre
Grundschul Kinder

189.000
DAK-Versicherte



10-14 Jahre
Schulkinder

121.000
DAK-Versicherte



15-17 Jahre
Jugendliche



Gesundheit

Behandlungsprävalenz & Neuerkrankungsraten psychischer und somatischer Erkrankungen

01



Gesundheitsversorgung

Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Versorgungsleistungen bzw. Arzneimittelverschreibungen

02



Einfluss der sozialen Lage

Einfluss des sozio-ökonomischen Familienstatus auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung

03



Repräsentativität

Sind die Daten & Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreportes repräsentativ?

04

Anteil Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) mit mindestens einem/einer ...

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019-2021, Anteile in %, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose, einem Krankenhausaufenthalt oder einer in einer Apotheke eingelösten Arzneimittelverschreibung

	2019	2020	2021	+/- 19-21
 Ambulanter Arztbesuch	92,3 %	91,3 %	88,7 %	-4 %
 Krankenhausaufenthalt	9,3 %	7,7 %	7,6 %	-18 %
 Arzneimittelverschreibung	74,1 %	67,6 %	65,3 %	-12 %

Anteil Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) mit mindestens einem/einer ...

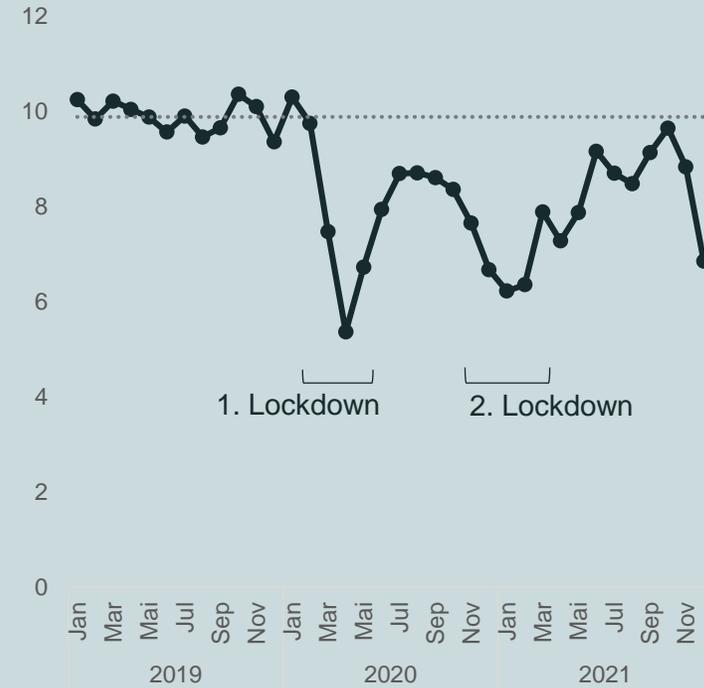
DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019-2021, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose, einem Krankenhausaufenthalt oder einer in einer Apotheke eingelösten Arzneimittelverschreibung



Ambulante Arztbesuche, Anteil in %



Krankenhausaufenthalte, Fälle je 1.000

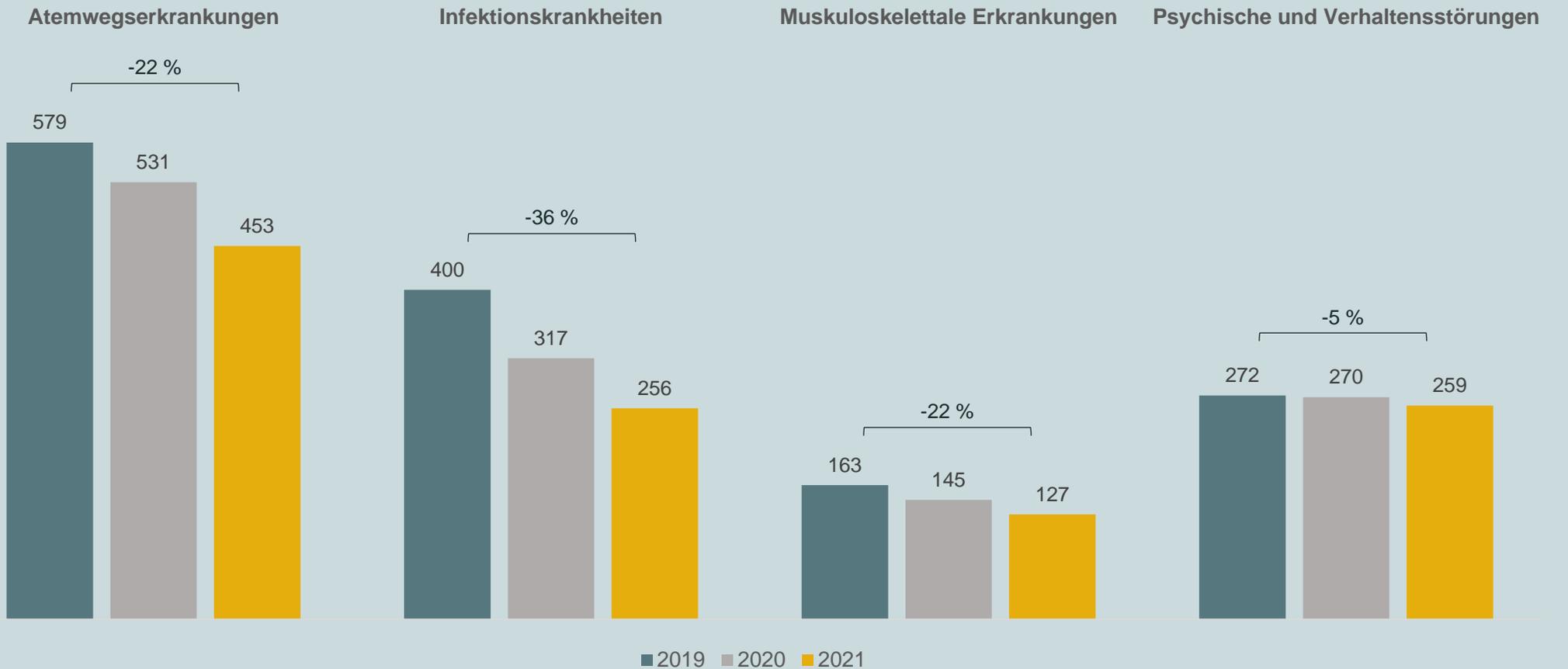


Arzneimittelverschreibung, Anteil in %



Anteil Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) mit mindestens einem Arztbesuch aufgrund von...

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019-2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose bzw. einem Krankenhausaufenthalt mit einer entsprechenden Hauptdiagnose



DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

Top 10 psychische Neuerkrankungen unter Grundschulkindern

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit der höchsten administrativen Neuerkrankungsrate unter Grundschulkindern (5-9 Jahre) im Jahr 2019

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr

ICD-10	Diagnose	2019	2020	2021	+/- 19-21
F80	Sprach- und Sprechstörungen	55,2	52,3	50,3	-9 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	33,1	30,6	28,4	-14 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	23,0	20,9	17,8	-23 %
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	22,8	21,2	20,4	-10 %
F90	Hyperkinetische Störungen (ADHS)	22,6	19,4	16,8	-26 %
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	15,9	13,6	12,3	-23 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	14,2	11,7	9,7	-32 %
F91	Störungen des Sozialverhaltens	13,2	11,6	10,1	-24 %
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	12,6	11,9	12,7	+1 %
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	11,7	10,5	9,6	-19 %

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

Top 10 psychische Neuerkrankungen unter Schulkindern

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit der höchsten administrativen Neuerkrankungsrate unter Schulkindern (10-14 Jahre) im Jahr 2019

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr

ICD-10	Diagnose	2019	2020	2021	+/- 19-21
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	19,5	17,6	16,6	-15 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	18,4	16,7	15,8	-14 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	17,0	15,7	14,9	-13 %
F45	Somatoforme Störungen	16,2	14,6	11,8	-27 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	15,3	14,2	12,0	-22 %
F90	Hyperkinetische Störungen (ADHS)	15,0	13,6	12,1	-19 %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	12,7	12,8	12,3	-3 %
F91	Störungen des Sozialverhaltens	9,9	8,4	7,8	-21 %
F41	Andere Angststörungen	8,1	8,2	7,8	-4 %
F32	Depressive Episode	7,0	6,9	7,7	+9 %

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

Top 10 psychische Neuerkrankungen unter Jugendlichen

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit der höchsten administrativen Neuerkrankungsrate unter Jugendlichen (15-17 Jahre) im Jahr 2019

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr

ICD-10	Diagnose	2019	2020	2021	+/- 19-21
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	27,2	27,3	24,9	-9 %
F45	Somatoforme Störungen	25,7	23,8	20,2	-21 %
F32	Depressive Episode	20,6	22,5	22,7	+10 %
F41	Andere Angststörungen	13,2	15,2	14,6	+11 %
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	9,9	9,9	10,2	+2 %
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9,3	9,0	9,5	+2 %
F90	Hyperkinetische Störungen (ADHS)	8,0	7,7	8,2	+2 %
F40	Phobische Störungen	7,1	8,0	8,4	+18 %
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	6,2	6,0	6,2	-1 %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	5,5	6,0	6,4	+16 %

\\ Insgesamt nehmen Kinder und Jugendliche das Gesundheitssystem während der Pandemie seltener in Anspruch. Dies kann sowohl auf weniger Krankheitslast als auch auf ein verändertes Nachfrageverhalten zurückzuführen sein. Gleichzeitig sind im Jahr 2020 für einige psychische und chronisch-somatische Erkrankungen höhere Neuerkrankungsraten bei Kindern und Jugendlichen beobachtet worden. In 2021 zeigen sich für diese Erkrankungen drei verschiedene Trends:



**Nach Anstieg in 2020
Rückgang auf das Vor-
Pandemieniveau in 2021**



**Verstetigung des in 2020
beobachteten Anstieges in
2021**



Weitere Zunahme in 2021



Entwicklung der Anzahl an Essstörungen neuerkrankten Mädchen (15-17 Jahre, Fälle je 1.000)

2019	6,3	} +54 %
2020	8,1	
2021	9,8	

Trend: Weitere Zunahme der Neuerkrankungen



Entwicklung der Anzahl an Depressionen neuerkrankten Mädchen (10-14 Jahre, Fälle je 1.000)

2019	9,7	} +23 %
2020	10,2	
2021	11,9	

Trend: Weitere Zunahme der Neuerkrankungen



Entwicklung der Anzahl an Angststörungen neuerkrankten Mädchen (15-17 Jahre, Fälle je 1.000)

2019	28,6	} +24 %
2020	34,4	
2021	35,4	

Trend: Verstärkung der Zunahme der Neuerkrankungen



Entwicklung der Anzahl an Adipositas neuerkrankten Jungen (15-17 Jahre, Fälle je 1.000)

2019	18,3	} +15 %
2020	18,8	
2021	21,1	

Trend: Weitere Zunahme der Neuerkrankungen

Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Essstörungen

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F50 und diagnosefreies Vorjahr

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/- 19-21
10-14 Jahre	Jungen	1,9	1,8	1,9	-2 %
	Mädchen	3,1	3,5	4,2	+33 %
	Gesamt	2,5	2,6	3,0	+20 %
15-17 Jahre	Jungen	1,7	1,7	1,6	-4 %
	Mädchen	6,3	8,1	9,8	+54 %
	Gesamt	3,9	4,8	5,6	+41 %
Hochrechnung der Fälle auf Gesamt-GKV*					
10-14 Jahre	Jungen	3.600	3.500	3.700	+100
	Mädchen	5.500	6.500	7.800	+2.300
	Gesamt	9.100	10.000	11.400	+2.300
15-17 Jahre	Jungen	2.000	2.100	2.000	0
	Mädchen	7.200	9.600	11.400	+4.200
	Gesamt	9.200	11.800	13.400	+4.200

+54 %

Die Häufigkeit ärztlich diagnostizierter und behandelter Essstörungen ist während der Pandemie deutlich gestiegen. Gegenüber 2019 wurden in 2021 41 % mehr Jugendliche im Alter von 15 bis 17 Jahren erstmalig aufgrund einer Anorexie oder Bulimie ärztlich behandelt.

Besonders deutlich ausgeprägt ist die Zunahme der Neuerkrankungen bei jugendlichen Mädchen (+54 %). Knapp 10 von 1.000 Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren bekamen 2021 erstmalig eine entsprechende Diagnose gestellt. 2019 betrug der Anteil neu betroffener Mädchen noch 6 von 1.000. Dies entspricht, hochgerechnet auf alle GKV-versicherten jugendlichen Mädchen einem Plus von mehr als 4.000 zusätzlich neuerkrankten Mädchen gegenüber 2019.

Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Depressionen

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose F32/F33 und diagnosefreies Vorjahr

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/- 19-21
10-14 Jahre	Jungen	5,5	4,6	4,6	-17 %
	Mädchen	9,7	10,2	11,9	+23 %
	Gesamt	7,5	7,3	8,1	+8 %
15-17 Jahre	Jungen	14,3	13,3	12,1	-15 %
	Mädchen	33,9	39,0	40,0	+18 %
	Gesamt	23,8	25,8	25,7	+8 %
Hochrechnung der Fälle auf Gesamt-GKV*					
10-14 Jahre	Jungen	10.300	9.200	9.000	-1.300
	Mädchen	17.000	19.200	22.100	+5.100
	Gesamt	27.300	28.400	31.100	+3.800
15-17 Jahre	Jungen	17.100	16.700	15.000	-2.100
	Mädchen	38.300	46.300	46.600	+8.300
	Gesamt	55.500	63.000	61.600	+6.100

+23 %

Die Entwicklung der Depressions-Neuerkrankungsrate verläuft bei Jungen und Mädchen unterschiedlich. Für Jungen im Schul- und Jugendalter ist während der Pandemie ein kontinuierlicher Rückgang neudiagnostizierter Fälle zu beobachten. Bei Mädchen sind hingegen sowohl in 2020 als auch in 2021 höhere Neuerkrankungsraten dokumentiert.

Dabei fällt die Zunahme bei Mädchen im Jugendalter absolut (+ 6 Prozentpunkte ggü. 2019) größer aus als bei Mädchen im Schulalter. Bei absolut geringeren Fallzahlen ist in dieser Altersgruppe die größte relative Zunahme (+23 %) der Neuerkrankungen zu beobachten.

Bei Mädchen im Schulalter entspricht die beobachtete Zunahme einem Plus von 5.100 mehr neuerkrankten Mädchen in 2021 als in 2019. Bei jugendlichen Mädchen liegt bei insgesamt knapp 47.000 Neuerkrankten in 2021 das GKV-weite Plus bei mehr als 8.000 mehr Neuerkrankten als in 2019.

Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Angststörungen

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose F40/F41 und diagnosefreies Vorjahr

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/- 19-21
10-14 Jahre	Jungen	10,2	10,2	9,0	-12 %
	Mädchen	15,2	15,4	16,3	+7 %
	Gesamt	12,6	12,7	12,5	-1 %
15-17 Jahre	Jungen	12,5	12,7	11,3	-9 %
	Mädchen	28,6	34,4	35,4	+24 %
	Gesamt	20,3	23,2	23,0	+13 %
Hochrechnung der Fälle auf Gesamt-GKV*					
10-14 Jahre	Jungen	19.200	20.400	17.800	-1.400
	Mädchen	26.800	28.900	30.300	+3.500
	Gesamt	46.000	49.300	48.000	+2.000
15-17 Jahre	Jungen	15.000	15.900	14.000	-1.000
	Mädchen	32.400	40.800	41.200	+8.800
	Gesamt	47.300	56.800	55.200	+7.900

+24 %

Vergleichbar zu neudiagnostizierten Depressionen ist auch die Inzidenz von Angststörungen bei Jungen während der Pandemie leicht rückläufig. Bei Mädchen im Schulalter zeigen sich während der Pandemie geringfügige Zunahmen der ärztlich dokumentierten Neuerkrankungen. Bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren sind hingegen seit 2019 kontinuierlich steigende Neuerkrankungsraten zu beobachten.

Entwicklung der Anzahl erstmalig ärztlich behandelter Adipositas-Fälle

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose E66 und diagnosefreies Vorjahr

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/- 19-21
5-9 Jahre	Jungen	15,9	18,2	18,2	+15 %
	Mädchen	17,0	19,5	19,0	+12 %
	Gesamt	16,4	18,8	18,6	+14 %
10-14 Jahre	Jungen	27,8	28,7	28,0	+1 %
	Mädchen	21,1	20,9	21,0	0 %
	Gesamt	24,5	24,9	24,6	0 %
15-17 Jahre	Jungen	18,3	18,8	21,1	+15 %
	Mädchen	19,1	19,3	20,2	+6 %
	Gesamt	18,7	19,0	20,7	+11 %

Hochrechnung der Fälle auf Gesamt-GKV*

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	+/- 19-21
5-9 Jahre	Jungen	27.600	33.900	34.600	+7.000
	Mädchen	27.900	34.600	34.500	+6.600
	Gesamt	55.400	68.600	69.000	+13.600
10-14 Jahre	Jungen	52.200	57.200	55.300	+3.100
	Mädchen	37.100	39.200	39.000	+1.900
	Gesamt	89.300	96.400	94.300	+5.000
15-17 Jahre	Jungen	22.000	23.600	26.100	+4.100
	Mädchen	21.600	22.900	23.500	+1.900
	Gesamt	43.600	46.500	49.600	+6.000

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

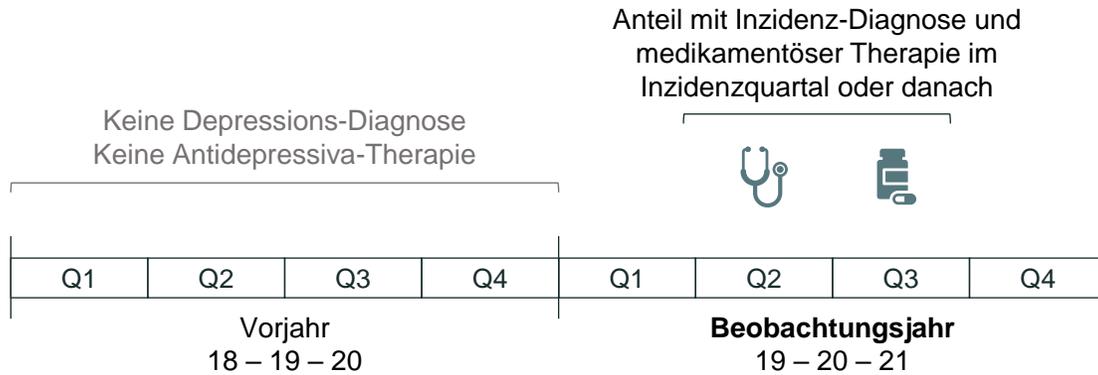
Entwicklung der am häufigsten verschriebenen Arzneimittelgruppen

Top 10 der am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen bei Kindern und Jugendlichen

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2019 – 2021, alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren, Anteil Kinder mit einer entsprechenden Verordnung in %, Falldefinition: M1Q eines dokumentierten ATC-Codes

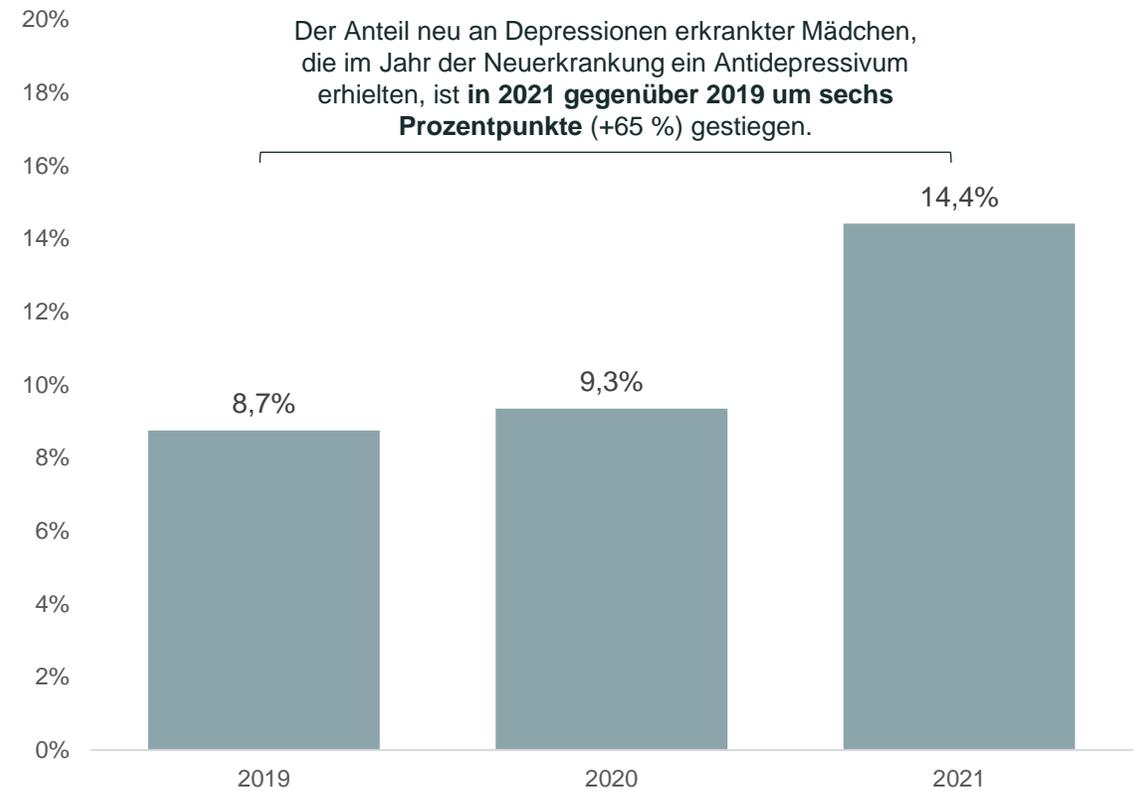
ATC	Wirkstoffgruppe	2019	2020	2021	+/- 19-21
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	30,7	24,5	24,3	-21 %
R01	Rhinologika	28,3	22,7	23,3	-18 %
J01	Antibiotika	22,8	15,2	13,1	-43 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	22,1	16,9	17,2	-22 %
N02	Analgetika	15,7	13,7	12,8	-18 %
S01	Ophthalmika	12,8	8,3	7,7	-39 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	11,4	8,6	9,4	-17 %
A01	Stomatologika	9,2	7,7	8,1	-12 %
A11	Vitamine	9,1	9,7	9,0	-2 %
D07	Corticosteroide, Dermatologische Zubereitungen	7,2	7,1	6,9	-4 %

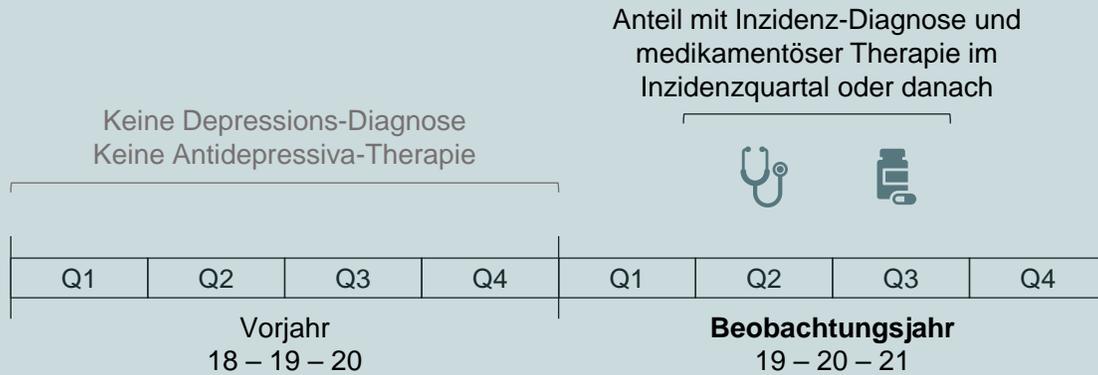
Parallel zum deutlichen Verordnungsrückgang von Antibiotika ist ein überproportionaler Verordnungsrückgang von Reserveantibiotika* zu verzeichnen (-51 % von 2019 auf 2021)



Anteil jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und medikamentöser Therapie im Inzidenzjahr

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulanten ärztlichen Diagnose ICD-10 F32/F33 und diagnosefreies Vorjahr sowie M1Q eines Antidepressivums* im Inzidenzjahr





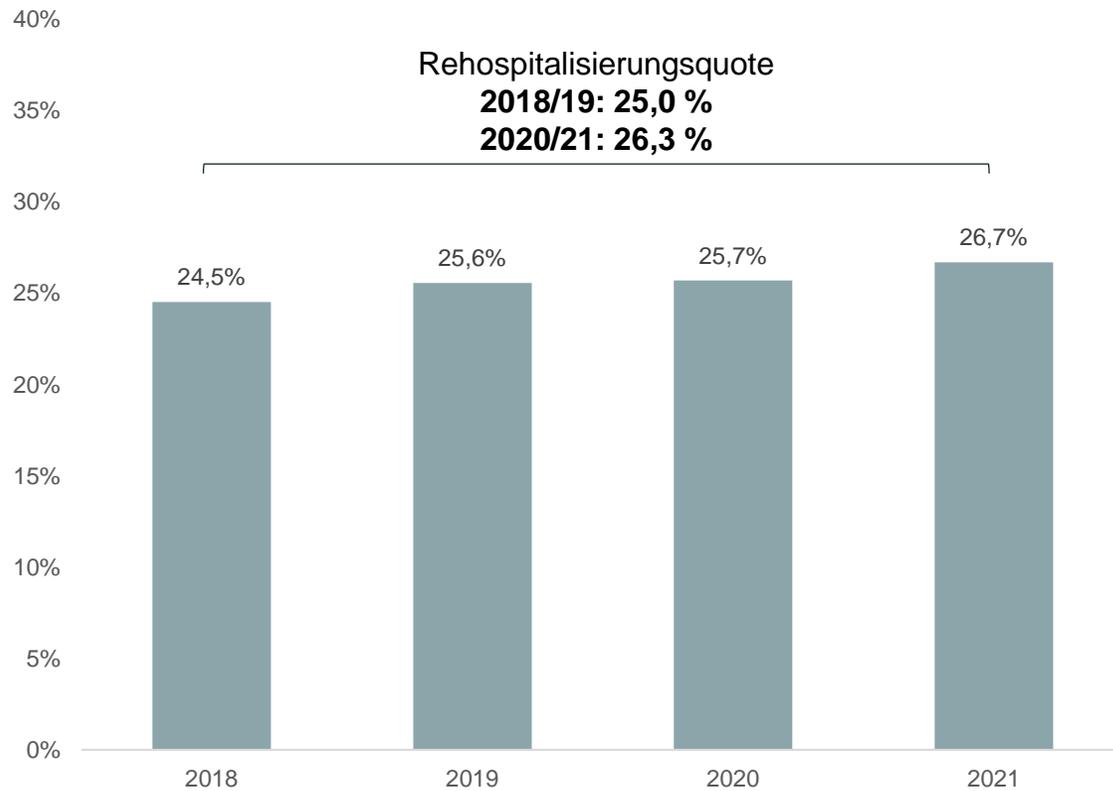
Anteil Mädchen mit inzidenter Erkrankung und entsprechender medikamentöser Therapie im Inzidenzjahr

	Alter	2019	2020	2021	+/- 19-21
Depression	10-14 Jahre	5,6 %	6,2 %	7,2 %	+30 %
	15-17 Jahre	8,7 %	9,3 %	14,4 %	+65 %
Angststörung	10-14 Jahre	2,8 %	2,7 %	3,9 %	+41 %
	15-17 Jahre	9,4 %	8,1 %	11,2 %	+19 %
Essstörung	10-14 Jahre*	-	-	-	-
	15-17 Jahre	3,5 %	4,2 %	6,2 %	+75 %

* Fallzahlen zu gering.

Entwicklung des Anteils jugendlicher Mädchen, die innerhalb eines Jahres mehrfach aufgrund von Depressionen stationär behandelt wurden

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018–2021, Anteil Rehospitalisierte in %, Falldefinition: Mindestens zwei Krankenhausaufenthalte im Beobachtungszeitraum*

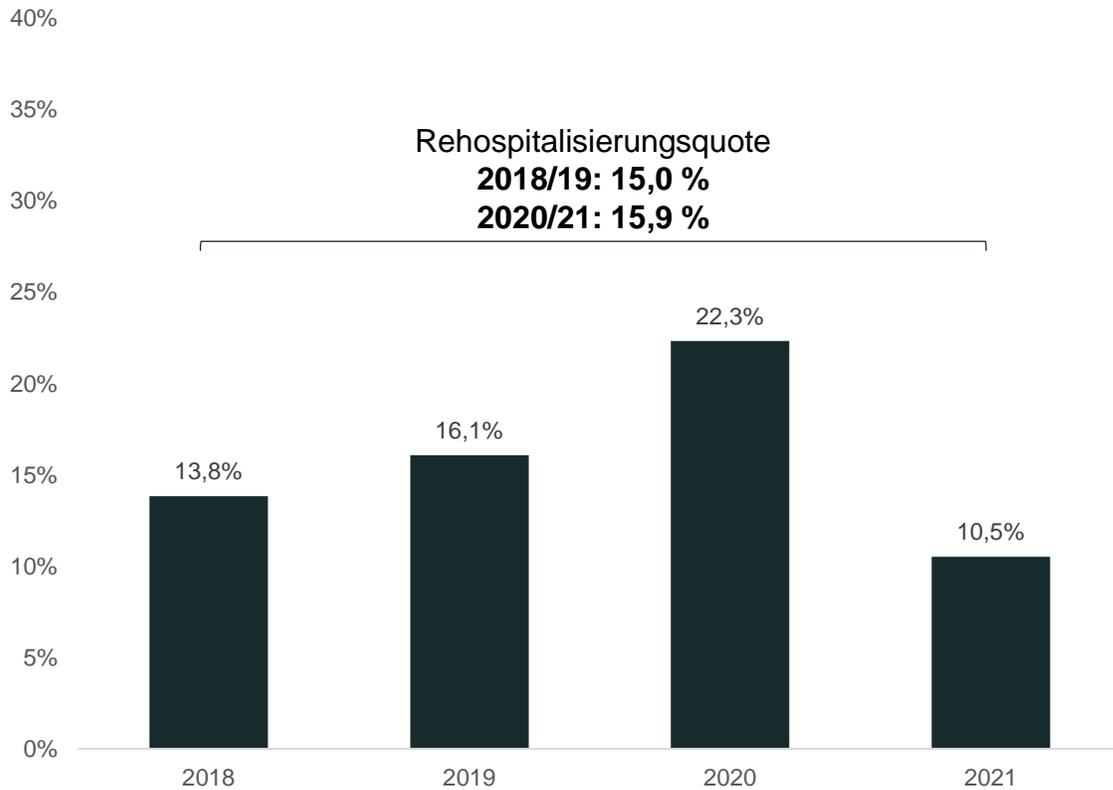


In den Jahren 2018 und 2019 wurden 25 % aller jugendlichen Mädchen, die aufgrund einer Depression stationär behandelt wurden, innerhalb des selben Jahres wenigstens noch ein zweites Mal im Krankenhaus behandelt. In den Jahren 2020 und 2021 lag dieser Anteil mit 26,3 % geringfügig höher. Gleichzeitig ist die Hospitalisierungsquote von Depressionen, also der Anteil jugendlicher Mädchen, die aufgrund von Depressionen stationär behandelt werden mussten, insgesamt gestiegen. Während in 2018 und 2019 noch knapp 15 von 1.000 jugendlichen Mädchen wenigstens einmal aufgrund von Depressionen im Krankenhaus versorgt wurden, liegt der Anteil in den Jahren 2020 und 2021 zusammengenommen bei 18 Fällen je 1.000.

Für diese Analyse wurde eine Aggregation der Beobachtungsjahre vorgenommen, um Variationen in einzelnen Beobachtungsjahren weniger Gewicht zu geben. Unabhängig davon zeigt sich, dass in 2020 die Rehospitalisierungsquote noch auf zum Vor-Pandemiezeitraum vergleichbaren Niveau lagen, während sie in 2021 um mehr als einen Prozentpunkt gestiegen sind.

Entwicklung des Anteils jugendlicher Mädchen, die innerhalb eines Jahres mehrfach aufgrund von Angststörungen stationär behandelt wurden

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018–2021, Anteil Rehospitalisierte in %, Falldefinition: Mindestens zwei Krankenhausaufenthalte im Beobachtungszeitraum*

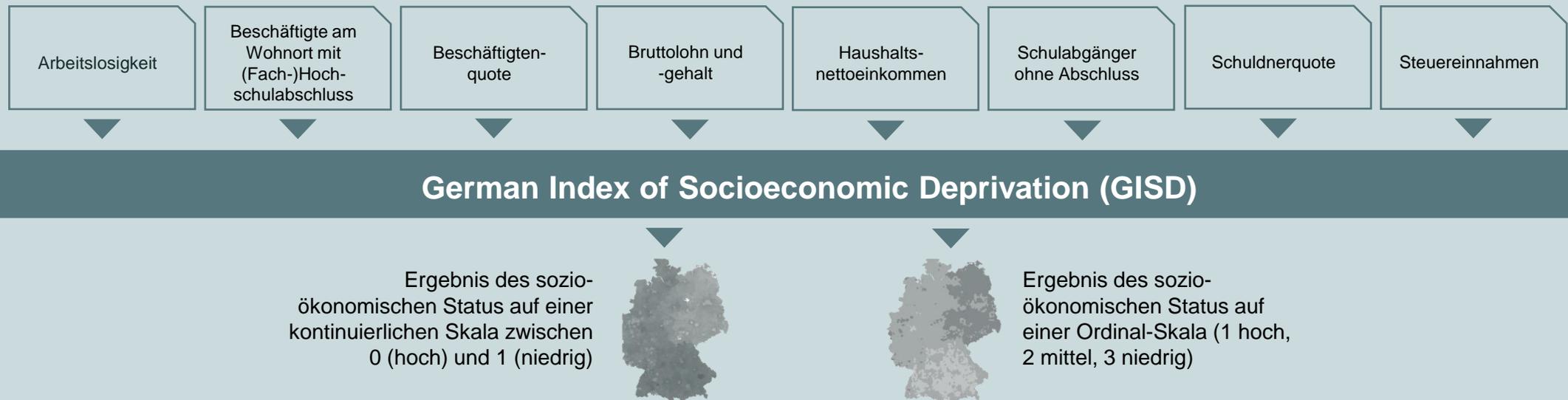


In den Jahren 2018 und 2019 wurden 15 % aller jugendlichen Mädchen, die aufgrund einer Angststörung stationär behandelt wurden, innerhalb des selben Jahres wenigstens noch ein zweites Mal im Krankenhaus behandelt. In den Jahren 2020 und 2021 lag dieser Anteil mit 15,9 % geringfügig höher. Gleichzeitig ist die Hospitalisierungsquote von Angststörungen, also der Anteil jugendlicher Mädchen, die aufgrund von Angststörungen stationär behandelt werden mussten, weitestgehend gleichgeblieben.

Für diese Analyse wurde eine Aggregation der Beobachtungsjahre vorgenommen, um Variationen in einzelnen Beobachtungsjahren weniger Gewicht zu geben. Unabhängig davon zeigt sich, dass in 2020 die Rehospitalisierungsquote deutlich oberhalb des Vorpandemiezeitraumes lag, während sie in 2021 weniger als halb so hoch war wie in 2020 und damit auch unterhalb des Vor-Pandemiezeitraumes gefallen ist.

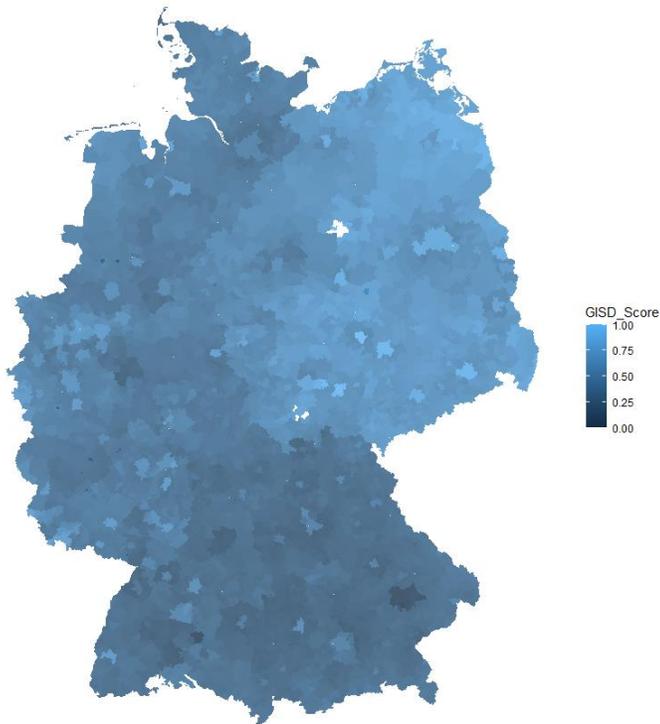
Als Surrogatparameter für die in den Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse nur sehr eingeschränkt enthaltenen Angaben zum individuellen sozio-ökonomischen Status eines Kindes wird der **German Index of Multiple Deprivation (GISD)** als Index zur räumlichen Sozialstruktur herangezogen.

Der GISD ist ein multidimensionaler und kleinräumiger Deprivationsindex für das Bundesgebiet, der auf Gemeinde-, Landkreis-, Regierungsbezirk- und Postleitzahlebene vorliegt. Für die vorliegenden Analysen wird der GISD auf **Postleitzahlebene** in der Version von 2014 genutzt. Der Index setzt sich aus 7 Indikatoren zusammen. Hohe Indexwerte bedeuten hierbei eine hohe Deprivation, also sozial-ökonomische Benachteiligung. Alternativ wird nachfolgend der Kehrwert genutzt und von einem hohen sozio-ökonomischen Status gesprochen, wenn die Deprivation niedrig ist.



Sozio-ökonomischer Status DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher entsprechend des GISD-Index

DAK-Gesundheit, Datenjahr 2021,
GISD-Score 1 = hohe Deprivation (niedriger sozio-ökonomischer Status),
GISD-Score 0 = niedrige Deprivation (hoher sozio-ökonomischer Status)



Ist die Verteilung des sozio-ökonomischen Status DAK-versicherter Kinder repräsentativ?

DAK-Gesundheit, Datenjahr 2021, alle Kinder von 0-17 Jahre, Daten zum GISD von Kroll 2017

Soziale Deprivation (GISD)	Sozio-ökonomischer Status	DAK Gesundheit (2021)	🇩🇪 (2014/2021*)
1 (niedrig)	hoch	9,5 %	12,5 %
2 (mittel)	mittel	62,8 %	58,2 %
3 (hoch)	niedrig	27,7 %	29,3 %

* Der Vergleich der bundesweiten Verteilung der sozialen Deprivation basiert auf zwei Datenquellen. Die GISD-Klassifikation (niedrig, mittel, hoch) liegt auf Ebene verschiedener Raumordnungskennzahlen vor. Für vorliegende Analysen wird ein im Jahr 2014 aktualisierter Datensatz auf Postleitzahlenebene genutzt. Diese basierend auf der Gesamtbevölkerung Deutschland und umfassen damit auch PKV-Versicherte. Für den Vergleich mit den Daten der DAK-Gesundheit wird die regionale Verteilung der GKV-Versicherten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) genutzt, um den Anteil der PKV-Versicherten aus den regionalen Verteilungsdaten des GISD-Index herauszurechnen und so eine realistischere Vergleichsgröße zur Beurteilung der Repräsentativität der DAK-Daten zu erhalten.

DAK-Kinder- und Jugendreport 2022

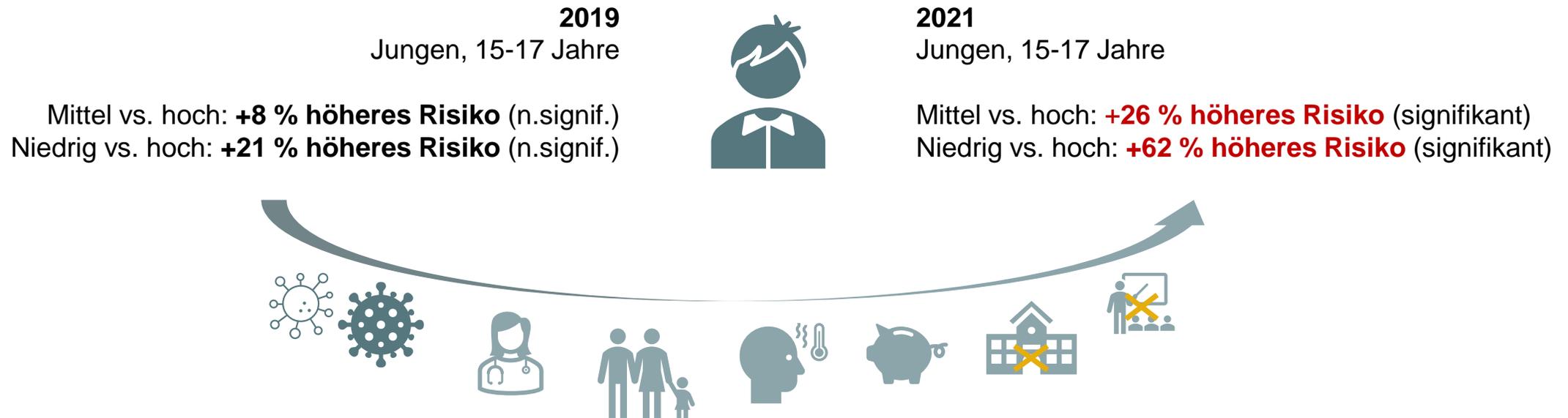
Einfluss der sozialen Deprivation auf das Risiko einer Neuerkrankung

Risiko einer Neuerkrankungsdiagnose in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2020-2021, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose und diagnosefreies Vorjahr, sozio-ökonomischer Status auf Basis des GISD 2014

Jahr	Erkrankung	Gruppe	Vergleich sozio-ökonomischer Status	Risiko	Statistisch signifikant?
2021	Depression	Mädchen, 15-17 Jahre	Mittel vs. hoch	+12,3 % höher	Nein
			Niedrig vs. hoch	+19,0 % höher	Ja
2021	Angststörungen	Mädchen, 15-17 Jahre	Mittel vs. hoch	-5,2 % geringer	Nein
			Niedrig vs. hoch	-4,7 % geringer	Nein
2021	Essstörungen	Mädchen, 15-17 Jahre	Mittel vs. hoch	+14,6 % höher	Nein
			Niedrig vs. hoch	+19,5 % höher	Nein
2021	Adipositas	Jungen, 10-14 Jahre	Mittel vs. hoch	+18,2 % höher	Ja
			Niedrig vs. hoch	+29,3 % höher	Ja
2021	Adipositas	Jungen, 15-17 Jahre	Mittel vs. hoch	+25,6 % höher	Ja
			Niedrig vs. hoch	+62,3 % höher	Ja

Risiko einer inzidenten Adipositas-Diagnose vor und während der Pandemie in Abhängigkeit der sozialen Lage



Hinweis

Unbestritten ist, dass innerhalb der Jahre 2020 und 2021 gravierende versorgungsbezogene und gesellschaftliche Veränderungen in Folge der Pandemie stattgefunden haben. Das entscheidende Charakteristikum der mit dem DAK-Kinder- und Jugendreport verfügbaren Statistiken ist es, dass ausschließlich Aussagen zum Datensatz selbst gemacht werden, in diesem Fall also allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen. Gegenstand der Analyse ist ausdrücklich nicht der Nachweis eines kausalen Zusammenhangs von Pandemie oder pandemiebezogenen Maßnahmen und den beobachteten Entwicklungen von Erkrankungs- und Behandlungshäufigkeiten. So ist nicht auszuschließen, dass die beobachteten Veränderungen auf andere Faktoren zurückzuführen sind, oder dass die Pandemie als Verstärker bereits begonnener (negativer) Entwicklungen gewirkt hat.

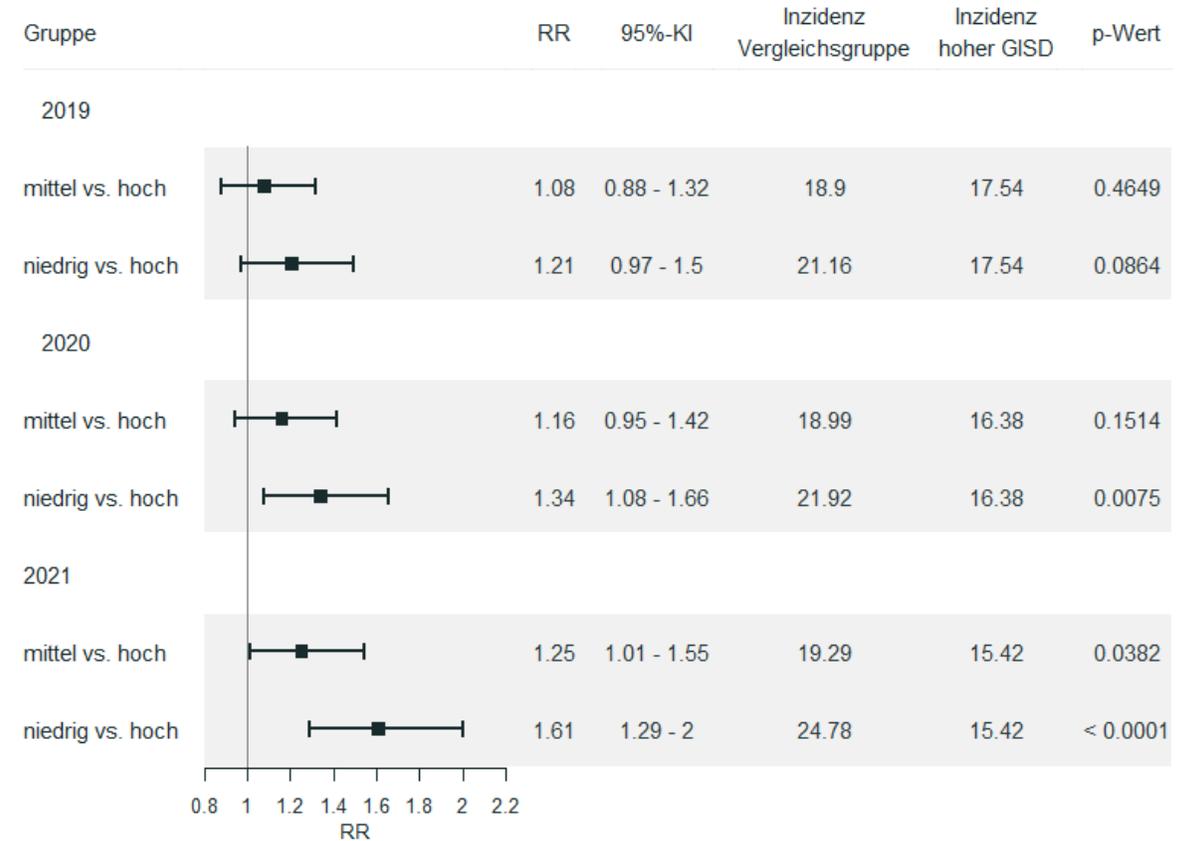
Adipositas-Neuerkrankungen in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 E66 und diagnosefreies Vorjahr, sozio-ökonomischer Status auf Basis des GISD 2014

Alter	Geschlecht	Sozio-ökonomischer Status	Sozio-ökonomischer Status			
			2019	2020	2021	+/- 19-21
5-9 Jahre	Jungen	Niedrig	18,8	21,4	19,9	+6 %
		Mittel	16,4	18,3	16,8	+2 %
		Hoch	13,1	17,1	13,6	+4 %
10-14 Jahre	Jungen	Niedrig	32,7	34,4	28,8	-12 %
		Mittel	28,2	29,1	26,4	-7 %
		Hoch	21,8	32,2	22,4	+3 %
15-17 Jahre	Jungen	Niedrig	21,2	21,9	24,8	+17 %
		Mittel	18,9	19,0	19,3	+2 %
		Hoch	17,5	16,4	15,4	-12 %

Risiko einer Adipositas-Neuerkrankung in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus bei jugendlichen Jungen (15-17 Jahre)

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018-2021



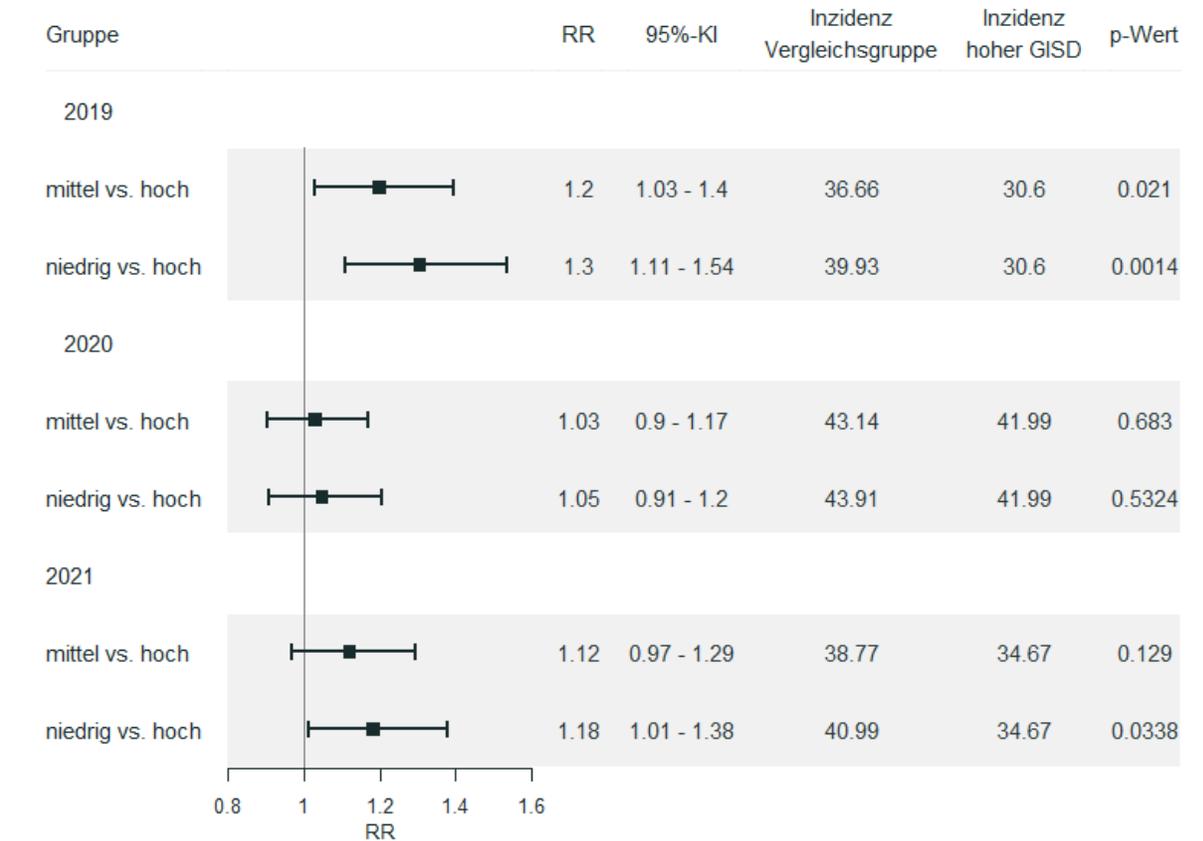
Depressions-Neuerkrankungen in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F32/F33 und diagnosefreies Vorjahr, sozio-ökonomischer Status auf Basis des GISD 2014

Alter	Geschlecht	Sozio-ökonomischer Status	Sozio-ökonomischer Status			
			2019	2020	2021	+/- 19-21
10-14 Jahre	Mädchen	Niedrig	11,9	13,4	13,3	+12 %
		Mittel	12,6	13,8	14,5	+16 %
		Hoch	12,5	13,0	12,4	-1 %
15-17 Jahre	Mädchen	Niedrig	39,9	43,9	41,0	+3 %
		Mittel	36,7	43,1	38,8	+6 %
		Hoch	30,6	42,0	34,7	+13 %

Risiko einer Depressions-Neuerkrankung in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre)

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018-2021



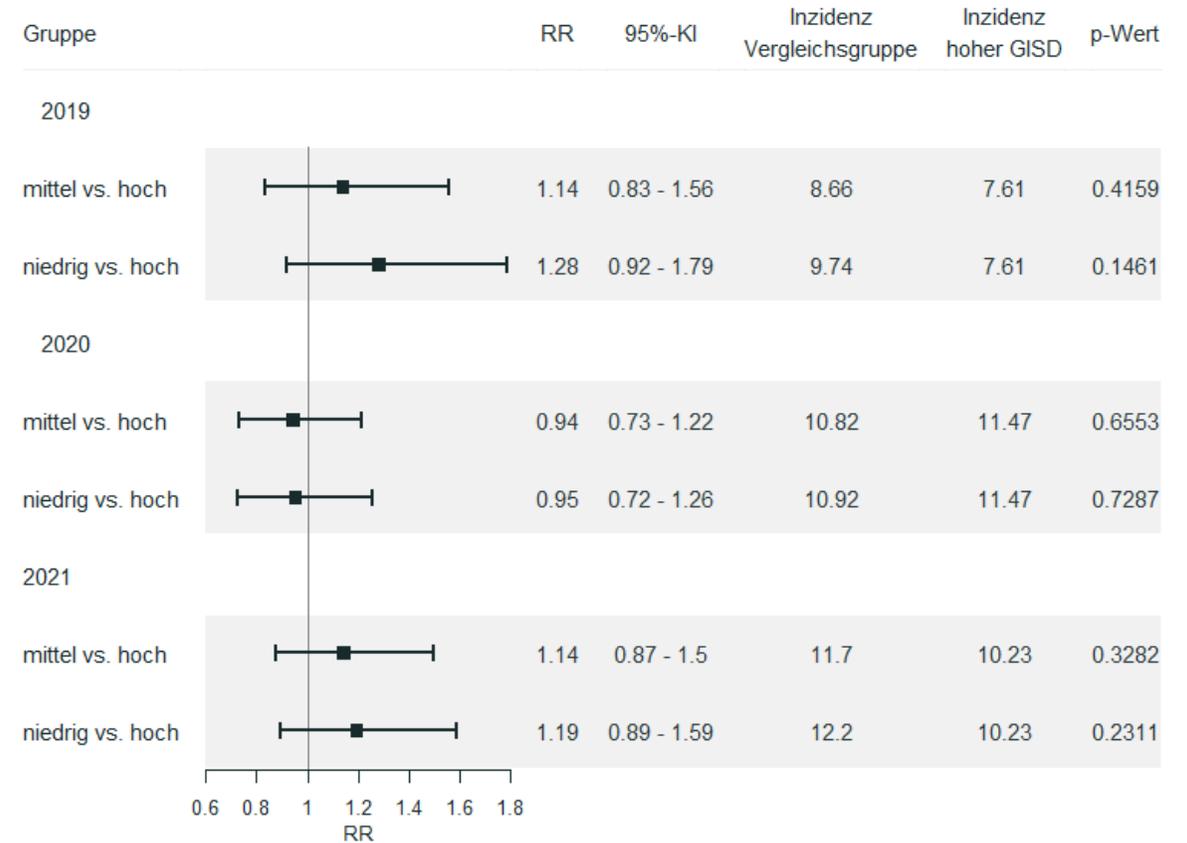
Essstörungs-Neuerkrankungen in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus

DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018 – 2021, Fälle je 1.000, Falldefinition: M1Q einer gesicherten ambulant-ärztlichen Diagnose ICD-10 F50 und diagnosefreies Vorjahr, sozio-ökonomischer Status auf Basis des GISD 2014

Alter	Geschlecht	Sozio-ökonomischer Status	Sozio-ökonomischer Status			
			2019	2020	2021	+/- 19-21
10-14 Jahre	Mädchen	Niedrig	4,2	4,7	5,7	+36 %
		Mittel	5,1	4,7	5,7	+13 %
		Hoch	3,7	5,4	5,0	+33 %
15-17 Jahre	Mädchen	Niedrig	9,7	10,9	12,2	+25 %
		Mittel	8,7	10,8	11,7	+35 %
		Hoch	7,6	11,5	10,2	+34 %

Risiko einer Essstörungs-Neuerkrankung in Abhängigkeit des sozio-ökonomischen Familienstatus bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre)

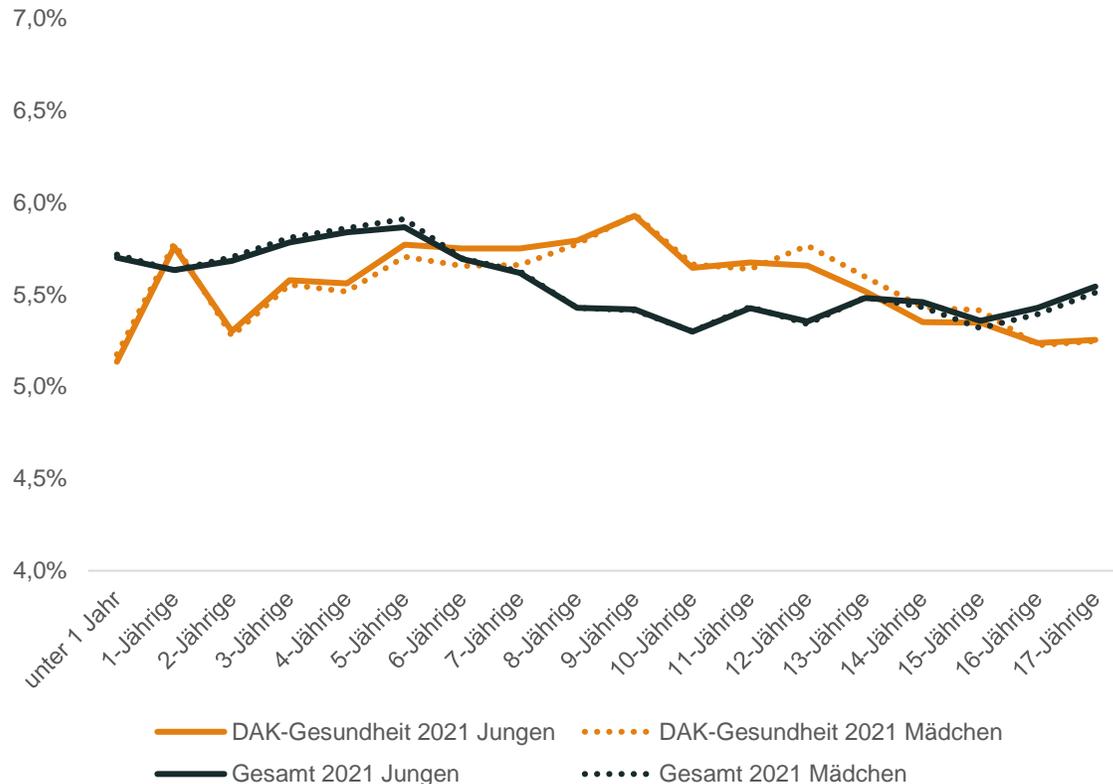
DAK-Gesundheit, Datenjahre 2018-2021



Vergleich der Alters- und Geschlechtsverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlichen mit der Gesamtbevölkerung

DAK-Gesundheit, Daten 2021

Referenz: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Stichtag 31.12.2021*



Datengrundlage

- Der DAK-Kinder- und Jugendreport analysiert Daten von knapp 800.000 Kindern und Jugendlichen. Der Report basiert damit auf Daten von 5,7% aller Kinder und Jugendlichen in der Bundesrepublik. Je nach Bundesland können über 10% aller dort lebenden Kinder abgebildet werden.

Repräsentativität

- Ein Abgleich mit der Alters- und Geschlechtsverteilung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen auf Basis der Fortschreibung des Mikrozensus zeigt dabei eine gute Repräsentativität (Grafik links). Verglichen werden die Anteile DAK-versicherter Jungen und Mädchen je Altersjahrgang an allen eingeschlossenen Kindern und Jugendlichen in Relation zur entsprechenden Verteilung auf Bundesebene. Dabei zeigt sich, dass der Datensatz bei Kindern im Alter von acht bis 12 Jahren geringfügig über repräsentiert und in den übrigen Altersjahrgängen geringfügig unterrepräsentiert ist. Jungen und Mädchen sind anteilig gut repräsentiert.
- Kinder und Jugendliche mit niedrigem, mittlerem und hohem sozio-ökonomischen Status sind – basierend auf den Daten des German Index of Multiple Deprivation (GISD) - hinsichtlich ihres Anteils an allen in Deutschland lebenden Personen gut in den Daten der DAK-Gesundheit repräsentiert.
- Die Repräsentativität hinsichtlich Krankheitslast (Morbidität) und Gesundheitsverhalten (Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) ist aufgrund fehlender bundesweiter Referenzdaten nur eingeschränkt beurteilbar.



Dr. Julian Witte, MPH

M julian.witte@vandage.de

T +49 151 5064 0017

vandage.de

Vandage GmbH
Health Economics & Analytics
Detmolder Straße 30
D-33604 Bielefeld