

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31)
Andreas Storm (Herausgeber)

Kinder- und Jugendreport 2019

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31)

Kinder- und Jugendreport 2019

Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland
Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstandes der DAK-Gesundheit

Autoren:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Manuel Batram und Julian Witte

Gastautoren:

Prof. Dr. Ulrich Bauer

Patricia Graf

Dr. Franz Baumgarten

Kristin Göbel

Thorsten M. Bollweg

Dr. Robert Schlack

AleXandra M. Freĵjan

Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe

Unter Mitarbeit von:

Dr. Mark Dankhoff (DAK-Gesundheit)

Redaktion: Martin Kordt, Dr. Mark Dankhoff (DAK-Gesundheit)

Nagelsweg 27–31, D-20097, Hamburg

Bielefeld & Hamburg
November 2019

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2019 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-568-1

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder: Mädchen © istock/RapidEye; Smileys © istock/Valeriy_G
Titelbildgestaltung: Natalie Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

Der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit analysiert die gesundheitliche Situation der nachwachsenden Generation. Für den Report wurden die Daten von rund 800.000 Kindern und Jugendlichen ausgewertet, die in den Jahren 2016 und 2017 bei der DAK-Gesundheit versichert waren: Abrechnungsdaten von Kliniken und Ärzten, Arznei- und Hilfsmittelverordnungen sowie weitere Routinedaten. Durch den begonnenen Aufbau einer Zeitreihe ist der Report nicht nur eine der bislang umfangreichsten Untersuchungen zur Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland. Die Studie bietet nun auch die Möglichkeit, zeitliche Entwicklungen abzubilden.

Nicht die häufigsten, aber für die körperliche und soziale Entwicklung von Kindern bedeutende Erkrankungen sind frühe psychische Probleme. Dabei zählen nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Depressionen weltweit zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen. Auch bei Kindern und Jugendlichen treten sie immer häufiger auf. Viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigen ernsthafte Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und tragen ein hohes Risiko für gesundheitliche Störungen in ihrer weiteren Entwicklung. Dies gilt auch für Kinder mit Angststörungen, welche in verschiedenen Formen auftreten können. Beide Formen psychischer Auffälligkeiten bieten jedoch die Möglichkeit, Konzepte zur zielgruppenspezifischen Prävention und zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln. Diese Erkrankungsbilder stehen deshalb im Mittelpunkt des vorliegenden Reportes. Die Analyse zeigt, dass bereits knapp ein Prozent aller Schulkinder unter ärztlich behandelten depressiven Episoden leiden. Noch häufiger sind Angststörungen: Drei bis fünf Prozent aller Schulkinder sind zum Beispiel von ärztlich behandelten sozialen Ängsten oder Zwangsstörungen betroffen.

Mit dem ersten Kinder- und Jugendreport hat die DAK-Gesundheit im vergangenen Jahr Pionierarbeit geleistet, die wir jetzt fortsetzen. Um späteren Gesundheitsproblemen frühzeitig zu begegnen, müssen präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen sowie eine abgestimmte medizinische Versorgung zielgerichtet geplant und eingesetzt werden. Erfolgreich ist dies nur auf Grundlage umfassender Forschung möglich.

Der Report gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste gibt einen repräsentativen Überblick über die Entwicklung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ausgewertet wurden dafür alle zur Versorgung in Anspruch genommenen Leistungen und die damit zusammenhängenden Diagnosen aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern. Dies ermöglicht einen detaillierten Blick auf Erkrankungshäufigkeiten und die Inanspruchnahme von Leistungen in verschiedenen Versorgungssektoren.

Der zweite Abschnitt widmet sich dem Schwerpunktthema Ängste und Depressionen im Schulalter. Speziell beleuchtet werden innerfamiliäre Zusammenhänge zur Erklärung von Erkrankungshäufigkeiten. Die Ergebnisse zeigen: Das Risiko für Angststörungen oder Depressionen ist bei den Kindern erhöht, wenn auch ihre Eltern oder Geschwister bereits betroffen sind. Auch der sozioökonomische Familienstatus hat Auswirkungen auf die Wahrscheinlichkeit, unter entsprechenden psychischen Auffälligkeiten zu leiden. Die Analysen zeigen auch den Einfluss anderer körperlicher Probleme wie zum Beispiel Schmerzen. Durch das aufgezeigte Risiko für psychische Probleme ergeben sich relevante Ansatzpunkte für eine zielgerichtete Prävention und Versorgung. Um ein besseres Verständnis der Versorgungsbedarfe von Kinder mit psychischen Auffälligkeiten zu bekommen, geht der Report auch der Frage nach, in welchen Versorgungssektoren welche Therapieformen besonders häufig eingesetzt werden. Gastbeiträge von Autoren der KiGGS-Studie aus dem Robert Koch-Institut sowie weitere Beiträge vom Bundesverband für Kinder- und Jugendmedizin, dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und der Universität Bielefeld komplettieren den zweiten Abschnitt.

Seit dem Jahr 2017 unterstützt die DAK-Gesundheit die Berichterstattung über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit dem DAK-Präventionsradar. Dafür werden in Zusammenarbeit mit dem Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung in Kiel (IFT-Nord) jährlich mehr als 9.000 Mädchen und Jungen zu ihrem Lebensstil und Gesundheitsverhalten befragt. Der dritte Abschnitt dieses Reportes enthält die Ergebnisse des aktuellen DAK-Präventionsradars. Schwerpunkt sind Fragen zum psychischen und physischen Wohlbefinden und zu gesundheitsrelevanten Einflussgrößen, die spannende Anknüpfungspunkte zu den Ergebnissen der Schwerpunktanalysen bieten.

Für den zweiten Band der Report-Reihe hoffen wir auf ein breites Interesse der (Fach-)Öffentlichkeit. Unser Ziel ist es, Ansatzpunkte zur Verbesserung der Kinder- und Jugendgesundheit zu erkennen und sachgerechte zielgerichtete Strategien zu diskutieren.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner und Andreas Storm

Bielefeld & Hamburg, November 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Zusammenfassung	XXIV
1. Hintergrund	1
1.1 Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland	1
1.2 Datenquellen	1
1.3 Schwerpunktthema	4
1.4 Literatur	6
2. Methodik	8
2.1 Datengrundlage	8
2.2 Datenschutz	11
2.3 Methodisches Vorgehen	12
2.4 Repräsentativität	18
2.5 Literatur	20
3. Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen	22
3.1 Häufigste Diagnosen und Behandlungsanlässe	22
3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsgeschehen	25
3.3 Chronische Erkrankungen und Multimorbidität	29
3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit im Zeitverlauf	40
3.5 Atemwegserkrankungen	43
3.6 Infektionskrankheiten	49
3.7 Augenerkrankungen	53
3.8 Psychische und Verhaltensstörungen	56
3.9 Hauterkrankungen	57
3.10 Ohrenerkrankungen	60
3.11 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechsellkrankheiten	63
3.12 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	69
3.13 Sonstige und seltenere Erkrankungsdiagnosen	71
3.14 Literatur	83
4. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen	85
4.1 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen	85
4.2 Ausgaben für Versorgungsleistungen	87
4.3 Ambulant-ärztliche Versorgung	91
4.4 Arzneimittelversorgung	96
4.5 Krankenhausaufenthalte	102
4.6 Heilmittel	106
4.7 Arbeitsunfähigkeit der Eltern	109
4.8 Literatur	110

5. Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	.111
5.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen . . . . .	.111
5.2 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Folge psychischer Erkrankungen . . . . .	.118
5.3 Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen . . . . .	.123
5.4 Prävalenz und Versorgung von Angststörungen . . . . .	.131
5.5 Literatur . . . . .	.139
6. Schwerpunkt: Ursachen für Depressionen und Angststörungen . . . . .	.140
6.1 Risikofaktoren für Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	.141
6.2 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einer bevölkerungsbezogenen, epidemiologischen Erhebung: Ergebnisse der KiGGS-Longzeitstudie. . . . .	.157
6.3 Familiäre und soziale Unterstützung als Resilienzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern . . . . .	.178
6.4 Mental Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen – Potenziale für die Förderung psychischer Gesundheit. . . . .	.192
7. Präventionsradar . . . . .	.209
7.1 Einführung . . . . .	.209
7.2 Methodik . . . . .	.210
7.3 Ausgewählte Ergebnisse zum psychischen und physischen Wohlbefinden und zu gesundheitsrelevanten Einflussgrößen . . . . .	.213
7.4 Fazit . . . . .	.231
7.5 Literatur . . . . .	.232
Autoren . . . . .	.234

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Größe der gebildeten Altersgruppen	9
Abbildung 2:	Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.	19
Abbildung 3:	Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017	24
Abbildung 4:	Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017.	26
Abbildung 5:	Prävalenz (Fälle je 1.000) der häufigsten Erkrankungsarten nach Altersjahrgängen im Jahr 2017	29
Abbildung 6:	Anteil Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) mit abgerechneter Chronikerpauschale (EBM 03220, 03221)	35
Abbildung 7:	Prävalenz von Multimorbidität unter Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	40
Abbildung 8:	Veränderung der Periodenprävalenz auf Ebene der Erkrankungsarten bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017 gegenüber 2016.	42
Abbildung 9:	Veränderung der Periodenprävalenz auf Ebene der je Erkrankungsart häufigsten Diagnosen (ICD-10 Dreisteller) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017 gegenüber 2016.	43
Abbildung 10:	Prävalenz von Atemwegserkrankungen (ICD-10 J00-J99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	44
Abbildung 11:	Prävalenz häufiger akuter Atemwegserkrankungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	46
Abbildung 12:	Heuschnupfenprävalenz in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	47
Abbildung 13:	Prävalenz von Asthma bronchiale in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	48
Abbildung 14:	Prävalenz von COPD in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	49

Abbildung 15:	Prävalenz infektiöser und parasitärer Erkrankungen (ICD-10 A00-B99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	50
Abbildung 16:	Prävalenz von Läusen und Krätze in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	52
Abbildung 17:	Prävalenz impfpräventabler Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahren) im Jahr 2016 und 2017	53
Abbildung 18:	Prävalenz von Augenerkrankungen (ICD-10 H00-H59) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	54
Abbildung 19:	Prävalenz einer Bindehautentzündung in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	56
Abbildung 20:	Prävalenz von Hauterkrankungen (ICD-10 L00-L99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	58
Abbildung 21:	Prävalenz von Neurodermitis in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	59
Abbildung 22:	Prävalenz von Akne in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	60
Abbildung 23:	Prävalenz von Ohrenerkrankungen (ICD-10 H60-H95) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	61
Abbildung 24:	Prävalenz einer Otitis media (ICD-10 H65-H67) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	63
Abbildung 25:	Prävalenz endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 E00-E90) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	64
Abbildung 26:	Prävalenz von Adipositas in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	66
Abbildung 27:	Prävalenz von Diabetes in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	67
Abbildung 28:	Prävalenz dokumentierten Vitamin-D-Mangels in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	68
Abbildung 29:	Prävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen sowie von Krankheiten des Verdauungs- und Urogenitalsystems in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	72

Abbildung 30:	Prävalenz sonstiger nichtinfektiöser Gastroenteritis und Kolitis in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	74
Abbildung 31:	Prävalenz von Allergien (ICD-10 T78.4, exklusive der allergischen Rhinopathie) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	76
Abbildung 32:	Prävalenz von Rückenschmerzen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	79
Abbildung 33:	Prävalenz verschiedener Schmerzen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	80
Abbildung 34:	Prävalenz verschiedener Symptomdiagnosen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	82
Abbildung 35:	Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme je Versorgungssektor nach Alter im Jahr 2017.	87
Abbildung 36:	Prof-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017	89
Abbildung 37:	Prof-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters und Versorgungssektors im Jahr 2017.	90
Abbildung 38:	Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	92
Abbildung 39:	Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme je Arztgruppe und Alter im Jahr 2017	93
Abbildung 40:	Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person je Arztgruppe und Alter im Jahr 2017	94
Abbildung 41:	Gesamtausgaben und Ausgabenanteile ambulant-ärztlicher Leistungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher (0–17 Jahre) im Jahr 2017	95
Abbildung 42:	Durchschnittliche Anzahl verschriebener Rezepte und verordneter verschiedener Wirkstoffe (ATC-3) für Jungen und Mädchen im Jahr 2017	97

Abbildung 43:	Anteil an allen DDD-Verschreibungen je Facharztgruppe (exklusive ATC G03 – Sexualhormone) im Jahr 2017	98
Abbildung 44:	Verschreibungsprävalenz (in %) der am häufigsten verschriebenen Wirkstoffgruppen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	100
Abbildung 45:	Zunahme der Verordnungsprävalenz und der verordneten Mengen (DDD) von Vitamin D bei Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren von 2016 auf 2017.	102
Abbildung 46:	Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2017	103
Abbildung 47:	Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	104
Abbildung 48:	Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausleistungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	105
Abbildung 49:	Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2016 und 2017	106
Abbildung 50:	Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung im Jahr 2017	107
Abbildung 51:	Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung je Heilmittelleistung im Jahr 2017	108
Abbildung 52:	Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017.	112
Abbildung 53:	Risiko für eine psychische Erkrankung (ICD-10 F) bei Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017	113
Abbildung 54:	Prävalenz von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen in Abhängig von Alter und Geschlecht im Jahr 2017	116
Abbildung 55:	Prävalenz somatofomer Störungen in Abhängig von Alter und Geschlecht im Jahr 2017.	118

Abbildung 56:	Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2017 wenigstens einmal ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben	120
Abbildung 57:	Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für ambulant-psychotherapeutische Leistungen im Jahr 2017	121
Abbildung 58:	Prävalenz (Fälle je 1.000) von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter im Jahr 2017	125
Abbildung 59:	Prävalenz depressiver Störungen DAK-versicherter Kinder und Jugendliche (5–17 Jahre) im Jahr 2017	126
Abbildung 60:	Gewichtete Exzess-Kosten für Jungen und Mädchen (5–17 Jahre) mit Depressionen nach Versorgungssektor.	128
Abbildung 61:	Prävalenz (Fälle je 1.000) von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter im Jahr 2017	132
Abbildung 62:	Prävalenz von Angststörungen DAK-versicherter Kinder und Jugendliche (5–17 Jahre) im Jahr 2017	133
Abbildung 63:	Gewichtete Exzess-Kosten für Jungen und Mädchen (5–17 Jahre) mit Angststörungen nach Versorgungssektor.	137
Abbildung 64:	Risiko parallel auftretender Depressionen und Angststörungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017	142
Abbildung 65:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017	144
Abbildung 66:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit bestimmten somatischen Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017	145
Abbildung 67:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierten Schmerzen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017	147

Abbildung 68:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit einem chronisch kranken Elternteil in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017 . . . . .	.149
Abbildung 69:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit jeweils einem Elternteil mit Depressionen oder Angststörungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017 . . . . .	.151
Abbildung 70:	Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit einem Elternteil mit einer Suchterkrankung in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017 . . . . .	.152
Abbildung 71:	Prävalenz dokumentierter Fälle von Kindesmissbrauch (ICD-10 T74) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017 . . . . .	.155
Abbildung 72:	Studiendesign der KiGGS-Studie . . . . .	.160
Abbildung 73:	Prävalenz und zeitliche Trends psychischer Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur KiGGS Welle 1 (2009–2012) [n. s. = nicht signifikant; * $p < 0,05$]. . . . .	.163
Abbildung 74:	Übergangswahrscheinlichkeiten psychischer Auffälligkeiten im zeitlichen Verlauf von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur KiGGS Welle 1 (2009–2012) . . . . .	.165
Abbildung 75:	Stabilität des Elternberichts einer jemals durch einen Arzt oder Psychologen vergebenen ADHS-Diagnose ihres Kindes von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bis zur KiGGS Welle 1 (2009–2012) . . . . .	.169
Abbildung 76:	Personale, familiäre und soziale Ressourcen in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006). Defizite bezüglich personaler, familiärer und sozialer Ressourcen nach Geschlecht . . . . .	.170
Abbildung 77:	Personale, familiäre und soziale Ressourcen in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006). Zusammenhang von Defiziten bezüglich personaler, familiärer und sozialer Ressourcen mit psychischen Auffälligkeiten . . . . .	.171

Abbildung 78:	Veranschaulichung des Designs, Kombination aus Quer- und Längsschnittstudie.. . . . .	.210
Abbildung 79:	Schlafdauer in Stunden, nach Klassenstufe. . .	.214
Abbildung 80:	Anteil der Schüler*innen, die mehr als vier Stunden pro Tag vor dem Bildschirm verbringen, nach Geschlecht und Schulart. . . . .	.215
Abbildung 81:	Schlafdauer in Abhängigkeit der Zeit, die pro Tag vor dem Bildschirm verbracht wurde, nach Klassenstufe. . . . .	.216
Abbildung 82:	Subjektives Stresserleben, nach Klassenstufe und Geschlecht. . . . .	.217
Abbildung 83:	Wahrgenommener Stress („eher stark“ oder „sehr stark“) durch verschiedene Quellen des sozialen Umfelds, nach Geschlecht und Schulart . . . . .	.218
Abbildung 84:	Subjektive Belastung durch verschiedene Faktoren im Schulalltag.. . . . .	.219
Abbildung 85:	Zusammenhang zwischen durchschnittlicher Schlafdauer unter der Woche und wahrgenommenem Stress . . . . .	.220
Abbildung 86:	Selbstberichtete Häufigkeit von somatischen Beschwerden (jede Woche oder häufiger) . . .	.221
Abbildung 87:	Häufigkeit von somatischen Beschwerden, nach Geschlecht . . . . .	.222
Abbildung 88:	Häufigkeit von somatischen Beschwerden, nach Stresserleben (nie/selten vs. oft/sehr oft) . . . . .	.223
Abbildung 89:	Anteil der Schüler*innen, die angaben, „oft/meistens“ die Symptome zu erleben, nach Geschlecht und Schulart . . . . .	.224
Abbildung 90:	Niedergeschlagenheit, nach Klassenstufe . . .	.225
Abbildung 91:	Depressive Symptome, in Abhängigkeit des Stresserlebens . . . . .	.225
Abbildung 92:	Anteil der Schüler*innen, die die Aussagen als weitgehend oder besonders zutreffend einschätzten, nach Geschlecht und Schulart . .	.227
Abbildung 93:	Ablenkung durch die Umgebung, nach Klassenstufe . . . . .	.228

Abbildung 94: Anteil der Schüler*innen, die angaben, sich oft durch die Umgebung ablenken zu lassen („weitgehend/besonders zutreffend“), nach Geschlecht und Schultyp . . . . .	.228
Abbildung 95: Durchschnittliche Bildschirmzeit und Schlafdauer in Stunden in Abhängigkeit der ADHS Symptomatik (unteres, mittleres und oberes Drittel der Stichprobe). . . . .	.229
Abbildung 96: Schüler*innen, die angaben, oft/sehr oft zu überlegen was andere von ihnen denken. . .	.230
Abbildung 97: Häufigkeit von Mobbing im letzten halben Jahr . . . . .	.231

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stichprobengröße für die Jahre 2016 und 2017.	8
Tabelle 2:	Identifizierte Familienstrukturen	10
Tabelle 3:	Klassifikation der Variablen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Eltern	16
Tabelle 4:	Abdeckung der Einkommens- und Bildungsgrup- pen DAK-versicherter Eltern	20
Tabelle 5:	Häufigste Diagnosen (ICD-Dreisteller) im Jahr 2017 (Fälle je 1.000 Personen)	25
Tabelle 6:	Erkrankungsdiagnosen, die im Jahr 2017 für Jungen häufiger als für Mädchen dokumentiert wurden (Fälle je 1.000 bei Personen im Alter von 0–17 Jahren)	27
Tabelle 7:	Erkrankungsdiagnosen, die im Jahr 2017 für Mädchen häufiger als für Jungen dokumentiert wurden (Fälle je 1.000 bei Personen im Alter von 0–17 Jahren)	28
Tabelle 8:	Aufgreifkriterien zur Bestimmung chronisch Krankter in GKV-Abrechnungsdaten	31
Tabelle 9:	ICD-10-Aufgreifdiagnosen chronisch kranker Kinder und Jugendliche	32
Tabelle 10:	Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Kin- dern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017.	34
Tabelle 11:	Prävalenz (Fälle je 1.000) chronisch-somati- scher Erkrankungen bei Kindern und Jugendli- chen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	36
Tabelle 12:	Prävalenz (Fälle je 1.000) chronisch-psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	37
Tabelle 13:	Prävalenz von Multimorbidität unter Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	40
Tabelle 14:	Prävalenz (Fälle je 1.000) von Atemwegserkran- kungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre).	43
Tabelle 15:	Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigs- ten dokumentierten Atemwegserkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	45

Tabelle 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Grippefälle bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahren)	46
Tabelle 17: Prävalenz (Fälle je 1.000) infektiöser und parasitärer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre).	49
Tabelle 18: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten infektiösen und parasitären Erkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	51
Tabelle 19: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Augenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)	53
Tabelle 20: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Augenerkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	55
Tabelle 21: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Hauterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)	57
Tabelle 22: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Hauterkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	58
Tabelle 23: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Ohrenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)	60
Tabelle 24: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Ohrenerkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	61
Tabelle 25: Prävalenz (Fälle je 1.000) endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre).	63
Tabelle 26: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	65
Tabelle 27: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Diabetes-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)	67
Tabelle 28: Prävalenz (Fälle je 1.000) angeborener Fehlbildungen bei Säuglingen (<1 Jahr)	70

Tabelle 29: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten angeborenen Fehlbildungen (ICD-10 Dreisteller) für Säuglinge (<1 Jahr) im Jahr 2017	70
Tabelle 30: Prävalenz sonstiger Erkrankungsarten (Fälle je 1.000) unter Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	71
Tabelle 31: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Verdauungserkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	72
Tabelle 32: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Enteritis und Kolitis-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)	73
Tabelle 33: Häufigkeit der fünf relevantesten Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Fälle je 1.000)	75
Tabelle 34: Prävalenz (Fälle je 1.000) muskuloskelettaler Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)	76
Tabelle 35: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten muskuloskelettalen Erkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	77
Tabelle 36: Prävalenz von Schmerzdiagnosen (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	80
Tabelle 37: Prävalenz unspezifischer Symptome (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017	81
Tabelle 38: Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme je Versorgungssektor im Jahr 2017	86
Tabelle 39: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person je Versorgungssektor nach Alter im Jahr 2017	87
Tabelle 40: Gesamtausgaben je Versorgungssektor	88
Tabelle 41: Verteilung der Gesamtausgaben im Jahr 2017 auf DAK-versicherte Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre)	90

Tabelle 42: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit ambulant-ärztlicher Leistungen pro Person im Jahr 2017	92
Tabelle 43: Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme je Arztgruppe im Jahr 2017	93
Tabelle 44: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person (0–17 Jahre) je Arztgruppe im Jahr 2017	94
Tabelle 45: Verteilung der Ausgaben für ambulant-ärztliche Leistungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher (0–17 Jahre) im Jahr 2017.	95
Tabelle 46: Wirkstoffgruppen mit der höchsten Verschreibungsprävalenz (in %) im Jahr 2017	99
Tabelle 47: Wirkstoffe mit den größten Änderungsraten in der Verschreibungsprävalenz von 2016 auf 2017 bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)	100
Tabelle 48: Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)	103
Tabelle 49: Verschreibungsquote von Heilmitteln bei Jungen und Mädchen in Abhängigkeit des Alters	108
Tabelle 50: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre) .	112
Tabelle 51: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017	114
Tabelle 52: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017	115
Tabelle 53: Prävalenz (Fälle je 1.000) affektiver und neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017	117
Tabelle 54: An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Facharztgruppen	119
Tabelle 55: Durchschnittliche Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017	120

Tabelle 56: Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)	122
Tabelle 57: Hauptdiagnosen einer stationären Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit der durchschnittlich längsten Verweildauer (in Tagen).	123
Tabelle 58: Depressionsprävalenz (ICD-10 F32/F33, Fälle je 1.000) im Kindes- und Jugendalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017	124
Tabelle 59: Prävalenz depressiver Episoden (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) nach dokumentiertem Schweregrad im Jahr 2017	126
Tabelle 60: Exzess-Kosten von Depressionen bei Kindern im Schulalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017	128
Tabelle 61: Durchschnittliche Anzahl zusätzlicher Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) mit Depressionen im Jahr 2017.	129
Tabelle 62: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einer dokumentierten Depression (ICD-10 F32, F33), die im Jahr 2017 Antidepressiva (ATC N06A) oder einen Krankenhausaufenthalt wegen einer Depression hatten	130
Tabelle 63: Prävalenz von Angststörungen (ICD-10 F40/F41, Fälle je 1.000) im Kindes- und Jugendalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017	132
Tabelle 64: Prävalenz verschiedener phobischer Störungen (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017	133
Tabelle 65: Prävalenz verschiedener Formen anderer Angststörungen (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017	134
Tabelle 66: Prävalenz verschiedener Formen emotionaler Störungen des Kindesalters (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017	135
Tabelle 67: Exzess-Kosten von Angststörungen bei Kindern im Schulalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017	136
Tabelle 68: Durchschnittliche Anzahl zusätzlicher Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) mit Angststörungen im Jahr 2017	138

Tabelle 69: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einer dokumentierten Angststörung (ICD-10 F40, F41), die im Jahr 2017 selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, ATC N06AB) oder einen Krankenhausaufenthalt wegen einer Angststörung hatten . . . . .	.138
Tabelle 70: Risikofaktoren für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter . . . . .	.141
Tabelle 71: Prävalenz (Fälle je 1.000) parallel auftretender Depressionen (ICD-10 F32/F33) und Angststörungen (ICD-10 F40/F41) in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter im Jahr 2017 . . . . .	.142
Tabelle 72: Anteil Kinder und Jugendlicher mit chronischer Erkrankung und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017 . . . . .	.143
Tabelle 73: Anteil Kinder und Jugendlicher mit bestimmten somatischen Erkrankungen und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017 . . . . .	.144
Tabelle 74: Anteil Kinder und Jugendlicher mit Schmerzen und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017 . . . . .	.146
Tabelle 75: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einem chronisch kranken Elternteil und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017 . . . . .	.148
Tabelle 76: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einem psychisch kranken Elternteil und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017 . . . . .	.150
Tabelle 77: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) in Abhängigkeit des Bildungsgrades der Eltern im Jahr 2017 . . . . .	.153
Tabelle 78: Prävalenzen und zeitliche Trends in der Häufigkeit elternberichteter, jemals diagnostizierter ADHS zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der KiGGS Welle 2 (2014–2017) . . . . .	.167
Tabelle 79: Multivariate Zusammenhänge zwischen personalen, familiären und sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten sowie Essstörungssymptomen (RKI, BZgA 2008) . . . . .	.171

Tabelle 80: Korrelationen zwischen Anzahl der Unterstützungsquellen und aller Skalen der psychischen Gesundheit (Syndromskalen und übergeordnete Skalen der CBCL/4–18) . . . . .	.184
Tabelle 81: Die Anzahl der Unterstützungsquellen und der Belastungen in Abhängigkeit von der Resilienz (Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben) . . . . .	.185
Tabelle 82: Deskriptive Statistiken der Skalen des KINDL ^R in Abhängigkeit von der Resilienz und Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben . . . . .	.186
Tabelle 83: Bivariate Korrelationen zwischen den einzelnen Unterstützungsquellen und den Skalen der CBCL (1) . . . . .	.186
Tabelle 84: Bivariate Korrelationen zwischen den einzelnen Unterstützungsquellen und den Skalen der CBCL (2) . . . . .	.187
Tabelle 85: Allgemeine Angaben zur Gesamtstichprobe der zweiten Erhebungswelle. . . . .	.211

Zusammenfassung

Durch den begonnenen Aufbau einer Zeitreihe ist der Report nicht nur eine der bislang umfangreichsten Untersuchungen zur Kindes- und Jugendgesundheit in Deutschland, sondern bietet nun auch die Möglichkeit zeitliche Entwicklungen abzubilden. Neben einer Fortsetzung der Querschnittsanalysen zur Häufigkeit versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder im Kindes- und Jugendalter stehen dabei Schwerpunktanalysen zur psychischen Gesundheit sowie zu Angststörungen und Depressionen im Mittelpunkt des Reportes.

In insgesamt vier Analysekapiteln beantwortet der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit verschiedene Fragestellungen und liefert umfangreiche Daten für die Versorgungsforschung. Die Kernergebnisse aus diesen Analysen werden nachfolgend zusammengefasst:

Häufigste Erkrankungen und Behandlungsdiagnosen von Kindern und Jugendlichen

Häufigste Erkrankungen Häufigste Erkrankungsarten im Kindes- und Jugendalter sind Atemwegserkrankungen. Unabhängig von Alter und Geschlecht wurden 60 % aller Kinder und Jugendlichen im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund entsprechender Probleme ärztlich behandelt. Zu den fünf häufigsten Erkrankungsarten zählen zudem Infektionserkrankungen (40 %), Augenerkrankungen (31 %), Hauterkrankungen (28 %) und psychische Erkrankungen (27 %).

Bei einem Arztbesuch wird im Kindes- und Jugendalter am häufigsten ein grippaler Infekt diagnostiziert. 34 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren waren im Jahr 2017 wenigstens einmal betroffen. Häufig wird zudem eine Kurz- oder Weitsichtigkeit (19 %), eine akute Bronchitis (13 %) oder unspezifische Virus-erkrankungen (13 %) diagnostiziert und behandelt.

Chronische Erkrankungen Für mehr als jedes vierte Kind (27 %) wurde im Jahr 2017 eine Diagnose gestellt, welche auf eine potenziell chronisch-somatische Erkrankung hindeuten kann. 16 % aller Kinder leiden zudem unter einer chronisch verlaufenden somatischen Erkrankung, welche in zwei aufeinanderfolgenden Jahren ärztlich behandelt werden mussten. 8 % aller Kinder haben darüber hinaus eine potenziell chronisch-psychische Erkrankung, wobei insgesamt 5 % aller Kinder aufgrund desselben psychischen Problems sowohl im Jahr 2016 als auch in 2017 behandelt wurden.

Multimorbidität 8 % aller Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 aufgrund von mindestens zwei chronisch verlaufenden Erkrankungen behandelt. 1,4 % aller Kinder litten zudem parallel unter einer chronisch-somatischen und chronisch-psychischen Erkrankung. Jungen sind von Multimorbidität häufiger betroffen als Mädchen.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

93 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren waren im Jahr 2017 wenigstens einmal beim Arzt. Während 98 % aller Ein- bis Vierjährigen wenigstens einmal einen Arzt aufsuchten, sind es bei 10- bis 17-Jährigen insgesamt knapp 90 %. Unabhängig von Alter und Geschlecht geht ein Kind durchschnittlich 4,9 Mal pro Jahr zum Arzt. Dabei werden Kleinkinder im Durchschnitt 3,3 Mal pro Jahr vom Kinderarzt behandelt, während Jugendliche durchschnittlich 1,6 Mal pro Jahr einen Haus- und 2,9 Mal pro Jahr einen Facharzt aufsuchen.

Arztbesuche

70 % aller Kinder und Jugendlichen erhielten wenigstens eine Verordnung. Dieser Anteil nimmt mit zunehmendem Alter konstant ab. Bekommen im Kleinkindalter noch vier von fünf Kindern wenigstens ein Arzneimittel verschrieben, sinkt diese Quote im Jugendalter auf unter 60 %. Im Durchschnitt werden pro Kind 3,2 verschiedene Arzneimittel-Wirkstoffe im Jahr verschrieben. Unabhängig von Alter und Geschlecht sind Schmerzmittel die am häufigsten verordnete Wirkstoffgruppe. Insbesondere auf Ebene verschriebener Arzneimittel gibt es zum Teil deutliche Unterschiede zum Vorjahr. Erhielten im Jahr 2016 7 % aller Kinder und Jugendlichen eine Vitamin D-Supplementierung, waren es 2017 8 %; ein Plus von 12 %. Deutlich ist indes der rückläufige Anteil von Kindern, welche wenigstens einmal ein Antibiotikum verschrieben bekamen; in 2017 6 % weniger im Vorjahr.

Arzneimittelverschreibungen

7 % aller Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal im Krankenhaus behandelt. Am häufigsten war für Säuglinge ein Krankenhausaufenthalt erforderlich (22 %), am seltensten für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5 und 14 Jahren (5 %).

Krankenhausaufenthalte

Im Jahr 2017 fielen für die gesundheitliche Versorgung von DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen Gesamtausgaben in Höhe von 743 Millionen Euro an. Dies entspricht durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von 949 Euro, ein Plus von 2 % gegenüber dem Vorjahr. Am höchsten sind die durchschnittlichen Ausgaben für Säuglinge (2.544 Euro), am niedrigsten bei Kindern im Alter von zehn bis 14 Jahren (811 Euro). 38 % der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen entfielen auf Krankenhausaufenthalte. Ebenfalls hoch waren die Ausgaben für ambulante Arztbesuche (34 %) und für verschriebene Arzneimittel (13 %). Die übrigen 15 % der Gesamtausgaben entfielen auf verordnete Heilmittelleistungen (8 %), Hilfsmittel (6 %) und Reha-Leistungen (1 %).

Ausgaben für Versorgungsleistungen

Für 8 % aller Kinder meldete sich im Jahr 2017 ein DAK-versichertes Elternteil wenigstens einmal krank. Diese Elternteile meldeten sich im Durchschnitt 2,1 Mal innerhalb eines Jahres für durchschnittlich zwei Tage krank.

Arbeitsunfähigkeit der Eltern

Schwerpunkt: Depressionen und Angststörungen bei Schulkindern

- Psychische und Verhaltensstörungen** 27 % aller Kinder und Jugendlichen leiden unter psychischen und Verhaltensstörungen, die im Jahr 2017 wenigstens einmal ärztlich behandelt wurden. Psychische Entwicklungsstörungen, insbesondere Sprach- und Sprechstörungen, sind dabei das am häufigsten dokumentierte Störungsbild. Knapp 10 % aller Jungen und Mädchen sind davon betroffen. Affektive Störungen, zu denen Depressionen zählen, sind unter allen psychischen und Verhaltensstörungen die sechsthäufigste Diagnose. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, darunter insbesondere Angststörungen, sind die dritthäufigste Diagnosegruppe.
- Ambulant-psychotherapeutische Versorgungsleistungen** Ab der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen ist ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme ambulant-psychotherapeutischer Leistungen zu beobachten. Knapp 6 % aller Kinder in diesem Alter suchten im Jahr 2017 wenigstens einmal einen entsprechenden Arzt auf. Während Jungen eher im späten Kindesalter ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, lag der Anteil bei Mädchen im späten Jugendalter höher.
- Depressionen und Angststörungen** Für 1,5 % aller Schulkinder (5–17 Jahre) wurde eine Depressionsdiagnose in Abrechnungsdaten dokumentiert (10–17 Jahre: 1,9 %; 15–17 Jahre: 3,9 %). Im Vergleich zum Vorjahr ist die Depressionshäufigkeit in 2017 um 5 % gestiegen. Dabei werden überwiegend zeitlich begrenzte depressive Episoden diagnostiziert. Mädchen (bis zu 7 % im späten Jugendalter) sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (bis zu 3 %). Für 1,9 % wurde eine Angststörung in Abrechnungsdaten dokumentiert. Mädchen (bis zu 5 % im späten Jugendalter) sind ebenfalls deutlich häufiger betroffen als Jungen (bis zu 2 %).
- Kosten von Depressionen und Angststörungen** Im Durchschnitt fallen für die Versorgung von Depressionen bei Jungen im Schulalter (5–17 Jahre) zusätzliche Kosten in Höhe von 2.530 Euro an. Bei Mädchen liegen diese mit 3.018 Euro im Durchschnitt 19 % höher als bei Jungen. Ca. 60 % dieser Ausgaben entfielen dabei auf Krankenhausaufenthalte und ca. 30 % auf ambulante Arztbesuche. Die durchschnittlichen Ausgaben für Antidepressiva sind bei Jungen dreimal höher als bei Mädchen. Für die Versorgung von Angststörungen fallen zusätzliche Kosten in Höhe von 2.287 Euro an. Bei Mädchen liegen diese mit 2.519 Euro im Durchschnitt 10 % höher als bei Jungen. Diese fallen bei Jungen und Mädchen weitestgehend gleichverteilt für Krankenhausaufenthalte (ca. 55 %), ambulante Arztbesuche (ca. 30 %) und Arzneimittel (ca. 9 %) an.
- Paralleles Auftreten** Depressionen und Angststörungen treten häufig parallel auf. 17 % aller Jungen mit einer diagnostizierten Depression leiden parallel auch unter einer Angststörung. Bei Mädchen liegt der Anteil mit 24 % noch einmal 40 % höher.

Sowohl persönliche als auch umfeldbezogene Risikofaktoren können das Auftreten von Depressionen und Angststörungen unter Kindern und Jugendlichen begünstigen. Während Angststörungen häufiger unter Schulkindern auftreten als Depressionen, wird das Auftreten von Depressionen stärker sowohl durch in GKV-Abrechnungsdaten abbildbare persönliche als auch durch Umfeldfaktoren beeinflusst:

Risikofaktoren

Unter allen Faktoren zeigte sich das größte Risiko für die Entwicklung einer Depression bei parallelem Vorliegen einer eigenen chronischen Erkrankung. In Abhängigkeit des Alters und Geschlechtes ist das Risiko für eine Depression bei chronisch kranken Kindern insbesondere im Jugendalter um das bis zu Vierfache, das Risiko für eine Angststörung um das bis zu Dreifache erhöht.

**Einfluss
chronischer
Erkrankungen**

Eine Adipositas ist mit einem hohen Depressionsrisiko assoziiert. Unabhängig vom Alter haben Jungen und Mädchen mit krankhaftem Übergewicht ein zweieinhalb- bis dreimal so hohes Risiko für eine depressive Störung im Vergleich zu normalgewichtigen Kindern.

Adipositas

Auch die Behandlung unspezifischer Schmerzen, insbesondere Bauch- und Kopfschmerzen, ist mit einem häufigeren Auftreten von Depressionen und Angststörungen assoziiert. Insbesondere ab dem späten Kindesalter ist bei Kindern mit ärztlich behandelten Schmerzen das Risiko für Depressionen und Angststörungen um das Zwei- bis Zweieinhalbfache erhöht.

Schmerzen

Leidet ein Elternteil unter einer klinisch dokumentierten Depression ist im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern das Risiko für eine parallele kindliche Depressionserkrankung insbesondere im Kindesalter um mehr als das Dreifache erhöht. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei Angststörungen, allerdings auf schwächerem Niveau. Während das Risiko, als Kind bei elterlicher Prädisposition auch eine Depression zu entwickeln, eher abnimmt, steigt es bei elterlichen Angststörungen mit zunehmendem Alter an.

**Familiäre
Prädisposition**

Kinder aus Elternhäusern mit mittlerem Bildungsniveau haben ein statisch signifikant höheres Risiko (+9 %), an Depressionen oder Angststörungen zu leiden, als Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem oder hohem Bildungsniveau. Für Kinder aus Akademikerhalten wurde das geringste Risiko für eine Depression oder Angststörung beobachtet.

**Sozio-ökonomi-
scher Status**

1. Hintergrund

1.1 Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

Die systematische Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sowie die Analyse beeinflussender Faktoren sind von hoher Public Health-Relevanz. Insbesondere auf Prävention angelegte Initiativen wie die aktuell diskutierte Einführung einer Impfpflicht von Kindergarten- und Schulkindern oder die Betonung der Herausforderungen gesundheitlicher Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern¹ ist auf umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit dieser Reportreihe maßgeblich unterstützt.

Mit dem ersten Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit aus dem Jahr 2018 wurde der Grundstein für eine systematische Analyse der Gesundheit und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen der heranwachsenden Generation gelegt. Daran knüpft der zweite Report an und liefert neben einer Querschnittsanalyse, basierend auf Daten der Jahre 2016 und 2017 auch erste Längsschnittvergleiche, welche zeitliche Entwicklungen von Krankheitshäufigkeiten oder Inanspruchnahmen des Versorgungssystems zeigen.

Schwerpunktthema des zweiten Kinder- und Jugendreportes sind bestimmte psychische Erkrankungen, welche zwar nicht zu den häufigsten, aber für die körperliche und soziale Entwicklung von Kindern mit zu den bedeutensten Erkrankungen zählen: Depressionen und Angststörungen (siehe Kap. 1.3). Viele der betroffenen Kinder und Jugendlichen zeigen ernsthafte Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen und tragen ein hohes Risiko für gesundheitliche Störungen in ihrer weiteren Entwicklung. Beide Formen psychischer Auffälligkeiten bieten dabei jedoch die Möglichkeit, Konzepte zur zielgruppenspezifischen Prävention und zur Verbesserung der Versorgung zu entwickeln. Diese Erkrankungsbilder stehen deshalb im Mittelpunkt des vorliegenden Reportes.

1.2 Datenquellen

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stehen grundsätzlich zwei verschiedene Datenquellen zur Verfügung:

1. Primärdaten aus Befragungen von Kindern bzw. deren Eltern,
2. Sekundär- bzw. Routedaten.

Routedaten im Gesundheitswesen sind standardisierte Informationen, die insbesondere zu Abrechnungszwecken mit den Leistungserbringern erhoben werden. Dies sind bspw. Daten der Gesetzlichen

¹ CDU, CSU und SPD (2018).

Krankenversicherung (GKV), Renten- und Unfallversicherung, aber auch der amtlichen Statistik (z. B. Krankenhausdiagnose- oder DRG-Statistiken). Im Gegensatz zu Primärdaten, die eigens für den wissenschaftlichen Verwendungszweck erhoben werden, handelt es sich bei Routinedaten um bereits vorliegende Daten, die zunächst für andere, nicht primär wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden. Die zu Abrechnungszwecken zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen übermittelten Daten sind durch gesetzliche Bestimmungen (insbesondere im SGB V) und Verordnungen (GKV-Datenaustausch) weitgehend formalisiert und standardisiert.

Surveystudien Zur Beschreibung der Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland liegt eine Vielzahl von Studien vor, welche auf primären Befragungen basiert. Darunter sind bekannte, große nationale Surveys, wie z. B. die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts oder die HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“). Im Wesentlichen unterscheiden sich diese Surveys im Alter der betrachteten Zielgruppen. Während die KiGGS-Studie Kinder und Jugendliche von 0 bis 17 Jahren einschließt und neben der subjektiven Einschätzung zur Gesundheit von Kindern ab 11 Jahren auch die Bewertung des Gesundheits- und Ernährungsverhaltens der Eltern aller Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren umfasst, fokussiert die HBSC-Studie auf Heranwachsende im Alter zwischen 11 und 15 Jahren. Angelegt sind beide Studien als Längsschnitterhebungen, welche so Auskunft über zeitliche Trends im Gesundheitsverhalten geben können.

Sekundärdatenanalysen Darüber hinaus wurden in den vergangenen Jahren einige Analysen über das Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsleistungen bei Kindern und Jugendlichen auf Basis von GKV-Routinedaten aber auch auf Basis von Auswertungen größerer Forschungsdatenbanken (z. B. die pharmakoepidemiologische Forschungsdatenbank des Leibniz-Instituts für Präventionsforschung und Epidemiologie – BIPS) bzw. Datenauswertungen anderer deutscher Panelstudien (z. B. das Sozio-oekonomische Panel – SOEP) veröffentlicht. Zudem haben viele Kostenträger in der gesetzlichen Krankenversicherung eigene Schwerpunktanalysen zur Kindergesundheit herausgegeben, jedoch in der Regel mit einem thematischen Fokus auf einzelne Erkrankungsindikationen und in der Regel ohne Längsschnittbezug. Der Aufbau einer Zeitreihe im Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit leistet somit einen wichtigen Beitrag zur routinemäßigen Beschreibung der gesundheitlichen Lage in dieser besonders vulnerablen Zielgruppe. Die Verknüpfung eines kontinuierlichen Reportings mit inhaltlichen Schwerpunktthemen, welche bislang nur sehr unsystematisch oder noch sehr wenig in der Fachöffentlichkeit, aber auch in den für die Versorgung relevanten Settings wie Kindergärten, Schule oder Ausbildungsbetrieb diskutiert wurden, begleitet diesen Report.

Die Verwendung von GKV-Routinedaten als Datenbasis für Untersuchungen zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen

bzw. deren Eltern geht dabei mit einer Reihe von Vorteilen, aber auch mit einigen Limitationen einher. Zu den Vorteilen gehört, dass die Datengrundlage approximative Repräsentativität bietet und wenig anfällig für Verzerrungen aufgrund von Selektionseffekten ist. Entsprechende Analysen sind meist Vollerhebungen basierend auf allen bei der datenliefernden Krankenkasse versicherten Personen. Verzerrungen können demnach nur dadurch entstehen, dass sich das Versichertenkollektiv der entsprechenden Krankenkasse systematisch von der GKV-Gesamtpopulation unterscheidet. Bei einer bundesweit tätigen Krankenkasse, wie der DAK-Gesundheit mit 5,7 Millionen Versicherten², sowie unter Berücksichtigung der zum 01.01.1996 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführten Wahlfreiheit der Kasse in der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen von einer hinreichenden Durchmischung der Versichertenstrukturen auszugehen. Dennoch widmet sich Kapitel 2.2 ausführlich der Analyse und Beschreibung der Repräsentativität der im vorliegenden Report verwendeten Daten.

Insbesondere aufgrund der Menge an verfügbaren Daten, sowohl hinsichtlich der Samplegröße als auch der Variablenanzahl, ermöglichen GKV-Routinedatenanalysen vielfältige bevölkerungsbezogene Analysen mit diversen Differenzierungsmöglichkeiten, z. B. nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status und Region. Die Datenerhebung erfolgt kontinuierlich und gestattet eine vollständige Abbildung von gegenüber der GKV abrechenbaren Leistungen. Die verfügbaren Daten umfassen Diagnose- und Leistungsdaten aus der vertragsärztlichen Versorgung, der Krankenhausversorgung, der Arzneimittelversorgung, der Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie der durch die GKV getragenen Rehabilitationsleistungen. Hinzu kommen Daten zur Arbeitsunfähigkeit der Erziehungsberechtigten sowie zu (Kinder-)Krankengeldzahlungen.

Nicht möglich ist hingegen die Abbildung von verhaltensbezogenen Einflussfaktoren (z. B. Ernährungs-, Bewegungs- oder Rauchverhalten). Auch lassen sich Schweregrade der zu analysierenden Krankheiten häufig nicht adäquat differenzieren, da der ICD-10-Katalog zur Diagnosekodierung diesbezüglich nur eingeschränkte Möglichkeiten bietet. In Erkrankungsbildern, in denen der ICD-10 wiederum eine Schweregraddifferenzierung ermöglicht, wurde in der Vergangenheit für ausgewählte Krankheitsbilder beobachtet, dass eine entsprechende Differenzierung nicht vorgenommen wurde, sondern regelhaft „unspezifische“ Erkrankungsdiagnosen kodiert wurden.³ Zudem fehlen in Sekundärdaten bestimmte soziodemographische und sozioökonomische Angaben zu Determinanten der Inanspruchnahme. Eine weitere Limitation besteht darin, dass Selbstzahlerleistungen sowie andere nicht über die GKV finanzierte Versorgungsleistungen nicht in GKV-Routinedaten enthalten sind. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass Routinedaten keine explizit zu For-

Vorteile von GKV-Routinedaten

Nachteile von GKV-Routinedaten

² Stand: 01.05.2019.

³ IGES (2012).

schungszwecken erhobenen Daten darstellen und die Validität und Vollständigkeit der Diagnosedaten eingeschränkt sein kann.

Zusammenfassend stellen GKV-Sekundärdaten eine bedeutende Datenquelle dar, welche zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen systematisch herangezogen werden sollte. Insbesondere die vollständige Abbildung des abrechnungsrelevanten Leistungsgeschehens in der GKV ist in keiner anderen Datenquelle gegeben. Auch auf Ebene des Erkrankungsgeschehens ergibt sich aus GKV-Daten ein vollständiges Bild, allerdings nur soweit, wie Gesundheitsprobleme auch im Versorgungssystem vorstellig wurden und durch Leistungserbringer zur Abrechnung dokumentiert wurden. Nur in Kombination mit Primärdaten lassen sich zudem wesentliche Determinanten für das Auftreten sowie die Inanspruchnahme des Versorgungssystems zusammenfassen. Insofern bietet sich für eine umfassende Analyse der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ein individuelles Datenlinkage von Primär- und Sekundärdaten an. Auch eine stärkere Berücksichtigung von Routinedaten in der Gesundheitsberichterstattung ist zu diskutieren.⁴ Die fortlaufende Analyse der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit in Verbindung mit den Ergebnissen des Präventionsradars und ergänzt durch externe Gastbeiträge soll hierzu wichtige Grundsteine legen.

1.3 Schwerpunktthema

Schwerpunkt: Diesjähriges Schwerpunktthema des Kinder- und Jugendreportes
Psychische ist die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. 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.⁵ Erkenntnisse zum Verlauf psychischer Störungen in Kindheit und Jugend vermitteln epidemiologische Studien. Diese reichen von deskriptiven Querschnittsstudien ab den 1960er Jahren, in denen psychische Auffälligkeiten häufig nur ad hoc und per Fremdurteil erhoben wurden, bis hin zu aktuellen, großen, prospektiven Kohortenstudien, in denen psychische Auffälligkeiten multiperspektivisch nach internationalen diagnostischen Kriterien eingeschätzt und häufig auch biologische Indikatoren erhoben werden.⁶ Systematische Auswertungen des gesamten diagnostischen und therapeutischen Leistungsgeschehens liegen bislang jedoch nicht vor, weshalb die Wahl auf dieses Schwerpunktthema fiel. Zudem knüpft die DAK-Gesundheit mit diesem Report an die „Psychoreporte“ 2015 bzw. 2019 an, welcher zentrale Herausforderungen in der Versor-

⁴ Ohlmeier et al. (2014).

⁵ Belfer (2008); Ewest et al. (2013).

⁶ Verhulst & Tiemeier (2015).

gung psychischer Krankheiten vor dem Hintergrund häufiger Arbeitsunfähigkeit identifizierte.⁷

Die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten liegt bei Kindern und Jugendlichen basierend auf Daten des vorliegenden Reportes im Jahr 2017 bei 26,7 % und damit auf zum Vorjahr vergleichbarem Niveau. Andere nationale Studien zeigen vergleichbare Daten mit einer ermittelten Querschnittsprävalenz von knapp über 20 %.⁸ Ca. 50 % aller psychischen Entwicklungs- und Verhaltensstörungen beginnen vor dem neunten Lebensjahr; dies zeigen Daten des letztjährigen Kinder- und Jugendreportes der DAK-Gesundheit. Vergleichsdaten für spezifische Verhaltensstörungen deuten auf eine insgesamt etwas spätere erstmalige Auffälligkeit hin.⁹ Unabhängig davon sind psychische Verhaltensauffälligkeiten jedoch insbesondere ab dem Schulalter von hoher Versorgungsrelevanz.

Die Prävalenz aller psychischen Störungen weisen alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede auf. Der vorliegende Report fokussiert sich deshalb auf zwei spezifische Störungsbilder, Angst- sowie affektive Störungen. Ängste und Depressionen spielen sich im Inneren ab. Die betroffenen Kinder klagen unter Umständen über Bauchschmerzen und Kopfschmerzen, sind aber ansonsten eher unauffällig. Ganz anders als Kinder, die beispielsweise unter einer Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung leiden. Weil diese mit ihrem auffälligen Verhalten sowohl in der Schule als auch in der Familie stark stören können und möglicherweise die Systemstabilität gefährden, ist ihnen Beachtung sicher. Leise Beschwerden werden hingegen leicht übersehen. Unter Umständen herrscht im Umfeld des Kindes die Meinung vor: „Das wächst sich aus“. Dabei ist sich die Wissenschaft einig, dass still leidende Kinder, die ohne Unterstützung bleiben, im Erwachsenenalter ein höheres Risiko haben, manifeste Ängste und Depressionen zu entwickeln.

Angststörung und Depression

Es bestand lange Zeit in der klinischen Fachliteratur Uneinigkeit darüber, ob depressive Gefühlszustände bei Kindern ebenso beobachtet werden können wie bei Jugendlichen und Erwachsenen. Forschungsbefunde der letzten Jahre zeigen allerdings, dass Kinder nicht nur das gesamte Spektrum von „mood disorders“ haben können, sondern dass sie genau so von Morbidität und Mortalität im Zusammenhang mit Depression und Ängsten betroffen sein können wie Erwachsene. Ebenso wie Depressionen beginnen Angststörungen mit wenigen Ausnahmen überwiegend im späten Kindes- bzw. frühen Jugendalter. Insbesondere über die diagnostische und therapeutische Erst- und Langzeitversorgung dieser Kinder gibt es bislang jedoch noch bedeutende Forschungslücken, welche derzeit zum Beispiel durch Auswertungen der BELLA-Studie erst langsam geschlossen werden.¹⁰

⁷ DAK-Gesundheit (2019).

⁸ Barkmann, Schulte-Markwort (2010); Hölling et al. (2014).

⁹ Kessler et al. (2005).

¹⁰ Klasen et al. (2016).

Wahl des Schwerpunktes Die DAK-Gesundheit hat für den vorliegenden Report den Schwerpunkt „Depressionen und Angststörungen“ gewählt, um sich als große gesetzliche Krankenkasse für eine Verbesserung der Versorgung von Kindern mit diesen eher leisen Leiden einzusetzen. Mit einer systematischen Analyse des Versorgungsgeschehens wird dabei unter anderem ermittelt, wie viel Hilfe betroffene Kinder derzeit erhalten. Die These ist, dass für Kinder, die unter Ängsten und Depressionen leiden, bisher in der Regelversorgung noch keine ausreichenden Angebote bestehen. Um diese weiterzuentwickeln bzw. zu verbessern ist es unter anderem entscheidend, zu verstehen, welche Faktoren das Auftreten von Angststörungen und Depressionen begünstigen können. Dazu können eigene mitunter sozial stigmatisierende Erkrankungen wie Adipositas aber auch das Erleben von Schmerzen sein. Gleichzeitig stellen Gesundheitsprobleme der Eltern sowie die soziale Lage innerhalb der Familie entscheidende prädisponierende Faktoren in der kindlichen Entwicklung einer Depression oder Angststörungen dar, welche der vorliegende Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit analysiert.

1.4 Literatur

- Barkmann, C., Schulte-Markwort, M. (2010): Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66: 194–203.
- Belfer, M.L. (2008): Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49: 226–236.
- CDU, CSU und SPD. Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 2018, 19. Legislaturperiode.
- DAK-Gesundheit (2019): DAK-Psychoreport 2019: dreimal mehr Fehltag als 1997. URL: <https://www.dak.de/dak/bundesthemmen/dak-psychoreport-2019-dreimal-mehr-fehltage-als-1997-2125486.html>.
- Ewest, F., Reinhold, T., Vloet, T.D., Wenning, V., Bachmann, C.J. (2013): Durch Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens ausgelöste Krankenkassenausgaben. Eine gesundheitsökonomische Analyse von Versichertendaten einer gesetzlichen Krankenkasse. *Kindheit und Entwicklung*, 22: 41–47.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., KiGGS Study Group (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten

(2003–2006 und 2009–2012). Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 57: 807–819.

- IGES (2012): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. Berlin, 3. Dezember 2012.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., Pincus, H.A., Walters, E.E., Wang, P., Wells, K.B., Zaslavsky, A.M. (2005): Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352: 2515–2523.
- Klasen, F., Petermann, F., Meyrose, A.K., Barkmann, C., Otto, C., Haller, A.C., Schlack, R., Schulte-Markwort, M., Ravens-Sieberer, U. (2016): Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung*, 25 (1): 10–20.
- Ohlmeier, C., Frick, J., Prütz, F., Lampert, T., Ziese, T., Mikolajczyk, R., Garbe, E.: Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl* 2014, 57: 464–472.
- Verhulst, F.C., Tiemeier, H. (2015): Child psychiatric epidemiology: Stars and hypes. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24: 603–606.

2. Methodik

2.1 Datengrundlage

Leistungsbereiche Für die vorliegenden Analysen wurden bundesweite anonymisierte Abrechnungsdaten aller Versicherten der DAK-Gesundheit aus dem Zeitraum vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2017 berücksichtigt. Dabei wurden Daten aus den Bereichen

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

analysiert. 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.

Vollerhebung Der vorliegende Report basiert auf einer Vollerhebung aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Das analysierte Krankheitsgeschehen basiert als kumulierte Querschnittsanalyse der Jahre 2016 und 2017 auf den Abrechnungsdaten von jeweils knapp 800.000 Kindern (vgl. Tab. 1). Dies entspricht für das Jahr 2017 einer Stichprobe von 5,8 % aller in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren (für 2016: 5,9 %).¹¹ Der Report ist damit die größte systematische Analyse zur Kindesgesundheit in Deutschland.

Tabelle 1: Stichprobengröße für die Jahre 2016 und 2017

	2016	2017
Jungen	407.718	404.023
Mädchen	385.941	382.551
Gesamt	793.659	786.574

Anzahl Geburten Aufgrund von Geburten- und Sterbefällen sowie Krankenversicherungswechseln ist die Versichertenpopulation der GKV kontinuierlichen Änderungen unterworfen. Für Längsschnittanalysen steht im vorliegenden Report damit ein etwas geringerer Stichprobenumfang

¹¹ Statistisches Bundesamt (2019).

zur Verfügung. Für 94 % aller Kinder im Datensatz liegen Daten sowohl aus dem Jahr 2016 als auch aus 2017 vor. Dabei wurden in 2016 41.308 Kinder bzw. in 2017 43.667 Kinder DAK-versicherter Eltern neu geboren. Nicht berücksichtigt werden können neugeborene Kinder, wenn nur ein Elternteil DAK-versichert ist und das Kind beim nicht DAK-versicherten Elternteil mitversichert wird.

Während in der Beschreibung der Krankheitslast in der Regel auf die jeweiligen Altersjahrgänge abgestellt wird, werden zur Beschreibung der Leistungsanspruchnahme Altersgruppen gebildet (siehe Abb. 1). 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), Schulkinder (5 bis 9 Jahre sowie 10 bis 14 Jahre) und Jugendliche im späten Jugendalter (15 bis 17 Jahre) differenziert.

Altersgruppen

Abbildung 1: Größe der gebildeten Altersgruppen



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Analysen des Schwerpunktthemas „Depressionen und Angststörungen“ berücksichtigen zusätzlich zu den Abrechnungsdaten der Kinder und Jugendlichen Leistungsdaten aller über die DAK-Gesundheit verknüpfbaren Familienmitglieder (Eltern, ältere Geschwister; zur Methodik siehe Abschnitt 2.3). Da die individuellen Lebensgegebenheiten eines Familienverbundes erheblichen Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme und zugrundeliegenden Diagnosen haben können, kommt diesen Analysen eine hohe Bedeutung für die Versorgungsforschung zu. Dabei gibt es externe Faktoren, welche ihre Wirkung auf alle Mitglieder der Familie entfalten, beispielsweise

Identifikation von Familienverbänden

- die physische Umwelt, z. B. eine Exposition von Umwelteinflüssen,

- und die soziale Umwelt, z. B. wenn die Kinder die gleiche Schule besuchen.

Schlussendlich zeichnet sich das Zusammenleben innerhalb einer Familie auch durch eine räumliche Nähe aus, sodass z. B. bei Infektionserkrankungen allein diese räumliche Nähe für die gegenseitige Beeinflussung ausreicht. Andere Faktoren sind eher interner Natur:

- psychologische Komponenten, z. B. Stress, aber auch innerhalb der Familie (implizit) geteilte Einstellungen beispielsweise gegenüber Arzneimitteln.

Insbesondere bei diesen internen Faktoren kommt auch die hierarchische Struktur des Familienverbundes zum Tragen, da Kinder mutmaßlich erst im jugendlichen Alter als Sachwalter ihrer eigenen Leistungsansprüche auftreten. Die Leistungsansprüche im Kindesalter sind also eher als Entscheidungen der Erziehungsberechtigten als des Kindes zu werten. Diese Faktoren, welche auch wechselseitig miteinander interagieren können, führen dazu, dass sich die Beobachtungen, die für Mitglieder eines Familienverbundes systematisch von den Beobachtungen von Personen, die diesem Familienverbund nicht angehören, unterscheiden können.

Familienstrukturen

Dabei kann für den größten Anteil der in den Daten vorhandenen Familien nur ein Elternteil im Datensatz zugeordnet werden. Dies ist eine natürliche Limitation des Datenzuganges, da Elternteile, welche nicht bei der DAK-Gesundheit versichert sind, in den Daten nicht abgebildet sind. Eine Aussage über Familienstrukturen, z. B. eine Identifikation von Alleinerziehenden, ist damit jedoch nicht möglich. Für einen sehr geringen Anteil von Kindern konnte im Datensatz überhaupt kein Elternteil identifiziert werden. Basierend auf der Familienzuschlüsselung ergeben sich für nachfolgende Analysen damit folgende Familienstrukturen:

Tabelle 2: Identifizierte Familienstrukturen

	2017
Anteil Kinder mit einem Elternteil	82 %
Anteil Kinder mit beiden Elternteilen	14 %
Ø Anzahl Kinder je Familienverbund	1,8
Anteil Kinder ohne zuordnbarem Elternteil	4,0 %

Für 96 % aller Kinder und Jugendlichen gelang die Zuordnung von wenigstens einem Elternteil. Für 14 % aller Kinder waren zudem beide Elternteile parallel bei der DAK-Gesundheit versichert und zuordbar. 33 % der identifizierten Familienverbünde waren dabei Einkindhaushalte. In 67 % der Familien wurden zwei oder mehr minderjährige Kinder identifiziert, wobei in insgesamt 23 % der Familien drei

oder mehr minderjährige Kinder lebten. Im Mittel hatte eine Familie im Datensatz 1,8 Kinder.

Für die bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen sind versichertenbezogene und/oder sektorspezifische und sektorübergreifende Analysen des Versorgungsgeschehens sowohl im Quer- als auch im Längsschnitt möglich. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass der Versichertenbestand einer Krankenkasse natürlichen Fluktuationen unterworfen ist (Geburten, Todesfälle, Wechsel der Krankenkasse). Aus diesem Grund stehen für längsschnittliche Analysen andere Datenbestände zur Verfügung als bei der querschnittlichen Betrachtung des Krankheits- und Leistungsgeschehens innerhalb eines Jahres. Es kann insofern zu geringfügigen Abweichungen in der berichteten Prävalenz einzelner Erkrankungsbilder im Vergleich zur Querschnittsanalyse des Kinder- und Jugendreportes 2018 kommen. Hinzu kommt, dass für den Kinder- und Jugendreport 2018 aus administrativen Gründen lediglich eine 70 %-Stichprobe aller DAK-versicherten Kinder zur Verfügung gestellt werden konnte. Die im vorliegenden Report berichteten Vergleichsdaten zum Jahr 2016 beziehen sich jedoch auf das vollständige Versichertenkollektiv und sind deshalb mit den Berechnungen des Vorjahres nur eingeschränkt vergleichbar. Daraus resultierende Abweichungen betreffen in der Regel jedoch lediglich die Nachkommastelle beobachteter Krankheitshäufigkeiten oder Leistungsanspruchnahmen.

Abweichungen zum Vorjahr

2.2 Datenschutz

Routinemäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten gesetzlicher Krankenversicherungen stehen der Öffentlichkeit nicht in Form eines „Public Use File“ frei zur Verfügung. Während Interessierte zum Beispiel beim Statistischen Bundesamt auf zumindest einen Teil der dort verfügbaren Daten zugreifen können, ist für die (wissenschaftliche) Verwendung von Sozialdaten ein individueller und umfangreicher Antrags- und Freigabeprozess erforderlich.

Datenschutz

Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung regelt der Gesetzgeber in § 75 SGB X, insbesondere unter welchen Bedingungen und auf welchem Wege eine Übermittlung von Sozialdaten im Rahmen von Forschungsprojekten möglich ist. Die Einwilligung der bei einer Krankenkasse versicherten Personen ist dabei entgegen allgemeiner datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht erforderlich (§ 75 Abs. 1 SGB V). Allerdings müssen die zur Analyse benötigten Daten unverzichtbar für den jeweiligen Forschungszweck sein, d.h. nur unter Verwendung der vorhandenen Sozialdaten können wie im vorliegenden Fall relevante Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Zudem muss das öffentliche Interesse an der Forschung das private Interesse der Betroffenen an der Geheimhaltung ihrer Daten erheblich überwiegen. Insbesondere die Möglichkeit zur weitestgehend verzerrungs-

freien Wiedergabe eines Spiegelbildes aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.

Pseudonymisierung Unter Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Grundsätze obliegt der gesamte Prozess der Abfrage und Generierung von Datensätzen zur wissenschaftlichen Analyse der DAK-Gesundheit. Dabei sind sämtliche vonseiten der DAK-Gesundheit zu Analyse Zwecken bereitgestellte Daten soweit bereinigt und pseudonymisiert, sodass eine Rückführung auf einzelne Person unmöglich ist. Im Gegensatz zu einer Anonymisierung ist für den vorliegenden Forschungsgegenstand jedoch nur eine Pseudonymisierung der versicherten Personen möglich, um die Zuordnung einer Person im Längsschnitt zu ermöglichen. Im Rahmen der Pseudonymisierung werden bestimmte Personenidentifikatoren aus den Daten gelöscht (u. a. Name, Adresse) bzw. durch neutrale nicht sprechende Studienidentifikatoren (wie Schlüsselidentifikatoren) ersetzt und sichtbare Merkmale vergrößert (z. B. Geburtsdatum TT/MM/JJJJ zu Geburtsjahr JJJJ).

2.3 Methodisches Vorgehen

2.3.1 Analyse der Erkrankungshäufigkeit

Prävalenz Die Häufigkeit einer Erkrankung wird als Prävalenz beschrieben und errechnet sich als die Zahl der Erkrankten bezogen auf eine Grundgesamtheit. Prävalenz bezieht sich immer auf einen Zeitpunkt (Punktprävalenz an einem bestimmten Stichtag) oder Zeitraum. Analysen zur Krankheitshäufigkeit sind aufgrund des jährlichen Querschnittscharakters der Analyse als Periodenprävalenz (oder auch kumulative Prävalenz) zu verstehen.

$$\text{Periodenprävalenz} = \frac{\text{Anzahl Fälle in definierter Population in Jahr } X}{\text{Anzahl Personen in dieser Population}}$$

In bestimmten Analysen wird ferner überprüft, ob eine Erkrankung bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in aufeinanderfolgenden Jahren vorkommt. Aufgrund des im jetzigen Jahr verfügbaren zweijährigen Beobachtungszeitraumes wird in diesen Analysen von der Zwei-Jahres-Prävalenz gesprochen. Prävalente Fälle einer interessierenden Erkrankung oder Diagnose werden über das Vorliegen mindestens einer gesicherten ambulanten Diagnose bzw. einer stationären Haupt- oder Nebendiagnose in den Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit aufgegriffen.

Inzidenz Im Gegensatz zur Prävalenz ist die Inzidenz ein Maß für die Anzahl der Neuerkrankungen bezogen auf eine Grundgesamtheit in einem bestimmten Beobachtungszeitraum. Aufgrund des vorliegenden zweijährigen Beobachtungszeitraumes steht für die Bestimmung

einer Neuerkrankung maximal ein einjähriger krankheitsfreier Ausschlusszeitraum zur Verfügung. Die interessierende Erkrankung darf damit mindestens in vier Quartalen vor dem erstmaligen Auftreten in den Daten nicht dokumentiert worden sein. Für bestimmte Indikationen mit ggf. schubweisem Verlauf (z. B. Multiple Sklerose oder Asthma) kann dieser Ausschlusszeitraum jedoch zu kurz sein, sodass entsprechende Inzidenzanalysen zu verzerrten Ergebnissen führen können. Der vorliegende Report trägt dem durch lediglich selektierte Analysen von Neuerkrankungsraten in ausgewählten Indikationen Rechnung. Mit dem Aufbau einer längeren Zeitreihe in den kommenden Jahren werden vertiefende Inzidenzanalysen möglich sein.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse zur Diagnosehäufigkeit von Erkrankungen sowie die Aufschlüsselung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zielen auf eine deskriptive Beschreibung des administrativen Krankheitsgeschehens von Kindern und Jugendlichen ab. Da sowohl die ermittelte Diagnose- als auch Behandlungsprävalenz von der Kodierqualität bzw. Genauigkeit der Diagnosestellung abhängt, kann eine Über- oder Unterschätzung der tatsächlichen Morbidität nicht ausgeschlossen werden. Ebenso ist zu berücksichtigen, dass insbesondere bei leichteren Erkrankungsbildern eine Unterschätzung der Erkrankungshäufigkeit zu erwarten ist, da davon auszugehen ist, dass nicht jedes Erkrankungssymptom eine Leistungsanspruchnahme auslöst. Die berichteten Prävalenzen sind insofern als administrative bzw. dokumentierte Behandlungsprävalenz zu interpretieren.

Diagnoseaufgriff

2.3.2 Analyse der Kosten der Leistungsanspruchnahme

In der Analyse der bei Leistungsanspruchnahme anfallenden Kosten werden die zuvor genannten Versorgungsbereiche einbezogen. Eine Zuordnung abgerechneter Leistungen zu einzelnen Erkrankungsdiagnosen ist dabei in der Regel nicht möglich. Lediglich im Rahmen der Betrachtung stationärer Aufenthalte ist eine Zurechnung der Hauptdiagnosen zu einer Erkrankung mit ausreichender Plausibilität möglich. Die erkrankungsspezifische Zuschlüsselung von Arzneimittelverbräuchen und -kosten ist wiederum nur dann möglich, wenn die zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung eingesetzten Wirkstoffe nicht auch für andere Erkrankungsbilder in Frage kommen. Für ambulant-ärztliche Kontakte kann eine entsprechende Zuordnung in der Regel ebenfalls nicht sicher vorgenommen werden. Ursächlich dafür ist die Datenstruktur ambulant abgerechneter Leistungen und dokumentierter Diagnosen (entsprechend § 295 SGB V). Denn während erbrachte medizinische oder diagnostische Leistungen mit Datumsbezug gespeichert werden, erfolgt die Dokumentation von Diagnosen nur mit Quartalsbezug.

Versorgungskosten

Im Rahmen der Schwerpunktanalysen werden zudem krankheitsbedingte direkte Versorgungskosten mittels des Exzess-Kosten-Ansatzes ermittelt. Ziel dieser Analysen ist es, die durch das Auftreten

Exzess-Kosten einer bestimmten Erkrankung zusätzlich entstehenden Krankheitskosten zu berechnen. Hierzu werden für alle Personen mit einer interessierenden Erkrankung (z. B. Depression) statistische Zwillinge unter den DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen ohne entsprechende Diagnose gesucht.

Grundsätzlich stehen für die Identifikation von Personen als Vergleichsgruppe verschiedene Matching-Ansätze zur Verfügung. Zu den häufig angewendeten zählen:

1. 1:n-Matching: Hierbei wird versucht, für jede Person in der Interventionsgruppe eine oder mehrere (bis zu n) Personen zu finden, die dieser hinsichtlich bestimmter, kategorialer Eigenschaften exakt entspricht (z. B. Altersgruppe, Geschlecht, etc.) oder bei metrischen Variablen innerhalb eines gewissen Korridors liegt (bspw. Vorjahreskosten der medizinischen Leistungsanspruchnahme).
2. Propensity Score Matching: Bei diesem Verfahren wird zunächst mit Hilfe eines statistischen Modells (Logistische Regression, Gradient Boosting etc.) ermittelt, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine Person in Abhängigkeit ihrer Eigenschaften (z. B. Alter, Geschlecht etc.) zur Interventionsgruppe gehört. Anschließend werden Kontrollen anhand ihres propensity scores zu Personen in der Interventionsgruppe mit einem möglichst ähnlichen propensity score zugewiesen.

Bei der Durchführung eines Matchings soll durch eine möglichst hohe Anzahl an berücksichtigten Variablen versucht werden, die Anzahl an Confoundern zu minimieren. Hierbei ist jedoch der Trade-off zwischen der Anzahl der gefundenen Paare und der Qualität der Paare, d. h. der Ähnlichkeit der Personen in Interventions- und Kontrollgruppe, zu beachten. Wird eine hohe Ähnlichkeit der Paare gefordert, so ist eine geringe Anzahl qualitativ hochwertiger Paare zu erwarten, was zum Ausschluss von beobachteten Interventionsfällen führen kann. Umgekehrt kann eine hohe Quote gematchter Personen dazu führen, dass sich Personen in der Indikations- und der Kontrollgruppe nicht ähnlich genug sind, um Verzerrungen des Indikationseffektes auszuschließen.

2.3.3 Beschreibung von Familienzusammenhängen

Eine große Herausforderung bei der Betrachtung von Familien und Kindern in Routinedaten stellt die Zuweisung bzw. Erkennung der Familienrollen dar. So ist aus den Routinedaten lediglich die generelle Zuordnung von Einzelpersonen zu einem Identifikationsschlüssel der Familie ersichtlich. Die Zuordnung von Kindern zu deren Eltern ist über die Versichertennummer möglich. Weitere Zuordnungsschlüssel können eine Kombination aus Familienname und Wohnadresse darstellen. Für nachfolgende Analysen erfolgte zusätzlich

eine Absicherung der Zuordnung der Mutter über einen Krankenhausaufenthalt zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes.

Welche Familienrolle die jeweilige Person im Familienverbund hat, muss jedoch heuristisch aus den Informationen zu Alter und Geschlecht ermittelt werden. Hierfür wurde die Annahme getroffen, dass der minimale Altersabstand zwischen Eltern und Kind 12 Jahre beträgt, d. h. eine Person kann frühestens mit 12 Jahren Vater oder Mutter werden. Aufbauend auf dieser Annahme wird ein iterativer Prozess zur Identifikation zur Anwendung gebracht:

Familienrolle

1. Personen unter 12 Jahren werden eindeutig als „Kind“ identifiziert.
2. Die verbleibenden Personen über 11 Jahren und unter 18 Jahren werden als „Kind“ berücksichtigt, wenn das eigene Alter mindestens 12 Jahre unter dem Alter des ältesten Familienmitglieds liegt.
3. Personen werden ohne Altersbeschränkung als „Kind“ klassifiziert, wenn sie mindestens die drittjüngste Person in der Familie sind.
4. Personen, die die zweitälteste Person der Familie sind und das gleiche Geschlecht wie die älteste Person der Familie haben, werden als „Kind“ kategorisiert, wenn ihr Alter mindestens 12 Jahre unterhalb der ältesten Person liegt.
5. Personen, die nicht als „Kind“ identifiziert wurden, werden je nach Geschlecht als „Mutter“ bzw. „Vater“ gekennzeichnet.

Die Anwendung dieser Heuristik auf den Datensatz produziert keine Familie mit mehr als zwei Elternteilen und ist in der Lage, gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern zu identifizieren. Als problematisch erwiesen sich jedoch Familien mit einem Mehrgenerationenhaushalt, da hier oftmals nur der Großelternanteil als Eltern identifiziert wird. Die teilweise volljährigen Eltern, die noch in einem Haushalt mit ihren Eltern leben, werden jedoch ebenso als Kinder kategorisiert wie ihre eigenen Kinder. Entsprechende Fälle machten eine manuelle Nachkategorisierung erforderlich.

2.3.4 Beschreibung des sozioökonomischen Familienstatus

Im Rahmen der Schwerpunktanalysen werden psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter auch im innerfamiliären Kontext untersucht. Dabei ist neben der Analyse des elterlichen Einflusses auf die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit eines Kindes (vgl. hierzu den nachfolgenden Abschnitt „Analyse von Risikofaktoren“) die Abbildung sozioökonomischer Zusammenhänge von hervorgehobenem Interesse. Viele Studien haben in den letzten Jahren auf den engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hingewiesen. Für Kinder und Jugendliche kann sich der sozioökono-

mische Status ihrer Herkunftsfamilie in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken.¹²

Limitierte Datenbasis In auf GKV-Abrechnungsdaten basierenden Analysen muss auf eine für einen anderen Zweck als zur Abbildung der wirtschaftlichen Lage der Zielpopulation erhobene Datenbasis zurückgegriffen werden. Die Informationsbasis ist im Gegensatz zu Primärerhebungen grundsätzlich eingeschränkt. So nutzt beispielsweise die KiGGS-Studie des RKI eine an den Winkler-Sozialschichtindex angelehnte Operationalisierung, welche Angaben der Eltern zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen enthält und schließlich in einer dreistufigen Ausprägung (niedrig, mittel, hoch) zusammenfasst.¹³ Die HBSC-Studie („Health Behaviour in School-aged Children“ der Weltgesundheitsorganisation WHO) verwendet hingegen Selbstangaben der Kinder zum familiären Wohlstand und errechnet daraus einen Index. Dieser setzt sich aus vier Fragen zusammen, welcher über die Verfügbarkeit von Computern und Autos im Familienhaushalt, das Vorhandensein eines eigenen Kinderzimmers sowie die Anzahl von Familienurlauben den sozioökonomischen Familienstatus abbildet.

Sozioökonomische Lage in den Familien In GKV-Abrechnungsdaten stehen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Versicherten im Wesentlichen zwei Informationen zur Verfügung: Einkommensklasse und Tätigkeitsschlüssel.

Für die Analysen zum Einfluss des sozioökonomischen Status der Familie auf die Gesundheit und Leistungsanspruchnahme wurde den Kindern der jeweils höchste Bildungsstand der Eltern bzw. Einkommensgruppe zugewiesen. Auf eine Summierung des Haushaltseinkommens im Falle beider versicherter Elternteile wurde aus Konsistenzgründen verzichtet. Zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurden die den sozioökonomischen Familienstatus beschreibenden Variablen wie folgt zusammengefasst:

Tabelle 3: Klassifikation der Variablen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Eltern

Aggregierte Kategorie	Beinhaltete Ausprägungen
Beruflicher Ausbildungsabschluss	
Keine Angabe	Abschluss unbekannt
Kein Abschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
Mittlerer Bildungsabschluss	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss

¹² Klocke, Lampert (2005).

¹³ Lampert et al. (2014).

Aggregierte Kategorie	Beinhaltete Ausprägungen
Hoher Bildungsabschluss	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen Promotion
Einkommen*	
Keine Angabe	Keine Angabe
Niedriges Einkommen	Bis 1.500 €
Mittleres Einkommen	1.500 € bis 3.500 €
Hohes Einkommen	Ab 3.500 €
* Klassifikation in Anlehnung an die Abstufung des DIW (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) anhand des relativen Abstandes zum Medianeinkommen. Einschränkung ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der fehlenden Angaben zum Familienkommen hier nur eine näherungsweise Abbildung des Einkommensniveaus erfolgen kann. Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015).	

2.3.5 Analyse von Risikofaktoren

Im Rahmen von Kapitel 5 wird die Assoziation zwischen potenziell erkrankungsförderlichen Bedingungen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen und dokumentierten psychischen Erkrankungen analysiert. Hinsichtlich potenziell erkrankungsförderlicher Bedingungen wird zwischen

- dem parallelen Auftreten anderer dokumentierter Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, zum Beispiel Schmerzen oder chronische Erkrankungen, sowie
- innerfamiliären Faktoren wie
 - dem parallelen Auftreten bestimmter Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern (z. B. bestimmte psychische Auffälligkeiten oder chronische Erkrankungen) oder
 - dem sozioökonomischen Familienstatus

unterschieden.

Zur Beschreibung entsprechender Zusammenhänge können zunächst Kreuztabellen genutzt werden. Auf Basis der Kreuztabelle können Maßzahlen berechnet werden, welche es erlauben, die Assoziation zu quantifizieren. Eine dieser Maßzahlen ist das Chancenverhältnis bzw. Odds Ratio, wobei in den nachfolgenden Kapiteln der häufigeren Verwendung wegen stets die englische Bezeichnung verwendet wird. Hierbei wird zunächst getrennt für die beiden Spalten die Wahrscheinlichkeit berechnet, dass das Ereignis eintritt. Sollte eine Assoziation zwischen der Bedingung und dem Ereignis vorliegen, so ist davon auszugehen, dass diese Wahrscheinlichkeiten

Einflussfaktoren auf Erkrankungs- risiken

sich unterscheiden. Um diesen Unterschied zu untersuchen, wird das Verhältnis der beiden Wahrscheinlichkeiten, das Odds Ratio, gebildet.

Interpretation von Odds Ratios

Ein Odds Ratio von unter 1 drückt aus, dass die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis in der Gruppe, für die die Bedingung vorliegt, geringer ist als in der Gruppe ohne Bedingung. Insbesondere in der Epidemiologie spricht man bei einem Odds Ratio von unter 1 deshalb von einem „schützenden Effekt“, den die Bedingung bzgl. des Ereignisses ausübt. Ein Odds Ratio von über 1 bedeutet hingegen, dass die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis höher ist, sobald die Bedingung vorliegt. Das Odds Ratio erlaubt es zudem, diesen Zusammenhang direkt zu quantifizieren. So bedeutet ein Odds Ratio von 4 beispielweise, dass die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Ereignisses bei vorliegender Bedingung viermal höher ist. Ist das Odds Ratio 1, was gleichbedeutend ist mit gleicher Chance in beiden Spalten, liegt keine Assoziation zwischen der Bedingung und dem Ereignis vor.

2.4 Repräsentativität

Übertragbarkeit der Ergebnisse?

Für eine qualifizierte Darstellung von Ergebnissen auf der Basis von Sozialdaten ist eine kritische Diskussion der Übertragbarkeit bzw. Generalisierbarkeit der Ergebnisse unabdingbar. Im Hinblick auf Verzerrungen (engl.: Bias) sind routinemäßig erfasste Sozialdaten den Daten aus epidemiologischen Primärerhebungen vermutlich regelmäßig überlegen. Da die Sozialdaten üblicherweise Pflichtangaben zu bestimmten Personengruppen darstellen, sind innerhalb dieser Personengruppen Verzerrungseffekte bei der Erhebung als gering einzustufen. Demgegenüber sind die Teilnahme an bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Erhebungen in Deutschland sowie auch die Angaben zu einzelnen Fragen im Rahmen entsprechender Erhebungen freiwillig und möglicherweise von Einstellungen der Befragten abhängig. Stattdessen besteht bei der vorliegenden Analyse auf Basis von Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit die Möglichkeit zur Vollerhebungen aller versicherten Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern.

Verzerrungen können demnach nur entstehen, wenn sich das Versichertenkollektiv der entsprechenden Krankenkasse systematisch von der GKV-Gesamtpopulation unterscheidet. Bei einer bundesweit tätigen Krankenkasse wie der DAK-Gesundheit mit 5,7 Millionen Versicherten sowie unter Berücksichtigung der zum 01.01.1996 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) eingeführten Wahlfreiheit der Kasse in der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen von einer weitgehenden Durchmischung der Versichertenstrukturen auszugehen.

Vergleichsdaten

Die Repräsentativität von Sozialdaten ist grundsätzlich über zwei Faktoren beschreibbar:

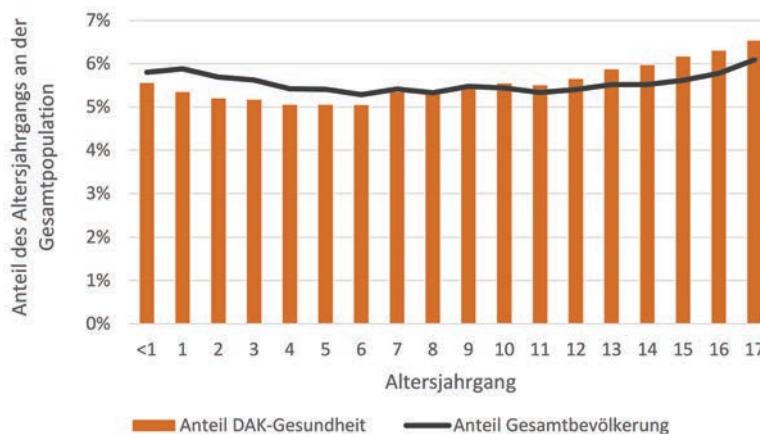
- demographische Repräsentativität (Alters- und Geschlechtsverteilung der Kinder und Jugendlichen) und
- sozioökonomische Repräsentativität (z. B. Bildungsverteilung der Eltern)

Beide Parameter sind in Sozialdaten abbildbar und haben potenziell starken Einfluss auf die beobachtete Krankheitslast sowie die damit korrespondierende Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Vergleichsdaten für die deutsche Gesamtbevölkerung liegen mit den Daten des Mikrozensus vor.

Ein Abgleich mit der Altersverteilung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen auf Basis der Fortschreibung des Mikrozensus zeigt dabei eine annähernde Repräsentativität. Während für die vorliegende Analyse basierend auf den Versicherten der DAK-Gesundheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in den relevanten Altersjahrgängen geringfügig mehr Personen im späten Kindes- bzw. Jugendalter berücksichtigt wurden, weist der Datensatz in mittleren Altersjahrgängen eine besonders hohe Deckungsgleichheit auf (vgl. Abb. 2).

Hohe Repräsentativität der Daten

Abbildung 2: Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.



Quelle: Statistisches Bundesamt (2019).

Zu beachten ist, dass die hier beobachtete Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung ausschließlich für die beschriebene Altersverteilung gilt. Hinsichtlich der Morbiditätsstruktur oder dem Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsleistungen kann die Repräsentativität damit nicht beurteilt werden. Da jedoch in Studien ein bedeutender Einfluss der sozialen Lage innerhalb des Elternhauses auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen belegt wurde, kann ein Abgleich entsprechender Daten DAK-versicherter Eltern mit der Allgemeinbevölkerung approximativ zur Beurteilung der Re-

präsentativität der Morbiditätsdaten herangezogen werden (vgl. Tab. 4).

**Bildungs-
abschlüsse der
Eltern**

Tabelle 4: Abdeckung der Einkommens- und Bildungsgruppen DAK-versicherter Eltern

		Einkommen			
		n. b.	< 1.500 €	< 3.500 €	> 3.500 €
Bildungs- abschluss	n. b.	19,9 %	8,7 %	6,2 %	3,3 %
	Kein	0,1 %	1,8 %	1,8 %	0,5 %
	Mittel	0,4 %	13,3 %	24,5 %	10,0 %
	Hoch	0,1 %	1,3 %	2,9 %	5,4 %

Ein Vergleich der sozioökonomischen Lage innerhalb der Familien mit bundesweiten Vergleichsdaten aus dem Zensus 2011 zeigt für DAK-versicherte Eltern indes eine geringfügige Überrepräsentation von Personen mit mittlerem Berufsabschluss (betriebliche Ausbildung). Universitätsabschlüsse unter DAK-versicherten Eltern sind hingegen im bundesweiten Vergleich gut repräsentiert. Eltern ohne Bildungsabschluss sind insbesondere bei DAK-Versicherten in westdeutschen Bundesländern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wiederum deutlich unterrepräsentiert. Zu berücksichtigen ist jedoch, dass für knapp 40 % der im Datensatz enthaltenen Kinder keine Angaben zum Bildungsabschluss der Eltern vorliegen (vgl. Tab. 4; fehlende Einkommensdaten finden sich ausschließlich bei mitversicherten Personen). Ob die fehlende Angabe eines Bildungsabschlusses systematisch bestimmte sozioökonomische Statusgruppen im Datensatz unterrepräsentiert, kann nicht ausgeschlossen werden. Vertiefende Analysen im Kinder- und Jugendreport 2018 der DAK-Gesundheit haben jedoch gezeigt, dass gesundheitliche Parameter von Kindern der Eltern aus dieser Gruppe fast ausschließlich zwischen den Gruppen „kein Bildungsabschluss“ und „mittlerer Bildungsabschluss“ liegt.¹⁴

2.5 Literatur

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015): Analyse der Verteilung von Einkommen und Vermögen in Deutschland. Stand: 23.11.2015. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Bonn.

Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., Witte, J. (2018): Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und

¹⁴ Greiner et al. (2018).

Versorgungsforschung (Band 23). Medhochzeit Verlag, Heidelberg.

Klocke, A., Lampert, T. (2005): Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 4, 2001, überarbeitete Neuauflage 2005.

Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H., Kroll, L. E. (2014): Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57: 762–770.

Statistisches Bundesamt (2019): Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

3. Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen

Kernergebnisse

1. Atemwegserkrankungen sind die häufigste Erkrankungsursache unter Kindern und Jugendlichen; 59,6 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren waren 2017 wenigstens einmal davon betroffen. Häufigste Diagnose ist der grippale Infekt, welcher für 34,9 % aller Kinder und Jugendlichen dokumentiert wurden. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich indes nur geringfügige Veränderungen. Während Atemwegserkrankungen insgesamt um 2 % zugenommen haben, wurde 2017 6 % weniger Kinder wegen Kreislauferkrankungen behandelt als im Jahr 2016.
2. Im Vergleich zum Vorjahr hat insbesondere die Zahl der Kinder und Jugendlichen mit diagnostiziertem Vitamin D-Mangel (+14 %) oder mit bestimmten psychischen Entwicklungsstörungen (+18 %) zugenommen.
3. 15,6 % aller Kinder leiden unter einer chronisch-somatischen bzw. 8,3 % unter einer chronisch-psychischen Erkrankung, wegen der in zwei aufeinanderfolgenden Jahre eine Behandlung erforderlich war.
4. Bestimmte Erkrankungen, welche eigentlich erst im Erwachsenenalter gehäuft auftreten, können auch im Jugendalter schon beobachtet werden. So leiden 4,7 % aller Jugendlichen (15–17 Jahre) unter einer Adipositas und 8,1 % unter diagnostizierten Rückenschmerzen.
5. Schmerzen, die nicht unmittelbar einer Erkrankung zugeordnet sind, sind ein häufiger Behandlungsgrund im Kindes- und Jugendalter. Insbesondere Bauch- und Becken- (11,2 %) oder Kopfschmerzen (8,8 %) werden bei Jugendlichen (15–17 Jahre) häufiger ärztlich behandelt und dokumentiert.

3.1 Häufigste Diagnosen und Behandlungsanlässe

3.1.1 Erkrankungshäufigkeit

Versorgungskontakte

Im Durchschnitt hatten 93,0 % aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen (92,5 % der Jungen, 93,5 % der Mädchen) im Jahr 2017 einen abrechnungsrelevanten ambulanten oder stationären Kontakt mit dem Versorgungssystem, bei welchem eine Erkrankungsdiagnose dokumentiert wurde. Im Vergleich zum Vorjahr sind diese Anteile weitestgehend stabil.

Dabei lag der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aufgrund von Krankheit eine alters- und ab dem Beginn des Jugendal-

ters auch geschlechtsabhängige Verteilung zugrunde. Am seltensten sind Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren so erkrankt, dass sie einen Arzt oder ein Krankenhaus aufsuchen müssen. 89,9 % aller Jungen und Mädchen in diesem Alter haben in 2017 wenigstens einmal das Versorgungssystem in Anspruch genommen. Insbesondere auch aufgrund der im Säuglingsalter durchzuführenden U-Untersuchungen ist bei Kindern von unter einem Jahr die höchste Inanspruchnahmequote ärztlicher Leistungen zu beobachten (98,1 %).¹⁵ Zum Jugendalter steigt die Häufigkeit dokumentierter Erkrankungen wieder an. Für 90,8 % aller Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren wurde 2017 wenigstens einmal eine Erkrankungsdiagnose dokumentiert. Dabei ist für 6 % mehr Mädchen als Jungen in diesem Alter ein Arztbesuch dokumentiert, was überwiegend auf die höhere Inanspruchnahme fachärztlicher gynäkologischer Leistungen zurückzuführen ist.

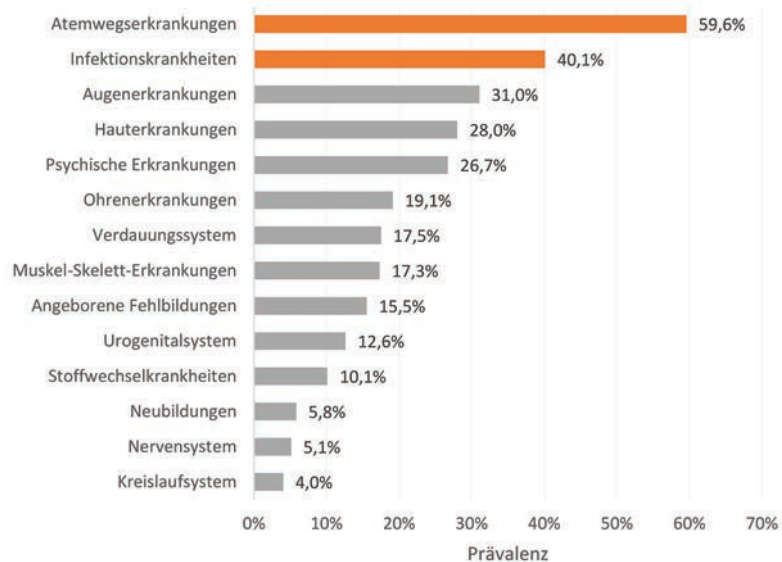
3.1.2 Häufigste Erkrankungen

Unabhängig von Alter und Geschlecht der Kinder lassen sich zudem deutliche Morbiditätsschwerpunkte identifizieren (vgl. Abb. 3). Atemwegserkrankungen sind demnach mit einer Prävalenz von 59,6 % die häufigste Krankheitsursache unter Kindern und Jugendlichen. Darüber hinaus wurde bei fast jedem dritten Kind bzw. Jugendlichen im Jahr 2017 eine bestimmte akute oder chronische Augenerkrankung diagnostiziert und behandelt (31,0 %). Auch Infektionskrankheiten waren mit einer Prävalenz von 40,1 % ein vergleichsweise häufiger Grund zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems. Psychische Erkrankungen – darunter subsumieren sich sowohl psychische und Verhaltensstörungen als auch Entwicklungsstörungen – zählen neben Hauterkrankungen zu den insgesamt fünf häufigsten Erkrankungsursachen unter Kindern und Jugendlichen. Mehr als jedes vierte Kind war im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund einer entsprechenden Diagnose in Behandlung. Mit einer Prävalenz von 10 % kamen Stoffwechselerkrankungen bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen vergleichsweise selten vor. Auch Erkran-

¹⁵ Aus diesen Daten kann nicht pauschal geschlussfolgert werden, dass für die 1,9 % der Säuglinge, für die kein Arztbesuch dokumentiert wurde, tatsächlich auch keine U-Untersuchungen durchgeführt wurden. Aufgrund der Berechnungsmethodik zur Altersermittlung wird Personen für einen einjährigen Zeitraum ein Alter zugeschrieben, in dessen Relation Diagnosen und Leistungsverbäuche betrachtet werden. Dies führt bei Ende Dezember eines Jahres geborenen Säuglingen dazu, dass entsprechende U-Untersuchungen erst im darauffolgenden Jahr erfasst werden, wenn dieses Kind bereits als Einjähriger in die Analysen eingeht.

kungen des Nerven- oder Herz-Kreislauf-Systems waren eher seltenere Gründe für ambulante oder stationäre Behandlungen.

Abbildung 3: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Häufige Diagnosen

Die häufigsten einzeln abgerechneten Diagnosen unter Kindern und Jugendlichen (ICD-Dreisteller) im Jahr 2017 spiegeln die zuvor gezeigte Häufigkeit der Erkrankungsarten wieder (vgl. Tab. 5). So ist die sowohl unter Jungen als auch Mädchen häufigste Diagnose im Jahr 2017 der grippale Infekt. Für mehr als ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen wurde wenigstens einmal eine entsprechende Erkrankung dokumentiert. Mit der akuten Bronchitis, welche deutlich seltener diagnostiziert wurden, ist eine weitere Atemwegserkrankung unter den sechs häufigsten Diagnosen. Vergleichsweise häufig traten auch als „Viruskrankheit mit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ dokumentierte Infektionserkrankungen auf. Darunter fallen verschiedene virusbedingte Infektionen. Besonders häufig im Kindesalter treten Infektionen mit dem Adenovirus auf, welche für eine Vielzahl verschiedener Erkrankungsbilder z. B. der Atemwege, des Magen-Darm-Traktes oder der Augenbindehaut verantwortlich sein können. Zudem sind sog. „Z-Diagnosen“, allgemeine und nicht zwangsläufig krankheitsbezogene Behandlungsanlässe (im Kindesalter insb. Allgemeinuntersuchungen und Impfungen), besonders häufig im Rahmen eines Arztbesuches dokumentiert worden.

Tabelle 5: Häufigste Diagnosen (ICD-Dreisteller) im Jahr 2017 (Fälle je 1.000 Personen)

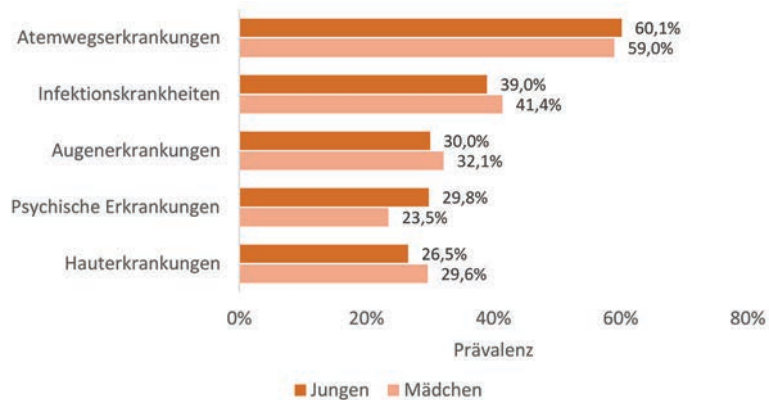
Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Akute Infektion der oberen Atemwege (grippaler Infekt)	J06	337,2	343,4	340,2
Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	Z00	334,9	338,0	336,4
Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	H52	174,3	199,0	186,3
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	Z27	183,7	188,6	186,1
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	Z26	126,3	162,1	143,7
Akute Bronchitis	J20	137,1	118,0	127,8
Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	B34	125,9	127,5	126,7
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	Z25	90,0	136,2	112,4
Konjunktivitis	H10	108,3	103,0	105,7
Sprach- und Sprechstörungen	F80	119,4	79,6	100,1

3.2 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Krankheitsgeschehen

Das Erkrankungsgeschehen bei Jungen und Mädchen ist unterschiedlich. Hinsichtlich der Häufigkeit beobachteter Atemwegserkrankungen liegen Jungen und Mädchen auf annähernd vergleichbarem Niveau (vgl. Abb. 4). Unter den häufigsten Erkrankungsarten werden für Mädchen jedoch in geringfügigem Ausmaß häufiger Infektionserkrankungen, Augenerkrankungen und Hauterkrankungen beobachtet. Psychische Erkrankungen, darunter sowohl Verhaltens-

und Entwicklungsstörungen, treten jedoch in bedeutendem Ausmaß häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf.

Abbildung 4: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Geschlechts-spezifische Unterschiede

Auch auf der Ebene der Behandlungsdiagnosen lassen sich zum Teil bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede im administrativen Behandlungsgeschehen identifizieren. Berücksichtigt werden nachfolgend nur jene Erkrankungen, welche eine Prävalenz von einem Prozent innerhalb der jeweiligen Gesamtpopulation aller Jungen bzw. Mädchen im Jahr 2017 aufweist. Ausgenommen solcher Erkrankungen, welche geschlechtsspezifischer Natur sind (z. B. Genitalerkrankungen), ist zu beobachten, dass für Jungen insbesondere bestimmte Entwicklungs- und Verhaltensstörungen in bedeutendem Umfang häufiger diagnostiziert und behandelt wurden (vgl. Tab 6). Insbesondere hyperkinetische Störungen (ADHS) wurden im Jahr 2017 bei Jungen fast dreimal so häufig dokumentiert wie bei Mädchen. Neben psychischen Erkrankungen wurden bei Jungen zudem deutlich häufiger Kopfverletzungen und Koordinationsstörungen dokumentiert.

Tabelle 6: Diagnosen, die im Jahr 2017 für Jungen häufiger als für Mädchen dokumentiert wurden (Fälle je 1.000 bei Personen im Alter von 0–17 Jahren)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Differenz
Hyperkinetische Störungen	F90	59,3	20,7	+187 %
Tief greifende Entwicklungsstörungen	F84	13,2	5,3	+147 %
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	F83	25,9	13,6	+91 %
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	F82	50,0	26,6	+88 %
Störungen des Sozialverhaltens	F91	25,6	13,8	+86 %
Offene Wunde des Kopfes	S01	21,4	11,8	+81 %
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F92	10,1	5,8	+74 %
Entwicklungsstörung	F89	27,9	16,8	+66 %
Koordinationsstörungen	R27	16,1	9,8	+64 %
Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten	Q67	16,6	10,2	+63 %

Mädchen leiden im Gegensatz zu Jungen zweieinhalb Mal so häufig unter Läusebefall wie Jungen. Auch Akne, Madenwürmer (Enterobiasis) oder Bauch- und Beckenschmerzen treten häufiger bei Mädchen auf (vgl. Tab. 7). Darüber hinaus wurden somatoforme Störungen bei Mädchen in bedeutendem Umfang häufiger dokumentiert. Somatoforme Störungen sind körperliche Beschwerden, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.

Tabelle 7: Diagnosen, die im Jahr 2017 für Mädchen häufiger als für Jungen dokumentiert wurden (Fälle je 1.000 bei Personen im Alter von 0–17 Jahren)

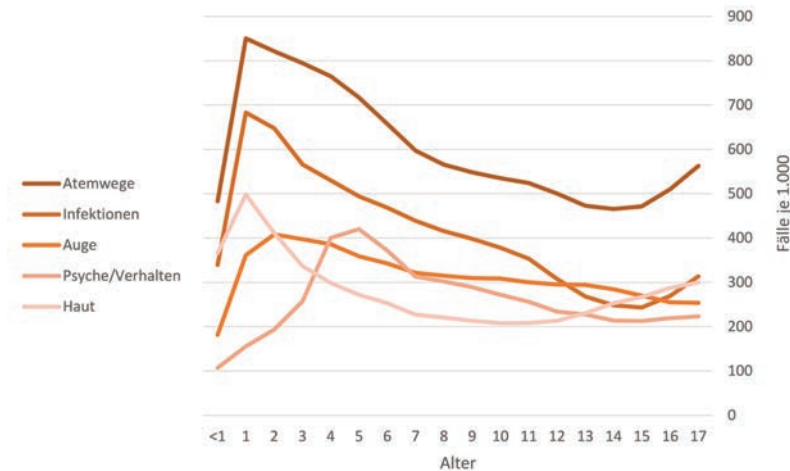
Diagnose	ICD-10	Mädchen	Jungen	Differenz
Läusebefall, Filzläusebefall	B85	42,3	15,9	+166 %
Akne	L70	49,4	31,3	+58 %
Immunisierung gegen einzelne Viruskrankheiten	Z25	136,2	90,0	+51 %
Somatoforme Störungen	F45	25,8	17,7	+46 %
Enterobiasis	B80	18,3	12,8	+43 %
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	105,8	76,6	+38 %
Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	Z01	40,1	29,2	+38 %
Kandidose	B37	36,6	26,9	+36 %
Rückenschmerzen	M54	33,0	25,2	+31 %
Immunisierung gegen einzelne Infektionskrankheiten	Z26	162,1	126,3	+28 %

Altersabhängige Unterschiede

Auch altersabhängig zeigen sich Unterschiede im Erkrankungs- und Behandlungsgeschehen. Auf Ebene der Obererkrankungsarten lassen sich bereits unterschiedliche Fallzahlentwicklungen mit steigendem Alter der Kinder beobachten. So sind Atemwegserkrankungen vom Kindes- bis zum Jugendalter die häufigste Diagnose – trotz im Altersverlauf sinkender Fallzahlen (ausgenommen der erneute Prävalenzanstieg im späten Jugendalter). Infektionskrankheiten lagen im frühen und mittleren Kindesalter ebenfalls auf hohem Niveau, zeigen jedoch bereits in jungen Altersjahrgängen eine deutlich rückläufige Prävalenz (vgl. Abb. 5). Einen vergleichbaren Verlauf, wenn auch auf niedrigerem Niveau, zeigt die Häufigkeit diagnostizierter Hauterkrankungen. Mit Beginn der Pubertät war jedoch ein leichter Anstieg der assoziierten Behandlungsanlässe zu verzeichnen, was im Wesentlichen auf Akne-Behandlungen zurückzuführen ist. Einen anderen altersbedingten Verlauf zeigte die Prävalenz psychischer Erkrankungen, unter welchen sich sowohl Verhaltens- als auch geistige Entwicklungsstörungen subsumieren. Die Fallzahlen entsprechender Erkrankungen stiegen bis zum Schuleintrittsalter sukzessive an und sind in der entsprechenden Altersgruppe geschlechtsübergreifend sogar dritthäufigste Behandlungsdiagnose. Ab Beginn

des Schulalters sind entsprechende Diagnosen in Summe rückläufig und pendeln sich ab dem frühen Jugendalter auf konstant niedrigerem Niveau ein. Dem liegt ein gegenläufiger Trend in der Prävalenz von Entwicklungsstörungen zugrunde, welche mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt, während die Häufigkeit dokumentierter Verhaltensstörungen mit dem Alter steigt.

Abbildung 5: Prävalenz (Fälle je 1.000) der häufigsten Erkrankungsarten nach Altersjahren im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Während die in Abbildung 5 gezeigten allgemeinen Erkrankungsarten lediglich einen groben Trend der sich im Wechsel vom Säuglings- zum Kindes- und Jugendalter verändernden Behandlungsgründe zeigt, ist für bestimmte Erkrankungsbilder eine tiefergehende Analyse sinnvoll. In den nachfolgenden Kapiteln werden deshalb jeweils je Obererkrankungsart die relevantesten Erkrankungsbilder näher beleuchtet.

3.3 Chronische Erkrankungen und Multimorbidität

3.3.1 Definition chronischer Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind Erkrankungen, bei denen eine länger oder lebenslang andauernde gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt. Eine konsequente Anpassung der Lebensweise und eine adäquate Handhabung therapeutischer Maßnahmen sind deshalb unabdingbar. Damit werden chronische Erkrankungen zu einem maßgeblichen Thema sowie zu einer Herausforderung nicht nur für die Betroffenen selbst und ihrer Eltern, sondern auch für Dritte in den institutionalisierten Settings wie Kindergärten oder Schulen.

G-BA-Definition Aber ab wann ist ein Kind chronisch krank? Zur Beschreibung chronischer Erkrankungen gibt es verschiedene definitorische Ansätze. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert chronische Krankheiten als „lange andauernde und im Allgemeinen langsam fortschreitende Krankheiten“.¹⁶ Aus sozialrechtlicher Perspektive definiert die „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eine Person dann als schwerwiegend chronisch krank, wenn sie u. a. wenigstens ein Jahr lang mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und entweder eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB XI vorliegt, ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 besteht oder wenn eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich ist, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.¹⁷

WHO-Klassifikation Eine der Chroniker-Richtlinie des G-BA folgende Einteilung ist im Kindes- und Jugendalter jedoch nicht immer als Klassifikationssystem geeignet. Insbesondere hinsichtlich der sozialen und psychologischen Entwicklung, aber auch der Erkrankungsverläufe, kann eine diagnoseübergreifende Klassifikation potenziell chronische Erkrankungen besser beschreiben. In der Kinder- und Jugendmedizin hat sich deshalb der sog. „nonkategoriale Klassifikationsansatz“ entwickelt. Die WHO hat zur Klassifikation chronischer Erkrankungen angelehnt an dieses Modell die International Classification of Functioning (ICF) eingeführt, in welcher verschiedene Dimensionen wie Aktivität, Partizipation oder Schmerz zur Beurteilung einer chronischen Erkrankung herangezogen werden. Ein entsprechendes Klassifikationsverfahren eignet sich jedoch nur für Primärerhebungen.

Abbildbarkeit in Sozialdaten In Sekundärdaten sind die im ICF enthaltenen Dimensionen wie zum Beispiel eine potenzielle Beeinträchtigung einer Erkrankung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten allerdings nicht abbildbar. Um die Prävalenz chronischer Erkrankungen auf Basis von Daten der DAK-Gesundheit bestmöglich abzuschätzen, kann jedoch alternativ auf eine differenzierte Aufgriffslogik zurückgegriffen werden. Diese besteht aus vier separaten Analyseschritten (vgl. Tab. 8), welche unter Verwendung verschiedener Aufgreifkriterien zunächst die Ein-Jahres-Periodenprävalenz von Kindern und Jugendlichen mit potenziell chronisch verlaufenden Erkrankungen identifiziert („Diagnose-Aufgriff“). Daran anknüpfend werden als Teilgruppe dieser Kinder jene identifiziert, die dauerhaft in therapeutischer Behandlung sind. Dabei werden zwei unterschiedliche Definitionen einer Dauer-

¹⁶ WHO (2018).

¹⁷ G-BA (2004).

behandlung angewendet. Neben der Dokumentation einer Diagnose in vier aufeinanderfolgenden Quartalen (gem. „Chroniker-Richtlinie“) kommt zudem ein erweiterter Aufgriff in Form von zwei aufeinanderfolgenden Jahren mit der gleichen Diagnose zum Einsatz.

Tabelle 8: Aufgreifkriterien zur Bestimmung chronisch Kranker in GKV-Abrechnungsdaten

**Chroniker
Definition**

Aufgriff durch	Definition	Fragestellung
Diagnosen	ICD-10	Wie hoch ist die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die unter einer Erkrankung leiden, die einen potenziell chronischen Verlauf nehmen kann?
Wiederkehrende Diagnosen	ICD-10 in vier aufeinander folgenden Quartalen	Wie hoch ist die Anzahl der Kinder, die gem. „Chroniker-Richtlinie“ des G-BA aufgrund einer bestimmten Erkrankung zumindest temporär verstärkt das Versorgungssystem in Anspruch genommen haben?
	ICD-10 in zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren	Wie hoch ist die Anzahl der Kinder, die aufgrund einer bestimmten Erkrankung über wenigstens zwei Jahre wiederholt das Versorgungssystem in Anspruch genommen haben?
Abrechnungsziffern	Chronikerpauschale gem. EBM	Wie hoch ist die Anzahl der Kinder, die aus Perspektive der ambulant-ärztlichen Abrechnung chronisch krank sind?
EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab		

Zur Analyse der Prävalenz chronischer Erkrankungen in den diagnosebezogenen Analyseschritten wird zwischen chronisch-somatischen und chronisch-psychischen Erkrankungen unterschieden. Bei chronisch-somatischen Erkrankungen handelt es sich unter anderem um Funktionsstörungen eines Organsystems (z. B. des Herz- und Kreislaufsystems), des Stoffwechsels (z. B. bei Diabetes mellitus), der Immunabwehr (z. B. bei Allergien) oder um Tumorerkrankungen. Andere mitunter auch chronisch verlaufende Erkrankungen, wie z. B. ansteckende Infektionserkrankungen oder Suchterkrankungen, werden dabei nachfolgend nicht berücksichtigt. In nachfolgender Analyse werden vielmehr verschiedene Störungsbilder, welche eine bedeutende Beeinträchtigung des Alltags der betroffenen Kinder und Jugendlichen mit sich bringen können, in der Regel aber nicht so beeinträchtigend sind, dass sie grundsätzlich zu einem anerkannten Behindertenstatus führen müssen oder in jedem Fall einem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt zugeordnet werden

**Somatische und
psychische
Erkrankungs-
bilder**

können, zusammengefasst. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt dies nicht. Zur Abschätzung der Prävalenz potenziell chronisch-somatischer Erkrankungen werden insgesamt 14 verschiedene Erkrankungsbilder berücksichtigt (vgl. Tab. 9). Es ist dabei anzunehmen, dass nicht alle potenziell chronisch verlaufenden Erkrankungen gleichermaßen Einfluss z. B. auf die soziale Interaktions- oder Schulfähigkeit von Kindern und Jugendlichen haben.

Tabelle 9: ICD-10-Aufgreifdiagnosen chronisch kranker Kinder und Jugendliche

	Berücksichtigte Erkrankungsbilder
Chronisch-somatisch	Allergien (unspezifisch), angeborener Herzfehler, Aphasie (Sprachlosigkeit), Asthma, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronisches Fatigue Syndrom, Diabetes, Epilepsie, Heuschnupfen, Leukämie, Migräne, Mukoviszidose, Neurodermitis, Rheuma
Chronisch-psychisch	ADHS, Anorexia nervosa, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Bulimia nervosa, Depressionen, Schizophrene Psychosen, Schulangst und Schulphobie, Tourette-Syndrom, Zwangsstörungen

Orientiert an der Häufigkeit der Erkrankungsbilder sowie der potenziellen Relevanz innerhalb des Settings Schule im Kindes- und Jugendalter werden unter chronisch-psychisch verlaufenden Erkrankungen neun verschiedene Erkrankungsbilder gefasst (vgl. Tab. 9).

Definition von Schulangst in Sozialdaten

Während die in Tabelle 9 definierten chronisch-verlaufenden Erkrankungsbilder durch eindeutige ICD-10-Diagnosen in GKV-Abrechnungsdaten eindeutig abbildbar sind, ist die Schulangst nicht als eigenständige Diagnose erfasst. Bei der Schulangst handelt es sich um eine starke Angst vor der Schule selbst, d. h. Angst vor den Leistungsanforderungen, den Lehrer*innen und und/oder den Mitschüler*innen. Diese körperlichen Beschwerden können die Schüler*innen dazu veranlassen, während des Unterrichts nach Hause zu gehen oder (mit Wissen der Eltern) die Schule gar nicht zu besuchen. Bei der Schulphobie, die vor allem im Grundschulalter vorkommt, handelt es sich hingegen nicht um eine Angst vor der Schule, sondern um eine emotionale Störung mit (als existenziell bedrohlich erlebter) Trennungsangst, die es dem/der Schüler*in schwer bis unmöglich macht, sich von einer engen Bezugsperson zu lösen. Bei der Schulphobie kann es zu Wochen oder Monate dauernden Fehlzeiten kommen, da die Symptome, insbesondere die körperlichen, immer dann auftreten, wenn es ansteht, die Schule zu besuchen. Zur Identifikation von Kindern mit Schulangst und Schulphobie muss ein differenzierter Zugriff der betroffenen Kinder in GKV-Abrechnungsdaten erfolgen, da diese keine eigenständigen im ICD-10 klassifizierten Erkrankungsbilder sind. Berücksichtigt werden in vorliegenden Be-

rechnungen Diagnosen, die auf eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91), auf phobische Störungen des Kindesalters (F93.1), Störungen mit sozialer Überempfindlichkeit (F93.2), soziale Phobien (F40.1), andere Angststörungen (F41.-) sowie auf emotionale Störungen mit Trennungsangst (F93.0) hinweisen.

Die Validierung der auf Basis von ICD-10-Diagnosen identifizierten Prävalenz chronisch kranker Kinder erfolgt im Anschluss über den Anteil der Kinder und Jugendlichen, für welche die 2 in 013 in überarbeiteter Form neueingeführte „Chronikerpauschale“ (Ziffern im EBM: 03220, 03221) im Rahmen der ambulant-ärztlichen Behandlung abgerechnet wurde. Diese Gebührenordnungspositionen sind gemäß EBM-Katalog nur bei Patienten berechnungsfähig, die folgende Kriterien erfüllen:

Ambulante Chroniker- Pauschale

- Vorliegen mindestens einer lang andauernden, lebensverändernden Erkrankung und
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung.

Eine kontinuierliche ärztliche Behandlung liegt entsprechend der Definition im EBM vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in mindestens drei Quartalen in derselben Praxis stattgefunden hat (bezieht sich – wenn auch seit der Überarbeitung der Chronikerpauschale in 2013 nicht mehr explizit – auf die Definition der „Chroniker-Richtlinie“ des G-BA). Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben. Bei Neugeborenen und Säuglingen können die Chroniker-Abrechnungsziffern auch ohne die Voraussetzung der kontinuierlichen ärztlichen Behandlung dokumentiert werden. Eine Vorgabe, bei welchen Diagnosen die Chronikerpauschalen abgerechnet werden können, gibt es nicht. Allerdings hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung jüngst Diskussionen dazu angestoßen.¹⁸

Diskussionen gab es in der Vergangenheit auch um die Definition der zur Abrechnung der Chronikerpauschale erforderlichen „Dauerbehandlung“. So gebe es bezüglich bestimmter chronischer Behandlungsindikationen, zum Beispiel bei Diabetikern, bei guter therapeutischer Einstellung nicht zwangsläufig die Erfordernis für einen quartalsweisen Arztkontakt.¹⁹

3.3.2 Chroniker-Prävalenz im Kindes- und Jugendalter

In Abhängigkeit der zuvor beschriebenen verschiedenen Aufgreifalgorithmen ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse zur Prävalenz chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Tab 10).

¹⁸ Zimmermann (2018).

¹⁹ Exemplarisch: Ärzte Zeitung (2011).

Chronisch-somatische Erkrankungen Die Ein-Jahres-Prävalenz potenziell chronisch-verlaufender somatischer Erkrankungen liegt demnach bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in 2017 bei 27,3%. Geringer ist die Prävalenz, wenn das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung über eine wiederholte ärztliche Behandlung in wenigstens vier aufeinander folgenden Quartalen definiert wird. 4,7% aller Kinder leiden unter einer diesen Kriterien folgenden chronischen Erkrankung. Ein etwas größerer Aufgriff, welche eine chronische Erkrankung durch das wiederholte Auftreten in zwei aufeinander folgenden Jahren definiert, liefert eine Prävalenz von 15,6%. Damit wurden 66% aller Kinder, die in 2016 unter einer potenziell chronisch verlaufenden Erkrankung litten, wegen dieser auch in 2017 behandelt.

Chronisch-psychische Erkrankungen Psychische Erkrankungen mit chronischem Verlauf treten seltener auf. Insgesamt wurde für 8,3% aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2017 eine psychische Erkrankung dokumentiert, welche potenziell einen chronischen Verlauf nehmen kann. Für 1,7% aller Kinder wird eine entsprechende Diagnose zudem in vier aufeinanderfolgenden Quartalen gestellt; für 4,8% in zwei aufeinander folgenden Jahren. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Häufigkeit einzelner chronischer Erkrankungsbilder erfolgt in den nachfolgenden Abschnitten. Das parallele Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen wird im Indexwert nicht berücksichtigt (vgl. hierzu den nachfolgenden Abschnitt zur Multimorbidität).

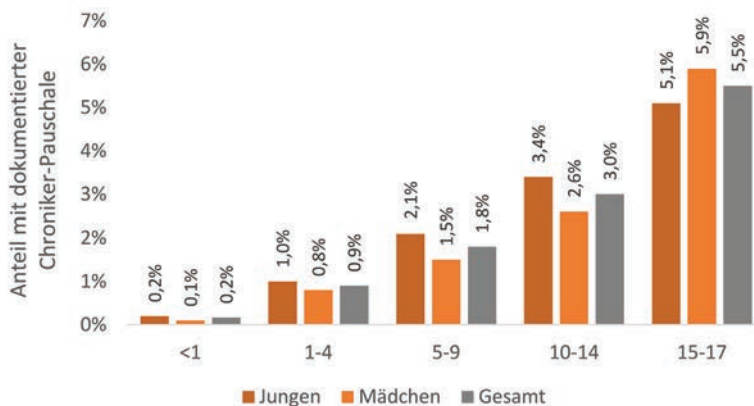
Tabelle 10: Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Aufgriff durch	Definition	Chronikerprävalenz	
		somatisch	psychisch
Diagnosen	ICD-10	27,3%	8,3%
Wiederkehrende Diagnosen	ICD-10 in zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren	15,6%	4,8%
	ICD-10 in vier aufeinanderfolgenden Quartalen	4,7%	1,7%
Abrechnungsziffern	Chronikerpauschale gem. EBM	2,6%	
EBM – Einheitlicher Bewertungsmaßstab			

Chroniker Pauschale Die Chronikerpauschale wurde in 2017 bei 2,6% aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen dokumentiert und damit bei 7% weniger Kindern als im Vorjahr (2,8%). Dabei lag ein deutlicher Zusammenhang mit dem Alter und Geschlecht des Kindes vor (vgl. Abb. 6). Während sich insbesondere bei Jungen im frühen und mittleren Kindesalter eine deutlich höhere Dokumentationshäufigkeit

als bei gleichaltrigen Mädchen zeigt, steigt die Abrechnungshäufigkeit der Chronikerpauschale mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. Der höhere Anteil abrechneter Chronikerpauschalen bei Jungen ist indes sowohl auf die höhere Prävalenz von Asthma als auch der behandelten ADHS zurückzuführen.

Abbildung 6: Anteil Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) mit abrechneter Chronikerpauschale (EBM 03220, 03221)



Quelle: Eigene Darstellung.

Unabhängig von der Chroniker-Definition treten sowohl chronisch-somatische als auch chronisch-psychische Erkrankungen bei Jungen häufiger auf als bei Mädchen. Im Rahmen des rein diagnosebezogenen Aufgriffes fand sich beispielsweise bei 24,2 % aller Jungen wenigstens eine dokumentierte potenziell chronisch verlaufende somatische Erkrankung, jedoch nur bei 22,3 % aller Mädchen. Auch die Chronikerpauschale wurde für Jungen (2,7 %) häufiger als für Mädchen (2,4 %) dokumentiert.

Offen ist, welche der hier genannten Chroniker-Indizes die bestmögliche Annäherung an die „wahre“ Chroniker-Prävalenz darstellt. Zur Beschreibung der Chroniker-Prävalenz haben alle genannten Ansätze sowohl Vor- als auch Nachteile und dienen letztlich der Beantwortung unterschiedlicher Fragestellungen. Während der rein diagnosebezogene Aufgriff als Risiko-Analyse dient und den Anteil der Kinder identifiziert, bei denen das Risiko besteht, aufgrund einer chronischen Erkrankung dauerhaft das Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen, adressieren die weiteren diagnosebezogenen Analysen eben jene zeitliche Komponente. Dabei ist jedoch eine der Chroniker-Richtlinie des GBA folgende quartalsweise Betrachtung nicht in der Lage, jedwede chronische Behandlungssituation eindeutig zu identifizieren. Insbesondere eine gute therapeutische Einstellung (z. B. beim Diabetes) oder eine schubweise verlaufende Erkrankung kann zu längeren Zeitabständen zwischen zwei Arztbesuchen führen. Die Chroniker-Analyse basierend auf zwei Kalender-

**„Wahre“
Chroniker-
Prävalenz?**

jahren adressiert diesen Nachteil, mag jedoch für andere chronisch verlaufende Erkrankungen wieder zu grob gefasst sein.

3.3.3 Chronisch-somatische Erkrankungen

Chronisch-somatische Erkrankungsbilder

Die zuvor berechneten Indexwerte zur Prävalenz chronisch-somatischer Erkrankungen beziehen sich auf das Auftreten wenigstens eines der zuvor definierten Erkrankungsbilder. Von Interesse ist darüber hinaus, wie häufig diese einzelnen ggf. chronisch verlaufenden Erkrankungsbilder auftreten. Dabei kann die Prävalenz erneut anhand der verschiedenen Chroniker-Definitionen differenziert beschrieben werden.

Es zeigt sich, dass ein rein diagnosebasierter Aufgriff („ICD-10“) eine deutliche höhere Fallzahl von Kindern mit potenziell chronisch verlaufenden somatischen Erkrankungen ergibt, als sich durch eine zeitliche Validierung („2 Jahre“ und „4 Quartale“) bestätigt (vgl. Tab. 11). Dies verwundert nicht, ermittelt der rein diagnosebezogene Aufgriff doch lediglich die Kinder und Jugendlichen, welche wegen einer potenziell chronisch verlaufenden Erkrankung wenigstens einmal innerhalb eines Jahres ärztlich behandelt wurden. Wird betrachtet, ob eine entsprechende Chroniker-Diagnose in wenigstens zwei aufeinander vorliegenden Jahren bei einem Kind dokumentiert wurde, zeigen sich im Vergleich zur reinen Querschnittsbetrachtung für alle betrachteten Erkrankungsbilder im Durchschnitt ca. halb so hohe Fallzahlen. Eine noch strengere Chroniker-Definition über eine in vier aufeinanderfolgenden Quartalen wiederkehrende Diagnosedokumentation liefert dann nochmals durchweg niedrigere Fallzahlen.

Tabelle 11: Prävalenz (Fälle je 1.000) chronisch-somatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Chronische Erkrankung	Aufgriffkriterium		
	ICD-10	2 Jahre	4 Quartale
Neurodermitis	84,9	49,6	10,0
Asthma	71,3	50,3	15,2
Allergische Rhinopathie	68,3	3,7	13,4
Allergie, un spez.	37,8	17,4	2,4
Aphasie (Sprachlosigkeit)	27,6	12,4	2,7
Angeb. Herzfehler	14,0	8,8	2,9
Migräne	10,8	4,4	0,8
Epilepsie	7,5	5,6	3,3

Chronische Erkrankung	Aufgriffkriterium		
	ICD-10	2 Jahre	4 Quartale
Diabetes	3,6	2,7	2,4
Rheuma	1,6	1,0	0,7
Chronisch entzündliche Darm- erkrankungen*	0,9	0,5	0,4
Leukämie	0,5	0,4	0,2
Mukoviszidose	0,3	0,2	0,2
Chronisches Fatigue Syndrom	0,2	0,03	0,01

* Im Vergleich zum Report 2018 wurde der ICD-10-Aufgriff chronisch entzündlicher Darmerkrankungen verändert. Berücksichtigt werden hier nur noch Personen mit Morbus Crohn (ICD-10 K50) und Colitis ulcerosa (K51). Im Vorjahr wurde zudem die sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis (K52) mitberücksichtigt (vgl. für diesen Aufgriff: KV-Nordrhein (2015)). Eine detaillierte Beschreibung der Häufigkeit entsprechender Erkrankungsbilder findet sich in Kapitel 3.13.2.

3.3.4 Chronisch-psychische Erkrankungen

Auch auf der Ebene chronisch-psychischer Erkrankungsbilder bestätigen sich die zuvor beobachteten Zusammenhänge; jeweils knapp die Hälfte aller Kinder, die wenigstens einmal aufgrund einer potenziell chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung ärztlich behandelt wurden, werden im darauffolgenden Jahr erneut wegen dieser Erkrankung therapiert (vgl. Tab. 12). Ein weiterer geringerer Anteil muss aufgrund einer solchen Erkrankung innerhalb von 12 Monaten in regelmäßigen Abständen ärztlich behandelt werden. Denn während zum Beispiel für 4,1 % aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 17 Jahren in 2017 wenigstens einmal eine ADHS-Diagnose dokumentiert wurde, findet sich eine entsprechende Diagnose sowohl in 2016 als auch in 2017 nur bei 2,5 % aller Kinder. Innerhalb eines Jahres mussten aufgrund einer ADHS wiederum 1,5 % aller Kinder wiederholt ärztlich behandelt werden.

Chronisch-psychische Erkrankungsbilder

Tabelle 12: Prävalenz (Fälle je 1.000) chronisch-psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Chronische Erkrankung	Aufgriffkriterium		
	ICD-10	2 Jahre	4 Quartale
ADHS	40,5	28,9	10,8
Schulangst und Schulphobie*	37,5	17,5	4,5

Chronische Erkrankung	Aufgriffkriterium		
	ICD-10	2 Jahre	4 Quartale
Depressionen	11,3	4,4	1,5
Tourette-Syndrom	5,5	2,2	0,5
Zwangsstörungen	1,8	0,9	0,3
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	40,5	28,9	10,8
Anorexia nervosa	1,3	0,5	0,1
Schizophrene Psychosen	0,9	0,5	0,3
Bulimia nervosa	0,3	0,1	0,05

* Der ICD-10 sieht keine eigenständige Diagnose der Schulangst bzw. Schulphobie vor, weshalb auf einen unter Kap. 3.3.1 beschriebenen Aufgreifalgorithmus zurückgegriffen wurde.

3.3.5 Multimorbidität

Das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen ist ein relevantes Charakteristikum der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. Die bisherige Forschung zur Multimorbidität fokussiert sich unter epidemiologischen Gesichtspunkten jedoch insbesondere auf alte und hochalte Personen. Daten zur Prävalenz von Multimorbidität im Kindesalter liegen für den deutschen Versorgungskontext kaum vor.

Was ist Multimorbidität?

Der Begriff „Multimorbidität“ ist zudem nicht eindeutig definiert.²⁰ Er besagt grundsätzlich, dass ein Patient gleichzeitig unter zwei oder mehr Krankheiten leidet, und zwar unabhängig davon, ob es sich um akute oder chronische, körperliche oder psychische Erkrankungen handelt.²¹ Wie auch beim ebenso nicht klar definierten Begriff „Komorbidität“ können die Erkrankungen kausal zusammenhängen oder unabhängig voneinander auftreten. Nur in der Psychopathologie bezeichnet man mit „Multimorbidität“ meist die Kombination von psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen.²² Die unklare Definition von Multimorbidität führt in der Literatur zu sehr unterschiedlichen Prävalenzangaben. So liegt die Ein-Jahres-Querschnittsprävalenz zwischen 1 % und 44 %.²³ Diese Angaben basieren jedoch auf unterschiedlichen Aufgreifkriterien, Personengruppen und verschiedenen Datenquellen.

²⁰ Boyd et al. (2010).

²¹ Bierbach (2016).

²² Merikangas et al. (2009).

²³ van der Lee et al. (2007).

Zur Beschreibung der Multimorbidität im Kindes- und Jugendalter auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten ist es deshalb sinnvoll, ebenfalls verschiedene methodische Ansätze anzuwenden und die Ergebnisse zu vergleichen. Eine Anwendung des Charlson-Komorbiditäts-Index erscheint aufgrund der eher geriatrischen Ausrichtung der in diesem Instrument abgefragten Indikationen nicht geeignet, Multimorbidität im Kindesalter adäquat abzubilden. Anknüpfend an die Analysen zur Prävalenz chronischer Erkrankungen wird Multimorbidität deshalb nachfolgend entweder

- als das parallele Auftreten von zwei potenziell chronisch verlaufenden Erkrankungen innerhalb eines Jahres bzw.
- als das parallele Auftreten von vier potenziell chronisch verlaufenden Erkrankungen innerhalb eines Jahres oder
- als das parallele Auftreten einer potenziell chronisch verlaufenden somatischen und psychischen Erkrankung innerhalb eines Jahres

definiert. Allergische Multimorbidität fällt nicht darunter; das bedeutet, dass auch das Vorliegen mehrerer Allergien nur als eine Erkrankung gezählt wird. Zur Identifikation multimorbider Kinder und Jugendliche werden die zuvor in Tabelle 10 beschriebenen Erkrankungsbilder herangezogen.

Für mindestens 7,6 % aller Kinder wurden in 2017 demnach wenigstens zwei verschiedene Erkrankungen dokumentiert, die einen potenziell chronischen Verlauf nehmen können (vgl. Tab. 13). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit vier oder mehr parallel auftretenden Erkrankungen ist hinsichtlich der Größenordnung vernachlässigbar (0,4 %). Vergleichbar häufig finden sich Kinder, bei denen neben einer bestimmten somatischen auch eine psychische Erkrankung auftritt. Bei insgesamt 1,4 % aller Kinder lag parallel zu einer chronisch-somatischen Erkrankung eine potenziell chronisch verlaufende psychische Erkrankung vor. Über den Wirkzusammenhang, also die Frage, ob die bestimmte psychische Erkrankung als Begleiterkrankung zu einer somatischen Grunderkrankung auftritt oder umgekehrt, können auf der bislang vorliegenden Datenbasis keine Angaben gemacht werden. Mit der Verfügbarkeit einer längeren Zeitreihe werden hierzu jedoch zumindest hinsichtlich der diagnostischen Abfolge belastbarere Aussagen möglich werden.

Definitionen in Sozialdaten

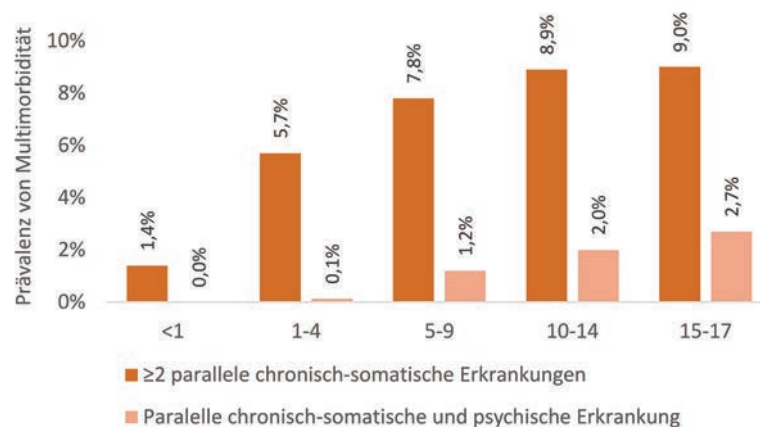
Prävalenz von Multimorbidität

Tabelle 13: Prävalenz von Multimorbidität unter Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Definition	Jungen	Mädchen	Gesamt
Mind. 2 parallele chronische Erkrankungen	8,7 %	6,3 %	7,6 %
Mind. 4 parallele chronische Erkrankungen	0,5 %	0,3 %	0,4 %
Parallelität chronisch-somatischer und chronisch-psychischer Erkrankungen	1,7 %	1,1 %	1,4 %

Multimorbidität erst ab dem späten Kindesalter

Das parallele Auftreten bestimmter chronisch verlaufender Erkrankungen und damit eine zumindest temporär verstärkte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens ist bereits ab dem frühen Kindesalter relevant (vgl. Abb. 7). Demnach wurden zum Beispiel 7,8 % aller Fünf- bis Neunjährigen im Jahr 2017 wegen zwei oder mehr verschiedenen somatischen Erkrankungen behandelt, die einen potenziell chronischen Verlauf nehmen können. Demgegenüber ist das parallele Auftreten einer potenziell chronisch verlaufenden somatischen sowie psychischen Erkrankung erst ab dem mittleren Kindesalter gehäuft zu beobachten.

Abbildung 7: Prävalenz von Multimorbidität unter Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit im Zeitverlauf

3.4.1 Aufbau einer Zeitreihe

Die nachfolgenden Kapitel betrachten auf Populationsebene die Häufigkeit verschiedener Erkrankungsarten und -bilder. Eine korrek-

te Zuordnung, ob bei einem Versicherten zu einem bestimmten Zeitpunkt eine Erkrankung vorliegt oder der Versicherte gesund ist, ist aus den Daten dabei nicht direkt zu entnehmen, sondern kann nur aus dem Dokumentationsverlauf bzw. dem Fehlen von Diagnosenennungen in einzelnen Zeiträumen oder entsprechenden Leistungen geschlossen werden. Grundsätzlich geht ein längerer Beobachtungszeitraum deshalb mit einem deutlichen Informationsgewinn einher. Gleichzeitig sind jedoch auch potenzielle Ergebnisverzerrungen aufgrund wachsender Populationsselektivität, zum Beispiel aufgrund von Krankenkassenwechslern, zu berücksichtigen. Da im vorliegenden Report der Fokus jedoch auf Kindern und Jugendlichen liegt, betrifft dies lediglich deren Eltern. Darüber hinaus liegen jahresübergreifende Daten von knapp 95 % der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen vor, weshalb potenzielle Verzerrungen stark eingeschränkt sein sollten.

Die Analyse zeitlicher Trends, zum Beispiel hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens verschiedener Erkrankungsbilder, wird in den kommenden Jahren dennoch zunehmend belastbare Ergebnisse liefern. Der bislang verfügbare Längsschnitt von zwei aufeinander folgenden Jahren bietet jedoch die Möglichkeit, erste populationsbasierte Entwicklungstrends abzubilden.

Setzt man definierte Krankheitsfälle in Bezug zu allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, können grundsätzlich folgende Raten berechnet werden:

- Punktprävalenz: Quotient der Anzahl Personen mit einer Krankheit an einem Stichtag und der Anzahl Personen unter Risiko an diesem Stichtag.
- Periodenprävalenz: Quotient der Anzahl Personen mit einer Krankheit in einer Zeitperiode und der Anzahl Personen unter Risiko in der Zeitperiode.

Nachfolgende Analysen zielen zunächst immer auf das Berichten der kumulierten Periodenprävalenz für die Jahre 2016 und 2017 ab. Durch Gegenüberstellung dieser Periodenprävalenzen können Hinweise auf Entwicklungen in der Erkrankungshäufigkeit abgeleitet werden. Eine Zwei-Jahres-Periodenprävalenz wird nicht berechnet.

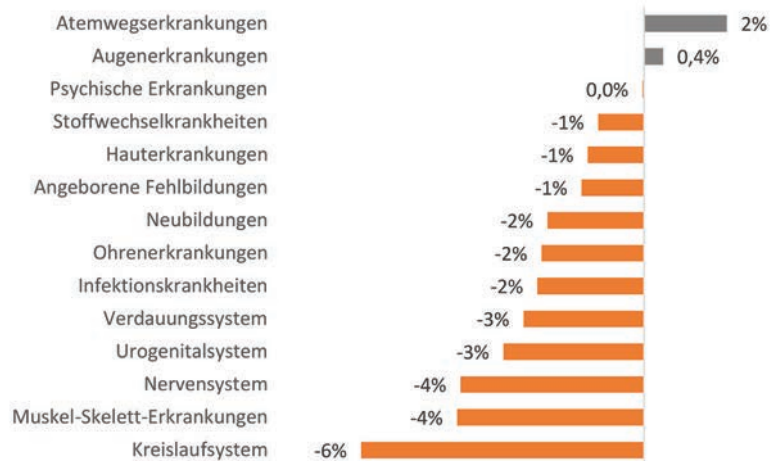
3.4.2 Entwicklung der Häufigkeit verschiedener Erkrankungsarten

Im Vergleich der Querschnittsprävalenz der unabhängig von Alter und Geschlecht dokumentierten Erkrankungsarten zeigt sich in den Jahren 2016 und 2017 eine weitestgehend vergleichbare administrative Diagnosehäufigkeit (vgl. Abb. 8). Beobachtete Abweichungen liegen hinsichtlich der Größenordnung überwiegend im zu vernachlässigenden Bereich. Die größten relativen Veränderungen in der Erkrankungsprävalenz sind hinsichtlich dokumentierter Kreislauf-

Veränderungen gegenüber 2016

krankungen (-6 %) zu beobachten. Auf Ebene einzelner Erkrankungsbilder zeigen sich hingegen stärkere Variationen bzw. Abweichungen zwischen den Jahren 2016 und 2017 (vgl. Kap. 3.4.3).

Abbildung 8: Veränderung der Periodenprävalenz auf Ebene der Erkrankungsarten bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017 gegenüber 2016



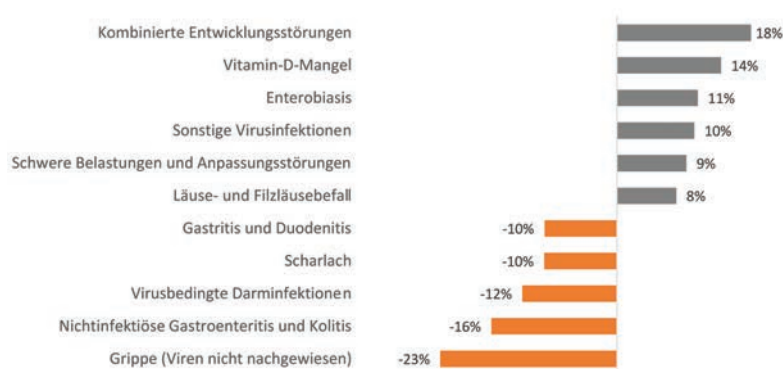
Quelle: Eigene Darstellung.

3.4.3 Entwicklung der Häufigkeit versorgungsrelevanter Erkrankungsdiagnosen

In den nachfolgenden Kapiteln werden je Erkrankungsgebiet die jeweils zehn häufigsten Erkrankungsdiagnosen auf der Ebene von ICD-10 Dreistellern berichtet. Dies ermöglicht einen raschen Überblick auf die je Versorgungsgebiet am häufigsten zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen führenden Gesundheitsproblemen. Dies sorgt für einen einfachen Überblick über erkrankungsübergreifende Entwicklungen im Zeitverlauf, obschon die Aussagekraft bei einer zweijährigen Zeitreihe noch eingeschränkt ist. So ist nicht zu unterscheiden, inwiefern es sich um saisonale Auffälligkeiten wie bei der um 23 % geringeren Grippe-Prävalenz in 2017 gegenüber 2016 handelt (vgl. Kap. 3.5.2), oder ob epidemiologische sowie sozialmedizinische Trends zu den beobachteten Entwicklungen führen. So könnte der beobachtete Anstieg an Vitamin-D-Mangel-Diagnosen (+14 % in 2017 gegenüber 2016) auch auf eine sich verändernde Wahrnehmung seitens der Eltern oder ein verändertes Administrationsverhalten seitens der Ärzte zurückzuführen sein. In Kap. 3.11.2 zeigen deshalb weitergehende Analysen, dass sich steigende Vitamin-D-Mangel-Diagnosen bis auf Säuglinge gleichsam in allen Altersgruppen finden und sich analog zur Diagnosehäufigkeit auch die Verschreibungsprävalenz von Vitamin D-Präparaten entwickelt hat (vgl. Kap. 4.4).

Im Gegensatz dazu zeigen sich in 2017 vielfach geringere Fallzahlen bei bestimmten infektiösen Erkrankungen, zum Beispiel von virusbedingten Darminfektionen. Gleichzeitig ist die Prävalenz von Läusen und Filzläusen bedeutend gestiegen. Zwar nicht unter den insgesamt häufigsten Erkrankungen, aber ebenfalls deutlich gestiegen, ist die Prävalenz der Krätze, für die in 2017 in machen Altersgruppe über 70 % höhere Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr dokumentiert wurden (vgl. Kap. 3.6.2).

Abbildung 9: Veränderung der Periodenprävalenz auf Ebene der je Erkrankungsart häufigsten Diagnosen (ICD-10 Dreisteller) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017 gegenüber 2016



Quelle: Eigene Darstellung.

3.5 Atemwegserkrankungen

3.5.1 Häufigkeit und Altersbezug

Atemwegserkrankungen zählen zu den häufigsten Krankheitsdiagnosen im Kindes- und Jugendalter. Im Jahr 2017 wurden 59,6 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund von Atemwegsproblemen wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr ist die administrative Erkrankungshäufigkeit damit geringfügig gesunken (vgl. Tab. 14).

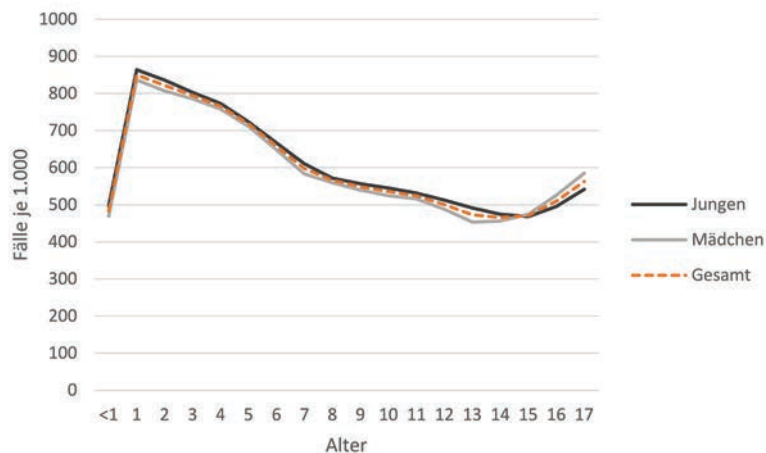
Tabelle 14: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Atemwegserkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	609,8	601,3	-1 %
Mädchen	603,7	590,0	-2 %
Gesamt	606,9	595,8	-2 %

8 von 10 Kleinkindern mit Atemwegserkrankung

Dabei zeigt sich eine bis zum mittleren Jugendalter konstant abnehmende Krankheitshäufigkeit. Bis einschließlich des 4. Lebensjahres lag die administrative Prävalenz von Atemwegsinfekten jeweils über 75 %, bei Jungen im Alter von einem Jahr sogar bei knapp 85 % (vgl. Abb. 10). Die im Vergleich niedrigste Erkrankungshäufigkeit war mit einer Prävalenz von 47 % im Jugendalter bei 14-jährigen Jungen und Mädchen zu beobachten. Altersunabhängig weisen Jungen eine 2 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als Mädchen auf. Am größten ist dieser Unterschied im mittleren Jugendalter (+8 %), kehrt sich im späten Jugendalter jedoch um. So wurde bei 17-jährigen Jungen eine 7 % niedrigere Prävalenz von Atemwegserkrankungen dokumentiert.

Abbildung 10: Prävalenz von Atemwegserkrankungen (ICD-10 J00-J99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.5.2 Relevante Diagnosestellungen

In der Diagnosestellung der Atemwegserkrankungen wird hinsichtlich der Lokalisation zwischen oberen und unteren Atemwegserkrankungen unterschieden. Zu den oberen Atemwegen zählen die Nase und die Nasennebenhöhlen, der Mund, der Rachen (Pharynx), die Mandeln (Tonsillen) und der Kehlkopf (Larynx). Zu den unteren Atemwegen zählen die Luftröhre (Trachea), die Bronchien und die Lunge. Zu den Atemwegserkrankungen werden zudem gleichermaßen akute wie auch chronische Erkrankungen gezählt, wobei akute Atemwegserkrankungen deutlich häufiger für Kinder und Jugendliche dokumentiert werden (vgl. Tab. 15). Im Jahr 2017 sind gegenüber dem Vorjahr der akute Erkältungsschnupfen (+3 %) sowie die chronische Rhinitis, eine über einen längeren Zeitraum anhaltende Entzündung der Nasenschleimhaut, oft verbunden mit einer Nasennebenhöhlenentzündung, etwas häufiger unter Kindern und Ju-

gendlichen dokumentiert worden. Die übrigen Erkrankungsbilder blieben hinsichtlich ihrer Häufigkeit auf vergleichbarem Niveau.

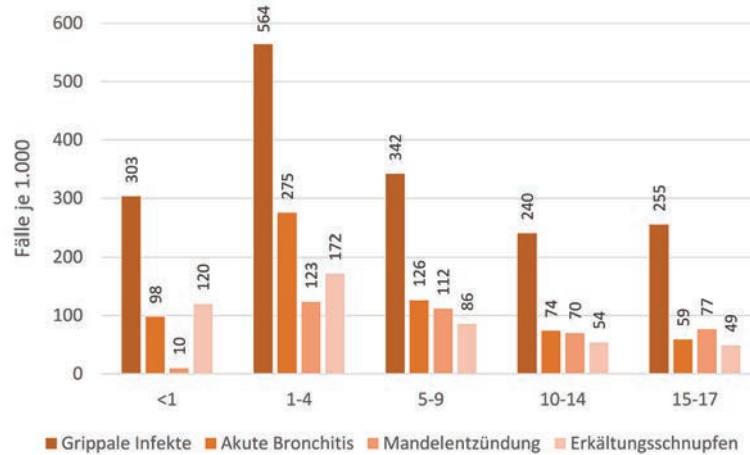
Tabelle 15: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Atemwegserkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Akute Infektionen der oberen Atemwege (grippaler Infekt)	J06	345,5	340,2	-2 %
Akute Bronchitis	J20	133,4	127,8	-4 %
Akute Tonsillitis	J03	97,5	90,0	-8 %
Akute Rhinopharyngitis (Erkältungsschnupfen)	J00	87,2	89,5	+3 %
Akute Pharyngitis	J02	83,5	78,0	-7 %
Asthma bronchiale	J45	75,7	71,3	-6 %
Vasomotorische und allergische Rhinopathie	J30	73,2	68,3	-7 %
Sonstige Krankheiten der Atemwege	J98	60,6	59,4	-2 %
Chronische Rhinitis, Rhinopharyngitis und Pharyngitis	J31	53,2	53,0	0 %
Chronische Krankheiten der Gaumenmandeln und der Rachenmandel	J35	45,4	44,0	-3 %

Die Häufigkeit des Auftretens dieser Atemwegserkrankungen folgt einem altersbezogenen Verlauf. Akute Atemwegserkrankungen wie grippale Infekte kommen dabei vor allem im frühen und mittleren Kindesalter gehäuft vor (vgl. Abb. 11).

Akute Atemwegserkrankungen

Abbildung 11: Prävalenz häufiger akuter Atemwegserkrankungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Grippe Getrennt von akuten Infektionen der oberen Atemwege können diagnostizierte Grippefälle in GKV-Daten identifiziert werden. Da die Grippe von ihrer Symptomatik anderen Erkrankungen der Atemwege ähnelt, gibt es verschiedene Analyseverfahren zur sicheren Fallidentifikation. Hierfür ist ein Nasenabstrich nötig. Bei 1,3 % aller Kinder und Jugendlichen wurde im Jahr 2017 eine Infektion mit Influenzaviren diagnostiziert, wobei in über 90 % der Fälle kein Virusnachweis erfolgte (ICD-10 J11). In der Betrachtung zeitlicher Unterschiede ist wiederum insbesondere die Saisonalität der Influenza zu berücksichtigen. Dabei wird eine Influenzasaison nicht auf ein Kalenderjahr, sondern anhand des relevanten Risikozeitraumes über die Wintermonate definiert. So wird als Influenzasaison 2016/2017 in der Regel der Zeitraum vom dritten Quartal 2016 bis einschließlich des zweiten Quartals 2017 gezählt.

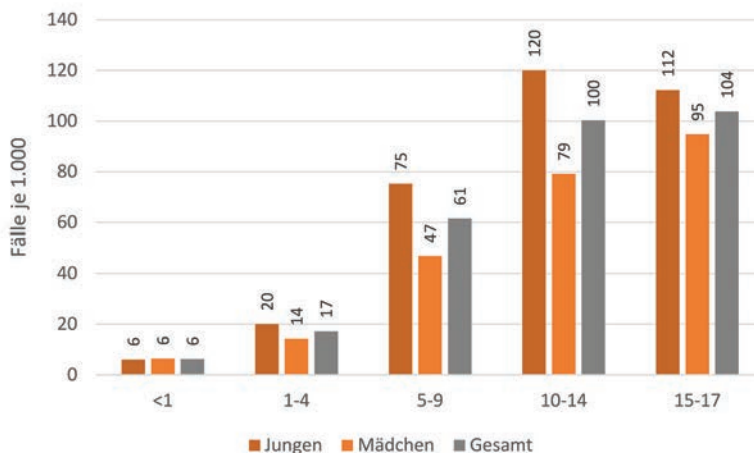
Tabelle 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Grippefälle bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahren)

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Grippe durch Influenzaviren von besonderer epidemiologischer Relevanz	J09	0,3	0,2	-48 %
Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren	J10	1,9	1,2	-38 %
Grippe, Viren nicht nachgewiesen	J11	15,4	11,8	-23 %

Die allergische Rhinopathie umfasst vor allem den saisonal auftretenden Heuschnupfen sowie die ganzjährig vorkommende Hausstaubmilbenallergie. 6,8 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 aufgrund ihres Heuschnupfens wenigstens einmal ärztlich behandelt; 7 % weniger als noch im Jahr zuvor. Allerdings kann dies auch auf andere Faktoren wie zum Beispiel eine geringere Exposition zu entsprechenden Allergenen oder einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten zurückzuführen sein und muss nicht zwangsläufig mit einem Rückgang der Häufigkeit von Allergien verbunden sein. Jungen waren mit 7,6 % stärker betroffen als Mädchen, bei denen die Prävalenz bei 5,4 % lag. Unabhängig davon zeigte sich eine deutliche Altersabhängigkeit in der Erkrankungshäufigkeit (vgl. Abb. 12).

Heuschnupfen

Abbildung 12: Heuschnupfenprävalenz in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Zu den wichtigsten chronischen Atemwegserkrankungen zählt das Asthma. Beim Asthma bronchiale handelt es sich um eine chronisch-entzündliche Atemwegserkrankung, bei der sich die Bronchien verengen. Zu den typischen Beschwerden dieser anfallsartig auftretenden Erkrankung gehören eine pfeifende Atmung, Husten und Luftnot. Risikofaktoren für die Entwicklung eines Asthmas sind eine frühe Sensibilisierung gegen Aeroallergene, ein elterliches Asthma, eine Neurodermitis und Passivrauchexposition.²⁴

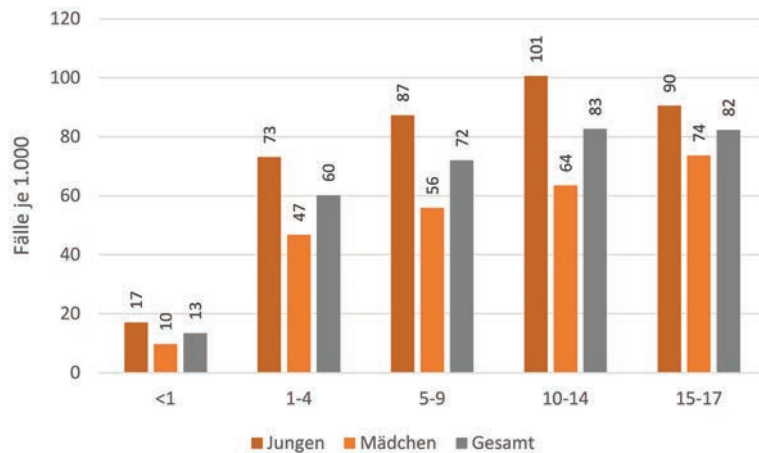
Asthma bronchiale

Die Prävalenz von Asthma bronchiale lag im Jahr 2017 altersunabhängig bei 7,1 % und hat damit im Vergleich zum Vorjahr leicht abgenommen (-6 %). Asthma zählt nach Neurodermitis zur häufigsten chronisch verlaufenden Erkrankung im Kindesalter (vgl. Kap. 3.3). Jungen (8,5 %) sind 50 % häufiger von Asthma betroffen als Mädchen (5,7 %). Auch unter Berücksichtigung des Alters zeigen sich für

²⁴ Guilbert et al. (2004).

Jungen durchweg höhere Fallzahlen, die mit 10,1% insgesamt höchste Prävalenz liegt bei Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren (vgl. Abb. 13). Aktuelle Daten des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland stützen diese Ergebnisse. Basierend auf einem strengeren Aufgreifkriterium (Asthma-Diagnose in wenigstens zwei Quartalen innerhalb eines Jahres) lag die auf Basis ambulanter Abrechnungsdaten ermittelte Prävalenz bei 5,1%.²⁵ Abweichungen zur auf Basis von DAK-Daten ermittelten Prävalenz ergeben sich insofern durch die größere Datengrundlage (Einschluss rein stationärer Behandlungsfälle), sowie dem weniger restriktiven Fall-Einschluss.

Abbildung 13: Prävalenz von Asthma bronchiale in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

COPD Atemwegs- und Lungenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter stellen die häufigste Ursache ambulanter pädiatrischer Konsultationen dar. Lungenerkrankungen bei Kindern unterscheiden sich in vielen Aspekten von denjenigen bei Erwachsenen. Die kompetente Diagnostik und das therapeutische Vorgehen sowie insbesondere die Prävention sind von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Nicht selten beeinflussen frühkindliche Faktoren nachhaltig die weitere Lungenentwicklung. So werden in Studien zum Beispiel Rauchen während der Schwangerschaft oder eine frühkindliche Passivrauchexposition mit dem Risiko, im Erwachsenenalter an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) zu erkranken, in Zusammenhang gebracht.²⁶

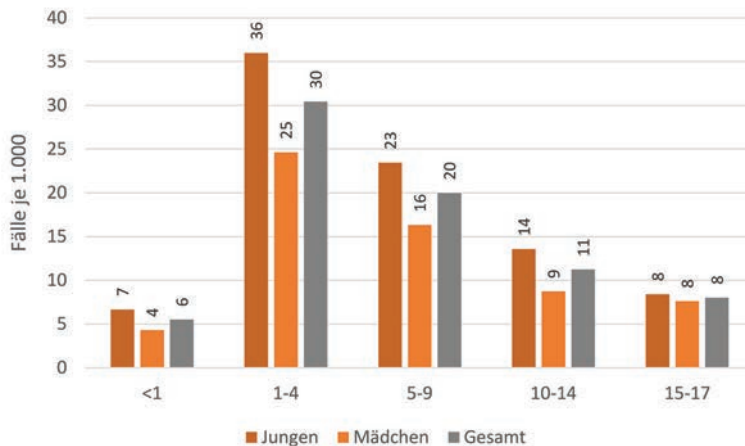
Für 1,7% aller DAK-versicherten Kinder wurden im Jahr 2017 eine COPD (ICD-10 J44) wenigstens einmal ambulant als „gesichert“ bzw. stationär als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentiert. Mit

²⁵ Akmatov et al. (2018).

²⁶ Stocks, Sonnappa (2013).

3,0% war die Prävalenz bei Jungen und Mädchen im Alter von einem bis vier Jahren besonders hoch. Nicht ausgeschlossen werden kann indes, dass die hier beobachtete COPD-Prävalenz ggf. zum Teil auch auf Fehlkodierungen asthmatischer Erkrankungen zurückzuführen ist.

Abbildung 14: Prävalenz von COPD in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.6 Infektionskrankheiten

3.6.1 Häufigkeit und Altersbezug

Infektiöse oder parasitäre Erkrankung zählen zu den häufigsten Behandlungsanlässen im Kindes- und Jugendalter. Im Jahr 2017 wurden 40,1% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund von Infektionskrankheiten wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr ist die administrative Erkrankungshäufigkeit auf annähernd gleichem Niveau (vgl. Tab. 17).

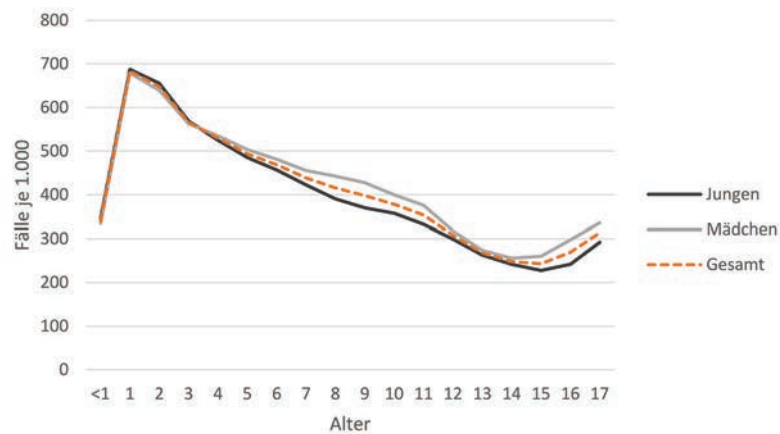
Tabelle 17: Prävalenz (Fälle je 1.000) infektiöser und parasitärer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	398,5	398,5	-1 %
Mädchen	424,9	414,1	-2 %
Gesamt	411,3	401,5	-2 %

3 von 5 Kleinkindern mit Infektionskrankheit

Bei Kindern im Alter von einem Jahr wurde mit 68,3 % die höchste administrative Erkrankungsprävalenz beobachtet (vgl. Abb. 15). Bis zum späten Jugendalter waren die beobachteten Fallzahlen rückläufig, stiegen unter 16- und 17-Jährigen jedoch wieder leicht an. Altersunabhängig weisen Mädchen eine 6 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als Jungen auf. Dieser Effekt wird ausschließlich durch eine größere Krankheitsprävalenz im späten Jugendalter hervorgerufen. Am größten ist der beobachtete Unterschied in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen (bis zu +17 %).

Abbildung 15: Prävalenz infektiöser und parasitärer Erkrankungen (ICD-10 A00-B99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.6.2 Relevante Diagnosestellungen

Häufiger Läusebefall

Die Dokumentation infektiöser und parasitärer Erkrankungen erfolgt häufig unspezifisch, das heißt ohne Angabe einer genaueren Diagnosestellung. Unter den zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen sind mit Viruskrankheiten nicht näher bezeichneter Lokalisation (ICD-10 B34) und sonstigen und nicht näher bezeichneten Infektionskrankheiten (ICD-10 B99, vgl. Tab. 18) zwei entsprechende Diagnosen unter den Top 3 der häufigsten Infektionskrankheiten. Während die häufigeren Behandlungsdiagnosen im Jahr 2017 in zum Vorjahr vergleichbarer Häufigkeit dokumentiert wurden, stechen drei Diagnosen mit in 2017 deutlich gesteigener Fallzahl hervor. Zu diesen gehört neben dem Madenwurmbefall (Enterobiasis), einer häufigen und zugleich leicht behandelbaren Infektion insbesondere im frühen Kindesalter, die deutlich gestiegene Prävalenz dokumentierter Läuse- bzw. Filzläusebefälle. Eine Pedikulose oder Phthiriasis wurde in 2017 bei 2,9 % aller Kinder und Jugendlichen diagnostiziert, ein Plus von 8 % gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 18: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten infektiösen und parasitären Erkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	B34	133,9	126,7	-5 %
Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis	A09	104,6	94,9	-9 %
Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	B99	75,7	71,5	-6 %
Viruswarzen	B07	49,3	46,8	-5 %
Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	B08	41,9	46,2	+10 %
Kandidose	B37	31,1	31,6	+2 %
Pedikulose [Läusebefall] und Phthiriasis [Filzläusebefall]	B85	26,7	28,7	+8 %
Virusbedingte und sonstige näher bezeichnete Darminfektionen	A08	23,3	20,4	-12 %
Enterobiasis	B80	14,0	15,5	+11 %
Scharlach	A38	15,7	14,2	-10 %

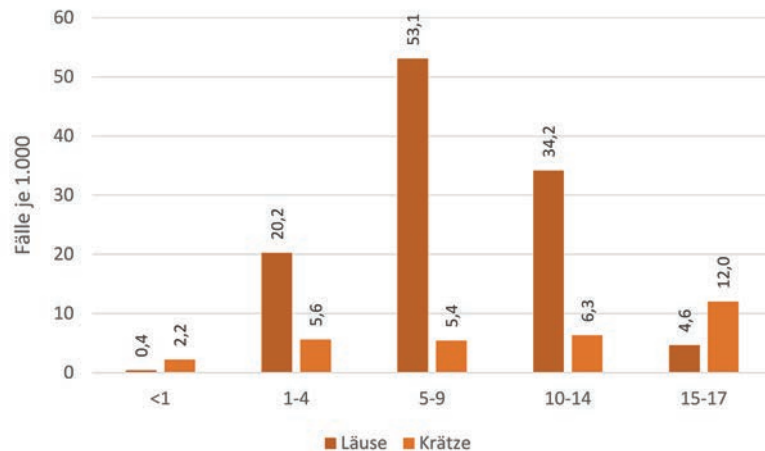
Noch größere Zuwächse in der Prävalenz zeigen sich bei behandelten Krätzelfällen (Skabies). Im Vergleich zu 2016 stieg die Anzahl der Kinder, die sich aufgrund einer Krätze behandeln lassen mussten, altersunabhängig von 4,4 auf 6,8 Fälle je 1.000, ein Plus von 55%. Besonders deutlich ist der Anstieg in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen, in welcher die Prävalenz von 3,8 auf 6,3 Fälle je 1.000 um 67 % gestiegen ist.

Läuse und Krätze

Bei der Krätze handelt es sich um eine Hauterkrankung, welche durch Parasiten ausgelöst wird. Ihr Hauptsymptom ist starker Juckreiz. Häufig wird mangelnde Hygiene als Ursache für Krätze angenommen. Die Erreger breiten sich allerdings – wie Läuse – unabhängig vom Pflegezustand auf jedem Körper aus, den sie erreichen können. Eine Übertragung von Krätze ist vor allem an Orten möglich, an denen viele Menschen eng zusammenkommen. Etwa in der Familie, der Wohngemeinschaft, im Kindergarten (Kita), der Schule. Insofern zeigen sich erwartungsgemäß im mittleren und späten Kin-

desalter die höchsten Fallzahlen (vgl. Abb. 16). Anders als die Häufigkeit eines Läusebefalls nimmt jedoch die Krätzeprävalenz mit steigendem Alter weiter zu, was insbesondere auf stark steigende Fallzahlen bei Mädchen zurückzuführen ist.

Abbildung 16: Prävalenz von Läusen und Krätze in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

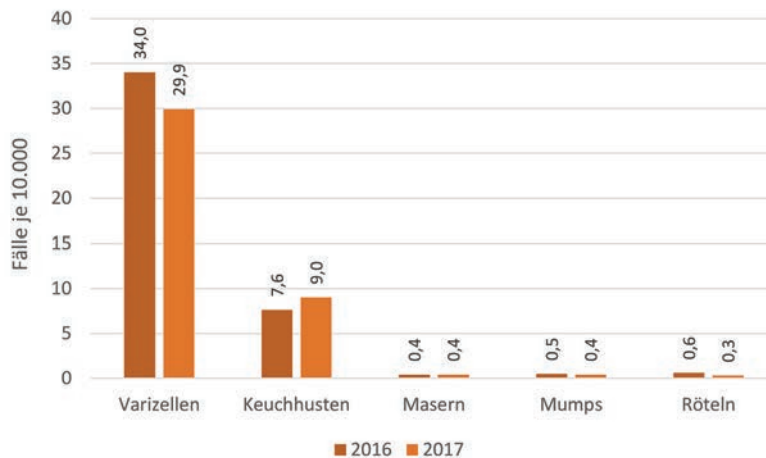


Quelle: Eigene Darstellung.

Impfpräventable Erkrankungen

Hinsichtlich der beobachteten Häufigkeit von Infektionskrankheiten ist es zudem sinnvoll, zwischen impfpräventablen Erkrankungen und solchen, für die keine wirksame Form der Prävention existiert, zu unterscheiden. Zu den impfpräventablen Erkrankungen im Kindesalter zählen neben Varizellen (Windpocken), Pertussis (Keuchhusten), Masern, Röteln und Mumps. Während die Prävalenz der häufigsten impfpräventablen Erkrankungen im Kindesalter bei Varizellen im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr leicht rückläufig ist (12%), steigt die dokumentierte Prävalenz von Pertussis um 18% an. Ebenfalls deutlich geringer ist die administrative Prävalenz von Röteln, wobei für diese Infektionskrankheit, genauso wie für Masern und Mumps, die sehr geringen absoluten Fallzahlen einschränkend berücksichtigt werden müssen. Im Jahr 2017 wurden beispielsweise 31 Masernfälle unter allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen dokumentiert. Rechnet man diese Zahlen auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen hoch, ergeben sich ca. 480 Masernfälle für das Jahr 2017. Die WHO hatte einst das Ziel ausgegeben, Masern bis zum Jahr 2020 auszurotten. In Deutschland besteht deshalb insbesondere hinsichtlich flächendeckender hoher Impfquoten noch Verbesserungspotenzial.

Abbildung 17: Prävalenz impfpräventabler Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahren) im Jahr 2016 und 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.7 Augenerkrankungen

3.7.1 Häufigkeit und Altersbezug

Augenerkrankungen sind der dritthäufigste Grund, im Kindes- und Jugendalter einen Arzt aufzusuchen. Im Jahr 2017 wurden 31,0% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund von Augenproblemen wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr zeigen sich keine Unterschiede in der Krankheitsprävalenz (vgl. Tab. 19).

Tabelle 19: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Augenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

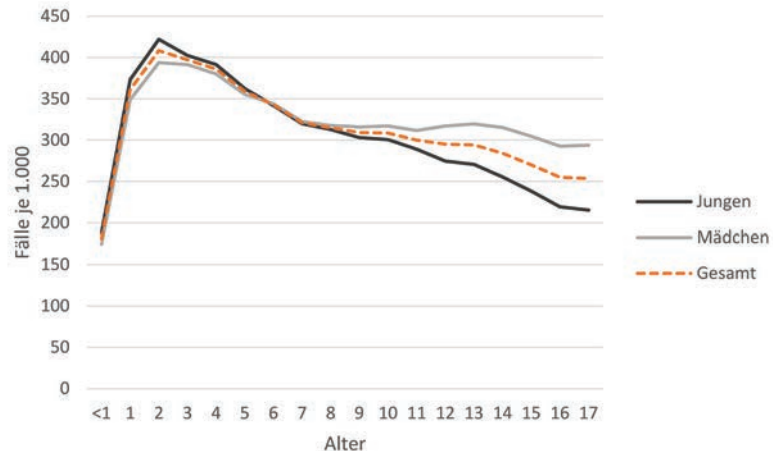
	2016	2017	Differenz
Jungen	299,3	300,2	0 %
Mädchen	319,5	321,3	+1 %
Gesamt	309,1	310,4	0 %

Akute sowie angeborene Augenprobleme sind in allen Altersgruppen ein vergleichsweise häufiger Grund zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Besonders hoch ist die Prävalenz unter Kleinkindern (vgl. Abb. 18). 40,8% aller Zweijährigen wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund einer Augenerkrankung behandelt. Die im Vergleich niedrigste Erkrankungshäufigkeit war mit einer Prävalenz von 25,4% im Jugendalter bei 17-jährigen Jungen

2 von 5 Kleinkindern mit akuten oder chronischen Augenproblemen

und Mädchen zu beobachten. Altersunabhängig weisen Mädchen eine 7 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als Jungen auf. Ab dem 12. Lebensjahr sind größere geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Am größten sind diese im späten Jugendalter, zum Beispiel bei 17-jährigen Mädchen, die eine 36 % höhere Prävalenz aufweisen als gleichaltrige Jungen.

Abbildung 18: Prävalenz von Augenerkrankungen (ICD-10 H00-H59) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.7.2 Relevante Diagnosestellungen

Augenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich primär dahingehend, ob es sich um angeborene oder akute Sehstörungen handelt. Am häufigsten führen angeborene Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler, also eine Kurz- oder Weitsichtigkeit, zu einer Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. 18,6 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren wurden im Jahre 2017 wenigstens einmal aufgrund entsprechender Seheinschränkungen behandelt (vgl. Tab. 20)

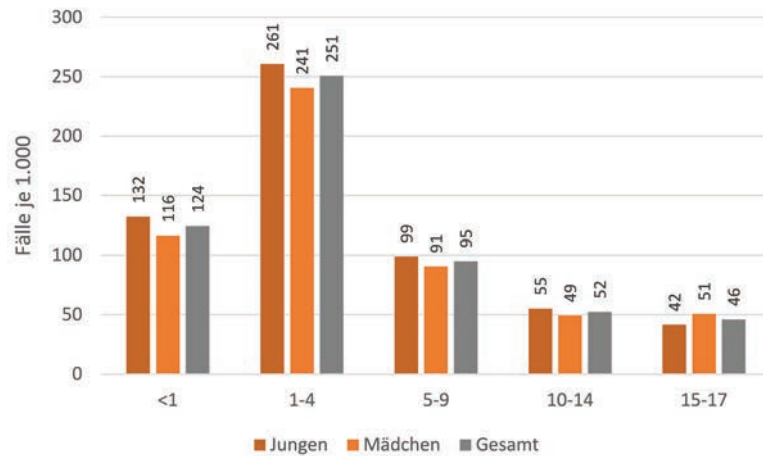
Tabelle 20: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Augenerkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	H52	185,0	186,3	+1 %
Konjunktivitis	H10	105,9	105,7	0 %
Sonstiger Strabismus	H50	85,9	85,2	-1 %
Sehstörungen	H53	57,9	57,2	-1 %
Blindheit und Sehbeeinträchtigung	H54	9,6	9,9	+3 %
Sonstige Affektionen der Netzhaut	H35	9,7	9,6	-2 %
Hordeolum und Chalazion	H00	9,6	9,4	-2 %
Affektionen des Tränenapparates	H04	7,7	7,8	+2 %
Sonstige Affektionen des Auges und der Augenanhangsgebilde	H57	5,9	5,8	-1 %
Sonstige Affektionen der Konjunktiva	H11	5,0	4,9	-1 %

Unter den akuten Augenerkrankungen ist vor dem Hagel- bzw. Gersenkorn (Hordeolum und Chalazion) die Bindehautentzündung (Konjunktivitis) im Kindes- und Jugendalter der mit Abstand häufigste Grund für einen Arztbesuch. 10,6 % aller DAK-versicherten Jungen und Mädchen wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal mit einem entsprechenden Augenproblem beim Arzt vorstellig. Dabei weisen Jungen bis zum Jugendalter eine geringfügig höhere Prävalenz als Mädchen aus, ein Trend, welche sich im späten Jugendalter umkehrt (vgl. Abb. 19).

Abbildung 19: Prävalenz einer Bindehautentzündung in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Bindehaut-entzündung



Quelle: Eigene Darstellung.

Beim Hagelkorn (Chalazion) handelt es sich um eine chronische Entzündung der im Augenlid liegenden Meibom-Drüse. Die Entzündung ist nicht infektiös, wird also nicht durch Bakterien oder andere Erreger hervorgerufen. Kaum 1 % aller Kinder und Jugendlichen litten im Jahr 2017 wenigstens einmal unter einer entsprechenden Entzündung, welche auch ärztlich behandelt wurde. Mädchen (11,1 Fälle je 1.000) sind dabei etwas häufiger betroffen als Jungen (7,9 Fälle je 1.000). Altersbezogene Zusammenhänge zeigten sich nicht.

3.8 Psychische und Verhaltensstörungen

Schwerpunkt-analysen

Detaillierte Analysen zur Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter finden sich im Rahmen der Schwerpunktanalysen in den Kapiteln 5 und 6. Diese umfassen die folgenden Informationen:

Schwerpunkt „Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter“:

- Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen
- Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Folge psychischer Erkrankungen
- Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen
- Prävalenz und Versorgung von Angststörungen

Schwerpunkt „Ursachen für und Reaktionen auf Depressionen und Angststörungen“

- Risikofaktoren für Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

3.9 Hauterkrankungen

3.9.1 Häufigkeit und Altersbezug

Hauterkrankungen sind ein häufiger Behandlungsanlass im Kindes- und Jugendalter. Im Jahr 2017 wurden 28,0 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund einer Hauterkrankung wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr ist die administrative Erkrankungshäufigkeit damit geringfügig gestiegen (vgl. Tab. 21).

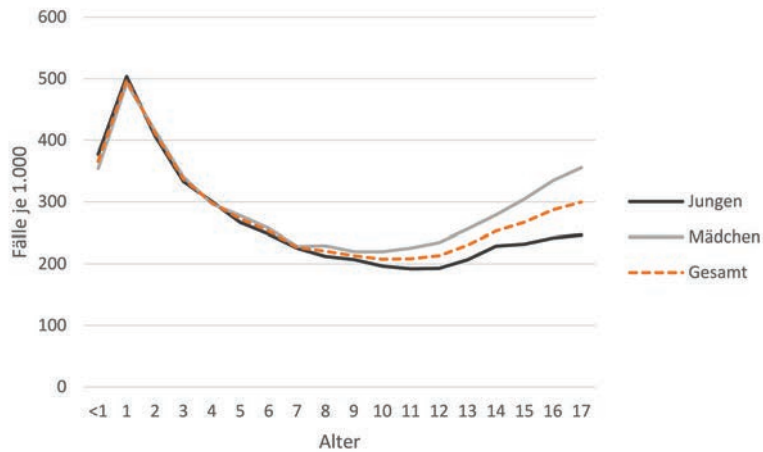
Tabelle 21: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Hauterkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	267,75	265,33	-1 %
Mädchen	301,05	296,22	-2 %
Gesamt	283,95	280,36	-1 %

Die höchste Prävalenz zeigte sich bei Kleinkindern im Alter von einem Jahr (49,8 %). Bis einschließlich des zehnten Lebensjahres war die administrative Diganosehäufigkeit rückläufig, stieg bis zum Jugendalter jedoch konstant wieder an (vgl. Abb. 20). Altersunabhängig wiesen Mädchen eine 12 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als Jungen auf. Bis zum mittleren Kindesalter ist die Erkrankungshäufigkeit allerdings noch gleichverteilt. Mit Beginn der Pubertät zeigen sich allerdings unterschiedliche Verläufe. Während die Prävalenz bei Jungen lediglich im späten Jugendalter noch einmal gering ansteigt, sind bei Mädchen konstant steigende Fallzahlen zu beobachten.

5 von 10 Kleinkindern mit Hauterkrankung

Abbildung 20: Prävalenz von Hauterkrankungen (ICD-10 L00-L99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.9.2 Relevante Diagnosenstellungen

Zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen unter Hauterkrankungen zählen die Neurodermitis (atopische Ekzem), die Akne oder die Nesselsucht bzw. das Nesselfieber (Urtikaria).²⁷ Im Vergleich zu 2016 ist in 2017 insbesondere die Prävalenz sonstiger Hautverdickungen (+8 %) erhöht (vgl. Tab. 22).

Tabelle 22: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Hauterkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Atopisches Ekzem	L20	86,9	84,9	-2 %
Sonstige Dermatitis	L30	67,6	67,4	0 %
Akne	L70	41,5	40,1	-3 %
Windeldermatitis	L22	21,9	22,6	+3 %
Sonstige Epidermisverdickung	L85	16,0	17,2	+8 %
Urtikaria	L50	16,9	16,5	-2 %
Phlegmone	L03	15,6	15,2	-3 %
Seborrhoisches Ekzem	L21	12,9	12,7	-2 %

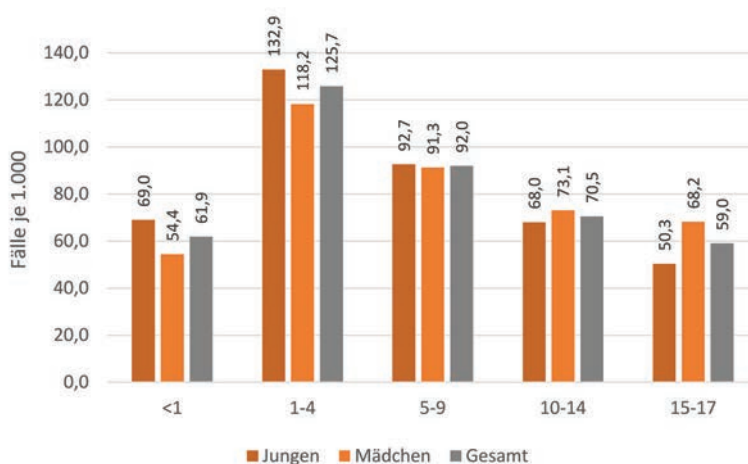
²⁷ Nicht berücksichtigt werden hier Parasitenbefälle der Haut, z.B. Läuse (siehe hierzu den Abschnitt zu Infektionskrankheiten).

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Impetigo	L01	11,3	10,5	-7 %
Pruritus	L29	9,7	10,0	+3 %

Beim atopischen Ekzem, der häufigsten Hauterkrankung im Kindes- und Jugendalter, handelt es sich um eine chronische Hautkrankheit, die auch als Neurodermitis bezeichnet wird. Diese schubweise verlaufende Erkrankung ist gekennzeichnet durch eine sehr empfindliche, trockene und oft gerötete Haut, die zu Juckreiz neigt. Bei 8,5 % aller Kinder- und Jugendlichen wurde im Jahr 2017 ein atopisches Ekzem diagnostiziert, wobei Kinder im Alter von einem bis vier Jahren mit 126 Fällen je 1.000 die höchste Prävalenz aufwiesen. Mit zunehmendem Alter sank die Prävalenz fast linear bis auf 59 Fälle je 1.000 im Alter von 15 bis 17 Jahren (vgl. Abb. 21). Während Jungen vor allem im Säuglings- und Kleinkindalter deutlich häufiger betroffen waren als Mädchen, kehrte sich das Verhältnis im späten Jugendalter merklich um.

Neurodermitis

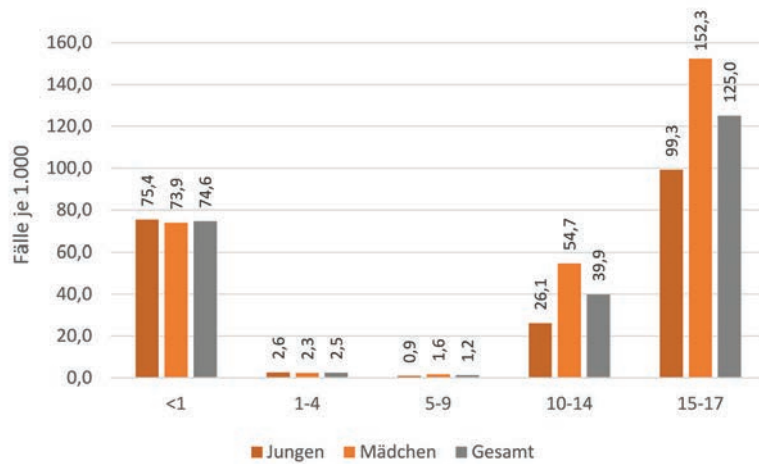
Abbildung 21: Prävalenz von Neurodermitis in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung

Eine ärztlich behandlungsbedürftige Akne kommt bei Mädchen insbesondere im Jugendalter 50 % häufiger vor als bei Jungen (vgl. Abb. 22). Ob dies prävalenz- oder verhaltensbezogene Gründe hat, kann auf Basis der vorliegenden Daten nicht schlüssig bestimmt werden. Es wäre also denkbar, dass eine Akne bei Jungen und Mädchen in vergleichbarer Häufigkeit auftritt, Mädchen mit entsprechenden Hautproblemen lediglich häufiger bei einem Arzt vorstellig werden und damit über GKV-Abrechnungsdaten identifizierbar sind. Darüber hinaus wurde im Jahr 2017 für sieben von 100 Säuglingen eine Neugeborenenakne dokumentiert.

Akne

Abbildung 22: Prävalenz von Akne in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

3.10 Ohrenerkrankungen

3.10.1 Häufigkeit und Altersbezug

19,1 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren wurden im Jahr 2017 aufgrund einer Ohrenerkrankung wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr zeigen sich keine Unterschiede in der Krankheitsprävalenz (vgl. Tab. 23).

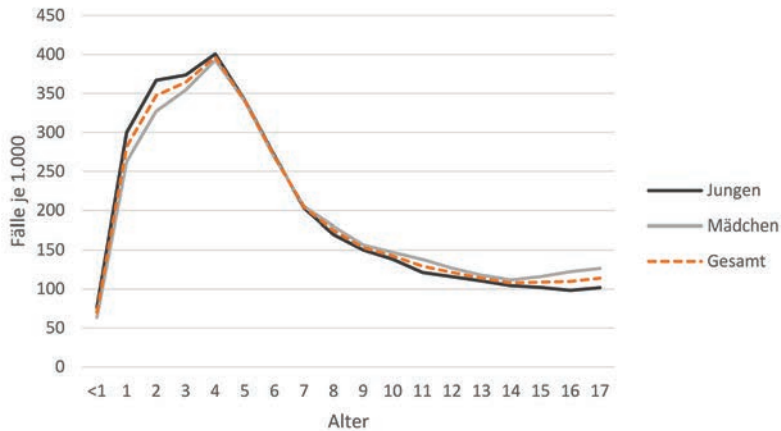
Tabelle 23: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Ohrenerkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	193,5	190,0	-1 %
Mädchen	197,7	192,1	-2 %
Gesamt	195,6	191,1	-1 %

Ohrenerkrankungen treten häufig als akutes Versorgungsproblem im frühen Kindesalter auf. Die höchste Prävalenz findet sich demzufolge bei Kindern im Alter von vier Jahren, von denen 39,7 % wenigstens einmal im Jahr 2017 aufgrund entsprechender Probleme ärztlich behandelt wurden (vgl. Abb. 23). Im mittleren Kindesalter geht die Erkrankungshäufigkeit stark zurück und pendelt sich im späten Kindesalter bei knapp 10 % ein. Altersunabhängig wiesen Mädchen eine 4 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit

als Jungen auf. Entsprechende eher geringfügige Unterschiede zeigen sich im Ausmaß konstant vom mittleren Kindes- bis hin zum späten Jugendalter.

Abbildung 23: Prävalenz von Ohrenerkrankungen (ICD-10 H60-H95) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.10.2 Relevante Diagnosestellungen

Häufigste Ohrenerkrankung, insbesondere unter Kleinkindern, ist die eitrige bzw. nichteitrige Mittelohrentzündung (Otitis media). Ebenfalls häufigere Erkrankungen des äußeren Ohres betreffen in der Regel die Ohrmuschel, z.B. in Form einer bakteriell bedingten Entzündung der Knorpelhaut (Perichondritis).

Tabelle 24: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Ohrenerkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	H66	78,7	74,9	-5 %
Nichteitrige Otitis media	H65	67,0	66,2	-1 %
Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	H61	37,8	38,5	+2 %
Otalgie und Ohrenfluss	H92	23,7	23,2	-2 %
Otitis externa	H60	21,7	21,1	-3 %
Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	H69	19,3	19,5	+1 %

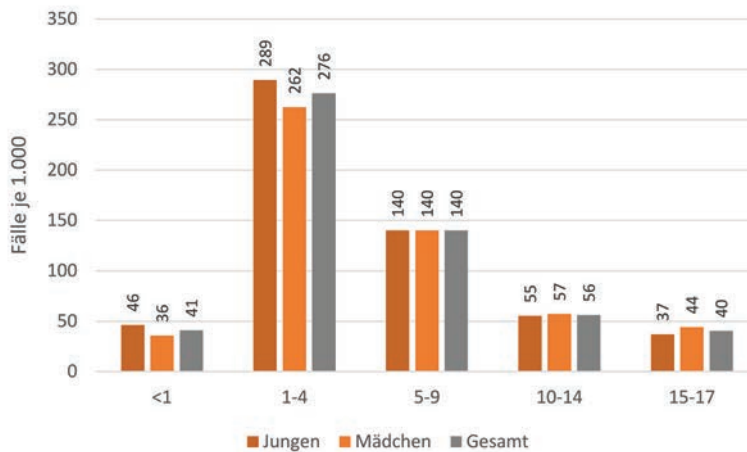
Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Entzündung und Verschluss der Tuba auditiva	H68	20,3	19,0	-6 %
Sonstiger Hörverlust	H91	11,5	11,7	+1 %
Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	H90	10,4	10,3	-1 %
Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	H93	6,9	6,7	-2 %

Mittelohrentzündungen

Unabhängig von Alter und Geschlecht wurden 12 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2017 wenigstens einmal wegen einer eitrigen bzw. nichteitrigen Mittelohrentzündung behandelt. Bedeutende Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen konnten nicht beobachtet werden. Man spricht von einer Mittelohrentzündung (Otitis media), wenn die Schleimhaut der Paukenhöhle entzündet ist. Dabei unterscheidet man verschiedene Arten der Mittelohrentzündung. Dauer und Häufigkeit sind hier die ausschlaggebenden Kriterien:

- Akute Mittelohrentzündung (Otitis media acuta): Eine plötzliche auftretende Entzündung mit typischen Beschwerden und Befund bei der Ohrspiegelung.
- Rezidivierende Mittelohrentzündung: Mindestens drei Entzündungen des Mittelohres innerhalb eines halben Jahres oder mindestens vier in einem Jahr.
- Chronische Mittelohrentzündung (Otitis media chronica): Mindestens zwei Monate lang bestehende Entzündung. Riss des Trommelfells und Ausfluss treten oft begleitend auf.

Am häufigsten treten Mittelohrentzündungen im Kleinkindalter auf. Jedes vierte Kind im Alter von einem bis vier Jahren wurde in 2017 wenigstens einmal aufgrund einer Mittelohrentzündung ärztlich behandelt. Entsprechende Probleme treten im Jugendalter mit einer Prävalenz von unter 5 % deutlich seltener auf.

Abbildung 24: Prävalenz einer Otitis media (ICD-10 H65-H67) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

3.11 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

3.11.1 Häufigkeit und Altersbezug

10,1 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr hat sich die administrative Erkrankungshäufigkeit damit quasi nicht verändert (vgl. Tab. 25).

Tabelle 25: Prävalenz (Fälle je 1.000) endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	95,6	94,6	-1 %
Mädchen	108,9	107,8	-1 %
Gesamt	102,1	101,0	-1 %

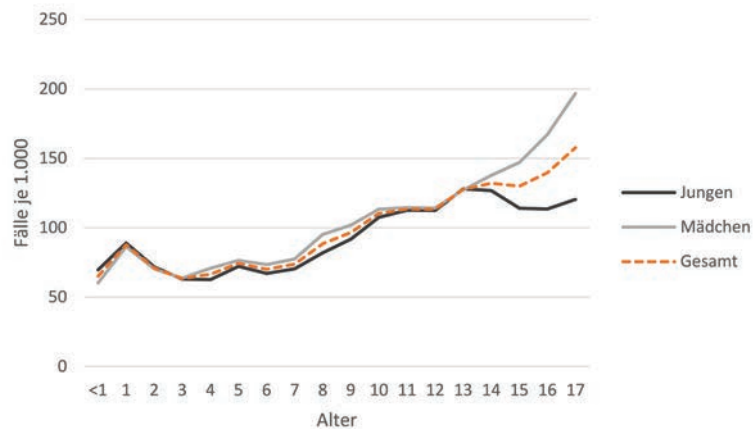
Unter endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten werden verschiedene Erkrankungsbilder beschrieben. Das endokrine System (Hormonsystem) besteht aus Drüsen und Organen, die jeweils spezifische Hormone bilden und diese direkt in die Blutbahn freisetzen, damit sie in die Zielzellen gelangen. Das endokrine System reguliert und steuert damit zahlreiche Körperfunktionen wie Fortpflanzung, Wachstums- und Stoffwechselprozesse. Endokrine Erkrankungen sind in der Regel darauf zurückzuführen, dass entwe-

der zu viele Hormone ausgeschüttet werden oder zu wenige. Auch die Ernährungsweise kann für das Entstehen zahlreicher Erkrankungen, z.B. eine Adipositas, mitverantwortlich sein. Folge einer nicht adäquaten Ernährung können wiederum Stoffwechselstörungen sein. Diese können erworben sein – z. B. Diabetes mellitus Typ 2 (Störung des Kohlenhydratstoffwechsels), Hypertriglyceridämie bzw. -cholesterinämie (Störung des Fettstoffwechsels) – oder angeboren, z. B. Diabetes mellitus Typ 1.

Insgesamt treten endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten erst gehäuft im späten Kindes- und Jugendalter auf (vgl. Abb. 25). Altersunabhängig wiesen Mädchen eine 14 % höhere durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als Jungen auf. Diese zeigt sich jedoch erst im mittleren und späten Jugendalter. Während bei Jungen ab dem 13. Lebensjahr rückläufige Fallzahlen zu beobachten sind, zeigten sich bei Mädchen konstant steigende Fallzahlen. So liegt die Prävalenz bei 17-jährigen Mädchen (19,7 %) 64 % oberhalb der von Jungen (12,0 %).

Abbildung 25: Prävalenz endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 E00-E90) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Stoffwechsel- erkrankungen



Quelle: Eigene Darstellung.

3.11.2 Relevante Diagnosestellungen

Unter den zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen endokriner, Ernährungs- bzw. Stoffwechselerkrankungen dominieren diagnostizierte Adipositas-Fälle (vgl. Tab. 26). Bereits seltener, aber immer noch vergleichsweise häufig werden sonstige endokrine Störungen, worunter z. B. Wachstumsstörungen fallen, beobachtet.

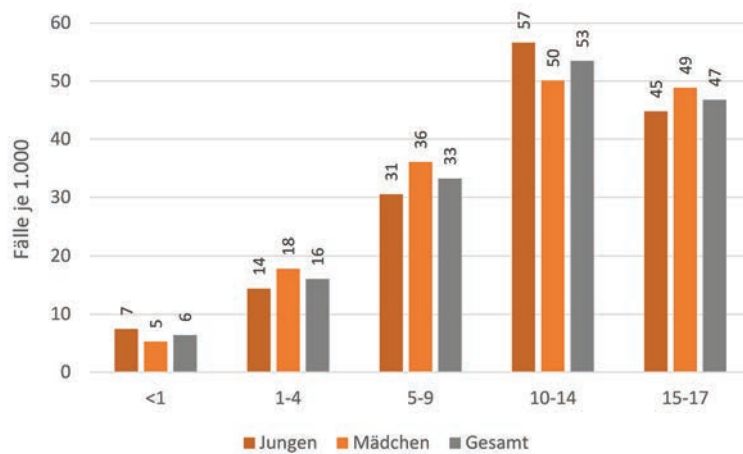
Tabelle 26: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Adipositas	E66	36,9	36,5	-1 %
Sonstige endokrine Störungen	E34	13,3	13,4	0 %
Vitamin-D-Mangel	E55	8,7	9,9	+14 %
Volumenmangel	E86	9,0	8,7	-3 %
Sonstige Hypothyreose	E03	8,9	8,3	-6 %
Laktoseintoleranz	E73	5,3	5,2	-2 %
Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	E74	4,2	4,2	+2 %
Mangel an sonstigen Spurenelementen	E61	3,9	3,9	+1 %
Sonstige nichttoxische Struma	E04	3,6	3,2	-12 %
Diabetes mellitus, Typ 1	E10	2,9	3,1	+4 %

Häufigste in diesem Kontext dokumentierte Erkrankung ist ein krankhaftes Übergewicht. Insgesamt wurde bei 3,7% aller Kinder und Jugendlichen im Jahr 2017 eine Adipositasdiagnose gestellt. Die Prävalenz unterlag jedoch einer starken Altersabhängigkeit und stieg bis zu einem Alter von fünf bis neun Jahren langsam an. Mit Beginn der Pubertät ist dann ein deutlicher Sprung in der Erkrankungshäufigkeit auf insgesamt 5,3% aller Kinder im Alter von zehn bis 14 Jahren zu beobachten (vgl. Abb. 26). Ab einem Alter von 14 Jahren sank die Prävalenz jedoch wieder ab. Im Mittel waren Mädchen genauso häufig betroffen wie Jungen. In 70 % aller Adipositas-Fälle wurde eine nicht näher bezeichnete Adipositas ohne Angabe von Grad oder Ausmaß (ICD-10 E66.99) dokumentiert.

Adipositas

Abbildung 26: Prävalenz von Adipositas in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Diabetes Nicht unter den häufigsten Stoffwechselerkrankungen und dennoch von hoher versorgungspolitischer Relevanz sind Kinder mit chronischen Stoffwechselerkrankungen wie zum Beispiel einem Diabetes. Diabetes mellitus wird in zwei Hauptformen unterteilt: der angeborene Typ 1 und der erworbene Typ 2. Grundsätzlich tritt ein Typ 2-Diabetes häufiger auf. Der u. a. durch verschiedene Risikofaktoren beeinflusste Diabetes tritt jedoch vermehrt erst im Erwachsenenalter auf. Aus epidemiologischer und versorgungspolitischer Sicht ist jedoch die Beobachtung beider Diabetes-Typen, aber insbesondere der des Typs 2 im Kindes- und Jugendalter von hoher Relevanz.

Beobachtete Entwicklungen in der Häufigkeit vom Typ 1-Diabetes sind insbesondere zu Organisation und Planung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Kinder, Eltern aber auch Settings wie der Schule bedeutsam. Denn bis zum mittleren Kindesalter ist der Unterstützungsbedarf beim Therapiemanagement besonders hoch, und die gleichberechtigte Partizipation in Kindergärten und Schulen von hoher Bedeutung für die soziale Entwicklung eines Kindes.²⁸ Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit liegt die Prävalenz des Typ 1-Diabetes im Jahr 2017 bei 2,7 Fällen je 1.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren (vgl. Tab 27). Bis zum 14. Lebensjahr liegt die Prävalenz bei 2,1 Fällen je 1.000 Personen, was etwas mehr als 1.300 DAK-versicherten Kindern entspricht. Dies liegt etwas oberhalb der Schätzungen der DDG, denen zufolge ca. 17.400 Kinder unter 14 Jahren mit Diabetes Typ 1 in Deutschland leben (1,7 Fälle je 1.000).²⁹

²⁸ Ärzteblatt (2019).

²⁹ Ärzteblatt (2019).

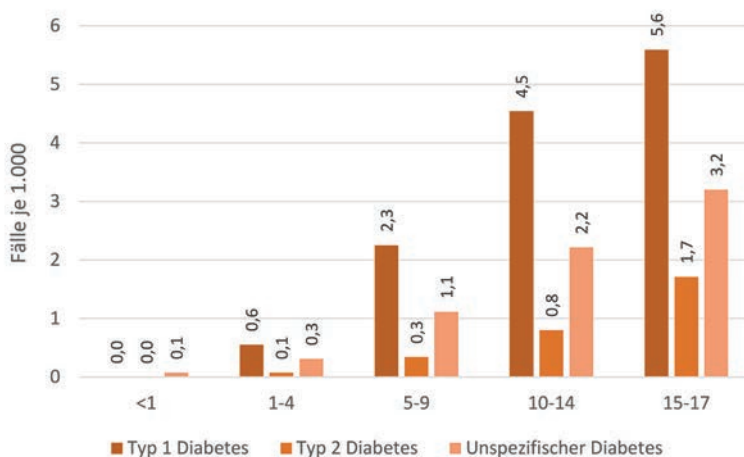
Tabelle 27: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Diabetes-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)

Diagnose	2016			2017		
	J	M	G	J	M	G
Typ 1-Diabetes	2,7	2,6	2,7	3,0	2,8	2,9
Typ 2-Diabetes	0,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6
Unspezifischer Diabetes	1,3	1,5	1,4	1,5	1,6	1,5

J – Jungen, M – Mädchen, G – Gesamt

Dabei zeigt sich für alle Diabetes-Diagnosen ein deutlicher altersbezogener Zusammenhang (vgl. Abb. 27).

Häufig unspezifische Diagnosen

Abbildung 27: Prävalenz von Diabetes in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

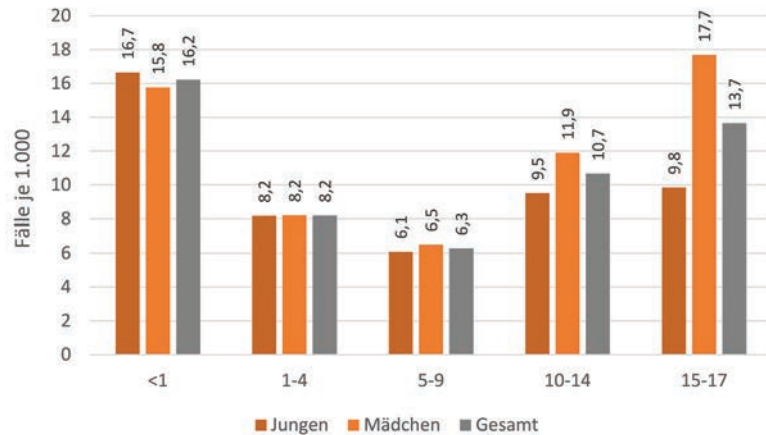
Insbesondere die Häufigkeit des häufig lebensstilassoziierten Typ 2-Diabetes zeigt dabei über alle Altersgruppen einen linearen Anstieg. Die fortlaufende Neuerkrankungsrate von Kinder und Jugendlichen mit Typ 2-Diabetes ist insofern unter Präventionsaspekten bedeutsam, da das Auftreten neben einer genetischen Vorbelastung und höherem Alter vor mit Lebensstilfaktoren wie körperlicher Inaktivität, ungesunder Ernährung und Übergewicht bzw. Adipositas assoziiert wird.

Für knapp 1 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen wurde im Jahr 2017 zudem wenigstens einmal ein Vitamin D-Mangel diagnostiziert, ein deutliches Plus von 14 % gegenüber dem Vorjahr. Vitamin D ist der übergeordnete Begriff für eine Gruppe fettlöslicher Vitamine, der Calciferole. Zu den wichtigsten Formen gehören Vita-

Vitamin D-Mangel

min D2 (Ergocalciferol) und Vitamin D3 (Cholecalciferol). Die bekannteste Funktion von Vitamin D ist die Beteiligung am Knochenstoffwechsel. So fördert Vitamin D unter anderem die Aufnahme (Resorption) von Calcium und Phosphat aus dem Darm sowie ihren Einbau in den Knochen. Es nimmt damit eine Schlüsselrolle bei der Knochenmineralisierung ein. Ein Vitamin-D-Mangel liegt vor, wenn Vitamin D im Körper über einen längeren Zeitraum fehlt und klinisch relevante Symptome auftreten. Bei Säuglingen und Kindern kann dies zum Krankheitsbild der Rachitis führen, das heißt zu schwerwiegenden Störungen des Knochenwachstums und zu bleibenden Verformungen des Skeletts inklusive Aufreibungen im Bereich der Wachstumsfugen. In dieser Altersgruppe fand sich mit 1,6 % auch die höchste administrative Prävalenz (vgl. Abb. 28).

Abbildung 28: Prävalenz dokumentierten Vitamin-D-Mangels in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Verschreibung von Vitamin-D

Aus Versorgungsperspektive ist in diesem Zusammenhang interessant, wie hoch der Anteil der Kinder mit diagnostiziertem Vitamin-D-Mangel ist, die auch mit Vitamin-Ersatzpräparaten behandelt wurden. Bereits im Jahr 2012 hat die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ihre Empfehlungen zur Vitamin-D-Versorgung deutlich ausgeweitet.³⁰ Neben einer Aufnahme über die Nahrung ist eine Vitamin-D-Zuführung für den Körper auch über Tageslichtexposition möglich. Insbesondere letzteres sei in nordwestlichen Breiten geraden aber in Wintermonaten nicht immer in ausreichendem Maße möglich. Hinzu kämen Veränderungen der Lebensgewohnheiten von Kindern und Jugendlichen, insbesondere ein genereller Bewegungsmangel. Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit zeigt sich, dass für 97 % aller Kinder mit einer Vitamin-D-Mangeldiagnose auch ein Vitamin-D-Präparat verordnet wurde. Sowohl Diagnosestellungen als auch Verschreibungen verteilen sich im Jahr

³⁰ Ärzte Zeitung (2012).

2017 dabei gleichmäßig auf alle Quartale und fallen nicht nur in den Wintermonaten an.

Im Rahmen dieser Analyse zeigt sich allerdings, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die ein Vitamin-D-Präparat verschrieben bekamen, deutlich höher war, als der Anteil der Kinder mit einer entsprechenden Mangeldiagnose (vgl. Kap. 4.4). Inwiefern dies Hinweis auf vorbeugendes Verhalten seitens verordnender Ärzte ist, kann an dieser Stelle nur spekuliert werden. Aktuelle Diskussionen richten sich auf die Frage einer flächendeckenden Vitamin-D-Supplimentierung aller Kinder und Jugendlichen ab zwei Jahren, welche die bestehenden Empfehlungen der Ernährungskommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin für eine Vitamin-D-Supplementierung in den ersten 12 bis 18 Lebensmonaten ergänzen würde.

3.12 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

3.12.1 Häufigkeit und Altersbezug

Häufigkeiten von Fehlbildungen werden nach internationaler Übereinkunft nicht als Inzidenz, sondern als Prävalenz angesehen, denn es handelt sich nicht um eine Neuerkrankung, sondern um einen Istwert bei Geburt.³¹ Insofern ergibt sich in nachfolgender Darstellung nicht das Problem zusammenfallender Prävalenz und Inzidenz in Form einer Periodenprävalenz, sondern es werden die tatsächlichen administrativen, prävalenten Fälle berichtet.

Von besonderem Interesse ist dabei die Diagnoseprävalenz bei Neugeborenen und Säuglingen, welche im Jahr 2017 für alle angeborenen Fehlbildungen geschlechtsunabhängig bei 33,5 % lag (vgl. Tab. 28). Hinsichtlich der beobachteten Fälle in anderen Altersjahrgängen, welche ab dem 1. Lebensjahr zwischen 23,5 % und 12,0 % bei 17-Jährigen deutlich unterhalb der berichteten Prävalenz bei Säuglingen lag, ist zu berücksichtigen, dass der Querschnittscharakter der vorliegenden Analyse nur jene prävalenten Fälle identifiziert, welche im Jahr 2017 gesundheitliche Leistungen in Form ambulanter oder stationärer ärztlicher Kontakte in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass bestimmte Fehlbildungen, welche nicht dauerhaft behandlungsbedürftig sind, im späteren Lebensalter nicht kontinuierlich Arztkontakte mit entsprechender Diagnosekodierung und damit eine über GKV-Abrechnungsdaten erfassbare Prävalenz auslösen.

Fehlbildungen bei Säuglingen

³¹ Queißer-Luft, Spranger (2006).

Tabelle 28: Prävalenz (Fälle je 1.000) angeborener Fehlbildungen bei Säuglingen (<1 Jahr)

	2016	2017	Differenz
Jungen	325,7	326,2	0 %
Mädchen	339,9	344,3	+1 %
Gesamt	332,7	335,0	+1 %

3.12.2 Relevante Diagnosestellungen

Häufigste Fehlbildungen

Häufigste angeborene Deformitäten sind mit einer alters- und geschlechtsübergreifenden Prävalenz von 7,2% Fehlbildungen der Hüfte (vgl. Tab. 29). Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände treten ebenso wie Fehlbildungen des Muskel-Skelettsystems mit ca. 10 Fällen je Tausend etwas seltener auf.

Tabelle 29: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten angeborenen Fehlbildungen (ICD-10 Dreisteller) für Säuglinge (<1 Jahr) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Angeborene Deformitäten der Füße	Q66	75,8	71,9	-5 %
Angeborene Fehlbildungen der Herzsepten	Q21	13,2	13,7	+4 %
Angeborene Muskel-Skelett-Deformitäten des Kopfes, des Gesichtes, der Wirbelsäule und des Thorax	Q67	12,9	13,4	+4 %
Angeborene Deformitäten der Hüfte	Q65	11,5	11,5	0 %
Sonstige angeborene Fehlbildungen der Haut	Q82	7,6	7,6	0 %
Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	Q55	5,8	6,1	+5 %
Angeborene Fehlbildungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	Q10	5,8	6,0	+3 %
Sonstige angeborene Fehlbildungen der weiblichen Genitalorgane	Q52	4,8	5,1	+6 %

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Angeborene Fehlbildungen der großen Arterien	Q25	4,2	4,4	+4 %
Nondescensus testis	Q53	4,2	4,4	+4 %

3.13 Sonstige und seltenere Erkrankungsdiagnosen

3.13.1 Häufigkeit und Altersbezug

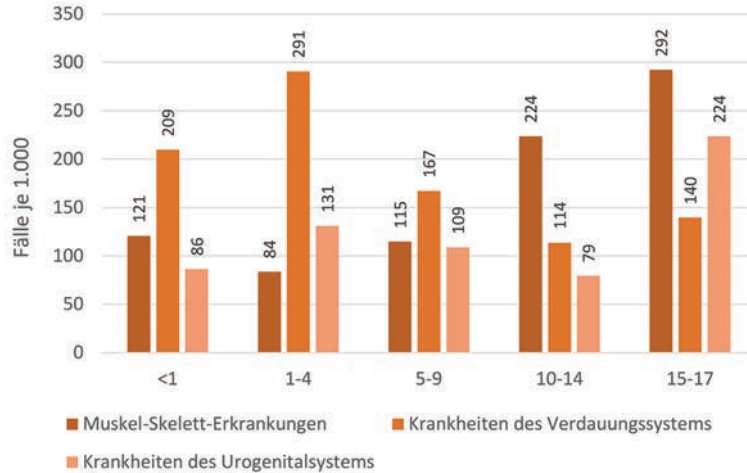
Es gibt weitere Erkrankungen, welche in unterschiedlicher Häufigkeit im Kinder- und Jugendalter auftreten (vgl. Tab. 30).

Tabelle 30: Prävalenz sonstiger Erkrankungsarten (Fälle je 1.000) unter Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Erkrankungsart	2016	2017	Differenz
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (z. B. Allergien)	253,4	246,0	-3 %
Krankheiten des Verdauungssystems	179,4	174,6	-3 %
Muskel-Skelett-Erkrankungen	180,9	173,3	-4 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	129,6	125,6	-3 %
Neubildungen	57,6	56,4	-2 %
Krankheiten des Nervensystems	53,4	51,2	-4 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	42,5	39,8	-6 %
Krankheiten des Blutes	29,0	28,5	-2 %

Für die drei häufigeren Erkrankungsarten, muskuloskeletale Erkrankungen sowie Erkrankungen des Verdauungs- und Urogenitalsystems, zeigen sich jeweils in Abhängigkeit des Alters unterschiedliche Häufigkeitsverläufe (vgl. Abb. 29). Während Verdauungserkrankungen überwiegend im frühen Kindesalter auftreten (vgl. Kap. 3.13.2) sind muskuloskeletale Erkrankungen (vgl. Kap. 3.13.4) eher im Jugendalter prävalent.

Abbildung 29: Prävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen sowie von Krankheiten des Verdauungs- und Urogenitalsystems in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.13.2 Verdauungserkrankungen

17,5 % aller Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund von Problemen mit dem Verdauungssystem behandelt. Mädchen (17,8 %) waren dabei geringfügig häufiger betroffen als Jungen (17,1 %). Unter den zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen dominieren dabei nichtinfektiöse Darmentzündungen sowie sonstige funktionelle Darmstörungen mit einer Prävalenz von jeweils knapp 4 % bei allen Kindern und Jugendlichen (vgl. Tab. 31). Erstere Diagnose wurde in 2017 dabei deutlich seltener dokumentiert als im Jahr 2016. Gleichzeitig stieg die Anzahl ärztlich dokumentierter Zahnkariesdiagnosen.

Tabelle 31: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten Verdauungserkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	K52	53,5	44,7	-16 %
Sonstige funktionelle Darmstörungen	K59	40,7	41,7	+3 %
Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	K00	18,3	18,8	+3 %

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Zahnkaries	K02	12,3	14,4	+18 %
Dentofaziale Anomalien [einschließlich fehlerhafter Okklusion]	K07	13,8	14,2	+2 %
Gastritis und Duodenitis	K29	12,5	11,3	-10 %
Stomatitis und verwandte Krankheiten	K12	10,6	10,8	+2 %
Hernia umbilicalis	K42	7,7	8,0	+5 %
Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalte- apparates	K08	4,1	4,5	+8 %
Gastroösophageale Reflux- krankheit	K21	4,3	4,2	-2 %

Neben der nichtinfektiösen Gastroenteritis und Kolitis zählen insbesondere Morbus Crohn sowie Colitis ulcerosa zu den schwerwiegenden Darmerkrankungen im Kindesalter. Dabei wird die unspezifische sonstige nichtentzündliche Gastroenteritis und Kolitis um ein Vielfaches häufiger dokumentiert als die schwerwiegenden und chronisch verlaufenden Formen, welche im Jahr 2017 bei insgesamt 300 (Colitis ulcerosa) bzw. 400 (Morbus Crohn) DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen diagnostiziert wurden. Diese Fallzahlen sind aus diesem Grund im Zeitverlauf sehr stabil. Sonstige nichtinfektiöse Darmentzündungen wurden hingegen im Jahr 2017 sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen deutlich seltener dokumentiert.

Darm- entzündungen

Tabelle 32: Prävalenz (Fälle je 1.000) dokumentierter Enteritis und Kolitis-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)

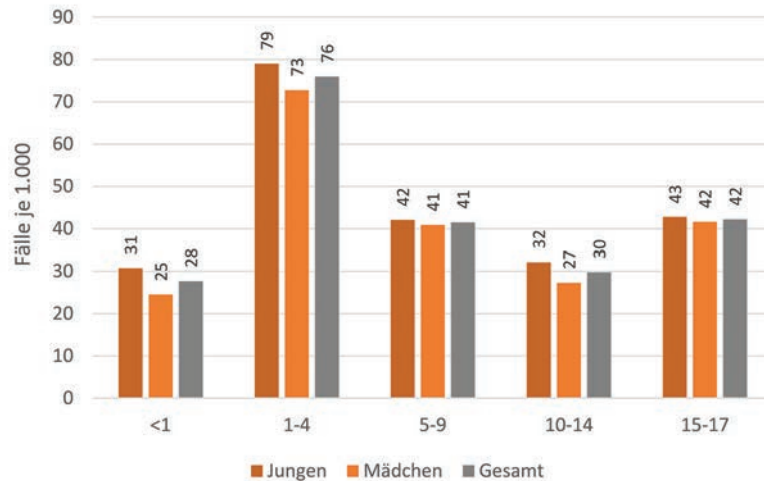
Diagnose	2016			2017		
	J	M	G	J	M	G
Morbus Crohn	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,5
Colitis ulcerosa	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	55,1	51,8	53,5	46,3	42,9	44,7
J – Jungen, M – Mädchen, G – Gesamt						

Dabei zeigt sich für dokumentierte Fälle sonstiger nichtinfektöser Darmentzündungen ein deutlicher altersbezogener Zusammenhang (vgl. Abb. 30). In der Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen liegt die

Nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis

Prävalenz fast doppelt so hoch wie in den übrigen Altersgruppen. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich indes nicht.

Abbildung 30: Prävalenz sonstiger nichtinfektiöser Gastroenteritis und Kolitis in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.13.3 Sonstige Allergien und Verletzungen

Verletzungen Für jedes vierte Kind bzw. Jugendlichen wurde im Jahr 2017 eine Verletzung oder Vergiftung oder andere Folgen äußerer Einflüsse kodiert. Zu entsprechenden Diagnosen können

- unterschiedlicher Verletzungen einzelner Körperregionen,
- Verletzungen mehrerer Körperregionen
- sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen

zählen. Dabei sind zum Zwecke der Abrechnung dokumentierte Verletzungen häufig eher unspezifisch, also ohne konkrete Angabe einer Lokalisation (vgl. Tab. 33). Vergleichsweise häufig treten noch Kopfverletzungen und Sprunggelenksverletzungen auf; erstere geringfügig häufiger bei Jungen, letztere häufiger bei Mädchen. Darüberhinaus sind fast alle häufigen Verletzungsdiagnosen im Jahr 2017 geringfügig seltener dokumentiert worden als im Vorjahr. Inwiefern dies normalen Schwankungen unterliegt oder Hinweis auf eine Trendentwicklung ist, kann auf Basis der verfügbaren Zeitreihe noch nicht abschließend beantwortet werden.

Tabelle 33: Häufigkeit der fünf relevantesten Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Fälle je 1.000)

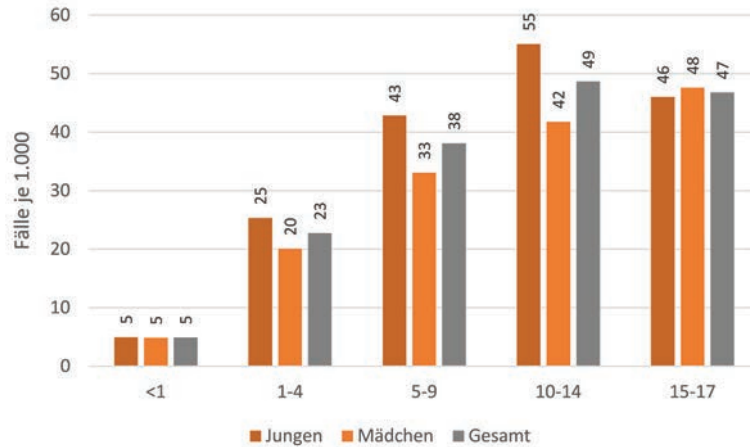
Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	T14	87,0	82,3	-5 %
Unerwünschte Nebenwirkungen	T78	48,2	45,2	-6 %
Oberflächliche Verletzung des Kopfes	S00	26,4	26,3	0 %
Verletzungen des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	S93	22,4	21,7	-3 %
Offene Wunde des Kopfes	S01	16,7	16,8	+1 %
Oberflächliche Verletzung des Handgelenks und der Hand	S60	15,8	15,4	-2 %
Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	S90	13,4	12,6	-6 %
Oberflächliche Verletzung des Unterschenkels	S80	10,1	9,6	-5 %
Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	S63	9,4	8,8	-6 %
Bestimmte Frühkomplikationen eines Traumas	T79	8,5	7,9	-6 %

Zweithäufigste dokumentierte Einzeldiagnose in dieser Kategorie sind „andernorts nicht klassifizierte unerwünschte Nebenwirkungen“. Dazu zählen z. B. anaphylaktische Schocks oder nicht näher bezeichnete Allergien. In den vergangenen Jahrzehnten haben allergische Erkrankungen in den westlichen Industrienationen deutlich zugenommen. Bereits im Kindes- und Jugendalter stellen sie ein bedeutendes Gesundheitsproblem dar. Je nach Ausmaß und Verlauf können sie für betroffene Kinder und deren Familien zu erheblichen Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben führen. Die Vorbeugung von Allergien ist daher ein besonderes Anliegen der Gesundheitspolitik. Die Prävalenz allergischer Reaktionen (ICD-10 T78.4), lag im Jahr 2017 insgesamt bei 3,8 % und damit geringfügig unterhalb der dokumentierten Prävalenz in 2016 (4,1 %). Es zeigen sich dabei deutliche altersbezogene und im mittleren Kindes- bis frühen Jugendalter auch geschlechtsbezogene Zusammenhänge (vgl.

Sonstige Allergien

Abb. 31). Dies umfasst allerdings nicht die allergische Rhinopathie, deren Prävalenz 2017 bei 6,5 % lag.

Abbildung 31: Prävalenz von Allergien (ICD-10 T78.4, exklusive der allergischen Rhinopathie) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.13.4 Muskuloskelettale Erkrankungen

Muskuloskelettale Probleme sind grundsätzlich ein eher seltener Behandlungsanlass im Kindes- und Jugendalter. Im Jahr 2017 wurden 17,3% aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund entsprechender Probleme wenigstens einmal ambulant oder stationär behandelt. Gegenüber dem Vorjahr ist die administrative Erkrankungshäufigkeit damit geringfügig gesunken (vgl. Tab. 34).

Tabelle 34: Prävalenz (Fälle je 1.000) muskuloskelettaler Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	174,4	168,7	-3 %
Mädchen	187,9	178,2	-5 %
Gesamt	180,9	173,3	-4 %

Dabei fällt auf, dass trotz der vergleichsweise hohen Gesamtprävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen keine spezifische Behandlungsdiagnose besonders häufig vorkommt (vgl. Tab. 35). Am häufigsten wurden unspezifische Sammelgruppen wie zum Beispiel „sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten“ oder „sonstige Gelenkkrankheiten“ kodiert. Unter letztere Diagnosegruppe fallen

zum Beispiel unspezifische Gelenkschmerzen, welche keiner eindeutigen Ursache zugeordnet werden konnten. Als einzige einem konkreten Gesundheitsproblem zuordbare Behandlungsdiagnosen wurden Rückenschmerzen und die Skoliose, eine Seitenverbiegung der Wirbelsäule mit gleichzeitiger Verdrehung der Wirbelkörper, vergleichsweise häufig für Kinder und Jugendliche dokumentiert.

Tabelle 35: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten muskuloskelettalen Erkrankungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	M21	41,7	40,1	-4 %
Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	M99	31,6	29,5	-7 %
Rückenschmerzen	M54	31,2	29,0	-7 %
Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	M25	24,9	24,4	-2 %
Skoliose	M41	25,1	23,6	-6 %
Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	M79	22,3	22,2	0 %
Sonstige Muskelkrankheiten	M62	18,7	18,2	-2 %
Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	M43	12,7	12,0	-6 %
Kyphose und Lordose	M40	10,3	9,6	-7 %
Sonstige erworbene Deformitäten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	M95	8,4	8,2	-3 %

Rückenschmerzen haben sich in der vergangenen Dekade zu einem Volksleiden entwickelt. Schätzungen gehen davon aus, dass die Lebenszeitprävalenz von Rückenschmerzen zwischen ca. 70 % und 80 % liegt.³² Sie entstehen meist durch Überlastung von Sehnen und Bändern an der Wirbelsäule oder Verschleißerscheinungen an Wirbeln und Bandscheiben. Seltener sind Unfälle und Erkrankungen der Wirbelsäule die Ursachen. Rückenschmerzen haben eine hohe Chronifizierungsrate und können die Lebensqualität der Betroffenen

Rückenschmerzen

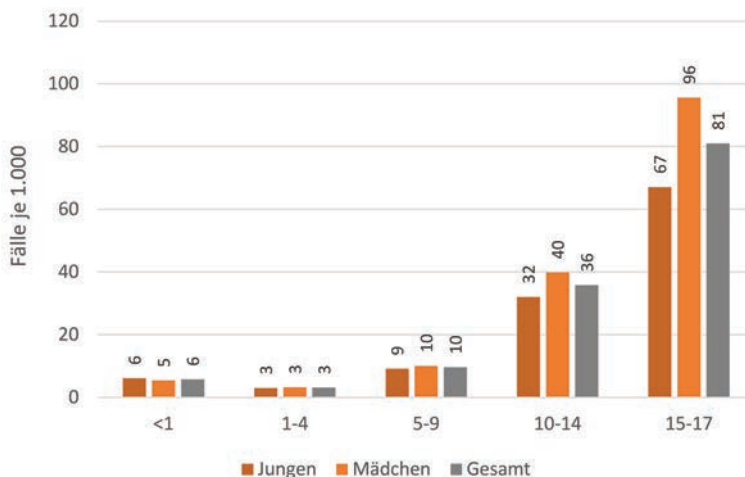
³² Schürer (2018).

erheblich einschränken. Chronische Rückenschmerzen gehören in Deutschland seit langem zu den größten Gesundheitsproblemen. Sie erzeugen eine immense Krankheitslast, sind in erheblichem Umfang für medizinische und soziale Leistungen verantwortlich und verursachen enorme gesamtwirtschaftliche Kosten.

Rückenschmerzen sind jedoch kein ausschließlich mit dem Erwachsenenalter assoziiertes Gesundheitsproblem. Bereits in den 1970er Jahren wurden erste epidemiologische Querschnittsstudien zu Rückenschmerzen bei Jugendlichen durchgeführt.³³ Darüber hinaus können manifeste Rückenprobleme im Kindesalter erste Hinweise auf ein Chronifizierungspotenzial im Erwachsenenalter sein und bieten damit wichtige Ansatzpunkte für Präventionsarbeit. Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit lag die Prävalenz von Rückenschmerzen unter allen Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017 bei 2,9 %, unterlag jedoch einer stark altersabhängigen Verteilung (vgl. Abb. 32). So sind steigende Fallzahlen erst ab dem späten Kindesalter zubeobachten. Wurden noch 3,6 % aller 10- bis 14-Jährigen innerhalb eines Jahres wenigstens einmal aufgrund von Rückenschmerzen ärztlich behandelt, lag dieser Anteil in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen insgesamt bei 8,1 %. Dabei ist erneut der administrative Charakter dieser Daten zu berücksichtigen. Abgebildet werden lediglich solche Kinder und Jugendlichen, welche aufgrund von Rückenschmerzen einen Kontakt mit dem Versorgungssystem hatten und dabei auch eine entsprechende Diagnose gestellt wurde. In einer systematischen Übersichtsarbeit, in welcher Studien mit verschiedenen epidemiologischen Designs (insb. qualitative Erhebungen) eingeschlossen wurden, zeigen sich indes höhere Rückenschmerzprävalenzen im Jugendalter von bis zu 26 %.³⁴ Gleichzeitig bestätigen andere Studien die auch unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen beobachtete höhere Rückenschmerzprävalenz unter Mädchen. Unter 15- bis 17-Jährigen weisen Mädchen beispielsweise eine 43 % höhere administrative Diagnoseprävalenz auf als Jungen.

³³ Exemplarisch: Grantham (1977).

³⁴ King et al. (2011).

Abbildung 32: Prävalenz von Rückenschmerzen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

3.13.5 Symptome und Schmerzen

Neben Rückenschmerzen gibt es weitere Schmerzdiagnosen, welche vergleichsweise häufig im Kindes- und Jugendalter dokumentiert werden. In der Literatur wurde jedoch diskutiert, inwiefern das Vorliegen verschiedener chronischer oder rezidivierender Schmerzsyndrome auf das Vorliegen verschiedener Krankheiten zurückzuführen ist, oder eher Zeichen einer erhöhten Verletzlichkeit (vulnerability) zu werten ist.³⁵ Da sich in GKV-Abrechnungsdaten nur sehr eingeschränkt Schweregrade abbilden lassen, stellt nachfolgende Auflistung der Querschnittsprävalenz verschiedener Schmerzdiagnosen zunächst eine Bestandsaufnahme der Häufigkeit und nicht einer spezifischen Krankheitsdiagnose zugeordneter Schmerzen dar. Mit Verfügbarkeit einer längeren Zeitreihe werden vor diesem Hintergrund weiterführende Analysen zu individuellen Schmerzverläufen im Kindesalter möglich.

Unter den häufigen Schmerzdiagnosen werden im Kindes- und Jugendalter unspezifische Bauch- und Beckenschmerzen am häufigsten dokumentiert (vgl. Tab. 36). Diese kommen bei Mädchen knapp 40 % häufiger vor als bei Jungen. Dies gilt auch für die übrigen Schmerzdiagnosen, welche bei Mädchen häufiger dokumentiert wurden als bei Jungen. Ob dies tatsächlich auf eine höhere Schmerzprävalenz bei Mädchen oder auf eine in Folge von Schmerzen unterschiedliche Inanspruchnahme des Versorgungssystems zurückzuführen ist, kann auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht beantwortet werden.

³⁵ Baeyer, Champion (2011).

Schmerzen

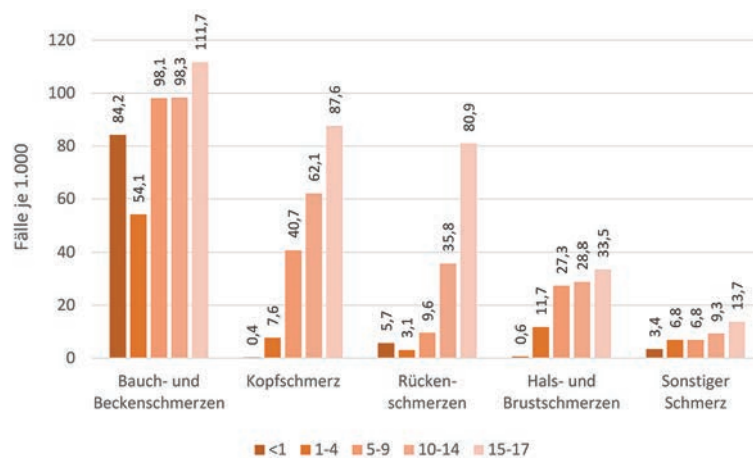
Bauch- und Beckenschmerzen am häufigsten

Tabelle 36: Prävalenz von Schmerzdiagnosen (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	76,6	105,8	90,8
Kopfschmerz	R51	42,4	51,1	46,6
Rückenschmerzen	M54	25,2	33,0	29,0
Hals- und Brustschmerzen	R07	22,0	26,5	24,2
Sonstiger Schmerz	R52	7,9	9,4	8,6

Unabhängig davon zeigt sich, dass ein Großteil der Schmerzdiagnosen erst im späten Kindes- und Jugendalter erfolgen (vgl. Abb. 33). Während Bauch- und Beckenschmerzen in allen Altersgruppen noch vergleichsweise häufig vorkommen, sind insbesondere Kopf- und Rückenschmerzen erst im späten Kindes- und Jugendalter prävalent. Unter „Sonstiger Schmerz“, welcher für 1,4 % aller Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren dokumentiert wurde, subsumieren sich indes akute und chronische Schmerzen, welche keinem bestimmten Organ oder keiner bestimmten Körperregion zugeordnet werden können. Die hier gezeigte Schmerzprävalenz umfasst dabei alle ambulanten (gesichert) und stationären (Haupt- und Neben-) Diagnosen und bildet damit zunächst das breite Spektrum medizinischer Versorgung in Folge von Schmerzen im Kindes- und Jugendalter ab. Spezifischere Daten, insbesondere zur Häufigkeit stationär behandelter Schmerzen, finden sich in Kapitel 4.5.

Abbildung 33: Prävalenz verschiedener Schmerzen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

13,4 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2017 ein Schmerzmittel verschrieben (vgl. Kap. 4.4). Der Grund für eine Schmerzmitteleinnahme ist aus GKV-Abrechnungsdaten nicht kausal ableitbar. Neben somatischen können auch psychosoziale Probleme zur Verschreibung und Einnahme von Schmerzmitteln führen. Aktuelle Daten aus Island belegen in diesem Zusammenhang, dass Mobbing in der Schule und daraus resultierende psychosoziale Probleme mit einer häufigeren Einnahme von Schmerzmitteln assoziiert sind.³⁶ Dieser Effekt blieb den Studienautoren zufolge auch dann statistisch signifikant, wenn für allgemein auftretende Schmerzen kontrolliert wurde. Demnach nahmen Schüler*innen mit Mobbing Erfahrung deutlich häufiger mindestens einmal pro Woche Medikamente gegen Kopfschmerzen ein als nicht gemobbte (46 % zu 30 %). Vergleichbare Effekte zeigten sich auch für Bauchschmerzen (31 % zu 14 %), Rückenschmerzen (18 % zu 8 %) sowie Schulter- und Nackenschmerzen (22 % zu 9 %).

Schmerzmittelverschreibungen

Neben verschiedenen Schmerzen werden auch funktionale Probleme häufig im Kindes- und Jugendalter ärztlich behandelt und dokumentiert. Am häufigsten zählen hierzu Fieber und Übelkeit bzw. Erbrechen (vgl. Tab. 37).

Symptomdiagnosen

Tabelle 37: Prävalenz unspezifischer Symptome (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) im Jahr 2017

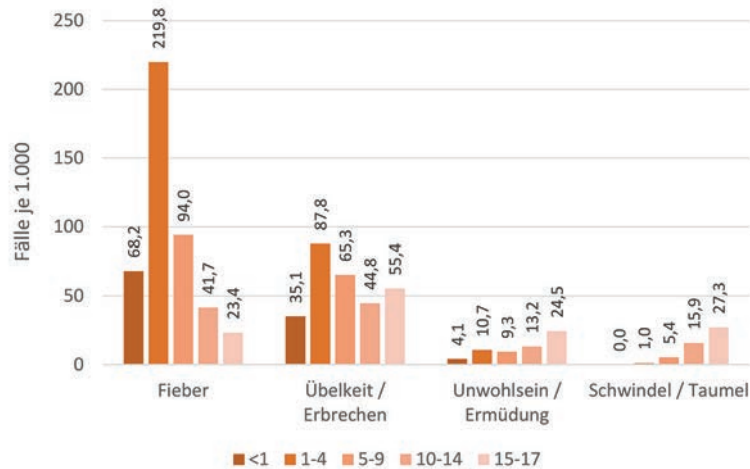
Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Fieber	R50	91,3	89,4	90,3
Übelkeit/Erbrechen	R11	57,8	63,4	60,5
Koordinationsstörungen	R27	19,8	14,6	17,2
Unwohlsein/Ermüdung	R53	12,2	14,5	13,3
Schwindel/Taumel	R42	9,1	13,7	11,3

So wurden beispielsweise 9,0 % aller Kinder- und Jugendlichen im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund von Fieber ärztlich behandelt. Diese Diagnose (ICD-10 R50) umfasst dabei nicht fiebrige Symptome, die mit einer anderen Erkrankung, zum Beispiel einer Erkältung, ursächlich assoziiert sind, sondern Fiebersymptome unbekannter Ursache. Besonders häufig wird diese Diagnose bei Kindern im Alter von einem bis vier Jahren gestellt. 22,0 % aller Kinder in diesem Alter wurden im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund entsprechender nicht unmittelbar krankheitsassoziierter Symptome ärztlich behandelt (vgl. Abb. 34). Auch Übelkeit und Erbrechen ohne Bezug zum Beispiel zu einem Magen-Darm-Infekt wird häufig im frühen Kindesalter dokumentiert. Im Jugendalter finden sich hingegen etwas häufiger Diagnosen, welche unspezifisches Unwohlsein oder Schwindel ausdrücken.

1 von 5 Kleinkindern wegen Fieber ärztlich behandelt

³⁶ Garmy et al. (2019).

Abbildung 34: Prävalenz verschiedener Symptomdiagnosen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

3.13.6 Krebserkrankungen

Neubildungen Bei 5,6 % aller Kinder und Jugendlichen wurde im Jahr 2016 eine Neubildung diagnostiziert. Darunter fallen sowohl bösartige als auch gutartige Neubildungen sowie In-situ-Neubildungen, also solche Tumoren, die von der Zellbeschaffenheit her bösartig, jedoch örtlich begrenzt sind, die natürlichen Gewebegrenzen nicht überschreiten und i. d. R. nicht metastasieren. Darüber hinaus sind Neubildungen, bei denen Unsicherheit darüber besteht, ob diese bösartig oder gutartig sind, berücksichtigt.

Bösartige Neubildungen Als Teilgruppe aller Neubildungen sind bösartige Tumorerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von besonderer Versorgungsrelevanz und hohem Public Health-Stellenwert. Dabei wurden mit 96 % der größte Teil der diagnostizierten Neubildungen im Jahr 2017 nicht als bösartige Neubildung kodiert. In 3,7 % aller berichteten Fälle mit einer Neubildung lag jedoch eine entsprechend gesicherte Diagnose-Klassifikation als bösartige Neubildung vor (ICD-10 C00-C75). Dies entspricht einer Prävalenz von 0,2 % bei allen Kindern und Jugendlichen. Durch Hochrechnung der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen mit bösartigen Neubildungen ergibt sich zudem eine Gesamtprävalenz von ca. 28.000 Kindern und Jugendlichen, welche in Deutschland unter einer bösartigen Krebserkrankung leiden.

3.14 Literatur

- Akmatov, M. K., Holstiege, J., Steffen, A., Bätzing, J. (2018): Diagnoseprävalenz und -inzidenz von Asthma bronchiale – Ergebnisse einer Studie mit Versorgungsdaten aller gesetzlich Versicherten in Deutschland (2009–2016). Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/08, Berlin.
- Ärzte Zeitung (2011): Ziffern-Zoff: Wann ist ein Chroniker ein Chroniker? Ärzte Zeitung online vom 23.12.2011.
- Ärzte Zeitung (2012): Kinderärzte: Vitamin D für alle! Ärzte Zeitung online vom 12.01.2012.
- Ärzteblatt (2019): Experten warnen vor Benachteiligung von Kindern mit Diabetes. Ärzteblatt online vom 23.08.2019.
- Baeyer, C.L., Champion, G.D. (2011): Commentary: Multiple Pains as Functional Pain Syndromes. *Journal of Pediatric Psychology*, 36 (4): 433–437.
- Bierbach, E. (2016): Total normal – Multimorbidität in der Praxis. *DHZ – Deutsche Heilpraktiker Zeitschrift*, 7: 12–17.
- Boyd, C.M., Fortin, M. (2010): Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*, 32: 451–74.
- Garmy, P., Hansson, E., Vilhjálmsdóttir, R., Kristjánssdóttir, G. (2019): Bullying, pain and analgesic use in school-age children. *Acta Paediatr.* 2019 May 9 [online first].
- G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) in der Fassung vom 22. Januar 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004, Nr. 18 (S. 1 343), zuletzt geändert am 17. November 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger (AT 05.03.2018 B4), in Kraft getreten am 6. März 2018.
- Gerechte Gesundheit: Ein fettes Problem. Adipositas-Patienten und das Systemversagen der GKV. *Gerechte Gesundheit*, 47, 08/2019.
- Grantham VA (1977): Backache in boys – a new problem? *Practitioner*, 218 (1304): 226–9.
- Guilbert, T.W., Maorgan, W.J., Zieger, R.S., et al. (2004): Atopic characteristics of children with recurrent wheezing at high risk for the development of childhood asthma. *J Allergy Clin Immunol*, 114: 1282–7.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (2012): Korrektes Kodieren in der Praxis. *Gastrointestinale Erkrankungen*. KVNO aktuell-

- le, 11+12. URL: https://www.kvno.de/downloads/kodieren/kodieren_gastro.pdf
- King, S., Chambers, C.T., Huguet, A., MacNevin, R.C., McGrath, P.J., Parker, L., MacDonald, A.J. (2011): The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain*, 152 (12): 2729–38
- Merikangas, K.R., Nakamura, E.F., Kessler, R.C. (2009): Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*, 11: 7.
- Queißer-Luft, A., Spranger, J. (2016): Fehlbildungen bei Neugeborenen. *Deutsches Ärzteblatt*; 103 (38): A-2464 / B-2136 / C-2060.
- Schürer, R. (2018): Rückenschmerzen – low back pain. URL: http://www.schuerer-hoffmann.de/dokumente/low_back_pain_chapter01.pdf
- Stocks, J., Sonnappa, S. (2013): Early life influences on the development of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 7: 161–73.
- van der Lee, J.H., Mokkink, L.B., Grootenhuys, M.A., Heymans, H.S., Offringa, M. (2007): Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: A systematic review. *JAMA*, 297: 2741–51.
- WHO – World Health Organization (2018): Noncommunicable diseases. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Zimmermann, G.W. (2018): Chronisch krank im Sinne der Leistungslegende. *Medical Tribune online* vom 19.05.2018.

4. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Kernergebnisse

1. 93 % aller Kinder und Jugendlichen haben im Jahr 2017 wenigstens einmal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht. Bis zum Beginn des Jugendalters wird vielfach noch der Kinderarzt bei Gesundheitsproblemen konsultiert. 58 % aller 10- bis 14-Jährigen gingen im Jahr 2017 wenigstens einmal zum Kinderarzt. Im Jugendalter ist wiederum der Anteil mit wenigstens einem Besuch bei einem nicht kinderärztlich fortgebildeten Hausarzt größer (60 %).
2. 7 % aller Kinder und Jugendlichen wurden 2017 wenigstens einmal im Krankenhaus behandelt. Häufigster Behandlungsgrund war eine Gehirnerschütterung.
3. Für die Gesundheitsversorgung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen fielen im Jahr 2017 Ausgaben in Höhe von 743 Millionen Euro an. Dies entspricht durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von 949 Euro pro Jahr; ein Plus von 2 % gegenüber dem Vorjahr.
4. 70 % aller Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2017 wenigstens einmal ein Arzneimittel verschrieben. Dabei werden für Kleinkinder (Ø 7,4 Rezepte/Jahr) deutlich mehr Arzneimittel verschrieben als für Jugendliche (Ø 2,7). Am häufigsten werden Entzündungshemmer und Schnupfenmittel für Kinder und Jugendliche verordnet. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Verschreibungsprävalenz von Antibiotika rückläufig (-6 %), während der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mit Vitaminen supplementiert wurden, zugenommen hat (+12 %).
5. Für 8 % aller Kinder meldet sich im Jahr 2017 ein DAK-versichertes Elternteil wenigstens einmal krank. Diese Elternteile meldeten sich im Durchschnitt 2,1 Mal innerhalb eines Jahres für durchschnittlich zwei Tage (Spanne: 1–365 Tage) krank, wobei 97,5 % aller AU-Meldungen nicht länger als fünf Werktage dauerten.

4.1 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen ist komplex und umfasst sämtliche Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens. Erwartungsgemäß nehmen Kinder und Jugendliche ambulant-ärztliche Versorgungsleistungen am häufigsten in Anspruch. 92,8 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren suchten im Jahr 2017 wenigstens einmal einen niedergelassenen Arzt auf; Mädchen in geringem Umfang häufiger als Jungen (vgl.

Tab. 38). Diese gingen wiederum etwas häufiger wenigstens einmal aufgrund eines Gesundheitsproblem in ein Krankenhaus, wobei insgesamt 6,9% aller Kinder und Jugendlichen mindestens einmal stationär behandelt wurden. Arzneimittel gehören nach ambulanten Arztbesuchen zur am häufigsten in Anspruch genommenen Versorgungsform, 69,6% aller Kinder und Jugendlichen bekamen wenigstens ein Arzneimittel verschrieben. Seltener wurden Heil- und Hilfsmittel bzw. Rehalleistungen verschrieben. Auffällig ist dabei die 25% höhere Verschreibungsquote von Heilmitteln unter Jungen.

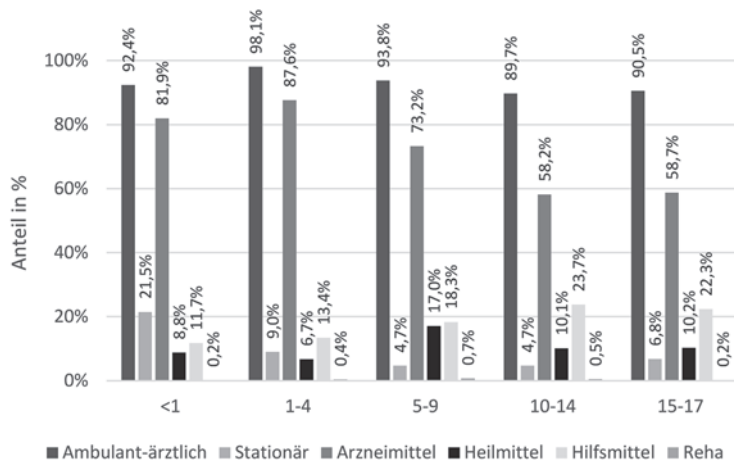
Kontakte mit Versorgungssektoren

Tabelle 38: Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme je Versorgungssektor im Jahr 2017

	AMB	KH	AM	HEM	HIM	RH
Jungen	92,3 %	7,1 %	67,2 %	12,4 %	19,4 %	0,5 %
Mädchen	93,3 %	6,7 %	72,3 %	9,9 %	19,1 %	0,4 %
Gesamt	92,8 %	6,9 %	69,7 %	11,2 %	19,2 %	0,4 %
AM – Arzneimittelverordnungen, AMB – ambulant-ärztliche Versorgung, HEM – Heilmittel, HIM – Hilfsmittel, KH – Krankenhaus, RH – Rehabilitation						

Bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durch Kinder und Jugendliche zeigen sich in Abhängigkeit des Versorgungssektors zudem altersabhängige Zusammenhänge (vgl. Abb. 35). Ambulant-ärztliche Leistungen werden unabhängig vom Alter im Kindes- und Jugendalter gleichsam häufig in Anspruch genommen. Auch Arzneimittel werden in allen Altersgruppen häufig verschrieben. Allerdings zeigen sich dabei deutliche Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen. Während im Kindesalter noch dreiviertel oder mehr Kinder wenigstens einmal ein Arzneimittel verschrieben bekamen, liegt dieser Anteil im Jugendalter nur noch bei knapp unter 60%. Auch die Anzahl von Kindern und Jugendlichen, welche sich im Krankenhaus behandeln lassen müssen, unterliegt einem deutlichen Altersbezug. Wird noch für jeden fünften Säugling ein stationärer Aufenthalt abseits der Geburt dokumentiert, gehen Kinder im mittleren und späten Kindes- bzw. frühen Jugendalter am seltensten ins Krankenhaus. Im späten Jugendalter ist indes wieder ein geringfügiger Anstieg der Hospitalisierungsquote auf insgesamt 6,8% zu beobachten. Anders verhält es sich bei der Verschreibung von Hilfsmitteln, welche in höhere Fallzahlen erst im Jugendalter zu beobachten sind. Die zuvor beschriebene höhere Verschreibungsquote von Heilmitteln bei Jungen gegenüber Mädchen ist indes im Wesentlichen auf die Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen zurückzuführen (vgl. Kap. 4.6).

Abbildung 35: Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenigstens einer Leistungsanspruchnahme je Versorgungssektor nach Alter im Jahr 2017



**Ambulante
Arztbesuche und
Arzneimittel am
häufigsten**

Quelle: Eigene Darstellung.

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Abhängigkeit des Versorgungssektors zum Teil in sehr unterschiedlicher Frequenz erfolgt. Tabelle 39 zeigt die durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit über alle Kinder und Jugendlichen und nicht nur die, welche wenigstens einen Kontakt mit dem jeweiligen Versorgungssektor hatten. Demnach waren beispielsweise alle Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren im Durchschnitt 4,9 Mal im Jahr 2017 bei einem niedergelassenen Arzt.

Tabelle 39: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person je Versorgungssektor nach Alter im Jahr 2017

Alter	AMB	KH	AM	HEM	HIM	RH
Jungen	4,8	0,1	4,2	0,30	0,40	-
Mädchen	5,1	0,1	4,2	0,22	0,36	-
Gesamt	4,9	0,1	4,2	0,26	0,38	-

4.2 Ausgaben für Versorgungsleistungen

Basierend auf der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen können die anfallenden und zu Lasten der GKV erstattungsfähigen Kosten je Leistungssektor und Altersgruppe beschrieben werden. Im Jahr 2017 fielen für die Versorgung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen Versorgungskosten in Höhe von über 740 Mil-

**Gesamtausgaben
im Jahr 2017**

tionen Euro an (vgl. Tab. 40). Dies entspricht einem Plus von 1,1 % gegenüber dem Vorjahr, was auf geringfügig gestiegene Ausgaben für Krankenhaus-, ambulant-ärztliche sowie Arzneimittelleistungen zurückzuführen ist. Um 21 % zurückgegangen sind hingegen Ausgaben für Rehabilitationsleistungen.

Auf Krankenhausleistungen entfiel im Jahr 2017 ein Anteil von 38,1 % der Gesamtkosten, womit diese insgesamt die kostenintensivsten Versorgungsleistungen repräsentierten. Auf stationäre und ambulant-ärztliche Leistungen sowie Arzneimittelverschreibungen entfielen zusammengenommen 85 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten. Die übrigen 15 % der Gesamtausgaben teilen sich in Heil- und Hilfsmittel sowie Leistungen zur Rehabilitation auf.

Zusätzlich zu den direkten Versorgungskosten von Kindern und Jugendlichen fallen weitere, indirekte Kosten an. Ist ein Kind erkrankt und muss betreut werden, haben Arbeitnehmer einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit. Zusätzlich besteht für gesetzlich Versicherte ein Anspruch auf Kinderkrankengeld. Bei im Datensatz zuordbaren Eltern DAK-versicherter Kinder summierten sich diese Ausgaben im Jahr 2017 auf insgesamt 15,3 Millionen Euro (siehe ausführlich Kap. 4.7).

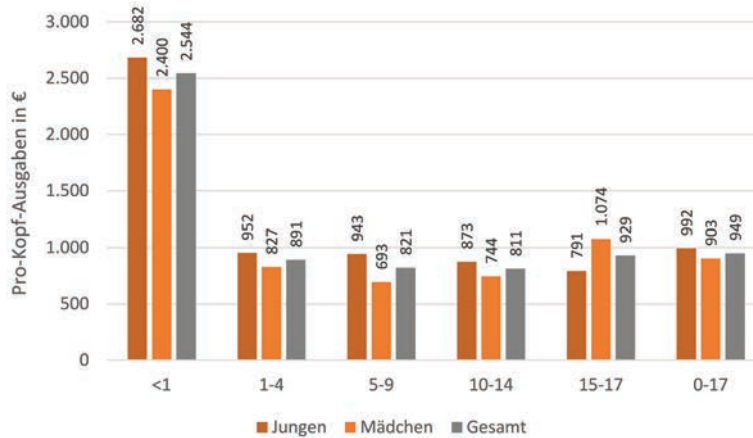
Tabelle 40: Gesamtausgaben je Versorgungssektor

Versorgungssektor	Gesamtkosten	Anteil 2017	+/- zu 2016
Krankenhaus	283.593.043 €	38,1 %	+1,2 %
Ambulant-ärztlich	251.028.479 €	33,8 %	+1,9 %
Arzneimittel	97.652.434 €	13,1 %	+1,3 %
Heilmittel	61.127.617 €	8,2 %	-0,2 %
Hilfsmittel	40.701.026 €	5,5 %	+3,5 %
Reha	9.368.364 €	1,3 %	-21,1 %
Summe	743.470.963 €	100 %	+1,1 %

949 Euro Ø Pro-Kopf- Ausgaben

Neben den Gesamtkosten sind die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für Versorgungsleistungen von besonderem Interesse, da diese unabhängig von der Versichertenstruktur (Alters- und Geschlechtsverteilung) eine Vergleichbarkeit der Versorgungskosten ermöglicht. Für Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren lagen diese im Jahr 2017 bei 949 €, ein Plus von 1,9 % gegenüber dem Vorjahr (Ø 931 Euro im Jahr 2016). Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für DAK-versicherte Kinder und Jugendliche variierten im Jahr 2017 zudem stark in Abhängigkeit des Alters (vgl. Abb. 36).

Abbildung 36: Prof-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017

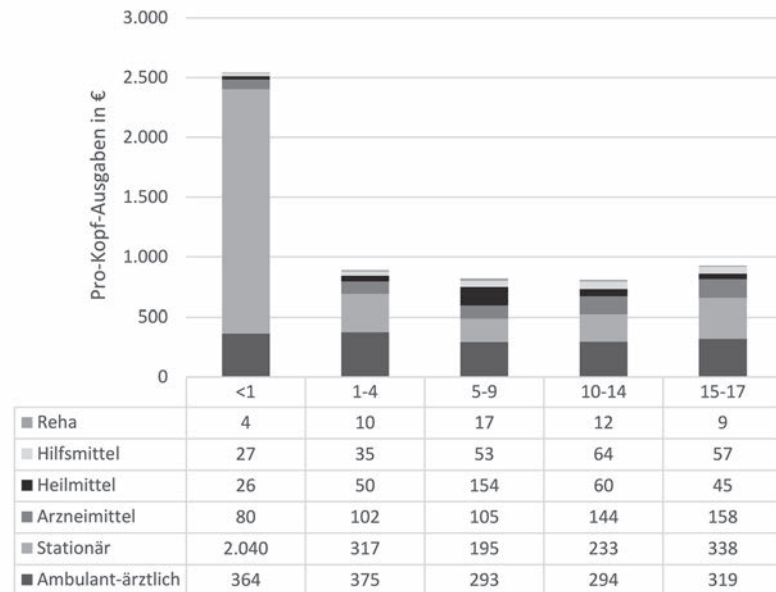


Quelle: Eigene Darstellung.

Ein maßgeblicher Treiber dieser Ausgabenverteilung sind die überdurchschnittlich hohen Versorgungskosten stationär behandelter Säuglinge (vgl. Abb. 37). In diesem Alter ist nicht nur die Hospitalisierungsquote, also der Anteil der Personen innerhalb der Altersgruppe, welche stationär behandelt wurden, am höchsten. Gleichzeitig fallen auch häufiger sehr kostenintensive stationäre Behandlungen wie zum Beispiel Beatmungen oder Transplantationen an. In den übrigen Altersgruppen folgen die durchschnittlichen Ausgaben für Krankenhausleistungen einen schwach U-förmigen Verlauf. Dieser zeigt sich auch bei den mittleren Kosten ambulant-ärztlicher Leistungen. Die durchschnittlichen Ausgaben für Arznei- und Heilmittel folgen wiederum anderen Trends. Während die Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel mit steigendem Alter kontinuierlich zunehmen, bleiben sie für verschriebene Heilmittel in allen Altersgruppen auf vergleichbarem Niveau. Ausnahme ist die Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen, für die knapp dreimal so hohe Heilmittelausgaben anfallen wie in den übrigen Altersgruppen. Dies ist insbesondere auf die gehäufte Verschreibung ergotherapeutischer Leistungen bei Jungen dieser Altersgruppe zurückzuführen (vgl. Kap. 4.6).

Pro-Kopf-Ausgaben in Abhängigkeit des Alters

Abbildung 37: Prof-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung von DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Alters und Versorgungssektors im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Verteilung der Versorgungsausgaben

Von Interesse ist darüber hinaus, wie sich die nach Inanspruchnahme der Leistungssektoren anfallenden Kosten auf alle Kinder und Jugendlichen verteilen und ob sich die Inanspruchnahme, gemessen an den Ausgaben, auf Teilmengen von Personen konzentriert. Für die Analyse wurden die Ausgaben der umsatzintensivsten Leistungsbereiche aufsummiert. Dabei zeigt die prozentuale Verteilung der Leistungsausgaben insgesamt, aber insbesondere in Abhängigkeit des Leistungssektors eine ausgeprägte rechtsschiefe Asymmetrie (vgl. Tab. 41). Diese äußert sich in allen Leistungsbereichen, dass auf einen kleinen bis sehr kleinen Anteil schwer kranker Kinder und Jugendlicher ein großer Anteil der Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung aller Kinder und Jugendlichen entfällt.

Tabelle 41: Verteilung der Gesamtausgaben im Jahr 2017 auf DAK-versicherte Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre)

Leistungsbereich	% der Ausgaben	% der Kinder und Jugendlichen
Ambulant-ärztlich	25 %	4 %
	50 %	16 %
	75 %	37 %

Leistungsbereich	% der Ausgaben	% der Kinder und Jugendlichen
Krankenhaus	25 %	0,1 %
	50 %	0,5 %
	75 %	1,8 %
Arzneimittel	25 %	0,1 %
	50 %	1,1 %
	75 %	9,3 %
Heilmittel	25 %	0,8 %
	50 %	2,2 %
	75 %	4,5 %
Hilsmittel	25 %	0,1 %
	50 %	0,3 %
	75 %	1,0 %

Entfielen im Jahr 2017 zum Beispiel 50 % der Gesamtausgaben für ambulant-ärztliche Leistungen (125,5 Millionen Euro) auf 16 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen sind es für 50 % der Ausgaben für verschriebene Arzneimittel (48,8 Millionen Euro) lediglich 1,1 % aller Kinder und Jugendlichen. Bei notwendigen Krankenhausleistungen ist die Konzentration der Ausgaben auf wenige schwere Behandlungsfälle noch stärker, 50 % der Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen (141,8 Millionen Euro) fielen für 0,5 % aller DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 0–17 Jahren an.

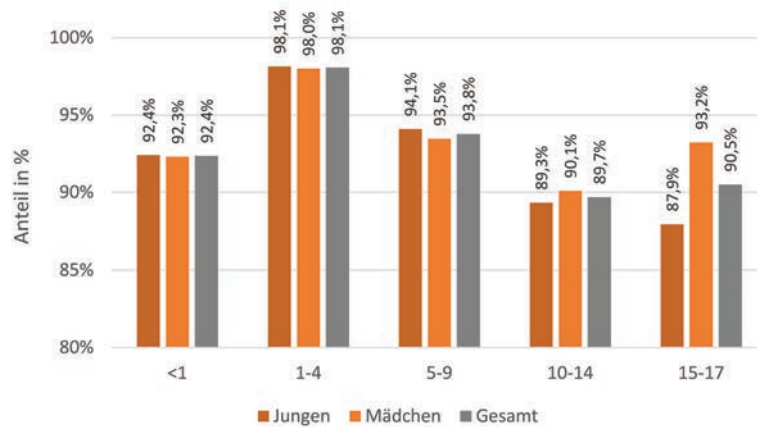
4.3 Ambulant-ärztliche Versorgung

4.3.1 Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Versorgungsleistungen

92,8 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren haben im Jahr 2017 wenigstens einmal einen niedergelassenen Arzt aufgesucht. Am häufigsten wurden Kleinkinder im Alter von einem bis vier Jahren wenigstens einmal in Arztpraxen ambulant behandelt (vgl. Abb. 38). Bis zum Jugendalter sank die Inanspruchnahmequote auf knapp 90 % ab. Lediglich im späten Jugendalter zeigten sich dabei geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Alter von 15 bis 17 Jahren suchten 6 % mehr Mädchen als Jungen innerhalb eines Jahres wenigstens einmal einen Arzt auf.

98 % aller Kleinkinder wenigstens einmal beim niedergelassenen Arzt

Abbildung 38: Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Häufigkeit der Arztbesuche pro Jahr

Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren waren im Durchschnitt 4,9 Mal im Jahr 2017 bei einem niedergelassenen Arzt. Am häufigsten wurden Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ambulant behandelt; im Durchschnitt 6,8 Mal pro Person und Jahr (vgl. Tab. 42).

Tabelle 42: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit ambulant-ärztlicher Leistungen pro Person im Jahr 2017

Mean	Jungen	Mädchen	Gesamt
<1	3,7	3,6	3,7
1–4	5,9	5,4	5,7
5–9	4,9	4,6	4,7
10–14	4,4	4,5	4,4
15–17	4,3	6,8	5,5

4.3.2 Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen nach Facharztgruppe

Kinder und Jugendliche nehmen ambulant-ärztliche Leistungen nicht nur in Abhängigkeit ihres Alters in unterschiedlicher Häufigkeit und Frequenz in Anspruch, auch unterschiedliche Arztgruppen werden in verschiedener Häufigkeit konsultiert. Unabhängig von Alter und Geschlecht sind Kinderärzte die am häufigsten aufgesuchte Arztgruppe bei Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren (vgl. Tab. 43).

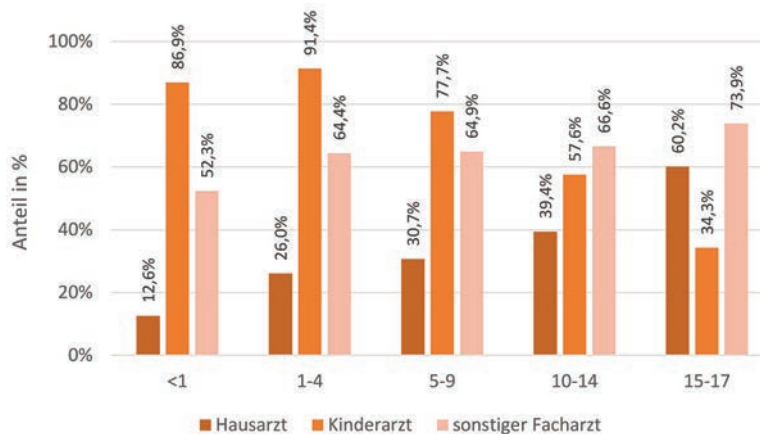
Tabelle 43: Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigstens einer Leistungsanspruchnahme je Arztgruppe im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Hausarzt	36,4 %	37,2 %	36,8 %
Kinderarzt	66,9 %	67,2 %	67,1 %
Sonstiger Facharzt	65,2 %	67,5 %	66,3 %

Dabei zeigen sich in der Inanspruchnahme verschiedener ambulant-ärztlicher Leistungen deutliche altersbezogene Zusammenhänge (vgl. Abb. 39). So werden hausärztliche Leistungen überwiegend im späten Jugendalter in Anspruch genommen; über 50% mehr Jungen und Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren als jene im Alter von 10 bis 14 Jahren gingen wenigstens einmal zu einem Hausarzt. Demgegenüber nimmt der Anteil der Kinder, die einen Kinderarzt aufsuchen, erwartungsgemäß mit steigendem Alter ab.

Inanspruchnahme nach Arztgruppe

Abbildung 39: Anteil von Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit wenigstens einer Leistungsanspruchnahme je Arztgruppe und Alter im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

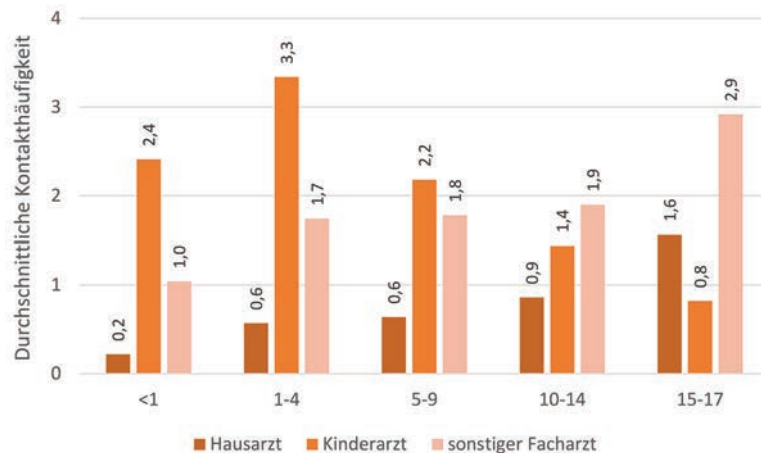
Unabhängig von Alter und Geschlecht haben Kinder bei Kinderärzten und sonstigen Fachärzten, sofern sie diese aufsuchen, im Durchschnitt am meisten Arztbesuche pro Jahr (vgl. Tab. 44). So entfallen von den durchschnittlich 4,9 Arztbesuchen pro Jahr pro Kind (vgl. Kap. 4.1.1) zwei Arztbesuche auf Kinderärzte. Dies entspricht insgesamt 40% aller Arztbesuche von Kindern und Jugendlichen. 43% entfallen wiederum auf Facharztbesuche, 17% aller Arztbesuche auf Hausarztbesuche.

Tabelle 44: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person (0–17 Jahre) je Arztgruppe im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Hausarzt	0,8	0,9	0,8
Kinderarzt	2,0	1,9	2,0
Sonstiger Facharzt	1,8	2,3	2,1

Dies verteilt sich allerdings in Abhängigkeit des Alters unterschiedlich auf die jeweiligen Arztgruppen (vgl. Abb. 40). Kleinkinder im Alter von einem bis vier Jahren gehen durchschnittlich 3,3 Mal pro Jahr zum Kinderarzt bzw. 1,7 Mal zu sonstigen Fachärzten. Anders stellt sich dies im späten Jugendalter dar, in welchem Jugendliche im Durchschnitt deutlich häufiger zu Fachärzten (2,9 Mal) gingen. Dabei nehmen jugendliche Mädchen (\bar{x} 3,9 Mal) entsprechende fachärztliche Leistungen deutlich häufiger in Anspruch als Jungen (\bar{x} 2,0 Mal), was überwiegend auf gynäkologische Facharztbesuche zurückzuführen ist.

Abbildung 40: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit pro Person je Arztgruppe und Alter im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

4.3.3 Versorgungsausgaben für ambulant-ärztliche Leistungen nach Facharztgruppe

Auf ambulant-ärztliche Leistungen für DAK-versicherte Kinder und Jugendliche entfielen im Jahr 2017 Gesamtausgaben in Höhe von 251 Millionen Euro. Unabhängig von Alter und Geschlecht entfielen 11,7% davon auf hausärztliche Leistungen. Deutlich höher ist der Ausgabenanteil für Besuche von Kinderärzten, auf die 41,3% der

Gesamtausgaben für ambulant-ärztliche Leistungen DAK-versicherter Kinder und Jugendliche entfallen (vgl. Tab. 45). Am höchsten fällt indes der Ausgabenanteil für sonstige fachärztliche Leistungen aus (47,0 %). Dies ist wiederum auf den relativ hohen Anteil psychotherapeutischer Leistungen an den Gesamtausgaben fachärztlicher Leistungen zurückzuführen (vgl. Kap. 5.2.2).

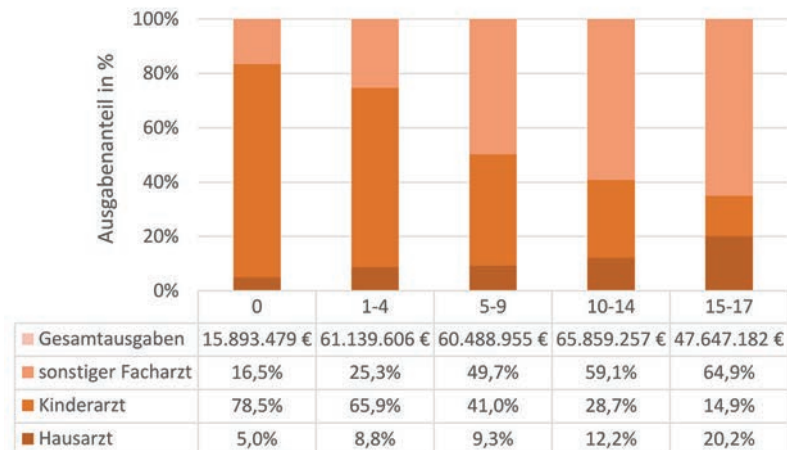
Tabelle 45: Verteilung der Ausgaben für ambulant-ärztliche Leistungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Ausgaben für Fachärzte am höchsten

	Gesamtausgaben	Anteil Gesamtausgaben	Pro-Kopf-Ausgaben
Hausarzt	29.409.015 €	11,7%	37 €
Kinderarzt	103.596.984 €	41,3%	132 €
sonstiger Facharzt	118.022.480 €	47,0%	150 €

Die Verteilung der arztgruppenspezifischen Ausgaben ambulant-ärztlicher Leistungen folgt grundsätzlich dem zuvor beschriebenen Inanspruchnahmetrend. So nimmt der Ausgabenanteil kinderärztlicher Leistungen von 78,5% unter ambulanten Leistungen für Säuglinge skuzzessive auf 14,9% bei 15- bis 17-Jährigen ab (vgl. Abb. 41).

Abbildung 41: Gesamtausgaben und Ausgabenanteile ambulant-ärztlicher Leistungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher (0–17 Jahre) im Jahr 2017



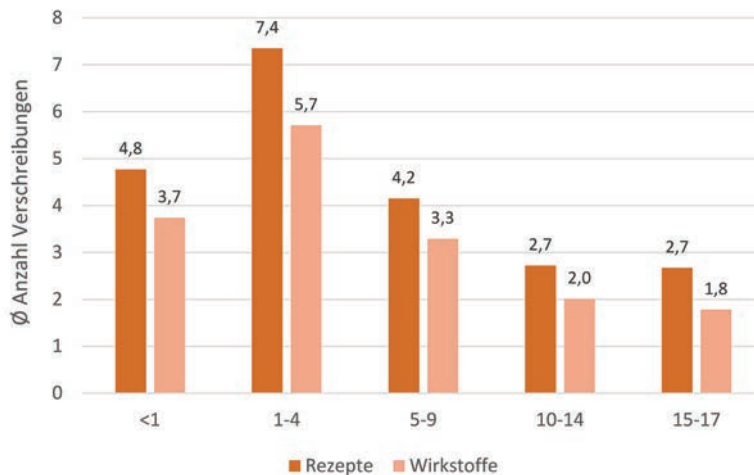
Quelle: Eigene Darstellung.

4.4 Arzneimittelversorgung

4.4.1 Verschreibung von Arzneimitteln im Kindes- und Jugendalter

Erstattungs- vorschriften	Die Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen ist sowohl im Hinblick auf die Anzahl verordneter Arzneimittel als auch unter Berücksichtigung der Vielfalt verschiedener Wirkstoffe, welche mit unterschiedlichen therapeutischen Zielen eingesetzt werden, einer der komplexesten Versorgungssektoren. Dabei gelten innerhalb der GKV-Versorgung in der Erstattung von Arzneimitteln für Kinder andere Regeln als für Erwachsene, welche in der Arzneimittelrichtlinie (AM-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses festgehalten sind. Für Kinder unter 12 Jahren sowie Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt, dass grundsätzlich alle Arzneimittel erstattungsfähig sind, also in der Regel auch nicht rezeptpflichtige Medikamente durch die Krankenkasse erstattet werden. Eine Ausnahme stellen traditionell angewendete milde Arzneimittel ohne Indikationsbezug dar, welche wegen Unwirtschaftlichkeit nur in begründeten Ausnahmefällen erstattet werden. So gelten z. B. Immunstimulanzien und Umstimmungsmittel als unwirtschaftlich und dürfen auch für Kinder unter 12 Jahren nicht zulasten der Krankenkasse verordnet werden (Anlage III AM-RL, Nr. 46). Auch die Verordnung von Antidiarrhoika ist bis auf wenige Ausnahmen (z. B. Elektrolytpräparate) nicht möglich (Anlage III AM-RL, Nr. 12). Für Kinder ab dem 12. Lebensjahr sind apotheken- aber nicht rezeptpflichtige Arzneimittel wiederum nicht zu Lasten der GKV abrechenbar.
70 % aller Kinder bekommen wenigstens einmal ein Arzneimittel	69,7% aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2017 wenigstens einmal ein Arzneimittel verschrieben. Dies unterliegt jedoch einem linearen altersbezogenen Trend: Während im frühen Kindesalter noch knapp 90% aller Kinder wenigstens ein Arzneimittel einnahmen (unter 1-Jährige: 81,9%, 1–4-Jährige: 87,6%) ging dieser Anteil mit zunehmendem Alter deutlich zurück. Im Jugendalter betrug der Anteil der Jungen und Mädchen, die im Jahr 2017 gar kein verschreibungspflichtiges Arzneimittel einnahmen 41% (vgl. hierzu Kap. 4.2, Abb. 35).
Rezepte und Wirkstoffe	Unabhängig vom Alter bekamen Kinder und Jugendliche im Jahr 2017 im Durchschnitt 4,2 Rezepte mit einem verschriebenen Arzneimittel ausgestellt. Dabei verschrieben Ärzte für Kinder unabhängig von Alter und Geschlecht durchschnittlich 3,2 verschiedene Wirkstoffe (ATC-Dreisteller, ATC3) pro Jahr. Die Anzahl ausgestellter Rezepte bzw. verschriebener Arzneimittel unterschied sich dabei nicht zwischen Jungen und Mädchen. Lediglich im späten Jugendalter weisen Mädchen eine knapp doppelt so hohe Verschreibungsprävalenz wie Jungen auf. Stärker ist indes der altersbezogene Trend, sowohl die Anzahl ausgestellter Rezepte als auch die Anzahl verschiedener verordneter Arzneimittel ist mit steigendem Alter rückläufig (vgl. Abb. 42).

Abbildung 42: Durchschnittliche Anzahl verschriebener Rezepte und verordneter verschiedener Wirkstoffe (ATC-3) für Jungen und Mädchen im Jahr 2017

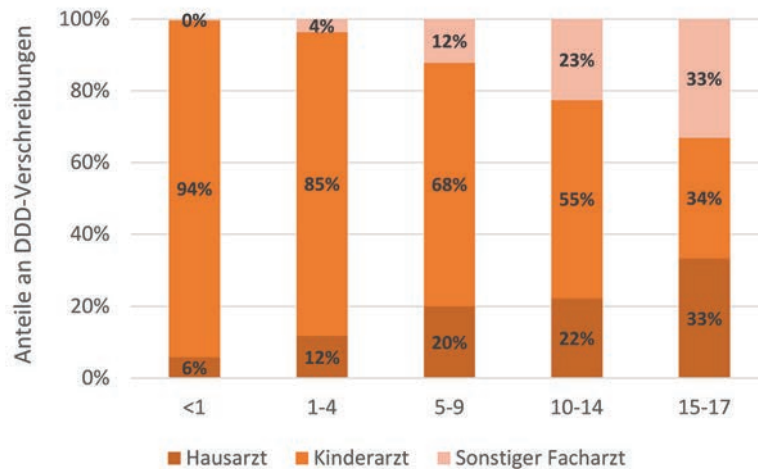


Quelle: Eigene Darstellung.

Stark unterschiedlich fällt zudem der Anteil Arzneimittel verschreibender Arztgruppen am Gesamtverordnungsvolumen in Abhängigkeit des Alters aus (vgl. Abb. 43). Berechnet wird je Altersgruppe das Gesamtverschreibungsvolumen basierend auf definierten Tagesdosen (Defined Daily Doses, DDD), differenziert nach der jeweils verschreibenden Arztgruppe. Nicht berücksichtigt wurden dabei Sexualhormone (ATC G03, u. a. hormonell wirkende Verhütungsmittel), da auf diese knapp 10% aller abgegebenen DDD im Kindes- und Jugendalter entfielen, sich aber insbesondere auf Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren fokussierten und deshalb zu einer verzerrten Darstellung führen.

Verschreibende Arztgruppen

Abbildung 43: Anteil an allen DDD-Verschreibungen je Facharztgruppe (exklusive ATC G03 – Sexualhormone) im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Nach Ausschluss dieser Wirkstoffe zeigt sich, dass der Anteil der verordneten Wirkstoffmengen durch den Kinderarzt mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß zurückgeht. So werden bei DAK-versicherten Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren fast zu gleichen Anteilen Arzneimittel (basierend auf den DDD) von Haus-, Kinder- und sonstigen Fachärzten verschrieben. Würde man verordnete Sexualhormone in die Berechnung mit einbeziehen, läge der fachärztliche Verschreibungsanteil an allen abgegebenen DDD bei Jugendlichen anstatt der beobachteten 33 % bei 59 %. 45 % aller verordneten DDD entfielen in dieser Altersgruppe auf entsprechende Sexualhormone.

4.4.2 Häufig verschriebene Wirkstoffgruppen

Am häufigsten verschriebene Wirkstoffe

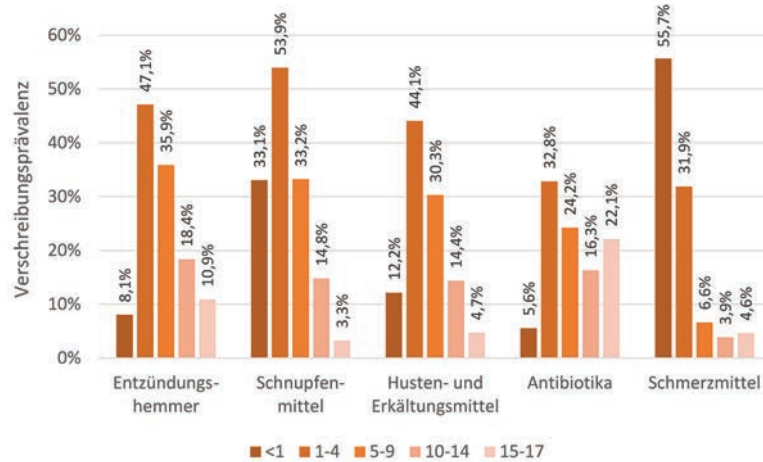
Innerhalb der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich deutliche Schwerpunkte (vgl. Tab. 46). Die unabhängig vom Alter und Geschlecht am häufigsten verordneten Wirkstoffgruppen im Kindes- und Jugendalter sind mit einer Verordnungsprävalenz von 26,9 % Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC M01), welche als Entzündungshemmer zur Behandlung verschiedenster Krankungsbilder eingesetzt werden.

Tabelle 46: Wirkstoffgruppen mit der höchsten Verschreibungsprävalenz (in %) im Jahr 2017

Wirkstoff	ATC	2016	2017	Differenz
Antiphlogistika und Antirheumatika	M01	27,4	26,9	-2 %
Rhinologika	R01	26,7	26,6	-1 %
Husten- und Erkältungsmittel	R05	23,4	22,8	-3 %
Antibiotika zur systemischen Anwendung	J01	23,6	22,3	-6 %
Schmerzmittel	N02	13,1	13,4	+2 %
Ophthalmika	S01	11,1	11,5	+3 %
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	R03	11,5	11,3	-2 %
Vitamine	A11	7,2	8,1	+12 %
Corticosteroide	D07	6,4	6,6	+2 %
Antihistaminika zur systemischen Anwendung	R06	5,6	5,4	-3 %

Die unter allen Kindern und Jugendlichen am häufigsten verschriebenen Wirkstoffe werden in der Regel nicht in allen Altersgruppen gleichhäufig eingesetzt (vgl. Abb. 44). So werden Schmerzmittel überwiegend für Säuglinge und Kleinkinder verschrieben. In höheren Altersjahrgängen ist indes davon auszugehen, dass deutliche geringere Verschreibungsprävalenzen auf die in diesen Altersgruppen fehlende Erstattungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel – worunter Schmerzmittel in der Regel fallen – zurückzuführen sind. Entzündungshemmer sowie Schnupfen- und Hustenmittel werden ebenfalls überwiegend im Kleinkind- und mittleren Kindesalter zu Lasten der GKV abgerechnet. Antibiotika werden wiederum in allen Altersjahrgängen vergleichsweise häufig eingesetzt.

Abbildung 44: Verschreibungsprävalenz (in %) der am häufigsten verschriebenen Wirkstoffgruppen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Betrachtet man jene Wirkstoffgruppen, die unter allen Kindern und Jugendlichen eine Verschreibungsprävalenz von wenigstens 1 % haben, konnten im Jahr 2017 sieben Gruppen identifiziert werden, deren Verschreibungsprävalenz sich gegenüber dem Vorjahr um 10 % oder mehr verändert hat (vgl. Tab. 47). Die innerhalb dieses Zeitraumes deutlich gestiegene Verschreibungsprävalenz von Mitteln gegen Parasiten sowie gegen Wurminfektionen (Anthelminthika) bestätigen die zuvor beobachtete gestiegenen Prävalenzen entsprechender Befälle (vgl. Kap. 3.4). Entsprechende Ordnungsanstiege sind zudem sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen in allen Altersgruppen zu beobachten. Unabhängig davon liegt die Verschreibungsprävalenz von Mitteln gegen Parasiten im Jahr 2017 bei Mädchen (4,3 % mit Verordnung) mehr als doppelt so hoch wie bei Jungen (2,0 %).

Veränderungen gegenüber 2016

Tabelle 47: Wirkstoffe mit den größten Änderungsraten in der Verschreibungsprävalenz von 2016 auf 2017 bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)

Wirkstoff	ATC	2016	2017	Differenz
Zunahme in 2017				
Mittel gegen Ektoparasiten (Milben, Insekten)	P03	2,6	3,2	+19 %
Anthelminthika	P02	1,8	2,2	+17 %
Vitamine	A11	7,2	8,1	+12 %

Wirkstoff	ATC	2016	2017	Differenz
Emollientia und Hautschutzmittel	D02	2,2	2,4	+10 %
Abnahme in 2017				
Antidiarrhoika und intestinale Antiphlogistika/Antiinfektiva	A07	4,7	4,2	-12 %
Homöopathika und Anthroposophika	V60	1,5	1,3	-13 %
Antiemetika und Mittel gegen Übelkeit	A04	5,1	4,1	-20 %

Unter den zehn am häufigsten verschriebenen Wirkstoffgruppen stechen Antibiotika und Vitamine mit deutlichen Zuwächsen in der Verschreibungsprävalenz im Vergleich zum Vorjahr heraus.

22,3 % aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen erhielten im Jahr 2017 eine Antibiotikaverschreibung; 6 % weniger als noch 2016. Bei Betrachtung einer längeren Zeitreihe scheint sich dieses Ergebnis als langfristiger Trend zu bestätigen. Nach Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) sind Verordnungen von Antibiotika durch niedergelassene Ärzte in den letzten Jahren in ganz Deutschland und für alle Altersgruppen signifikant zurückgegangen. Mit nahezu 50 % ist der Rückgang der Antibiotika-Verordnungsrate (Anzahl der ambulant abgegebenen Antibiotikaverordnungen) bei Neugeborenen und Säuglingen (0 bis 1 Jahr) von 630 Verordnungen im Jahr 2010 auf 320 Verordnungen in 2018 pro 1.000 Versicherte am größten. Dies entspricht einer geschätzten mittleren Reduktion pro Jahr von 8 %.³⁷ Ebenfalls stark rückläufig waren die Verordnungsraten unter Zwei- bis Fünfjährigen (-44 %). Bei Sechs- bis Neunjährigen (39 %) bzw. bei Zehn- bis 14-jährigen Kindern und Jugendlichen (41 %) zeigten sich im Vergleich etwas schwächere Änderungsraten. Inwieweit dieser starke Rückgang des Antibiotikagebrauchs insbesondere im Säuglings- und frühen Kindesalter einen deutlichen „Wandel in der pädiatrischen Versorgung“³⁸ zeigt, verdeutlicht auch die Entwicklung des Anteils von Kindern, die mehrfach pro Jahr ein Antibiotikum verschrieben bekamen. Basierend auf bundesweiten Daten des ZI ist in den Altersgruppen bis 14 Jahren der Anteil der Kinder, die zwei oder mehr Antibiotika innerhalb eines Jahres verschrieben bekamen, im Jahr 2018 gegenüber dem Jahr 2010 deutlich rückläufig.³⁹

Rückgang der Antibiotikaverschreibungen

Der in 2017 gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegene Anteil von Kindern mit einer Vitamin-Verordnung ist ausschließlich auf den höheren Verordnungsanteil von Vitamin D (ATC A11CC) zurückzuführen (vgl. für die gestiegene Diagnoseprävalenz eines Vitamin D-Mangels Kap. 3.11.2). Insgesamt entfielen in 2017 95 % aller Vita-

Gestiegene Vitamin D-Verschreibungen

³⁷ Holstiege et al. (2019), S. 9.

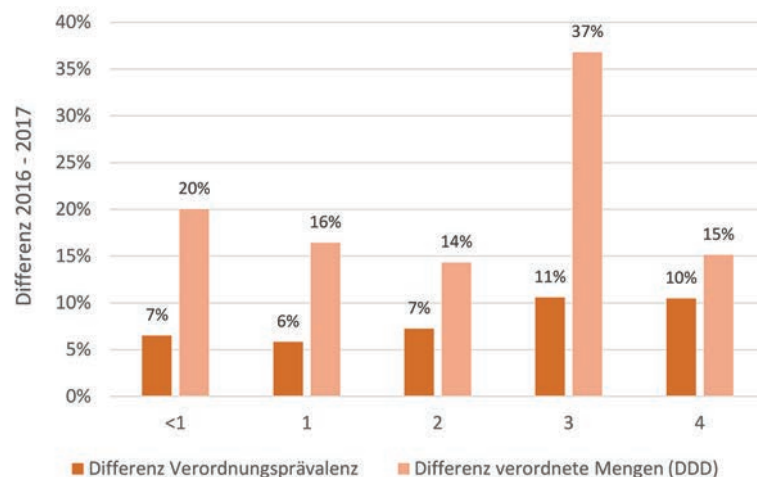
³⁸ Ärzte Zeitung (2019).

³⁹ Holstiege et al. (2019), S. 10.

min D-Verordnungen auf Kinder im Alter von 0 bis 4 Jahren. Dabei erhielten zwei Drittel (66,2 %) aller Säuglinge wenigstens einmal ein Vitamin D-Präparat verordnet. Bei den Einjährigen lag der Anteil noch bei 55,2 %. Ab dem zweiten Lebensjahr (14,5 %) ging die Verordnungsprävalenz stark zurück. Für 1,6 % aller Dreijährigen bzw. 1,0 % aller Vierjährigen wurde in 2017 wenigstens einmal eine entsprechende Verordnung dokumentiert.

Gegenüber dem Vorjahr stieg die Verordnungsprävalenz bei Säuglingen und Kleinkindern um knapp 8 % (vgl. Abb. 45). Zeitgleich stiegen die abgegebenen Wirkstoffmengen in dieser Altersspanne um 21 %, und dabei besonders stark bei Dreijährigen, für die im Jahr 2017 37 % mehr Vitamin D verordnet wurde als noch im Vorjahr. 94 % der DDD wurden zudem von Kinderärzten verschrieben, 6 % wurden von Hausärzten verordnet.

Abbildung 45: Zunahme der Verordnungsprävalenz und der verordneten Mengen (DDD) von Vitamin D bei Kindern im Alter von 0 bis 4 Jahren von 2016 auf 2017



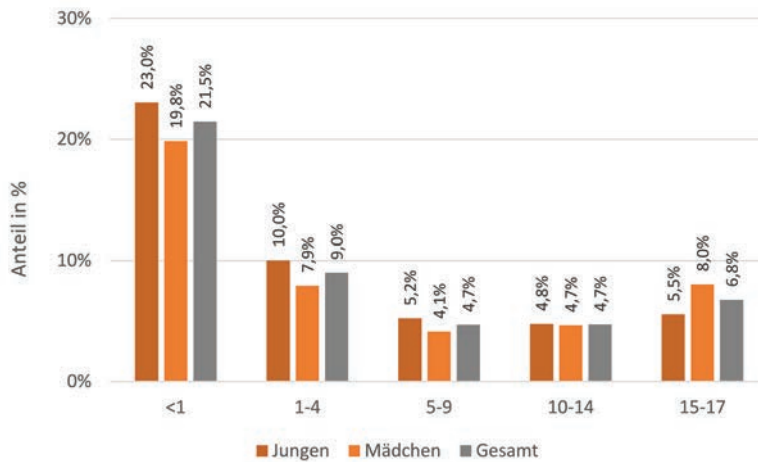
Quelle: Eigene Darstellung.

4.5 Krankenhausaufenthalte

4.5.1 Gründe für Krankenhausaufenthalte

Säuglinge am häufigsten stationär behandelt

Der Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen, die im Jahr 2017 aufgrund einer Erkrankung wenigstens einmal stationär behandelt wurden, lag je nach Alter und Geschlecht zwischen 4,7 % und 21,5 % (vgl. Abb. 46). Dabei zeigt sich in Abhängigkeit des Alters ein schwacher U-förmiger Verlauf, wobei Jungen im Säuglings- und Kindesalter und Mädchen im späten Jugendalter jeweils häufiger stationär behandelt werden.

Abbildung 46: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

Unabhängig von Alter und Geschlecht gibt es bestimmte Gesundheitsprobleme, welche vergleichsweise häufig im Krankenhaus behandelt werden. Häufigste stationäre Behandlungsdiagnose ist eine intrakranielle Verletzung, welche die Verletzungen des Schädels mit Beteiligung des Gehirns und damit in der Regel eine Gehirnerschütterung bezeichnet; 3,4 % aller Kinder und Jugendlichen wurden im Jahr 2017 aufgrund einer entsprechenden Verletzung stationär behandelt (vgl. Tab. 48). Das Schädel-Hirn-Trauma tritt dabei häufig im Rahmen von Verkehrsunfällen und Stürzen auf.

Häufigsten Behandlungs- anlässe

Tabelle 48: Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)

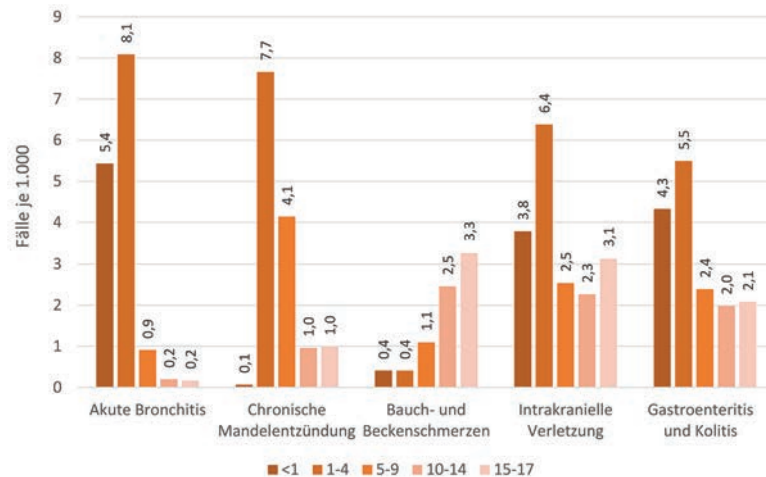
Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Intrakranielle Verletzung	S06	3,2	3,4	+6 %
Chronische Mandelentzündung	J35	3,3	3,1	-5 %
Folgen einer Frühgeburt	P07	2,8	3,1	+11 %
Gastroenteritis und Kolitis	A09	3,0	3,0	-2 %
Akute Bronchitis	J20	2,3	2,3	0 %
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	1,7	1,7	+4 %
Akute Infektionen der oberen Atemwege	J06	1,6	1,7	+3 %
Darminfektionen	A08	1,6	1,6	+5 %

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Pneumonie	J18	1,7	1,5	-8 %
Oberflächliche Kopfverletzung	S00	1,4	1,4	-1 %

Kopfverletzungen und Darmentzündungen altersunabhängig häufig

Allerdings treten die gezeigten häufigen Behandlungsdiagnosen in Abhängigkeit des Alters in unterschiedlicher Häufigkeit auf. Nicht berücksichtigt werden sollten dabei Diagnosen, welche in unmittelbarem Zusammenhang mit der Geburt bzw. einer Frühgeburt stehen, da diese per Definition in höheren Altersgruppen nicht mehr vorkommen. Dabei zeigt sich, dass eine akute Bronchitis sowie eine chronische Mandelentzündung überwiegend bei Säuglingen bzw. im frühen und mittleren Kindesalter stationär behandelt werden (vgl. Abb. 47). Bauch- und Beckenschmerzen sind hingegen erst mit zunehmendem Jugendalter häufigerer Grund einer stationären Behandlung. So wurden 2017 beispielsweise 3,3 von 1.000 der 15- bis 17-jährigen Jungen und Mädchen aufgrund entsprechender Symptome stationär behandelt.

Abbildung 47: Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Veränderungen gegenüber 2016

Dabei bietet insbesondere die gestiegene stationäre Behandlungsprävalenz von Bauch- und Beckenschmerzen (von 1,66 auf 1,72 Fälle je 1.000 Versicherte) Anlass für Diskussionen. Denn unklar bleibt in diesen Fällen, worauf die dokumentierten Bauch- und Beckenschmerzen zurückzuführen sind. Eine in Zukunft längere verfügbare Zeitreihe bietet deshalb die Möglichkeit, patientenindividuell Behandlungspfade nach einer stationären Behandlung aufgrund entsprechender Symptome nachzuvollziehen, um so zum Beispiel den Anteil der Kinder und Jugendlichen zu identifizieren, bei denen die

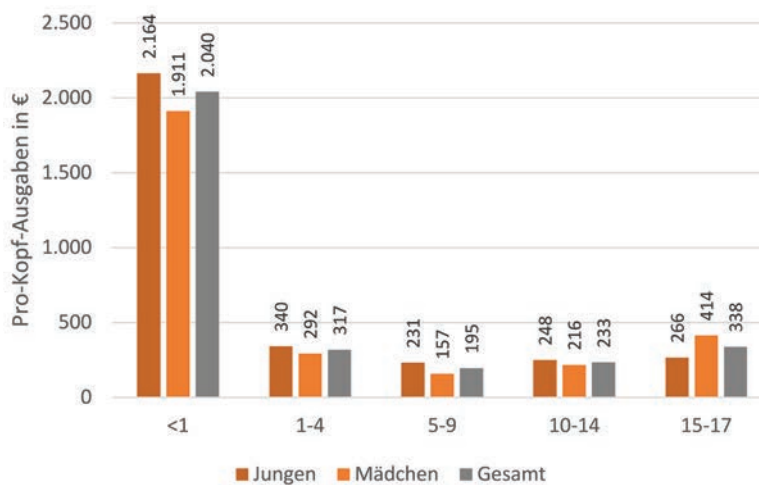
stationäre Behandlung von Bauchschmerzen in Zusammenhang mit somatischen oder psychischen Problemen assoziiert ist.

4.5.2 Kosten von Krankenhausaufenthalten

Insgesamt entfielen im Jahr 2017 284 Millionen Euro auf die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten eines Krankenhausaufenthaltes lagen in Abhängigkeit des Alters zwischen 195 Euro (5- bis 9-Jährige) und 2.040 Euro (unter 1-Jährige).

Pro-Kopf-Ausgaben

Abbildung 48: Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausleistungen in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

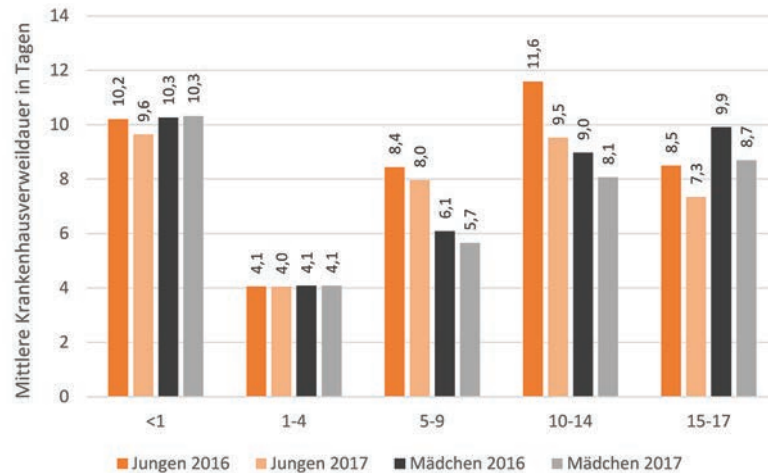
4.5.3 Dauer von Krankenhausaufenthalten

Im Durchschnitt dauerte ein Krankenhausaufenthalt von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017 7,2 Tage. Bei Jungen (Ø 7,6 Tage) dauert ein Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt etwas länger als bei Mädchen (6,8 Tage). Dabei zeigt sich, dass die durchschnittliche Krankenhausverweildauer nach vergleichsweise hohen Werten im Säuglingsalter im Kleinkindalter mit durchschnittlich 4,1 Tagen am geringsten ist (vgl. Abb. 49). Mit zunehmendem Alter steigt die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer bis auf 9,9 Tage bei Jungen im Jugendalter an. Bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich dabei insbesondere im frühen und späten Jugendalter. In der Altersgruppe der 15–17-Jährigen haben Jungen beispielsweise eine 14 % längere durchschnittliche Krankenhausverweildauer als gleichaltrige Mädchen.

Ø 7,2 Tage im Krankenhaus

Darüber hinaus zeigt sich, dass ab dem Kindesalter die durchschnittliche Verweildauer eines Krankenhausaufenthaltes im Gegensatz zum Vorjahr rückläufig ist. Unabhängig vom Alter liegt im Vergleich zum Vorjahr die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes von Jungen 12% niedriger als im Vorjahr (Mädchen: -8%).

Abbildung 49: Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach Alter und Geschlecht in den Jahren 2016 und 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

4.6 Heilmittel

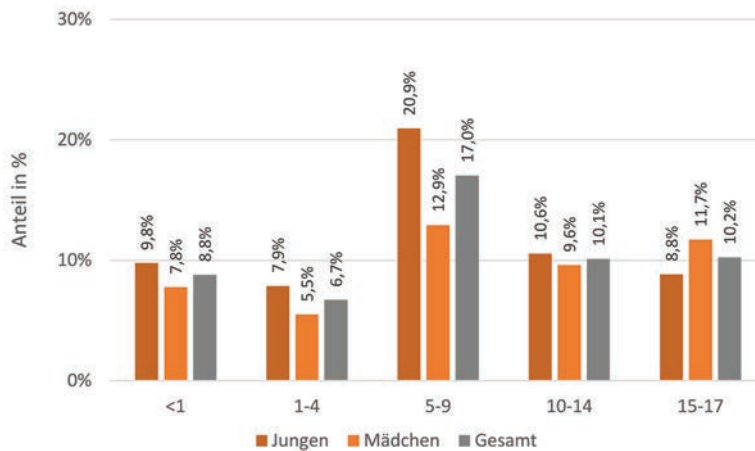
Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf Heil- und Hilfsmittel, wenn sie krank oder pflegebedürftig sind. Alle Hilfs- bzw. Heilmittel haben den Zweck, die Einschränkung, die durch eine Krankheit oder Behinderung auftreten, zu mindern oder zu kompensieren. Dabei wird unterschieden zwischen Heilmitteln (z.B. eine Massage) und Hilfsmitteln (z.B. einem Rollstuhl). Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Leistungen. Zu den Heilmitteln zählen Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massage, Physiotherapie), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (logopädische Maßnahmen) und der podologischen Therapie (med. Fußpflege). Darüber hinaus werden im Krankenhaus erbrachte Heilmittelleistungen in GKV-Abrechnungsdaten ausgewiesen. Seit dem 1. Januar 2018 kann die ambulante Ernährungstherapie ebenfalls zulasten der GKV verordnet werden. Entsprechende Leistungen sind im Hinblick auf den vorliegenden Analysezeitraum jedoch noch nicht abbildbar.

1 von 10 Kindern mit Heilmittelverschreibung

10,9% aller Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2017 wenigstens einmal eine Heilmittelleistung verschrieben. Dies ist jedoch insbesondere auf die hohe Verschreibungsquote bei Kindern im Al-

ter von fünf bis neun Jahren zurückzuführen (vgl. Abb. 50). So liegt der Anteil der Jungen und Mädchen, die Heilmittelleistungen in Anspruch genommen haben, im Kindesalter fast dreimal so hoch wie in der Altersgruppe der 1- bis 4-Jährigen.

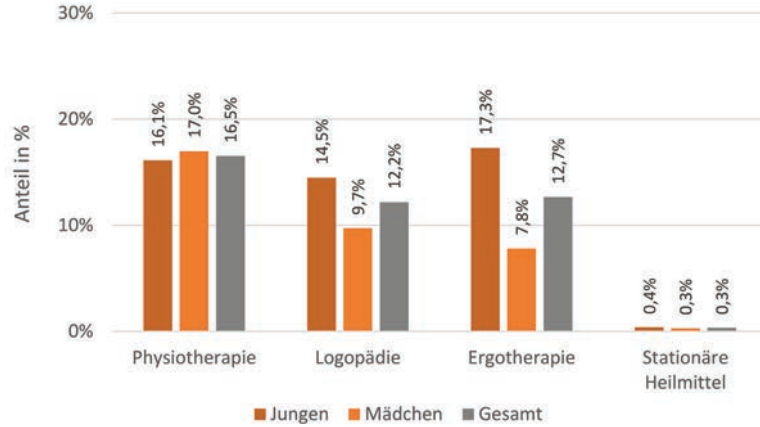
Abbildung 50: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Von den zulasten der GKV erstattungsfähigen Heilmittelleistungen für Kinder und Jugendliche im Jahr 2017 entfielen über 99 % auf physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Leistungen bzw. auf stationäre Heilmittelanwendungen. Am häufigsten wurden dabei physiotherapeutische Leistungen für Jungen und Mädchen verordnet, 16,5 % aller Kinder und Jugendlichen waren im Jahr 2017 wenigstens ein Mal beim Physiotherapeuten (vgl. Abb. 51).

Abbildung 51: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung je Heilmittelleistung im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

In Anspruch genommene Heilmittelleistungen

Je nach Altersgruppe werden dabei verschiedene Heilmittelleistungen in unterschiedlicher Häufigkeit in Anspruch genommen (vgl. Tab. 49). Während im Säuglings- und späten Kindes- und Jugendalter hauptsächlich physiotherapeutische Leistungen verschrieben werden, stehen im frühen und mittleren Kindesalter logo- und ergotherapeutische Maßnahmen im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die in diesen Altersgruppen erhöhte Prävalenz von Sprach- und Sprechstörungen bzw. verschiedener Verhaltensstörungen wie der ADHS zurückzuführen.

Tabelle 49: Verschreibungsquote von Heilmitteln bei Jungen und Mädchen in Abhängigkeit des Alters

Heilmittel	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Physiotherapie	<1	25,9 %	19,7 %	22,9 %
	1–4	13,5 %	11,2 %	12,4 %
	5–9	10,5 %	9,0 %	9,8 %
	10–14	16,6 %	18,9 %	17,7 %
	15–17	23,1 %	30,6 %	26,7 %

Heilmittel	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Logopädie	<1	0,3 %	0,3 %	0,3 %
	1–4	11,4 %	6,6 %	9,1 %
	5–9	34,8 %	22,8 %	29,0 %
	10–14	8,3 %	6,2 %	7,3 %
	15–17	3,3 %	3,0 %	3,2 %
Ergotherapie	<1	0,4 %	0,4 %	0,4 %
	1–4	4,9 %	2,6 %	3,8 %
	5–9	42,4 %	17,4 %	30,2 %
	10–14	15,2 %	7,4 %	11,4 %
	15–17	4,0 %	3,1 %	3,6 %
Stationäre Heilmittel	<1	0,6 %	0,4 %	0,5 %
	1–4	0,4 %	0,2 %	0,3 %
	5–9	0,4 %	0,3 %	0,3 %
	10–14	0,3 %	0,3 %	0,3 %
	15–17	0,4 %	0,4 %	0,4 %

4.7 Arbeitsunfähigkeit der Eltern

Ist ein Kind erkrankt und muss betreut werden, haben Arbeitnehmer gemäß § 45 SGB V einen Anspruch auf Freistellung von der Arbeit. Zusätzlich besteht für gesetzlich Versicherte ein Anspruch auf Kinderkrankengeld. Der Anspruch auf das Krankengeld besteht nach § 45 Abs. 1 SGB V dann, wenn ein Versicherter zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten und versicherten Kindes der Arbeit fernbleiben muss, dies mit einem ärztlichen Zeugnis bestätigt wird und das Kind durch eine andere im Haushalt lebende Person nicht beaufsichtigt, gepflegt und betreut werden kann. Zudem darf das erkrankte Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder muss behindert und auf Hilfe angewiesen sein. Das Kinderkrankengeld kann in jedem Kalenderjahr für maximal zehn Arbeitstage beansprucht werden. Leben mehrere Kinder in der Familie, wird für längstens 25 Arbeitstage gezahlt. Bei Alleinerziehenden verdoppelt sich der Anspruch.

Für 8 % aller Kinder meldet sich im Jahr 2017 ein DAK-versichertes Elternteil wenigstens einmal krank. Diese Elternteile meldeten sich im Durchschnitt 2,1 Mal innerhalb eines Jahres für durchschnittlich zwei Tage (Spanne: 1–365 Tage) krank, wobei 97,5 % aller AU-Mel-

dungen nicht länger als fünf Werktage dauerten. Dabei entstanden der DAK-Gesundheit Ausgaben für Elternkrankengeld in Höhe von 15,3 Millionen Euro. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass nur für 14 % aller DAK-versicherten Kinder beide Elternteile identifiziert werden konnten und es insofern zu einer verzerrten Darstellung der Häufigkeit von AU-Tagen kommen kann.

4.8 Literatur

Ärzte Zeitung (2019): Ärzte halten sich mit Antibiotika zurück. Ärzte Zeitung online vom 21.08.2019.

Holstiege, J., Schulz, M., Akmatov, M.K., Steffen, A., Bätzing, J. (2019): Update: Die ambulante Anwendung systemischer Antibiotika in Deutschland im Zeitraum 2010 bis 2018 – Eine populationsbasierte Studie. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/07.

5. Schwerpunkt: Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Kernergebnisse

1. 26,7 % aller Kinder und Jugendlichen leiden unter psychischen und Verhaltensstörungen, die im Jahr 2017 wenigstens einmal ärztlich behandelt wurden. Psychische Entwicklungsstörungen, insbesondere Sprach- und Sprechstörungen, sind dabei das am häufigsten dokumentierte Störungsbild. Knapp 10 % aller Jungen und Mädchen sind davon betroffen
2. Ab der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen ist ein deutlicher Anstieg der Inanspruchnahme ambulant-psychotherapeutischer Leistungen zu beobachten. Knapp 6 % aller Kinder in diesem Alter suchten im Jahr 2017 wenigstens einmal einen entsprechenden Arzt auf. Während Jungen eher im späten Kindesalter ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, lag der Anteil bei Mädchen im späten Jugendalter höher.
3. Für 1,5 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 5 bis 17 Jahren wurde eine Depressionsdiagnose in Abrechnungsdaten dokumentiert (10–17 Jahre: 1,9 %; 15–17 Jahre: 3,9 %). Dabei werden überwiegend zeitlich begrenzte depressive Episoden diagnostiziert. Mädchen (bis zu 7 % im späten Jugendalter) sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (bis zu 3 %).
4. Im Durchschnitt fallen für die Versorgung von Depressionen bei Jungen im Schulalter (5–17 Jahre) zusätzliche Kosten in Höhe von 2.530 Euro an. Bei Mädchen liegen diese mit 3.018 Euro im Durchschnitt 19 % höher als bei Jungen.
5. Für 1,9 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 5 bis 17 Jahren wurde eine Angststörung in Abrechnungsdaten dokumentiert. Mädchen (bis zu 5 % im späten Jugendalter) sind deutlich häufiger betroffen als Jungen (bis zu 2 %).
6. Im Durchschnitt fallen für die Versorgung von Angststörungen bei Jungen im Schulalter (5–17 Jahre) zusätzliche Kosten in Höhe von 2.287 Euro an. Bei Mädchen liegen diese mit 2.519 Euro im Durchschnitt 10 % höher als bei Jungen.

5.1 Prävalenz psychischer Erkrankungen

5.1.1 Häufigkeit und Altersbezug

Im Jahr 2017 lag die administrative Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei 26,7 %; demnach wurde für mehr als ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen wenigstens

einmal bei einem Arztbesuch eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit dokumentiert (vgl. Tab. 50).

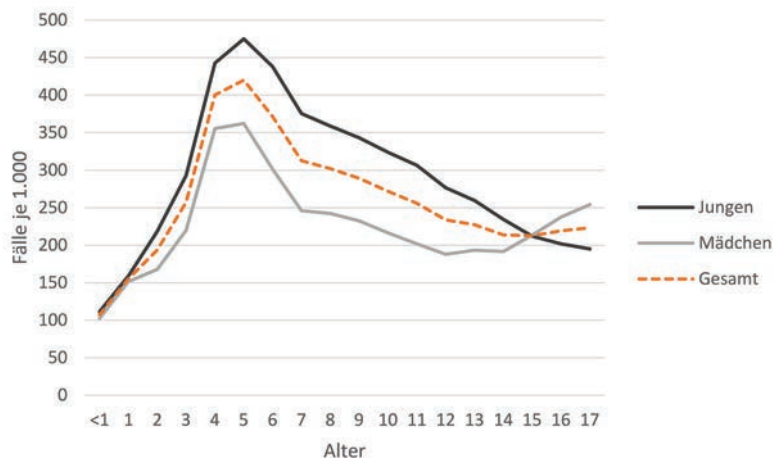
Mehr als ein Viertel aller Kinder mit psychischer Störung oder Verhaltensauffälligkeit

Tabelle 50: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (0–17 Jahre)

	2016	2017	Differenz
Jungen	298,9	298,0	0 %
Mädchen	233,9	234,7	0 %
Gesamt	267,3	267,2	0 %

Die Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer entsprechenden Störung war sowohl alters- als auch geschlechtsabhängig (vgl. Abb. 52). Bis zum Alter von fünf Jahren steigt die dokumentierte Erkrankungsprävalenz linear an. Diese ist dann bis zum Jugendalter ebenso linear rückläufig.

Abbildung 52: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) in Abhängigkeit des Alters im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Wird bis zu diesem Alter für Jungen häufiger eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung dokumentiert, dreht sich dieser Zusammenhang im späten Jugendalter um. Wird zum Beispiel bei Kindern im Alter von drei Jahren für 33 % mehr Jungen als Mädchen eine entsprechende Diagnose gestellt, sind es bei 17-jährigen Jungen 23 % weniger Personen mit einer entsprechenden Diagnose.

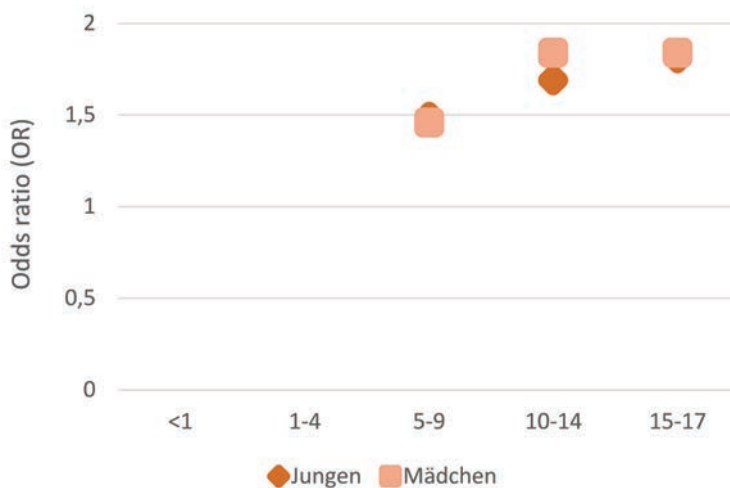
Aus Public Health-Perspektive ist das kontinuierliche Monitoring der Entwicklung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht nur wichtig, um geeignete und koordinierte Behandlungsstrategien zu entwickeln. Viele psychische Störungen des Erwachse-

nenalters haben ihren Beginn in der Kindheit und Jugend, weshalb auch der Prävention eine wichtige Rolle nicht nur im Hinblick auf die Sicherstellung für ein gesundes Aufwachsen, sondern auch zur späteren sozialen Teilhabe beizumessen ist.

33,6 % aller DAK-versicherten Kinder weisen darüber hinaus für das Jahr 2017 ein Elternteil auf, das aufgrund psychischer Auffälligkeiten (ICD-10 F) wenigstens einmal in ärztlicher Behandlung war. Der Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen, die selbst unter einer psychischen Erkrankung leiden (die ärztlich dokumentiert wurde), ist mit 32,1 % im Vergleich zu den Kindern von Eltern ohne dokumentierte psychische Auffälligkeit (23,7 %) deutlich erhöht. Bis zum späten Jugendalter ist dabei das beobachtete Risiko für eine psychische Erkrankung im Kindesalter um bis zu 80 % höher, wenn ein Elternteil selbst psychisch erkrankt ist (vgl. Abb. 53).

Innerfamiliäre Prädisposition

Abbildung 53: Risiko für eine psychische Erkrankung (ICD-10 F) bei Kindern und Jugendlichen mit einem psychisch kranken Elternteil in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

5.1.2 Relevante Diagnosestellungen

Das diagnostische Spektrum psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen ist sehr breit. Es ist aus diesem Grund sinnvoll, einzelne Sammelgruppen für psychische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten getrennt voneinander zu betrachten. Entwicklungsstörungen, darunter zum Beispiel Sprach- und Sprechstörungen, werden unabhängig von Alter und Geschlecht am häufigsten dokumentiert (vgl. Tab. 51). Für 15,8 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren wurde im Jahr 2017 eine entsprechende Diagnose gestellt. Ebenfalls häufig treten Verhaltens- und emotionale

Entwicklungsstörungen am häufigsten

le Störungen auf (11,2%), worunter zum Beispiel hyperkinetische Störungen fallen. Dritthäufigste Diagnosegruppe sind neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (6,0%). Darunter fallen z.B. phobische Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen. Deutlich seltener aber von hoher Versorgungsrelevanz sind affektive Störungen, welche sich hauptsächlich durch eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression oder zur gehobenen Stimmung äußern. Dabei sind depressive Episoden nicht nur häufigster Hospitalisierungsgrund unter allen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sondern können vor allem zu überdurchschnittlich langen Krankenhausaufenthalten führen (vgl. Kap. 5.2.2).

Auffällig ist insgesamt, dass sich bei Entwicklungs-, Verhaltens- und affektiven Störungen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit zeigten, während diese bei den übrigen Diagnosegruppen nicht oder nur in geringem Umfang zu beobachten waren. Bedeutende Unterschiede in der Dokumentationshäufigkeit zum Vorjahr sind nicht bzw. nur bei Diagnosegruppen mit sehr geringen Fallzahlen zu beobachten.

Tabelle 51: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017

Diagnose	Jun- gen	Mäd- chen	Gesamt 2017	+/- zu 2016
Entwicklungsstörungen	190,0	123,8	157,8	+1 %
Verhaltens- und emotionale Störungen	136,6	85,0	111,5	-1 %
Neurotische, Belastungs- und somato- forme Störungen	53,7	67,2	60,3	0 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperli- chen Störungen und Faktoren	12,8	14,9	13,8	-3 %
Persönlichkeits- und Verhaltensstörun- gen	13,5	12,2	12,8	-4 %
Affektive Störungen	8,9	16,2	12,4	+1 %
Intelligenzstörung	7,8	5,1	6,5	-3 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3,5	4,1	3,8	-1 %
Organische, einschließlich symptomati- scher psychischer Störungen	1,2	0,8	1,0	-10 %
Schizophrenie, schizotype und wahn- hafte Störungen	0,4	0,5	0,5	-12 %

Die bei Kindern und Jugendlichen am häufigsten gestellten Diagnosen folgen der zuvor dargestellten Häufigkeit der einzelnen Diagnosegruppen. Unter allen psychischen und Verhaltensstörungen werden Sprach- und Sprechstörungen am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert.

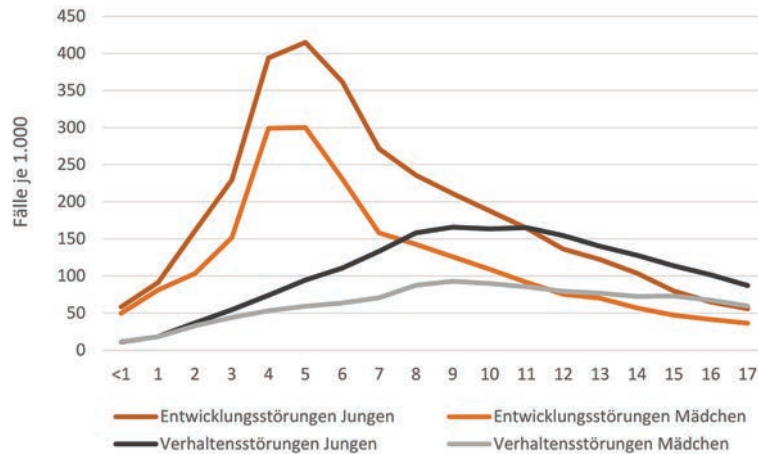
Sprach- und Sprechstörungen häufigste Diagnose

Tabelle 52: Prävalenz (Fälle je 1.000) der zehn am häufigsten dokumentierten psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10 Dreisteller) für Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	2016	2017	Differenz
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	F80	90,5	95,8	+6 %
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F98	37,7	39,6	+5 %
Hyperkinetische Störungen	F90	38,7	38,8	0 %
Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	F82	34,9	37,0	+6 %
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93	26,4	28,4	+8 %
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43	24,8	27,0	+9 %
Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	F89	21,2	21,6	+2 %
Somatoforme Störungen	F45	20,8	20,8	0 %
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	F81	19,6	20,2	+3 %
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	F83	16,2	19,1	+18 %

Die zuvor genannten 14,8 % aller Kinder und Jugendlichen, für welche im Jahr 2017 eine Entwicklungsstörung dokumentiert wurde, verteilen sich nach Alter und Geschlecht sehr unterschiedlich. Die höchste Prävalenz von Entwicklungsstörungen wird bei Jungen im Alter von fünf Jahren und damit in der Regel beim Eintritt in institutionalisierte Settings wie Schule beobachtet; für 41,5 % aller Jungen in diesem Alter wurde eine entsprechende Störung, zum Beispiel der Sprache und des Sprechens, dokumentiert (vgl. Abb. 54). Im Gegensatz dazu treten diagnostizierte Verhaltensstörungen erst im Übergang zum Jugendalter gehäuft auf. Auch hier zeigen sich bei Jungen deutlich größere Fallzahlen als bei Mädchen.

Abbildung 54: Prävalenz von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen in Abhängig von Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Affektive Störungen

Nicht nur Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, auch die Prävalenz weiterer psychischer Störungen weisen alters- und geschlechtsbedingte Unterschiede auf. So treten affektive Störungen erst ab dem Schulalter in relevanten Fallzahlen auf. Unter den ab diesem Alter häufig diagnostizierten affektiven Störungen sind insbesondere depressive Episoden besonders häufig (vgl. Tab. 53, vgl. ausführlich Kap. 5.3).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

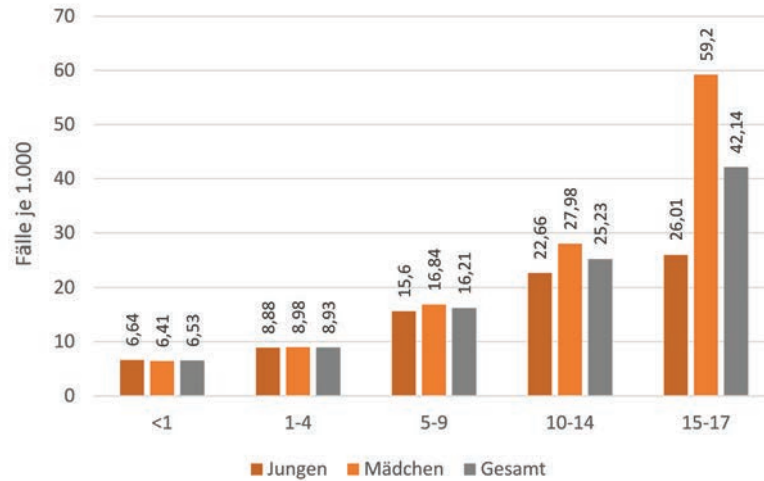
Die insgesamt dritthäufigste Diagnosegruppe psychischer Störungen sind zudem neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, welche ebenfalls bei Kindern ab dem Schulalter gehäuft auftreten. Unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen subsumieren sich verschiedene Störungsbilder, von denen diagnostizierte Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen unter Schulkindern am häufigsten vorkommen (vgl. Tab. 53). Diese Belastungs- und Anpassungsstörungen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie auf ein oder zwei ursächlichen Faktoren, z.B. ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis oder eine besondere Veränderung im Leben, zurückzuführen ist. Etwas seltener aber immer noch häufig treten Angststörungen in Form phobischer und anderer Angststörungen auf (vgl. ausführlich Kap. 5.4).

Tabelle 53: Prävalenz (Fälle je 1.000) affektiver und neurotischer, Belastungs- und somatoformer Störungen bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Affektive Störungen				
Manische Episode	F30	0,06	0,07	0,07
Bipolare affektive Störung	F31	0,05	0,17	0,11
Depressive Episode	F32	8,7	18,5	13,4
Rezidivierende depressive Störung	F33	0,9	2,2	1,5
Anhaltende affektive Störungen	F34	0,8	1,2	1,0
Andere affektive Störungen	F38	0,2	0,2	0,2
Nicht näher bezeichnete affektive Störung	F39	1,7	1,5	1,6
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen				
Phobische Störungen	F40	5,5	8,1	6,7
Andere Angststörungen	F41	9,9	16,0	12,9
Zwangsstörung	F42	2,3	2,6	2,4
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43	32,2	37,4	34,7
Dissoziative Störungen	F44	1,1	1,2	1,2
Somatoforme Störungen	F45	21,0	32,1	26,4
Andere neurotische Störungen	F48	2,4	4,0	3,2

Zweithäufigste Diagnose unter dokumentierten neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen sind somatoforme Störungen. Die Analyse häufiger ambulanter und stationärer Behandlungsgründe hat zudem gezeigt, dass insbesondere Bauch- und Beckenschmerzen häufig im Kindes- und Jugendalter ärztlich behandelt werden (Vgl. Kap. 3.13.5 und 4.5). Inwiefern es sich dabei um somatoforme Störungen, also wiederkehrende körperliche Beschwerden oder Schmerzen ohne ausreichende organische Erklärung handelt, kann auf Basis der verfügbaren Datengrundlage bislang nur spekuliert werden. Dennoch zeigt sich, dass insbesondere Mädchen im späten Jugendalter vielfach auch aufgrund von Somatisierungsstörungen ärztlich behandelt werden (vgl. Abb. 55).

Somatoforme Störungen

Abbildung 55: Prävalenz somatofomer Störungen in Abhängig von Alter und Geschlecht im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

5.2 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Folge psychischer Erkrankungen

5.2.1 Ambulante Versorgung psychischer Störungen

An der Versorgung beteiligte Fachgruppen

Gemäß Muster-Weiterbildungsordnung der Kinder- und Jugendärzte umfasst das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin die „Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie, Sozialpädiatrie und der Schutzimpfungen.“ An der Diagnostik und Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen können damit potenziell eine Vielzahl verschiedener Berufsgruppen beteiligt sein. Neben Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zählen dazu auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendärzte, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Schulpsychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen, (Kinder-)Krankenpfleger, Erzieher und Pädagogen sowie Lehrkräfte. Die Versorgung psychischer Auffälligkeiten und Störungen umfasst damit eine breite Versorgungskette im ambulanten und stationären Sektor sowie den schulischen

Bereich (Schulpsychologische Dienste, Schulen für Erziehungshilfe o. ä.).⁴⁰

In nachfolgenden Analysen werden Kontakte bei bzw. Verschreibungen durch folgende Facharztgruppen der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zugeordnet:

Tabelle 54: An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen beteiligte Facharztgruppen

Schlüssel	Fachgruppe
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
58	Psychiatrie und Psychotherapie
59	Forensische Psychiatrie
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
68	Psychologischer Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

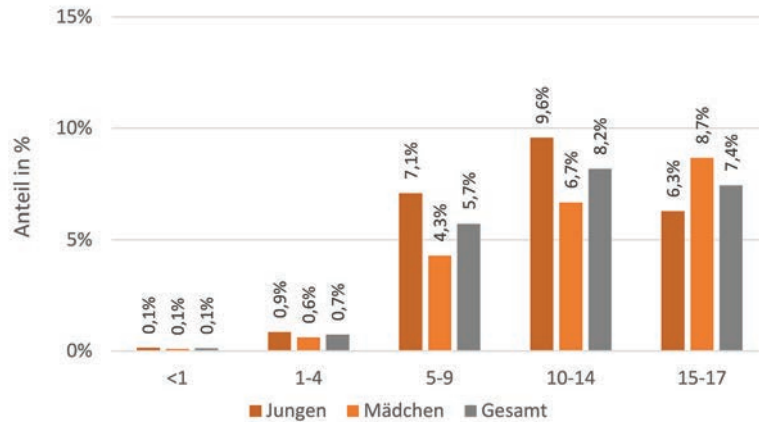
Daten der DAK-Gesundheit zeigen, dass 5,4 % aller Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren im Jahr 2017 wenigstens einmal ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Dabei entfielen lediglich 3 % aller ambulanten Arztkontakte von Kindern und Jugendlichen auf ambulante Psychotherapeuten und Psychiater. Diese Arztkontakte gingen jedoch mit hohen Durchschnittskosten von 54 € pro Person einher. Insgesamt entfielen damit 17 % aller Ausgaben für ambulante Arztbesuche auf psychotherapeutische Leistungen (vgl. Kap. 4.3 für den Vergleich mit anderen Arztgruppen).

Jungen (6,0 %) gehen unabhängig vom Alter häufiger zu entsprechenden Leistungserbringern als Mädchen (4,8 %). Während zum Beispiel 44 % mehr Jungen im Alter von 10 bis 14 Jahren psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, dreht sich dieser Trend im späten Jugendalter um. Unter den 15- bis 17-Jährigen sind 38 % mehr Mädchen als Jungen, welche wenigstens einmal entsprechende Versorger aufsuchen (vgl. Abb. 56).

Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen

⁴⁰ Fegert (2018).

Abbildung 56: Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2017 wenigstens einmal ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben



Quelle: Eigene Darstellung.

Im Durchschnitt 2,6 Psycho- therapeuten- Besuche pro Jahr

Nahmen Kinder und Jugendliche ambulant-psychotherapeutische Leistungen in Anspruch, taten sie dies im Jahr 2017 durchschnittlich 2,6 Mal pro Jahr. Dabei sind ab dem mittleren Kindesalter keine bedeutenden Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zu beobachten (vgl. Tab. 55).

Tabelle 55: Durchschnittliche Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2017

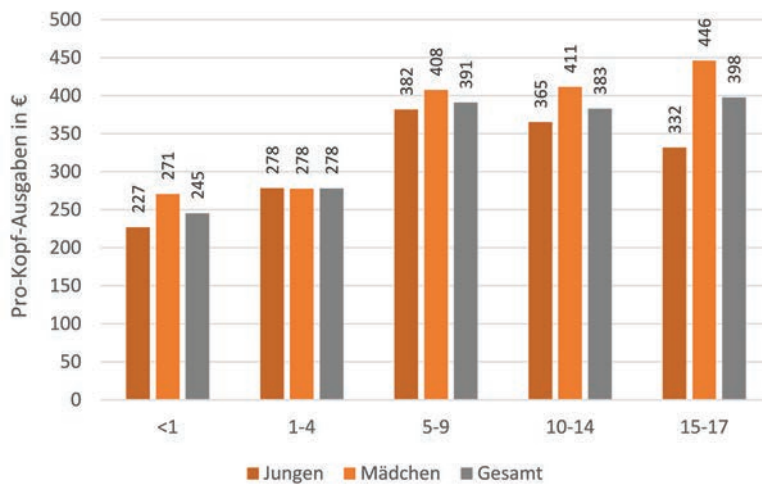
Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
<1	1,2	1,3	1,2
1-4	1,6	1,6	1,6
5-9	2,5	2,4	2,5
10-14	2,8	2,6	2,7
15-17	2,6	2,7	2,7

Pro-Kopf- Ausgaben für ambulante Psychotherapie

Aus dem gezeigten Inanspruchnahmepattern ambulant-psychotherapeutischer Leistungen lassen sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die ambulant-psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen berechnen. Für alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren, die im Jahr 2017 wenigstens einmal entsprechende Leistungen in Anspruch genommen haben, lagen die durchschnittlichen Ausgaben bei 387 Euro. Diese folgten einem alters- und geschlechtsbezogenen Zusammenhang, allerdings mit anderem Verlauf als die Inanspruchnahmehäufigkeit (vgl. Abb. 57). Die höchsten durchschnittlichen Ausgaben fielen

demnach mit 446 Euro bei Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren an, 35 % mehr als bei gleichaltrigen Jungen. Aber auch in jüngeren Altersjahrgängen fielen für Mädchen, trotz geringerer Inanspruchnahmehäufigkeit, höhere mittlere Versorgungsausgaben an. Dies könnte wiederum u. a. auf eine höhere Fallschwere bzw. dem grundsätzlich anderen Spektrum zu versorgender psychischer Störungen bei Mädchen im Vergleich zu Jungen zurückzuführen sein.

Abbildung 57: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für ambulant-psychotherapeutische Leistungen im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Für zukünftige Analysen ist es von hervorgehobenem Interesse, nicht nur die Versorgung im Kindes- bzw. Jugendalter isoliert zu betrachten, sondern den Übergang zum Erwachsenenalter mit den damit verbundenen Änderungen in der Lebensführung und Gestaltung, z. B. dem Eintritt in die Arbeitswelt sowie dem Führen eines eigenen Haushaltes, in den Mittelpunkt der Analysen zu stellen. Insbesondere bei potenziell langfristig zu behandelnden psychischen Störungen am Übergang zum Erwachsenenalter ist eine eng abgestimmte und koordinierte Versorgung erforderlich. Aktuelle Untersuchungen zum Auszugsalter Jugendlicher aus dem elterlichen Haushalt und der damit verbundenen stärkeren Übernahme eigener Verantwortung verstärken diese Anforderung an eine altersübergreifende Versorgungsforschung. Demnach liegt das durchschnittliche Auszugsalter aus dem Elternhaus bei Frauen bei 23,9 und bei Männern bei 25,1 Jahre.⁴¹ Der Einfluss potenziell protektiver aber auch schädlicher Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit und die Versorgungsrahmenbedingungen sind in der Versorgung damit sowohl durch die Kinder- und Jugend- als auch durch die Erwachsenenpsychiatrie im Rahmen der Versorgung zu berücksichtigen.⁴²

**Versorgungs-
übergänge zum
Erwachsenen-
alter**

⁴¹ Seiffge-Krenke et al. (2015).

⁴² Fegert (2018).

5.2.2 Stationäre Versorgung psychischer Störungen

Depressionen häufigster Hospitali- sierungsgrund

Krankenhausaufenthalte wegen psychischer Erkrankungen zählen im Kindes- und Jugendalter zwar nicht zu den häufigsten Anlässen für eine stationäre Behandlung, sind jedoch aus verschiedenen Gründen von hoher Versorgungsrelevanz. Unter allen mit einer psychischen Erkrankung assoziierten Hospitalisierungen waren Depressionen der häufigste stationäre Aufnahmegrund. So wurden im Jahr 2017 1,2 von 1.000 Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren aufgrund einer entsprechenden Diagnose wenigstens einmal im Krankenhaus behandelt (vgl. Tab. 56). Gegenüber dem Vorjahr haben entsprechende Fälle um 5 % zugenommen. Gegenüber dem Vorjahr deutlich gestiegen sind auch stationäre Behandlungsfälle in Folge einer kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörung (+22 % mehr Fälle als in 2016). Dabei handelt es sich um eine Restkategorie für Störungen, bei denen eine gewisse Mischung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen vorliegt, von denen jedoch keine so dominiert, dass sie eine Hauptdiagnose rechtfertigt.

Tabelle 56: Häufigste Hauptdiagnosen (Fälle je 1.000 Versicherte) einer stationären Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt	+/- 2016
Depressive Episode	F32	0,39	1,18	0,78	+5 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	F10	0,63	0,62	0,63	+21 %
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F92	0,68	0,43	0,56	-8 %
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43	0,34	0,72	0,52	-5 %
Hyperkinetische Störungen	F90	0,87	0,14	0,51	-16 %
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93	0,42	0,4	0,41	-11 %
Somatoforme Störungen	F45	0,17	0,46	0,31	-6 %
Störungen des Sozialverhaltens	F91	0,35	0,21	0,28	-7 %

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt	+/- 2016
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	F83	0,27	0,16	0,22	+22 %
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F98	0,25	0,18	0,21	+5 %

Unter den häufigsten Hospitalisierungsgründen in Folge einer psychischen Erkrankung im Kindes- und Jugendalter sind vielfach auch solche, welche eine überdurchschnittlich lange Verweildauer haben. Mehr als die Hälfte aller Krankenhausaufenthalte in Folge einer psychischen Erkrankung dauerten länger als einen Monat. Die längsten Verweildauern wurden mit durchschnittlich 50 Tagen für Kinder mit emotionalen oder phobischen Störungen identifiziert (vgl. Tab. 57).

Hohe durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus

Tabelle 57: Hauptdiagnosen einer stationären Behandlung aufgrund einer psychischen Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen (0–17 Jahre) mit der durchschnittlich längsten Verweildauer (in Tagen)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93	51	49	50
Phobische Störungen	F40	51	49	50
Hyperkinetische Störungen	F90	47	47	47
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F94	42	50	46
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F92	49	40	45
Essstörungen	F50	43	41	41
Depressive Episode	F32	43	37	39

5.3 Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen

5.3.1 Diagnosehäufigkeit depressiver Störungen

Depressionen können als eigenständige psychische Störung auftreten, aber auch als Reaktion auf besonders belastende Lebenssituationen und traumatische Erlebnisse oder als begleitende Symptomatik anderer psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen.

gen. Sie sind gekennzeichnet durch Niedergeschlagenheit, Traurigkeit und Interessenverlust. Zusätzlich treten häufig Antriebslosigkeit, Appetitverlust, Schlafstörungen, innere Unruhe, Gereiztheit, Energieverlust, Gefühle von Wertlosigkeit, unangemessene Selbstvorwürfe, Konzentrationsstörungen und verminderte Leistungsfähigkeit auf. Depressionen können zu Suizidgedanken und Suizidversuchen führen, insbesondere, wenn Betroffene sich allein gelassen fühlen oder keine geeigneten Hilfen zur Verfügung stehen. Dauer, Intensität und Symptome depressiver Störungen können erheblich variieren. Oft treten im Lebensverlauf mehrere depressive Episoden auf.

Die WHO geht davon aus, dass weltweit ca. 322 Millionen Menschen von Depressionen betroffen sind.⁴³ Das wären mehr als 4,4 % der Weltbevölkerung und 18 % mehr als zehn Jahre zuvor. Für Deutschland schätzt die WHO die Zahl der Menschen mit Depressionen auf 4,1 Millionen, 5,2 % der Bevölkerung. Grundlage dieser Schätzung ist eine parallel in mehreren europäischen Ländern durchgeführte Interviewstudie aus den Jahren 2011 bis 2003.⁴⁴ Auf der Basis des „Bundes-Gesundheitssurveys“ (BGS98), der in den Jahren 1997 bis 1999 durchgeführt wurde, und der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) aus den Jahren 2008–2011, liegen für Deutschland ebenfalls aussagekräftige Daten zur Depression vor. Nach den DEGS1 Daten haben 9 % der erwachsenen Studienteilnehmer innerhalb der letzten 12 Monate die Kriterien für eine Depression erfüllt (12-Monats-Prävalenz).⁴⁵

1,5 % aller Schulkinder mit Depressionsdiagnose

Im Kindes- und Jugendalter treten Depressionen grundsätzlich seltener aber dennoch in beobachtbarer Häufigkeit auf. Basierend auf Daten der DAK-Gesundheit für das Jahr 2017 zeigt sich, dass 1,5 % aller Jungen und Mädchen im Schulalter (5–17 Jahre) wenigstens einmal aufgrund einer depressiven Episode oder einer rezidivierenden depressiven Störung ärztlich behandelt wurden (vgl. Tab. 58).⁴⁶ Dies entspricht nach Hochrechnung bundesweit ca. 136.550 Schulkindern mit ärztlich behandelten Depressionen.

Die Depressionsprävalenz ist damit gegenüber dem Vorjahr um 3 % gestiegen. Inwiefern dies einem langfristigen Trend zugrunde liegt, werden Analysen in den kommenden Jahren zeigen.

Tabelle 58: Depressionsprävalenz (ICD-10 F32/F33, Fälle je 1.000) im Kindes- und Jugendalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Depressionen	9,9	20,8	15,2

⁴³ WHO (2017).

⁴⁴ Alonso et al. (2004).

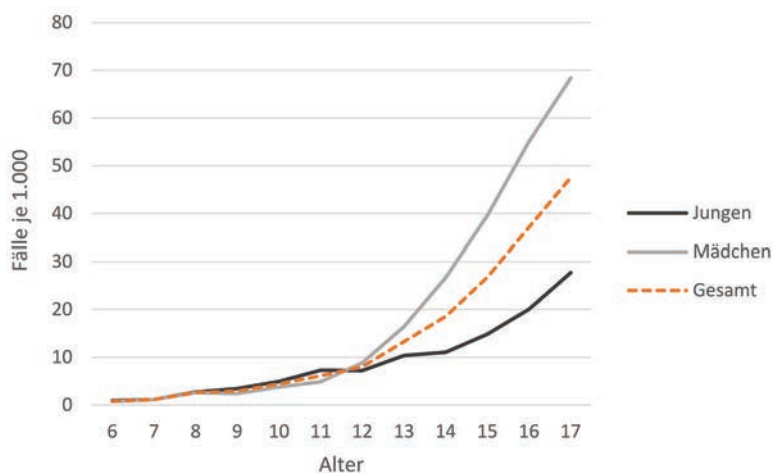
⁴⁵ RKI (2017).

⁴⁶ Anhaltende affektive Störungen (ICD-10 F34) wurden dabei aufgrund der sehr geringen Fallzahl bei Kindern und Jugendlichen nicht mitberücksichtigt.

Dabei nimmt die Depressionsprävalenz mit steigendem Alter deutlich zu. Liegt die Depressionsprävalenz bei Fünf- bis Neunjährigen noch bei 2,2 Fällen je 1.000 Personen, steigt die Prävalenz bei 10–14 Jährigen auf 1,1 % und liegt bei Jugendlichen im Alter von 15–17 Jahren bei 3,9 % (10–17 Jahre: 1,9 %). Unabhängig vom Alter weisen Mädchen im Schulalter eine mehr als doppelt so hohe Depressionshäufigkeit (+110 %) als Jungen auf. Werden bei Jungen und Mädchen bis zum 12. Lebensjahr noch annähernd gleich viele administrativ dokumentierte Depressionsdiagnosen dokumentiert, steigt im Verlauf der Pubertät die Depressionsprävalenz bei Mädchen steil linear an, während sie bei Jungen langsamer und später ansteigt (vgl. Abb. 58). Leiden beispielsweise 2,0 % aller DAK-versicherten Jungen im Alter von 16 Jahren unter einer dokumentierten Depression, liegt die Prävalenz bei gleichaltrigen Mädchen mit 5,5 % einsechsmal so hoch.

7 % aller jugendlichen Mädchen mit Depressionsdiagnose

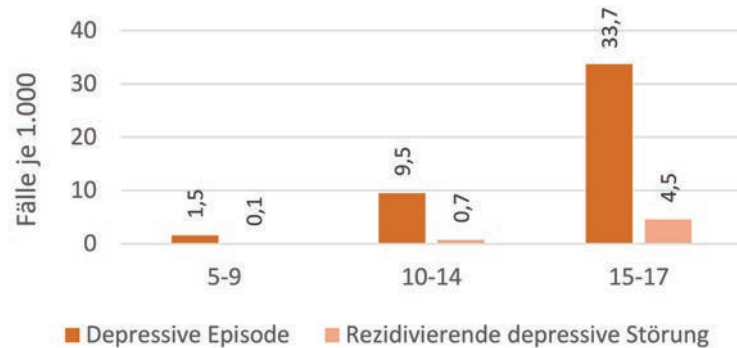
Abbildung 58: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Depressionen bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Unter den zu Abrechnungszwecken dokumentierten Depressionen ist indes zwischen zeitlich begrenzten depressiven Episoden (ICD10 F32) und wiederholten depressiven Episoden, sog. rezidivierenden depressiven Störungen (ICD-10 F33) zu unterscheiden. Depressive Episoden zeichnen sich gemäß ICD-10 dadurch aus, dass der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität leidet. U. a. sind die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration vermindert. Gleichzeitig ist ggf. eine Müdigkeit stark ausgeprägt. Für DAK-versicherte Kinder im Schulalter wird eine depressive Episode indes deutlich häufiger dokumentiert als eine rezidivierende depressive Störung (vgl. Abb. 59).

Abbildung 59: Prävalenz depressiver Störungen DAK-versicherter Kinder und Jugendliche (5–17 Jahre) im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Schweregrade depressiver Episoden

Während bei rezidivierenden depressiven Störungen aufgrund der geringen Fallzahlen eine nach Schweregrad differenzierte Betrachtung nicht sinnvoll möglich ist, zeigt sich, dass die häufiger diagnostizierten depressiven Episoden überwiegend (39 %) als „nicht näher bezeichnet“ dokumentiert werden. Lediglich in knapp 60 % aller Fälle erfolgt im Rahmen der ärztlichen Diagnostik eine Beurteilung und Dokumentation des Schweregrades (vgl. Tab. 59). Am häufigsten werden dabei mittelgradig schwere depressive Episoden dokumentiert. Diese unterscheiden sich von leichten depressiven Episoden in der Anzahl beobachtbarer Symptome sowie der Stärke der Beeinträchtigung. Von mittelgradig schweren Depressionen betroffene Patienten haben zumeist große Schwierigkeiten, alltägliche Aktivitäten fortzusetzen, während bei Patienten mit leichten Depressionen die meisten Aktivitäten fortgesetzt werden können. Im Gegensatz zum Vorjahr ist dabei der Anteil der Kinder mit mittelgradig schweren depressiven Episoden um 5 % (2 Prozentpunkte) gestiegen, während analog der Anteil der nicht näher bezeichneten depressiven Episoden rückläufig ist.

Tabelle 59: Prävalenz depressiver Episoden (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) nach dokumentiertem Schweregrad im Jahr 2017

Schwere der Symptome	Jungen	Mädchen	Gesamt	Anteil*
Leicht	1,9	4,4	3,1	19 %
Mittelgradig	3,1	8,1	5,5	33 %
Schwer ohne psychotische Symptome	0,5	1,5	1,0	6 %
Schwer mit psychotischen Symptomen	0,1	0,3	0,2	1 %

Schwere der Symptome	Jungen	Mädchen	Gesamt	Anteil*
Sonstige depressive Symptome	0,2	0,6	0,4	3 %
Nicht näher bezeichnete depressive Episode	4,3	8,6	6,4	39 %
* Anteil an allen dokumentierten depressiven Episoden (ICD-10 F32).				

Am Beispiel der Depression zeigt sich indes deutlich, dass Angaben zur Prävalenz bei verschiedenen Datenquellen sehr unterschiedlich ausfallen können. Liegt die für das Jahr 2017 ermittelte administrative Diagnoseprävalenz auf Basis von Daten der DAK-Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren bei 1,5 %, ermittelten auf Primärerhebungen und standardisierten Screening-Verfahren basierende Studien eine höhere Prävalenz. So wurde im Rahmen der BELLA-Studie (Daten aus 2003 bis 2006) für Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren eine Depressionsprävalenz von 5,4 % ermittelt.⁴⁷ Zur Interpretation dieser deutlichen Unterschiede sind indes die inhärenten Limitationen epidemiologischer Daten und den Diagnosestatistiken der Krankenkassen zu berücksichtigen (vgl. Kap. 2.1).⁴⁸

Höhere Prävalenz aus Primärstudien

5.3.2 Versorgung und Krankheitskosten von Depressionen

Kinder und Jugendliche mit Depressionen nehmen das Versorgungssystem in anderer Intensität in Anspruch als gesunde Gleichaltrige. Wiederholte ambulante Arztbesuche bei niedergelassenen Psychotherapeuten, die Einnahme von Antidepressiva oder auch Krankenhausaufenthalte führen damit auch zu deutlich höheren Versorgungskosten. Basierend auf dem Exzess-Kostenansatz (vgl. Kap. 2.3.2) wurden allen Schulkindern mit Depressionen statistisch vergleichbare Kinder ohne entsprechende Diagnose zugeordnet und deren Versorgungsausgaben im Jahr 2017 miteinander verglichen. Im Rahmen dieses Matchingverfahrens wurden jedem Kind mit Depressionen drei gleichaltrige Kinder ohne Depressionen zugeordnet, deren Ausgaben dann gemittelt verglichen wurden. Statistische Vergleichbarkeit wurde dabei hinsichtlich der Faktoren Alter, Geschlecht, Bundesland, Region (städtisch oder ländlich geprägt) sowie die Vorjahresarzneimittelkosten hergestellt. Insgesamt 8.193 beobachteten Kindern im Alter von 5 bis 17 Jahren mit dokumentierten Depressionen wurden dadurch 24.579 statistische Zwillinge zugeordnet.

Die Versorgung von Schulkindern mit Depressionen ist im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Depressionen mit durchschnittlich höheren Ausgaben von 2.530 Euro bei Jungen und 3.018 Euro bei Mädchen

Kosten von Depressionen

⁴⁷ Ravens-Sieberer et al. (2007).

⁴⁸ RKI (2017).

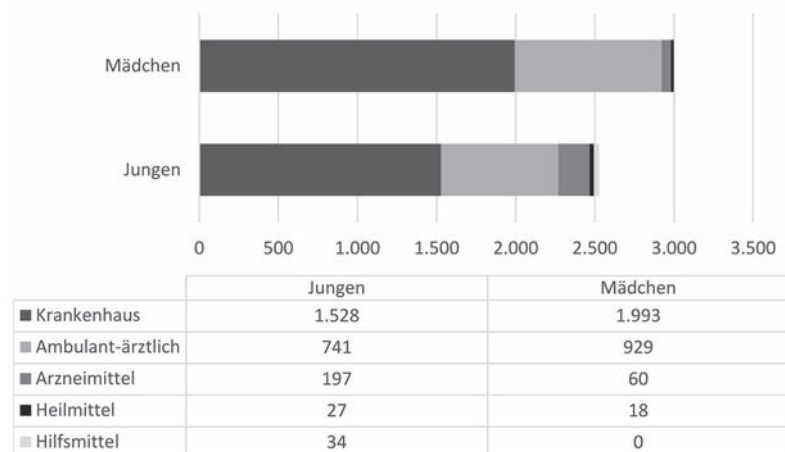
assoziiert (vgl. Tab. 60). In Abhängigkeit des Alters zeigen sich dabei bei Mädchen deutlich steiler ansteigende Ausgabenverläufe als bei Jungen. Haben Jungen im Alter von fünf bis neuen Jahren, bei denen eine Depression dokumentiert wurde, in Folge ihrer Erkrankung noch doppelt so hohe zusätzliche Ausgaben wie Mädchen, dreht sich dieser Zusammenhang mit zunehmendem Alter. Im späten Jugendalter lagen die zusätzlichen Versorgungskosten von Depressionen wiederum bei Mädchen 13 % höher als bei Jungen.

Tabelle 60: Exzess-Kosten von Depressionen bei Kindern im Schulalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen
5–9 Jahre	1.783 €	833 €
10–14 Jahre	2.214 €	2.828 €
15–17 Jahre	2.800 €	3.160 €
Durchschnittskosten, roh	2.121 €	2.028 €
Durchschnittskosten, gewichtet	2.530 €	3.018 €

Die höchsten zusätzlichen Ausgaben für Depressionen im Kindes- und Jugendalter fallen dabei durch zusätzliche Krankenhausaufenthalte an (vgl. Abb. 60). Ca. 60 % bei Jungen bzw. 66 % bei Mädchen der Ausgaben entfielen dabei auf Krankenhausaufenthalte und ca. 30 % auf ambulante Arztbesuche. Die durchschnittlichen Ausgaben für Antidepressiva sind hingegen bei Jungen dreimal höher als bei Mädchen.

Abbildung 60: Gewichtete Exzess-Kosten für Jungen und Mädchen (5–17 Jahre) mit Depressionen nach Versorgungssektor



Quelle: Eigene Darstellung.

Zu berücksichtigen ist, dass aufgrund der geringen Fallzahl beobachteter Depressionsfälle bei Schulkindern Hochkostenfälle einen potenziell großen Effekt auf die Berechnung der mit Depressionen assoziierten zusätzlichen Versorgungskosten haben können. So waren zum Beispiel Personen in der identifizierten Gruppe von Kindern mit Depressionen, für deren Versorgung aufgrund anderer sehr schwerer Erkrankungen Gesamtausgaben von über einer Millionen Euro im Jahr 2017 anfielen. Entsprechende Fälle (n=2) wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Die beobachteten zusätzlichen Kosten bei Kindern mit Depressionen sind mit einer stärkeren Inanspruchnahme des Versorgungssystems verbunden. Hinsichtlich ambulanter Arztbesuche wurden abhängig von Alter und Geschlecht zwischen 2,4 und 5,2 zusätzliche Arztbesuche bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen beobachtet (vgl. Tab. 61). Dabei ist bei Mädchen eine deutlich höhere zusätzliche Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in Folge einer dokumentierten Depression zu beobachten. Diese zeigt sich auch hinsichtlich der Anzahl von Arzneimittelverschreibungen (basierend auf Rezepten). Für Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren mit Depressionen wurden beispielsweise im Durchschnitt 2,2 mehr Arzneimittelverschreibungen dokumentiert als bei Gleichaltrigen ohne Depressionen.

Limitationen

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Tabelle 61: Durchschnittliche Anzahl zusätzlicher Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) mit Depressionen im Jahr 2017

Alter	Arztbesuche		Arzneimittelverschreibungen	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
5–9	2,8	2,5	1,5	1,7
10–14	3,7	3,8	1,7	1,4
15–17	3,8	5,2	1,3	2,2

Aus Public Health-Perspektive ist neben der Exzess-Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen auch die unmittelbar krankheitsassoziierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Depressionen von hohem Interesse. Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit kann der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit dokumentierten Depressionen ermittelt werden, welche innerhalb des Jahres 2017 mit Antidepressiva (ATC-Code N06A) medikamentös behandelt wurden. Dabei zeigt sich, dass steigende Verschreibungsprävalenzen erst ab dem späten Kindesalter zu beobachten sind. Bekommen noch weniger als 1 % aller Kinder im Alter von fünf bis neun Jahren mit dokumentierter Depression ein Antidepressivum verordnet, steigt dieser Anteil mit zunehmendem Alter sukzessive auf bis zu 20,4 % im späten Jugendalter an. Mädchen werden

Versorgung mit Antidepressiva

dabei sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter anteilig häufiger mit Antidepressiva behandelt als Jungen (vgl. Tab. 60). So ist zum Beispiel der Anteil medikamentös behandelte Mädchen im späteren Jugendalter 33 % höher als bei Jungen. Je nach Alter werden Antidepressiva in unterschiedlichen Mengen je Arztgruppe verordnet. So beträgt der Anteil an allen verschriebenen Tagesdosen (DDD), die durch Kinderärzte abgegeben wurden, bei Fünf- bis Neunjährigen 28 %. 19 % werden bei Kindern in diesem Alter durch Hausärzte und 49 % durch Psychologen und Psychiater verschrieben. Dieser Anteil steigt bei Kindern im Alter von 10–14 Jahren auf 68 % und liegt im Alter von 15–17 Jahren bei 58 %. Erwartbar rückläufig ist der kinderärztliche Verschreibungsanteil (10–14 Jahre: 13 %, 15–17 Jahre: 8 %), während der Verschreibungsanteil von Hausärzten zum späten Jugendalter ansteigt (10–14 Jahre: 19 %, 15–17 Jahre: 29 %). Der Anteil sonstiger Fachärzte an allen Antidepressivaverordnungen liegt jeweils bei unter 5 %.

Krankenhausaufenthalte

Seltener als eine ambulante oder medikamentöse Therapie ist eine stationäre Behandlung von Depressionen im Kindes- und Jugendalter erforderlich. So betrug beispielsweise der Anteil der 10- bis 14-jährigen Mädchen mit einer dokumentierten Depression, welche aufgrund ihrer Depression wenigstens einmal stationär behandelt wurden, 9,1 % (vgl. Tab. 62). Insgesamt 6 % aller prävalenten Fälle aber 44 % der damit assoziierten Krankenhausaufenthalte sind auf schwerwiegende Depressionen zurückzuführen. 54 % aller stationär behandelten Depressionen wurden als mittelgradig schwer dokumentiert. Dabei wurden 18 % aller Kinder, die in 2016 oder 2017 wenigstens einmal aufgrund einer Depression im Krankenhaus behandelt wurden, mehrfach stationär behandelt. Kinder mit einer schweren (Re-Hospitalisierungsanteil: 19 %) oder mittelgradig schweren Depression (18 %) werden dabei häufiger zwei- oder mehrfach stationär behandelt, als Kinder mit einer leichten (8 %) oder nicht näher bezeichneten Depression (3 %).

Tabelle 62: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einer dokumentierten Depression (ICD-10 F32, F33), die im Jahr 2017 Antidepressiva (ATC N06A) oder einen Krankenhausaufenthalt wegen einer Depression hatten

Alter	Antidepressiva		Hospitalisierung	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
5–9	1,0 %	0,6 %	1,4 %	0,6 %
10–14	7,2 %	9,9 %	5,2 %	9,1 %
15–17	16,5 %	22,0 %	6,5 %	8,3 %

5.4 Prävalenz und Versorgung von Angststörungen

5.4.1 Diagnosehäufigkeit von Angststörungen

Neben Depressionen zählen Angststörungen zu den internalisierenden Auffälligkeiten und verweisen auf Probleme, die vor allem innerhalb einer Person liegen. Beide psychischen Störungsbilder werden häufig zusammengefasst, da sie sich häufig sehr stark überlappen können. Bei Angst an sich handelt es sich zunächst nicht um ein pathologisches Phänomen. Bei als „Angststörungen“ bezeichneten Ängsten ist die Angst allerdings situationsunangemessen und beinhaltet keine reale äußere Gefährdung. Im ICD-10 werden zwei Kategorien von Angststörungen unterschieden, deren gemeinsames Hauptmerkmal unrealistische oder stark ausgeprägte Angst darstellt.

Bei den „phobischen Störungen“ (ICD-10 F40) wird die Angst überwiegend durch eindeutig definierte, im Allgemeinen ungefährliche Situationen/Objekte außerhalb der betreffenden Person hervorgerufen. Diese Situationen/Objekte werden vermieden. Phobische Angst ist subjektiv, physiologisch und im Verhalten von anderen Angstformen nicht zu unterscheiden, sie variiert von leichtem Unbehagen bis zur Panik. Befürchtungen der Betroffenen können sich auf Einzelsymptome (Herzklopfen, Schwindel, Schwächegefühl) beziehen, sie treten häufig zusammen mit sekundären Ängsten auf (Angst zu sterben; Kontrollverlust; Gefühl, wahnsinnig zu werden). Die Angst wird nicht dadurch gemildert, daß andere solche Situationen oder Objekte nicht als gefährlich oder bedrohlich betrachten. Allein die Vorstellung, daß die phobische Situation eintreten könnte, erzeugt gewöhnlich schon Erwartungsangst. Bei den „sonstigen Angststörungen“ (ICD-10 F41) ist die Angst hingegen nicht auf bestimmte Objekte bzw. Situationen begrenzt, sondern sie ist „frei flottierend“ – sie tritt für die Betroffenen spontan in verschiedenen Situationen auf (Panikstörung) oder sie betrifft viele Lebensbereiche (generalisierte Angststörung).

Unterscheidung von Angststörungen

Im Kindes- und Jugendalter sind ärztlich dokumentierte Angststörungen etwas häufiger als Depressionen. Basierend auf Daten der DAK-Gesundheit für das Jahr 2017 zeigt sich, dass 1,9 % aller Jungen und Mädchen im Schulalter (5–17 Jahre) wenigstens einmal aufgrund von Angststörungen ärztlich behandelt wurden (vgl. Tab. 63). Dies entspricht nach Hochrechnung bundesweit ca. 169.150 Schulkindern mit ärztlich behandelten Angststörungen. Gegenüber dem Vorjahr zeigten sich keine Veränderungen.

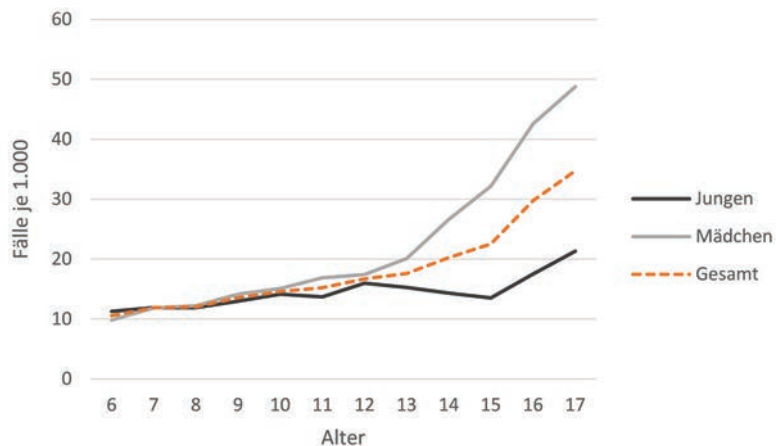
1,9 % aller Schulkinder mit Angststörung

Tabelle 63: Prävalenz von Angststörungen (ICD-10 F40/F41, Fälle je 1.000) im Kindes- und Jugendalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen	Gesamt
Angststörungen	14,7	23,2	18,8

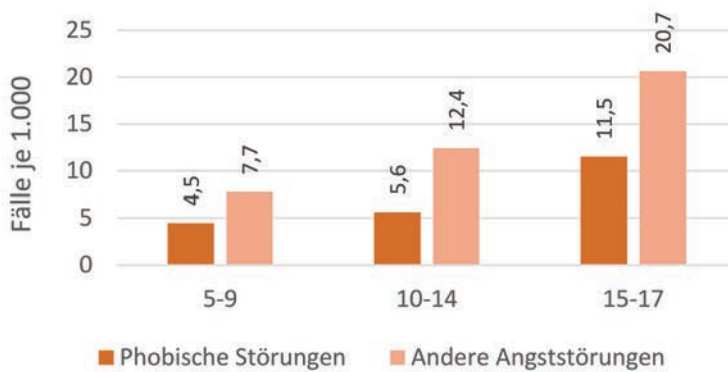
Unabhängig vom Alter weisen Mädchen im Schulalter eine 58 % höhere Häufigkeit gegenüber Jungen auf, unter einer dokumentierten Angststörung zu leiden. Werden bei Jungen und Mädchen bis zum 12. Lebensjahr noch annähernd gleich viele administrativ dokumentierte Angstdiagnosen dokumentiert, steigt im Verlauf der Pubertät die Angstprävalenz bei Mädchen stark linear an, während sie bei Jungen bis zum späten Jugendalter sogar rückläufig ist (vgl. Abb. 61). Leiden beispielsweise 1,8 % aller DAK-versicherten Jungen im Alter von 16 Jahren unter einer dokumentierten Angststörung, liegt die Prävalenz bei gleichaltrigen Mädchen mit 4,3 % ein- einhalbmal so hoch.

Abbildung 61: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Unter den zu Abrechnungszwecken dokumentierten Angststörungen werden Panik- oder generalisierte Angststörungen ca. doppelt so häufig wie phobische Störungen dokumentiert (vgl. Abb. 62).

Abbildung 62: Prävalenz von Angststörungen DAK-versicherter Kinder und Jugendliche (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

Unter phobischen Störungen subsumieren sich verschiedene Störungsbilder, bei der Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird. In der Folge werden diese Situationen typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen. Unter den darunterfallenden Ängsten sind spezifische Phobien das häufigste Störungsbild, 50 % aller dokumentierten phobischen Störungen entfallen auf diese Gruppe (vgl. Tab. 64). Dies umfasst solche Phobien, die auf eng umschriebene Situationen wie zum Beispiel die Nähe von bestimmten Tieren, Höhen, Donner, Dunkelheit beschränkt sind. Ebenfalls häufig sind soziale Phobien, welche sich dadurch äußern, dass betroffene Kinder bestimmte soziale Situationen meiden. Umfassendere soziale Phobien sind in der Regel mit niedrigem Selbstwertgefühl und Furcht vor Kritik verbunden.

Formen phobischer Störungen

Tabelle 64: Prävalenz verschiedener phobischer Störungen (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	Jungen	Mädchen	Gesamt	Anteil*
Agoraphobie	0,1	0,3	0,2	3 %
Soziale Phobien	1,3	2,6	1,9	27 %
Spezifische (isolierte) Phobien	3,1	3,9	3,5	50 %
Sonstige phobische Störungen	0,1	0,2	0,1	2 %
Nicht näher bezeichnete phobische Störung	1,0	1,5	1,3	18 %

* Anteil an allen dokumentierten phobischen Störungen (ICD-10 F40).

Formen anderer Angststörungen

Unter andere, nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogene Angststörungen fallen verschiedene Störungsbilder. 47 % aller

unter dieser Gruppe dokumentierten Diagnosen sind auf nicht näher bezeichnete Angststörungen zurückzuführen (vgl. Tab. 65). Nahezu genauso häufig treten zudem gemischte Angst- und depressive Störungen, Panikstörungen sowie generalisierte Angststörungen auf.

Tabelle 65: Prävalenz verschiedener Formen anderer Angststörungen (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	Jungen	Mädchen	Gesamt	Anteil*
Panikstörung	1,4	2,8	2,1	14 %
Generalisierte Angststörung	1,9	2,8	2,3	16 %
Angst und depressive Störung, gemischt	1,7	3,1	2,4	17 %
Andere gemischte Angststörungen	0,2	0,4	0,3	2 %
Sonstige spezifische Angststörungen	0,4	0,6	0,5	3 %
Nicht näher bezeichnete Angststörung	5,2	8,2	6,7	47 %
* Anteil an allen dokumentierten anderen Angststörungen (ICD-10 F41).				

Emotionale Störungen des Kindesalters

Bei der Berechnung der Prävalenz dokumentierter Angststörungen nicht mit berücksichtigt sind verschiedene Formen emotionaler Störungen des Kindesalters. Da es sich dabei gemäß ICD-10 in erster Linie um Verstärkungen normaler Entwicklungstrends und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene handelt, werden Kinder mit entsprechend dokumentierten Diagnosen gesondert berichtet. Am häufigsten werden dabei sonstige emotionale Störungen dokumentiert, worunter zum Beispiel Identitätsstörungen oder Störungen mit Überängstlichkeit fallen (vgl. Tab. 66). Unter den spezifischen Störungen sind Trennungsängste am häufigsten. 5,4 von 1.000 Schulkindern sind demnach von solchen ärztlich dokumentierten Trennungsängsten geprägt, die eine abnorme Dauer über die typische Altersstufe hinaus zeigen und mit deutlichen Problemen in sozialen Funktionen einhergehen. Unter Berücksichtigung verschiedener assoziierter Störungsbilder lässt sich näherungsweise auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen abbilden, bei denen sich vorhandene Ängste als Schulangst ausdrückt. Für etwas mehr als 4 % aller Schulkinder wurden entsprechende Phobien und Angststörungen dokumentiert (vgl. hierzu ausführlich Kap. 3.3).

Tabelle 66: Prävalenz verschiedener Formen emotionaler Störungen des Kindesalters (Fälle je 1.000) bei Schulkindern (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Diagnose	Jungen	Mädchen	Gesamt	Anteil*
Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	5,3	5,5	5,4	14 %
Phobische Störung des Kindesalters	1,6	1,4	1,5	4 %
Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	4,4	4,5	4,5	12 %
Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	3,5	2,8	3,2	8 %
Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	15,9	14,9	15,4	40 %
Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet	9,6	7,7	8,7	22 %
* Anteil an allen dokumentierten emotionalen Störungen des Kindesalters (ICD-10 F93).				

Hinsichtlich der Häufigkeit von Angststörungen zeigen sich ebenfalls wie bei dokumentierten Depressionen deutliche Unterschiede zwischen epidemiologischen Daten und solchen, die auf Abrechnungsdokumentationen der GKV basieren.⁴⁹ Liegt die für das Jahr 2017 ermittelte administrative Diagnoseprävalenz auf Basis von Daten der DAK-Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren bei 1,9 %, ermittelten auf Primärerhebungen und standardisierten Screening-Verfahren basierende Studien eine höhere Prävalenz. So wurden im Rahmen der BELLA-Studie (Daten aus 2003 bis 2006) bei 10 % aller Kinder im Alter von 7 bis 17 Jahren Ängste ermittelt.⁵⁰

Höhere Prävalenz aus Primärstudien

5.4.2 Versorgung und Krankheitskosten von Angststörungen

Analog zur Analyse für Depressionen werden basierend auf dem Exzess-Kostenansatz (vgl. Kap. 2.3.2) allen Schulkindern mit Angststörungen statistisch vergleichbare Kinder ohne entsprechende Diagnose zugeordnet und deren Versorgungsausgaben im Jahr 2017 miteinander verglichen. Im Rahmen dieses Matchingverfahrens wurden jedem Kind mit Angststörungen drei gleichaltrige Kinder ohne entsprechende Diagnose zugeordnet, deren Ausgaben dann gemittelt verglichen wurden. Statistische Vergleichbarkeit wurde dabei hinsichtlich der Faktoren Alter, Geschlecht, Bundesland, Region

⁴⁹ RKI (2017).

⁵⁰ Ravens-Sieberer et al. (2007).

(städtisch oder ländlich geprägt) sowie die Vorjahresarzneimittelkosten hergestellt. Insgesamt 10.149 beobachteten Kindern im Alter von 5 bis 17 Jahren mit dokumentierten Ängsten wurden dadurch 30.447 statistische Zwillinge zugeordnet.

Kosten von Angststörungen

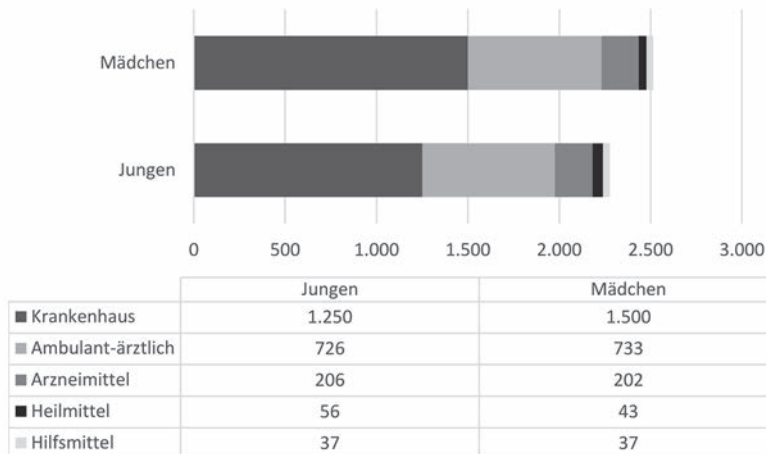
Die Versorgung von Schulkindern mit Angststörungen ist im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Angststörungen mit durchschnittlich höheren Ausgaben von 2.287 Euro bei Jungen und 2.519 Euro bei Mädchen assoziiert (vgl. Tab. 67). In Abhängigkeit des Alters zeigen sich dabei bei Mädchen deutlich steiler ansteigende Ausgabenverläufe als bei Jungen. Haben Jungen im Alter von fünf bis neuen Jahren, bei denen eine Angststörung dokumentiert wurde, in Folge ihrer Erkrankung noch fast doppelt so hohe zusätzliche Ausgaben wie Mädchen, dreht sich dieser Zusammenhang mit zunehmendem Alter. Im späten Jugendalter lagen die zusätzlichen Versorgungskosten von Angststörungen wiederum bei Mädchen 5% höher als bei Jungen.

Tabelle 67: Exzess-Kosten von Angststörungen bei Kindern im Schulalter (5–17 Jahre) im Jahr 2017

	Jungen	Mädchen
5–9 Jahre	1.660 €	873 €
10–14 Jahre	2.120 €	2.397 €
15–17 Jahre	2.977 €	3.139 €
Durchschnittskosten, roh	2.200 €	2.008 €
Durchschnittskosten, gewichtet	2.287 €	2.519 €

Die höchsten zusätzlichen Ausgaben für Angststörungen im Kindes- und Jugendalter fallen dabei durch zusätzliche Krankenhausaufenthalte an (vgl. Abb. 63).

Abbildung 63: Gewichtete Exzess-Kosten für Jungen und Mädchen (5–17 Jahre) mit Angststörungen nach Versorgungssektor



Quelle: Eigene Darstellung.

Für die Analyse der Exzess-Kosten, die mit der Diagnose und Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter verbunden sind, gelten aufgrund einer vergleichbar geringen Fallzahl dieselben methodischen Einschränkungen wie bei der vergleichbaren Analyse für Depressionen (vgl. Kap. 5.3.2).

Die beobachteten zusätzlichen Kosten bei Kindern mit Angststörungen sind mit einer stärkeren Inanspruchnahme des Versorgungssystems verbunden. Hinsichtlich ambulanter Arztbesuche wurden abhängig von Alter und Geschlecht zwischen 2,5 und 5,1 zusätzliche Arztbesuche bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen beobachtet (vgl. Tab. 68). Dabei ist bei Mädchen eine deutlich höhere zusätzliche Inanspruchnahme ambulanter Versorgungsleistungen in Folge einer dokumentierten Angststörung zu beobachten. Diese zeigt sich auch hinsichtlich der Anzahl von Arzneimittelverschreibungen (basierend auf Rezepten). Für Mädchen mit Angststörungen im Alter von 15 bis 17 Jahren wurden beispielsweise im Durchschnitt 2,2 mehr Arzneimittelverschreibungen dokumentiert als bei Gleichaltrigen ohne Angststörungen.

Limitationen

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Tabelle 68: Durchschnittliche Anzahl zusätzlicher Arztbesuche und Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) mit Angststörungen im Jahr 2017

Alter	Arztbesuche		Arzneimittelverschreibungen	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
5–9	2,7	2,5	1,5	1,7
10–14	3,6	3,6	1,7	1,7
15–17	3,8	5,1	1,3	2,2

Medikamentöse Therapie von Angststörungen

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter werden vorrangig im Rahmen einer Verhaltenstherapie, ggf. in Verbindung mit Medikamenten, behandelt. Werden Arzneimittel zum Beispiel aufgrund langanhaltender Angststörungen verschrieben, sind selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, ATC-Code N06AB) das Mittel der Wahl. Insbesondere aufgrund ihres suchterzeugenden Potenzials werden Benzodiazepine (ATC N05BA) eher nachrangig eingesetzt. Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die unter ärztlich behandelten Angststörungen leiden und dabei auch medikamentös versorgt werden, sehr gering (vgl. Tab. 69). Erst im späten Jugendalter ist ein Anstieg der Verschreibungsprävalenz von SSRI zu beobachten; 10,6 % aller Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren, bei denen eine Angststörung diagnostiziert wurde, bekamen wenigstens einmal entsprechende Medikamente verschrieben. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mit Benzodiazepinen behandelt wurden, ist hinsichtlich der Größenordnung vernachlässigbar (<1 % aller Fälle). Seltener als eine ambulante oder medikamentöse Therapie ist eine stationäre Behandlung von Angststörungen im Kindes- und Jugendalter erforderlich (vgl. Tab. 69).

Tabelle 69: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einer dokumentierten Angststörung (ICD-10 F40, F41), die im Jahr 2017 selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI, ATC N06AB) oder einen Krankenhausaufenthalt wegen einer Angststörung hatten

Alter	SSRI		Hospitalisierung	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
5–9	0 %	0 %	0,1 %	0,1 %
10–14	2,0 %	2,4 %	1,4 %	1,7 %
15–17	7,1 %	10,6 %	2,0 %	2,5 %

5.5 Literatur

- Alonso, J. et al. (2004): Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, (420): 21–7.
- Fegert, J.M. (2018): Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Tagung der APK vom 04.11.2018.
- Plener, P.L., Straub, J., Fegert, J.M. & Keller, F. (2015): Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern in deutschen Krankenhäusern. *Nervenheilkunde*, 34 (1): 18–23.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 50: 871–878.
- RKI (2017): Robert Koch-Institut zum Weltgesundheitstag 2017: Daten und Fakten zu Depressionen. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/D/Depression/Daten_Fakten/daten_fakten_depressionen_inhalt.html
- Seiffge-Krenke, I. (2015): «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 63: 165–173.
- WHO – World Health Organization (2017): Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization.

6. Schwerpunkt: Ursachen für Depressionen und Angststörungen

Kernergebnisse

1. Depressionen und Angststörungen treten im Kindes- und Jugendalter häufig parallel auf. Vier von 1.000 Jungen und 14 von 1.000 Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren wurden im Jahr 2017 parallel wegen Depressionen und Angststörungen behandelt.
2. Kinder mit chronischen Erkrankungen haben ein höheres Risiko an einer Depression oder Angststörung zu leiden als gleichaltrige gesunde Kinder. In Abhängigkeit des Alters und Geschlechtes ist das Risiko für eine Depression bei chronisch kranken Kindern um das bis zu Vierfache, das Risiko für eine Angststörung um das bis zu Dreifache erhöht.
3. Eine Adipositas ist mit einem hohen Depressionsrisiko assoziiert. Unabhängig vom Alter haben Jungen und Mädchen mit krankhaftem Übergewicht ein zweieinhalb bis dreimal so hohes Risiko für eine depressive Störung wie nicht-adipöse Gleichaltrige.
4. Kinder von chronisch kranken Eltern haben im Alter von fünf bis 17 Jahren ein 50 % höheres Risiko, aufgrund einer Depression oder Angststörung selbst ärztlich behandelt werden zu müssen.
5. Leidet ein Elternteil unter einer klinisch dokumentierten Depression, ist im Vergleich zu Kindern gesunder Eltern das Risiko für eine parallele kindliche Depressionserkrankung um mehr als das Dreifache erhöht. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei Angststörungen, allerdings auf schwächerem Niveau. Während das Risiko, als Kind bei elterlicher Prädisposition auch eine Depression zu entwickeln, eher abnimmt, steigt es bei elterlichen Angststörungen mit zunehmendem Alter an.
6. Kinder aus Elternhäusern mit mittlerem Bildungsniveau haben ein statistisch signifikant höheres Risiko, an Depressionen oder Angststörungen zu leiden. Für Kinder aus Akademikerhaushalten wurde das geringste Risiko für eine Depression oder Angststörung beobachtet.

6.1 Risikofaktoren für Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter

In der Literatur werden zahlreiche Risikofaktoren für die Entwicklung bzw. das Auftreten psychischer Störungen im Kindesalter beschrieben und diskutiert.⁵¹ Zu diesen zählen einige Faktoren, welche sich auch in GKV-Abrechnungsdaten abbilden lassen:

Tabelle 70: Risikofaktoren für psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Risikofaktor	Abbildbar in GKV-Abrechnungsdaten
Niedriger sozio-ökonomischer Status der Familie	Approximativ (siehe Kap. 2.3)
Niedriger Bildungsabschluss der Eltern	
Schwerwiegende somatische/chronische Erkrankungen im Kindesalter	Ja
Schwerwiegende somatische/chronische Erkrankungen eines Elternteils	Ja
Psychische Erkrankung eines Elternteils	Ja
Alleinerziehendes Elternteil	Nein
Fremduntergebrachte Kinder	Nein
Kinder in Schulen für Erziehungshilfen	Nein

Obwohl sich einige potenzielle Einflussfaktoren über GKV-Abrechnungsdaten nicht abbilden lassen, bietet diese Datengrundlage wertvolle Analyse-möglichkeiten für ausgewählte Fragestellungen, um beispielsweise geeignete Ansatzpunkte für Interventions- oder Präventionsprogramme zu identifizieren. Im Folgenden werden deshalb Zusammenhänge zwischen den genannten Einflussfaktoren sowie der Prävalenz von Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter quantifiziert.

6.1.1 Parallelität von Depressionen und Angststörungen

15 von 1.000 aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von fünf bis 17 Jahren litten im Jahr 2017 an einer dokumentierten Depression, 19 von 1.000 Kindern und Jugendlichen wiederum an Angststörungen. Sowohl Depressionen als auch Angststörungen werden bei Mädchen häufiger als bei Jungen diagnostiziert. Dabei können sich beide Störungsbilder auch bedingen bzw. begünstigen und parallel auftreten (vgl. Tab. 71). Am häufigsten werden Depressionen und Angststörungen bei Mädchen im späten Jugendalter diagnostiziert; knapp 1,4 % aller Mädchen im Alter von 15

Paralleles Auftreten von Depressionen und Ängsten

⁵¹ Vgl. zusammenfassend Fegert (2018).

bis 17 Jahren waren im Jahr 2017 parallel von beiden Erkrankungsbildern betroffen.

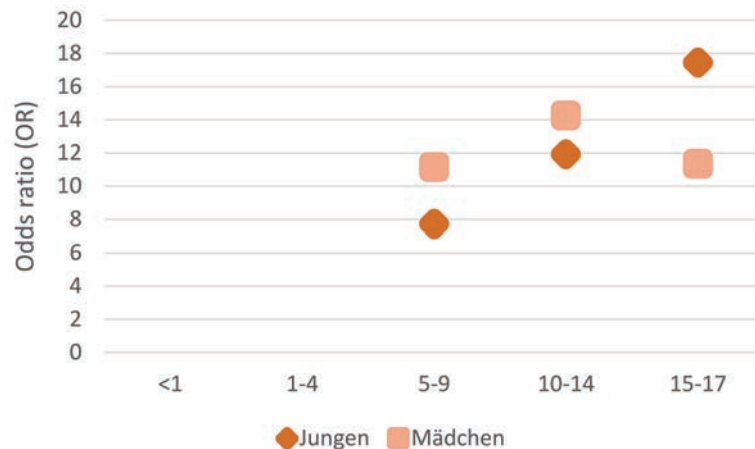
Tabelle 71: Prävalenz (Fälle je 1.000) parallel auftretender Depressionen (ICD-10 F32/F33) und Angststörungen (ICD-10 F40/F41) in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter im Jahr 2017

Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
5–9	0,2	0,2	0,2
10–14	1,2	2,5	1,8
15–17	4,1	13,9	8,8

Damit leiden 16,9 % aller Jungen mit einer diagnostizierten Depression parallel auch unter einer Angststörung. Bei Mädchen liegt der Anteil mit 23,6 % noch einmal 40 % höher.

Unabhängig von der zuvor beobachteten Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen zeigt sich, dass bei Jungen das Risiko für ein paralleles Auftreten von Depressionen und Angststörungen mit steigendem Alter linear zunimmt (vgl. Abb. 64). So ist bei Jungen im Alter von 15 bis 17 Jahren, die unter Depressionen leiden, das Risiko, parallel auch eine Angststörung zu entwickeln, gegenüber Gleichaltrigen ohne Depression um das 17-fache erhöht.

Abbildung 64: Risiko parallel auftretender Depressionen und Angststörungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

6.1.2 Einfluss chronischer Erkrankungen oder Schmerzen des Kindes auf die Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen

Neben einer Depression bzw. Angststörung können diese Störungsbilder auch dann gehäuft auftreten, wenn ein Kind unter körperlichen Problemen wie zum Beispiel einer chronischen Erkrankung leidet. Unter Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen werden nachfolgend solche zusammengefasst, für welche eine „Chroniker-Pauschale“ im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung abgerechnet wurde (vgl. Kap. 3.3.1). Insgesamt leiden 0,2 % aller Kinder und Jugendlichen parallel unter einer chronischen Erkrankung sowie einer Depression oder Angststörung.

Zusammenhang mit chronischer Krankheit

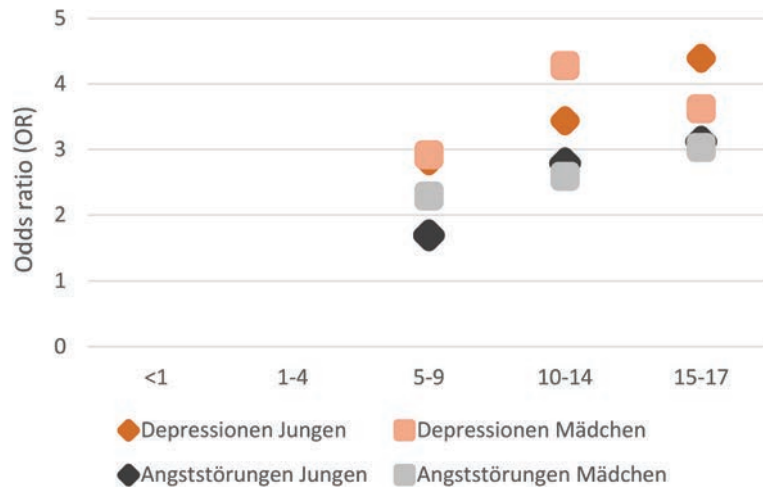
Unter Kindern mit chronischer Erkrankung beträgt der Anteil mit einer parallel diagnostizierten und behandelten Depression unabhängig von Alter und Geschlecht 5,6 % (vgl. Tab. 72). Mädchen, insbesondere im späten Jugendalter, sind dabei deutlich häufiger parallel von chronischen Erkrankungen und Depressionen betroffen. Auch hinsichtlich der Häufigkeit eines parallelen Auftretens chronischer Erkrankungen und Angststörungen sind entsprechende Zusammenhänge zu beobachten.

Tabelle 72: Anteil Kinder und Jugendlicher mit chronischer Erkrankung und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Anteil chronisch Kranker mit parallelen ...	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Depressionen	5–9	0,5 %	0,4 %	0,5 %
	10–14	2,5 %	4,6 %	3,4 %
	15–17	7,2 %	14,9 %	11,3 %
Angststörungen	5–9	1,9 %	2,6 %	2,2 %
	10–14	3,7 %	4,6 %	4,1 %
	15–17	4,6 %	10,1 %	7,6 %

Unabhängig von der zuvor beobachteten Häufigkeit von Depressionen oder Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung zeigt sich, dass diese Assoziation bei Jungen und Mädchen mit Depressionen stärker ausgeprägt ist als bei Angststörungen (vgl. Abb. 65). So liegt zum Beispiel das Risiko, dass Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren mit einer chronischen Erkrankung eine Depression entwickeln mehr als viermal so hoch als wenn sie nicht unter einer chronischen Erkrankung leiden würden. Hinsichtlich Angststörungen liegt dieses Risiko bei Mädchen im späten Jugendalter wiederum dreimal so hoch.

Abbildung 65: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit chronischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Zusammenhang mit Adipositas, Diabetes und Asthma

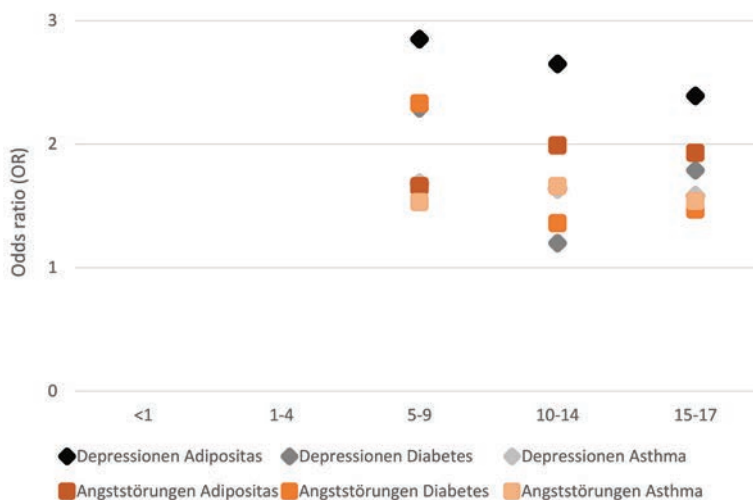
Auch auf Ebene einzelner somatischer Erkrankungsbilder zeigen sich belastbare Zusammenhänge im parallelen Auftreten einer Depression bzw. Angststörung. Vergleichsweise hoch ist der Anteil 15- bis 17-jähriger Jungen und Mädchen mit Adipositas, die parallel unter einer Depression leiden (8,0 % aller Adipositasfälle). Für 5,3 % aller Jugendlichen mit Adipositas wurde wiederum parallel eine Angststörung diagnostiziert. Dabei zeigen sich insbesondere im späten Jugendalter unabhängig von der assoziierten Erkrankung höhere Fallzahlen parallel auftretender Depressionen oder Angststörungen (vgl. Tab. 73).

Tabelle 73: Anteil Kinder und Jugendlicher mit bestimmten somatischen Erkrankungen und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Anteil Kinder mit Diagnose und parallelen ...	Alter	Adipositas	Diabetes	Asthma
Depressionen	5–9	0,5 %	0,4 %	0,3 %
	10–14	2,5 %	1,2 %	1,6 %
	15–17	8,0 %	6,5 %	5,5 %
Angststörungen	5–9	1,9 %	2,7 %	1,7 %
	10–14	3,2 %	2,3 %	2,6 %
	15–17	5,3 %	4,2 %	4,2 %

Unabhängig von der zuvor beobachteten Häufigkeit von Depressionen oder Angststörungen zeigt sich in jeder Altersgruppe für die betrachteten somatischen Erkrankungen ein gegenüber Gleichaltrigen ohne entsprechende Diagnose erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Depression oder Angststörung. Von den ausgewählten Erkrankungen zeigt wiederum eine Adipositas das größte Risiko für die Entwicklung einer Depression (vgl. Abb. 66). Dabei nimmt das Risiko mit steigendem Alter ab. Haben Jungen und Mädchen im Alter von fünf bis neun Jahren mit Adipositas ein knapp dreimal höheres Risiko, an einer Depression zu erkranken als Gleichaltrige ohne Adipositas, sinkt dieses Risiko mit steigendem Alter auf das bis zu 2,4-fache leicht ab. Hinsichtlich der Entwicklung von Angststörungen zeigt sich das höchste Risiko indes bei Jungen und Mädchen im Alter von fünf bis neun Jahren, die unter Diabetes (Typ 1 oder 2) leiden. Das Risiko eine diagnostizierte Angststörung zu entwickeln, liegt in dieser Altersgruppe 2,3-mal höher.

Abbildung 66: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit bestimmten somatischen Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Neben chronischen bzw. bestimmten somatischen Erkrankungen kann auch die Erfahrung von Schmerzen ein Risikofaktor dafür darstellen, als Kind eine Depression oder Angststörung zu entwickeln. Als Kinder mit Schmerzerfahrung werden nachfolgend all jene Jungen und Mädchen zusammengefasst, welche im Jahr 2017 wenigstens einmal aufgrund von Bauch- und Beckenschmerzen, Rücken- oder Kopfschmerzen bzw. sonstigen akuten oder chronischen Schmerzen behandelt wurden (vgl. Kap. 3.13.5). Dabei zeigt sich eine mit dem Alter steigende Prävalenz von Depressionen oder

**Zusammenhang
mit Schmerzen**

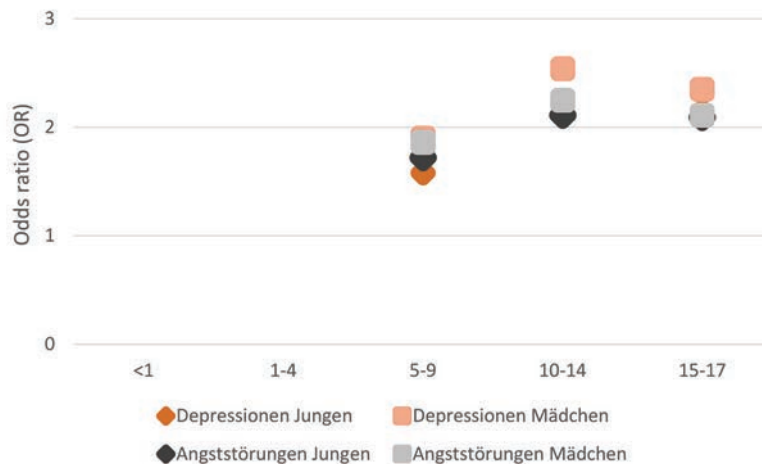
Angststörungen bei den Kindern und Jugendlichen, für die auch eine Schmerzdiagnose dokumentiert wurde (vgl. Tab. 74).

Tabelle 74: Anteil Kinder und Jugendlicher mit Schmerzen und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Anteil Kinder mit Schmerz-Diagnose und parallelen ...	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Depressionen	5–9	0,3%	0,3%	0,3%
	10–14	1,5%	2,4%	2,0%
	15–17	3,9%	9,0%	6,9%
Angststörungen	5–9	0,3%	0,3%	0,3%
	10–14	1,5%	2,4%	2,0%
	15–17	3,9%	9,0%	6,9%

Unabhängig von der zuvor beobachteten Häufigkeit von Depressionen oder Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen mit Schmerzen zeigt sich, dass diese Assoziation bei Jungen und Mädchen mit Depressionen bzw. Angststörungen weitestgehend gleich stark ausgeprägt ist (vgl. Abb. 67). Am höchsten ist dabei die Chance bei Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren, parallel zu dokumentierten Schmerzen eine Depression zu entwickeln. So ist die Rate depressiver Mädchen unter denen mit dokumentierten Schmerzen um das 2,5-fache gegenüber jenen ohne Schmerzen erhöht.

Abbildung 67: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierten Schmerzen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Sowohl hinsichtlich der Assoziation der Prävalenz von Angststörungen bzw. Depressionen mit chronischen Erkrankungen als auch mit dokumentierten Schmerzen ist zu beobachten, dass die Stärke des beobachteten Zusammenhangs bei Mädchen im späten Kindes- bzw. frühen Jugendalter am größten ist. Über den Zusammenhang kann auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nur spekuliert werden. Es wäre denkbar, dass Mädchen in diesem Alter pubertärer Entwicklung besonders vulnerabel für die Entwicklung psychischer Erkrankungen in Folge negativer Krankheitserlebnisse wie einer chronischen Erkrankung sind.

Einfluss des Alters?

6.1.3 Einfluss chronisch-somatischer Erkrankungen eines Elternteils auf die Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen

Neben der beobachteten Assoziation relevanter Begleiterkrankungen im Kindes- und Jugendalter können insbesondere schwerwiegende somatische oder psychische Erkrankungen der Eltern belastend auf ein Kind wirken. Von Interesse ist deshalb, inwiefern das Risiko eine Depression oder Angststörung und Kindes- und Jugendalter zu entwickeln steigt, wenn ein Elternteil unter einer chronischen Erkrankung leidet. Erfasst wird ein chronisch krankes Elternteil dadurch, dass eine „Chroniker-Pauschale“ im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet wurde (vgl. Kap. 3.3.1).

Einfluss der elterlichen Gesundheit

Von allen DAK-versicherten Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren, deren Eltern unter einer chronischen Erkrankung leiden, haben

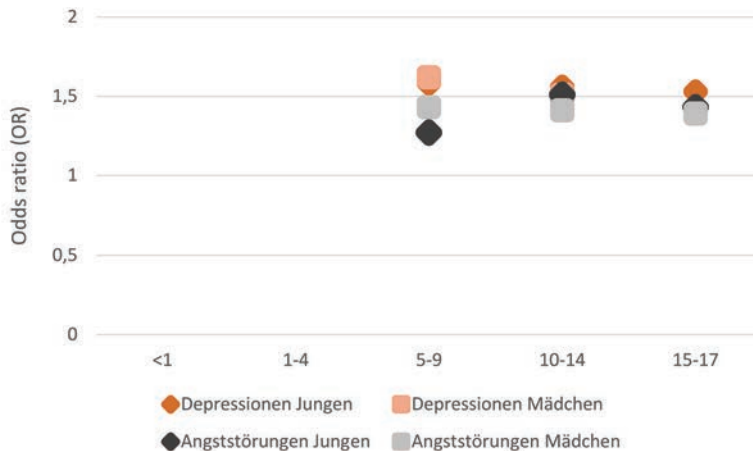
Chronisch kranke Eltern 4,6 % eine ärztlich dokumentierte Depression (vgl. Tab. 75). Ein etwas geringerer Anteil dieser Kinder leidet in diesem Alter unter einer Angststörung (3,6 %). Unabhängig davon zeigt sich, dass Mädchen häufiger parallel eine psychische Reaktion in Folge einer elterlichen chronischen Erkrankung aufweisen.

Tabelle 75: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einem chronisch kranken Elternteil und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Anteil Kinder chronisch kran- ker Eltern mit ...	Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
Depressionen	5–9	0,3 %	0,2 %	0,2 %
	10–14	1,1 %	1,6 %	1,3 %
	15–17	2,6 %	6,6 %	4,6 %
Angststörungen	5–9	1,4 %	1,5 %	1,4 %
	10–14	1,9 %	2,4 %	2,2 %
	15–17	2,2 %	5,0 %	3,6 %

50 % höheres Risiko für Depressionen Hinsichtlich des Risikos, als Kind in Folge einer elterlichen chronischen Erkrankung eine Depression oder Angststörung zu entwickeln, zeigen sich weder in Abhängigkeit des Geschlechtes noch des Alters nennenswerte Unterschiede (vgl. Abb. 68). Die Chance für die Entwicklung einer entsprechenden psychischen Störung im Kindesalter ist jeweils um ca. 50 % erhöht, wenn ein Elternteil unter einer dokumentierten chronischen Erkrankung leidet.

Abbildung 68: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit einem chronisch kranken Elternteil in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

6.1.4 Einfluss psychischer Erkrankungen eines Elternteils auf die Häufigkeit von Depressionen und Angststörungen

Verschiedene Studien im Kindes- und Jugendalter konnten mittlerweile belegen, dass für Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil ein erhöhtes Risiko besteht, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken.⁵² Verantwortlich hierfür ist das Zusammenwirken von genetischen Faktoren, schwierigen Lebens- und Entwicklungsbedingungen der Kinder und Defiziten im Erziehungsverhalten ihrer Eltern, dass die Kinder vulnerabler werden lassen.

Eine elterliche psychische Erkrankung stellt eine erhebliche Belastung für den betroffenen Elternteil und die Familie insgesamt dar. Schätzungen zufolge haben rund 4,75 Millionen Minderjährige in Deutschland mindestens ein psychisch erkranktes Elternteil.⁵³ Viele von ihnen müssen mehr Verantwortung übernehmen, als es in ihrem Alter angemessen ist. Sie machen sich Sorgen um ihre Eltern und suchen die „Schuld“ für das Verhalten der Eltern bei sich selbst, weil sie nicht wissen oder verstehen, worunter die Eltern leiden.

12,6% aller DAK-versicherten Kinder haben ein (ebenfalls bei der DAK versichertes) Elternteil, welches unter einer dokumentierten Depression leidet. Knapp halb so viele Kinder haben zudem Erfahrungen mit elterlichen Angststörungen (6,9%), welche klinisch diagnostiziert oder behandelt werden. Dabei zeigt sich, dass eine elterliche Depression insbesondere bei Mädchen im späten Jugendalter

Depressionen eines Elternteils

⁵² Exemplarisch: Wiegand-Grefe et al. (o. A.).

⁵³ Ärzteblatt (2018).

zu einer höheren Prävalenz von Depressionen führen. 9,9% aller Mädchen in diesem Alter mit einem depressiven Elternteil leiden ebenfalls unter einer dokumentierten depressiven Störung (vgl. Tab. 76). Elterliche Angststörungen zeigen einen vergleichbaren Zusammenhang, allerdings auf etwas schwächerem Niveau. Dabei sind Jungen in allen Altersgruppen nur etwa halb so häufig selbst von einer elterlichen Depression oder Angststörung betroffen wie gleichaltrige Mädchen.

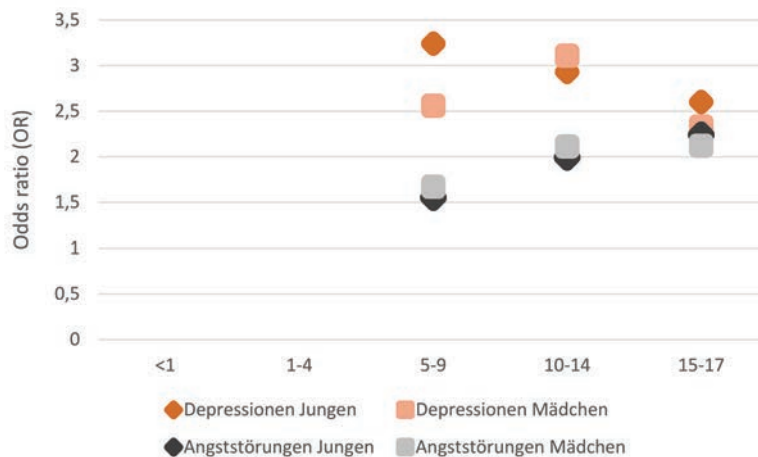
Tabelle 76: Anteil Kinder und Jugendlicher mit einem psychisch kranken Elternteil und paralleler psychischer Erkrankung in Abhängigkeit des Alters (5–17 Jahre) im Jahr 2017

Ein Elternteil mit ...		Anteil Kinder mit ...					
Diagnose	Alter	Depressionen			Angststörungen		
		J	M	G	J	M	G
Depressionen	5–9	0,5 %	0,3 %	0,4 %	-	-	-
	10–14	1,8 %	2,8 %	2,3 %	-	-	-
	15–17	4,1 %	9,9 %	6,9 %	-	-	-
Angststörung	5–9	-	-	-	1,7 %	1,9 %	1,8 %
	10–14	-	-	-	2,7 %	3,7 %	3,2 %
	15–17	-	-	-	3,6 %	7,7 %	5,6 %
Suchterkrankung	5–9	0,4 %	0,2 %	0,3 %	1,5 %	1,2 %	1,4 %
	10–14	1,4 %	2,0 %	1,7 %	1,7 %	2,3 %	2,0 %
	15–17	3,1 %	8,2 %	5,6 %	2,3 %	5,3 %	3,8 %

J – Jungen, M – Mädchen, G – Gesamt

Ferner konnte beobachtet werden, dass eine elterliche Depression mit einem höheren Risiko für eine parallele depressive Störung des Kindes assoziiert ist, als es sich für Angststörungen zeigen lässt (vgl. Abb. 69). Demnach ist z. B. das Risiko, als Junge im Alter von fünf bis neun Jahren an einer Depression zu leiden, um mehr als das Dreifache erhöht, wenn ein Elternteil auch an einer Depression leidet, als wenn beide Elternteile gesund sind. Für Mädchen zeigt sich eine vergleichbar starke Assoziation erst im Alter von 10 bis 14 Jahren. Insgesamt geringer ist das Risiko für eine Depression bei Jungen und Mädchen im späten Jugendalter. Inwiefern dies mit emotionalen Reifeprozessen und einer mit dem Alter zunehmenden emotionalen Distanzierung vom Elternhaus zusammenhängt, kann an dieser Stelle nur spekuliert werden.

Abbildung 69: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit jeweils einem Elternteil mit Depressionen oder Angststörungen in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

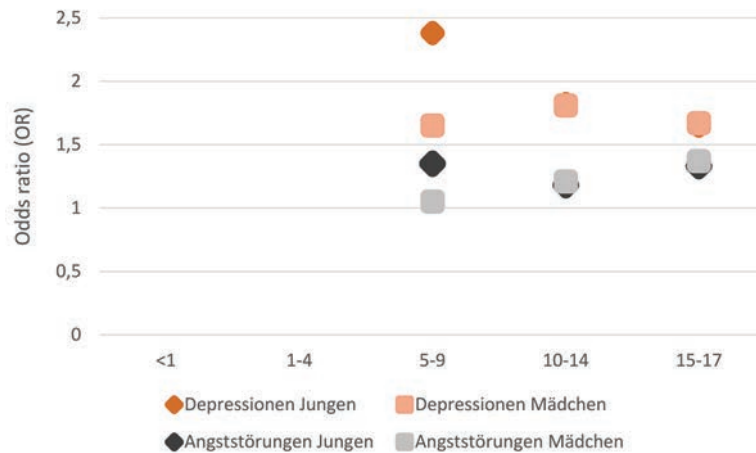
Unabhängig davon wurden entsprechende Zusammenhänge in der Literatur bereits bestätigt. Für Kinder von depressiv Erkrankten wird im Vergleich mit Kindern psychisch gesunder Eltern auf Basis qualitativer Studiendesigns ein dreifach erhöhtes Risiko für die Ausbildung einer Depression angenommen.⁵⁴

Neben psychischen Erkrankungen konnten auf Basis der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit auch eine elterliche Suchterkrankung mit einem vergleichsweise hohen Risiko assoziiert werden, im Kindesalter eine Depression oder Angststörungen zu entwickeln (vgl. Abb. 70). Insgesamt 7,3 % aller DAK-versicherten Kinder haben ein (ebenfalls DAK-versichertes) Elternteil, welches an einer dokumentierten Suchterkrankung (ICD-10 F1) leidet. Dabei werden geschlechts- und altersübergreifend höhere Risiken für die Entwicklung einer Depression als für die Entwicklung einer Angststörung in Folge einer klinisch dokumentierten Suchterkrankung im Elternhaus beobachtet. So ist zum Beispiel das Depressionsrisiko bei Jungen im Alter von fünf bis neun Jahren um das 2,5-fache gegenüber gleichaltrigen Jungen ohne suchtkrankes Elternteil erhöht. Mit steigendem Alter nimmt dieses Risiko bei Jungen deutlich ab.

**Zusammenhang
mit elterlicher
Suchterkrankung**

⁵⁴ Downey, Coyne (1990); Weissmann et al. (2005).

Abbildung 70: Risiko für eine Depression oder Angststörung bei Kindern und Jugendlichen mit einem Elternteil mit einer Suchterkrankung in Abhängigkeit des Alters und Geschlechts im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Limitationen In der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse ist einschränkend zu berücksichtigen, dass es sich bei den als „psychisch krank“ klassifizierten Eltern (sowie Kindern) lediglich um administrative Fälle, also solche handelt, welche das Versorgungssystem in Anspruch genommen haben. Insbesondere bei psychischen Problemen wie zum Beispiel Suchterkrankungen ist jedoch von einer deutlichen Unterschätzung der Prävalenz auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten auszugehen, sodass auch die errechnete Stärke der Assoziationen zu einer Depression oder Angststörung im Kindes- bzw. Jugendalter tendenziell unterschätzt sein dürfte. Darüber hinaus sind Aussagen über die Dauer der psychischen Beeinträchtigung, sowohl auf Seite der Eltern als auch der Kinder, auf Basis der bislang vorliegenden Datenbasis noch nicht möglich.

6.1.5 Einfluss des sozioökonomischen Familienstatus

Es besteht ein epidemiologisch seit vielen Jahrzehnten immer wieder durch viele Studien national wie international belegter sozialer Gradient hinsichtlich psychischer Erkrankungen. Psychische Erkrankungen treten bei niedrigem sozioökonomischem Status häufiger auf, sie führen selbst wiederum vermehrt zu einem niedrigen sozioökonomischen Status, da sie u. a. Ursache von Frühberentung, Arbeitslosigkeit bzw. Arbeitsintegrationsmaßnahmen etc. sind. Aus Public Health-Perspektive ist vor diesem Hintergrund von Interesse, inwiefern der elterliche Bildungsgrad mit der psychischen Gesundheit ihrer Kinder assoziiert ist.

Basierend auf den Versichertendaten der DAK-Gesundheit zeigt sich für Kinder von Eltern mit mittlerem Bildungsabschluss gegen über denen von Eltern mit niedrigem oder hohem Bildungsabschluss ein statistisch signifikant ($p < 0.0001$) größeres Risiko, an einer Depression zu leiden (Odds ratio=1,09). Kinder aus Akademikerhaushalten haben wiederum das geringste Risiko eine Depression zu entwickeln; dieser Zusammenhang zeigt sich auch für Angststörungen (Odds ratio=1,09, $p < 0.0001$). Während zum Beispiel 10,3 von 1.000 Kindern und Jugendlichen aus Elternhäusern mit hohem Bildungsabschluss im Jahr 2017 unter einer Depression litten, lag dieser Anteil bei Kindern aus Elternhäusern mit mittlerem Bildungsniveau 31 % höher.

Zusammenhang mit sozialer Lage des Elternhauses

Tabelle 77: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen (5–17 Jahre) in Abhängigkeit des Bildungsgrades der Eltern im Jahr 2017

Bildungsabschluss	Depressionen	Angststörungen
Niedrig	12,9	17,3
Mittel	13,5	18,4
Hoch	10,3	15,4

6.1.6 Psychische Auffälligkeiten im Kontext einer Kindeswohlgefährdung

Die Auswirkungen akuter, intermittierender oder chronischer Belastungen durch eine elterliche psychische Erkrankung auf die Entwicklung eines Kindes und die Abgrenzung von Vernachlässigungs- oder Misshandlungssituationen sind unterschiedlich stark ausgeprägt, fließend und nicht jederzeit eindeutig bestimmbar. Auch wenn es in der Mehrzahl der Familien mit psychisch- oder suchterkrankten Eltern zu keiner Kindeswohlgefährdung kommt, stellen solche elterlichen Erkrankungen jedoch einen großen Risikofaktor für Misshandlung und Vernachlässigung von Kindern dar. Sämtliche Risikofaktoren für Gewalt, Misshandlungen und Vernachlässigung, u. a. auch sozioökonomische Faktoren, wie Armut und Arbeitslosigkeit, ungewollte oder frühe Schwangerschaft, elterlicher Stress und elterliche Überforderung, soziale Isolation, elterliche Konflikte in der Familie, Misshandlungserfahrungen in der Vorgeschichte, sind in Familien mit psychisch kranken Eltern überrepräsentiert.

Missbrauch von Kindern

Nach Zahlen der polizeilichen Kriminalstatistik wurden im Jahr 2017 in Deutschland 3.542 Fälle von Kindesmisshandlung strafrechtlich zur Anzeige gebracht. In Deutschland wachsen etwa 5 % aller Kinder in Familien auf, die nach den Kriterien der Mannheimer Risikokinder-Studie als „Hochrisikofamilien“ für Vernachlässigung zu bezeichnen sind. Ärzten kommt wiederum eine Schlüsselrolle darin zu,

Anzeichen für Misshandlungen oder Vernachlässigungen bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig zu erkennen und zu diagnostizieren. Gleichwohl besteht dafür nur die Möglichkeit, wenn diese Kinder auch mit dem Versorgungssystem in Kontakt kommen.

Es werden grundsätzlich vier Formen von Kindesmisshandlung unterschieden:

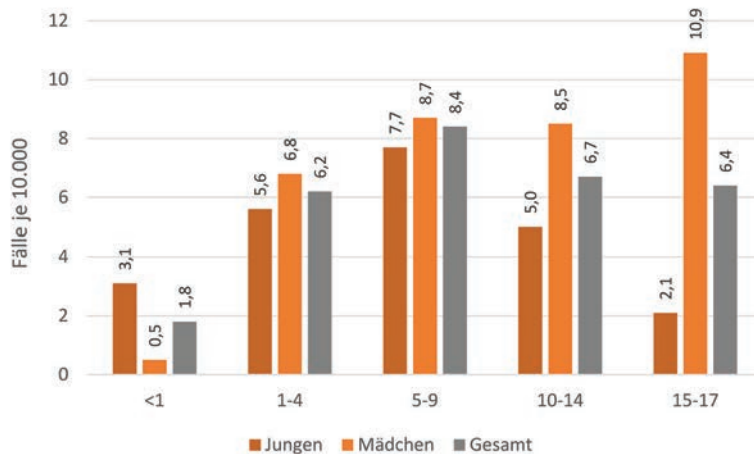
- Körperliche Misshandlung
- Sexueller Missbrauch
- Misshandlung durch Vernachlässigung
- Psychische Misshandlung

Alle vier Formen finden sich aufgelistet im ICD-10 im Diagnoseschlüssel T74. Aufgrund der Tragweite der Dokumentation einer Kindesmisshandlung ist in der ärztlichen Dokumentationspraxis von einem sehr sensiblen Umgang mit dieser Diagnose auszugehen. Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie Leitfäden der Bundesländer bieten Unterstützung bei der Diagnosestellung und Dokumentation, zeigen mögliche praktische Vorgehensweisen auf und geben Hinweise zur Risikoabschätzung.

**Häufigkeit
dokumentierten
Missbrauches**

Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit lässt sich ermitteln, dass in den Jahren 2016 und 2017 jeweils für knapp 7 von 10.000 Kindern eine Missbrauchsdiaagnose ärztlich dokumentiert wurde. Dies entspricht nach Hochrechnung bundesweit ca. 9.000 Kindern, für die pro Jahr eine entsprechende Diagnose erfolgte. Dabei zeigt sich sowohl eine deutliche Alters- als auch Geschlechtsabhängigkeit (vgl. Abb. 71). Mädchen (8,2 Fälle je 10.000) sind ab dem Kleinkindalter in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Jungen (5,2 Fälle je 10.000) und zeigen zudem über alle Altersgruppen hinweg eine steigende administrative Prävalenz, wohingegen für Jungen Missbrauchsfälle überwiegend im frühen und mittleren Kindesalter dokumentiert wurden.

Abbildung 71: Prävalenz dokumentierter Fälle von Kindesmissbrauch (ICD-10 T74) nach Alter und Geschlecht im Jahr 2017



Quelle: Eigene Darstellung.

Basierend auf Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit zeigt sich zudem, dass 81 % aller Kinder, für die eine Missbrauchsdiagnose (ICD-10 T74) ärztlich in den Abrechnungsdaten dokumentiert wurde, auch unter einer dokumentierten psychischen Erkrankung leiden. Die Prävalenz psychischer Erkrankungen ist damit in dieser besonders vulnerablen Gruppe um das bis zu Vierfache erhöht.

Häufig parallele psychische Erkrankungen

6.1.7 Literatur

Ärzteblatt (2018): Forschung soll Situation von Kindern psychisch kranker Eltern verbessern. Ärzteblatt online vom 08.01.2018.

Bundesärztekammer (o.A.): Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern: Früherkennung und Prävention als ärztliche Aufgabe. URL: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmisshandlung/>.

Downey, G., Coyne, J.C. (1990): Children of Depressed Parents: An Integrative Review. Psychological Bulletin, 108: 50–76.

Fegert, J.M. (2018): Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland – Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse. Präsentation vom 04.11.2018. URL: https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/Fegert_11_04_2018.pdf

Polizeiliche Kriminalstatistik (2018): PKS 2017 vom 23.01.2018. URL: <https://www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/PKS2017/Standardtabellen/standardtabellenFaelle.html?nn=96600>.

- Schwartländer, B. (2004): Kinder psychisch kranker Eltern. Praxis der Rechtspsychologie, 14: 331–346.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Verdelli, H., Pilowsky, D. J., Grillon, C., Bruder, G. (2005): Families at high and low risk for depression, Archives of General Psychiatry, 62: 29–36.
- Wiegand-Grefe, S., Klein, M., Kölch, M., Seckinger, M., Thomasius, R., Ziegenhain, U. (o.A.): Kinder psychisch kranker Eltern „Forschung“. IST-Analyse zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern. Forschungsbericht.

6.2 Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in einer bevölkerungsbezogenen, epidemiologischen Erhebung: Ergebnisse der KiGGS-Langzeitstudie.

Gastbeitrag von: Dr. Robert Schlack, Kristin Göbel, Dr. Franz Baumgarten, Robert Koch-Institut, Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Fachgebiet „Psychische Gesundheit“

6.2.1 Hintergrund

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Kinder und Jugendliche, den Herausforderungen ihres Alltags erfolgreich zu begegnen und dabei ihre vielfältigen Entwicklungsaufgaben zu meistern. Als psychisch auffällig gilt das Erleben und Verhalten bei Kindern und Jugendlichen, wenn es hinsichtlich ihres Entwicklungsstands, des Geschlechts des Kindes oder der Erwartungen der Gesellschaft nicht der Norm entspricht, wenn es die Kinder und Jugendlichen selbst oder ihr Lebensumfeld beeinträchtigt und persönliches Leiden hervorruft. Dabei sind psychische Auffälligkeiten nicht identisch mit diagnostizierten psychischen Störungen. Vielmehr bilden psychisch auffällige Kinder eine Risikogruppe, aus der sich Kinder in Abhängigkeit von ihren Risiko- und Schutzfaktoren wieder zu psychisch gesunden Kindern und Jugendlichen entwickeln oder aber eine manifeste psychische Störung ausbilden können.

Hintergrund

In den Gesundheitswissenschaften hat sich in den vergangenen Jahrzehnten im Zuge der auf Aaron Antonovsky zurückgehenden „salutogenetischen Wende“ eine Sichtweise auf Krankheit und Gesundheit etabliert, die nicht auf ein dichotomes Verständnis von Gesundheit und Krankheit abhebt, wie sie dem biomedizinischen Modell, aber auch dem medizinischen Versorgungssystem zugrundeliegt, sondern die ein „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ postuliert.⁵⁵ Gesundheit lässt sich so im salutogenetischen Modell als Zustand eines dynamischen Gleichgewichts auffassen, das einerseits ständig von Risiken und Störeinflüssen bedroht ist, andererseits aber von Kompensations- und Schutzfaktoren gestützt wird. Krank wird ein Mensch dieser Vorstellung zufolge dann, wenn dieses Gleichgewicht kippt – entweder, weil die Störfaktoren zu massiv sind und/oder weil die stabilisierende Wirkung der Schutzfaktoren nicht ausreicht. In der Entwicklungspsychopathologie wurde mit der psychischen Widerstandsfähigkeit oder Resilienz zeitlich parallel ein ähnliches Konzept entwickelt, wobei hier die Akzentsetzung noch etwas stärker auf der erfolgreichen Anpassungsleistung eines Individuums im Zuge seiner Entwicklung bei Vorliegen eines Risikos liegt.⁵⁶ Damit wird eine wichtige Herausforderung bei der Beschreibung von psychischer Gesundheit auf Bevölkerungsebene deutlich: Psychische Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit psychischer

⁵⁵ Bengel et al. (2001).

⁵⁶ Luthar et al. (2000).

Störungen oder psychischer Auffälligkeiten. Will man ein vollständigeres Bild der psychischen Gesundheit zeichnen, wird neben den Berichten über die Prävalenzen psychischer Auffälligkeiten und Störungen die zusätzliche Berücksichtigung „positiver Merkmale“ der psychischen Gesundheit, also von Schutz- und Kompensationsfaktoren sowie des psychischen Wohlbefindens und der Lebensqualität unabdingbar.

Datengrundlagen

Epidemiologische Daten und Routinedaten

Verlässliche bevölkerungsbezogene Zahlen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sind eine wesentliche Grundlage für die Prävention und Gesundheitsförderung, die bedarfsorientierte Versorgungsplanung im Gesundheitswesen sowie für gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen. Wichtige Datenquellen hierbei sind zum einen Abrechnungsdaten, beispielsweise der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der gesetzlichen Krankenkassen, wie sie auch in diesem Report der DAK-Gesundheit vorgelegt werden. Zum anderen liegen Daten aus großen bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Studien wie der KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts vor. Sowohl epidemiologische Surveydaten als auch administrative Routinedaten haben ihre jeweiligen Spezifika. Routinedaten der Krankenkassen etwa fallen zu Abrechnungszwecken an. Sie bilden das Versorgungsgeschehen von kassenspezifischen Versichertenpopulationen ab und liegen in der Regel ereignisbezogen vor, das heißt nur dann, wenn in einem Zeitraum eine Leistung erbracht und eine Diagnose dokumentiert wurde. Dagegen beruht die Erfassung beispielsweise ärztlicher oder psychologischer Diagnosen in Surveys auf den Angaben der Teilnehmenden, die jedoch nur die Diagnosen angeben können, die ihnen mitgeteilt wurden und an die sie sich erinnern bzw. die sie bereit sind, anzugeben. Verzerrung aufgrund mangelnder oder unvollständiger Erinnerungen (sog. Recall Bias) oder sozialer Erwünschtheit (Social Desirability Bias) sind hier möglich.

Während in den Routinedaten auch die Personen abgebildet sind, die sich in Institutionen (Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen, Heimen etc.) befinden, berücksichtigen epidemiologische Surveys diese Bevölkerungsgruppen meistens nicht. Eine Unterschätzung der bevölkerungsbezogenen Prävalenz psychischer Störung ist hierbei nicht ausgeschlossen. Sinnvollerweise zu berücksichtigende Confounder, Stratifizierungs- und Kontextvariablen (wie soziodemografische Merkmale, spezifische oder unspezifische Risiko- und Schutzfaktoren oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität) sind wiederum in epidemiologischen Surveys umfassender abgebildet als in den administrativen Routinedaten.

Epidemiologische und administrative Prävalenzzahlen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Epidemiologische und administrative Prävalenzzahlen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen verhalten sich nicht immer widerspruchsfrei zueinander. Allerdings lassen sich die Zahlen wegen unterschiedlichen Datengrundlagen oftmals auch nur schwer vergleichen. Einfluss auf die Höhe von Prävalenzzahlen psychischer Auffälligkeiten und Störungen haben dabei die jeweils zur Anwendung gebrachten Falldefinitionen, unterschiedliche Ein- und Ausschlusskriterien, verschiedene Zeitbezüge (z. B. Lebenszeit- vs. Jahresprävalenzen) sowie unterschiedliche Bezugspopulationen. Einer der auffälligsten Widersprüche zwischen epidemiologischen Surveydaten und Routinedaten der Krankenkassen in Bezug auf psychische Auffälligkeiten und Störungen besteht darin, dass aus Kassendaten über Jahre hinweg Anstiege in den Diagnosehäufigkeiten psychischer Störungen berichtet wurden, während die (Symptom-)Prävalenzen in bevölkerungsbezogenen Surveys nahezu gleich blieben.⁵⁷ Beispielsweise vermeldete der „Arztreport 2013“ der Barmer-GEK eine Zunahme der administrativen Prävalenz von ADHS-Diagnosen um 49 % (von 2,9 % auf 4,2 %) zwischen 2006 und 2011⁵⁸, während die elternberichteten ADHS-Lebenszeitprävalenzen in der bundesweiten epidemiologischen KiGGS-Studie im gleichen Zeitraum konstant bei ca. 5 % blieben⁵⁹ und zuletzt sogar rückläufig waren.⁶⁰

Derartige Diskrepanzen sollten jedoch nicht Anlass zu der Schlussfolgerung geben, dass sich die jeweiligen Datenquellen wechselseitig disqualifizieren. Vielmehr ist anzunehmen, dass die unterschiedlichen und in Teilen scheinbar auch widersprüchlichen Zahlen unterschiedliche Aspekte des Morbiditäts- und Versorgungsgeschehens abbilden. Es wird in Zukunft sowohl darauf ankommen, die unterschiedlichen Datenquellen stärker aufeinander zu beziehen als auch – in innovativen Forschungsprojekten – direkte Daten-Linkages zwischen den administrativen Routinedaten und den epidemiologisch erhobenen Daten herzustellen.

In diesem Beitrag werden die aktuellsten Zahlen zu Prävalenzen zweier ausgewählter Indikatoren der psychischen Gesundheit – psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening sowie elternberichtete ADHS-Diagnosen ihrer Kinder – aus der epidemiologischen Langzeitstudie zur Kinder und Jugendgesundheit (KiGGS) des Robert Koch-Instituts präsentiert. Darüber hinaus werden auch Ergebnisse zu zeitlichen Trends und längsschnittlichen Verläufen über 6 bzw. 11 Jahre sowie Ergebnisse zu positiven Indikatoren im Sinne von Ressourcen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vorgestellt.

⁵⁷ Hölling et al. (2014); Wittchen et al. (2011).

⁵⁸ Grobe et al. (2013).

⁵⁹ Schlack et al. (2014).

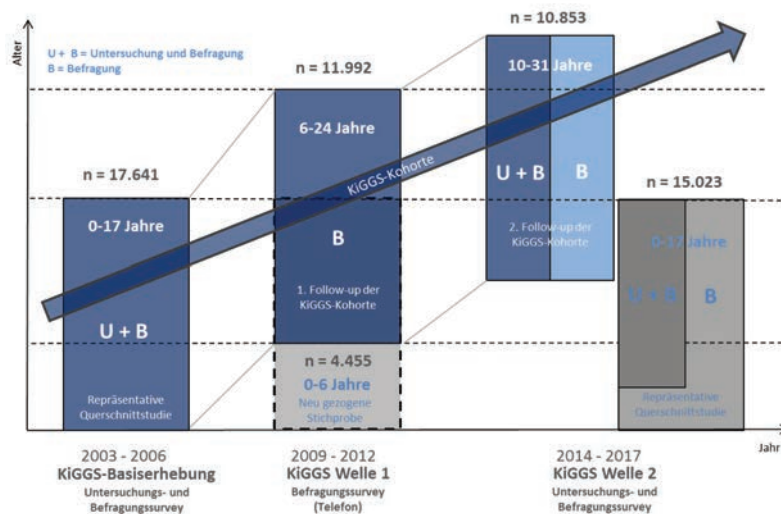
⁶⁰ Göbel et al. (2018).

6.2.2 Die KiGGS-Langzeitstudie zur Kinder- und Jugendgesundheit

KiGGS-Langzeitstudie

Die KiGGS-Langzeitstudie zur Kinder- und Jugendgesundheit umfasst mittlerweile drei Erhebungswellen über einen Zeitraum von 11 Jahren (vgl. Abb. 72). Die Basiserhebung der KiGGS-Studie wurde von 2003 bis 2006 in 167 Städten und Gemeinden Deutschlands mit insgesamt 17.641 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren und ihren Eltern durchgeführt. Dabei wurden die Kinder und Jugendlichen körperlich untersucht und getestet. Die Eltern wurden mittels schriftlicher Fragebögen zur körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit sowie zum Gesundheitsverhalten ihrer Kinder befragt, ab 11 Jahren auch die Kinder und Jugendlichen selbst. Die Responsequote der KiGGS-Basiserhebung betrug 66,6%.⁶¹

Abbildung 72: Studiendesign der KiGGS-Studie



Quelle: Nach Mauz et al. (2017), aktualisiert

Kombination aus Quer- und Längsschnitterhebung

Die erste Folgerhebung KiGGS Welle 1 (2009–2012) wurde mit einem kombinierten Quer- und Längsschnittdesign als telefonischer Befragungssurvey durchgeführt.⁶² Dabei wurden alle wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung erneut zur Teilnahme eingeladen. Auf diese Weise konnten Daten von insgesamt 11.992 der mittlerweile 6- bis 24-jährigen Wiederteilnehmenden gewonnen werden (Wiederteilnahmequote insgesamt 68,5%⁶³). Um erneut Querschnittsaussagen sowie Aussagen zu zeitlichen Trends im vollständigen Altersbereich 0 bis 17 Jahre treffen zu können, wurde die Stichprobe der wiederteilnehmenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren (n=7.913; Wiederteil-

⁶¹ Kurth et al. (2008).

⁶² Robert Koch-Institut (2011).

⁶³ Lange et al. (2018).

nahmequote 72,9 %) um eine neu gezogene Querschnittstichprobe für den Altersbereich von 0 bis 6 Jahren ($n=4.455$; Teilnahmequote 38,8 %) ergänzt und die Daten mittels eines Gewichtungsfaktors an die zum Erhebungszeitpunkt aktuelle Bevölkerungsstruktur angepasst.⁶⁴ Die zweite Folgerhebung KiGGS Welle 2 (2014–2017) war erneut als Untersuchungs- und Befragungssurvey konzipiert.⁶⁵ In dieser Erhebungswelle wurde eine vollständig neue Querschnittstichprobe für die Altersjahrgänge 0 bis 17 Jahre in den ursprünglichen 167 Städten und Gemeinden gezogen. Dabei wurden insgesamt 15.023 Teilnehmende befragt und zusätzlich eine zufällig ausgewählte Untergruppe von 3.567 Befragten körperlich untersucht. Die Responsequote im Querschnittsarm der KiGGS Welle 2 betrug 40,1 %.⁶⁶ Darüber hinaus wurden sämtliche erreichbaren und wiederbefragungsbereiten Studienteilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung, die mittlerweile 10 bis 31 Jahre alt waren, im Rahmen des zweiten Follow-ups der KiGGS-Kohorte erneut zu einer schriftlichen Befragung eingeladen. Diejenigen, die noch in den Studienorten wohnten, wurden zusätzlich zur Teilnahme an der Untersuchungskomponente eingeladen. Auf diese Weise wurden in der KiGGS Welle 2 insgesamt 10.853 Längsschnitteilnehmende befragt, davon absolvierten 6.465 zusätzlich das Untersuchungsprogramm. Damit liegen in der KiGGS Welle 2 für 61,5 % der Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung Befragungsdaten vor, für insgesamt 36,6 % zusätzlich Untersuchungsdaten.⁶⁷ Auch hier kommen für die Querschnitt- sowie für die Längsschnitanalysen jeweils spezifische Gewichtungsfaktoren zur Anwendung.⁶⁸

6.2.3 Erhebung psychischer Gesundheit in der KiGGS-Studie

Die Ermittlung von Häufigkeiten psychischer Auffälligkeiten in bevölkerungsbezogenen epidemiologischen Surveys stellt eine besondere methodische Herausforderung dar. Eine klinische (Differenzial-) Diagnostik, die den unterschiedlichen Erscheinungsformen und den Komorbiditäten psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter gerecht würde, ist im Rahmen großer bevölkerungsbezogener Studien aus Gründen der Erhebungsökonomie und der Kosteneffizienz nicht leistbar. Daher wurden in der KiGGS-Studie im Rahmen eines sogenannten Eckwertekonzepts Kernindikatoren für diese aufwändig zu erhebenden Gesundheitsstörungen eingesetzt, die die jeweiligen Bereiche anhand weniger Fragen abbilden.

Im Bereich der psychischen Gesundheit kommen in der KiGGS-Studie u. a. validierte Screening-Fragebögen zum Einsatz. Auf Basis

⁶⁴ Lange et al. (2014).

⁶⁵ Mauz et al. (2017).

⁶⁶ Hoffmann et al. (2018).

⁶⁷ Lange et al. (2018).

⁶⁸ Weitere Einzelheiten zu Zielen, Inhalten und Methodik der jeweiligen Erhebungswellen finden sich in Kurth et al. (2008), Lange et al. (2018), Hoffmann et al. (2018), Mauz et al. (2017) sowie in Robert Koch-Institut 2011.

Psychische Gesundheit in der KiGGS-Studie

der von den Eltern bzw. den Teilnehmenden selbst berichteten Symptome werden damit Abschätzungen von Auftretenshäufigkeiten psychischer Auffälligkeiten oder potenzieller psychosozialer Einflussvariablen möglich. Der Kernindikator für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in der KiGGS-Studie ist der international anerkannte Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).⁶⁹ Mit diesem Screening-Instrument werden unter anderem Hinweise auf emotionale Probleme, Verhaltensprobleme, Hyperaktivitätsprobleme sowie soziale Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen erfasst, die sich rechnerisch zu einem Gesamtproblemwert addieren lassen. Im Anschluss lassen sich die Teilnehmenden anhand von Normwerten⁷⁰ als unauffällig, grenzwertig auffällig oder auffällig klassifizieren. Im Folgenden bezieht sich die Rede von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen auf die Gruppe der grenzwertig auffälligen sowie auffälligen Kinder und Jugendlichen, die zu einer Risikogruppe zusammengefasst wurden. Ein weiterer Kernindikator im Bereich der psychischen Gesundheit in der KiGGS-Studie ist die elternberichtete, jemals durch einen Arzt oder Psychologen vergebene ADHS-Diagnose.

6.2.4 Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening: Prävalenzen, zeitliche Trends und Verläufe

Prävalenzen und zeitliche Trends

Psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter reichen von leichten Einschränkungen des psychischen Wohlbefindens bis hin zu schweren psychischen Störungen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten sind ihrem psychischen Wohlbefinden und oftmals in ihrer schulischen Funktionsfähigkeit eingeschränkt sowie bezüglich ihres familiären und sozialen Umfelds beeinträchtigt. Psychisch auffällige Kinder und Jugendliche weisen beispielsweise eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf als solche ohne psychische Auffälligkeiten.⁷¹ Das Vorliegen von emotionalen und verhaltensbezogenen Problemen im Kindes- und Jugendalter kann zudem Auswirkung auf den weiteren Lebensverlauf haben. Bestimmte Formen psychischer Auffälligkeiten gehen beispielsweise mit erhöhtem Substanzgebrauch, Delinquenz und Gewaltbereitschaft im Erwachsenenalter einher.⁷² Nicht zuletzt können psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter im weiteren Lebensverlauf manifest werden: Über 50 % der psychischen Störungen im Erwachsenenalter beginnen in Kindheit und Jugend.⁷³

⁶⁹ Goodman (1997).

⁷⁰ Woerner et al. (2004).

⁷¹ Ellert et al. (2014).

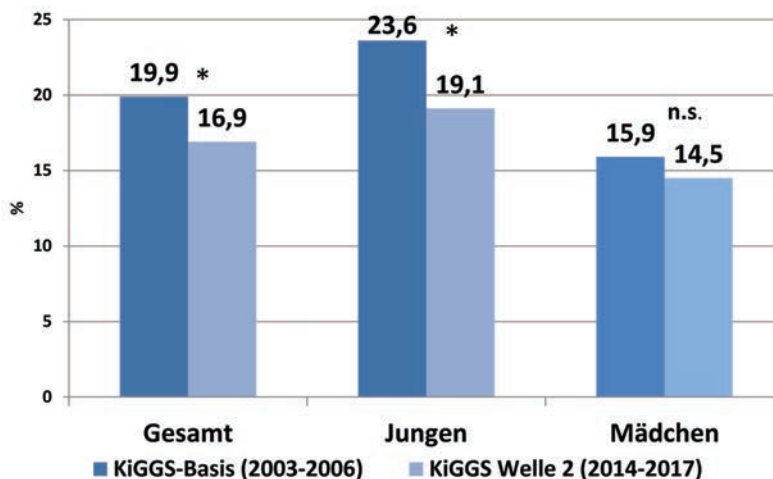
⁷² Haller et al. (2016).

⁷³ Kessler et al. (2007).

In KiGGS Welle 2 (2014 – 2017) beträgt der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten nach der oben genannten Risikogruppendefinition insgesamt 16,9%.⁷⁴ Dabei sind Jungen mit 19,1 % signifikant häufiger psychisch auffällig als Mädchen mit 15,9 % (vgl. Abb. 73). Bei der Differenzierung nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt sich, dass Jungen in den Altersgruppen von 3 bis 14 Jahren häufiger psychische Auffälligkeiten aufweisen als Mädchen. In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen. In den Daten aus KiGGS Welle 2 wird zudem deutlich, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten aus Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status mit 26,0 % höher ist als bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem mittleren (16,1 %) oder hohen sozioökonomischen Status (9,7 %). Dieser Sozialgradient zeigt sich gleichermaßen für Mädchen wie für Jungen.

Psychische Auffälligkeiten

Abbildung 73: Prävalenz und zeitliche Trends psychischer Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur KiGGS Welle 1 (2009–2012)⁷⁵ [n. s. = nicht signifikant; * p<0,05]



Mit dem sogenannten Impact-Fragebogen des SDQ kann die funktionelle Beeinträchtigung aufgrund psychischer Probleme gemessen werden. Dieser wurde erstmalig in der KiGGS Welle 1 eingesetzt. Aktuell liegen auch nur aus dieser Erhebungswelle Ergebnisse hierzu vor. Fast 90 % der Familien, deren Kind zumindest leichte Schwierigkeiten hinsichtlich Stimmung, Konzentration, Verhalten oder Umgang mit anderen hatte, gaben an, dass diese Schwierigkeiten mindestens seit 6–12 Monaten bestanden, bei knapp 75 % dauerten

Beeinträchtigungen infolge psychischer Auffälligkeiten

⁷⁴ Klipker et al. (2018).

⁷⁵ Klipker et al. (2018).

diese sogar schon länger als ein Jahr an. Etwa ein Fünftel der Familien fühlte sich hierdurch deutlich oder schwer belastet.⁷⁶

War noch zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der KiGGS Welle 1 (2009–2011) kein Unterschied in der Prävalenz psychischer Auffälligkeiten zu verzeichnen gewesen⁷⁷, ging im Trendvergleich mit der KiGGS Welle 2 der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten in KiGGS Welle 2 um insgesamt 3 Prozentpunkte, von 19,9 % auf 16,9 %, zurück. In der Betrachtung nach Geschlecht war dieser Rückgang allerdings nur für die Jungen (23,6 % vs. 19,1 %) statistisch bedeutsam. Die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten bei Mädchen blieb über beide Erhebungswellen stabil (15,9 % vs. 14,5 %). Bei der Betrachtung verschiedener Altersgruppen zeigt sich, dass der Rückgang psychischer Auffälligkeiten von der KiGGS-Basiserhebung zur KiGGS Welle 2 ausschließlich die Jungen im Altersbereich von 9 bis 17 Jahren betrifft. Bei Mädchen ist über alle Altersgruppen hinweg keine bedeutsame Abnahme psychischer Auffälligkeiten erkennbar.

Über Ursachen des Rückgangs muss vorläufig spekuliert werden. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit verschiedenen gesundheitspolitischen Maßnahmen, die zwischen den Erhebungszeiträumen von der KiGGS-Basiserhebung zu KiGGS Welle 2 initiiert wurden. So hat sich beispielsweise die Anzahl an der Versorgung teilnehmender Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater verdoppelt. Zudem wurden die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 mit spezifischem Fokus auf der (Früh-) Erkennung von Verhaltensauffälligkeiten eingeführt. Wenn dies (Mit-)Ursachen für die beobachtete rückläufige Prävalenz von psychische Auffälligkeiten waren, hätten vorrangig die Jungen hiervon profitiert, die allerdings auch höhere Basisprävalenzen für Verhaltensauffälligkeiten aufwiesen. Trotz des beobachteten Prävalenzrückgangs in der KiGGS Welle 2 sind die Unterschiede zuungunsten von Kindern und Jugendlichen aus sozial schlechter gestellten Familien seit der KiGGS-Basiserhebung erhalten geblieben.⁷⁸

Verläufe

Individuelle Verläufe psychischer Auffälligkeiten über die Zeit

Kinder- und Jugendliche befinden sich in einem kontinuierlichen Entwicklungs- und Veränderungsprozess. Psychische Auffälligkeiten können sich im Zeitverlauf wieder verlieren, sich über die Jahre aber ebenso verstärken. Mit den Daten des Längsschnittarms der KiGGS-Studie, der KiGGS-Kohorte, können die Verläufe von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten nachvollzogen werden. Derzeit liegen Längsschnittanalysen von der KiGGS Basiserhebung bis zu KiGGS Welle 1 vor, also über einen Zeitraum von 6 Jahren.

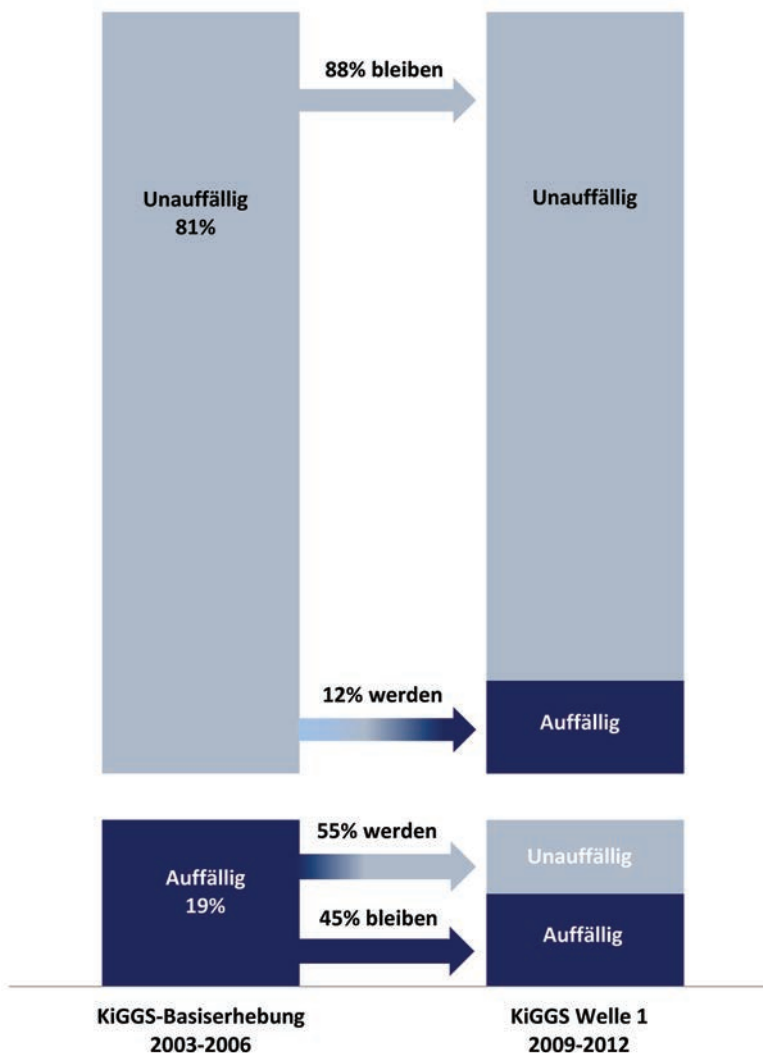
⁷⁶ Hölling et al. (2014).

⁷⁷ Hölling et al. (2014).

⁷⁸ Lampert et al. (2019).

Von den Kindern und Jugendlichen, die zum Zeitpunkt der KiGGS-Basiserhebung gemäß SDQ unauffällig waren, wiesen 11,8 % sechs Jahre später psychische Auffälligkeiten auf, während 88,2 % weiter unauffällig waren. Von den Kindern und Jugendlichen, die initial psychisch auffällig waren, wiesen 45,4 % auch 6 Jahre später noch psychische Auffälligkeiten auf. Insgesamt 54,6 % dieser Gruppe wiesen zu diesem Zeitpunkt keine psychischen Auffälligkeiten mehr auf (vgl. Abb. 74).⁷⁹

Abbildung 74: Übergangswahrscheinlichkeiten psychischer Auffälligkeiten im zeitlichen Verlauf von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) zur KiGGS Welle 1 (2009–2012)



Quelle: Baumgarten et al. (2018).

⁷⁹ Baumgarten et al. (2018).

Sowohl für Jungen als auch für Mädchen sind psychische Auffälligkeiten in bestimmten Transitionsphasen stabiler als in anderen. 52,3% der gemäß Risikogruppendefinition psychisch auffälligen Jungen im Alter von 3 bis 5 Jahren zur KiGGS-Basiserhebung wiesen auch in der KiGGS Welle 1 psychische Auffälligkeiten auf. Demgegenüber waren nur 37,6% der Jungen mit psychischen Auffälligkeiten, die zur KiGGS-Basiserhebung 9 bis 11 Jahre alt waren, auch sechs Jahre später noch psychisch auffällig. Bei den Mädchen waren von den 3- bis 5-Jährigen, die zur KiGGS-Basiserhebung psychisch auffällig waren, noch 37,8% in KiGGS Welle 1 psychisch auffällig. Bei den 9- bis 11-jährigen psychisch auffälligen Mädchen waren zur KiGGS Welle 1 noch 47,3% auffällig. Dieses Ergebnis deutet auf unterschiedliche Vulnerabilitäten für Jungen und Mädchen in verschiedenen Transitionsphasen in Bezug auf die Stabilität psychischer Auffälligkeiten hin.

6.2.5 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS): Prävalenzen, zeitliche Trends und Verläufe

Prävalenzen und zeitliche Trends

ADHS ADHS zählt zu den am häufigsten diagnostizierten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter, wobei die weltweite Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen auf etwa 5% geschätzt wird.⁸⁰ Die ADHS zeichnet sich nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen – DSM-5 der American Psychiatric Association durch mit dem alterstypischen Entwicklungsstand des Kindes nicht zu vereinbarende, situationsübergreifende, andauernde Symptome von Unaufmerksamkeit, motorischer Unruhe (Hyperaktivität) und Impulsivität aus, die in der Kindheit vor dem 12. Lebensjahr beginnen und zu erkennbarem Leiden und einer Beeinträchtigung der Alltagsfunktionalität führen.⁸¹ Nach dem Schuleintritt wird die ADHS am häufigsten erstmalig diagnostiziert. Sie kann einen chronischen Verlauf mit persistierenden Symptomen über die gesamte Lebensspanne nehmen und geht mit einer hohen psychischen Komorbidität einher. Darüber hinaus weisen Kinder und Jugendliche mit einer ADHS-Diagnose eine niedrigere gesundheitsbezogene Lebensqualität, eine höhere Unfallneigung, einen geringeren Schul- und Bildungserfolg sowie höhere familiäre Belastungen auf. Diese Schwierigkeiten können zu sozialen Problemen mit Gleichaltrigen und in der Schule sowie zu gesellschaftlicher Stigmatisierung führen. ADHS wird deutlich häufiger bei Jungen diagnostiziert als bei Mädchen.⁸²

Rückgang der elternberichteten Diagnosehäufigkeit

In der KiGGS Welle 2 (2014–2017) gaben insgesamt 4,4% der Eltern von 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen an, dass ihr

⁸⁰ Polanczyk et al. (2008)

⁸¹ Falkai et al. (2015).

⁸² Zusammenfassend Schlack (2017).

Kind jemals eine ADHS-Diagnose durch einen Arzt oder Psychologen/Psychotherapeuten erhalten hat (vgl. Tab. 78).

Tabelle 78: Prävalenzen und zeitliche Trends in der Häufigkeit elternberichteter, jemals diagnostizierter ADHS zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der KiGGS Welle 2 (2014–2017)

	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)		KiGGS Welle 2 (2014–2017)	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt*	5,3	(4,8 – 5,8)	4,4	(4,0 – 4,9)
Mädchen	1,9	(1,5 – 2,4)	2,3	(1,9 – 2,8)
3 – 5 Jahre** ^a	0,6	(0,3 – 1,4)	0,0	(0,0 – 0,2)
6 – 8 Jahre	1,2	(0,7 – 2,0)	0,8	(0,4 – 1,7)
9 – 11 Jahre	3,2	(2,3 – 4,3)	3,2	(2,2 – 4,8)
12 – 14 Jahre	2,3	(1,5 – 3,6)	3,7	(2,6 – 5,2)
15 – 17 Jahre	2,2	(1,3 – 3,4)	3,4	(2,4 – 4,8)
Jungen***	8,5	(7,7 – 9,5)	6,5	(5,7 – 7,3)
3 – 5 Jahre**	2,4	(1,5 – 3,8)	0,4	(0,1 – 1,5)
6 – 8 Jahre**	6,4	(5,0 – 8,0)	3,3	(2,3 – 4,9)
9 – 11 Jahre*	12,0	(10,0 – 14,3)	8,8	(7,0 – 11,1)
12 – 14 Jahre	11,0	(9,0 – 13,4)	8,9	(7,2 – 11,0)
15 – 17 Jahre	10,7	(8,7 – 13,0)	10,1	(8,3 – 12,4)
* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$ *** $p \leq 0,001$ Anmerkung: ^a Fallzahl kleiner 5, daher nicht aussagekräftig.				

Quelle: Göbel et al. (2013)

Die altersstandardisierte Diagnoseprävalenz in der KiGGS-Basiserhebung betrug dagegen im Vergleich 5,3%. Dies entspricht einem Rückgang der elternberichteten Diagnoseprävalenz von 0,7 Prozentpunkten oder knapp 17% in einem Zeitraum von 11 Jahren. In der Detailbetrachtung lässt sich ein signifikanter Prävalenzrückgang tatsächlich nur für die Gruppe der 3- bis 8-jährigen Jungen nachweisen. Dennoch erhalten Jungen nach den KiGGS Welle 2-Daten immer noch knapp dreimal so häufig eine ADHS-Diagnose wie Mädchen. Dies liegt vermutlich daran, dass die leichter beobachtbare hypermotorische Symptomatik bei Jungen ausgeprägter ist. In der Regel wird die Diagnose daher bei Jungen häufiger und früher gestellt. Wird jedoch der unaufmerksame Subtyp stärker berücksichtigt, sind laut einer amerikanischen Studie ADHS-Symptome zwi-

schen Jungen und Mädchen gleichverteilt.⁸³ ADHS könnte somit bei Mädchen unterdiagnostiziert sein. Nach den Daten der KiGGS Welle 2 wird bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem Sozialstatus mehr als doppelt so häufig ADHS diagnostiziert wie bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit hohem Sozialstatus.⁸⁴ Diese soziale Differenzierung zuungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ließ sich bereits in der KiGGS-Basiserhebung und der KiGGS Welle 1 zeigen.⁸⁵

Was könnte zu dieser Rückläufigkeit der elternberichteten ADHS-Diagnosehäufigkeiten beigetragen haben? Im Zuge der durch die aus den Krankenkassendaten berichteten, kontinuierlichen Anstiege der Diagnosehäufigkeiten kam es zu einer intensiven Debatte in der Öffentlichkeit, Gesundheitspolitik und in Fachkreisen zum Thema ADHS, in deren Folge verschiedene gesundheitspolitische und versorgungsbezogene Maßnahmen initiiert wurden. Beispielsweise verabschiedete der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Direktive zur Modifikation der Arzneimittelrichtlinie im Hinblick auf eine restriktivere Verordnung von Psychostimulanzien (Methylphenidat) im Rahmen derer auch eine striktere, an den Leitlinien orientierte Diagnostik gefordert wurde.⁸⁶ Das führte in der Folge auch zu einer Überarbeitung der ärztlichen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie. Der festgestellte Rückgang der elternberichteten ADHS-Diagnosehäufigkeit in der KiGGS Welle 2 könnte somit auf eine hierauf zurückzuführende, insgesamt restriktivere Praxis bei der Vergabe von ADHS-Diagnosen verweisen. Diese Interpretation kann sich auf das Ergebnis stützen, dass sich der Rückgang der elternberichteten ADHS-Lebenszeitprävalenzen auf die jüngeren Altersgruppen der 3- bis 8-Jährigen bezieht, die während und nach diesen Änderungen überhaupt eine „Chance“ hatten, erstmalig eine ADHS-Diagnose zu erhalten. Darüber hinaus ist mittlerweile auch in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen ein leichter Rückgang der ADHS-Diagnosehäufigkeiten erkennbar.⁸⁷

Verläufe

Stabilität der elternberichteten ADHS-Diagnose

Bei der Wiederholungsbefragung der Basisteilnehmenden in KiGGS Welle 1 gaben nur noch 57,9% der Eltern, die initial eine jemals durch einen Arzt oder Psychologen vergebene ADHS-Diagnose ihres Kindes berichtet hatten, diese erneut an (vgl. Abb. 75).⁸⁸

⁸³ Biederman et al. (2005).

⁸⁴ Göbel et al. (2018).

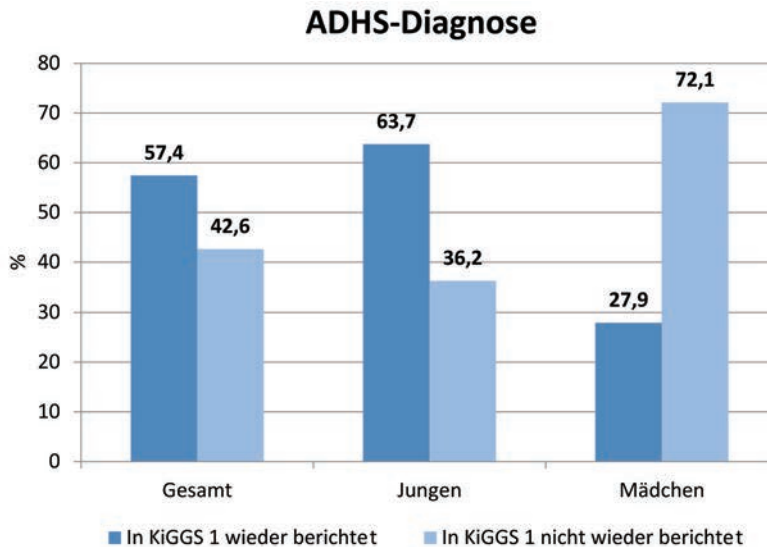
⁸⁵ Schlack et al. (2014).

⁸⁶ G-BA (2010).

⁸⁷ Grobe (2017).

⁸⁸ Schlack et al. (2018).

Abbildung 75: Stabilität des Elternberichts einer jemals durch einen Arzt oder Psychologen vergebenen ADHS-Diagnose ihres Kindes von der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) bis zur KiGGS Welle 1 (2009–2012)



Quelle: Schlack et al. (2018).

Dies ist insofern überraschend, als der Anteil an Lebenszeitdiagnosen zu einem späteren Erhebungszeitpunkt eigentlich nicht sinken dürfte. Vertiefende Analysen zeigten, dass Kinder und Jugendliche, für die zum zweiten Erhebungszeitpunkt keine ADHS-Diagnose mehr berichtet wurde, eine geringere störungsspezifische Symptombelastung zum zweiten Erhebungszeitpunkt aufwiesen und häufiger eine andere kinderpsychiatrische Diagnose hatten.⁸⁹ Der Vergleich mit Studien zur klinischen Stabilität einer ADHS-Diagnose, aus denen Rückgänge in vergleichbaren Größenordnungen berichtet wurden, legt nahe, dass eine ADHS-Diagnose von den Eltern möglicherweise nicht mehr genannt wurde, wenn die Symptomatik im Zeitverlauf rückgängig war (und damit ggf. auch Behandlungsanlässe wegfielen) oder eine andere (Differenzial-)Diagnose gestellt wurde. Für Mädchen war der Elternbericht über eine ADHS-Diagnose ihres Kindes mit einer Stabilitätsrate von 27,9 % deutlich weniger stabil als mit 63,7 % für Jungen.⁹⁰ Dies könnte darauf hindeuten, dass ADHS bei Mädchen nicht nur seltener diagnostiziert wird⁹¹, sondern eine einmal gestellte Diagnose auch häufiger wieder aufgegeben oder geändert wird.

⁸⁹ Schlack et al. (2018).

⁹⁰ Schlack et al. (2018).

⁹¹ Göbel et al. (2018).

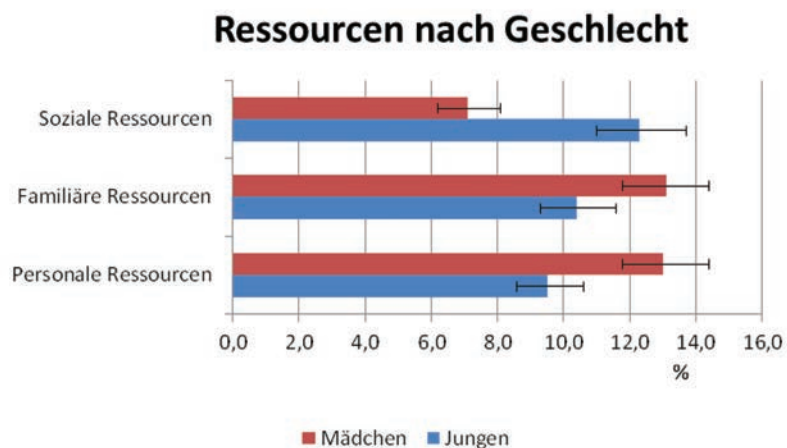
6.2.6 Risiken und Ressourcen für die psychische Gesundheit

Risiken und Ressourcen

Risikofaktoren für die psychische Gesundheit sind Einflussfaktoren, die die Wahrscheinlichkeit, eine psychische Störung zu entwickeln, erhöhen. Sie lassen sich, ebenso wie Ressourcen, in individuelle (personale) und umfeldbezogene (familiäre und soziale) Faktoren unterscheiden.⁹² Ressourcen können dazu noch einmal in Kompensations- oder Schutzfaktoren unterschieden werden, je nachdem, ob sie dazu beitragen, Risiken und Fehlentwicklungen zu mildern oder vollständig zu vermeiden.⁹³ In der KiGGS-Basiserhebung wurden personale Ressourcen über Selbstwirksamkeitserwartungen, Optimismus und Kohärenzsinn⁹⁴, familiäre Ressourcen über die Familienklimaskalen von Schneewind⁹⁵ und soziale Ressourcen über die Skala „Soziale Unterstützung“ von Donald und Ware⁹⁶ erhoben.

Die Verfügbarkeit von Ressourcen ist nach Ergebnissen aus der KiGGS-Basiserhebung nicht gleichverteilt. So verfügen Mädchen über weniger personale und familiäre, dafür über mehr soziale Ressourcen als Jungen (vgl. Abb. 76).

Abbildung 76: Personale, familiäre und soziale Ressourcen in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006). Defizite bezüglich personaler, familiärer und sozialer Ressourcen nach Geschlecht



Quelle: Erhart et al. (2007).

Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status weisen in allen drei Bereichen durchgängig weniger Ressourcen auf als solche aus Familien mit mittlerem oder hohem Sozialstatus.⁹⁷ Kinder mit psychischen Auffälligkeiten weisen eben-

⁹² Petermann, Schmidt (2006).

⁹³ Petermann, Schmidt (2006).

⁹⁴ Erhart et al. (2007).

⁹⁵ Schneewind et al. (1985).

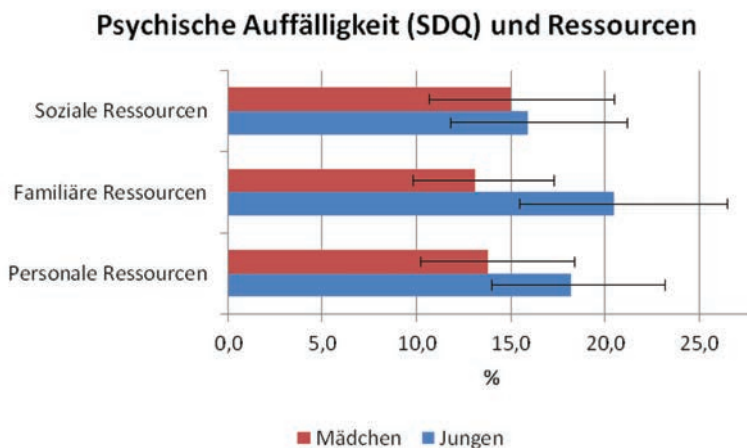
⁹⁶ Donald, Ware (1984).

⁹⁷ Erhart et al. (2007).

falls eine deutlich verminderte Ressourcenausstattung auf: Je stärker die Defizite sowohl bezüglich personaler als auch familiärer und sozialer Ressourcen waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit, im Screening als psychisch auffällig klassifiziert zu werden (vgl. Abb. 77, Tab. 79).⁹⁸

Risiken und Ressourcen im Kontext psychischer Auffälligkeiten

Abbildung 77: Personale, familiäre und soziale Ressourcen in der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006). Zusammenhang von Defiziten bezüglich personaler, familiärer und sozialer Ressourcen mit psychischen Auffälligkeiten



Quelle: Hölling, Schlack (2008).

Tabelle 79: Multivariate Zusammenhänge zwischen personalen, familiären und sozialen Ressourcen und psychischen Auffälligkeiten⁹⁹ sowie Essstörungssymptomen (RKI, BZgA 2008)

	Psychische Auffälligkeiten (SDQ) ^a	Essstörungssymptome (SCOFF) ^b
	OR	OR
Personale Ressourcen		
Starke Defizite	2,7	1,4
Geringe Defizite	1,7	1,5
Normal	Ref.	Ref.

⁹⁸ Hölling, Schlack (2008).

⁹⁹ Hölling, Schlack (2008).

	Psychische Auffälligkeiten (SDQ) ^a	Essstörungssymptome (SCOFF) ^b
	OR	OR
Familiärer Zusammenhalt		
Starke Defizite	2,4	1,6
Geringe Defizite	1,10	1,3
Normal	Ref.	Ref.
Soziale Unterstützung		
Starke Defizite	1,5	1,6
Geringe Defizite	1,4	1,4
Normal	Ref.	Ref.
Anmerkung: Modelle jeweils adjustiert für Alter, Geschlecht und Sozialstatus Fettdruck: statistisch signifikant ^a SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire ^b SCOFF: Scoff-Fragebogen		

Analysen zeigten, dass personale, familiäre und soziale Ressourcen mit verschiedenen psychischen Auffälligkeiten bzw. Symptomen in einem unterschiedlichen Zusammenhang stehen (Tab. 79): Während sich bezüglich psychischer Auffälligkeiten Defizite bei den personalen Ressourcen als stärkster Prädiktor erwiesen¹⁰⁰, waren dies bezüglich Essstörungssymptomen Defizite bei den familiären und sozialen Ressourcen.¹⁰¹

Familiäre Ressourcen

Ein positives familiäres Umfeld gehört zu den wichtigsten Ressourcen für ein psychisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen. Dieser hohe Stellenwert guter Familienbeziehungen wird beispielsweise durch Ergebnisse aus der KiGGS-Basiserhebung zu psychischer Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen bestätigt: ein guter familiärer Zusammenhalt erwies sich hierbei sowohl als Kompensations- wie auch als Schutzfaktor gegenüber Erfahrungen als Täter und/oder Opfer von Gewalt.¹⁰² Elterliche Psychopathologie erwies sich dagegen als Risikofaktor.¹⁰³

6.2.7 Fazit und Ausblick

Insgesamt nimmt die Bedeutung der bevölkerungsbezogenen psychischen Gesundheit – Public Mental Health – für das Morbiditäts-

¹⁰⁰ Hölling, Schlack (2008).

¹⁰¹ RKI, BZgA (2008).

¹⁰² Schlack et al. (2009); Schlack et al. (2013).

¹⁰³ Schlack et al. (2010).

geschehen der Bevölkerung seit Jahren zu. Ein Ausdruck hierfür ist nicht zuletzt der vorliegende Kinder- und Jugendreport mit dem Schwerpunkt „Psychische Gesundheit“. Das Robert Koch-Institut hat mit der Etablierung des Fachgebiets „Psychische Gesundheit“ im Jahr 2015 dieser Entwicklung bereits frühzeitig Rechnung getragen. Public Mental Health von Kindern und Jugendlichen ist ein wichtiger Schwerpunkt dieses Fachgebiets. Die KiGGS-Langzeitstudie mit ihren Quer- und Längsschnittkomponenten (KiGGS-Kohorte) ist die zentrale Datenquelle zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des bundesweiten Gesundheitsmonitorings.

Die KiGGS-Daten weisen erfreulicherweise auf einen leichten Rückgang psychischer Auffälligkeiten in der Kinder- und Jugendbevölkerung hin. Ebenso legen sie einen Rückgang bei den Diagnosehäufigkeiten von ADHS nahe. Bezüglich beider Kernindikatoren korrelierten die Altersbereiche, innerhalb derer die Rückgänge stattfanden, zeitlich mit der Einführung wichtiger gesundheitspolitischer und versorgungsbezogener Maßnahmen – der Einführung der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen U10 und U11 sowie der Direktive des G-BA Modifikation der Arzneimittelrichtlinie hinsichtlich Methylphenidat. Dies lässt vermuten, dass diese Maßnahmen wirksam geworden sind und ist ein Zeichen dafür, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auf Bevölkerungsebene beeinflussbar ist. Die hier vorgestellten Ergebnisse sind jedoch lediglich ein Anriss der Möglichkeiten, die die KiGGS-Studie zur Analyse der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bietet. Zurzeit wird im Fachgebiet „Psychische Gesundheit“ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit ein Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland erarbeitet, der voraussichtlich im Jahr 2021 veröffentlicht wird. Im Zentrum dieses Berichts steht die Analyse längsschnittlicher Risiko- und Schutzfaktorprofile mit besonderem Bezug auf die Versorgung psychisch auffälliger Kinder und Jugendlicher. Ein Teil der hier vorgestellten Ergebnisse wurde im Rahmen dieses Projekts mit Förderung durch den Bund erarbeitet.

Wie eingangs ausgeführt, sind epidemiologische Surveys eine wichtige, aber nicht die einzige Datenquelle zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Vielmehr gibt es eine Vielzahl diesbezüglicher Datenquellen, neben den Krankenkassendaten etwa auch die Daten der amtlichen Statistik oder Daten regionaler oder lokaler sowie klinischer Studien. Ein Weg in die Zukunft kann dabei eine bundesweite Mental-Health-Surveillance sein, im Rahmen derer die Vielzahl vorhandener und möglicher Indikatoren und Datenquellen geordnet und systematisiert sowie priorisiert wird, im Rahmen derer Erkenntnislücken identifiziert und geschlossen werden und die auf diese Weise zur Schaffung einer umfassenden Datenbasis zur psychischen Gesundheit beitragen kann. Eine wichtige Rolle spielen dabei die bereits eingangs erwähnten innovativen For-

Fazit und Ausblick

Mental-Health-Surveillance

schungsprojekte zur Integration epidemiologischer und administrativer Daten zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung. Die Pilotphase einer solchen Mental-Health-Surveillance hat im ersten Quartal dieses Jahres im Fachgebiet „Psychische Gesundheit“ am Robert Koch-Institut begonnen.

6.2.8 Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): Arzneimittelrichtlinie: Anlage III – Übersicht über Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch die Arzneimittel-Richtlinie und aufgrund anderer Vorschriften (§ 34 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 3 SGB V) sowie Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von nichtverschreibungspflichtigen Arzneimitteln für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; Stand 01.04.2009 (nach Beschluss vom 19.03.2009). Letzte Änderung in Kraft getreten am 01.12.2010. Berlin, 2010.
- Baumgarten, F., Klipker, K., Göbel, K., Janitzka, S., & Hölling, H. (2018): Der Verlauf psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der KiGGS-Kohorte.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001): Was hält Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Biederman, J., Kwon, A., Aleardi, M., Chouinard, V.-A., Marino, T., Cole, H., Faraone, S.V. (2005): Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects. *American Journal of Psychiatry*, 162(6): 1083–1089.
- Donald, C.A., & Ware, J.E. (1984): The measurement of social support. *Research in Community & Mental Health*, 4: 325–370.
- Ellert, U., Brettschneider, A.-K., Ravens-Sieberer, U., & Group, K.S. (2014): Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57(7): 798–806. doi:10.1007/s00103-014-1978-4
- Erhart, M., Hölling, H., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & Schlack, R. (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 800–809.
- Falkai, P., Wittchen, U., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M. (2015): Diagnostische Kriterien DSM-5®: Deutsche Ausgabe. Göttingen: Hogrefe.

- Göbel, K., Baumgarten, F., Kuntz, B., Hölling, H., & Schlack, R. (2018): ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
- Goodman, R. (1997): The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5): 581–586.
- Grobe, T.G. (2017): Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 60(12): 1336–1345.
- Grobe, T.G., Bitzer, E.M., & Schwartz, F.W. (2013): Barmer GEK Arztreport 2013. Schwerpunkt: ADHS. Siegburg: Asgard.
- Haller, A.-C., Klasen, F., Petermann, F., Barkmann, C., Otto, C., Schlack, R., & Ravens-Sieberer, U. (2016): Langzeitfolgen externalisierender Verhaltensauffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung*, 25(1): 31–40. doi:10.1026/0942-5403/a000186
- Hoffmann, R., Lange, M., Butschalowsky, H., Houben, R., Schmich, P., Allen, J., Gößwald, A. (2018): Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2–Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring*, 3: 82–96.
- Hölling, H., & Schlack, R. (2008): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter-Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, 70(03): 154–163.
- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., & Mauz, E. (2014): Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57: 807–819.
- Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J.M. (2007): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization’s World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3): 168.
- Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., & Hölling, H. (2018): Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends.
- Kurth, B.-M., Kamtsiuris, P., Hölling, H., Schlaud, M., Döller, R., Eilert, U., Mensink, G.B. (2008): The challenge of comprehensively mapping children’s health in a nation-wide health survey:

- design of the German KiGGS-Study. *BMC Public Health*, 8(1): 196.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J.D., Hölling, H., Lange, M., Kurth, B.-M. (2019): Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie. *Journal of Health Monitoring*, 4(1): 16–40. doi:<http://dx.doi.org/10.25646/5867>
- Lange, M., Butschalowsky, H., Jentsch, F., Kuhnert, R., Rosario, A. S., Schlaud, M., Group, K. S. (2014): Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7): 747–761. *Journal of Health Monitoring*, 3: 97–113.
- Lange, M., Hoffmann, R., Mauz, E., Houben, R., Gößwald, A., Rosario, A. S., & Kurth, B.-M. (2018): Längsschnitterhebung von KiGGS Welle 2–Erhebungsdesign und Fallzahlentwicklung der KiGGS-Kohorte.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000): Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71(3): 573–575.
- Mauz, E., Gößwald, A., Kamtsiuris, P., Hoffmann, R., Lange, M., Schenck, U. v., Hölling, H. (2017): Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring*, 2 (S3): 2–28.
- Petermann, F., & Schmidt, M. H. (2006). Ressourcen – ein Grundbegriff der Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie? *Kindheit und Entwicklung*, 15(2): 118–127.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007): The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6): 942–948.
- RKI, & BZgA. (2008). *Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin.
- Robert Koch-Institut, R. (2011): *KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie Welle 1. Projektbeschreibung*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Schlack, R. (2017): ADHS als „chronic condition“. *Schwerpunktheft „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche“ des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ)*: 36–41.
- Schlack, R., Göbel, K., Hölling, H., Petermann, F., & Romanos, M. (2018): Prädiktoren der Stabilität des Elternberichts über die ADHS-Lebenszeitprävalenz und Inzidenz der elternberichteten ADHS-Diagnose im Entwicklungsverlauf über sechs Jahre – Ergebnisse aus der KiGGS-Studie. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 66: 233–247.

- Schlack, R., Hölling, H., Erhart, M., Petermann, F., & Ravens-Sieberer, U. (2010): Elterliche Psychopathologie, Aggression und Depression bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung*, 19(4): 228–238. doi:10.1026/0942–5403/a000030
- Schlack, R., Hölling, H., & Petermann, F. (2009): Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen mit Gewalterfahrungen. *Psychologische Rundschau*, 60(3): 137–151. doi:10.1026/0033–3042.60.3.137
- Schlack, R., Mauz, E., Hebebrand, J., Hölling, H., & Group, K.S. (2014): Hat die Häufigkeit elternberichteter Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in Deutschland zwischen 2003–2006 und 2009–2012 zugenommen? *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(7): 820–829.
- Schlack, R., Ravens-Sieberer, U., & Petermann, F. (2013): Psychological problems, protective factors and health-related quality of life in youth affected by violence: the burden of the multiply victimised. *Journal of Adolescence*, 36(3): 587–601.
- Schneewind, K., Beckmann, M., & Hecht-Jackl, K. (1985): Familienklima-Skalen. München.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Faravelli, C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9): 655–679.
- Woerner, W., Becker, A., & Rothenberger, A. (2004): Normative data and scale properties of the German parent SDQ. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 Suppl 2, li3–10. doi:10.1007/s00787–004–2002–6

6.3 Familiäre und soziale Unterstützung als Resilienzfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern

Gastbeitrag von: Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

6.3.1 Resilienz

Resilienz Der Begriff Resilienz stammt von dem lateinischen Wort „resilire“, was mit „abprallen“ übersetzt werden kann.¹⁰⁴ Die Resilienzforschung beschäftigt sich mit der Frage, warum sich manche Kinder trotz hoher Risiken psychisch gesund entwickeln und warum sie kritische Lebensereignisse gut bewältigen, während andere Kinder unter vergleichbaren Bedingungen besonders anfällig sind. Resilienz wird also als Gegenpol zur Vulnerabilität (von lateinisch *vulnus* „Wunde“ bzw. *vulnerare* „verwunden“) betrachtet. Resilienten Kindern gelingt eine funktionale Anpassung an widrige Umweltbedingungen, die zu einer langfristig gesunden psychischen Entwicklung führt.¹⁰⁵

Resilienz bezeichnet keine individuelle Persönlichkeitseigenschaft, vielmehr sind an der Entwicklung von Resilienz adaptive Systeme auf verschiedenen Ebenen beteiligt¹⁰⁶: Personelle Kompetenzen des Kindes (Stressverarbeitung, Selbstregulation, Motivation, Lernen), des Familiensystems (Bindung, Interaktion, Erziehung), Ressourcen des sozialen Netzwerks (Schule, Gleichaltrige) sowie gesellschaftlich-kulturelle Faktoren (Normen, Werte). Resilienz wird damit als ein dynamischer, transaktioneller Prozess zwischen Kind und Umwelt beschrieben, der bidirektional abläuft: Einerseits steuert das Kind seine Umwelt, indem es auswählt und gestaltet, andererseits wirkt sich die Umwelt prägend auf das Kind aus.

Als Pionierin der Resilienzforschung gilt Emmy E. Werner¹⁰⁷, die in einer entwicklungspsychologischen Längsschnittstudie, der sogenannten Kauai-Studie, die sich mit den Kindern der hawaiianischen Insel Kauai befasst, Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern unter ungünstigen Umweltbedingungen identifizierte. Auch Rutter¹⁰⁸ hat sich ausführlich mit dem Konzept der Resilienzfaktoren beschäftigt; er geht davon aus, dass Resilienzfaktoren die schädliche Wirkung von Risikofaktoren moderieren können. Bei Vorliegen eines Resilienzfaktors können die Folgen eines Risikofaktors abgemildert oder sogar völlig ausgeschaltet werden, fehlt dagegen der Resilienzfaktor, kommt der Risikofaktor vollständig zum Tragen. In der Resilienzforschung ist also die theoretische und methodologische Abgrenzung von Risiko- und Schutzfaktoren erforderlich: Das heißt, ein

¹⁰⁴ Gehrman & Sumargo (2009).

¹⁰⁵ Noeker, Petermann (2008); Wiegand-Grefe et al. (2009).

¹⁰⁶ Noeker, Petermann (2008); Wiegand-Grefe et al. (2009).

¹⁰⁷ Werner, Smith (1982).

¹⁰⁸ Rutter (1990).

Resilienzfaktor stellt nicht einfach das Gegenteil oder das Fehlen eines Risikofaktors dar; dies wäre gleichbedeutend mit einer geringeren Anzahl der Risikofaktoren. Vielmehr wird für einen Resilienzfaktor gefordert, dass er einen „Puffereffekt“ aufweist und seine Wirksamkeit von der Gegenwart von Risikofaktoren abhängig ist. Ein Resilienzfaktor ist besonders oder ausschließlich dann wirksam, wenn eine Gefährdung vorliegt. Ohne Gefährdung spielen Resilienzfactoren als Schutzfunktion keine bedeutsame Rolle. Das Fehlen oder Vorhandensein eines Resilienzfactores in einer gesunden Kontrollgruppe sollte also keine Auswirkungen auf die Entwicklung haben. Erst in einer Gruppe mit einer gewissen Anzahl von Risikofaktoren sollte sich das Fehlen/Vorhandensein von Resilienzfactoren auswirken: Hier wäre zu fordern, dass bei einer gleichen Anzahl von Risikofaktoren die Untergruppe mit mehr Schutzfactoren eine günstigere Entwicklung aufweist. Wird eine schützende Wirkung ohne bestehende Risikobelastung ausgelöst, spricht man von einer förderlichen Bedingung.¹⁰⁹

Auch wenn Kinder die Fähigkeit haben, Belastungen positiv zu bewältigen und sich trotz widriger Umstände günstig zu entwickeln, kann man sie nicht als vollkommen invulnerabel bezeichnen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass Resilienz keine stabile Größe ist, sondern sich über die Zeit und unterschiedliche Situationen hinweg verändert. Kinder können also in bestimmten Lebenssituationen über Ressourcen verfügen, die ihnen zu einer positiven Entwicklung verhelfen, während sie in anderen Risikosituationen eine erhöhte Vulnerabilität entwickeln. Werner¹¹⁰ bezeichnet dies als veränderliche Balance zwischen Vulnerabilität und Resilienz, die abhängig ist vom Lebensabschnitt, Merkmalen des Kindes sowie dem kulturellen Kontext. Die Variabilität der Resilienz zeigt sich auch in Phasen erhöhter Vulnerabilität, die den Entwicklungsverlauf eines Kindes kennzeichnen. Die sogenannten kritischen Phasen fordern eine Anpassungsleistung des Kindes an eine neue Situation. Das Kind ist in diesen Phasen anfälliger, so dass sich Risikobedingungen stärker auf die psychische Gesundheit auswirken können.¹¹¹

In Familien mit psychisch kranken Eltern liegt häufig eine Kumulation von Risikofaktoren vor, d. h. Risikofaktoren, die die Wahrscheinlichkeit, dass die Kinder selbst psychische Erkrankungen entwickeln, erhöhen, sind in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil häufig überrepräsentiert. Zum Beispiel verfügen Familien, in denen mindestens ein Elternteil depressiv ist, kaum über ein gut ausgebautes soziales Netzwerk, sie leben häufig isoliert, und aufgrund der depressiven Erkrankung kommt es zusätzlich häufig zu Ehestreitigkeiten oder Scheidungen der Eltern. Dabei erhöht das Vorhandensein eines Risikofaktors häufig die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten weiterer Risikofaktoren. Beispielsweise kann die elter-

Familien mit psychisch kranken Eltern

¹⁰⁹ Fröhlich-Gildhoff, Rönna-Böse (2009); Scheithauer et al. (2000).

¹¹⁰ Werner (2006).

¹¹¹ Wustmann (2004).

liche Erkrankung zur Arbeitslosigkeit und sozialem Abstieg der Familie führen und wiederum eine Isolation der Familie verursachen. Daraus wird die gravierende Bedrohung der Kinder deutlich. Natürlich gilt auch hier, dass sich die „negativen Effekte“ der Risikobedingungen gegenseitig verstärken und daher die kindliche Entwicklung stärker gefährden. Man geht heute davon aus, dass eine kumulative Wirkung der Risikofaktoren ursächlich für eine auffällige Entwicklung von Kindern ist.¹¹²

6.3.2 Familiäre und soziale Unterstützungsquellen als Resilienzfaktoren bei Kindern psychisch erkrankter Eltern

Resilienzfaktoren Man unterscheidet zwischen personalen, familiären und sozialen Resilienzfaktoren. Zu den personalen Resilienzfaktoren, die für Kinder psychisch kranker Eltern besonders relevant sind, zählen ein hohes Selbstwertgefühl, Problemlösekompetenz und eine hohe Selbstwirksamkeit.¹¹³ Als weitere Faktoren wurden ein aktives, robustes Temperament, Resilienzglaube und ein positives Selbstkonzept identifiziert.¹¹⁴ Als familiäre Resilienzfaktoren bei Kindern psychisch kranker Eltern gelten eine gute Erziehungskompetenz und Paarbeziehung der Eltern, eine gute Mutter-Kind-Beziehung, ein enger Familienzusammenhalt, die Verfügbarkeit eines gesunden Elternteils und eine gute Krankheitsbewältigung in der Familie dar.¹¹⁵ Als soziale Resilienzfaktoren gelten soziale Beziehungen zu Freunden, Verwandten oder Bekannten, also ein gutes soziales Netz und externe Unterstützungssysteme.¹¹⁶

Die bisherigen Ergebnisse deuten darauf hin, dass sowohl kognitive und soziale Fähigkeiten der Jugendlichen als auch positive Familienbeziehungen Schutzfaktoren für Kinder psychisch kranker Eltern darstellen.¹¹⁷ Bisher wurden die familiären Beziehungen in Familien mit psychisch kranken Eltern untersucht. Einige der bestehenden Studien befassen sich mit elterlicher Depression. In einer Längsschnittstudie mit 648 Kindern mit depressiven Müttern identifizierten Pargas et al.¹¹⁸ niedrige Werte der wahrgenommenen mütterlichen psychologischen Kontrolle und einen hohen IQ des Kindes als protektive Faktoren im Zusammenhang mit mütterlicher Depression. In einer Studie mit 11286 Zwei-Eltern-Familien fanden Malmberg & Flouri¹¹⁹ heraus, dass die Mutter-Kind-Beziehung und mütterlich-depressive Stimmung größere Auswirkungen auf das Problemverhalten von Kindern hatten als die Vater-Kind-Beziehung und väterlich-depressive Stimmung. Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung

¹¹² Lenz, Kuhn (2011).

¹¹³ Lenz, Kuhn (2011).

¹¹⁴ Gehrman, Sumargo (2009); Lee et al. (2010); Werner (1992)

¹¹⁵ Lenz, Kuhn (2011).

¹¹⁶ Werner (1992).

¹¹⁷ Radke-Yarrow et al. (1992).

¹¹⁸ Pargas et al. (2010).

¹¹⁹ Malmberg, Flouri (2011).

konnte Auswirkungen sozioökonomischer Benachteiligung auf emotionale Symptome auffangen. Jaser et al.¹²⁰ untersuchten Zusammenhänge zwischen mütterlicher Depression und Bewältigungsstrategien. In ihrer Stichprobe von 34 Müttern mit Depression und 38 Müttern ohne Depression standen höhere Werte der primären und sekundären Kontrollüberzeugung und niedrigere Werte der Trennungsbewältigung in Zusammenhang mit höheren Werten in positiver Stimmung und weniger depressiven Symptomen bei Jugendlichen. Beobachtete positive Stimmung war in dieser Stichprobe mit weniger depressiven Symptomen bei Jugendlichen verbunden, selbst nach Berücksichtigung der mütterlichen Vorgeschichte mit Depression und der aktuellen mütterlichen depressiven Symptome. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, wie wichtig es ist, positiven Affekt im Kontext von familiärem Stress als Indikator für Resilienz von Jugendlichen mit erhöhtem Risiko für Depression zu betrachten.

In der Längsschnittstudie von Kasen et al.¹²¹ trug eine erhöhte Religiosität zur Entwicklung der Resilienz bei Hochrisikonachkommen von depressiven Eltern bei. Bei den Nachkommen depressiver Eltern standen eine erhöhte Teilnahme und Bedeutung der Religiosität in Zusammenhang mit signifikant niedrigeren Werten für Depression, Stimmung und psychische Störungen bei Menschen mit hoher Exposition mit negativen Lebensereignissen. Das deutet darauf hin, dass eine erhöhte Religiosität die störungsanfällige Entwicklung, die für Nachkommen depressiver Eltern charakteristisch ist, unterbrechen kann.

Die vorliegende Literatur zeigt, dass familiäre Beziehungen eine wichtige Rolle für die Widerstandsfähigkeit von Kindern psychisch kranker Eltern spielen. Wir gehen davon aus, dass auch andere Beziehungen negative Auswirkungen ausgleichen können. In unserer Studie nahmen wir an, dass verschiedene Quellen der sozialen Unterstützung wie Kindergarten/Schule, Gleichaltrige, Geschwister und andere erwachsene Bezugspersonen für die Resilienz von Kindern psychisch kranker Eltern wichtig sind.

6.3.3 Methode

Durchführung

Die Studie wurde am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf im Zuge des Präventionsprogramms „Kinder psychisch kranker Eltern“¹²² durchgeführt. Innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten wurden alle stationär behandelten Patienten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie registriert. Patienten mit minderjährigen Kindern wurden weiter berücksichtigt, wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten: 18–60 Jahre alt, mindestens ein eigenes Kind im Alter von

**Präventions-
programm
„Kinder
psychisch
kranker Eltern“**

¹²⁰ Jaser et al. (2011).

¹²¹ Kasen et al. (2011).

¹²² Wiegand-Greife et al. (2011).

0–18 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse und die Zustimmung für die Teilnahme an der Studie. Ausschlusskriterien waren eine vorhergehende Teilnahme an der Studie im Falle einer wiederholten Krankenhauseinweisung sowie schwerwiegende psychische oder kognitive Einschränkungen.

Stichprobe

Insgesamt wurden 964 Patienten für die Studie registriert. Innerhalb der Stichprobe hatten 558 Patienten keine Kinder (58 %), 104 Patienten volljährige Kinder über 18 Jahre (11 %) und 135 Patienten waren über 60 Jahre alt (14 %). Von den restlichen 167 Eltern waren 42 (25 %) nicht einverstanden an der Studie teilzunehmen und weitere 39 Eltern (23 %) erfüllten die Einschlusskriterien nicht oder mussten aufgrund einer großen Anzahl fehlender Daten von der Datenauswertung ausgeschlossen werden. N = 86 Eltern nahmen an der Studie teil. Für die Datenanalyse konnten die Antworten von 70 Eltern verwendet werden. 16 Patienten mussten aufgrund von fehlenden Daten von der Analyse ausgeschlossen werden, andere hatten nicht genug Kontakt zu ihren Kindern oder die Kinder waren zu jung (0–3 Jahre). Jeder Patient bewertete ein Kind, welches nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurde. Die 70 psychisch kranken Eltern der Stichprobe waren 39 Mütter (55,7 %) und 31 Väter (44,3 %). Die Teilnehmer waren zwischen 23 und 58 Jahre alt ($M = 40,7$ Jahre, $SD = 7,5$). 51,4 % der Eltern waren verheiratet, 21,4 % waren geschieden, 2,9 % lebten getrennt von ihrem Ehepartner und 21,4 % waren alleinstehend. Ein Patient war verwitwet (1,4 %) und ein Patient (1,4 %) gab seinen Familienstand nicht an. Der höchste Bildungsgrad der Eltern war ein Gymnasialabschluss (42,9 %), gefolgt von Real- (31,4 %) und Hauptschulabschluss (21,4 %). Jeweils ein Patient (1,4 %) war ohne Schulabschluss, hatte einen Sonderschulabschluss oder einen anderen Schulabschluss. Die Berufsausbildung (37,1 %) und der Hochschulabschluss (24,3 %) waren die am häufigsten angegebenen Qualifikationen. 8,6 % der Eltern hatten einen Fachhochschulabschluss und 10 % hatten einen anderen Abschluss. Nur 11,4 % hatten keine weitere Qualifikation, 4,3 % (drei Elternteile) waren Schüler*innen oder Auszubildende und 4,3 % machten keine Angabe zu ihrer Qualifikation.

49 (70 %) Eltern gaben an, dass ihre Kinder in ihrem Haushalt leben. Die restlichen 21 Kinder (30 %) lebten getrennt vom befragten Elternteil. Von diesen 21 Kindern lebten 14 (66,7 %) im Haushalt des anderen Elternteils. Jeweils ein Kind lebte bei Verwandten oder in einer Pflegefamilie. Drei Kinder lebten in einer Pflegeeinrichtung und zwei Kinder (8 %) lebten in einer eigenen Wohnung.

Messinstrumente

Die Eltern bewerteten die Resilienz ihrer Kinder anhand der Child Behavior Checklist/4–18 (CBCL/4–18, Working Group German Child Behavior Checklist, 1994). Die CBCL/4–18 ist ein weit verbreit-

tetes Instrument zur Unterscheidung zwischen klinisch auffälligen, nicht resilienten Kindern und klinisch nicht auffälligen, resilienten Kindern.¹²³ Beim CBCL bewerten Eltern ihre Kinder in Bezug auf 113 spezifische Problemsituationen auf einer 3-Punkt-Skala (nicht wahr (0), etwas/manchmal wahr (1), sehr/oft wahr (2)). Die daraus resultierenden Skalen umfassen einen Gesamtproblem-Score, zwei Breitband-Scores (Internalisierungs- und Externalisierungsprobleme) und acht Syndrom-Skalen (sozialer Rückzug, somatische Beschwerden, Angst/Depressionen, soziale Probleme, Denkprobleme, Aufmerksamkeitsprobleme, delinquentes Verhalten, aggressives Verhalten).

Die soziale Unterstützung der Kinder durch Kindergarten/Schule, Freunde und Familie wurde von ihren Eltern mit dem **KINDL**^R-Fragebogen bewertet.¹²⁴ Der **KINDL**^R umfasst 24 Items auf einer 5-Punkt-Likert-Skala. Die daraus resultierenden Subskalen sind: körperliches Wohlbefinden, emotionales Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Familie, Freunde und Alltagsfunktion (Schule oder Kindergarten). Psychometrische Befunde zeigten eine hohe Reliabilität (Cronbachs $\alpha \geq 0.70$ für die meisten Subskalen und Stichproben) und eine zufriedenstellende konvergente Validität. Für die vorliegende Studie wurden die entsprechenden Skalen (Familie, Freunde und Alltagsfunktion) verwendet.

Unterstützung durch andere erwachsene Bezugspersonen und ältere Geschwister sowie die Qualität der Beziehung zwischen Kind und gesundem Elternteil und einer Konstellation von Alleinerziehenden wurden mit Hilfe eines Fragebogens erhoben, der von den Patienten beantwortet wurde. Dieser Fragebogen enthielt auch sozioökonomische Daten. Die psychiatrische Diagnose der Eltern wurde von den behandelnden Psychiatern nach den diagnostischen Kriterien des ICD-10 vergeben.¹²⁵

Die vorliegende Studie untersucht, ob familiäre und soziale Beziehungen als Faktoren für die Resilienz von Kindern psychisch kranker Eltern angesehen werden können. Es wird vermutet, dass die psychische Gesundheit als Indikator für Resilienz der Kinder mit abnehmender Anzahl verfügbarer Unterstützungsquellen in ihrer unmittelbaren Umwelt abnimmt.

6.3.4 Ergebnisse

In einem ersten Schritt wurde analysiert, welche Art von sozialer Unterstützung die Resilienz bei Kindern psychisch erkrankter Eltern vorhersagen kann. Aus der vorhandenen Literatur wurden folgende Quellen der sozialen Unterstützung als wichtig für die Resilienz der Kinder in Familien mit psychisch erkrankten Eltern identifiziert:

Art von sozialer Unterstützung

¹²³ Vgl. Bradley et al. (1994); Compas et al. (1991); Grizenko, Pawlink (1994); Kaufman et al. (1994); Lösel et al. (1989); Smith, Prior (1995); Spaccarelli, Kim (1995).

¹²⁴ Ravens-Sieberer, Bullinger (1998).

¹²⁵ WHO (2005).

1. Soziale Unterstützung durch Kindergarten/Schule
2. Soziale Unterstützung durch Gleichaltrige
3. Soziale Unterstützung durch die Familie
4. Soziale Unterstützung durch andere erwachsene Bezugspersonen
5. Soziale Unterstützung durch ältere Geschwister
6. Gute Beziehung zwischen Kind und gesundem Elternteil
7. Elternteil ist nicht alleinerziehend

Um zu prüfen, ob die Anzahl der Unterstützungsquellen mit der psychischen Gesundheit und Resilienz der Kinder zusammenhängt, wurde eine Variable erstellt, die die Anzahl der Unterstützungsquellen repräsentiert. Im nächsten Schritt wurden die Zusammenhänge zwischen dieser Variablen (Anzahl Unterstützungsquellen) und der psychischen Gesundheit der Kinder betrachtet.

**Anzahl der
Unterstützungs-
quellen**

Tabelle 80: Korrelationen zwischen Anzahl der Unterstützungsquellen und aller Skalen der psychischen Gesundheit (Syndromskalen und übergeordnete Skalen der CBCL/4–18)

Syndromskala der CBCL/4–18 (Art der Verhaltensprobleme)	Anzahl der Unterstützungsquellen
1.Skala: Sozialer Rückzug	-.42**
2.Skala: Körperliche Beschwerden	-.21
3.Skala: Ängstlich/Depressiv	-.46**
4.Skala: Soziale Probleme	-.20
5.Skala: Schizoid/Zwanghaft	-.24
6.Skala: Aufmerksamkeitsprobleme	-.31*
7.Skala: Dissoziales Verhalten	-.38**
8.Skala: Aggressives Verhalten	-.48***
T-Wert für Problemverhalten insgesamt	-.38*
T-Wert für internalisierende Auffälligkeiten	-.35*
T-Wert für externalisierende Auffälligkeiten	-.36*
Anmerkungen: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$	

Die Anzahl der Unterstützungsquellen zeigt mit den übergeordneten Summenskalen der CBCL mittlere negative signifikante Korrelationen, das Kind zeigt weniger Verhaltensauffälligkeiten, wenn ihm mehr Unterstützungsquellen zur Verfügung stehen (Tab. 80). Betrachtet man die einzelnen Syndromskalen, so zeigt die Anzahl der

Unterstützungsquellen mit dem sozialen Rückzug, der Ängstlichkeit/Depressivität, den Aufmerksamkeitsproblemen, dem dissozialen Verhalten und dem aggressiven Verhalten negative signifikante bis hoch signifikante Zusammenhänge. Das bedeutet: je mehr Unterstützungsquellen dem Kind zur Verfügung stehen, desto weniger Probleme zeigt es im sozialen Bereich, desto weniger leidet es unter Ängsten oder Depressionen, desto weniger Schwierigkeiten hat es mit der Aufmerksamkeit und desto weniger zeigt es dissoziales oder aggressives Verhalten und umgekehrt.

6.3.5 Unterscheiden sich die Unterstützungen von resilienten und nicht-resilienten Kindern?

Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben wird untersucht, inwiefern sich die Gruppe der resilienten von der Gruppe der nicht-resilienten Kinder in der Anzahl Belastungen und Unterstützungsquellen signifikant unterscheiden. Dafür werden diese beiden Gruppen in diesen beiden Variablen nach Anzahl der Unterstützungsquellen und Anzahl der Belastungen (Risikofaktoren) genauer betrachtet.

Belastungen und Unterstützungsquellen

Tabelle 81: Die Anzahl der Unterstützungsquellen und der Belastungen in Abhängigkeit von der Resilienz (Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben)

Variable	Psychische Gesundheit/Resilienz des eingeschätzten Kindes	N	MW	SD	t	df	p
Anzahl der Unterstützungsquellen	nicht-resilient	22	3,41	1,47	-1,787	39	.082
	resilient	19	4,16	1,17			
Anzahl der Belastungen (Risikofaktoren)	nicht-resilient	22	6,45	1,99	,946	39	.350
	resilient	19	5,89	1,76			

Anmerkungen: N = Stichprobengröße; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade; p = Irrtumswahrscheinlichkeit zweiseitig; fett-kursive Schrift = Tendenz zur Signifikanz

Beide Gruppen, die resilienten und die nicht-resilienten Kinder, weisen gleichermaßen Belastungen auf. In der Anzahl der Belastungen (Risikofaktoren) liegen keine Unterschiede zwischen den Gruppen vor, aber die resilienten Kinder weisen tendenziell mehr Unterstützungsquellen auf. Die resilienten Kinder haben tendenziell eine durchschnittlich höhere Anzahl von Unterstützungsquellen zur Verfügung als die nicht-resilienten Kinder (vgl. Tabelle 81).

Die Anzahl der Belastungen (Risikofaktoren) zeigt keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten.

ten bei Kindern, aber die Anzahl der Unterstützungsquellen steht in hoch signifikanten Zusammenhang mit dem Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.

Tabelle 82: Deskriptive Statistiken der Skalen des KINDL^R in Abhängigkeit von der Resilienz und Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben

Unterstützungsquellen	psychische Gesundheit/Resilienz des eingeschätzten Kindes	N	MW	SD	t	df	p
KINDL ^R – Schule	nicht-resilient	22	67.61	20.38	-2.048	39	.047*
	resilient	19	78.95	13.85			
KINDL ^R – Freunde	nicht-resilient	22	69.32	13.63	-1.924	38	.062
	resilient	18	77.78	14.09			
KINDL ^R – Familie	nicht-resilient	22	62.22	21.52	-2.100	39	.042*
	resilient	19	74.67	15.38			

Anmerkungen: N = Stichprobengröße; MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t = Prüfgröße Mittelwertgleichheit; df = Anzahl der Freiheitsgrade; p = Irrtumswahrscheinlichkeit zweiseitig; fett-kursive Schrift = Tendenz zur Signifikanz; * p ≤ .05

Im Vergleich der Mittelwerte (Tab. 82) zeigt sich, dass die resilienten Kinder eine durchschnittlich höhere Unterstützung durch Schule, Freunde und Familie erfahren. Der t-Test für unabhängige Stichproben zeigt sich bei den Mittelwertsunterschieden bezüglich der Schule und der Familie auf dem 5 % Niveau signifikant.

Tabelle 83: Bivariate Korrelationen zwischen den einzelnen Unterstützungsquellen und den Skalen der CBCL (1)

Unterstützungsquellen	Skala der CBCL					
	Sozialer Rückzug	Körperliche Beschwerden	Ängstlich/Depressiv	Soziale Probleme	Schizoid/Zwanghaft	Aufmerksamkeitsprobleme
Unterstützung durch Kindergarten/Schule	-.52***	-.49**	-.61***	-.41**	-.12	-.58***
Unterstützung durch gleichaltrige Freunde	-.30*	-.17	-.34*	-.53***	-.20	-.37*

Unterstützungsquellen	Skala der CBCL					
	Sozialer Rückzug	Körperliche Beschwerden	Ängstlich/Depressiv	Soziale Probleme	Schizoid/Zwanghaft	Aufmerksamkeitsprobleme
Unterstützung durch die Familie	-.25	-.26	-.41**	-.29*	-.14	-.32*
Unterstützung d. weitere erwachsene Bezugspersonen	-.19	-.18	-.15	.04	-.06	-.13
Unterstützung durch ältere Geschwister	.11	-.03	.05	.07	.05	.12
Gute Beziehung zwischen Kind und anderen Elternteil	-.17	.07	-.21	.03	-.05	.06
Elternteil ist nicht alleinerziehend – hat Ehe/Partner	-.04	.15	.08	.19	-.13	.16

Anmerkungen: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$

Tabelle 84: Bivariate Korrelationen zwischen den einzelnen Unterstützungsquellen und den Skalen der CBCL (2)

Unterstützungsquellen	Skala der CBCL		T-Wert für		
	Dissoziales Verhalten	Aggressives Verhalten	internalisierende Auffälligkeiten CBCL	externalisierende Auffälligkeiten CBCL	Problemverhalten insgesamt
Unterstützung durch Kindergarten/Schule	-.32*	-.52***	-.54***	-.43**	-.50**
Unterstützung durch gleichaltrige Freunde	-.33*	-.38**	-.30	-.29	-.36*
Unterstützung durch die Familie	-.35*	-.55***	-.27	-.44**	-.43**

Unterstützungsquellen	Skala der CBCL		T-Wert für		
	Dissoziales Verhalten	Aggressives Verhalten	internalisierende Auffälligkeiten CBCL	externalisierende Auffälligkeiten CBCL	Problemverhalten insgesamt
Unterstützung d. weitere erwachsene Bezugspersonen	-.17	-.22	-.05	-.09	-.01
Unterstützung durch ältere Geschwister	-.10	.03	.02	-.12	-.03
Gute Beziehung zwischen Kind und anderen Elternteil	-.07	-.07	-.16	.02	-.01
Elternteil ist nicht alleinerziehend – hat Ehe/Partner	.04	.09	.10	.26	.27
Anmerkungen: * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$ *** $p \leq .001$					

Unterstützung durch Kindergarten/Schule

Die **Unterstützung durch Kindergarten/Schule** weist mittlere bis hoch signifikante Zusammenhänge mit fast allen Syndromskalen des CBCL (außer Skala schizoid/zwanghaft) auf (vgl. Tab. 78). Somit ergeben sich auch hoch signifikante Zusammenhänge mit den Summenskalen. Alle Korrelationen fallen negativ aus, d. h., dass die Kinder weniger unter sozialem Rückzug, körperlichen Beschwerden, ängstlich/depressiven Verhalten, sozialen Problemen, Aufmerksamkeitsproblemen, dissozialem und aggressivem Verhalten leiden, wenn sie Unterstützung durch Kindergarten bzw. Schule erfahren. Für die Summenskalen gilt somit auch: Erhalten die Kinder Unterstützung durch Kindergarten/Schule, desto weniger auffällig werden sie sich im internalisierenden, externalisierenden und Gesamtproblemverhalten.

Unterstützung durch gleichaltrige Freunde

Auch die **Unterstützung durch gleichaltrige Freunde** zeigt mittlere bis hoch signifikante Korrelationen mit dem Auftreten von sozialem Rückzug, ängstlich/depressivem Verhalten, sozialen Problemen, Aufmerksamkeitsproblemen, dissozialem und aggressivem Verhalten und dem Gesamtproblemverhalten. Die Korrelationen sind auch hier wieder negativ, d. h., dass die Kinder tendenziell weniger unter sozialem Rückzug, ängstlich/depressivem Verhalten, sozialen Problemen, Aufmerksamkeitsproblemen, dissozialem und aggressivem Verhalten leiden, wenn sie Unterstützung durch gleichaltrige Freunde erfahren. Auch im Gesamtproblemverhalten zeigt sich dieser Zusammenhang.

Schließlich zeigen sich auch mittlere bis hoch signifikante Zusammenhänge zwischen der **Unterstützung durch die Familie** und dem Auftreten von ängstlich/depressiven Verhalten, sozialen und Aufmerksamkeitsproblemen, dissozialem und aggressiven Verhalten, externalisierenden Auffälligkeiten und dem Gesamtproblemverhalten. Die Korrelationen sind alle negativ, d. h., dass die Kinder tendenziell weniger unter den bereits genannten Verhaltensauffälligkeiten leiden, wenn sie durch die Familie unterstützt werden und umgekehrt.

Unterstützung durch die Familie

Bei der Unterstützung durch weitere erwachsene Bezugspersonen, Unterstützung durch ältere Geschwister, gute Beziehung zwischen Kind und anderem Elternteil und Elternteil ist nicht alleinerziehend/hat (Ehe-)Partner, zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit den Syndromskalen und den Summenskalen des CBCL.

6.3.6 Diskussion

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl verfügbarer Unterstützungsquellen in der unmittelbaren Umgebung der Kinder (Betreuung durch Geschwister und Großeltern, gleichaltrige Freunde usw.) und ihrer psychischen Gesundheit bzw. Resilienz, erwies sich bei Kindern von psychisch schwer erkrankten Eltern als signifikant bis hoch signifikant. Die Korrelationen zwischen Anzahl der Unterstützungsquellen und den einzelnen Syndrom- bzw. Summenskalen der CBCL/4–18 lagen im Durchschnitt bei $-.35^*$ und in der Spitze für aggressives Verhalten bei $-.48^{***}$. Der Zusammenhang war erwartungsgemäß negativ, d. h. mit abnehmender Anzahl verfügbarer Unterstützungsangebote nahmen die Verhaltensauffälligkeiten der Kinder zu und umgekehrt. Dieses Ergebnis bestätigt die Erkenntnisse der klassischen Resilienzforschung und unterstreicht die wichtige Bedeutung der Unterstützungsquellen in der unmittelbaren Umwelt des Kindes für dessen psychische Gesundheit und Resilienz.

Bei Betrachtung der einzelnen Unterstützungsangebote ergibt sich das folgende Bild: Die Variablen Unterstützung durch Kindergarten/Schule, Unterstützung durch gleichaltrige Freunde und Unterstützung durch die Familie zeigen die höchsten negativen Zusammenhänge mit den verschiedenen internalisierenden und externalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (Skalen der CBCL). Die Korrelationen lagen im Durchschnitt bei $-.30$ und in der Spitze für ängstlich/depressives Verhalten bei $-.61^{***}$. Die Variablen Unterstützung durch weitere erwachsene Bezugspersonen, durch ältere Geschwister, gute Beziehung zwischen Kind und anderem Elternteil und Elternteil nicht alleinerziehend/hat Ehe-/Partner, zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit den Skalen der CBCL. Die Korrelationsberechnungen wurden mit dem Ziel durchgeführt, den Zusammenhang jeder einzelnen Unterstützungsquelle mit jeder Skala der CBCL darzustellen. Zu betonen ist dabei, dass nur die Kinder, im Haushalt des psychisch kranken Elternteils leben, in die Berechnungen

einbezogen wurden, um einerseits die Lebensumstände und die ständige, alltägliche Einflussnahme des psychisch kranken Elternteils auf das Kind bei allen Kindern möglichst gleich zu halten.

Insgesamt bestätigen die Ergebnisse, dass die Kumulation von Schutzfaktoren als Unterstützungsquellen eine große Bedeutung für die gesunde Entwicklung des Kindes hat. Im Entwicklungsverlauf erwerben die Kinder mit Unterstützungsquellen offenbar Strategien und Kompetenzen, um mit den schwierigen Lebensumständen umgehen zu können und sich den Gegebenheiten anzupassen.

6.3.7 Literatur

- Fröhlich-Gildhoff, K., & Rönna-Böse, M. (2009): Resilienz. München: Ernst Reinhardt.
- Gehrmann, J., & Sumargo, S. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157: 383–394.
- Jaser, S.S., Champion, J.E., Dharamsi, K.R., Riesing, M.M., Compas, B.E. (2011): Coping and positive affect in adolescents of mothers with and without a history of depression. *Journal of Child and Family Studies*, 20: 353–360.
- Kasen, S., Wickramaratne, P., Gameroff, M.J., Weissman, M.M. (2012): Religiosity and resilience in persons at high risk for major depression. *Psychological Medicine*, 42: 509–519.
- Lee, T.-Y., Kwong, W.-M., Cheung, C.-K., Ungar, M., & Cheung, M. (2010): Children's resilience-related beliefs as a predictor of positive child development in the face of adversities: Implications for interventions to enhance children's quality of life. *Social Indicators Research*, 95: 437–453.
- Lenz, A., & Kuhn, J. (2011): Was stärkt Kinder psychisch kranker Eltern und fördert ihre Entwicklung? Überblick über Ergebnisse der Resilienz- und Copingforschung. In: S. Wiegand-Grefe, F. Mattejat & A. Lenz (Hrsg.), *Kinder mit psychisch kranken Eltern. Klinik und Forschung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht: 269–298.
- Malmberg, L.-E., Flouri, E. (2011): The comparison and interdependence of maternal and paternal influences on young children's behavior and resilience. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3): 434–444.
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008): Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56: 255–263.
- Pargas, R. C. M., Brennan, P.A., Hammen, C., Le Broque, R. (2010) Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology*, 46 (4): 805–814.

- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Martinez, P., Fox, M., & Belmaont, B. (1992): Young children of affectively ill parents. A longitudinal study of psychosocial adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 68–77.
- Ravens-Sieberer, U., & Bullinger, M. (1998): Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results. *Quality of life research*, 7(5): 399–407.
- Rutter, M. (1990): Commentary: some focus and process considerations regarding effects of parental depression on children. *Developmental Psychology*: 60–67.
- Scheithauer, H., Niebank, K., Petermann, F. (2000): Biopsychosoziale Risiken in der Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungspsychopathologischer Sicht. In: Petermann, F., Niebank, K., Scheithauer, H. (Hrsg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Entwicklungspsychopathologie der ersten Lebensjahre*. Göttingen: Hogrefe, 65–97
- Werner, E. (1992): The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13: 262–268.
- Werner, E. (2006). Wenn Menschen trotz widriger Umstände gedeihen – und was man daraus lernen kann. In R. Welter-Enderlin & B. Hildenbrand (Hrsg.), *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*, Heidelberg: Carl- Auer-Systeme: 28–42.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982): *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York: McGraw-Hill.
- Wiegand-Grefe, S., Geers, P., Rosenthal, S., & Plaß, A. (2009): Kinder psychisch kranker Eltern – Risiko, Resilienz und Prävention. *Oralprophylaxe und Kinderzahnheilkunde*, 31(4): 161–168.
- Wiegand-Grefe, S., Halverscheid, S., & Plaß, A. (2011): *Kinder und ihre psychisch kranken Eltern: Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz*. Göttingen: Hogrefe.
- Wustmann, C. (2004): *Resilienz – Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern*. Weinheim & Basel: BELTZ.

6.4 Mental Health Literacy bei Kindern und Jugendlichen – Potenziale für die Förderung psychischer Gesundheit

Gastbeitrag von: Alexandra M. Frejšan^{1,2}, Patricia Graf¹, Torsten M. Bollweg¹, Ullrich Bauer¹. (1 = Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld. 2 = School of Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Verschiedenen Studien zufolge ist ein erheblicher Anteil der jungen Menschen nicht in der Lage, psychische Erkrankungen wie z. B. eine Depression oder Angststörung zu erkennen.¹²⁶ Allerdings kann die Fähigkeit, psychische Erkrankung zu erkennen, als wesentliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Hilfesuche gesehen werden.¹²⁷ Mit dem Konzept Mental Health Literacy (deutsch: psychische Gesundheitskompetenz) findet ein in Deutschland vergleichsweise neuer Ansatz seinen Weg in das Feld der Prävention psychischer Erkrankungen, der sich diesem Sachverhalt widmet.

6.4.1 Was ist Mental Health Literacy?

MHL – Definition Bereits im Jahr 1997 prägten Anthony Jorm und Kolleg*innen den Begriff „Mental Health Literacy“ (MHL). MHL umfasst nach ihrer Definition sowohl Wissen als auch Einstellungen in Bezug auf psychische Erkrankungen sowie deren Behandlungsmöglichkeiten und spielt daher eine essenzielle Rolle in der Prävention von und dem Umgang mit psychischen Erkrankungen.¹²⁸ Konkret umfasst MHL die Kompetenz, Symptome psychischer Erkrankungen (z. B. einer Depression oder Schizophrenie) korrekt erkennen und benennen, eine psychische Erkrankung von Belastungszuständen (z. B. Trauer nach dem Tod einer nahestehenden Person) unterscheiden sowie geeignete Unterstützungsmöglichkeiten und potenzielle professionelle Anlaufstellen identifizieren zu können.¹²⁹

MHL fördert Hilfesuchverhalten Aufbauend auf diesen Fertigkeiten (Erkennen und Benennen) soll eine gute MHL Personen, die eine psychische Erkrankung haben, dazu befähigen, zeitnah professionelle Hilfsangebote aus dem Gesundheitswesen aufzusuchen, entsprechende Behandlungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen und gegebenenfalls langfristig weiterzuführen. Diese Verbindung wird durch empirische Studien bestätigt: Personen mit einer höheren MHL tendieren eher dazu, professionelle Hilfe, z. B. durch eine*n Psychotherapeut*in, aufzusuchen und diese Angebote auch anderen Personen mit einer psychischen Erkrankung zu empfehlen.¹³⁰ Bei 12- bis 25-Jährigen hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass die Fähigkeit, eine Depression und eine Schizophrenie korrekt zu erkennen und zu benennen, mit einer

¹²⁶ Olsson, Kennedy (2010); Coles et al. (2016).

¹²⁷ Olsson, Kennedy (2010); Leighton (2010).

¹²⁸ Jorm et al. (1997).

¹²⁹ Leighton (2010).

¹³⁰ Cheng et al. (2018); Coles, Coleman (2010); Wright et al. (2007).

höheren Wahrscheinlichkeit verbunden ist, professionelle Hilfeangebote als die Behandlungsmethode der Wahl anzugeben, die auch den aktuellen evidenz-basierten wissenschaftlichen Standards entsprechen.¹³¹

Die Förderung des Hilfesuchverhaltens durch MHL erscheint vor dem Hintergrund der im Allgemeinen nur mangelhaften Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei psychischen Erkrankungen besonders relevant: Schätzungen zufolge sucht lediglich ein Drittel der durch eine psychische Erkrankung betroffenen Menschen professionelle Behandlungsmaßnahmen auf.¹³² Unbehandelte psychische Erkrankungen (auch bei Kindern und Jugendlichen) können allerdings einen langfristig negativen Verlauf und eine chronische Entwicklung nehmen.¹³³ Die gesamtgesellschaftlichen Folgen von nicht adressierten psychischen Erkrankungen sind weitreichend – von persönlichem Leid bis zu frühzeitigem Tod. So stellen psychische und Verhaltensstörungen den viertwichtigsten Grund für den Verlust gesunder Lebensjahre in Deutschland dar.¹³⁴

MHL fördert nicht nur das Hilfesuchverhalten, sondern kann durch die Erhöhung der Adhärenz auch unterstützend für den Therapieerfolg wirken. Für die Behandlung psychotischer Störungen zeigt sich beispielsweise, dass diejenigen Menschen, die über weniger Informationen über ihr Krankheitsbild und dessen Behandlung verfügen, ein erhöhtes Risiko aufweisen, die Therapie abzubrechen.¹³⁵ Im Allgemeinen wird Non-Compliance (z. B. Therapieabbruch oder die falsche Einnahme von Medikamenten) mit negativen Folgen für Personen mit einer psychischen Erkrankung in Verbindung gebracht, wie zum Beispiel mit vermehrten Krankenhauseinweisungen und höheren Suizid- und Mortalitätsraten.¹³⁶ Vor diesem Hintergrund kann MHL nicht nur zum Therapieerfolg beitragen, sondern auch zu einer Entlastung des Gesundheitswesens.¹³⁷

Als präventiver Ansatz erscheint die Förderung von MHL zentral, um chronischen Verläufen psychischer Erkrankungen vorzubeugen und eine schnelle und reibungslose Aufnahme von Personen in das Versorgungssystem sicherzustellen, die psychisch erkrankt sind. Wichtig hierbei ist allerdings, dass MHL nicht nur als die Fähigkeit verstanden wird, eine psychische Erkrankung bei sich selbst zu erkennen und entsprechende Hilfesuchstrategien zu identifizieren. MHL-Förderung befähigt auch diejenigen, die nicht selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, psychische Problemlagen bei anderen Personen zu erkennen und diese Personen dann ggf. auch zu unterstützen.¹³⁸ Empirische Ergebnisse deuten darauf hin,

Nur ein Drittel der Personen sucht bei psychischer Erkrankung professionelle Hilfe

MHL fördert Compliance im Therapieverfahren

MHL als soziale Ressource

¹³¹ Wright et al. (2007).

¹³² Kessler et al. (2001).

¹³³ Schmidt (2004).

¹³⁴ Plass et al. (2014).

¹³⁵ Misdrahi et al. (2012).

¹³⁶ Chapman, Horne (2013).

¹³⁷ Cutler et al. (2018); Joe, Lee (2016).

¹³⁸ Kitchener, Jorm (2002).

dass die Förderung von MHL die Bereitschaft sowie auch die tatsächliche Unterstützung von Personen, die von psychischen Problemen betroffen sind, steigert und die soziale Distanz gegenüber diesen reduziert.¹³⁹ MHL-Förderung begünstigt ferner eine offene und unterstützende Haltung gegenüber Menschen, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind, indem stigmatisierende Mythen und Stereotypen über psychische Erkrankungen durch adäquateres Wissen ersetzt werden. Dies kann sowohl im Hilfesuchprozess als auch beim Umgang mit der eigenen psychischen Erkrankung eine erhebliche Erleichterung darstellen, da die Angst vor der Offenlegung der psychischen Erkrankung und die Angst davor, stigmatisiert zu werden, wesentlich dazu beitragen, dass professionelle Hilfe *nicht* in Anspruch genommen wird.¹⁴⁰

Die Rolle von MHL in der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Erweiterung des Konzepts MHL

Die hohe Relevanz des Stigmas beim Umgang mit psychischen Erkrankungen wird auch in der internationalen MHL-Forschung inzwischen zunehmend anerkannt. Kutcher, Wei und Coniglio (2016) haben die zuvor genannte Definition des MHL-Konstrukts von Jorm et al. (1997) inzwischen erweitert und Entstigmatisierung als einen zentralen Bestandteil ergänzt. Die Förderung von MHL zielt infolgedessen auch explizit darauf ab, psychische Erkrankungen von Stereotypen, Mythen und diskriminierenden Einstellungen zu befreien. Kutcher et al. (2016) setzen zusätzlich auf eine neue Ausrichtung des MHL-Konzepts, indem die Defizitorientierung des Konzepts (das Vorbeugen von psychischen Erkrankungen), durch die Fokussierung der Förderung von (positiver) psychischer Gesundheit ausgeglichen wird. Somit findet das Konzept auch in der Primärprävention und Gesundheitsförderung Anschluss. Dieses erweiterte Verständnis von MHL liegt auch diesem Beitrag zu Grunde.

6.4.2 Relevanz von MHL im Leben junger Menschen

MHL findet z. B. dann Anwendung, wenn junge Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen sowie den dazugehörigen Symptomen und Auswirkungen konfrontiert sind. Dies ist nicht nur dann der Fall, wenn Kinder und Jugendliche selbst von kumulierten Problemlagen, Anforderungen und Belastungen betroffen sind, die sich in einer psychischen Erkrankung manifestieren, sondern auch dann, wenn psychische Belastungen und Erkrankung als beobachtbare Phänomene in verschiedenen sozialen und medialen Kontexten auftauchen.

Psychische Belastungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Ein Großteil der psychischen Erkrankungen spielt bereits im Kindes- und Jugendalter eine Rolle. Ungefähr 70 % der psychischen Erkran-

¹³⁹ Hadlaczky et al. (2014).

¹⁴⁰ Clement et al. (2015); SANE Australia (2013).

kungen entwickeln sich vor dem 24. Lebensjahr, während sich ca. 50 % schon vor dem 14. Lebensjahr bemerkbar machen.¹⁴¹

In Bezug auf die eigene Betroffenheit junger Menschen sind im Lebensverlauf verschiedene Ansatzpunkte für MHL-Förderung denkbar. In der Lebensphase Kindheit steht zunächst die MHL von Eltern, sowie von medizinischem und pädagogischem Fachpersonal im Vordergrund. MHL von Eltern umfasst hierbei neben der Fähigkeit, psychische Auffälligkeiten als solche zu erkennen, auch das Wissen über geeignete professionelle Anlaufstellen sowie die Bereitschaft, sich bei außergewöhnlichen Belastungszuständen im Sinne der gesunden Entwicklung der betroffenen Kinder tatsächlich auch an diese zu wenden. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in der gesellschaftlichen Wahrnehmung entstigmatisiert werden.

Für das pädagogische Setting scheint die Förderung der MHL von Lehrkräften sinnvoll, da diese als wesentliche Gatekeeper (Lotsen) in das Versorgungssystem dienen können. Wenngleich das Diagnostizieren psychischer Erkrankungen nicht in das Aufgabenspektrum von Lehrkräften fällt und fallen sollte, ist dennoch anzuerkennen, dass diese oftmals eine gute Wahrnehmung für Auffälligkeiten und Verhaltensänderungen bei Schüler*innen haben¹⁴². Dementsprechend ist es Lehrkräften prinzipiell möglich, auf Basis entsprechender Wissensbestände im Einzelfall auf potenzielle Hilfsangebote zu verweisen.¹⁴³ Aufbauend auf dieser Annahme wurde in Kanada eine Fortbildung für Akteur*innen im Setting Schule (Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter*innen, Schulleitung, usw.) unter dem Namen „Go-To Educator“ entwickelt und evaluiert.¹⁴⁴ Die Fortbildung zielt darauf ab, eine*n Ansprechpartner*in im Setting Schule bereitzustellen, um eine schnelle Identifikation psychischer Problemlagen bei Schüler*innen zu ermöglichen. Durch die Verbesserung von Wissen über psychische Erkrankungen und die Förderung einer offenen Haltung konnte erreicht werden, dass sich teilnehmende Personen im Umgang mit psychischen Problemen von Schüler*innen sicherer fühlen.¹⁴⁵ Eine systematische Literaturrecherche zur Effektivität der Fortbildungen für das Schulpersonal zeigte zudem, dass diese durchaus zu einem adäquateren Umgang und einer besseren Selbstwirksamkeit im Umgang mit belasteten Schüler*innen führt. Die Autor*innen merken allerdings an, dass die Evidenzbasis wegen der mangelnden Studienqualität noch nicht genügt, um allgemeine Schlussfolgerungen zu ziehen.¹⁴⁶ Diesbezüglich sind folglich noch weitere, belastbarere Studien notwendig.

MHL von Eltern

MHL von pädagogischem Fachpersonal

Pädagogisches Fachpersonal als Ansprechpartner*innen bei psychischen Problemlagen

¹⁴¹ Kessler et al. (2005); O'Connell et al. (2009).

¹⁴² Bruland et al. (2017).

¹⁴³ Franklin et al. (2012).

¹⁴⁴ Wei, Kutcher (2014).

¹⁴⁵ Wei, Kutcher (2014).

¹⁴⁶ Yamaguchi et al. (2019).

Schule als vielversprechendes Setting zur Förderung von MHL

Im schulischen Setting kann ferner die MHL von Schüler*innen direkt adressiert werden. Denkbar sind hier Unterrichtsinhalte und projektformige Angebote, die auf die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und eine entsprechende Wissensvermittlung abzielen, sowie auf die Förderung des psychischen Wohlbefindens. Insgesamt bietet das Bildungssystem vielversprechende Ansatzpunkte für die systematische und nachhaltige Förderung von MHL, die – in Richtung einer offenen, aktiven und konstruktiven Bewältigung – zu einem Wandel des gesamtgesellschaftlichen Umgangs mit psychischen Erkrankungen beitragen kann. Bei einem solchen breiten Ansatz wäre davon auszugehen, dass die MHL junger Menschen nach und nach verbessert werden kann, sodass bspw. die frühzeitige Inanspruchnahme von (professionellen) Hilfen auch im Jugendalter steigt und Chronifizierungsprozessen vorgebeugt werden kann.

Psychische Belastungen im sozialen Umfeld

Kinder und Jugendliche sind nicht nur dann mit psychischen Belastungen konfrontiert, wenn sie selbst betroffen sind, sondern auch dann, wenn psychische Belastungen bzw. Erkrankungen im sozialen Umfeld auftreten. Obwohl anerkannt werden muss, dass psychische Auffälligkeiten und Erkrankungen in allen Altersgruppen auftreten, kann kaum quantifiziert werden, wie oft junge Menschen die Symptome und Auswirkungen psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen in ihrem sozialen Umfeld beobachten können. Schon für den Bereich der Kernfamilie ist eine Einschätzung schwierig, da entsprechende Daten weder systematisch noch repräsentativ vorliegen. Es wird jedoch geschätzt, dass in Deutschland pro Jahr etwa drei Millionen Kinder eine psychische Erkrankung eines Elternteils miterleben, wobei diese bei ca. 175.000 Kindern mit der stationären Behandlung eines Elternteils einhergeht.¹⁴⁷

MHL in der Familie: thematisieren und verstehen

Wenngleich keineswegs allgemeingültig, ist bei der Konstellation der Kinder mit psychisch erkranktem Elternteil die Beobachtung zentral, dass krankheitsbezogene Verhaltensänderungen von Eltern durch die betroffenen Kinder in der Regel deutlich wahrgenommen werden können, eine offene Thematisierung der Erkrankung allerdings oftmals ausbleibt.¹⁴⁸ Tatsächlich wird allerdings angenommen, dass ein offener Umgang und das Wissen über die elterliche Erkrankung dabei helfen können, Unsicherheiten und Ängste auf Seiten der Kinder zu vermeiden bzw. zu verringern.¹⁴⁹ Die systematische Förderung von MHL soll zwar gezielte, auf Einzelfälle abgestimmte, psychoedukative Maßnahmen keinesfalls ersetzen, sie kann aber ein grundlegendes Wissensrepertoire darüber liefern, wie sich verschiedene Erkrankungen äußern können und welche professionellen Hilfen zur Verfügung stehen.

¹⁴⁷ Mattejat et al. (2011).

¹⁴⁸ Plass, Wiegand-Greife (2012), S. 23.

¹⁴⁹ Mattejat, Remschmidt (2008).

MHL kann jedoch nicht nur, wie in diesem Kontext, als individuelle Ressource verstanden werden, die das korrekte Einordnen beobachtbarer Symptome ermöglicht. MHL wird auch als soziale Ressource verstanden, die die Möglichkeit eröffnet, Symptome zu thematisieren, betroffenen Personen Unterstützung anzubieten und diese auf geeignete Hilfen hinzuweisen. Tatsächlich werden solche Handlungsoptionen in der Debatte um MHL aber weniger im Kontext elterlicher psychischer Erkrankungen thematisiert, sondern vorwiegend mit Hinblick auf die jeweils eigene Peer Group, d.h. für den Fall, dass Freund*innen oder Mitschüler*innen betroffen sind.

MHL in der Peer Group: gegenseitige Unterstützung

Psychische Erkrankungen in den Medien

Auch in verschiedenen Medien (TV, soziale Netzwerke, Streamingdienste, Websites, Blogs, Vlogs, Apps, u.a.) werden junge Menschen mit dem Thema psychische Erkrankungen konfrontiert. Es besteht hierdurch einerseits das Risiko, Menschen, welche psychisch erkrankt sind, durch eine negative mediale Darstellung weiter zu stigmatisieren. Andererseits besteht jedoch auch das Potenzial, den gesamtgesellschaftlichen Umgang mit psychischen Erkrankungen positiv zu beeinflussen.

Konkrete Beispiele für die Thematisierung psychischer Erkrankungen in Medien sind altersspezifisch aufbereitete TV-Sendungen (z. B. WDR Die Sendung mit der Maus: „Die unsichtbare Krankheit“; ZDFtivi Siebenstein „Der Kleine und das Biest“), TV-Serien (zuletzt vor allem: „Tote Mädchen lügen nicht“), Informations- und Aufklärungskampagnen (z. B. Plakate, Websites, Videos), Videos auf z. B. YouTube zu bestimmten psychischen Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen, Smartphone-Apps zur Verbesserung der psychischen Gesundheit¹⁵⁰, aber auch z. B. Gruppen in sozialen Netzwerken (z. B. Facebook) und Instant-Messaging Diensten (z. B. WhatsApp). Bei älteren Jugendlichen – oder wenn die freiwillige Selbstkontrolle (FSK) missachtet wird – kommen ferner eine Reihe von Kinofilmen hinzu, die sich der Thematik widmen (z. B. „Psycho“, „A Beautiful Mind“, „Fight Club“, „Shutter Island“, „Black Swan“ uvm.). Die Auseinandersetzung mit dem Thema psychische Erkrankungen im Rahmen der genannten medialen Kanäle ist jedoch keineswegs immer positiver bzw. aufklärerischer Natur: Konkret sind bspw. in der Vergangenheit auch Websites in Erscheinung getreten, welche als Austauschplattform für Menschen dienen, die Anorexie als Ausdruck von Selbstkontrolle idealisieren und entsprechend an junge Menschen bewerben („pro-Ana“¹⁵¹).

Psychische Erkrankungen in den Medien: TV-Sendungen, Kampagnen, Apps, ...

Insgesamt bieten verschiedene Medienformate einerseits Stigmatisierungsrisiken¹⁵², gleichzeitig stellen sie einen wichtigen Multiplikator zur Verbreitung von Aufklärungsinhalten dar, die Stigmatisierung entgegenwirken können. Ganz unabhängig von der Art der media-

Medien als Risikofaktor

¹⁵⁰ Grist et al. (2017).

¹⁵¹ Rauchfuß (2008).

¹⁵² z. B. von Heydendorff, Dreßing (2016).

len Darstellung psychischer Erkrankung kann MHL junge Menschen letztlich auch dazu befähigen, mediale Darstellungen psychischer Erkrankungen kritisch bewerten und inakkurate stigmatisierende Inhalte als solche identifizieren zu können.

6.4.3 MHL in der Allgemeinbevölkerung

Auch wenn MHL im Leben junger Menschen in vielerlei Hinsicht zur Anwendung kommen kann, gibt es keine flächendeckenden Informationen zum Wissensstand Jugendlicher bezüglich der Symptome, Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen oder der Einstellungen gegenüber Menschen, die psychisch erkrankt sind. Informationen über die MHL in der Bevölkerung stehen hauptsächlich durch Studien mit Erwachsenen zur Verfügung.

**Beispiel
Australien:
Verbesserung der
MHL der
Bevölkerung**

Eine australische Längsschnittstudie zeigte, dass sich die Fähigkeit, eine Depression korrekt zu erkennen, in der dortigen Allgemeinbevölkerung von 1995 bis 2011 kontinuierlich verbessert hat. Während 1995 nur 39 % der Australier*innen die Symptome einer depressiven Störung anhand einer Fallbeschreibung (Fallvignette) richtig erkannt hatten, waren es in den Jahren 2003/2004 67 % und im Jahr 2011 schon 74 %. Auch die Einstellung zu Behandlungsmöglichkeiten hat sich in Australien zwischen 1990 und 2011 zum Positiven verändert. Dies gilt auch für die Bereitschaft, eine Diagnose im persönlichen Umfeld oder in der Öffentlichkeit preiszugeben.¹⁵³ Es scheint naheliegend, dass diese Verbesserungen in der kontinuierlichen und systematischen Förderung von MHL in der australischen Bevölkerung begründet sind, z. B. durch ein nationales Aufklärungsprogramm zu Depression und Angststörungen („beyond blue“).¹⁵⁴ Um diese Reichweite zu generieren, war allerdings eine politische Platzierung des MHL-Konzepts bedeutsam.¹⁵⁵

**Aufklärung sollte
zu spezifischen
Störungsbildern
erfolgen**

Allerdings konnten nicht in allen Teilbereichen Verbesserungen des Wissens und der Einstellungen bezüglich psychischer Erkrankungen erzielt werden. Beispielsweise hat sich die MHL zur Schizophrenie von 2003/2004 bis 2011 in der australischen Allgemeinbevölkerung kaum verbessert. Ein Grund dafür könnte sein, dass die Aufklärung zu Depression und Angststörungen (wie „beyond blue“) zwar die Einstellungen und das Wissen bezüglich dieser spezifischen Erkrankungen verbessert, allerdings nicht darüber hinausgeht. Dies kann als wichtiger Hinweis für die Inhalte von Programmen zur MHL-Förderung gesehen werden: Aufklärung zu einzelnen Krankheitsbildern scheint zwar punktuell wirksam, es muss aber die Bandbreite verschiedener Krankheitsbilder thematisiert werden, um eine positivere Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen im Allgemeinen zu fördern.

¹⁵³ Reavley, Jorm (2014).

¹⁵⁴ Department of Health and Aging (2013).

¹⁵⁵ Jorm (2015).

Für Deutschland führten Angermeyer, Matschinger und Schomerus (2013) eine Längsschnittstudie durch, die die Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen und das Wissen über Diagnosen und Ursachen in der Bevölkerung erfassen sollte. Wissen und Einstellungen wurden anhand von Fallvignetten zu Schizophrenie, Depression und alkoholbezogenen Störungen erfasst. Es zeigte sich, ähnlich wie in der australischen Studie, zwischen 1990 und 2011 insgesamt eine Verbesserung der Einstellung gegenüber Personen mit Depression und alkoholbezogenen Störungen, während sich die Einstellung gegenüber Personen mit Schizophrenie verschlechterte. Aber auch für die Depression und alkoholbezogene Störungen zeigten sich 2011 noch eine Vielzahl stigmatisierender Einstellungen. Beispielsweise gaben 45 % der Befragten im Jahr 2011 an, dass sie eine Person, die derzeit eine Depression hat, nicht für eine Arbeitsstelle empfehlen würden. 62 % der Befragten gaben an, dass sie eine Person mit Depressionen nicht auf ihre Kinder aufpassen lassen würden – bei alkoholbezogenen Störungen sind es sogar 81 %.¹⁵⁶ Stigmatisierende Einstellungen waren also auch zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung in Deutschland noch weit verbreitet, wenngleich sich leichte Verbesserungen, zumindest im Hinblick auf ausgewählte Störungsbilder, beobachten lassen.

Eine systematische Herangehensweise und flächendeckende Aufklärung zu psychischen Erkrankungen stellen eine vielversprechende Maßnahme dar, um die MHL der deutschen Bevölkerung zu verbessern. Hierzu sind jedoch zunächst Überlegungen zu wissenschaftlich fundierten Aufklärungsmethoden notwendig, um langfristig und nachhaltig Wissen und Einstellungen positiv beeinflussen zu können. Darüber hinaus erscheint es notwendig, die MHL in der Bevölkerung in regelmäßigen Abständen zu erfassen, um die Wirksamkeit und Notwendigkeit der Maßnahmen großflächig beurteilen zu können.

Es existieren (insbesondere international) bereits einige Interventionen, welche Wissen über psychische Erkrankungen vermitteln und somit zur Förderung von MHL beitragen. Auch in Deutschland gibt es erste Beispiele für Interventionen, die der MHL-Förderung bei Kinder und Jugendlichen zugeordnet werden können, wenngleich diese oftmals unter anderen Bezeichnungen geführt werden, (häufig „Anti-Stigma“-Interventionen).

Beispielhaft lassen sich die Programme „teen Mental Health First Aid“ als international verbreitete und „Verrückt – Na und?“ als eine in Deutschland auf nationaler Ebene verwendete Intervention benennen. „teen Mental Health First Aid“¹⁵⁷ basiert auf dem in Australien verbreiteten „Mental Health First Aid“-Programm für Erwachsene und soll über drei Unterrichtseinheiten (3 x 75 Minuten) von einer externen speziell hierfür ausgebildeten Person durchgeführt werden. Ziele des Programms sind, Erste-Hilfe-Strategien zur Unter-

Aufklärungskampagnen sind wirksam, aber stigmatisierende Einstellungen bestehen fort

Systematische Förderung der MHL und Evaluation nötig

MHL-Förderung international: teen Mental Health First Aid

¹⁵⁶ Angermeyer et al. (2013).

¹⁵⁷ Hart et al. (2016).

stützung von Gleichaltrigen mit psychischen Problemen auszubauen, Mental Health Literacy zu fördern und stigmatisierende Einstellungen reduzieren. Hierzu werden diverse Materialien eingesetzt, wie Präsentationen, Videos, Rollenspiele, Gruppendiskussionen, u. a. „teen Mental Health First Aid“ scheint kurzfristig eine positive Wirkung auf MHL und stigmatisierende Einstellungen zu haben, Langzeitstudien stehen hierzu jedoch – wie für eine Vielzahl der Interventionen in diesem Bereich – noch aus.¹⁵⁸

**MHL-Förderung
in Deutschland:
„Verrückt –
Na und?“**

„Verrückt – Na und?“¹⁵⁹ ist ein Beispiel für eine deutsche Intervention, die Kinder und Jugendliche adressiert. Zentrales Merkmal dieses Programms ist es, dass es u. a. von einer Person durchgeführt wird, die selbst eine psychische Erkrankung erfahren hat. Dies trägt dem Sachverhalt Rechnung, dass der (persönliche) Kontakt zu Personen, die eine eigene Krankheitsgeschichte haben, stigmatisierende Einstellungen seitens der Schüler*innen reduzieren kann¹⁶⁰. Bei „Verrückt – Na und?“ wird im Rahmen eines Schultages neben der Stigmareduktion und der Vermittlung von Informationen über psychische Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten eine Sensibilisierung für die Themen „psychische Erkrankungen“, „Selbstfürsorge“ und „Selbstbild“ angestrebt. In einer ersten Evaluationsstudie zeigten sich in der Follow-Up-Messung positive Veränderungen mit Blick auf die Einstellung der Schüler*innen zur Hilfesuche. Ein anfänglich beobachtbarer Effekt auf die Stigmatisierungstendenz zeigte sich im Follow-Up nach 3 Monaten jedoch nicht mehr.¹⁶¹ Vor diesem Hintergrund scheinen Studien zur langfristigen Wirksamkeit von MHL- und Anti-Stigma-Programmen auch mit Blick auf die hohe Diversität der Interventionsansätze dringend notwendig.¹⁶²

6.4.4 Das IMPRES-Projekt

**Unzureichende
Befundlage zur
Langzeitwirkung
von Interventionen**

Einen Versuch, diese Forschungslücke für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zu verkleinern, unternimmt das Forschungsprojekt „IMPRES“ (**Im**proving Mental Health Literacy of Children and Adolescents to **Reduce Stigma**). Das Projekt ist an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld angegliedert und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.¹⁶³ Im Rahmen einer umfassenden Literaturrecherche innerhalb des Projektes zeigte sich nach wie vor sowohl national als auch international die Problematik, dass entsprechende Interventionen i. d. R. nur unzureichend evaluiert sind¹⁶⁴. Insbesondere existieren kaum Befunde zu langfristigen Effekten. Dementsprechend gibt es zwar einzelne Interventionen, die erfolgreich Wissen in Bezug auf

¹⁵⁸ Hart et al. (2018).

¹⁵⁹ Schulze et al. (2003).

¹⁶⁰ Corrigan et al. (2012).

¹⁶¹ Conrad et al. (2010).

¹⁶² Gronholm et al. (2017); Mellor (2014).

¹⁶³ Fördernummer 01EL182 4A, Laufzeit 2018–2021.

¹⁶⁴ Mellor (2014).

psychische Erkrankungen vermitteln und Einstellungen gegenüber psychisch erkrankten Menschen zum Positiven verändern, allerdings sind die Langzeiteffekte oftmals nicht hinreichend erforscht. Die Zeiträume für Follow-Up-Studien bewegen sich hierbei lediglich im Rahmen von 4 bis 48 Wochen. Somit ist unklar, ob einzelne Interventionen überhaupt ausreichen, um langfristige Veränderungen zu erzielen, oder ob kontinuierliche gesamtgesellschaftliche Bemühungen erforderlich sind, um eine nachhaltige Förderung von MHL zu erzielen.¹⁶⁵

In einem weiteren Schritt wird im Rahmen des IMPRES-Projekts durch Kooperation mit verschiedenen Praxispartner*innen die Evaluation eines Schulprogramms angestrebt, welches in Kanada unter dem Namen „The Curriculum Guide“¹⁶⁶ etabliert ist. Es handelt sich um ein Schulprogramm, das 6 Module umfasst, die in 8–12 Unterrichtsstunden durch Lehrkräfte durchgeführt werden können und für Jugendliche ab 14 Jahren konzipiert sind. Durch die Intervention soll Wissen zu einzelnen psychischen Erkrankungen (Depression, Angststörungen, Schizophrenie, ADHS, u. a.), Hilfsmöglichkeiten und Stressbewältigung gefördert und das Stigma psychischer Erkrankungen reduziert werden. Die Effektivität des Unterrichtsprogramms wurde in Kanada in verschiedenen Studien überprüft und hat sich in Hinblick auf die Entstigmatisierung und den Wissenszuwachs bezüglich psychischen Erkrankungen¹⁶⁷ auch bei einem zweimonatigen Follow-Up¹⁶⁸ als wirksam erwiesen. Ähnliche Effekte konnten auch bei einer Erprobung des Programms in Nicaragua beobachtet werden: Infolge der Intervention konnten Stigma signifikant reduziert und Wissen gefördert werden. Zudem wurde der wahrgenommene Stress reduziert und der Einsatz adaptiver Coping-Strategien verbessert.¹⁶⁹ In weiteren Ländern wird das Programm erprobt (Portugal¹⁷⁰, Tansania¹⁷¹, Malawi¹⁷², Wales¹⁷³, u. a.). Vor diesem Hintergrund erscheint eine Anpassung auch für Deutschland vielversprechend. Somit wird im IMPRES-Projekt die Übersetzung des Programms ins Deutsche, die Anpassung an das deutsche Schulsystem, sowie eine erste Durchführung und Evaluation in der Zielgruppe 13- bis 18-Jähriger angestrebt. Um langfristige Effekte der Intervention nachweisen zu können, sind drei Messzeitpunkte geplant: vor der Intervention, direkt nach und nochmals 2–4 Monate nach Abschluss der Intervention. Wie bereits erörtert wurde, wäre zwar eine langfristige Evaluation sinnvoll. Angesichts der im Wissenschaftsbetrieb oftmals üblichen Förderdauer von nur 3 Jahren ist dies jedoch auch in diesem Projekt leider nicht realisierbar.

**The
Curriculum
Guide**

**Anpassung für
Deutschland
scheint viel-
versprechend**

¹⁶⁵ Gronholm et al. (2017); Thornicroft et al. (2016).

¹⁶⁶ McLuckie et al. (2014).

¹⁶⁷ Milin et al. (2016); Wei et al. (2015).

¹⁶⁸ McLuckie et al. (2014).

¹⁶⁹ Ravindran et al. (2018).

¹⁷⁰ Gusmão et al. (2011).

¹⁷¹ Kutcher et al. (2017).

¹⁷² Kutcher et al. (2015).

¹⁷³ Action for Children (Website).

6.4.5 Implikationen und Ausblick

Die Förderung von MHL ist auf verschiedenen Ebenen möglich, nötig und vielversprechend mit Hinblick auf die langfristige Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung.

Förderung von MHL lohnt sich für Individuum und Gesundheitssystem

Auf der individuellen Ebene kann durch eine Förderung von MHL betroffenen Individuen die zielgerichtete und effiziente Nutzung des Versorgungssystems ermöglicht werden. Langjährige Hilfesuchprozesse und Leidensgeschichten können somit verkürzt werden und noch bevor eine massive Symptomschwere erreicht wird, können professionelle Hilfen sekundärpräventiv oder kurativ eingreifen.¹⁷⁴ Auch Selbsthilfeprozesse und eigene Bewältigungsstrategien können verbessert werden, wodurch letztendlich das Versorgungssystem entlastet wird.

Auf der institutionellen Ebene kann eine Verbesserung der MHL verschiedener Berufsgruppen (z.B. Lehrkräfte, Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, Allgemeinmediziner*innen, Kinderärzt*innen) dazu beitragen, Hilfesuchprozesse zu optimieren und betroffenen Kindern und Jugendlichen schneller die passende Hilfe zukommen zu lassen.

Wird zusätzlich die gesellschaftliche Ebene betrachtet, kann sich eine systematische MHL-Förderung in der Gesamtbevölkerung positiv auf die Stigmatisierungstendenz gegenüber Personen mit psychischer Erkrankung auswirken. Das Wissen rund um Ätiologie, Symptome und Behandlung psychischer Erkrankungen kann verbessert werden, womit wiederum eine wichtige Barriere bei der Hilfesuche abgebaut wird.

MHL Fördern, aber auch Barrieren abbauen

Wenngleich systematische Langzeitevaluationen entsprechender Interventionen zumeist ausstehen¹⁷⁵, gerät MHL zunehmend als essentieller Teil und Zielsetzung präventiver Strategien in den Fokus. MHL zielt darauf ab, Kenntnis und Bewusstsein über psychische Erkrankungen zu stärken und das korrekte Erkennen der Symptome einer psychischen Erkrankung bei sich selbst und anderen zu erleichtern.¹⁷⁶ Gleichzeitig zeigt die Forschung zu MHL jedoch auch, dass das Erkennen von Symptomen allein keineswegs einen zielführenden Umgang mit psychischen Erkrankungen oder die frühe Inanspruchnahme geeigneter Hilfen nach sich zieht. Der Hilfesuchprozess zeichnet sich durch eine hohe Komplexität aus, da neben individuellen Faktoren auch diverse externale Barrieren (außerhalb des betroffenen Individuums) eine Rolle spielen.¹⁷⁷ Die öffentliche, bislang oftmals negative und stigmatisierende Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen und Menschen, welche betroffen sind, ist ein Einflussfaktor, der bei der Betrachtung des Hilfesuchprozesses

¹⁷⁴ Schmidt (2004).

¹⁷⁵ Gronholm et al. (2017); Mellor (2014).

¹⁷⁶ Kitchener, Jorm (2002); Jorm (2015).

¹⁷⁷ Clement et al. (2015)

ses Berücksichtigung finden muss.¹⁷⁸ Empirisch wird konsistent nahegelegt, dass psychische Belastungen und Erkrankungen keinesfalls nur in Einzelfällen auftreten, sondern dass sie, ganz im Gegenteil, fester Bestandteil menschlichen Daseins sind.¹⁷⁹ Diese wissenschaftliche Beobachtung ist jedoch mitnichten schon im öffentlichen Bewusstsein angekommen.¹⁸⁰

Damit psychische Belastungen und Erkrankungen endlich als weitverbreitetes Phänomen und vergleichsweise häufige Gesundheitszustände anerkannt und wertschätzend wahrgenommen werden können, sind gezielte, koordinierte und systematische Maßnahmen der Entmystifizierung, Enttabuisierung und Entstigmatisierung notwendig. MHL verleiht diesem Bestreben Ausdruck und betont zugleich vehement die notwendige Verbindung von Wissensvermittlung und Entstigmatisierung.

Neben dem kaum zu bestreitenden individuellen und kollektiven Nutzen der Förderung von MHL, können letztendlich auch Gesundheitswesen und Arbeitsmarkt massiv profitieren. Zu nennen sind hier nur beispielhaft langfristige Kostenersparnisse durch eine Reduktion von chronischen Krankheitsverläufen und stationären Aufenhalten, sowie eine Reduktion von Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen. Hierdurch soll aber keinesfalls vom genuinen Ziel der Förderung von MHL abgelenkt werden: Die nachhaltige Förderung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung.

Förderung von MHL: eine gesellschaftliche Aufgabe

6.4.6 Literatur

Action for Children. The Guide Cymru (Internetseite) Verfügbar unter: <https://www.actionforchildren.org.uk/what-we-do/our-work-in-wales/the-guide-cymru/>, abgerufen am 06.09.2019

Angermeyer, M.C., Matschinger, H., & Schomerus, G. (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2): 146–151.

Bruland, D., Pinheiro, P., Bröder, J., Okan, O., Carvalho, G.S.D., Saboga-Nunes, L. & Bauer, U. (2017): Teachers' supporting students with parents having mental health problems. A scoping review. *International Journal of Case Studies*, 6(9): 1–15.

Chapman, S.C., & Horne, R. (2013): Medication nonadherence and psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 26(5): 446.

Cheng, H.L., Wang, C., McDermott, R.C., Kridel, M., & Rislin, J.L. (2018): Self-stigma, mental health literacy, and attitudes to-

¹⁷⁸ Kutcher et al. (2016).

¹⁷⁹ Kessler (2001); O'Connell et al. (2009).

¹⁸⁰ Angermeyer et al. (2013).

- ward seeking psychological help. *Journal of Counseling & Development*, 96(1): 64–74.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. & Thornicroft, G. (2015): What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1): 11–27.
- Coles, M.E., & Coleman, S.L. (2010): Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: initial data on the role of mental health literacy. *Depression and anxiety*, 27(1): 63–71.
- Coles M.E., Ravid A., Gibb B., George-Denn D., Bronstein L.R., McLeod S. (2016): Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. *Journal of Adolescent Health*, 58 (1): 57–62.
- Conrad, I., Heider, D., Schomerus, G., Angermeyer, M.C., & Riedel-Heller, S. (2015): Präventiv und stigmareduzierend? *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 58(4): 257–264.
- Cutler, R.L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018): Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ open*, 8(1), e016982.
- Department of Health and Ageing (2013): National Mental Health Report 2013: tracking progress of mental health reform in Australia 1993–2011 (Berichtnummer 10161). Canberra: Commonwealth of Australia. Verfügbar unter: <https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/B090F03865A7FAB9CA257C1B0079E198/%24File/rep13.pdf>
- Franklin, C.G., Kim, J.S., Ryan, T.N., Kelly, M.S., & Montgomery, K.L. (2012): Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5): 973–982.
- Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2017): Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review. *Journal of medical internet research*, 19(5), e176.
- Gronholm, P.C., Henderson, C., Deb, T., & Thornicroft, G. (2017): Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3): 249–258.
- Gusmão R., Quintão D.S., Costa S., Proença, A. (2011): Integration of schools, community health care providers and specialty child and youth mental health services in identification, triage and management of adolescence at risk for major depression: a pilot project. Verfügbar unter: <http://teenmentalhealth.org/>

wp-content/uploads/2014/08/Relat%C3 %83 %C2 %B3rio_Why.pdf.

- Hadlaczky, G., Hökby, S., Mkrtchian, A., Carli, V., & Wasserman, D. (2014): Mental Health First Aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behaviour: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 26(4): 467–475.
- Hart, L.M., Mason, R.J., Kelly, C.M., Cvetkovski, S., & Jorm, A.F. (2016): ‘teen Mental Health First Aid’: a description of the program and an initial evaluation. *International journal of mental health systems*, 10(1): 3.
- Hart, L.M., Morgan, A.J., Rossetto, A., Kelly, C.M., Mackinnon, A., & Jorm, A.F. (2018): Helping adolescents to better support their peers with a mental health problem: A cluster-randomised crossover trial of teen Mental Health First Aid. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(7): 638–651.
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997): “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical journal of Australia*, 166(4): 182–186.
- Jorm, A.F. (2015): Why we need the concept of “mental health literacy”. *Health communication*, 30(12): 1166–1168.
- Joe, S., & Lee, J.S. (2016): Association between non-compliance with psychiatric treatment and non-psychiatric service utilization and costs in patients with schizophrenia and related disorders. *BMC psychiatry*, 16(1): 444.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., Leaf, P.J. & Wang, P.S. (2001): The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health services research*, 36(6/1): 987.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005): Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 593–602.
- Kitchener, B.A., & Jorm, A.F. (2002): Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2(1): 10.
- Kutcher, S., Gilberds, H., Morgan, C., Udedi, M., & Perkins, K. (2015): Malawi educators’ assessment of student mental health outcomes. *International Journal of School and Cognitive Psychology*, doi: 10.4172/ijscp.S2–00.

- Kutcher, S., Wei, Y., Gilberds, H., Brown, A., Ubuguyu, O., Njau, T., Sabuni, N., Magimba, A., & Perkins, K. (2017): The African Guide: One Year Impact and Outcomes from the Implementation of a School Mental Health Literacy Curriculum Resource in Tanzania. *Journal of Education and Training Studies* 5(4): 64–73. doi:10.11114/jets.v5i4.2049
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental health literacy: past, present, and future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3): 154–158.
- Leighton, S. (2010). Using a vignette-based questionnaire to explore adolescents' understanding of mental health issues. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(2): 231–250.
- Mattejat, F., Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2011): Kinder psychisch kranker Eltern – Eine Einführung in die Thematik. In S. Wiegand-Grefe (Hrsg.): *Kinder mit psychisch kranken Eltern*. Göttingen u. a.: Vandenhoeck & Ruprecht: 13–24.
- Mattejat, F., & Remschmidt, H. (2008): The children of mentally ill parents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 105(23): 413.
- Mellor, C. (2014): School-based interventions targeting stigma of mental illness: systematic review. *The Psychiatric Bulletin*, 38(4): 164–171.
- McLuckie, A., Kutcher, S., Wei, Y., & Weaver, C. (2014): Sustained improvements in students' mental health literacy with use of a mental health curriculum in Canadian schools. *BMC psychiatry*, 14(1): 379.
- Milin, R., Kutcher, S., Lewis, S.P., Walker, S., Wei, Y., Ferrill, N., & Armstrong, M.A. (2016): Impact of a mental health curriculum on knowledge and stigma among high school students: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(5): 383–391.
- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F., & Llorca, P.M. (2012): The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic journal of psychiatry*, 66(1): 49–54.
- O'Connell, M. E., Boat, T., & Warner, K. E. (2009): *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities* (Vol. 7). Washington DC: National Academic Press.
- Olsson D.P., Kennedy M.G. (2010): Mental health literacy among young people in a small US town. Recognition of disorders and hypothetical helping responses, *Early Intervention in Psychiatry*, 4 (4): 291–298.
- Plass, A., & Wiegand-Grefe, S. (2012): Risikofaktoren der Entwicklung im Kindes- und Jugendalter: *Kinder psychisch kranker*

- Eltern. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln (1. Aufl.). Weinheim u. a.: Beltz.
- Plass, D., Vos, T., Hornberg, C., Scheidt-Nave, C., Zeeb, H., & Krämer, A. (2014): Trends in disease burdens in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(38): 629.
- Rauchfuß, K. (2008): Abschlussbericht der Recherche zu Pro-Anorexie-Angeboten. Verfügbar unter: http://www.jugendschutz.net/fileadmin/download/pdf/bericht_pro-ana.pdf
- Ravindran, A.V., Herrera, A., da Silva, T.L., Henderson, J., Castrillo, M.E., & Kutcher, S. (2018): Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Global Mental Health*, DOI: 10.1017/gmh.2017.27
- Reavley, N.J., & Jorm, A.F. (2014): Willingness to disclose a mental disorder and knowledge of disorders in others: changes in Australia over 16 years. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(2): 162–168.
- SANE Australia (2013): A life without stigma: A SANE Report. Verfügbar unter: https://www.sane.org/images/PDFs/2013-ALifeWithoutStigma_A_SANE_Report.pdf
- Schmidt, M.H. (2004): Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Deutsches Ärzteblatt-Ärztliche Mitteilungen-Ausgabe A*, 101(38): 2536–2540.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2003): Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2): 142–150.
- Thornicroft, G., Mehta, N., Clement, S., Evans-Lacko, S., Doherty, M., Rose, D & Henderson, C. (2016): Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *The Lancet*, 387(10023): 1123–1132.
- von Heydendorff, S.C., & Dreßing, H. (2016): Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katas-trophe. *Psychiatrische Praxis*, 43(03): 134–140.
- Wei, Y., & Kutcher, S. (2014): Innovations in Practice: 'Go-to' Educator Training on the mental health competencies of educators in the secondary school setting: a program evaluation. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(3): 219–222.
- Wei, Y., Kutcher, S., Blackwood, A., Glover, D., Weaver, C., MacKay, A. & Shea, M. (2015): A collaborative and sustainable approach to address mental health promotion and early identification in schools in the Canadian province of Nova Scotia and

beyond. *School Mental Health: Global Challenges and Opportunities*: 30–45.

Wright, A., Jorm, A. F., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007): What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(3): 244–250.

Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F., & Sasaki, T. (2019): Mental health literacy programs for schoolteachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*. DOI: 10.1111/eip.1279

7. Präventionsradar

7.1 Einführung

Im Kindes- und Jugendalter werden wichtige Grundsteine für eine langfristig gesunde Entwicklung gelegt. Um späteren Gesundheitsproblemen vorzubeugen, ist es wichtig, mit präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen frühzeitig anzusetzen. Durch den Einsatz von Präventionsmaßnahmen in der Lebenswelt Schule lassen sich Kinder und Jugendliche unabhängig vom sozioökonomischen Status ihrer Familien unmittelbar erreichen. Ein nachhaltiger Erfolg ist allerdings nur auf Grundlage einer umfassenden Analyse der Ausgangssituation der Kinder und Jugendlichen möglich. Aus diesem Grund wurde der Präventionsradar entwickelt, der jährlich den Status quo des tatsächlichen Gesundheitsverhaltens Zehn- bis 18-Jähriger erfasst und weiterführenden Schulen seit dem Schuljahr 2016/2017 als Evaluationsinstrument zur Verfügung steht.

Ziel des Präventionsradars ist es, zu erforschen, welches gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen Kinder und Jugendliche in Deutschland heute zeigen, wie sich das Verhalten über die Zeit hinweg entwickelt und welche Bedingungen und Einflussfaktoren es dafür gibt. Dadurch sollen Risikofaktoren für ungesunde körperliche und psychosoziale Entwicklungen frühzeitig identifiziert werden. Des Weiteren zielt der Präventionsradar darauf ab, Schulen darin zu unterstützen, Präventionsmaßnahmen zu initiieren, zu evaluieren und weiter zu entwickeln. Durch die jährliche Erhebung des Status quo des Gesundheitsverhaltens können Präventionsangebote an aktuelle Herausforderungen an den jeweiligen Schulen angepasst werden.

Der Präventionsradar befasst sich thematisch mit gesundheitsrelevantem Verhalten von Schüler*innen der Sekundarstufe I, wie beispielsweise Ernährung, Mediennutzung, Mobbing, Wohlbefinden, Substanzkonsum und Bewegungsverhalten. Des Weiteren werden zentrale Einflussfaktoren wie soziale Normen und soziodemografische Faktoren erfasst. In jeder Erhebungswelle werden außerdem neue Schwerpunkte in der Erhebung gesetzt. Ein Schwerpunkt der im Schuljahr 2017/2018 durchgeführten Befragungswelle 2 stellt die selbstberichtete psychische Gesundheit von Schüler*innen dar, die Anhaltspunkte zu depressiven Symptomen, wahrgenommenem Stress, Stressquellen und ADHS-Symptomatik und damit zusammenhängenden Faktoren wie dem Schlafverhalten von zehn- bis 18-jährigen Schüler*innen liefert.

**Kinder- und
Jugend-
gesundheit
in Schulen**

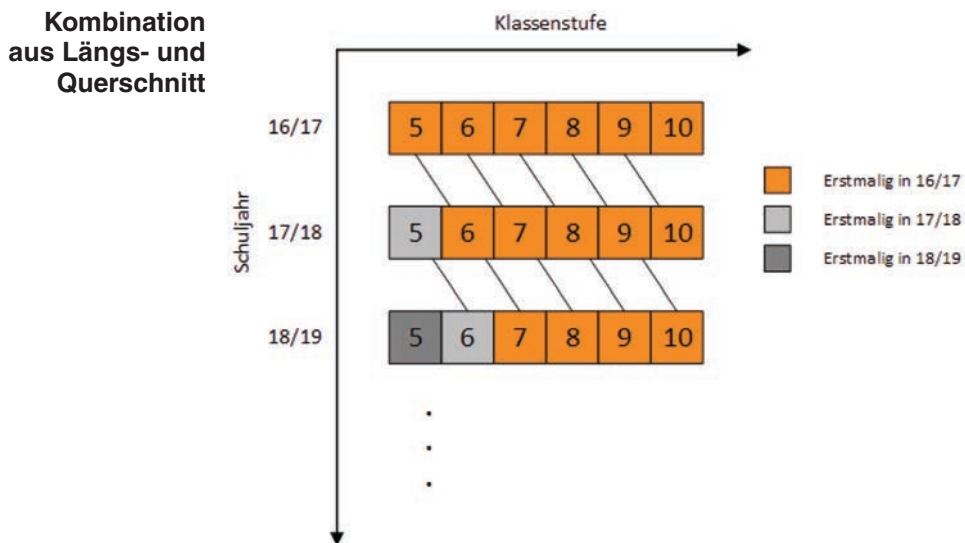
**Befragungs-
welle 2
Schuljahr
2017/2018**

7.2 Methodik

7.2.1 Studiendesign

Seit dem Schuljahr 2016/2017 wird eine Befragung zum Gesundheitsverhalten in der Sekundarstufe I (Klassenstufen 5 bis 10) durchgeführt. Das Studiendesign ist schematisch in Abbildung 78 dargestellt und stellt eine Kombination aus Quer- und Längsschnitt dar. Jedes Jahr werden neue 5. Klassen in den teilnehmenden Schulen neu in die Stichprobe aufgenommen. Auf diese Weise kann auch die Gesamtzahl der Befragten pro Schuljahr über die Zeit konstant gehalten werden, da diejenigen, die die Schule nach Abschluss verlassen, durch neue Schüler*innen ersetzt werden.

Abbildung 78: Veranschaulichung des Designs, Kombination aus Quer- und Längsschnittstudie



Quelle: Eigene Darstellung.

7.2.2 Studiengenehmigung

**9.274 befragte
Schüler*innen
aus
528 Klassen**

Die Erhebungen wurden in den sechs Bundesländern Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein durchgeführt. Genehmigungen zur Durchführung wurden durch die zuständigen Aufsichtsbehörden erteilt. Die Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. (DGPs) prüfte das Studienvorhaben und bewertete die Durchführung als „ethisch unbedenklich“.

7.2.3 Datengrundlage

Für die vorliegenden Analysen wurden die Daten des Präventionsradars Welle 2 (Schuljahr 2017/2018) berücksichtigt, um eine zeitlich Überschneidung zwischen den DAK-Gesundheitsdaten des Jahres 2017 und den Präventionsradar-Daten herzustellen.

Im Schuljahr 2017/2018 haben sich 44 Schulen zur Teilnahme bereit erklärt. Im Vergleich zum vorherigen Schuljahr 2016/2017 stieg die angemeldete Klassenanzahl um 29 % auf 528 Klassen. In die Stichprobe einbezogen wurden 9.274 Schüler*innen, was einer Steigerung von 34 % entspricht. Alle 44 Schulen der Welle 1 nahmen in Welle 2 teil.

Die in der Stichprobe vertretenen Schulformen sind Gesamtschulen (integrativ und kooperativ), Gemeinschaftsschulen, Gymnasien, Mittelschulen, Realschulen, Realschulen plus, Regionalschulen und Sekundarschulen. Rund 54 % der Schüler*innen besuchten ein Gymnasium. Es wurden annähernd gleich viele Jungen (51 %) und Mädchen (49 %) befragt. Im Mittel waren die Schüler*innen 12,9 Jahre alt. Tabelle 85 gibt einen Überblick über die Stichprobe in Welle 2.

Tabelle 85: Allgemeine Angaben zur Gesamtstichprobe der zweiten Erhebungswelle

Schuljahr	Jahrgangsstufe	Anzahl Schüler*innen	Anzahl Klassen	Anteil Mädchen	Mittleres Alter (Jahre)
Welle 2 2017/2018	5	1.522	90	49 %	10,5
	6	1.534	87	48 %	11,5
	7	1.711	97	49 %	12,5
	8	1.647	88	50 %	13,5
	9	1.666	94	47 %	14,5
	10	1.191	72	49 %	15,6
	Gesamt	9.271	528	49 %	12,9

**Mittleres Alter
12,9 Jahre**

Eine abweichende Gesamtanzahl basiert auf fehlenden Werten.

7.2.4 Datenerhebung und Datenschutz

Die Datenerhebung erfolgte per (Online-)Fragebogen durch geschulte studentische Hilfskräfte des IFT-Nord, durch regionale Suchtpräventionskräfte, durch Lehrkräfte und Schulsozialarbeiter*innen. Alle datenerhebenden Personen wurden im Vorwege der Befragung instruiert. Die Befragungen fanden im Klassenverband statt und dauerten durchschnittlich 45 Minuten. Es wurden ausschließlich Schüler*innen befragt, die eine Genehmigung der Eltern/Erzie-

hungsberechtigten zur Beteiligung an der Studie vorliegen hatten. Das Austeilen und Einsammeln der vom IFT-Nord bereit gestellten Informationsschreiben war vorab durch die Klassenlehrkräfte organisiert worden.

Rund 28 % der Schüler*innen haben den Fragebogen online in den Schulen ausgefüllt, beispielsweise im Computerraum der Schule. Jede*r Schüler*in konnte mittels eines zufällig ausgeteilten Codes die Befragung im Internet freischalten und teilnehmen.

Erfolgte die Befragung mit einem Papierfragebogen, waren die Lehrkräfte während der Befragung anwesend, wurden jedoch angehalten, an ihrem Pult sitzen zu bleiben, um ein möglichst freies Antwortverhalten der Schüler*innen zu gewährleisten. Nach dem Ausfüllen wurden die Papierfragebögen von den Datenerheber/innen vor den Augen der Schüler*innen in einen Umschlag verpackt und es wurde versichert, dass die individuellen Angaben weder von den Eltern noch von einem Angehörigen der Schule eingesehen werden können.

Um die Daten der Eingangsbefragung mit Folgebefragungen in Verbindung bringen zu können, gaben sich die Schüler*innen einen siebenstelligen anonymen Code, den sie anhand eines vorgegebenen Schemas eigenständig generieren konnten.

7.2.5 Befragungsinhalte

In der zweiten Welle des Präventionsradars im Schuljahr 2017/2018 wurden Fragen zu verschiedenen Themen wie beispielsweise physisches und psychisches Wohlbefinden und Substanzkonsum gestellt. Erfasst wurden unter anderem das Stresserleben¹⁸¹, schulische Belastung¹⁸², ADHS-Symptomatik¹⁸³, depressive Symptome¹⁸⁴, soziale Angst¹⁸⁵, Häufigkeit von Kopf-, Bauch-, Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Schwindel¹⁸⁶, Mobbing¹⁸⁷, Wohlbefinden in der Schule¹⁸⁸ und der Konsum von Substanzen (z.B. Energydrinks, Alkohol¹⁸⁹, Konventionelle Zigaretten, E-Zigaretten und Wasserpfeife/Shisha).

Für die unterschiedlichen Altersstufen kamen unterschiedliche Fragebögen zum Einsatz, die einerseits das geringere Lesetempo der unteren Klassenstufen berücksichtigten als auch bestimmte Fragebogeninhalte nur für die älteren Schüler*innen vorsah (z.B. Rauschtrinken).

¹⁸¹ Salmela-Aro et al. (2009).

¹⁸² Sun et al. (2011).

¹⁸³ Döpfner et al. (2003).

¹⁸⁴ Shahid et al. (2011).

¹⁸⁵ Melfsen et al. (2011).

¹⁸⁶ Torsheim et al. (2011); Ravens-Sieberer et al. (2008).

¹⁸⁷ Bundeszentrale für politische Bildung (2010).

¹⁸⁸ Popp et al. (2013).

¹⁸⁹ Babor et al. (1992); Bush et al. (1998); Wechsler, Nelson (2001).

7.2.6 Statistische Analyse/Datengewichtung

Alle Analysen wurden mit Stata 15.0 durchgeführt. Den Analysen liegt eine Gewichtung nach Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und Schultyp je Bundesland zu Grunde, die auf den Daten des Statistischen Bundesamtes basieren. Mit diesem Vorgehen wurden die erhobenen Daten mit den Populationsdaten in Einklang gebracht und eine mögliche Abweichung zwischen Stichprobe und Population berücksichtigt.

7.3 Ausgewählte Ergebnisse zum psychischen und physischen Wohlbefinden und zu gesundheitsrelevanten Einflussgrößen

7.3.1 Schlafdauer und Schlafenszeiten

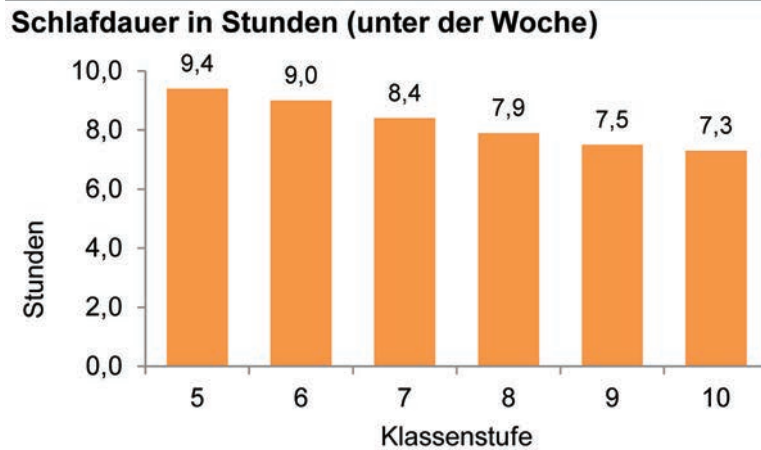
Ausreichend Schlaf ist nicht nur wichtig für das psychische und physische Wohlbefinden, sondern hängt auch zusammen mit der Lern- und Leistungsfähigkeit und ist somit ein gesundheitsrelevanter Faktor.¹⁹⁰ Schüler*innen wurden gefragt, zu welcher Zeit sie unter der Woche üblicherweise einschlafen (das heißt ausgeschaltetes Licht, Buch oder Handy weggelegt) und wann sie für gewöhnlich aufstehen. Aus den Einschlaf- und Aufstehzeiten wurde die durchschnittliche Schlafdauer (in Stunden) errechnet. Die gewöhnliche Einschlafzeit ist stark altersabhängig (siehe Abbildung 79).

Die überwiegende Mehrheit der Schüler*innen der 5. und 6. Klassenstufe (78 %) berichtete eine Einschlafzeit zwischen 20 und 22 Uhr, die Hälfte der Schüler*innen der 7. und 8. Klassenstufe gab an, gewöhnlich nach 22 Uhr einzuschlafen. Etwa jede*r Sechste*r der 9. und 10. Jahrgangsstufe gab an, erst nach 24 Uhr zu schlafen.

Die Aufstehzeit ist hingegen altersunabhängig. So gaben über alle Jahrgangsstufen hinweg je etwa zwei Drittel der Schüler*innen an, zwischen 6 und 7 Uhr aufzustehen.

¹⁹⁰ Hirshkowitz et al. (2015).

Abbildung 79: Schlafdauer in Stunden, nach Klassenstufe



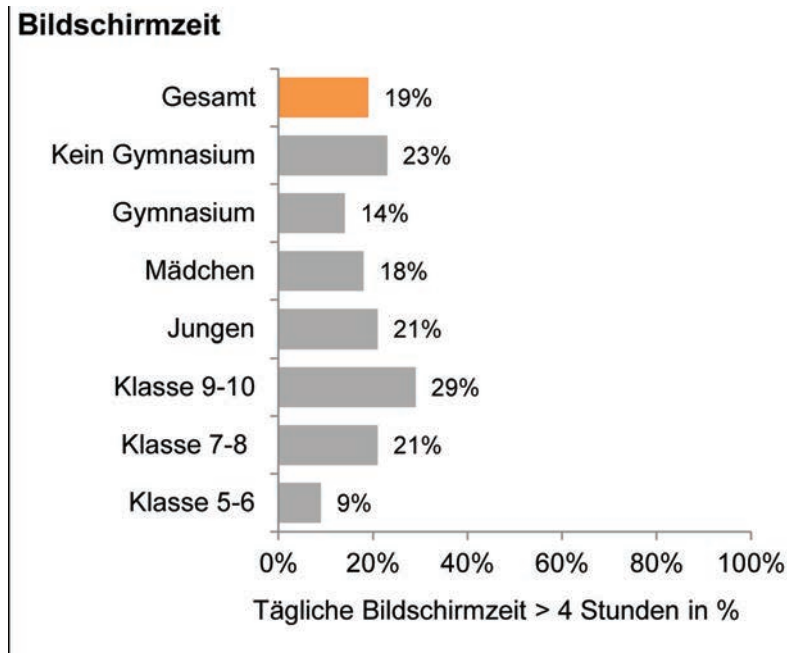
Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.2 Bildschirmzeit

Schlafenszeiten Handys, Computerspiele und PCs sind bei vielen Kindern und Jugendlichen beliebt. Wie viel Zeit verbringen Schüler*innen am Tag vor einem Bildschirm? Etwa ein Drittel gab an, weniger als eine Stunde täglich vor dem Bildschirm zu verbringen. Der Anteil wird mit zunehmendem Alter geringer: Während rund 56 % der Fünft- bis Sechstklässler sich täglich weniger als eine Stunde mit digitalen Medien beschäftigte, lag der Anteil bei den Neunt- und Zehntklässler bei 17%.

Abbildung 80 zeigt, welche Schülergruppen sich häufiger unter denen befinden, die mehr als vier Stunden mit dem Handy und anderen Geräten verbringen.

Abbildung 80: Anteil der Schüler*innen, die mehr als vier Stunden pro Tag vor dem Bildschirm verbringen, nach Geschlecht und Schulart



Quelle: Eigene Darstellung.

Ein Geschlechtervergleich zeigt, dass Jungen vermehrt längere Zeit vor dem Bildschirm verbringen als Mädchen (21 % bzw. 18 %). Ähnlich groß ist der Unterschied zwischen Schüler*innen unterschiedlicher Schularten: Gymnasiasten verbringen seltener mehr als vier Stunden vor dem Bildschirm als Schüler*innen anderer Schularten (14 % bzw. 23 %).

7.3.3 Schlafdauer und Bildschirmzeit

Ogleich der Schlafbedarf von Kind zu Kind verschieden ist, gelten für Schulkinder (6 bis 13 Jahre) 9 bis 11 Stunden Schlaf und für Jugendliche (14 bis 17 Jahre) etwa 8 bis 10 Stunden pro Tag als empfehlenswert.¹⁹¹ Die Ergebnisse zeigen, dass den Empfehlungen in den 5. und 6. Klassen im Mittel entsprochen wird, in den höheren Klassenstufen liegt die durchschnittliche Schlafdauer jedoch unterhalb der empfohlenen Werte (siehe Abschnitt 7.3.1).

Es wurde daraufhin untersucht, inwiefern die Bildschirmzeit mit der Schlafdauer systematisch in Zusammenhang steht. Schüler*innen, die mehr als vier Stunden vor dem Bildschirm verbrachten, schliefen deutlich weniger (7,3 Stunden) als Schüler*innen, die weniger als

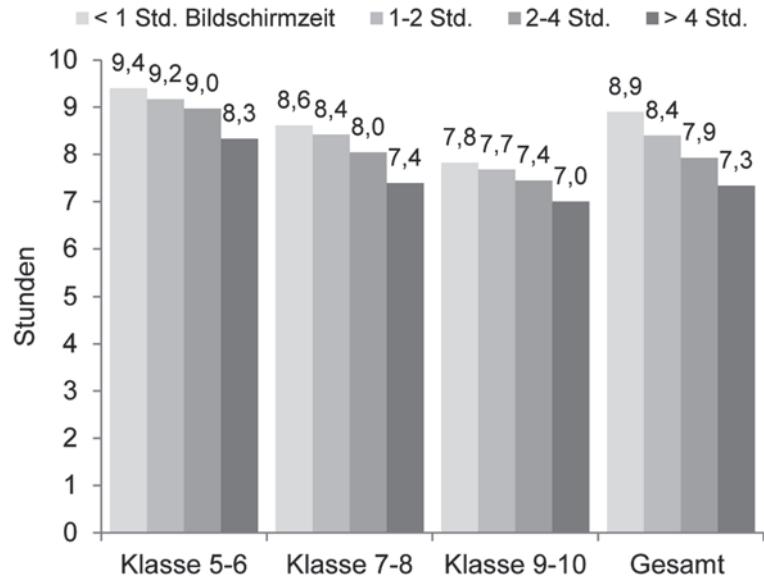
¹⁹¹ Hirshkowitz et al. (2015).

eine Stunde vor dem Bildschirm verbrachten (8,9 Stunden). Dieser Unterschied war über alle Jahrgangsstufen hinweg und in ähnlich starker Ausprägung festzustellen (siehe Abbildung 81).

Abbildung 81: Schlafdauer in Abhängigkeit der Zeit, die pro Tag vor dem Bildschirm verbracht wurde, nach Klassenstufe

**Bildschirmzeit
und Schlaf**

Schlafdauer nach Bildschirmzeit



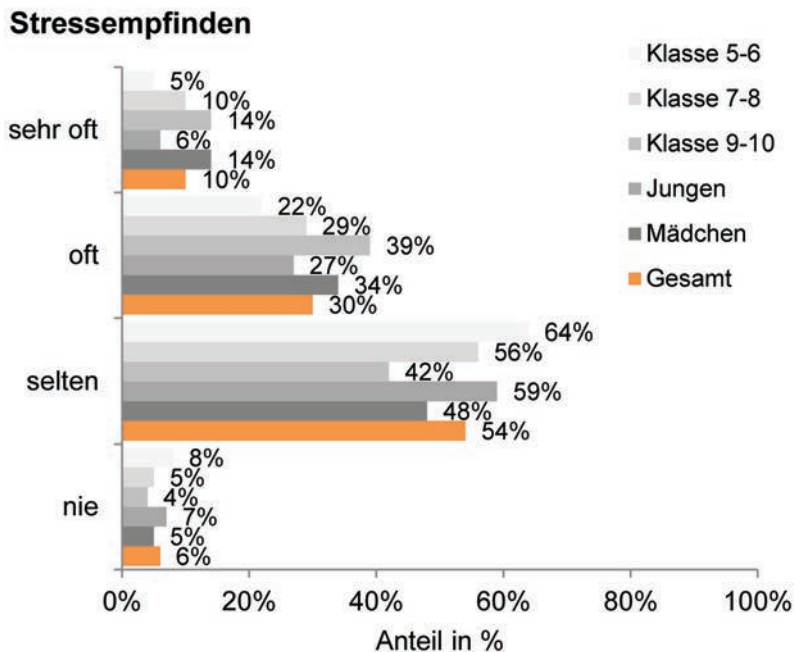
Quelle: Eigene Darstellung.

Bei einer Bildschirmzeit von täglich mehr als 4 Stunden zeigte sich kein signifikanter Geschlechtseffekt ($p=.183$). Die Schlafdauer lag bei Jungen im Mittel bei 7,4 Stunden und bei Mädchen bei 7,3 Stunden.

7.3.4 Stresserleben

Ein Aspekt des Lebensstils, der sich auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirkt, ist der subjektiv erlebte Stress. Neben physiologischen Begleiterscheinungen wie erhöhtem Blutdruck und erhöhter Gereiztheit, steht hoher Stress längerfristig vor allem mit Erschöpfung und abnehmender Leistungsfähigkeit in Zusammenhang. Abbildung 82 zeigt das subjektive Stressempfinden der Schüler*innen. Bei den Mädchen lag diese Quote mit 48 % höher als bei den Jungen mit 33 %. Bei Betrachtung der Jahrgangsstufen zeigte sich, dass das Stresserleben mit dem Alter zunimmt. Unter Schüler*innen der 5. und 6. Klasse fühlten sich 5 % sehr oft gestresst, bei Schüler*innen der 9. und 10. Klasse waren es 14 %.

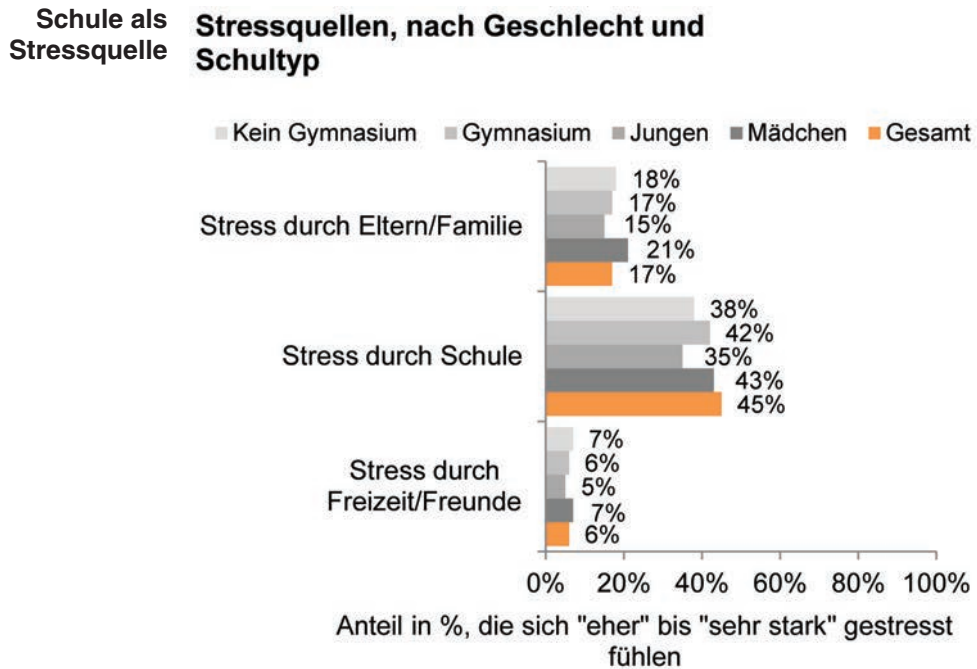
Abbildung 82: Subjektives Stresserleben, nach Klassenstufe und Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung.

Stress kann in unterschiedlichen Lebensbereichen entstehen, wie zum Beispiel durch Familie, Freizeit und Schule. Abbildung 83 zeigt, wie Schüler*innen auf die Frage antworteten, ob sie sich durch einen dieser Bereiche gestresst fühlen. Am stärksten gestresst fühlten sich die Schüler*innen durch die Schule (45 % „eher“ oder „sehr stark“ gestresst), gefolgt von Eltern/Familie (17 %) und Freizeit/Freunde (6 %). Eine Aufschlüsselung nach Geschlecht ergab ein ähnliches Muster für weibliche und männliche Befragte; am stärksten wurde von beiden Geschlechtern der Stress durch die Schule gesehen.

Abbildung 83: Wahrgenommener Stress („eher stark“ oder „sehr stark“) durch verschiedene Quellen des sozialen Umfelds, nach Geschlecht und Schulart

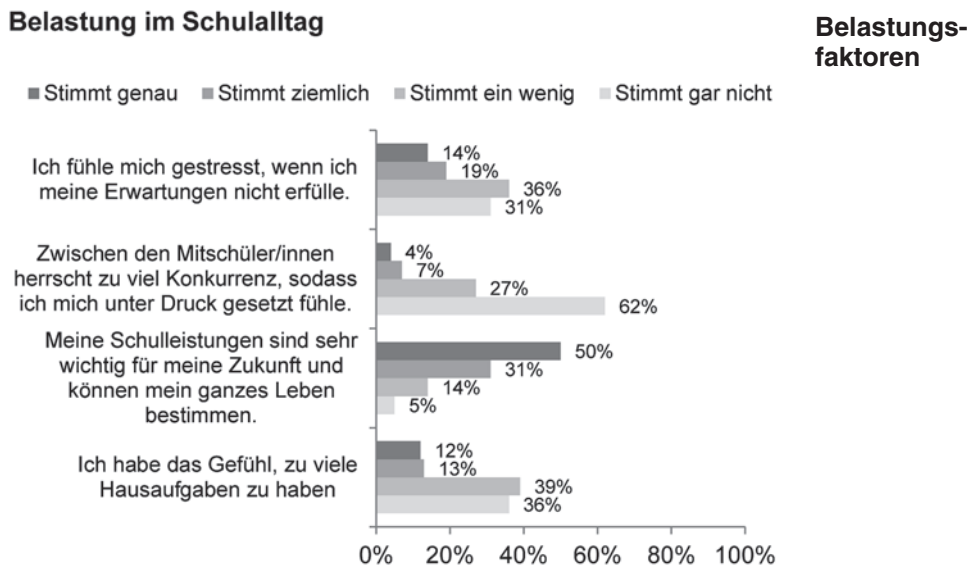


Quelle: Eigene Darstellung.

Schüler*innen an Gymnasien berichteten etwas häufiger, dass sie „eher“ bzw. „sehr stark“ durch die Schule gestresst sind als Schüler*innen anderer Schularten.

Um genauer in Erfahrung zu bringen, wodurch sich Schüler*innen im Schulalltag belastet fühlen, wurden sie zu Belastungsfaktoren im Schulalltag befragt. Die häufigste Zustimmung fand die Aussage, dass die Leistungen in der Schule sehr wichtig für die eigene Zukunft seien und das ganz Leben bestimmen können (siehe Abbildung 84). Dies zeigte sich unabhängig von Geschlecht und Schulart.

Abbildung 84: Subjektive Belastung durch verschiedene Faktoren im Schulalltag

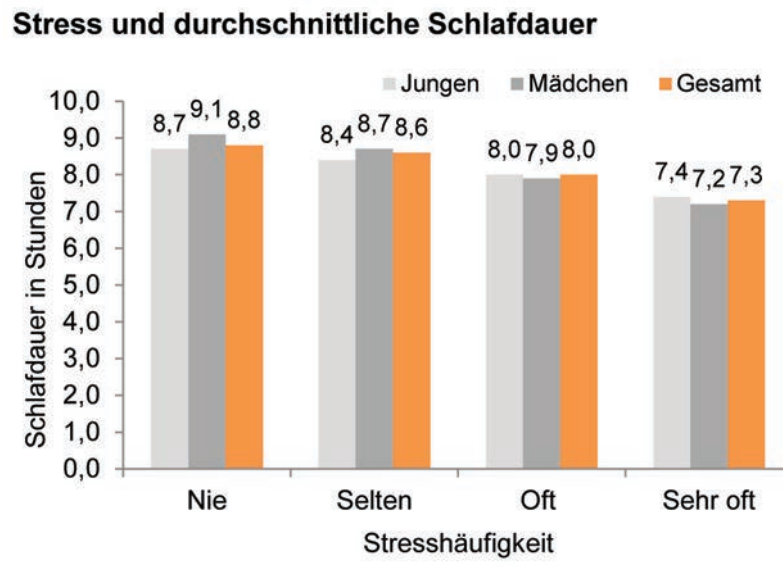


Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.5 Schlafdauer und Stresserleben

Es wurde auch betrachtet, ob es einen Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Stress und der Schlafdauer gibt (siehe Abbildung 85). Hier zeigte sich, dass Schüler*innen, die sehr oft über Stress berichteten, im Durchschnitt 1,5 Stunden weniger schliefen als Schüler*innen, die berichteten, nie Stress zu haben. Bei Jungen verringerte sich die mittlere Schlafdauer mit zunehmendem Stress um 1,3 Stunden, bei Mädchen um 1,9 Stunden.

Abbildung 85: Zusammenhang zwischen durchschnittlicher Schlafdauer unter der Woche und wahrgenommenem Stress

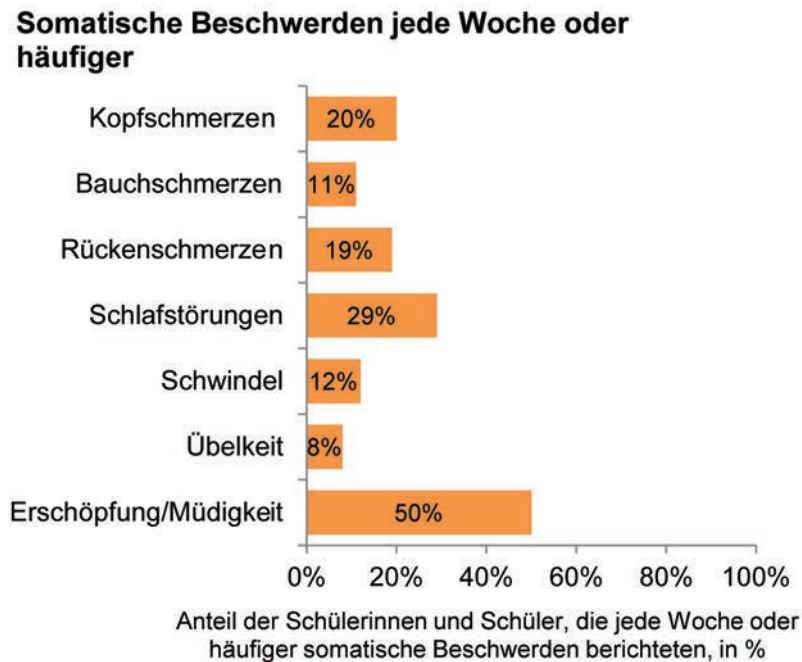


Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.6 Somatische Beschwerden

Neben physischem Unbehagen, wie Bauchschmerzen aufgrund von Akuterkrankungen, spielt auch die Psychosomatik eine wichtige Rolle – so kann etwa starkes Stresserleben sich in Form von Schlafstörungen oder Kopfschmerzen als Somatisierung auswirken. Wie häufig die Schüler*innen im letzten halben Jahr bestimmte somatische Beschwerden erlebt haben, zeigt Abbildung 86.

Abbildung 86: Selbstberichtete Häufigkeit von somatischen Beschwerden (jede Woche oder häufiger)



Quelle: Eigene Darstellung.

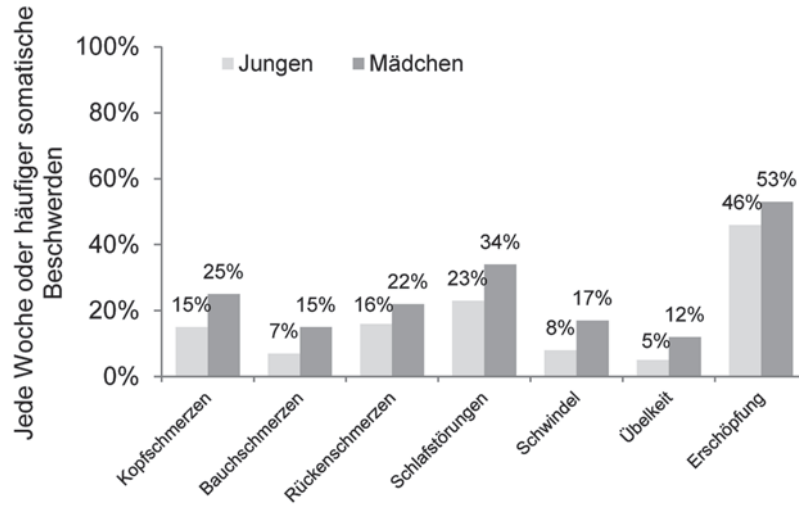
Die mit Abstand am häufigsten berichtete Symptomatik war dabei Erschöpfung/Müdigkeit (50 % jede Woche oder häufiger), gefolgt von Schlafstörungen (29 % jede Woche oder häufiger), Kopfschmerzen (20 % jede Woche oder häufiger), Rückenschmerzen (19 % jede Woche oder häufiger), Schwindel (12 % jede Woche oder häufiger) Bauchschmerzen (11 % jede Woche oder häufiger) und Übelkeit (8 % jede Woche oder häufiger).

Die Quoten lagen für weibliche Befragte für alle Beschwerdebereiche höher als für männliche Befragte (siehe Abbildung 87). Am geringsten war der Unterschied für Rückenschmerzen (22 % vs. 16 %), am stärksten bei Kopfschmerzen (25 % vs. 15 %) und Schlafstörungen (34 % vs. 23 %).

Abbildung 87: Häufigkeit von somatischen Beschwerden, nach Geschlecht

Mädchen berichteten häufiger von somatischen Beschwerden

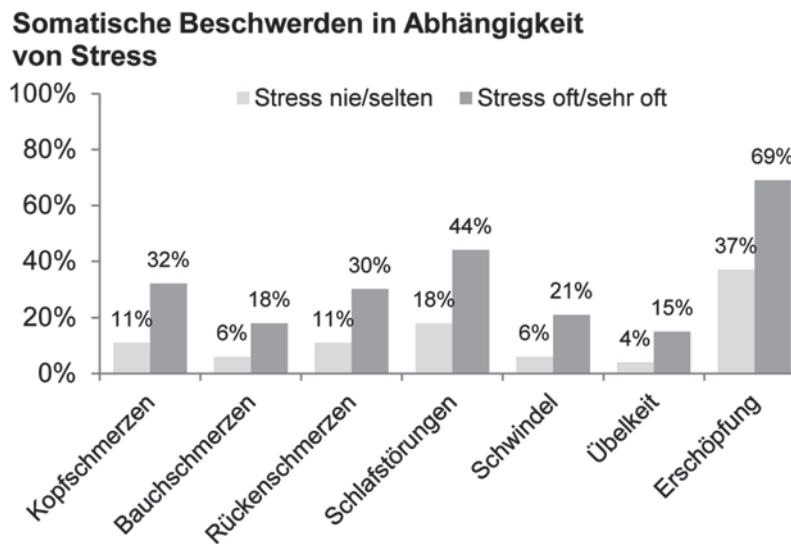
Somatische Beschwerden, nach Geschlecht



Quelle: Eigene Darstellung.

In Abbildung 88 ist zu erkennen, wie stark der Zusammenhang zwischen Stresserleben und dem Auftreten von somatischen Beschwerden ist. Schüler*innen, die oft oder sehr oft Stress erleben, berichteten deutlich häufiger von somatischen Beschwerden. Diese Assoziation zeigte sich altersunabhängig.

Abbildung 88: Häufigkeit von somatischen Beschwerden, nach Stresserleben (nie/selten vs. oft/sehr oft)



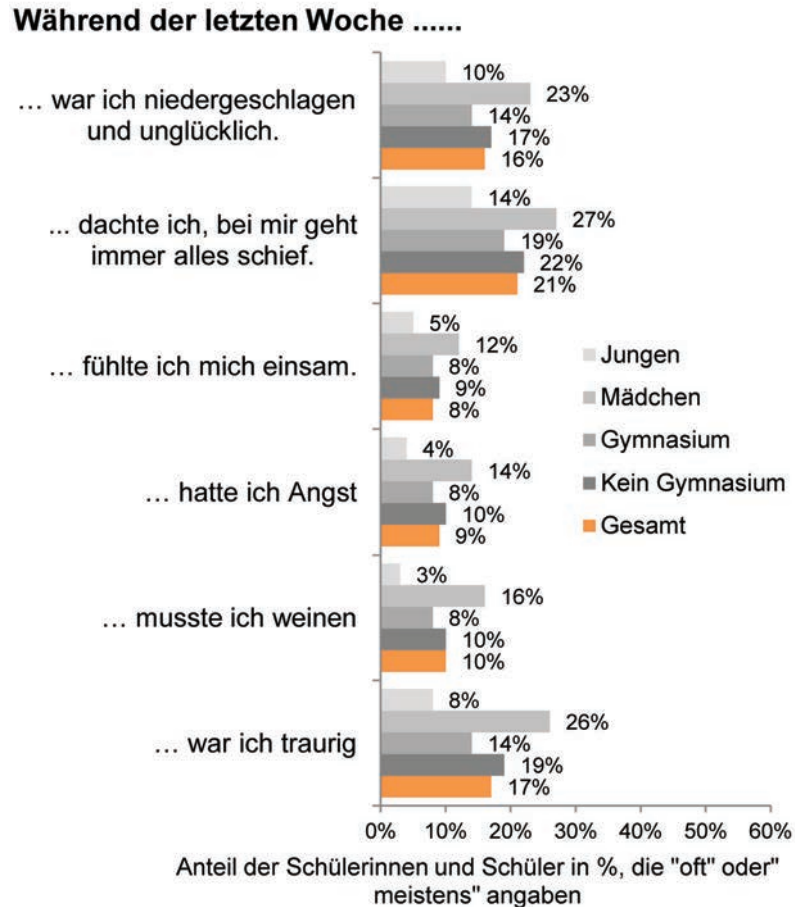
Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.7 Depressive Auffälligkeiten

Den Schüler*innen wurden Fragen gestellt, die auf depressive Symptome hindeuten können. Abbildung 89 gibt einen Überblick über die verschiedenen Symptome und zeigt, wie viel Prozent der Schüler*innen diese oft oder meistens in der Woche vor der Befragung erlebt haben.

Mädchen berichteten deutlich häufiger im Vergleich zu Jungen depressive Symptome. So gaben beispielsweise 26 % aller Mädchen an, in der letzten Woche vor der Befragung traurig gewesen zu sein, während rund 8 % der Jungen dieses berichteten. Der Geschlechterunterschied war deutlich größer als der Unterschied zwischen Schüler*innen verschiedener Schularten. Die Quote der Gymnasiasten lag etwas niedriger als die der Schüler*innen anderer Schularten.

Abbildung 89: Anteil der Schüler*innen, die angaben, „oft/meistens“ die Symptome zu erleben, nach Geschlecht und Schulart

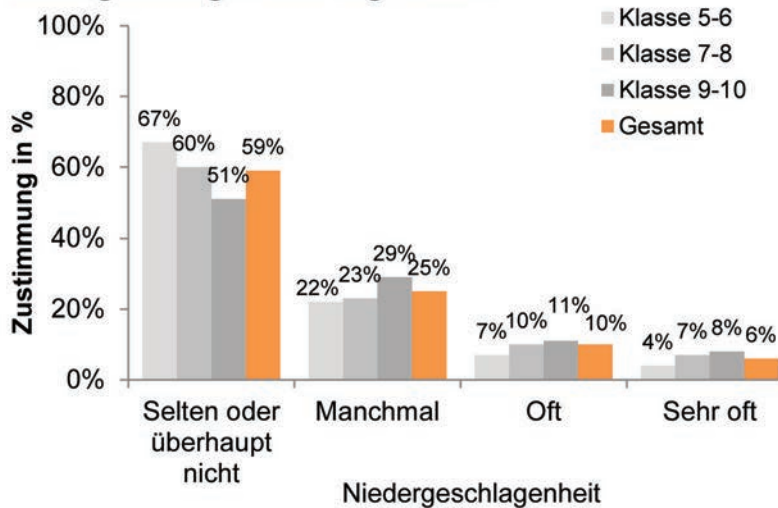


Quelle: Eigene Darstellung.

Nieder- Etwa jede sechste Schülerin und jeder sechste Schüler gaben an, „oft“ oder „sehr oft“ in der letzten Woche niedergeschlagen gewesen zu sein (siehe Abbildung 90). Betrachtet man die Altersstufen, so berichteten etwa jeder Zehnte in den Stufen 5 und 6 und jeder Fünfte in den Stufen 9 und 10 in der letzten Woche oft oder sehr oft unglücklich und niedergeschlagen gewesen zu sein.

Abbildung 90: Niedergeschlagenheit, nach Klassenstufe

Während der letzten Woche war ich niedergeschlagen und unglücklich.

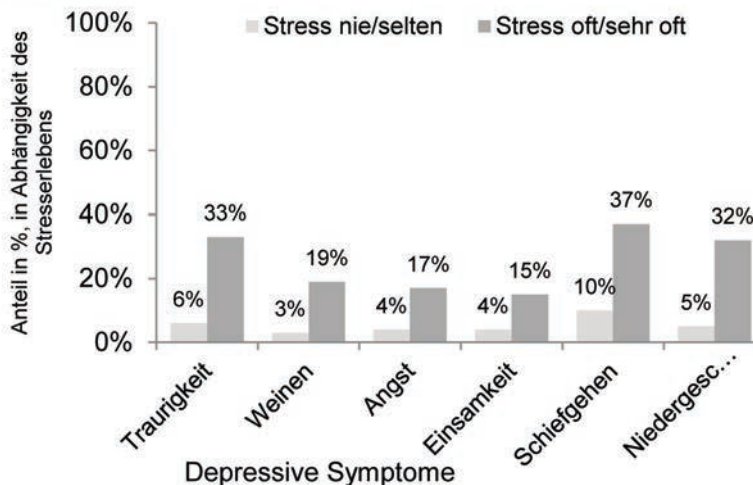


Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung 91 zeigt die depressiven Symptome in Abhängigkeit des Stresserlebens. Es wird deutlich, dass diejenigen, die über häufigen Stress berichteten, auch deutlich häufiger depressive Symptome zeigten ($p < .001$).

Abbildung 91: Depressive Symptome, in Abhängigkeit des Stresserlebens

Depressive Auffälligkeiten in Abhängigkeit von Stress



Depressive Symptome und Stress

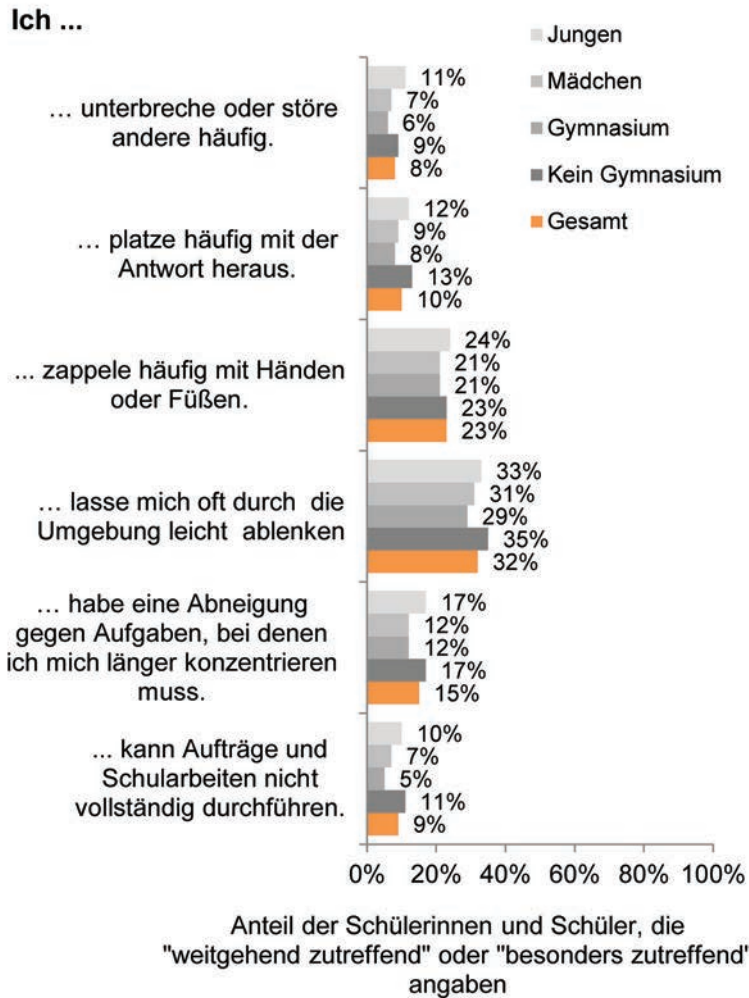
Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.8 Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS-Symptomatik)

Neben Fragen zu depressiven Symptomen wurden Schüler*innen verschiedene Fragen gestellt, die auf eine ADHS-Symptomatik hindeuten können. Abbildung 92 stellt einen Überblick über die über die verschiedenen Symptome dar und zeigt, wie viel Prozent der Schüler*innen diese für sich als „weitgehend zutreffend“ oder „besonders zutreffend“ einschätzten.

Die Anteile der Jungen liegen über denen der Mädchen. So gaben 17 % der Jungen an, eine Abneigung gegen Aufgaben zu haben, die Konzentration erfordern, während 12 % der Mädchen diese Aussage für sich als zutreffend einschätzten. Die Quoten der Gymnasialisten lagen etwas niedriger als die der Schüler*innen anderer Schularten.

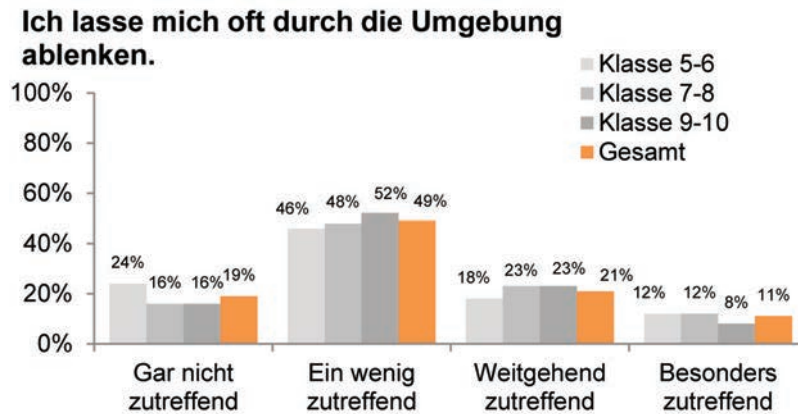
Abbildung 92: Anteil der Schüler*innen, die die Aussagen als weitgehend oder besonders zutreffend einschätzten, nach Geschlecht und Schulart



Quelle: Eigene Darstellung.

Unter anderem wurden die Schüler*innen gebeten, die Aussage „*Ich lasse mich oft leicht durch die Umgebung ablenken.*“ für sich selbst zu bewerten und anzugeben, inwieweit sie diese für sich als zutreffend beurteilen.

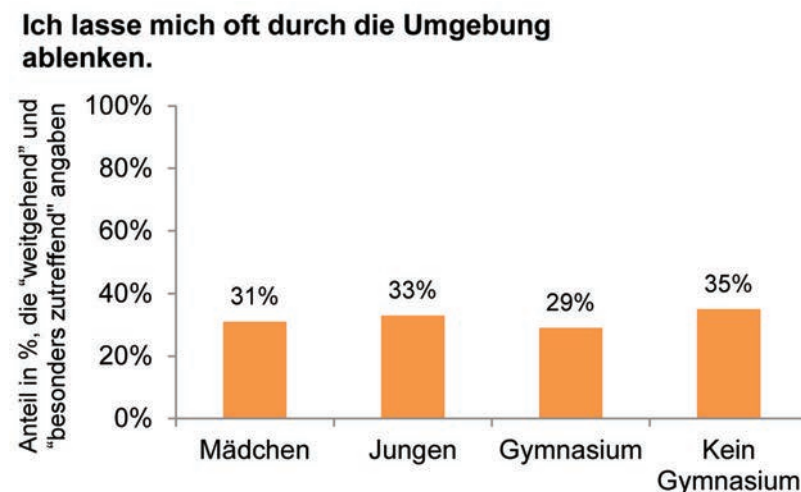
Abbildung 93: Ablenkung durch die Umgebung, nach Klassenstufe



Quelle: Eigene Darstellung.

In der Gesamtschau bejahte etwa ein Drittel der Schüler*innen (32%), sich leicht durch die Umgebung ablenken zu lassen (siehe Abbildung 93). In der Tendenz bejahten dies etwas häufiger die Jungen, der Abstand zu den Mädchen ist jedoch geringfügig. Ein größerer Unterschied zeigte sich zwischen den Schularten, wobei eine leichte Ablenkbarkeit durch die Umgebung seltener in Gymnasien berichtet wurde (siehe Abbildung 94).

Abbildung 94: Anteil der Schüler*innen, die angaben, sich oft durch die Umgebung ablenken zu lassen („weitgehend/besonders zutreffend“), nach Geschlecht und Schultyp



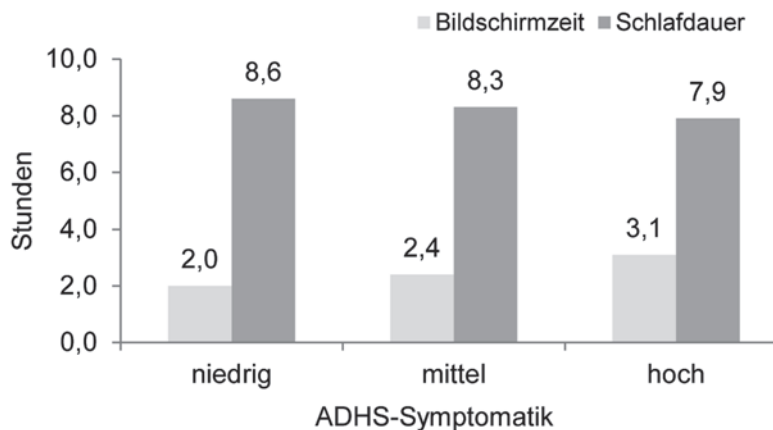
Quelle: Eigene Darstellung.

In einer weiterführenden Analyse wurden die Zusammenhänge zwischen Aufmerksamkeitsdefiziten, Bildschirmzeiten und Schlafdauer betrachtet. Hierfür wurden alle Items des ADHS-Screeners aufsum-

miert und in drei Teile geteilt (niedrig, mittel, hoch). Es zeigte sich, dass mit höheren Werten auf der ADHS-Skala die Bildschirmzeiten systematisch zunahmen und die Schlafdauer abnahm (siehe Abbildung 95).

Abbildung 95: Durchschnittliche Bildschirmzeit und Schlafdauer in Stunden in Abhängigkeit der ADHS Symptomatik (unteres, mittleres und oberes Drittel der Stichprobe).

Mittlere Bildschirmzeiten und Schlafdauer, nach ADHS-Symptomatik (Terzile)



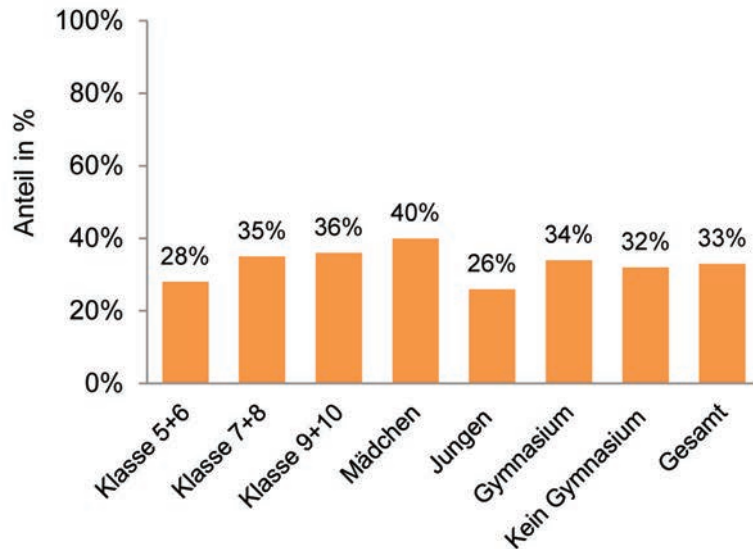
Quelle: Eigene Darstellung.

7.3.9 Soziale Angst

Den Schüler*innen wurde eine Frage zur allgemeinen sozialen Angst gestellt („Wie häufig überlegst du dir, was andere Jungen und Mädchen von dir denken?“). Abbildung 96 zeigt welche Schülergruppen Tendenzen zu ängstlichen Verhaltensweisen in sozialen Situationen aufzeigen.

Abbildung 96: Schüler*innen, die angaben, oft/sehr oft zu überlegen was andere von ihnen denken

Schülergruppen mit Tendenzen zu ängstlichen Verhaltensweisen in sozialen Situationen



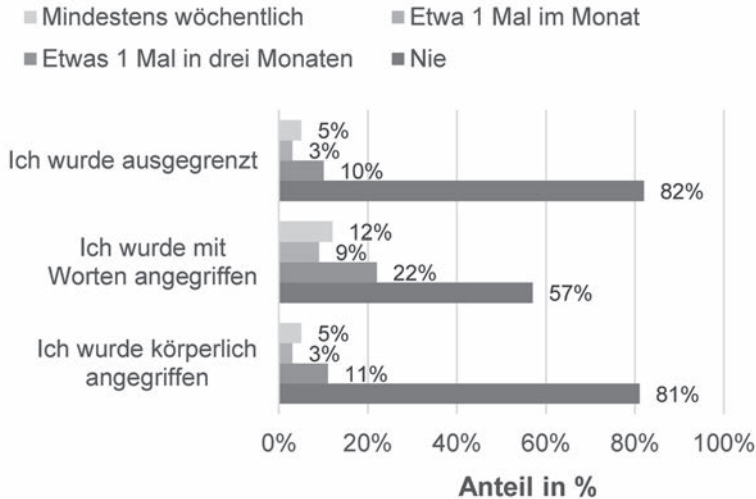
Quelle: Eigene Darstellung.

Es zeigte sich ein deutlicher Geschlechtseffekt, der sich darin äußert, dass Mädchen überzufällig häufiger als Jungen darüber nachdenken, was andere von ihnen denken.

7.3.10 Mobbing

Die Schüler*innen berichteten überwiegend, im letzten halben Jahr kein Mobbing erfahren zu haben, die Quoten lagen dabei zwischen 57 % und 81 % (siehe Abbildung 97). Es gab jedoch eine nicht unbedeutende Zahl an Schüler*innen (zwischen 7 % und 21 %), die berichteten, mindestens einmal im Monat Opfer von Mobbing gewesen zu sein. Am häufigsten war dabei verbale Gewalt, es kam jedoch auch zu Ausgrenzungen und zu körperlicher Gewalt.

Abbildung 97: Häufigkeit von Mobbing im letzten halben Jahr

Opfer von Mobbing**Mobbing in der Schule**

Quelle: Eigene Darstellung.

7.4 Fazit

Der Präventionsradar liefert Hinweise zu gesundheitsrelevanten und gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, die im Kindes- und Jugendalter noch keinen Krankheitswert haben, die jedoch deutlich das Risiko für Erkrankungen im Erwachsenenalter erhöhen. Diese Informationen können aus den Abrechnungsdaten nicht abgeleitet werden. Das betrifft unter anderem Informationen über den Substanzkonsum, das Schlafverhalten, die Mediennutzung, Mobbing und Symptome psychischer Auffälligkeiten. Die Ergebnisse des Präventionsradars vervollständigen durch die Erfassung des tatsächlichen Verhaltens das Bild über die Gesundheit von 10- bis 18-Jährigen. So zeigen sich beispielsweise Zusammenhänge zwischen dem Auftreten von depressiven Auffälligkeiten und somatischen Beschwerden, dem Stresserleben und der Schlafdauer sowie Assoziationen von Bildschirmzeiten und dem Auftreten von ADHS-Symptomen. Die gewonnenen Erkenntnisse helfen bei der Identifikation von gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, die sich gegenseitig bedingen und das Auftreten von Erkrankungen begünstigen können.

Den Verantwortlichen in den Schulen werden die Ergebnisse zur Verfügung gestellt, sodass sie einen aktuellen Überblick über den Lebensstil der Schülerschaft erhalten. Dieses Wissen ermöglicht ihnen, im Rahmen schulischer Präventionsarbeit spezifische Problemfelder zu identifizieren und zugeschnittene Präventionsmaßnahmen anzubieten. So wird schon frühzeitig angesetzt, um den gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen vorzubeugen.

7.5 Literatur

- Babor, T., de la Fuente, J. R., Saunders, J. B., et al. (1992): AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Bundeszentrale für politische Bildung (2010): Fragebogen zum Thema „Mobbing und Gewalt“. 2010, abrufbar unter <http://www.bpb.de/lernen/grafstat/mobbing/46546/m-01-03-fragebogen-zum-thema>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., et al. (1998): The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med, 158(16):1789–95. [published Online First: 1998/09/17]
- Döpfner, M., Lehmkuhl, G. (2003): Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV (DISYPS-KJ). Prax Kinderpsychol K, 46: 519–547.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., et al. (2015): National Sleep Foundation’s sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep health, 1(1):40–43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010 [published Online First: 2015/03/01]
- Melfsen, S., Warnke, A. (2011): SASC-R-D – Social Anxiety Scale for Children Revised – Deutsche Version. In: Barkmann, C; Schulte-Markwort, M; Brähler, E. Klinisch-psychiatrische Ratingskalen für das Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe: 406–410.
- Orth, B. (2016): Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln.
- Popp, K., Melzer, C., Methner, A. (2013): Förderpläne entwickeln und umsetzen. München: Ernst Reinhardt.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., et al. (2008): An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. Eur J Public Health, 18(3):294–9. doi: 10.1093/eurpub/ckn001 [published Online First: 2008/02/07]
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Leskinen, E., et al. (2009): School burn-out inventory (SBI) reliability and validity. Eur J Psychol Assess, 25(1):48–57.
- Shahid, A., Wilkinson, K., Marcu, S., et al. (2011): Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC).

- STOP, THAT and One Hundred Other Sleep Scales: Springer: 93–96.
- Sun J, Dunne MP, Hou X-Y, et al. Educational Stress Scale for Adolescents (2011): Development, validity, and reliability with Chinese students. *J Psychoeduc Ass*, 29(6): 534–46.
- Torsheim, T., Aaroe, L. E., Wold, B. (2001): Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, 53(5): 603–14.
- Wechsler, H., Nelson, T.F. (2001): Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Psychol Addict Behav*, 15(4): 287–91.

Autoren



Prof. Dr. Wolfgang Greiner

geboren 1965, ist seit April 2005 Inhaber des Lehrstuhls für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld. Vor seiner Berufung war er an der Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, einer Gemeinschaftseinrichtung der Universität Hannover und der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), als Forschungsleiter tätig. Er ist Autor zahlreicher Buch- und Zeitschriftenartikel und Managing Editor der Zeitschrift „European Journal of Health Economics“. 1999 wurde er in das Board der EuroQol-Foundation in Rotterdam gewählt. Im Mai 2007 wurde Prof. Greiner vom Bundesgesundheitsministerium in den wissenschaftlichen Beirat für die Neugestaltung des Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung berufen. Prof. Dr. Greiner ist zudem Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit), Mitglied in wissenschaftlichen Beiräten des IQWiGs, der DAK-Gesundheit und der TK sowie in dem Aufsichtsrat des Medizinischen Zentrums für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH.

Die wissenschaftlichen Schwerpunkte Prof. Greiners liegen im Bereich der Evaluation von Gesundheitsleistungen, der Lebensqualitätsforschung, des Health Technology Assessments, des Risikostrukturausgleichs sowie des Disease Managements. Er ist Gastdozent an den Hochschulen von Magdeburg, Bern, Berlin (Charité) und Lüneburg und Preisträger des österreichischen Preises für Gesundheitsökonomie, des Wissenschaftspreises der Universität Hannover sowie des Medvantis-Forschungspreises.



Manuel Batram

studierte Gesundheitswissenschaften, Wirtschaftswissenschaften und Statistik. Nach langjähriger Mitarbeit am Lehrstuhl von Prof. Greiner ist er seit 2015 Doktorand am Lehrstuhl für Ökonometrie und promoviert an der Universität Bielefeld im Themenbereich der „Diskreten Wahlmodelle“.

**Julian Witte**

ist seit 2012 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement der Universität Bielefeld. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen Frage- und Problemstellungen im Verfahren der frühen Nutzenbewertung sowie der Preisbildung innovativer Arzneimittel, die gesundheitsökonomische Evaluationsforschung (insbesondere im Bereich Arzneimittel), Krankheitskostenanalysen und Themen der Versorgungsforschung.

Kontaktdaten**Prof. Dr. Wolfgang Greiner**

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
Tel.: 0521 106 6989
Fax: 0521 106 156989
Mail: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de

Julian Witte, M.Sc.

Universität Bielefeld
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement
Postfach 10 01 31
D-33501 Bielefeld
Tel.: 0521 106 4264
Fax: 0521 106 156989
Mail: julian.witte@uni-bielefeld.de

Gastautoren



Prof. Dr. Ullrich Bauer

ist seit 2014 als Professor für Sozialisationsforschung und seit 2019 als Dekan der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld tätig. Frühere Positionen bekleidete er an der Fakultät für Bildungswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Er gründete dort das Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) und leitete das Institut für Pädagogik.



Dr. Franz Baumgarten

ist Diplom-Psychologe und arbeitet seit 2017 im Fachgebiet „Psychische Gesundheit“ in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Er leitet gemeinsam mit Dr. Robert Schlack das Projekt „Erkennen – Bewerten – Handeln“ Schwerpunktbericht zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung.



Torsten M. Bollweg

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Promovend am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI), Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universität Bielefeld. Seit 2015 forscht er insbesondere zur quantitativen Messung der Gesundheitskompetenz von Kindern.



Alexandra M. Freţian

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI) und der School of Public Health der Universität Bielefeld. Sie forscht zur Mental Health Literacy von Kinder und Jugendlichen sowie deren Zugang zum Versorgungssystem. Ihr akademischer Werdegang erfolgte in Psychologie und European Public Health.

**Kristin Göbel, M.Sc.**

hat einen Master of Science in Sozialer und Angewandter Psychologie. Zu ihrem Forschungsschwerpunkt gehört die Entwicklung psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Seit 2017 arbeitet sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schwerpunktbericht „Erkennen – Bewerten – Handeln“ zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung im

Fachgebiet „Psychische Gesundheit“ am Robert Koch-Institut

**Patricia Graf**

arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld am Zentrum für Prävention und Intervention im Kindes- und Jugendalter (ZPI). Sie beschäftigt sich insbesondere mit psychischer Gesundheitskompetenz sowie der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und ist an der Durchführung des IMPRES-Projektes beteiligt. Darüber hinaus ist sie als Psychologin in der ambulanten Patientenversorgung tätig.

**Dr. Robert Schlack**

ist Gesundheitswissenschaftler in der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Er hat die bundesweite KiGGS-Studie von Beginn an mit aufgebaut und arbeitet schwerpunktmäßig zur Epidemiologie psychischer Auffälligkeiten und Störungen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere ADHS. Er leitet gemeinsam mit Dr. Franz Baumgarten

das vom Bundesgesundheitsministerium geförderte gegenwärtig erarbeitete Projekt eines Schwerpunktberichts „Erkennen – Bewerten – Handeln“ zur psychischen Gesundheit der Kinder- und Jugendlichenbevölkerung in Deutschland.

**Prof. Dr. Silke Wiegand-Grefe**

ist Psychologische Psychotherapeutin, Psychoanalytikerin und Paar- und Familientherapeutin. Seit 2004 leitet sie die Forschungssektion „Familienforschung und Psychotherapie“ in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf. Seit 2011 hat sie außerdem eine Professur für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Science, inne. Zuvor arbeitete sie langjährig klinisch und wissenschaftlich in der stationären und ambulanten Krankenversorgung.

Autoren des Präventionsradars



Prof. Dr. phil. Reiner Hanewinkel

ist Leiter des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord). Er studierte Psychologie an der Universität Kiel. Nach seiner Promotion im Jahr 1992 erhielt er 1999 die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Im Jahr 2005 habilitierte er im Fach Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Im Jahr 2011 wurde er zum apl. Professor für Medizinische Psychologie und Soziologie an der Universität Kiel ernannt. Er ist Leiter des Querschnittsbereichs 10 „Prävention und Gesundheitsförderung“ der Medizinischen Fakultät der Universität Kiel.



PD Dr. phil. Matthis Morgenstern

ist stellvertretender Leiter des Instituts für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord). Er studierte Psychologie an den Universitäten Koblenz-Landau und München. Nach seiner Promotion im Jahr 2006 begann er seine Tätigkeit in Kiel am IFT-Nord. Im Jahr 2013 habilitierte er im Fach Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehört die Untersuchung von Medieneinflüssen auf den Tabak- und Alkoholkonsum von Jugendlichen sowie die Evaluation von Präventionsmaßnahmen.



Dr. phil. Julia Hansen

ist leitende wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord). Sie studierte Sportwissenschaften an der Universität Kiel. Nach ihrer Promotion im Arbeitsbereich Sportpsychologie/Bewegungswissenschaft im Jahr 2010 begann sie ihre Tätigkeit am IFT-Nord in Kiel. Zu den Forschungsinteressen gehören die Evaluation von Präventionsmaßnahmen sowie die Förderung von körperlicher Aktivität im Kindes- und Jugendalter.