

Kinder- und Jugendreport 2018

Schleswig-Holstein

DAK Forschung

Dr. med. Mark Dankhoff

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27–31

20097 Hamburg

Tel.: 040 2396-2496; Fax: 040 2396-4496

E-Mail: mark.dankhoff@dak.de

Diese Studie wurde im Auftrag der DAK-Gesundheit erstellt durch die

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Postfach 100131

33501 Bielefeld

Rechtlicher Hinweis zur Nutzung dieser Studie:

Die ausschließlichen Rechte für diese Studie liegen bei der DAK-Gesundheit als Auftraggeberin. Die Nutzung in Print- und Onlinemedien, Radio und TV bedarf keiner vorherigen Genehmigung.

Bedingung für die Nutzung ist der thematische Zusammenhang und die Angabe der Quelle (DAK-Gesundheit). Die vorherige schriftliche Genehmigung der DAK-Gesundheit ist aber in jedem Fall dann erforderlich, wenn die Nutzung im thematischen Zusammenhang mit der Werbung für Lebens-, Arznei- und Heilmittel erfolgend soll.

Das Recht zur Nutzung umfasst nicht Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen, Übersetzungen und die Einspeicherung in elektronische Systeme; diese weitergehende Nutzung ist ohne vorherige Zustimmung der DAK-Gesundheit unzulässig und strafbar.

Kinder- und Jugendreport

Schleswig-Holstein

Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein

Autoren:

Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Manuel Batram, Stefan Scholz, Julian Witte

Unter Mitarbeit von: Dr. med. Mark Dankhoff

Redaktion: Dorothea Wiehe

Idee: Rüdiger Scharf

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27-31, D-20097, Hamburg

Bielefeld & Schwerin

Februar 2019

[IMPRESSUMSEITE]

Vorwort

In Deutschland werden wieder mehr Kinder geboren: 792.000 waren es laut Statistischem Bundesamt 2016, 7,4 Prozent mehr als im Vorjahr. In Schleswig-Holstein leben rund 470.000 Kinder und Jugendliche, und auch hier steigen die Geburtenraten. Doch wie gesund sind die hier lebenden Kinder und Jugendlichen – oder wie krank?

Im Herbst 2018 hat die DAK-Gesundheit als erste gesetzliche Krankenkasse die gesundheitliche Situation der nachwachsenden Generation umfassend analysiert und in einem Kinder- und Jugendreport veröffentlicht. Für diesen Bundesreport wurden am Lehrstuhl für „Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement“ an der Universität Bielefeld die Daten von rund 600.000 Kinder ausgewertet, die 2016 bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Nun folgt eine Auswertung auf Landesebene. In Schleswig-Holstein standen dafür Daten von 30.325 versicherten Kindern zur Verfügung: Abrechnungsdaten von Kliniken und Ärzten, Arznei- und Hilfsmittelverordnungen sowie weitere Routinedaten. Es ist damit eine der bislang umfangreichsten Untersuchungen zur Kindes- und Jugendgesundheit in Schleswig-Holstein. Und sie zeigt: Ein Viertel der Kinder leidet unter chronischen Beschwerden wie Neurodermitis oder Asthma. Seelische Probleme, die das soziale Leben von Kindern und Jugendlichen beeinflussen, wie z. B. Schulangst und Depressionen, sind ebenfalls verbreitet: Knapp jedes zehnte Kind ist von einer psychischen Erkrankung betroffen – mit potentiell chronischem Verlauf. Auch die Häufigkeit von Rückenschmerzen ist alarmierend: Sechs Prozent aller Kinder ab 12 Jahren wurden wenigstens einmal aufgrund von Rückenleiden behandelt.

Der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit für Schleswig-Holstein gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste gibt einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen. Ausgewertet wurden dafür alle im Jahr 2016 im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung diagnostizierten Erkrankungen. Von besonderem Interesse ist dabei die Frage, inwiefern sich in Schleswig-Holstein Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen bzw. verschiedenen Altersgruppen identifizieren lassen. Darüber hinaus werden die regionalen Daten mit den bundesweiten Ergebnissen verglichen. Der zweite Abschnitt analysiert die landesspezifische Leistungsanspruchnahme in verschiedenen Versorgungssektoren, darunter insbesondere die ambulant ärztliche, Krankenhaus- und Arzneimittelversorgung.

Der dritte Abschnitt fasst Ergebnisse einer bundesweiten Analyse zur Familiengesundheit zusammen. Schwerpunkt sind dabei zwei Fragestellungen: Wie beeinflusst die soziale Lage einer Familie die Gesundheit von Kindern? Und in welchem Ausmaß gibt es Zusammenhänge zwischen der Gesundheit der Eltern und ihrer Kinder? Die Ergebnisse belegen bei vielen Erkrankungen einen Zusammenhang zwischen einer Erkrankung der Eltern und gehäuftem Auftreten bei den Kindern, ganz deutlich beispielsweise bei Adipositas. Auch der sozioökonomische Familienstatus wirkt sich aus, insbesondere der Bildungshintergrund: So ist die Karies-Häufigkeit bei Kindern studierter Eltern um 74 Prozent geringer als bei Kindern von Eltern ohne Ausbildungsabschluss.

Die DAK-Gesundheit wird künftig jedes Jahr mit dem Kinder- und Jugendreport eine umfassende Analyse zum aktuellen Krankheitsgeschehen in Schleswig-Holstein präsentieren. Sie ist damit die erste große gesetzliche Krankenkasse, die eine derartige Landesreport-Reihe ermöglicht. Die Pionierarbeit des Kinder- und Jugendreportes ist gerechtfertigt angesichts der hohen Relevanz: Viele Erkrankungen im Erwachsenenalter haben ihren Ursprung in Kindheit und Jugend. Um Gesundheitsproblemen frühzeitig zu begegnen, ist es wichtig, präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen zielgerichtet zu planen und einzusetzen. Das ist nur möglich auf Grundlage umfassender Forschung. Insbesondere eine Analyse auf Landesebene ist wichtig, um für eine Verbesserung der Versorgung die spezifischen Bedingungen vor Ort einzubeziehen. Die DAK-Gesundheit veröffentlicht deshalb diese Landesreporte, die den Bundesreport komplementieren und mit vergleichbarem Detailgrad Analysen zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen liefern. Für diese landesspezifischen Daten hoffen wir auf ein breites Interesse der (Fach-)Öffentlichkeit. Ziel ist, das wichtige Thema der Kinder- und Jugendgesundheit noch stärker in den Vordergrund der Versorgungsdiskussion in Schleswig-Holstein zu rücken.

Prof. Dr. Wolfgang Greiner und Cord-Eric Lubinski

Bielefeld & Kiel, Februar 2019

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	I
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	IX
Zusammenfassung der Ergebnisse	XII
1. Hintergrund und Zielsetzung des Reportes	1
2. Methodik	2
2.1 Datengrundlage	2
2.2 Analyse des Krankheitsgeschehens und der Leistungsinanspruchnahme.....	4
2.3 Einfluss der Siedlungsstruktur	5
3. Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	6
3.1 Häufigste Erkrankungsdiagnosen und Behandlungsanlässe	6
3.2 Erkrankungsschwerpunkte in Schleswig-Holstein im bundesdeutschen Vergleich	10
3.3 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Erkrankungsgeschehen.....	14
3.4 Chronische Erkrankungen	18
3.5 Atemwegserkrankungen	24
3.6 Infektionskrankheiten	29
3.7 Augenerkrankungen	33
3.8 Psychische und Verhaltensstörungen	34
3.9 Hautkrankheiten.....	46
3.10 Ohrenerkrankungen	48
3.11 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.....	50
3.12 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	53
3.13 Sonstige Erkrankungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen ..	54
4 Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016 ...	61
4.1 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.....	61
4.2 Kosten der Leistungsinanspruchnahme aus Perspektive der GKV66	
4.3 Arzneimittelverordnungen für Kinder und Jugendliche	71
4.4 Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen	81
4.5 Heilmittelversorgung.....	86

5	Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land in Schleswig-Holstein	88
5.1	Stadt-Land-Unterschiede im Erkrankungsgeschehen	88
5.2	Stadt-Land-Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme	90
6	Bundesweite Ergebnisse zur Familiengesundheit	92
6.1	Methodik	92
6.2	Einfluss des sozioökonomischen Familienstatus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	96
6.3	Familienassoziierte Determinanten für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen	100
	Literatur	105
	Autoren.....	108

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung der bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein (Quelle: Statistisches Bundesamt 2018)	3
Abbildung 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit wenigstens einer ambulanten oder stationären Krankheitsdiagnose in Schleswig-Holstein im Jahr 2016	7
Abbildung 3: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016	8
Abbildung 4: Absolute Abweichungen in der Erkrankungsprävalenz in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Abweichung in Fällen je 1.000 Personen)	10
Abbildung 5: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) bei Jungen und Mädchen in Schleswig-Holstein	14
Abbildung 6: Prävalenz (Fälle je 1.000) der häufigsten Erkrankungsarten nach Altersjahrgängen in Schleswig-Holstein	16
Abbildung 7: Prävalenz potentiell chronisch-somatischer und psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters in Schleswig-Holstein.....	21
Abbildung 8: Prävalenz von Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 J00-J99) in Schleswig-Holstein.....	24
Abbildung 9: Altersgruppenspezifische Prävalenz relevanter Atemwegserkrankungen (Fälle je 1.000) in Schleswig-Holstein	26
Abbildung 10: Prävalenz der allergischen Rhinopathie (ICD-10 J30.1-J30.4) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016	28
Abbildung 11: Prävalenz infektiöser und parasitärer Erkrankungen (ICD-10 A00-B99) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016	29
Abbildung 12: Prävalenz impfpräventabler Erkrankungen (Fälle je 10.000) in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich.....	31
Abbildung 13: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (ICD-10 H00-H59) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016	33
Abbildung 14: Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016.....	34
Abbildung 15: Verteilung der Fälle mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen je Altersgruppe (Doppelzählung möglich).....	35
Abbildung 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) seltenerer psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	36

Abbildung 17: Prävalenz von Entwicklungsstörungen (ICD-10 F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016.....	38
Abbildung 18: Prävalenz (Fälle je 1.000) relevanter Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit des Alters	39
Abbildung 19: Prävalenz von Verhaltensstörungen (ICD-10 F90-F98) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	40
Abbildung 20: Prävalenz hyperkinetischer Störungen (ICD-10 F90) sowie die Verordnungsprävalenz von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Jahr 2016	41
Abbildung 21: Prävalenz (Fälle je 10.000) psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in Abhängigkeit des Alters.....	44
Abbildung 22: Prävalenz von Krankheiten der Haut und der Unterhaut (ICD-10 L00-L99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016...	46
Abbildung 23: Prävalenz der Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	47
Abbildung 24: Prävalenz von Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (ICD-10 H60-H95) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	48
Abbildung 25: Prävalenz einer Otitis media (ICD-10 H65-H67) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 .	49
Abbildung 26: Prävalenz von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen (ICD-10 E00-E90) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	50
Abbildung 27: Adipositas-Prävalenz (ICD-10 E66) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	51
Abbildung 28: Anzahl der Kinder und Jugendliche mit einer dokumentierten Laktoseintoleranz im Jahr 2016	52
Abbildung 29: Prävalenz von Zahnkaries (ICD-10 K02) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	54
Abbildung 30: Prävalenz (Fälle je 1.000) behandlungsbedürftiger Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen.....	56
Abbildung 31: Prävalenz von Erkrankungen des Urogenitalsystems (ICD-10 N00-N99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	59
Abbildung 32: Prävalenz nicht näher bezeichneter Allergien (ICD-10 T78.4) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	60
Abbildung 33: Boxplot zur Kontakt- / Verordnungshäufigkeit je Versorgungssektor und Altersgruppe	64
Abbildung 34: Rohe durchschnittliche Kosten der Leistungsanspruchnahme von bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	67
Abbildung 35: Anteil der Versorgungssektoren an den durchschnittlichen Gesamtkosten je Altersgruppe.....	69

Abbildung 36: Verteilung der Leistungsausgaben auf Personen und Versorgungssektoren	70
Abbildung 37: Anteil der Jungen und Mädchen mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung in 2016	71
Abbildung 38: Durchschnittliche Anzahl verordneter Arzneimittel zur Behandlung verschiedener Erkrankungen (ATC-Dreisteller) für Jungen (M) und Mädchen (W)	72
Abbildung 39: Verordnungsprävalenz von Wirkstoffen zur Behandlung von Atemwegserkrankungen im Jahr 2016	73
Abbildung 40: Verordnungsprävalenz von im Kindes- und Jugendalter häufig eingesetzte Wirkstoffgruppen	74
Abbildung 41: Verordnungsprävalenz von Antibiotika (ATC J01) bei Kinder und Jugendlichen im Jahr 2016	76
Abbildung 42: Verordnungsprävalenz von Cephalosporinen der 2. und 3. Generation (Reserveantibiotika) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	77
Abbildung 43: Verordnungsprävalenz von Kontrazeptiva bei Mädchen ab elf Jahren im Jahr 2016	79
Abbildung 44: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2016	81
Abbildung 45: Prävalenz (Fälle je 1.000 Kinder mit Krankenhausaufenthalt) der fünf häufigsten Hospitalisierungsgründe in Abhängigkeit des Alters der Kinder und Jugendlichen	82
Abbildung 46: Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach Altersgruppen	85
Abbildung 47: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung im Jahr 2016	86
Abbildung 48: Prävalenz von Entwicklungs- (ICD-10 F8) und Verhaltensstörungen (ICD-10 F9) in städtisch- und ländlich geprägten Gebieten in Schleswig-Holstein (Fälle je 1.000)	89
Abbildung 49: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben je Versorgungssektor differenziert nach ländlich- und städtisch geprägten Regionen in Schleswig-Holstein	90
Abbildung 50: Altersgruppenspezifische Verteilung der Ausgabenprofile bei Kindern in städtischen und ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein	91
Abbildung 51: Prävalenz (Fälle je 1.000) versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder in Abhängigkeit des Ausbildungsabschlusses der Eltern	97
Abbildung 52: Kosten der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Ausbildungsabschlusses der Eltern	99

Abbildung 53: Prävalenz potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen bei Kindern suchtkranker Eltern im Vergleich zu Kindern ohne suchtkranke Eltern	102
Abbildung 54: Odds Ratio für das Vorhandensein einer Grippe ohne Influenza-Virusnachweis (ICD-10 J11) nach Altersgruppen und Geschlecht bei Vorhandensein mindestens einer Grippe bei den Eltern des Kindes	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Größe der gebildeten Altersgruppen.....	3
Tabelle 2: Differenzierung der in Schleswig-Holstein lebenden und bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder anhand städtischer bzw. ländlicher Siedlungsstrukturmuster	5
Tabelle 3: Häufigste Behandlungsdiagnosen (ICD-Dreisteller) in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 (Fälle je 1.000 Personen).....	9
Tabelle 4: Erkrankungsprävalenz der Erkrankungsarten in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (sortiert nach Erkrankungshäufigkeit)	11
Tabelle 5: Alters- und geschlechtsübergreifende Prävalenz versorgungsrelevanter Behandlungs- bzw. Leistungsdiagnosen (ICD-Dreisteller) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt	12
Tabelle 6: Häufigste Behandlungsdiagnosen bei Jungen in Schleswig-Holstein	15
Tabelle 7: Häufigste Behandlungsdiagnosen bei Mädchen in Schleswig-Holstein	15
Tabelle 8: Altersbezogene Erkrankungsschwerpunkte häufiger und versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder (Fälle je 1.000, berücksichtigt wurden lediglich Altersjahrgänge mit >10 Fällen).....	17
Tabelle 9: Häufigkeit potentiell chronisch-somatischer Erkrankungen (Fälle je 1.000), Indikationen mit ≤ 10 Fällen sind nicht dargestellt (-).....	21
Tabelle 10: Häufigkeit potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen (Fälle je 1.000), Indikationen mit ≤ 10 Fällen sind nicht dargestellt (-).....	22
Tabelle 11: Häufigkeit der fünf relevantesten Atemwegserkrankungen (Fälle je 1.000).....	25
Tabelle 12: Häufigkeit der fünf relevantesten infektiösen und parasitären Erkrankungen (Fälle je 1.000).....	29
Tabelle 13: Häufigkeit der fünf relevantesten Augenerkrankungen (Fälle je 1.000)	33
Tabelle 14: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016.....	35
Tabelle 15: Häufigkeit der fünf relevantesten psychischen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (Fälle je 1.000).....	37
Tabelle 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Entwicklungsstörungen Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	38
Tabelle 17: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016	41
Tabelle 18: Verordnungsprävalenz von Psychostimulanzen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Jahr 2016	42

Tabelle 19: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr.....	44
Tabelle 20: Häufigkeit der fünf relevantesten Hauterkrankungen (Fälle je 1.000).....	47
Tabelle 21: Häufigkeit der fünf relevantesten Ohrenerkrankungen (Fälle je 1.000).....	48
Tabelle 22: Häufigkeit der fünf relevantesten Stoffwechselkrankheiten (Fälle je 1.000).....	50
Tabelle 23: Häufigkeit der fünf relevantesten angeborenen Fehlbildungen und Deformitäten (Fälle je 1.000).....	53
Tabelle 24: Prävalenz der fünf häufigsten Muskel-Skelett-Erkrankungen (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen.....	55
Tabelle 25: Häufigkeit der fünf relevantesten Krankheiten des Urogenitalsystems (Fälle je 1.000).....	59
Tabelle 26: Häufigkeit der fünf relevantesten Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Fälle je 1.000).....	60
Tabelle 27: Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme nach Altersgruppen und Versorgungssektoren.....	62
Tabelle 28: Inanspruchnahme ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	63
Tabelle 29: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht.....	64
Tabelle 30: Gesamtkosten aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen je Versorgungssektor.....	66
Tabelle 31: Rohe durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich.....	67
Tabelle 32: Rohe durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben je Versorgungssektor von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich.....	68
Tabelle 33: Verteilung der Versorgungskosten auf alle Kinder und Jugendliche.....	69
Tabelle 34: Wirkstoffgruppen mit der höchsten Verordnungsprävalenz im Jahr 2016.....	72
Tabelle 35: Verordnungsprävalenz von Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016.....	76
Tabelle 36: Verordnungsprävalenz (Fälle je 1.000) von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016.....	78

Tabelle 37: Inanspruchnahme von Impfleistungen (Abrechnungsprävalenz in %) im Kindes- und Jugendalter.....	80
Tabelle 38: Die fünf häufigsten Hospitalisierungsgründe bei Kindern und Jugendlichen	81
Tabelle 39: Top-5 stationäre Behandlungen mit den höchsten durchschnittlichen stationären Pro-Kopf-Kosten	83
Tabelle 40: Hauptdiagnosen für einen Krankenhausaufenthalt mit der durchschnittlich längsten Verweildauer	84
Tabelle 41: Hauptdiagnosen für einen Krankenhausaufenthalt mit der durchschnittlich längsten Verweildauer (exklusive psychischer Erkrankungen).....	84
Tabelle 42: Verordnungsprävalenz (Verschreibungen je 1.000) ausgewählter Heilmittel für Kinder und Jugendliche im Jahr 2016	87
Tabelle 43: Prävalenz häufiger Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in städtisch- sowie ländlich geprägten Gebieten (Fälle je 1.000) .	88
Tabelle 44: Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme zwischen ländlich und städtisch geprägten Gebieten in Schleswig- Holstein	90
Tabelle 45: Klassifikation der Variablen zur Beschreibung des sozioökonomischen Statuts der Eltern	94
Tabelle 46: Verteilung der Kinder auf die Einkommens- und Bildungsgruppen der Eltern	94
Tabelle 47: Prototypische Struktur einer Kreuztabelle	95
Tabelle 48: Prävalenz häufiger Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Relation zum Ausbildungsabschluss der Eltern	97
Tabelle 49: Einfluss des Bildungsabschlusses der Eltern auf die Leistungsanspruchnahme der Kinder und Jugendlichen	98
Tabelle 50: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von Kindern suchtkranker Eltern	101
Tabelle 51: Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio) einer Erkrankung des Kindes bei entsprechender Erkrankung eines Elternteils auf Basis allgemeiner Erkrankungsgebiete	103
Tabelle 52: Wahrscheinlichkeit (OR) einer Erkrankung des Kindes bei entsprechender Erkrankung eines Elternteils auf Basis versorgungsrelevanter Erkrankungsdiagnosen	104

Zusammenfassung der Ergebnisse

Der Kinder- und Jugendreport für Schleswig-Holstein der DAK-Gesundheit analysiert die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von insgesamt 30.325 Jungen und Mädchen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Dabei zeigen sich zum Teil deutliche Unterschiede im Erkrankungsgeschehen und in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen – sowohl zwischen Jungen und Mädchen als auch zwischen verschiedenen Altersgruppen. Erstmals zeigt dieser Report darüber hinaus Unterschiede in der gesundheitlichen Lage von in der Stadt und auf dem Land lebenden Kindern in Schleswig-Holstein.

Häufigste Erkrankungen und Behandlungsdiagnosen von Kindern und Jugendlichen

Bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein war die Nutzung des Gesundheitssystems je nach Alter und Geschlecht sehr unterschiedlich. Das zeigen die Daten der DAK-Gesundheit für das Jahr 2016. Im Durchschnitt hatten neun von zehn aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen im Jahr 2016 wenigstens einen Anlass, um einen Arzt aufzusuchen, sei es in der Praxis oder im Krankenhaus. Mit steigendem Alter nahm die Wahrscheinlichkeit, das Versorgungssystem in Anspruch zu nehmen, jedoch ab. Während bei den Einjährigen noch 98 % aller Jungen und Mädchen wenigstens einen ambulanten oder stationären Arzt-Kontakt hatten, sank dieser Anteil bis zum 12. Lebensjahr auf 84 % ab. Mit Beginn des Jugendalters stieg die beobachtete Erkrankungshäufigkeit unter Kindern in Schleswig-Holstein jedoch wieder an, allerdings bei Mädchen auf höherem Niveau als bei Jungen.

Atemwegserkrankungen waren die häufigste Krankheitsursache bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein. 50,4 % aller Kinder waren im Jahr 2016 wenigstens einmal mit einer entsprechenden Erkrankung beim Arzt. Für 34,1 % aller Kinder bzw. Jugendlichen wurde darüber hinaus wenigstens einmal eine Infektionskrankheit diagnostiziert. Mehr als jedes vierte Kind (28,5 %) wurde zudem aufgrund einer Augenerkrankung ärztlich behandelt. Etwas seltener waren psychische Probleme (25,6 %) oder Hauterkrankungen (22,2 %) Grund für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.

Jedes vierte Kind (25,5 %) in Schleswig-Holstein war potentiell chronisch-somatisch und fast jedes zehnte Kind potentiell chronisch-psychisch (8,0 %) krank. Jungen waren dabei in der Regel häufiger betroffen als Mädchen.

Es gibt darüber hinaus einige versorgungsrelevante Krankheitsbilder, welche im Vergleich nicht besonders prävalent sind, aber ggf. hohe Versorgungskosten im Kindes- oder später im Erwachsenenalter nach sich ziehen können. So waren beispielsweise 3,1 % aller Kinder in Schleswig-Holstein chronisch übergewichtig und litten an einer diagnostizierten Adipositas. Dabei zeigte sich, dass unter stark übergewichtigen Kindern die Wahrscheinlichkeit für eine klinisch diagnostizierte Depression um das bis zu dreifache gegenüber normalgewichtigen Kindern erhöht war. Auch Rückenschmerzen sind unter Kindern und Jugendlichen ein vergleichsweise verbreitetes Gesundheitsproblem.

4,9 % aller Jungen und 6,6 % aller Mädchen ab 12 Jahren wurden 2016 in Schleswig-Holstein wenigstens einmal aufgrund von Rückenbeschwerden ärztlich behandelt.

Inanspruchnahme und Kosten von Versorgungsleistungen

Mit zunehmendem Alter wurden konstant weniger Versorgungsleistungen durch Kinder bzw. Jugendliche in Schleswig-Holstein in Anspruch genommen. Ambulant-ärztliche Leistungen und Arzneimittel gehörten dabei unabhängig vom Alter zu den am häufigsten abgerechneten medizinischen Leistungen. Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen war allerdings im Kindes- und Jugendalter verschieden. Während anteilig mehr Kleinkinder den Hausarzt aufsuchten und häufiger wenigstens ein Arzneimittel verordnet bekamen, war der Anteil der Jugendlichen mit Facharztbesuchen oder einem verschriebenen Hilfsmittel vergleichsweise höher.

Die Gesamtausgaben aller zu Lasten der DAK-Gesundheit erstattungsfähigen Leistungen für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein betragen im Jahr 2016 26,6 Millionen €. 3 % aller Kinder bzw. Jugendlichen verursachten dabei 50 % dieser Leistungsausgaben. Wesentlicher Treiber waren Ausgaben für Krankenhausaufenthalte. Insgesamt entfielen 34 % (9,0 Millionen €) aller Ausgaben auf stationäre Aufenthalte. Ausgaben für Haus- und Facharztbesuche lagen mit insgesamt 7,7 Millionen € ebenfalls hoch (29 % der Gesamtausgaben). 6,5 % aller Kinder und Jugendlichen waren wenigstens einmal im Krankenhaus, wobei 50 % aller stationären Behandlungsfälle nicht länger als vier Tage dauerten.

Säuglinge verursachten mit durchschnittlich 1.861 € mehr als doppelt so hohe Versorgungskosten wie Kinder im Alter von einem bis vier Jahren (792 €). Im mittleren und späten Kindesalter lagen die durchschnittlichen Versorgungsausgaben auf vergleichbarem Niveau und steigen bis zum Jugendalter wieder konstant an. So lagen die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für 5-9-Jährigen bei 855 €, für 10-14-Jährige bei 775 € und für 15-17-Jährige bei 1.041 €.

Für die Arzneimittelversorgung aller Kinder fielen Kosten in Höhe von insgesamt 4,8 Millionen € an, 18,1 % der Gesamtausgaben. 74 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein bekamen im Jahr 2016 wenigstens ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnet. Hervorzuheben ist dabei der Anteil der Kinder, die wenigstens einmal ein Antibiotikum verschrieben bekamen (26,9 %). Vergleichsweise hoch war dabei die Häufigkeit verschriebener Reserveantibiotika. Knapp jedes fünfte Kind (18,5 %) im Alter von einem bis vier Jahren bekam ein entsprechendes Präparat verordnet.

Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land in Schleswig-Holstein

63 % aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder lebten 2016 in ländlich, 37 % in städtisch geprägten Gebieten. Es gibt regionale Unterschiede im administrativen Erkrankungsgeschehen, insbesondere

auf Ebene psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen. In städtischen Regionen traten bei Kindern und Jugendlichen mehr Verhaltensstörungen, zum Beispiel 59 % mehr Depressionsfälle, aber auch mehr Entwicklungsstörungen, insbesondere hinsichtlich des Sprechens bzw. der Sprache (+4 %), auf. Auch eine Zahnkaries (+92 %) wurde unter Stadtkindern deutlich häufiger behandelt. Die Häufigkeit einer Heuschnupfenallergie ist hingegen in ländlichen Gebieten erhöht (+9 %).

Kinder aus ländlichen und städtischen Regionen nahmen in unterschiedlicher Weise Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch. In städtischen Gebieten gingen Kleinkinder zum Beispiel häufiger ins Krankenhaus. Unterschiedliche Morbiditätsprofile wirkten sich auch auf die Versorgungskosten aus. Kinder aus städtisch geprägten Gebieten wiesen im Durchschnitt 9 % höhere Pro-Kopf-Kosten auf, was insbesondere auf 18 % höhere Ausgaben für Krankenhausbesuche zurückzuführen war.

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Bundesvergleich

Die Morbiditätsstruktur von Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein, also die Art und Verteilung der häufigsten Erkrankungen, war grundsätzlich vergleichbar zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt. Allerdings zeigte sich in Schleswig-Holstein häufig ein niedrigeres Morbiditätsniveau:

- Die Häufigkeit von Atemwegs- (-12 %), Infektions- (-8 %) oder Stoffwechselerkrankungen (-16 %) lag jeweils unterhalb des Bundesdurchschnittes. Auch Hauterkrankungen (-13 %) wurden in Schleswig-Holstein bei Kindern und Jugendlichen deutlich seltener diagnostiziert und behandelt. Damit verbunden lag auch die Prävalenz versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein unterhalb der bundesweit beobachteten Häufigkeit. Darunter waren insbesondere akute Atemwegserkrankungen wie der grippale Infekt (-13 %), eine akute Bronchitis (-22 %) oder auch ADHS (-20 %).
- Im Bundesvergleich häufiger wurden in Schleswig-Holstein Kinder zum Beispiel wegen einer Kurz- oder Weitsichtigkeit behandelt (+5 %).

Das in Schleswig-Holstein niedrigere Morbiditätsniveau schlug sich insgesamt auch in durchschnittlich niedrigeren Versorgungskosten nieder:

- Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheitsversorgung lagen mit 874 € in Schleswig-Holstein unterhalb des Bundesdurchschnittes von 939 € (-7 %). Dieser Unterschied ist im Wesentlichen auf niedrigere Ausgaben für Krankenhausbehandlungen (295 €, -8 %) und verschriebene Arzneimittel (154 €, -24 %) zurückzuführen. Pro-Kopf-Ausgaben für Heilmittel lagen mit durchschnittlich 94 € pro Kind in Schleswig-Holstein hingegen 16 % oberhalb des bundesweiten DAK-Durchschnitts von 81 €.
- Antibiotika werden sowohl auf Bundesebene als auch in Schleswig-Holstein häufig im Kindes- und Jugendalter verschrieben. Der Anteil

der Kinder, die wenigstens einmal ein Antibiotikum verordnet bekamen, lag in Schleswig-Holstein jedoch 4 % unterhalb des Bundesdurchschnittes (26,9 % zu 28,0 % aller Kinder).

Ergebnisse der bundesweiten Schwerpunktanalyse zur Familiengesundheit

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im innerfamiliären Kontext kann zum einen über den Zusammenhang von Bildung und Einkommen der Eltern und der gesundheitlichen Lage deren Kinder beschrieben werden. Zum anderen kann untersucht werden, wie hoch die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens bestimmter Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ist, wenn die Eltern selbst an einer entsprechenden Erkrankung leiden. Für entsprechende Analysen lagen bundesweite Daten von 587.977 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen sowie von insgesamt 426.073 Eltern vor. Auf Basis dieser bislang einmaligen Datenbasis konnten umfangreiche Erkenntnisse über die Gesundheit von in Deutschland lebenden Familien gewonnen werden:

- Der höchste Bildungsabschluss der Eltern ist als Prädiktor für die gesundheitliche Lage der Kinder besser geeignet als das Einkommen.
- Die Wahrscheinlichkeit, Versorgungsleistungen als Kind oder Jugendlicher in Anspruch zu nehmen, ist höher, wenn der Bildungsabschluss der Eltern niedrig ist.
- Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss verursachen geringere Kosten als Kinder von Eltern mit niedrigerem Ausbildungsabschluss.
- Die Wahrscheinlichkeit, als Kind an einer Adipositas zu leiden, ist je nach Alter und Geschlecht ca. zwei- bis vierfach erhöht, wenn auch ein Elternteil krankhaft übergewichtig ist. Gleiches gilt auch für das Risiko einer Zahnkaries, dort ist es eine ca. drei- bis vierfach erhöhte Wahrscheinlichkeit.

1. Hintergrund und Zielsetzung des Reportes

Mit dem Kinder- und Jugendreport für Schleswig-Holstein liegt eine aktuelle, systematische Übersicht zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor. Der Report enthält eine Querschnittsanalyse für das Jahr 2016 im Hinblick auf das Krankheits- und Versorgungsgeschehen, soweit dies mit GKV-Routinedaten abbildbar ist. Der Report ist als regelmäßig erscheinende Reihe geplant und soll mittelfristig neben Querschnittsanalysen für einzelne Jahre auch Längsschnittanalysen enthalten, die unter anderem die Darstellung von Veränderungen im Krankheitsgeschehen sowie der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Zeitverlauf ermöglichen.

Die Verwendung von GKV-Routinedaten als Datenbasis für Untersuchungen zur Versorgungssituation der Bevölkerung geht mit einer Reihe von Vorteilen, aber auch mit einigen Limitationen einher. Zu den Vorteilen gehört, dass die Datengrundlage approximative Repräsentativität bietet und in der Regel wenig anfällig für Verzerrungen aufgrund von Selektionseffekten ist. GKV-Routinedatenanalysen ermöglichen darüber hinaus 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 dokumentiert wurde, sondern regelhaft „unspezifische“ Erkrankungsdiagnosen kodiert wurden. 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 Forschungszwecken erhobenen Daten darstellen und die Validität und Vollständigkeit der Diagnosedaten eingeschränkt sein kann.

Gleichwohl bleiben GKV-Daten ein Schatz, der nunmehr auch für die Kinder- und Jugendgesundheit gehoben werden soll. Der Report soll auf dieser Grundlage dazu beitragen, die gesundheitliche Situation von jungen Menschen besser zu verstehen, um daraus ggf. auch Anregungen für eine sachgerechtere und zielgruppenspezifischere Versorgung abzuleiten.

Vorteile von GKV-Daten

Nachteile von GKV-Routinedaten

2. Methodik

2.1 Datengrundlage

Für die vorliegenden Analysen wurden anonymisierte Abrechnungsdaten aller Versicherten der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein aus dem Zeitraum vom 01.01.2016 bis zum 31.12.2016 berücksichtigt. Dabei wurden Daten aus den Bereichen

- Mitgliederstatistik (Stammdaten),
- ambulante vertragsärztliche Versorgung,
- stationäre Versorgung,
- Arzneimittel,
- Heilmittel,
- Hilfsmittel und
- Rehabilitation

analysiert. Diese Daten geben Auskunft über die zulasten der GKV abrechenbaren Leistungen. Nicht berücksichtigt werden folglich individuelle Gesundheitsleistungen oder sonstige privat abgerechnete Leistungen, die nicht zu Lasten der GKV abrechenbar bzw. erstattungsfähig sind.

Stichproben- größe

Das im vorliegenden Report betrachtete Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen basiert als Querschnittsanalyse auf Daten von insgesamt **30.325 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren**, darunter 15.602 Jungen (51,4 %) und 14.723 Mädchen (48,6 %), die im Jahr 2016 wenigstens einen Tag bei der DAK-Gesundheit versichert waren. Dies entspricht einer Stichprobe von 6,4 % aller Kinder in Schleswig-Holstein.

In den anonymisierten Versichertenstammdaten liegt zur Beschreibung des Alters der Studienpopulation das Geburtsdatum vor. Um das Alter zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme in Relation zur jeweiligen Grundgesamtheit aller versicherten Kinder und Jugendlichen zu setzen, ist das Alter der Kinder bzw. die Anzahl aller Kinder und Jugendlichen im jeweiligen Alter in Relation zu einem spezifischen Bezugszeitpunkt zu berechnen. Als Bezugszeitpunkt der Altersberechnung ist grundsätzlich der erste Kalendertag eines Jahres (01.01.2016), die Jahresmitte (01.07.2016) oder das Jahresende (31.12.2016) möglich. Für die im vorliegenden Report berücksichtigten Kinder und Jugendlichen wurde das Alter der Personen in Bezug auf die Jahresmitte berechnet. Dies hat den Vorteil, dass der Informationsverlust bei den Randgruppen (Alter < 1 und 17 Jahre) minimiert wird. Insgesamt ergibt sich damit folgende Altersverteilung (vgl. Abb. 1).

Repräsentativität hinsichtlich Altersverteilung

Ein Abgleich mit der Altersverteilung in Schleswig-Holstein 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. Zu beachten ist, dass die hier beobachtete Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung in Schleswig-Hol-

stein hinsichtlich der Altersverteilung gilt. Hinsichtlich der Morbiditätsstruktur oder dem Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsleistungen kann die Repräsentativität damit nicht beurteilt werden.

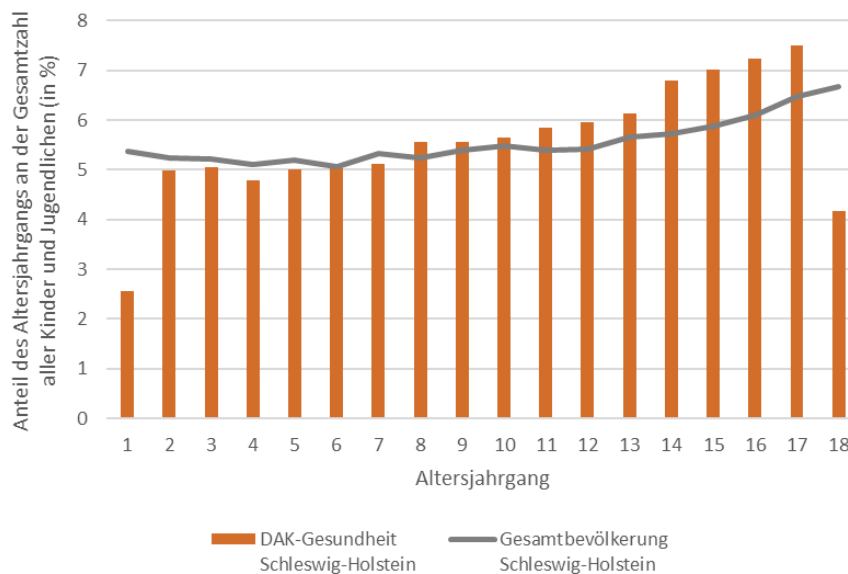


Abbildung 1: Altersverteilung der bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Schleswig-Holstein (Quelle: Statistisches Bundesamt 2018)

Während in der Beschreibung der Krankheitslast in der Regel auf die jeweiligen Altersjahrgänge abgestellt wird (siehe hierzu Kap. 3), werden zur Beschreibung der Leistungsanspruchnahme Altersgruppen gebildet (siehe Tab. 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.

Bildung von Altersgruppen

Tabelle 1: Größe der gebildeten Altersgruppen

Alter	Jungen	Mädchen	Gesamt
<1	419	355	774
1 – 4	3.060	2.950	6.010
5 – 9	4.201	3.969	8.170
10 – 14	4.976	4.659	9.635
15 – 17	2.946	2.790	5.736
Gesamt	15.602	14.723	30.325

2.2 Analyse des Krankheitsgeschehens und der Leistungsanspruchnahme

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 Prävalenz zu erwarten ist, da davon auszugehen ist, dass nicht jedes Erkrankungssymptom eine Leistungsanspruchnahme auslöst.

Prävalenzanalysen

Die berichteten Prävalenzen (in %) bzw. Fälle je 1.000 bis 10.000 Personen sind insofern als administrative bzw. dokumentierte Behandlungsprävalenz zu interpretieren. Analysen zur Krankheitshäufigkeit sind aufgrund des einjährigen Analysezeitraumes ferner als Periodenprävalenz (oder auch kumulative Prävalenz) zu verstehen.

$$\text{Periodenprävalenz} = \frac{\text{Anzahl Fälle in definierter Population in 2016}}{\text{Anzahl Personen in dieser Population}}$$

Prävalente Fälle einer interessierenden Erkrankung oder Diagnose wurden über das Vorliegen mindestens einer gesicherten ambulanten Diagnose oder einer stationären Haupt- oder Nebendiagnose in den Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit aufgegriffen.

Analyse 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 Zuerschlüsselung 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.

2.3 Einfluss der Siedlungsstruktur

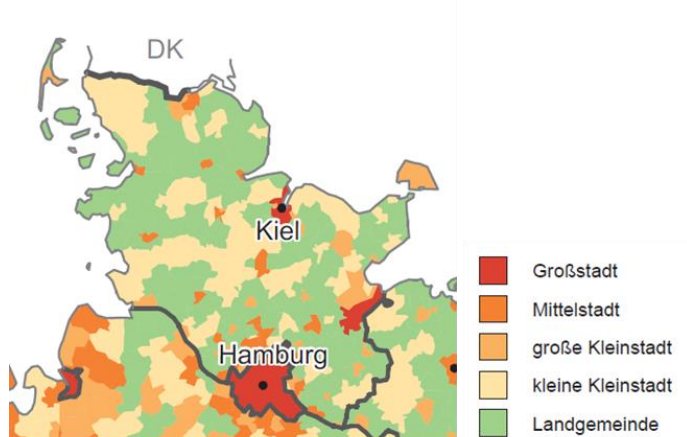
Um den Einfluss der Siedlungsstruktur auf die Gesundheit bzw. die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu untersuchen, wurden die Gemeinden in Schleswig-Holstein in eher ländlich und städtisch geprägte Gebiete unterteilt. Dafür wurden die siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) mit Stand vom 31.12.2015 herangezogen. Die Gebietstypen werden mit Hilfe des Allgemeinen Gemeindegchlüssels (AGS) zugeschlüsselt und dann für jede Person im Datensatz ergänzt, sodass die Kinder anschließend anhand des Wohnsitzes in zwei Gruppen aufgeteilt werden können. Die erste Gruppe setzt sich aus den Bewohnern von Landgemeinden, kleinen Kleinstädten und größeren Kleinstädten zusammen, wohingegen die zweite Gruppe aus den Bewohnern urbanerer Gemeinden mit einer verdichteteren Siedlungsstruktur besteht.

Die Anzahl der Gemeinden je Gebietstyp sowie die Anzahl der Kinder, welche in diesen Gemeinden beheimatet sind, ist in Tabelle 2 gezeigt. Aus diesen Daten ist erkenntlich, dass es in Schleswig-Holstein fast ausschließlich ländlich geprägte Gemeinden gibt. Anteilig leben jedoch mehr DAK-versicherte Kinder in den wenigen städtischen Regionen. Insgesamt leben 11.231 (37,0 %) aller Kinder in mittelgroßen und großen Städten mit mehr als 20.000 bzw. mehr als 100.000 Einwohner. 19.094 Kinder (63,0 %) aller Kinder leben wiederum in Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern oder in Landgemeinden.

Siedlungsstrukturmerkmale

Tabelle 2: Differenzierung der in Schleswig-Holstein lebenden und bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder anhand städtischer bzw. ländlicher Siedlungsstrukturmuster

Gebietstyp		Anzahl Gemeinden mit minderjährigen DAK-Versicherten	Anzahl minderjährige DAK-Versicherte
Städtisch	Große Großstadt	0	0
	Kleinere Großstadt	2	3.616
	Größere Mittelstadt	3	2.425
	Kleinere Mittelstadt	16	5.190
Ländlich	Größere Kleinstadt	33	5.032
	Kleine Kleinstadt	294	6.070
	Landgemeinde	651	7.992



3. Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

1. Atemwegserkrankungen waren in Schleswig-Holstein bei Kindern und Jugendlichen die häufigste Krankheitsursache. 50 % aller Kinder waren 2016 wenigstens einmal mit einer entsprechenden Erkrankung beim Arzt. Für mehr als jedes dritte Kind bzw. Jugendlichen wurde zudem wenigstens einmal eine Infektionskrankheit diagnostiziert.
2. Neun von zehn Kindern hatten wenigstens einen ambulanten oder stationären Kontakt mit dem Versorgungssystem.
3. Jedes vierte Kind war potentiell chronisch-somatisch und fast jedes zehnte Kind potentiell chronisch-psychisch krank. Jungen waren dabei in der Regel häufiger betroffen als Mädchen. Während chronisch-somatische Erkrankungen in allen Altersjahrgängen gleichmäßig häufig vorkommen, nahmen chronisch-psychische Erkrankungen erst mit dem Kindesalter bedeutend zu, blieben dann jedoch auf konstant hohem Niveau von 9 % bis 10 %.
4. Im Bundesvergleich wurden in Schleswig-Holstein Kinder seltener wegen einer akuten Bronchitis (-23 %), Magen-Darm-Entzündungen (-22 %) oder einer ADHS (-20 %) behandelt.
5. Insgesamt 3,1 % aller Kinder in Schleswig-Holstein waren chronisch übergewichtig und litten an einer diagnostizierten Adipositas. Dabei zeigte sich, dass unter stark übergewichtigen Kindern die Wahrscheinlichkeit für eine klinisch diagnostizierte Depression um das bis zu dreifache gegenüber normalgewichtigen Kindern erhöht war.
6. Rückenschmerzen sind auch unter Kindern und Jugendlichen ein vergleichsweise verbreitetes Gesundheitsproblem. 4,9 % aller Jungen und 6,6 % aller Mädchen ab 12 Jahren wurden 2016 wenigstens einmal aufgrund von Rückenbeschwerden ärztlich behandelt.

3.1 Häufigste Erkrankungsdiagnosen und Behandlungsanlässe

Allgemeines Krankheitsgeschehen

Im Durchschnitt hatten 88,9 aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein (88,0 % der Jungen, 89,7 % der Mädchen) im Jahr 2016 eine abrechnungsrelevante ambulante oder stationäre Krankheitsdiagnose. Dies ist geringfügig seltener als im Bundesdurchschnitt (90,2 %). Bedeutende Abweichungen zeigten sich im späten Kindesalter. Zwischen dem 7. und 12. Lebensjahr wurden für Kinder in Schleswig-Holstein durchschnittlich für 3 % weniger Kinder eine abrechnungsrelevante Erkrankungsdiagnose dokumentiert (vgl. orange-gestrichelte und schwarz-gestrichelte Linien in Abb. 2).

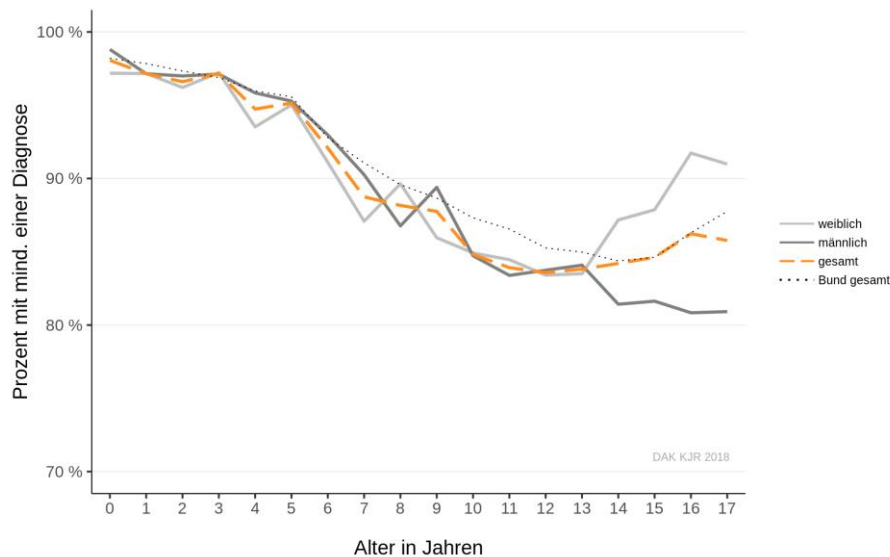


Abbildung 2: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit wenigstens einer ambulanten oder stationären Krankheitsdiagnose in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

Der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen aufgrund von Krankheit lag eine alters- und ab dem Beginn des Jugendalters auch geschlechtsabhängige Verteilung zugrunde. Während bis zum 7. Lebensjahr für knapp 90 % aller Kinder eine ärztliche Diagnosestellung entweder beim Haus- oder Facharzt oder im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes erfolgte, sank der Anteil von Kindern mit einer diagnostizierten Erkrankung bis zum 12. Lebensjahr auf 84 % ab. Dies war im Wesentlichen auf die mit steigendem Alter sinkende Häufigkeit ärztlich behandlungsbedürftiger Atemwegserkrankungen zurückzuführen (siehe hierzu auch Kapitel 3.3). Mit Beginn des Jugendalters stieg die beobachtete Erkrankungshäufigkeit unter Kindern in Schleswig-Holstein jedoch wieder an, allerdings für Jungen und Mädchen in unterschiedlichem Ausmaß. Lag die Häufigkeit ärztlich dokumentierter Erkrankungen bis zum 13. Lebensjahr bei Jungen und Mädchen noch auf vergleichbarem Niveau, differenziert sich die Erkrankungshäufigkeit im Laufe der Pubertät deutlich aus. So wurde für Mädchen im Alter von 16 Jahren zum Beispiel 13 % häufiger eine ärztliche Behandlung dokumentiert. Dies ist überwiegend auf die höhere Inanspruchnahme fachärztlicher gynäkologischer Leistungen durch Mädchen zurückzuführen.

Mehr Arztkontakte bei jugendlichen Mädchen

Häufige Erkrankungsarten

Unabhängig vom Alter und Geschlecht der Kinder lassen sich zudem deutliche Morbiditätsschwerpunkte identifizieren (vgl. Abb. 3).

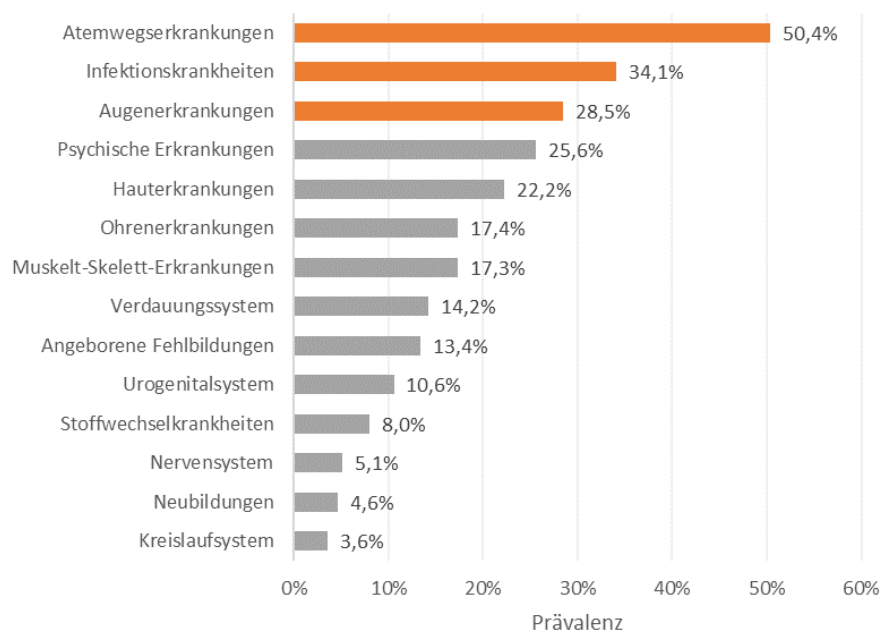


Abbildung 3: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) unter Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

Atemwegserkrankungen sind am häufigsten

Atemwegserkrankungen sind demnach mit einer Prävalenz von knapp über 50 % die häufigste Krankheitsursache im Jahr 2016 in Schleswig-Holstein. Darüber hinaus wurde bei mehr als jedem dritten Kind bzw. Jugendlichen im Jahr 2016 eine bestimmte infektiöse Erkrankung diagnostiziert und behandelt. Auch Augenerkrankungen sind mit einer Prävalenz von fast 30 % 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 fünfthäufigsten Erkrankungsursachen unter Kindern und Jugendlichen. Knapp bzw. etwas mehr als jedes vierte Kind war im Jahr 2016 wenigstens einmal aufgrund einer entsprechenden Diagnose in Behandlung.

Mit einer Prävalenz von jeweils unter 10 % kamen Stoffwechsel- oder Krebserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein vergleichsweise selten vor. Auch Erkrankungen des Nerven- oder Herz-Kreislaufsystems waren eher seltenere Gründe für ambulante oder stationäre Behandlungen.

Häufige Behandlungsdiagnosen

Die häufigsten einzeln abgerechneten Behandlungsdiagnosen unter Kindern und Jugendlichen (ICD-Dreisteller) spiegeln die zuvor gezeigte Häufigkeit der Erkrankungsarten wieder (vgl. Tab. 3). So ist die sowohl unter Jungen als auch Mädchen häufigste Behandlungsdiagnose in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 der grippale Infekt. Mit der akuten Bronchitis, welche deutlich seltener diagnostiziert wird, ist eine weitere Atemwegserkrankung unter den zehn häufigsten Behandlungsdiagnosen. Vergleichsweise häufig treten auch als „Viruserkrankung mit nicht näher bezeichneter Lokalisation“ dokumentierte In-

fektionserkrankungen auf (Gesamtprävalenz: 10,0 %). Darunter fallen verschieden virusbedingte Infektionen. Besonders häufig im Kindesalter treten Infektionen mit dem Adenovirus auf, welche für eine Vielzahl verschiedener Erkrankungsformen z. B. der Atemwege, des Magen-Darm-Traktes oder der Augenbindehaut verantwortlich sein können. Mit einer Prävalenz von 19,0 % war die Korrektur einer Kurz- bzw. Weitsichtigkeit im Jahr 2016 zudem der dritthäufigste Behandlungsanlass für Jungen und Mädchen.

Tabelle 3: Häufigste Behandlungsdiagnosen (ICD-Dreisteller) in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 (Fälle je 1.000 Personen)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Akute Infektion der oberen Atemwege (grippaler Infekt)	J06	253,2	266,3	259,6
Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	Z00	235,6	241,1	238,3
Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	H52	178,1	201,8	189,6
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	Z26	93,3	139,6	115,8
Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	Z27	110,9	114,0	112,4
Viruskrankheit, unspezifisch	B34	97,7	101,9	99,7
Sonstiger Strabismus (Schielen)	H50	87,6	95,2	91,3
Sprach-/ Sprechstörungen	F80	107,2	71,7	90,0
Akute Bronchitis	J20	94,2	78,1	86,4
Angeborene Deformitäten der Füße	Q66	78,2	75,0	76,6

3.2 Erkrankungsschwerpunkte in Schleswig-Holstein im bundesdeutschen Vergleich

Morbiditätsniveau vielfach höher

Das Morbiditätsniveau bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein unterscheidet sich in bestimmten Erkrankungsgebieten zum Teil deutlich vom Bundesdurchschnitt. Erkrankungsgruppenübergreifend zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche im Vergleich seltener an fast allen im vorliegenden Report näher beleuchteten Obererkrankungsarten litten (vgl. Abb. 4). Dazu zählen insbesondere Atemwegserkrankungen, für welche in Schleswig-Holstein geschlechts- und altersübergreifend 69 Fälle je 1.000 Kinder weniger als auf Bundesebene beobachtet wurden (vgl. Abb. 4 und Tab. 4). Auch Infektions- und Hautkrankheiten wurden in bedeutendem Umfang häufiger beobachtet.

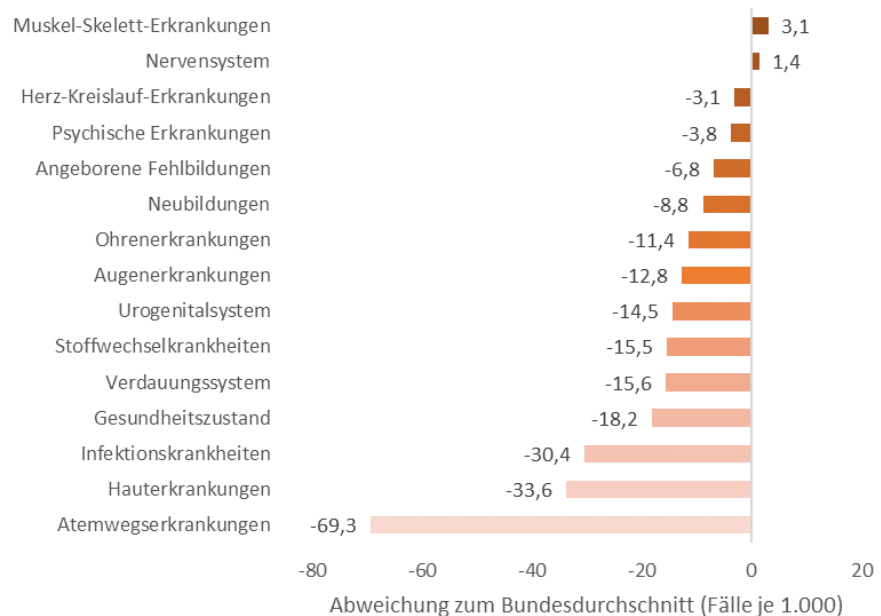


Abbildung 4: Absolute Abweichungen in der Erkrankungsprävalenz in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Abweichung in Fällen je 1.000 Personen)

Mehr Auffälligkeiten bei Allgemeinuntersuchungen?

Auch sogenannte „Z-Diagnosen“, also allgemeine, nicht zwangsläufig krankheitsbezogene Behandlungsanlässe (im Kindesalter insb. Allgemeinuntersuchungen und Impfungen), wurden für Kinder in Schleswig-Holstein seltener dokumentiert. Dies gilt auch für die am häufigsten abgerechnete Z-Diagnose im Kindes- und Jugendalter, Allgemeinuntersuchungen ohne angegebenen Diagnosebezug (ICD-10 Z00), welche in Schleswig-Holstein bei insgesamt 238 von 1.000 Kindern bzw. Jugendlichen dokumentiert wurde, was 4 % unterhalb der bundesweiten Dokumentationshäufigkeit (249 Fälle je 1.000) liegt. Das bedeutet jedoch nicht zwangsläufig, dass in Schleswig-Holstein weniger Allgemein- oder Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden als im Bund. Bei Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten hängt die Auswahl der Behandlungsdiagnose, also jene, die in GKV-Daten dokumentiert wird, vom Ergebnis der Untersuchung ab. Bei konkreten Befunden als Ergebnis der Allgemeinuntersuchung sind die gesicherten Diagnosen, also zum Beispiel eine Atemwegserkrankung als Behandlungsdiagnosen anzugeben.¹ Wird im

¹ KVNO (2018).

Rahmen der Untersuchung keine behandlungsbedürftige Erkrankung festgestellt, werden die hier gezeigten allgemeinen „Z-Diagnosen“ verwendet.

Ähnlich wie auf Bundesebene sind in Schleswig-Holstein unter den häufigsten Behandlungsanlässen auch impfspezifische Abrechnungsziffer zu finden (ICD-10 Z26, Z27). Unter die Diagnose Z27 fallen dabei Kombinationsimpfungen gegen Infektionskrankheiten, z. B. gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus (DPT) oder gegen Masern-Mumps-Röteln (MMR, vgl. hierzu den Abschnitt zu Infektionskrankheiten in Kap. 3.6). Während Impfungen gegen einzelne Infektionskrankheiten in Schleswig-Holstein häufiger dokumentiert wurden als im DAK-weiten Bundesdurchschnitt, fanden sich in den Abrechnungsdaten etwas seltener dokumentierte Kombinationsimpfungen. Allerdings können zur Abbildung der Durchimpfungsrate weitere auf GKV-Abrechnungsdaten basierende Kennzahlen (z. B. bundeslandspezifische Imp fziffern oder die abgerechneten Impfstoffe) herangezogen werden. Ein abschließendes Bild liefern die hier gezeigten Daten insofern nicht. Inwiefern sich beobachtbare Unterschiede in der Dokumentation entsprechender Imp fziffern dauerhaft in der Prävalenz impfpräventabler Infektionskrankheiten niederschlägt, kann auf Basis der vorliegenden Querschnittsanalyse für das Jahr 2016 nicht beurteilt werden. Mit der Verfügbarkeit von Längsschnittdaten werden zukünftig ggf. belastbarere Aussagen über entsprechende Zusammenhänge möglich.

Die Betrachtung des absoluten Unterschieds in der Erkrankungsprävalenz berücksichtigt nicht die zugrundeliegende Grundgesamtheit. Größere relative Unterschiede bleiben bei Erkrankungsgebieten mit geringerer Fallzahl so ggf. unberücksichtigt. Insofern ist es sinnvoll, innerhalb der jeweiligen Erkrankungsgebiete unter Berücksichtigung der absoluten Fallzahlen relative Unterschiede zum Bundesdurchschnitt zu berechnen. Innerhalb der häufiger vorkommenden Erkrankungsgebiete stechen dabei Atemwegserkrankungen (-12 %) Infektionskrankheiten (-8 %), Haut- (-13 %) und Stoffwechselerkrankungen (-16 %) mit jeweils deutlich weniger Behandlungsfällen als im Bundesdurchschnitt heraus (vgl. Tab. 4). Aber auch bei seltener vorkommenden Behandlungsereignissen wie zum Beispiel Neubildungen zeigten sich relative Häufigkeitsunterschiede, wobei hier die geringen absoluten Fallzahlen einschränkend zu berücksichtigen sind.

Tabelle 4: Erkrankungsprävalenz der Erkrankungsarten in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (sortiert nach Erkrankungshäufigkeit)

Erkrankungsart	Fälle je 1.000		
	Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
Atemwegserkrankungen	504	573	-12 %
Gesundheitszustand	495	513	-4 %
Infektionskrankheiten	341	371	-8 %
Augenerkrankungen	285	298	-4 %
Psychische Erkrankungen	256	260	-1 %
Hauterkrankungen	222	256	-13 %

Impfleistungen

Relative Unterschiede zum Bund

Erkrankungsart	Fälle je 1.000		
	Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
Ohrenerkrankungen	174	185	-6 %
Muskel-Skelett-Erkrankungen	173	170	+2 %
Verdauungssystem	142	158	-10 %
Angeborene Fehlbildungen	134	141	-5 %
Urogenitalsystem	106	120	-12 %
Stoffwechselkrankheiten	80	95	-16 %
Nervensystem	51	50	+3 %
Neubildungen	46	55	-16 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	36	39	-8 %

Vergleichbare Morbiditätsstruktur

Trotz aller beobachteten Unterschiede ist jedoch auffällig, dass sich die betrachtenden Erkrankungsarten hinsichtlich der Häufigkeit ähnlich verteilen, es also keine bedeutenden Abweichungen in der Reihenfolge der am häufigsten behandelten Erkrankungsarten gibt (vgl. Tab. 4). Dies zeigt sich weitestgehend auch auf Ebene der im Rahmen der bundesweiten Analyse des Krankheitsgeschehens von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern- und Jugendlichen identifizierten häufigsten und versorgungsrelevanten Behandlungsdiagnosen (vgl. Tab. 5). Allerdings wurden einige der hier gezeigten Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein in bedeutendem Umfang seltener dokumentiert. Auffällig ist dabei zum Beispiel die deutlich niedrigere Diagnoseprävalenz der akuten Bronchitis (-22 %)

Tabelle 5: Alters- und geschlechtsübergreifende Prävalenz versorgungsrelevanter Behandlungs- bzw. Leistungsdiagnosen (ICD-Dreisteller) in Schleswig-Holstein im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diagnose	ICD-10	Fälle je 1.000		
		Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
Grippaler Infekt	J06	260	298	-13 %
Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	H52	190	180	+5 %
Viruserkrankung un spez.	B34	100	112	-11 %
Sprach-/ Sprechstörungen	F80	90	95	-5 %
Akute Bronchitis	J20	88	114	-23 %
Neurodermitis	L20	68	81	-17 %
Gastroenteritis un spez.	A09	67	86	-22 %
Eitrige Mittelohrentzündung	H66	60	70	-14 %
Hyperkinetische Störungen	F90	33	41	-20 %
Adipositas	E65-E68	30	33	-8 %
Zahnkaries	K02	11	11	-1 %

Diagnose	ICD-10	Fälle je 1.000		
		Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol*	F10	3,7	4,3	-14 %
* Bei Jungen und Mädchen ab dem 14. Lebensjahr.				

Neben den in Tabelle 5 genannten Erkrankungsbildern gab es weitere Auffälligkeiten. Potentiell chronisch verlaufende Erkrankungen, darunter sowohl chorisch-somatische als auch –psychische, wurden in Schleswig-Holstein in zum Bundesdurchschnitt vergleichbarer Häufigkeit beobachtet. Dabei traten einige chronische Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein etwas häufiger auf, z. B. Migräne (+18 %) oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen (+3 %). Heuschnupfen bzw. eine Hausstaubmilbenallergie (-11 %) und Neurodermitis (-17 %) wurde hingegen deutlich seltener bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein diagnostiziert. Auf Ebene potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen zeigten sich in Schleswig-Holstein im Vergleich zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt ebenfalls sowohl höhere als auch niedrigere Fallzahlen. So ist die Zahl der an Depressionen leidenden Kinder in Schleswig-Holstein 19 % höher als im Bundesdurchschnitt. Auf der anderen Seite wurde zum Beispiel deutlich seltener ADHS bei Kindern in Schleswig-Holstein diagnostiziert (-19 %).

Zusammenfassend zeigt sich in Schleswig-Holstein damit zwar eine zum bundesdeutschen Durchschnitt vergleichbare Morbiditätsstruktur – vergleichbare Erkrankungen sind hinsichtlich ihrer Häufigkeit vergleichbar relevant. Gleichzeitig ist das Morbiditätsniveau, also die Häufigkeit bestimmter Erkrankungsarten oder Behandlungsdiagnosen, bei Kindern und Jugendlichen in vielen Erkrankungsarten sowie versorgungsrelevanten Behandlungsdiagnosen niedriger als auf Bundesebene.

3.3 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede im Erkrankungsge- schehen

Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen

Das Erkrankungsgeschehen bei Jungen und Mädchen in Schleswig-Holstein ist verschieden. Bereits auf Ebene der fünf häufigsten Erkrankungsarten zeigen sich unterschiedliche Häufigkeitsverteilungen. Während Jungen und Mädchen hinsichtlich der Häufigkeit beobachteter Atemwegserkrankungen auf annähernd vergleichbarem Niveau liegen (vgl. Abb. 5), werden für Mädchen in geringfügigem Ausmaß häufiger Infektionserkrankungen, Augenerkrankungen und Hauterkrankungen beobachtet. Psychische Erkrankungen, darunter sowohl Verhaltens- als auch Entwicklungsstörungen, treten hingegen bei Jungen signifikant häufiger auf. Hinsichtlich des Trends bestehen diese geschlechtsspezifischen Unterschiede auch auf Bundesebene.

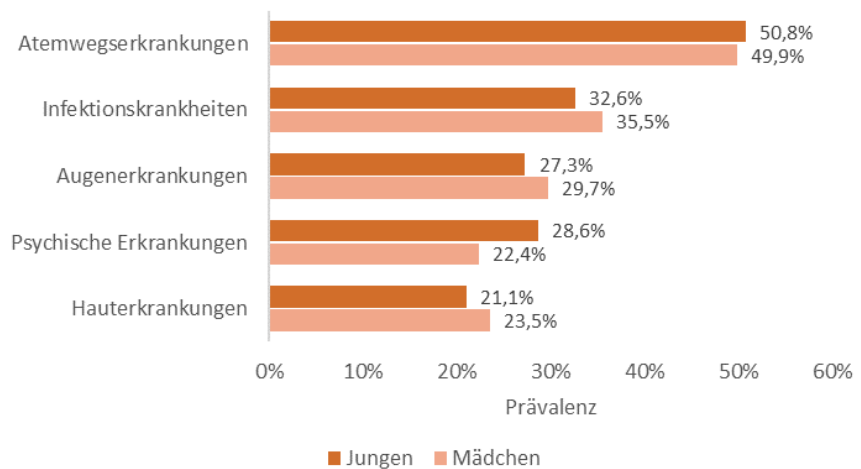


Abbildung 5: Häufigste Erkrankungsarten (Prävalenz) bei Jungen und Mädchen in Schleswig-Holstein

Die Tabellen 6 und 7 zeigen ferner die jeweils fünf häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Jungen und Mädchen. Dargestellt ist der Anteil (Prävalenz in Prozent) der Kinder und Jugendlichen mit einer entsprechenden Diagnose an der Grundgesamtheit (alle berücksichtigten Jungen und Mädchen in Schleswig-Holstein). Darüber hinaus wird die erkrankungsbezogene Hospitalisierungsquote berichtet. Diese bezieht sich auf die prävalenten Fälle und ist als Anteil der Kinder mit der jeweiligen Diagnose zu interpretieren, welche hospitalisiert bzw. mit einer entsprechend als Hauptdiagnose (HD) kodierte Erkrankung hospitalisiert waren.

Vergleichbares Morbiditäts- spektrum

Wenig überraschend ist dabei zunächst, dass die 2016 angefallenen Behandlungsdiagnosen von Jungen und Mädchen in vielerlei Hinsicht vergleichbar sind. Drei der fünf häufigsten Behandlungsdiagnosen finden sich sowohl für Jungen als auch für Mädchen, allerdings zum Teil in unterschiedlicher Häufigkeit.

Tabelle 6: Häufigste Behandlungsdiagnosen bei Jungen in Schleswig-Holstein

Diagnose	ICD-10	Prävalenz	Hospitalisierung	
			Gesamt	Als HD
Grippale Infekte	J06	25,4	1,7	0,8
Akkommodationsstörungen	H52	17,9	0,3	0,0
Sprach-/ Sprechstörungen	F80	10,7	1,2	0,5
Viruserkrankung un spez.	B34	9,8	0,4	0,2
Akute Bronchitis	J20	9,6	3,6	2,1

Unterschiede im Erkrankungsgeschehen sind auf Detailebene ebenfalls beobachtbar. So ist der Anteil der Mädchen mit einer behandelten Kurz- oder Weitsichtigkeit im Vergleich knapp zwei Prozentpunkte höher als bei Jungen. Darüber hinaus werden für Jungen fast 50 % häufiger Sprach- und Sprechstörungen diagnostiziert. Während für Jungen noch 107 Fälle je 1.000 identifiziert wurden, lag die Diagnoseprävalenz von Sprach- und Sprechstörungen bei Mädchen mit 72 Fällen je 1.000 nur knapp unter den 20 häufigsten Erkrankungsdiagnosen.

Unterschiedliche Erkrankungs-schwerpunkte

Tabelle 7: Häufigste Behandlungsdiagnosen bei Mädchen in Schleswig-Holstein

Diagnose	ICD-10	Prävalenz	Hospitalisierung	
			Gesamt	Als HD
Grippale Infekte	J06	26,7	1,0	0,4
Akkommodationsstörungen	H52	20,2	0,1	0,0
Viruserkrankung un spez.	B34	10,2	0,5	0,2
Sonstiger Strabismus (Schielen)	H50	9,6	1,3	0,6
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	8,0	9,9	3,5

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 Erkrankungsdiagnose – trotz im Altersverlauf sinkender Fallzahlen (ausgenommen dem erneuten 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. 6). 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.

Altersbezogene Unterschiede

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 (vgl. hierzu ausführlich Kap. 3.8).

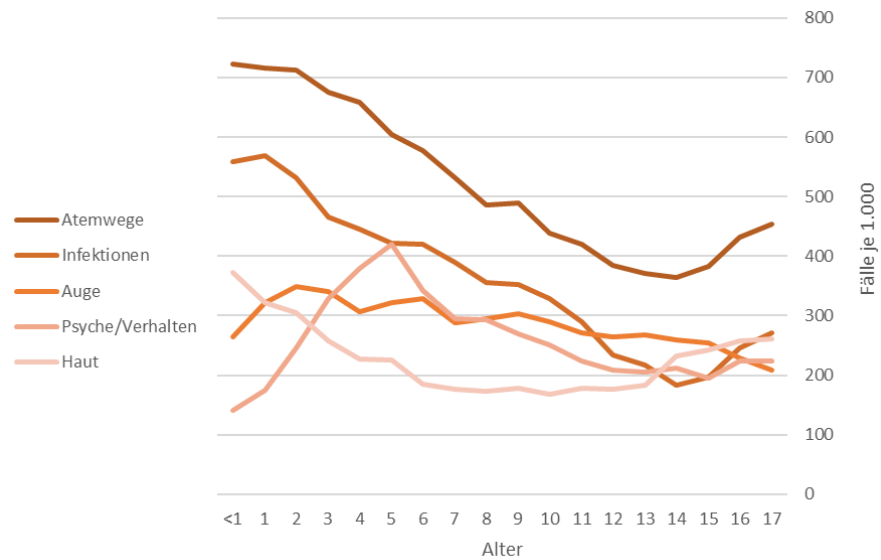


Abbildung 6: Prävalenz (Fälle je 1.000) der häufigsten Erkrankungsarten nach Altersjahrgängen in Schleswig-Holstein

Während die in Abbildung 6 gezeigten allgemeinen Erkrankungsarten lediglich einen groben Trend der sich im Wechsel vom Säuglings- zum Kindes- und Jugendalter verändernder Behandlungsgründe zeigt, ist für bestimmte Erkrankungsbilder eine tiefergehende Analyse sinnvoll. In den nachfolgenden Kapiteln werden deshalb jeweils je Obererkrankungsart die relevantesten Erkrankungsbilder näher beleuchtet. Zusammenfassend zeigt sich auch für diese ein deutlich altersbezogener Zusammenhang in der Erkrankungshäufigkeit. So treten suchtasoziierte Erkrankungsbilder erwartungsgemäß nur im Jugendalter und dort auch erst in späteren Altersjahrgängen gehäuft auf (vgl. Tab. 8). Auch muskuloskelettale Erkrankungen wie Rückenschmerzen werden im Jugendalter am häufigsten beobachtet. Akute Gesundheitsprobleme insbesondere der oberen Atemwege sind wiederum schwerpunktmäßig Versorgungsanlass im Kleinkind- und Säuglingsalter. ADHS und Sprach- und Sprechstörungen sind wiederum häufigere Erkrankungen im Kindesalter. Gleiches gilt für eine Adipositas, welche überwiegend im mittleren Kindesalter diagnostiziert wird. Hier liegt der Schluss nahe, dass für ein solch verhaltensbezogenes Krankheitsbild die Weichen in diesen Altersjahrgängen gestellt werden. In zukünftigen Reporten wird deshalb von besonderem Interesse sein, inwiefern sich Neuerkrankungsrate für entsprechende Erkrankungsbilder in Abhängigkeit des Alters der Kinder entwickeln.

Tabelle 8: Altersbezogene Erkrankungsschwerpunkte häufiger und versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder (Fälle je 1.000, berücksichtigt wurden lediglich Altersjahrgänge mit >10 Fällen)

Diagnose	Erkrankungsschwerpunkt im	Höchste Prävalenz	
		Alter	Fälle je 1.000
Rückenschmerzen	Späten Jugendalter	17	89,3
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	Späten Jugendalter	17	6,3
Adipositas	Späten Kindesalter	13	42,6
Hyperkinetische Störungen	Mittleren Kindesalter	9	57,7
Sprach-/ Sprechstörungen	Mittleren Kindesalter	5	281,3
Zahnkaries	Kleinkindalter	4	37,5
Mittelohrentzündung	Kleinkindalter	2	247,6
Neurodermitis	Kleinkindalter	2	108,4
Grippaler Infekt	Säuglingsalter	1	485,1
Akute Bronchitis	Säuglingsalter	1	238,9
Gastroenteritis un spez.	Säuglingsalter	1	133,0

Die nachfolgenden Kapitel werden auch auf Ebene bestimmter Erkrankungsbilder bedeutende altersbezogene Zusammenhänge zeigen. Gemein ist zum Beispiel in allen Altersjahrgängen bzw. –Gruppen eine hohe Prävalenz grip-paler Infekte (ICD-10 J06), welche ärztlich behandelt wurden, allerdings mit stark abnehmender Häufigkeit. Die krankheitsunspezifische ärztliche Allgemeinuntersuchung (ICD-10: Z00) ist bis einschließlich der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen unter den vier häufigsten Behandlungsanlässen. Im Säuglingsalter dominieren erwartungsgemäß noch die impfspezifischen Abrechnungsziffern. Im späten Kindesalter kommen dann weitere Erkrankungsdiagnosen gehäuft hinzu. Hierzu zählen in der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen die Korrektur der Kurz- bzw. Weitsichtigkeit (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler) sowie diagnostizierte Sprach- und Sprechstörungen. Im frühen Jugendalter treten wiederum allergische Atemwegsreaktionen z. B. auf Pollen oder Hausstaubmilben („allergische Rhinopathie“) sowie Akne-Behandlungen gehäuft auf. Auffällig ist insgesamt, dass der Anteil der Kinder mit gleicher Erkrankungsdiagnose bzw. Behandlungsanlass in den jüngeren Altersjahrgängen höher ist. In späteren Altersjahrgängen kommen die häufigsten Behandlungsdiagnosen im Schnitt nur noch bei einem Fünftel aller Kinder bzw. Jugendlichen vor, d. h. das Erkrankungsspektrum differenziert sich weiter aus.

Ausdifferenziertes Morbiditätsspektrum im Jugendalter

3.4 Chronische 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 Thema und zu einer Herausforderung nicht nur für die Betroffenen selbst und ihre Eltern, sondern auch für Dritte in den institutionalisierten Settings wie Kindergärten oder Schulen.

Wann ist ein Kind chronisch krank?

Eine Krankheit gilt gemäß der „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) dann als schwerwiegend chronisch, „[...]“, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a. Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des SGB XI vor.
- b. Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60 % nach § 56 Abs. 2 des SGB VII vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c. Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“

Verschiedene Klassifikationsverfahren

Eine entsprechende Einteilung ist jedoch im Kindes- und Jugendalter nicht immer als Klassifikationssystem geeignet. Insbesondere hinsichtlich der sozialen und psychologischen Entwicklung, aber auch der Erkrankungsverläufe, kann eine diagnoseübergreifende Klassifikation potentiell chronischer Erkrankungen besser beschreiben. In der Kinder- und Jugendmedizin hat sich deshalb der sog. „nonkategoriale Klassifikationsansatz“ entwickelt, welcher versucht, „die psychosozialen, behavioralen und entwicklungsbedingten Konsequenzen betroffener Kinder in den Blick zu nehmen und sie in Beziehung zu setzen mit den Charakteristika der Erkrankung wie Dauer, Alter bei Krankheitsbeginn, Einfluss auf altersbezogene Aktivitäten, Sichtbarkeit der Erkrankung, erwartete Lebensprognose, Verlauf (stabil vs. progressiv), Sicherheit der Diagnose (episodisch vs. vorhersagbar), Mobilität, physiologischer und sensorischer Einfluss, Einfluss auf Kognition und Kommunikation sowie Einfluss auf psychologische und soziale Lebensbereiche und das Wohlbefinden.“ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat zur Klassifikation chronischer Erkrankungen angelehnt an dieses Modell die International Classification of Functioning (ICF) eingeführt. Diese als non-kategoriale Konzeption zur Beurteilung chronischer Erkrankungen bezeichneten Beurteilungs-

kriterien unterscheiden Diagnose übergreifend und lösen sich somit von einer krankheitsbezogenen Klassifikation. Unter diesen Klassifikationsansatz fallen mit

1. Aktivität – Beeinträchtigung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten
2. Partizipation – Probleme beim Einbezogenen in eine Lebenssituation
3. Schmerz – Schmerzbelastung bei einer chronischen Erkrankung
4. Stigma – Belastung durch Vorurteile/Stigmatisierung der Erkrankung durch die Gesellschaft
5. Sichtbarkeit – Belastungen durch das Ausmaß der Sichtbarkeit der Erkrankung sowie durch Wachstumsverzögerungen oder Abweichungen im Erscheinungsbild durch die Erkrankung; ebenfalls Sichtbarkeit durch Medikamenteneinnahme
6. Prognose – Belastungen durch den Verlauf der Erkrankung (chronisch, progredient, stabil), Remissions- und Mortalitätswahrscheinlichkeit der Erkrankung
7. Kontrolle – Kontrollfähigkeit der Erkrankung, d. h. inwieweit die Erkrankung durch Therapiemaßnahmen (Medikamente, OPs etc.) beeinflussbar und kontrollierbar ist; eigene Einflussmöglichkeiten in akuten Phasen der Erkrankung

sieben verschiedene Dimensionen, welche aufgrund des administrativen Diagnosebezugs in GKV-Abrechnungsdaten für die vorliegende Analyse nicht zur Klassifikation genutzt werden können. Insofern kann es, insbesondere im Vergleich zu aus Primärstudien, also zum Beispiel Befragungen von Eltern oder Ärzten, gewonnenen Daten über die Häufigkeit chronischer Erkrankungen zu abweichenden Einschätzungen kommen. Aus Sicht der Versorgungsforschung liefern beide Datenquellen insofern wichtige Hinweise auf die Versorgungsrelevanz bestimmter Erkrankungsbilder und zeigen, bei möglicher auch deutlicher Abweichung der Ergebnisse, die Notwendigkeit weiterer Forschung auf.

Die Prävalenz chronischer Erkrankungen bei Kindern wird in Nordamerika und Europa auf Basis verschiedener Klassifikationsansätze mit 10–20 % angegeben, wobei die Mehrzahl der Kinder nur leicht betroffen ist.² Die wenigen existierenden epidemiologischen Studien differieren darüber hinaus bei den Angaben zur Prävalenz und Inzidenz sehr stark.³ Aktuelle Daten für den deutschen Versorgungskontext liegen zum Teil aus dem KiGGS-Survey vor. In der ersten Erhebungswelle der KiGGS-Studie wurden die teilnehmenden Eltern beispielsweise befragt, ob „[...] Ihr Kind eine oder mehrere lang andauernde, chronische Krankheiten oder Gesundheitsprobleme [hat]“. Die beobachtete Prävalenz variierte dabei je nach Altersgruppe und Geschlecht des Kindes zwischen 7,7 % (Mädchen zwischen 0 und 2 Jahren) und 22,5 % (Jungen im Alter von 11 bis 13 Jahren).⁴ Das Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit Brandenburg hat basierend auf Ergebnissen

Vergleichsdaten zur Chroniker- Prävalenz

² Newacheck, Taylor (1992).

³ Van der Lee et al. (2007).

⁴ Poethko-Müller (2015).

der Schuleingangsuntersuchungen wiederum errechnet, dass in 2014 12,8 % aller Kinder eine chronische Erkrankung hatten.⁵

Um die Prävalenz chronisch-somatischer Erkrankungen auf Basis von Daten der DAK-Gesundheit abzuschätzen, muss auf eine differenzierte Aufgriffslogik zurückgegriffen werden. Eine eindeutige Klassifikation eines Versicherten als „chronisch erkrankt“ bzw. „Chroniker“ erfolgt in GKV-Abrechnungsdaten nicht. Zur Identifikation chronisch erkrankter Kinder wurden deshalb zunächst somatische und psychische Erkrankungsbilder identifiziert, welche einen potentiell chronischen Verlauf, zumindest temporär, haben können. Bei chronischen somatischen Erkrankungen handelt es sich unter anderem um Funktionsstörungen eines Organsystems (z. B. von Herz- und Kreislauforganen), 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.

Aufgriffslogik

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 Behinderterstatus führen müssen oder in jedem Fall einem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt zugeordnet werden können, zusammengefasst. Einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt dies nicht. Zur Abschätzung der Prävalenz potentiell chronisch-somatischer Erkrankungen werden insgesamt 14 verschiedene Erkrankungsbilder berücksichtigt (vgl. Tab. 9).

Jedes 4. Kind potentiell chronisch krank

Basierend auf dieser Definition hatten im Jahr 2016 25,5 % aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen eine körperlich manifeste potentiell chronisch verlaufende Erkrankung. Jungen sind dabei häufiger betroffen (27,2 %) als Mädchen (23,7 %). Die Chroniker-Prävalenz in Schleswig-Holstein liegt damit knapp unterhalb des bundesweiten Durchschnitts (26 %). Die beobachteten geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigten sich wiederum auch auf Bundesebene.

Eine nach Schweregrad differenzierte Betrachtung erfolgt hier nicht, da die zugrundeliegenden Abrechnungsdaten dies in vielen Fällen nicht konsistent erlauben. Insgesamt fünf verschiedene potentiell chronisch-somatische Erkrankungsbilder bestimmen mit einer Gesamtprävalenz von jeweils über 3,5 % das diagnostische Geschehen. Dazu zählen die Erkrankungsbilder Asthma, Neurodermitis, eine allergische Rhinopathie, chronisch entzündliche Darmerkrankungen sowie sonstige Allergien (vgl. Tab. 8). Es ist dabei anzunehmen, dass nicht alle potentiell chronisch verlaufenden Erkrankungen gleichermaßen Einfluss z. B. auf die soziale Interaktions- oder Schulfähigkeit von Kindern und Jugendlichen haben.

⁵ Ellsäßer (2016).

Tabelle 9: Häufigkeit potentiell chronisch-somatischer Erkrankungen (Fälle je 1.000), Indikationen mit ≤ 10 Fällen sind nicht dargestellt (-)

Chronisch-somatische Erkrankung	Jungen	Mädchen	Gesamt	Differenz Bund
Asthma	83,9	59,6	72,1	+1 %
Neurodermitis	67,9	67,4	67,7	-17 %
Allergische Rhinopathie	71,3	48,5	60,2	-11 %
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	49,0	43,0	46,1	+3 %
Allergie, unspez.	39,1	33,7	36,5	-2 %
Aphasie (Sprachlosigkeit)	23,2	13,4	18,5	-10 %
Migräne	9,4	14,1	11,7	+18 %
Angeb. Herzfehler	9,5	11,9	10,7	-4 %
Epilepsie	9,9	8,8	7,7	+6 %
Diabetes	3,8	3,7	3,8	+25 %
Rheuma	2,7	4,9	3,8	+135 %
Leukämie	-	-	0,7	-
Mukoviszidose	-	-	0,4	-
Chronisches Fatigue Syndrom	-	-	-	-

Im Vergleich zur Prävalenz chronisch-somatischer Erkrankungen zeigt sich auf Ebene potentiell chronisch verlaufender psychischer Erkrankungen ein anderer altersabhängiger Verlauf (vgl. Abb. 7). Während die Häufigkeit beobachteter potentiell chronisch verlaufender somatischer Erkrankungen über alle Altersjahrgänge relativ stabil zwischen 22,3 % (15 Jahre) und 28,5 % (17 Jahre) liegt, steigt die beobachtete Häufigkeit potentiell chronisch verlaufender psychischer Erkrankungen erwartungsgemäß erst mit Beginn des Kindesalters bedeutend an. Die höchste Prävalenz wurde mit 11,5 % bei Kindern im Alter von 16 Jahren beobachtet, wobei sie in höheren Altersjahrgängen auf dem Niveau von 9 % bis 10 % weitestgehend stabil bleibt.

Chronische Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters

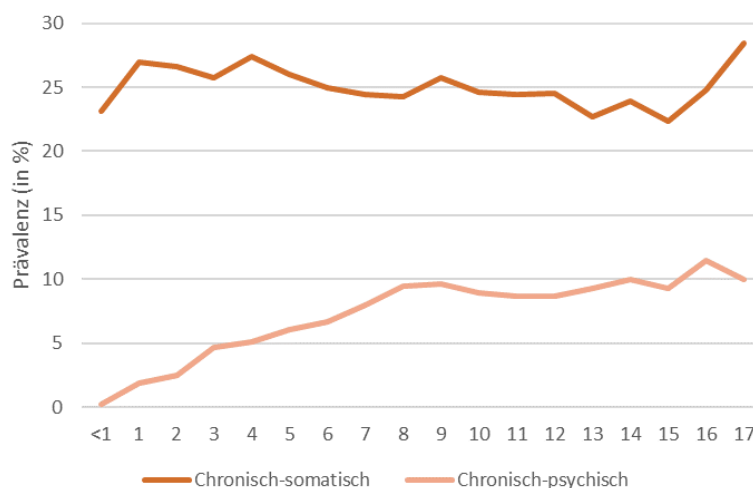


Abbildung 7: Prävalenz potentiell chronisch-somatischer und psychischer Erkrankungen in Abhängigkeit des Alters in Schleswig-Holstein

8 % aller Kinder chronisch- psychisch krank

Insgesamt konnte für 8,0 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 eine potentiell chronisch verlaufende psychische Erkrankung festgestellt werden. Orientiert an der Häufigkeit sowie der potentiellen Relevanz innerhalb des Settings Schule werden darunter neun verschiedene Erkrankungsbilder gefasst (vgl. Tab. 10). Zwei davon (Schulangst und ADHS) sind hinsichtlich ihrer Prävalenz vergleichsweise häufig. Insgesamt sind Jungen (9,4 %) deutlich häufiger als Mädchen (6,6 %) von chronisch-psychischen Erkrankungen betroffen. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt (9 %) zeigte sich in Schleswig-Holstein insgesamt eine etwas geringere Prävalenz, wobei einige Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein häufiger (z. B. Depressionen), andere seltener als auf Bundesebene dokumentiert wurden.

Tabelle 10: Häufigkeit potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen (Fälle je 1.000), Indikationen mit ≤ 10 Fällen sind nicht dargestellt (-)

Chronisch-psychische Erkrankung	Jungen	Mädchen	Gesamt	Differenz Bund
Schulangst und Schulphobie	37,1	33,1	35,2	0 %
ADHS	50,4	14,5	32,9	-19 %
Depressionen	8,0	15,6	11,7	+19 %
Tourette-Syndrom	5,8	3,3	4,6	-12 %
Zwangsstörungen	1,8	2,4	2,1	+17 %
Borderline-Persönlichkeitsstörungen	1,0	2,1	1,5	-
Anorexia nervosa	-	-	1,5	-
Bulimia nervosa	-	-	0,7	-
Schizophrene Psychosen	-	-	0,5	-
Bei zu geringen Fallzahlen wurde auf eine Berechnung des Unterschiedes zum bundesweiten Durchschnitt verzichtet.				

Eine detaillierte Beschreibung des psychischen Erkrankungsgeschehens erfolgt in Kapitel 3.8. Nach Entwicklungsstörungen sind Verhaltens- und emotionale Störungen die insgesamt häufigsten psychische Erkrankungsform von Kindern. Angststörungen zählen dabei nach Ergebnissen der BELLA-Studie des RKI mit einer Prävalenz von 10 % zu einer der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.⁶ Potentiell besonderen Einfluss auf die relevanten Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen kann eine spezielle Art dieses Erkrankungsbildes, die Schulangst bzw. Schulphobie, haben.

Schulangst

Bei der Schulangst handelt es sich um eine starke Angst vor der Schule selbst, d. h. Angst vor den Leistungsanforderungen, den Lehrerinnen und Lehrern und/oder den Mitschülerinnen und Mitschülern. Diese körperlichen Beschwerden können die Schülerinnen und Schüler 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

⁶ Ravens-Sieberer et al. (2007).

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 der Schülerin oder dem Schüler 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 Aufgriff der betroffenen Kinder in GKV-Abrechnungsdaten erfolgen, da diese keine eigenständigen im ICD-10 klassifizierten Erkrankungsbilder sind. Berücksichtigt werden in vorliegenden Berechnungen 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. Basierend auf den vorliegenden Daten der DAK-Gesundheit wiesen 3,5 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein eine entsprechende Angststörung auf, was auf zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt (3,5 %) vergleichbarem Niveau liegt.

Im bundesweiten Vergleich lag die Prävalenz chronisch-somatischer Erkrankungen in Schleswig-Holstein insgesamt auf vergleichbarem Niveau. Dabei traten einige chronische Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein etwas häufiger auf, z. B. Migräne oder chronisch entzündliche Darmerkrankungen. Heuschnupfen bzw. eine Hausstaubmilbenallergie und Neurodermitis wurde hingegen deutlich seltener bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein diagnostiziert. Auf Ebene potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen zeigten sich in Schleswig-Holstein im Vergleich zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt ebenfalls sowohl höhere als auch niedrigere Fallzahlen.

**Vergleichbar
viele chronisch
Kranke**

3.5 Atemwegserkrankungen

Häufigste Krankheitsursache im Kindesalter

Atemwegserkrankungen zählten zu den häufigsten Krankheitsdiagnosen, insbesondere im Kindes-, aber auch noch im Jugendalter. Die durchschnittliche beobachtete Prävalenz unabhängig vom Alter lag bei 50,4 %. Damit treten entsprechende Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein im gesamten Kindes- und Jugendalter deutlich seltener als im bundesweiten Durchschnitt auf (57,2 %, vgl. auch den Verlauf der orange-gestrichelten und schwarz-gepunkteten Linien in Abb. 8). Weitestgehend gleich verläuft die altersspezifische Abnahme der Erkrankungshäufigkeit bzw. Zunahme im späten Jugendalter.

Bis einschließlich des 5. Lebensjahres lag die administrative Prävalenz von Atemwegsinfekten geschlechtsunabhängig über 60 % (vgl. Abb. 8). Bei Jungen lässt sich dabei in den meisten Altersjahrgängen eine geringfügig höhere Prävalenz als bei Mädchen beobachten. Im Verlauf des Jugendalters dreht sich dieser Trend jedoch um, so dass anteilig geringfügig mehr Fälle bei Mädchen beobachtet werden konnten. Ein Zusammenhang, welcher sich auf Bundesebene etwas deutlicher zeigte.

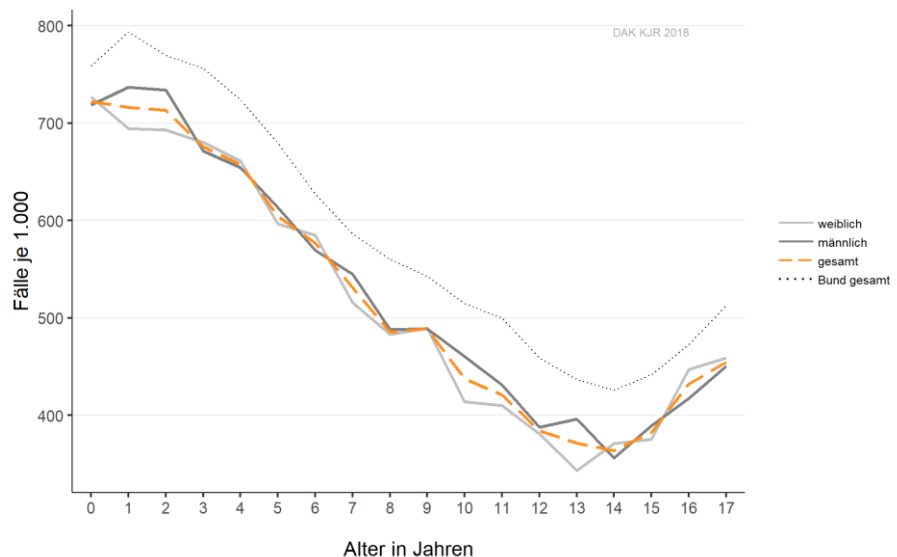


Abbildung 8: Prävalenz von Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 J00-J99) in Schleswig-Holstein

In der Diagnosestellung der Atemwegserkrankungen wird hinsichtlich der Lokalisation in oberen und unteren Atemwegserkrankungen unterschieden. Zu den oberen Atemwegen zählen die Nase und die Nasennebenhöhlen, der Mund, der Rachen (Pharynx) und der Kehlkopf (Larynx). Zu den unteren Atemwegen zählen die Luftröhre (Trachea) 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.

Häufige Behandlungsdiagnosen

Unter den fünf häufigsten Erkrankungsdiagnosen sind ausschließlich akute und chronische Infektionen der oberen und unteren Atemwege (vgl. Tab. 11). Die häufigste Einzeldiagnose war dabei die unspezifische akute Infektion der oberen Atemwege, worunter insbesondere ein grippaler Infekt gezählt wird. Für 26 % aller Kinder und Jugendliche wurde 2016 wenigstens einmal eine

entsprechende Diagnose gestellt. Ebenfalls häufig und in der Struktur vergleichbar zum Bundesdurchschnitt sind weitere akute Erkrankungsbilder wie eine Bronchitis oder Mandelentzündung. Allerdings liegen die Fallzahlen in Schleswig-Holstein durchweg niedriger.

Tabelle 11: Häufigkeit der fünf relevantesten Atemwegserkrankungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Akute Infektion der oberen Atemwege (grippaler Infekt)	J06	253,9	267,4	260,5
Akute Bronchitis	J20	95,7	79,8	88,0
Asthma bronchiale	J45	83,9	59,6	72,1
Akute Mandelentzündung	J03	63,5	73,5	68,4
Allergische Rhinopathie	J30	71,3	48,5	60,2

3.5.1 Akute Atemwegserkrankungen

Akute Atemwegserkrankungen kommen vor allem im frühen und mittleren Kindesalter vor und folgen damit dem Prävalenzmuster von Atemwegserkrankungen allgemein. Mit einer Gesamtprävalenz von 33,8 % erhielt im Durchschnitt jedes dritte Kind bzw. Jugendlicher eine entsprechende Diagnose. Es sind dabei geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede zwischen Mädchen (34,9 %) und Jungen (32,8 %) zu beobachten. Zudem konnte eine deutliche Altersabhängigkeit festgestellt werden. Die höchste Prävalenz wurde mit 560 Fällen je 1.000 bei einjährigen Kindern verzeichnet. Mit steigendem Alter sank die Prävalenz fast linear auf 203 Fälle bei 12-Jährigen ab. Von da an stieg die Prävalenz erneut leicht an, auf bis zu 268 Fälle je 1.000 unter den 16-Jährigen.

Versorgungsrelevant sind dabei insbesondere sechs verschiedene Erkrankungsbilder (vgl. Abb. 9), welche jedoch überwiegend im frühen Kindesalter in bedeutender Häufung auftreten. Während die Fälle eines diagnostizierten Erkältungsschnupfens ebenso mit steigendem Alter zurückgehen wie die der akuten Bronchitis, ist die Anzahl der Kinder mit Mandelentzündungen sowie einer durch Virusnachweis bestätigten Grippe erst in den Altersgruppen der Ein- bis Vierjährigen sowie der Fünf- bis Neunjährigen am höchsten und erst in darauffolgenden Altersgruppen schrittweise rückläufig. Eine Ausnahme stellt die Prävalenzverteilung der Nasennebenhöhlenentzündung dar, welche von 6 Fällen je 1.000 im Alter von 1-4 Jahren auf 22 Fälle je 1.000 im späten Jugendalter anstieg.

**Grippale Infekte
häufigste Atem-
wegserkrankung**

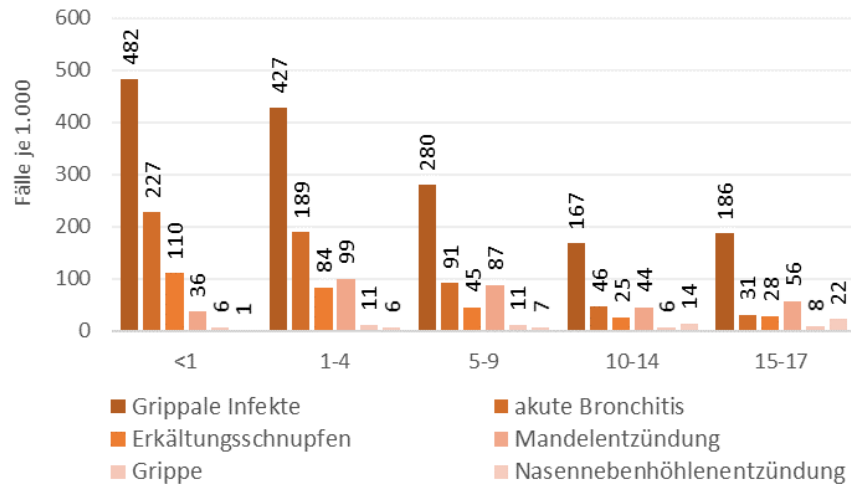


Abbildung 9: Altersgruppenspezifische Prävalenz relevanter Atemwegserkrankungen (Fälle je 1.000) in Schleswig-Holstein

Grippale Infekte

Unter der Erkrankungsgruppe der oberen Atemwegsinfektionen ist der grippale Infekt (ICD J06) die häufigste Erkrankungsursache. Seltener treten Grippe-Fälle („Influenza“) oder ein diagnostizierter Erkältungsschnupfen auf. Bei der Erkältung („grippaler Infekt“) handelt es sich um eine Infektion der oberen Atemwege, die durch bis zu 200 verschiedene unterschiedliche Erkältungsviren ausgelöst werden kann. Fieber und Kopfschmerzen als Symptome sind im Vergleich zu einer Influenza deutlich milder ausgeprägt. Die Gesamtprävalenz grippaler Infekte folgt dabei einem altersbezogenen Verlauf (vgl. Abb. 9). Am meisten Fälle finden sich bei Einjährigen (485 Fälle je 1.000), am wenigsten bei Jugendlichen im Alter von 13 Jahren (142 Fälle je 1.000).

Grippe

Getrennt von akuten grippalen Infekten 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 Erkennung. Hierfür ist ein Nasenabstrich nötig. Auch deshalb ist die administrative Prävalenz von gesicherten Grippefällen deutlich geringer als von anderen akuten Atemwegsinfektionen. Bei 0,9 % aller Kinder und Jugendlichen wurde im Jahr 2016 eine Infektion mit Inflenzaviren diagnostiziert, wobei in über 80 % der Fälle kein konkreter Virusnachweis erfolgte (ICD-10 J11.-). Der Erkrankungsgipfel lag mit 17 Fällen je 1.000 bei Kindern im Alter von einem Jahr. Die geringste Prävalenz konnte mit 5 Fällen je 1.000 bei 11-Jährigen verzeichnet werden, gefolgt von einem erneuten Anstieg in älteren Altersgruppen. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten kaum identifiziert werden.

Erkältungsschnupfen

Bei der akuten Rhinopharyngitis handelt es sich um den Erkältungsschnupfen. Insgesamt lag die administrative Prävalenz der akuten Rhinopharyngitis im Jahr 2016 bei 4,5 %. Die höchste Prävalenz fand sich mit 110 Fällen je 1.000 bei Säuglingen im Alter von unter einem Jahr. Im höheren Alter war ein Absinken auf bis zu 21 Fälle je 1.000 im Alter von 15 Jahren festzustellen sowie ein erneuter, jedoch schwacher Anstieg. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten kaum festgestellt werden.

Die akute Bronchitis ist eine Entzündung der unteren Atemwege, die meist durch Viren hervorgerufen wird. Sie äußert sich durch trockenen Husten, der im Verlauf in Husten mit Auswurf übergeht. Insgesamt wurde bei 8,8 % aller Kinder und Jugendlichen eine akute Bronchitis diagnostiziert. Mit steigendem Alter sank die Prävalenz ausgehend von 23,9 % im Alter von einem Jahr auf 2,6 % im Alter von 15 Jahren.

Akute Bronchitis

Unter einer akuten Sinusitis ist eine Nasennebenhöhlenentzündung zu verstehen. Eine akute Sinusitis trat bei Kindern und Jugendlichen mit einer Prävalenz von 1,2 % relativ selten auf. Es zeigte sich jedoch ein stetiger altersabhängiger Anstieg der Erkrankungshäufigkeit, der besonders stark im Jugendalter ausfiel. Die höchste Prävalenz wurde dementsprechend mit 24 Fällen je 1.000 bei 16-Jährigen festgestellt.

Nasennebenhöhlenentzündung

Bei 6,8 % aller Kinder und Jugendlichen wurde eine akute Tonsillitis, also eine Mandelentzündung, diagnostiziert. Der Erkrankungsgipfel lag mit einer Prävalenz von 10,9 % bei Sechsjährigen. Bei Kindern ab dem neunten Lebensjahr lag die Prävalenz konstant zwischen drei und sechs Prozent.

Mandelentzündung

Neben den zuvor genannten Erkrankungsbildern gibt es weitere akute Atemwegserkrankungen, welche gehäuft im Kindes- und Jugendalter auftreten. Dazu zählen z. B. Entzündungen der Rachen- und Kehlkopfschleimhäute sowie allergische Reaktionen auf Heuschnupfen und Hausstaubmilben. Eine Pharyngitis ist eine meist virusbedingte Entzündung der Rachenschleimhäute. Eine akute Pharyngitis wurde im Durchschnitt bei 5,0 % aller Kinder und Jugendlichen diagnostiziert. Der Prävalenzgipfel befand sich mit 6,8 Fällen je 1.000 bei zweijährigen Kindern. Die geringste Prävalenz wiesen mit 39 Fällen je 1.000 13-jährige Kinder auf, gefolgt von einem erneuten Anstieg der Prävalenz. Andere Schleimhautentzündungen des Halses kommen seltener vor. Der Begriff Laryngitis bezeichnet eine Entzündung der Kehlkopfschleimhaut, während bei einer Tracheitis die Luftröhrenschleimhaut entzündet ist. Von einer akuten Laryngitis oder Tracheitis waren 2,1 % aller Kinder und Jugendlichen betroffen. Der Erkrankungsgipfel lag mit 30 Fällen je 1.000 bei Kindern im Alter von vier Jahren. Mit steigendem Alter sank die Prävalenz bei Jugendlichen im Alter von 12 Jahren auf bis zu 16 Fälle je 1.000, gefolgt von einem erneuten leichten Prävalenzanstieg. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nicht beobachtet werden.

Die allergische Rhinopathie umfasst vor allem den saisonal auftretenden Heuschnupfen sowie die ganzjährig vorkommende Hausstaubmilbenallergie. Unter einer diagnostizierten allergischen Rhinopathie litten 6,0 % aller Kinder und Jugendlichen. Jungen waren mit 7,1 % stärker betroffen als Mädchen, bei denen die Prävalenz bei 4,9 % lag. Beides liegt unterhalb des Bundesdurchschnittes von 8,2 % bzw. 5,7 %. Der größte Unterschied zwischen Jungen und Mädchen konnte im mittleren bis späten Kindesalter verzeichnet werden (vgl. Abb. 10). Bei beiden Geschlechtern stieg die Prävalenz mit zunehmendem Alter stark an. Bei Jungen zeigt sich die höchste Prävalenz im späten Kindesalter. Bei Mädchen war hingegen bis ins späte Jugendalter ein kontinuierlicher Anstieg der Diagnosehäufigkeit zu beobachten.

Heuschnupfen

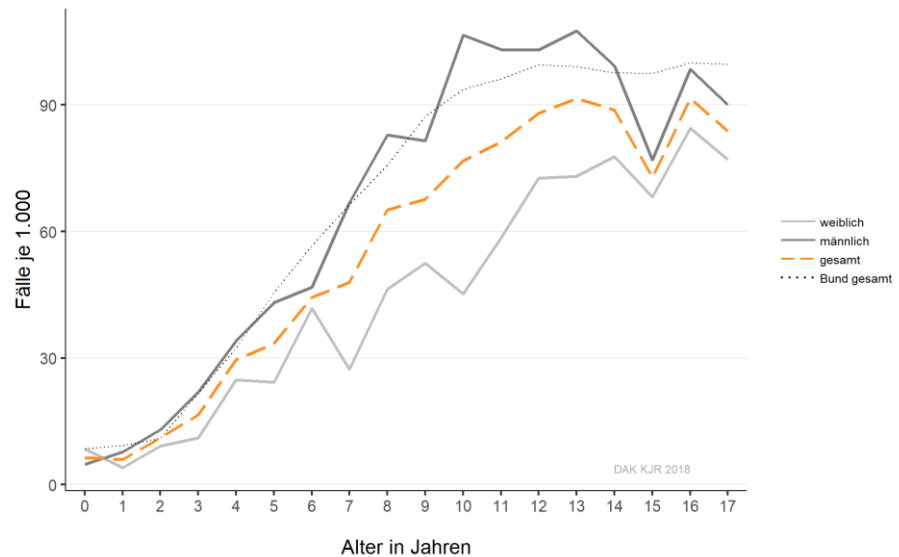


Abbildung 10: Prävalenz der allergischen Rhinopathie (ICD-10 J30.1-J30.4) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

3.5.2 Chronische Atemwegserkrankungen

Asthma Die versorgungsrelevanteste chronische Atemwegserkrankung ist Asthma bronchiale, bei welcher sich die Bronchien verengen. Zu den typischen Beschwerden dieser anfallsartig auftretenden Erkrankung gehören eine pfeifende Atmung, Husten und Luftnot. Die Prävalenz von Asthma bronchiale lag unter Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein bei 7,2 % und damit auf zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt vergleichbarem Niveau (7,1 %). In allen Altersgruppen war die Prävalenz bei Jungen (8,4 %) höher als bei Mädchen (6,0 %). Die Hospitalisierungsquote, also der Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche wegen des Asthmas stationär behandelt wurden, lag mit insgesamt 1,7 % unterhalb der bundesweit beobachteten Quote von 2,2 %. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Hospitalisierungsquote konnten nicht beobachtet werden.

3.6 Infektionskrankheiten

34,1 % aller Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren hatten im Jahr 2016 wenigstens einen ambulanten oder stationären Arztkontakt, bei welchem eine infektiöse oder parasitäre Erkrankung diagnostiziert wurde. Dabei zeigte sich ein deutlicher altersbezogener Zusammenhang (vgl. Abb. 11). Die höchste Diagnoseprävalenz mit 569 Fällen je 1.000 Personen zeigte sich bei Kindern im Alter von einem Jahr. Die beobachtete Prävalenz sank anschließend konstant bis zum Alter von 14 Jahren bei Mädchen und Jungen auf 188 bzw. 179 Fälle je 1.000 ab.

**Zweithäufigste
Erkrankungsart**

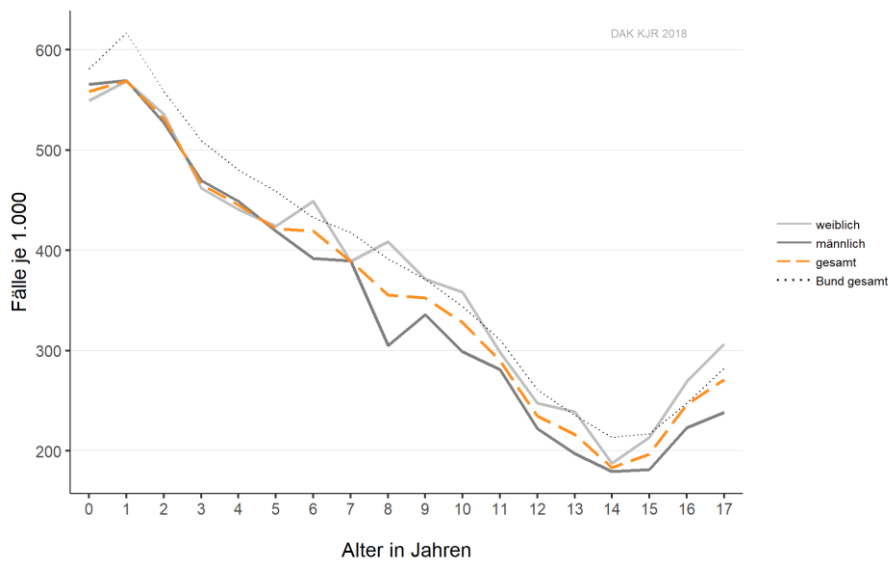


Abbildung 11: Prävalenz infektiöser und parasitärer Erkrankungen (ICD-10 A00-B99) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

Die ärztliche Dokumentation infektiöser und parasitärer Erkrankungen erfolgt häufig unspezifisch, das heißt ohne Angabe einer genaueren Diagnosestellung. Unter den fünf häufigsten Behandlungsdiagnosen sind mit Viruserkrankungen nicht näher bezeichneter Lokalisation (ICD-10: B34) und sonstigen, nicht näher bezeichneten Infektionskrankheiten (ICD-10: B99) und unspezifischen Viruserkrankungen (ICD-10 B08) gleich drei dieser Sammeldiagnosegruppen (vgl. Tab. 12).

**Häufig unspezifische
Diagnosen**

Tabelle 12: Häufigkeit der fünf relevantesten infektiösen und parasitären Erkrankungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Viruserkrankung unspez.	B34	97,7	101,9	99,7
Sonstige Infektionskrankheiten unspez.	B99	70,1	74,5	72,2
Gastroenteritis unspez.	A09	72,7	62,7	67,8
Viruswarzen	B07	37,9	45,2	41,5
Virusinfektionen unspez.	B08	28,8	29,3	29,1

**Impfpräventable
Kinderkrank-
heiten****3.6.1 Impfpräventable Infektionskrankheiten**

Im derzeit aktuellen Impfkalender mit Stand August 2017⁷ wird die Impfung gegen impfpräventable Kinderkrankheiten und einige andere aus epidemiologischer Sicht wichtige Erkrankungen empfohlen. Hierzu gehören unter anderem die Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (Windpocken) und Pertussis (Keuchhusten). Dabei erfolgt die Impfung nicht einzeln für jede mögliche Erkrankung. Für einige Infektionskrankheiten gibt es schon lange Kombinationsimpfstoffe. Diese Impfstoffe wirken gleichzeitig gegen mehrere Infektionskrankheiten, so dass gemeinsam mit einer Impfung gleich gegen mehrere Krankheiten ein Schutz aufgebaut wird.

Die Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln sowie gegen Windpocken erfolgt z. B. in zwei Schritten - gegen Ende des ersten und im zweiten Lebensjahr. Es gibt eine Dreifach-Impfung gegen Masern, Mumps, Röteln (MMR-Impfung) oder eine Vierfach Impfung, die zusätzlich gegen Windpocken (MMRV) schützt.

Varizellen (Windpocken) und Herpes zoster (Gürtelrose) stellen Manifestationen einer Infektion mit dem Varizella-Zoster-Virus (VZV) dar. Während sich das Krankheitsbild der Windpocken nach der Erstinfektion einstellt, führt die Reaktivierung des Virus zu einer Gürtelrose. Die Prävalenz von Varizellen lag bei Kindern und Jugendlichen bei 2,1 Fällen je 1.000. Der Erkrankungsgipfel lag im Alter von fünf Jahren (5,2 Fälle je 1.000); anschließend sank die Prävalenz mit steigendem Alter rasch. Varizellen sind damit die häufigste durch Impfungen potentiell vermeidbare Infektionskrankheit in Schleswig-Holstein (vgl. Abb. 12). Dabei ist nach Angaben des RKI die Erkrankungshäufigkeit nach Einführung der Impfempfehlung im Jahr 2004 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für alle Kinder und Jugendlichen bereits deutlich zurückgegangen. Für DAK-versicherte Kinder in Schleswig-Holstein trifft das im Bundesvergleich zu. Die Varizellen-Prävalenz in Schleswig-Holstein liegt 29 % unterhalb der bundesweit beobachteten Häufigkeit.

Die Prävalenz von Keuchhusten (Pertussis) ist ebenfalls vergleichsweise niedrig und liegt bei 4,3 Fällen je 10.000 Kindern und Jugendlichen und damit ebenfalls geringfügig unterhalb des Bundesdurchschnittes von 5,8 Fällen je 10.000 Personen.

⁷ RKI (2017).

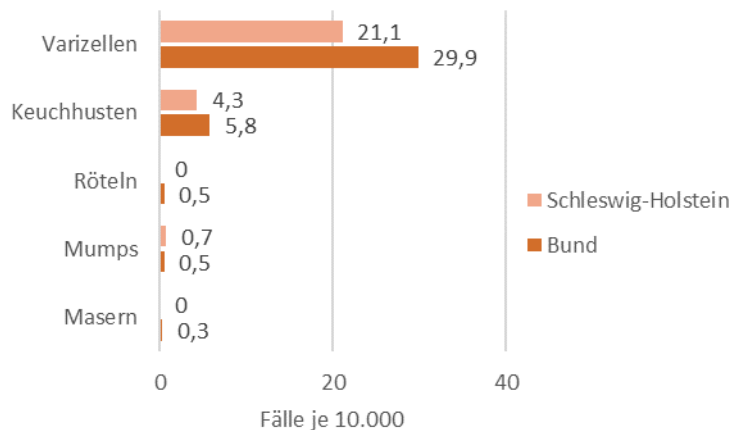


Abbildung 12: Prävalenz impfpräventabler Erkrankungen (Fälle je 10.000) in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich

Für weitere impfpräventable Erkrankungen wie Masern, Mumps und Röteln wurden bei DAK-versicherten Kindern in Schleswig-Holstein keine Fälle im Jahr 2016 dokumentiert (vgl. Abb. 12). Lediglich zwei Kinder mit Mumps wurden im Jahr 2016 behandelt. Unabhängig davon gibt es bundesweit jedoch noch Optimierungspotential in der Impfversorgung von Kindern. Laut aktuellen Auswertungen des Robert Koch-Institutes auf Basis von Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen wird zum Beispiel das Ziel einer bundesweiten Impfquote für Masern von über 95 % noch nicht erreicht. Im Geburtsjahrgang 2014 lag die entsprechende Impfquote für die erste Masernimpfung bei Kindern im Alter von 15 Monaten bei 89,5 %.⁸

Keine Masernfälle in Schleswig-Holstein

3.6.2 Nicht impfpräventable Infektionskrankheiten

Neben impfpräventablen Infektionskrankheiten gibt es eine Reihe weiterer Erkrankungen, für die keine Impf-Möglichkeit existiert und deren Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit deshalb in besonderem Maße beobachtet werden muss, um ggf. durch andere, verhaltens- oder verhältnisbezogene Maßnahmen die Häufigkeit entsprechender Erkrankungen zu verringern oder eine Übertragung auf andere Personen zu vermeiden.

Bei 2,4 von 1.000 Kindern und Jugendlichen wurde eine infektiöse Mononukleose diagnostiziert. Diese auch als Pfeiffersches Drüsenfieber bekannte ansteckende Krankheit wird durch das Epstein-Barr-Virus ausgelöst. Während die Infektion bei Kleinkindern oftmals nur mit Symptomen einer leichten Erkältung oder sogar unbemerkt verläuft, weisen Jugendliche häufig grippe-ähnliche Beschwerden mit starken Lymphknotenschwellungen auf.

Pfeiffersches Drüsenfieber

Bei 4,2 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein wurden 2016 Viruswarzen diagnostiziert. Kinder sind häufig von Warzen betroffen, da ihr Immunsystem noch nicht ausreichend entwickelt ist. Meistens treten entsprechende Hautwucherungen an Fingern, Handflächen, Fußsohlen oder im Gesicht auf. Mehr als 75 % aller Warzen-Diagnosen entfielen auf Kinder von

Viruswarzen

⁸ Rieck et al. 2018.

4 bis 13 Jahren. Am stärksten betroffen waren sechsjährige Kinder mit 70 Fällen je 1.000.

Scharlach Die Prävalenz von Scharlach lag im Durchschnitt bei 1,3 %. Die höchste Prävalenz fand sich mit 38 Fällen je 1.000 bei Kindern im Alter von drei Jahren. Anschließend sank die Erkrankungshäufigkeit. Im späten Kindes- und Jugendalter wurden nur noch sehr wenig Fälle (n<5) beobachtet. Bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede konnten nicht festgestellt werden.

Läuse Eine Pedikulose (Läusebefall) oder Phthiriasis (Filzläusebefall) wurde bei 2,5 % aller Kinder und Jugendlichen diagnostiziert. Der überwiegende Teil der Fälle (ca. 80 %) trat bei Kindern im Alter von 5 bis 13 Jahren auf. Der Erkrankungsgipfel lag mit 54 je 1.000 Fällen bei Kindern im Alter von acht Jahren. Mädchen waren deutlich stärker betroffen als Jungen (36 versus 14 Fälle je 1.000 Personen).

Krätze Die Prävalenz von Skabies (Krätze, ICD-10: B86) lag insgesamt bei 5,6 Fällen je 1.000 Personen. Dabei zeigte sich eine nahezu gleichmäßige Verteilung über alle Altersjahrgänge hinweg. Die stärkste Verbreitung fanden Krätzmilben bei den 16-Jährigen mit 10,1 Fällen je 1.000. Im bundesweiten Vergleich liegt die Krätzeprävalenz in Schleswig-Holstein geringfügig höher, angesichts der geringen Fallzahl aber in vernachlässigbarer Größenordnung.

Kinder- und Jugendmediziner haben zuletzt auf einen sprunghaften Anstieg der Krätze-Prävalenz hingewiesen. Bereits 2016 teilte der Berufsverband der deutschen Dermatologen (BVDD) mit, dass in einzelnen Regionen in Deutschland eine deutliche Zunahme von Fällen in Schulen und Kitas gemeldet wurden.⁹ Die BARMER berichtete zudem 2018, dass auch die Verordnungsprävalenz wichtiger Krätzemedikamente im Jahr 2017 gegenüber 2016 um durchschnittlich 60 % gestiegen ist.¹⁰ Mögliche Gründe für den zuletzt beobachteten Anstieg können vielfältig sein. Ein wahrscheinlicher Erklärungsansatz liegt in einer mitunter schwierigen, weil nicht eindeutigen Diagnostik, weshalb zuletzt eine Überarbeitung der Leitlinie für Diagnostik und Therapie erfolgte.¹¹

⁹ Ärzteblatt (2016).

¹⁰ Ärzteblatt (2018).

¹¹ Kämmerer (2018).

3.7 Augenerkrankungen

Augenerkrankungen waren eine häufige Krankheitsursache, insbesondere im Kindesalter. 28,5 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein waren 2016 wenigstens einmal aufgrund einer entsprechenden Erkrankung oder Einschränkung beim Arzt. Die höchste administrative Prävalenz lag mit jeweils über 300 Fällen je 1.000 im Kleinkindalter zwischen dem ersten und sechsten Lebensjahr. Die beobachtete Prävalenz diagnostizierter Augenerkrankungen nahm mit zunehmendem Alter ab, bei Jungen jedoch stärker als bei Mädchen (vgl. Abb. 13).

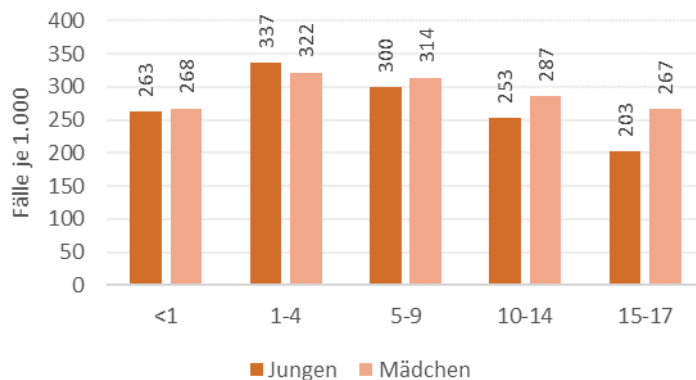


Abbildung 13: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Krankheiten des Auges und der Augenanhängegebilde (ICD-10 H00-H59) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

Die häufigste Behandlungsdiagnose bei Augenerkrankungen stellen Leistungen zur Korrektur einer Kurz- bzw. Weitsichtigkeit (Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler). Mädchen waren häufiger betroffen: 17,8 % aller Jungen und 20,2 % aller Mädchen wurden im Jahr 2016 aufgrund einer Kurz- bzw. Weitsichtigkeit behandelt (vgl. Tab. 13).

Sehfehler am häufigsten diagnostiziert

Tabelle 13: Häufigkeit der fünf relevantesten Augenerkrankungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	H52	178,1	201,8	189,6
Sonstiger Strabismus	H50	87,6	95,2	91,3
Konjunktivitis	H10	69,5	69,0	69,3
Sehstörungen	H53	47,2	47,7	47,5
Hordeolum und Chalazion	H00	7,1	10,1	8,5

Halb so häufig wurden Kinder und Jugendliche aufgrund eines Schielens (Strabismus) behandelt. Eine Bindehautentzündung (Konjunktivitis) ist die dritthäufigste Augenerkrankung und betraf im Jahr 2016 knapp 7 % aller Kinder und Jugendlichen. Unter der seltener auftretenden Diagnose „Sehstörungen“ (Gesamtprävalenz: 4,8 %) werden verschiedene Störungsbilder, wie z. B. eine allgemein verminderte Sehfähigkeit, Tag- und Nachtblindheit oder auch Farbenblindheit zusammengefasst.

Bindehautentzündungen

3.8 Psychische und Verhaltensstörungen

3.8.1 Übersicht

Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Im Jahr 2016 lag die administrative Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei 256 Fällen je 1.000 Kindern und Jugendlichen; mehr als ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen war demnach betroffen. Die Wahrscheinlichkeit für die Diagnose einer entsprechenden Störung war sowohl alters- als auch geschlechtsabhängig verschieden. Die Prävalenz nahm innerhalb des frühen Kindesalters bis hin zum Alter von fünf Jahren zu. Mit 476 Fällen je 1.000 Personen bei Jungen bzw. 378 Fällen je 1.000 bei Mädchen war bei Kindern in diesem Alter die Erkrankungshäufigkeit am höchsten. Die Anzahl diagnostizierter Fälle sank mit Beginn des mittleren Kindesalters kontinuierlich bis zum Beginn des späten Jugendalters. Dabei wurden zwischen dem 4. und 12. Lebensjahr jeweils für ca. 100 Jungen je 1.000 mehr eine entsprechende Diagnose gestellt, als für Mädchen. Im späteren Jugendalter kehrte sich dieser Trend jedoch um. Dabei liegt in Schleswig-Holstein die Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen in allen Altersjahrgängen auf zum bundesweiten Durchschnitt vergleichbarem Niveau (schwarz-gepunktete Linie in Abb. 14). Dem lagen jedoch verschiedene Trends auf Ebene konkreter Erkrankungsbilder zugrunde. Während einige eher häufigere psychische Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein seltener auftraten, wurden insgesamt eher seltene Erkrankungsbilder in Schleswig-Holstein häufiger als im Bundesdurchschnitt dokumentiert (vgl. Tab. 14).

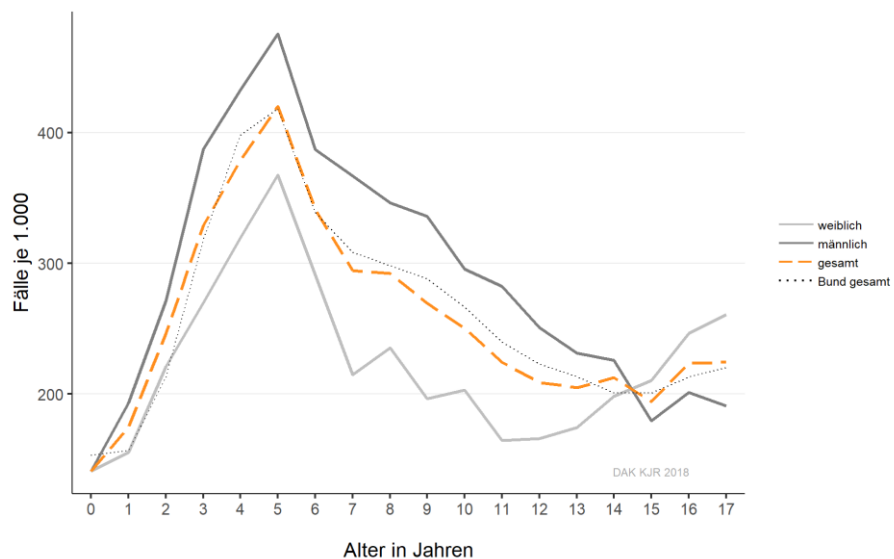


Abbildung 14: Prävalenz psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 F00-F99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Überwiegend Entwicklungs- und Verhaltensstörungen

Der ICD-10 unterscheidet im Kapitel zu psychischen und Verhaltensstörungen insgesamt 11 verschiedene Diagnose-Obergruppen, wobei die Diagnose F99 als Sammelgruppe für nicht näher bezeichnete psychische Störungen dient. Im Rahmen ambulanter oder stationärer ärztlicher Versorgungskontakte werden für Kinder- und Jugendliche überwiegend Entwicklungs- und Verhaltens- bzw. emotionalen Störungen diagnostiziert. Entsprechende Störungsbilder werden jedoch zu unterschiedlichen Zeitpunkten in der kindlichen Entwicklung schwerpunktmäßig erfasst. Werden diese beiden Erkan-

kungsbilder isoliert betrachtet, so ist zu beobachten, dass Entwicklungsstörungen deutlich häufiger im Kindes-, Verhaltensstörungen hingegen deutlich häufiger im Jugendalter diagnostiziert werden (vgl. Abb. 15).

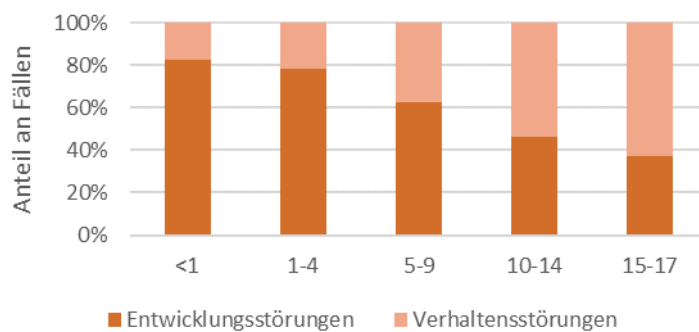


Abbildung 15: Verteilung der Fälle mit Entwicklungs- und Verhaltensstörungen je Altersgruppe (Doppelzählung möglich)

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen traten mit insgesamt 67 Fällen je 1.000 insgesamt seltener, unter psychischen Erkrankungsbildern aber immer noch häufig auf. Unter diese Diagnosegruppe fallen z.B. phobische Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen. Auffällig ist, 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 (vgl. Tab. 14).

Tabelle 14: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt	Differenz Bund
Entwicklungsstörungen	F8	179,5	110,7	146,1	-1 %
Verhaltens- und emotionale Störungen	F9	123,7	72,7	99,0	-6 %
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	F4	61,0	73,0	66,8	+27 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	F5	12,2	15,9	14,0	+13 %
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F6	17,4	12,6	15,1	+17 %
Affektive Störungen	F3	9,2	17,3	13,1	+21 %
Intelligenzstörung	F7	7,6	5,2	6,4	+2 %
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F1	4,2	3,7	3,9	+27 %
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F0	0,8	0,3	0,6	-49 %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F2	0,3	0,7	0,5	+6 %

**Häufigkeit
psychischer
Erkrankungs-
bilder**

Unterschiedliche Erkrankungs- schwerpunkte

Die in Tabelle 14 gezeigten krankheitsbildspezifischen Prävalenzen beziehen sich jeweils auf alle Kinder und Jugendlichen. Die ermittelten Erkrankungshäufigkeiten können insofern verzerrt sein, wenn eine Erkrankung zum Beispiel erst im Jugendalter auftritt und in jüngeren Altersjahrgängen nicht prävalent ist. Die „wahre“ Erkrankungsprävalenz wäre in diesem Fall deutlich höher, würde man nur die potentiell morbide Personengruppe als Referenzgröße heranziehen. Abbildung 16 zeigt deshalb für etwas seltenere psychische und Verhaltensstörungen die Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit des Alters. Die beiden häufigsten Diagnosegruppen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, werden im nachfolgenden Kapitel noch detaillierter beleuchtet.

Für die vier dargestellten Diagnosegruppen zeigen sich zwei verschiedene Häufigkeitstrend: Entweder eine mit steigendem Alter deutlich zunehmende Häufigkeit wie bei neurotischen oder affektiven Störungen, oder eine über alle Altersjahrgänge konstante Prävalenz wie bei Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen. Die mit dem Alter zunehmende Häufigkeit neurotischer, Belastungs- und somatoformen Störungen ist dabei im Wesentlichen auf eine zunehmende Häufung von Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen zurückzuführen, welche u. a. auf verschiedene Formen des Stresserlebens zurückzuführen sein könnten.

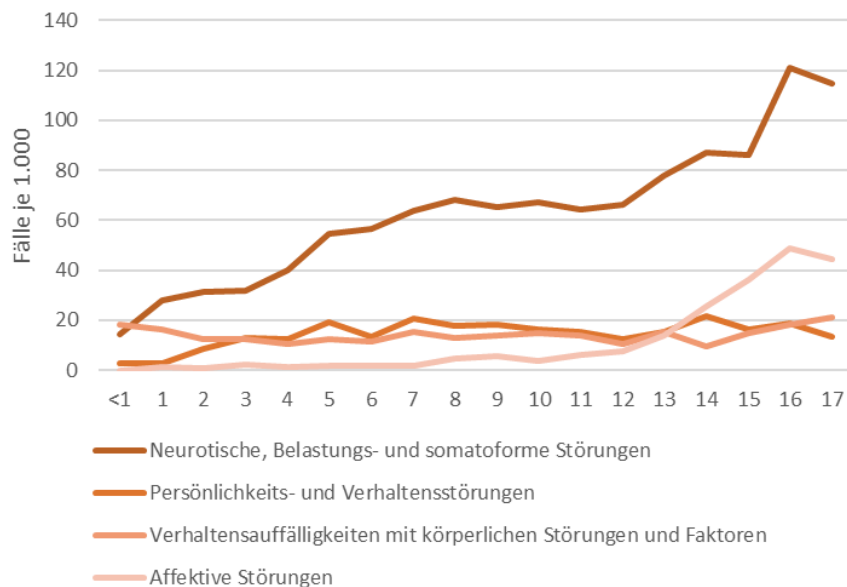


Abbildung 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) seltenerer psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppe bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Depressionen

Die insbesondere ab dem Jugendalter häufiger diagnostizierten affektiven Störungen sind fast ausschließlich auf depressive Episoden zurückzuführen. Depressionen traten insgesamt jedoch vergleichsweise selten im Kindes- und Jugendalter auf. Für 1,2 % aller Kinder in Schleswig-Holstein wurde 2016 wenigstens einmal eine entsprechende Diagnose gestellt. Bei Kindern ab 12 Jahren betrug die Prävalenz 2,7 %. Am höchsten war die Prävalenz bei Mädchen im Alter von 17 Jahren (6,4 %). 38 % dieser Mädchen wurden zudem mit Antidepressiva behandelt (ATC N06A). Insgesamt wurden 33 % aller Kinder ab

12 Jahren, bei denen eine Depressionsdiagnose dokumentiert wurde, auch medikamentös behandelt.

Das gleichsamer Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen ist auf zwei verschiedene Erkrankungsbilder zurückzuführen, welche sich unter dieser Diagnosegruppe subsummieren. Die häufigsten „F5“-Diagnosen sind nichtorganische Schlafstörungen (ICD-10 F51), welche gehäuft bei Säuglingen und Kleinkindern diagnostiziert werden. Zweithäufigste Diagnose innerhalb dieser Gruppe sind Essstörungen (ICD-10 F50), welche wiederum gehäuft bei Mädchen im Jugendalter auftreten.

Dieses Beispiel zeigt, dass neben den Obererkrankungsgruppen insbesondere die Prävalenz konkreter Erkrankungsbilder von Interesse ist. In Anbetracht der Häufigkeit von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen verwundert es nicht, dass sich auch unter den am häufigsten abgerechneten Behandlungsdiagnosen entsprechende Störungsbilder finden (vgl. Tab. 15). Am häufigsten kommen dabei diagnostizierte Sprach- und Sprechstörungen vor. Für knapp 9 % aller Kinder bzw. Jugendlichen wurde im Jahr 2016 eine entsprechende Diagnose gestellt. Deutlich seltener wurden Aktivitäts- bzw. Aufmerksamkeitsstörungen („hyperkinetische Störungen“) bei Kindern und Jugendlichen diagnostiziert. Entsprechende Störungsbilder treten im diagnostischen Leistungsgeschehen später als Entwicklungsstörungen, zumeist mit Beginn des Schulalters, auf (vgl. hierzu auch 3.8.3). Noch etwas häufiger wurden andere Verhaltens- und emotionale Störungen (ICD-10: F98) diagnostiziert. Dabei handelt es sich um eine Sammelgruppe im ICD-10, unter welcher z. B. Störungsbilder wie Stottern oder Nägelkauen zusammengefasst werden.

Mehr Fälle bei Jungen

Tabelle 15: Häufigkeit der fünf relevantesten psychischen Verhaltens- und Entwicklungsstörungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sprach-/ Sprechstörungen	F80	107,3	71,9	90,1
Andere Störungen, unspez.	F98	47,1	25,9	36,8
Motorische Störungen	F82	49,2	21,9	35,9
Hyperkinetische Störungen	F90	50,4	14,5	32,9
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	F43	30,5	34,0	32,2

Die häufigsten psychischen Erkrankungsbilder konnten in vergleichbarer Reihenfolge auch auf Bundesebene, jedoch überwiegend auf höherem Niveau als in Schleswig-Holstein beobachtet werden. So wurden in Schleswig-Holstein 5 % weniger Sprach- und Sprechstörungen oder 19 % weniger Kinder mit hyperkinetischen Störungen (ADHS) diagnostiziert und behandelt. Einzig motorische Störungen traten unter den häufigeren Erkrankungsbildern häufiger als im DAK-weiten Bundesdurchschnitt auf (+5 %).

Mehr Fälle als im bundesweiten Vergleich

Entwicklungsstörungen**3.8.2 Entwicklungsstörungen**

Gut jedes siebte Kind bzw. Jugendlicher hatte im Jahr 2016 eine im Rahmen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen diagnostizierte Entwicklungsstörung (146 Fälle je 1.000). Dabei lag die Diagnoseprävalenz bei Jungen mit 180 Fällen je 1.000 62 % oberhalb derer bei Mädchen (111 Fälle je 1.000). Dies ist insbesondere durch deutliche höhere Fallzahlen bei Jungen im Kindesalter bedingt (vgl. Abb. 17). Mehr als die Hälfte der im Jahr 2016 dokumentierten Fälle entfiel zudem auf Kinder im Alter von 6 Jahren oder jünger. Ab dem Alter von 10 Jahren bei Mädchen und 13 Jahren bei Jungen sank die beobachtete administrative Prävalenz auf unter 10 %.

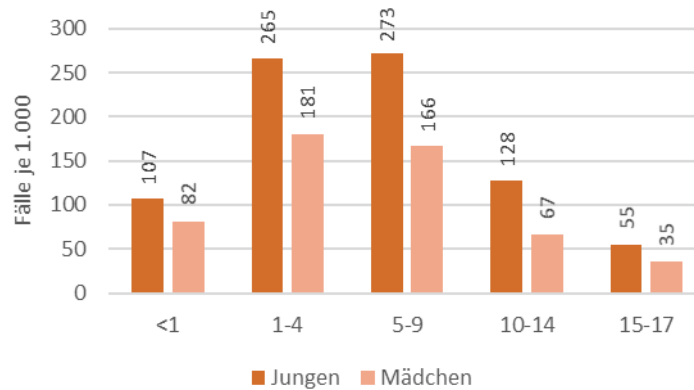


Abbildung 17: Prävalenz von Entwicklungsstörungen (ICD-10 F80-F89) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Formen der Entwicklungsstörungen

Zur Beschreibung der Entwicklungsstörungen unterscheidet der ICD-10 zwischen der Art der beobachteten Störung (vgl. Tab. 16). In den meisten Fällen sind unter anderem die Sprache, die visuell-räumlichen Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. Dabei zeigte sich, dass die zuvor beschriebene höhere Prävalenz von Entwicklungsstörungen bei Jungen im Wesentlichen auf Sprach- und Sprechstörungen und motorische Entwicklungsstörungen zurückzuführen waren. Störungen motorischer Funktionen, insbesondere der Fein- und Grobmotorik, traten bei Jungen fast doppelt so häufig auf wie bei Mädchen. Aber auch in den übrigen, seltener auftretenden Entwicklungsstörungen werden durchweg deutlich höhere Fallzahlen für Jungen als für Mädchen beobachtet.

Tabelle 16: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Entwicklungsstörungen Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sprach-/ Sprechstörungen	F80	107,3	71,9	90,1
Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	F81	19,4	10,8	15,2
Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	F82	49,2	21,9	35,9
Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	F83	24,7	11,6	18,4
Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	F84	16,0	6,5	11,4

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Andere bzw. nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen	F88-F89	31,0	20,4	25,9

Doch auch bei den hier gezeigten Erkrankungshäufigkeiten ist eine altersabhängige Prävalenzverteilung zu berücksichtigen. Abbildung 18 zeigt deshalb für die drei versorgungsrelevantesten Entwicklungsstörungen die korrespondierende Altersverteilung. Gemein ist allen drei Erkrankungsbildern ein Absinken der Erkrankungshäufigkeit ab dem Ende der Grundschulzeit auf knapp 50 Fälle je 1.000 oder weniger. Entwicklungsstörungen die Sprache sowie die Motorik betreffend haben ihren Erkrankungsschwerpunkt jeweils vor bzw. zu Beginn des schulpflichtigen Alters der Kinder, allerdings auf unterschiedlichem Niveau. Störungen der schulischen Fertigkeiten, insb. die Legasthenie, traten erwartungsgemäß erst mit Beginn des schulpflichtigen Alters auf und erreichen die höchste Prävalenz bei Kindern im Altern zwischen 9 und 12 Jahren. Die Prävalenz der Legasthenie beträgt beispielsweise bei Kindern im Schulalter (ab dem 6. Lebensjahr) 9,3 Fälle je 1.000 Personen. Damit liegt der Anteil Legasthenie-kranker Kinder in Schleswig-Holstein 32 % unterhalb des DAK-weiten Bundesdurchschnittes von 13,7 Fällen je 1.000 Schulkindern. Im Alter von 13 Jahren wurde mit 14,5 Fällen je 1.000 in Schleswig-Holstein die höchste Prävalenz an Kindern mit Lese- und Schreibschwäche beobachtet.

Legasthenie

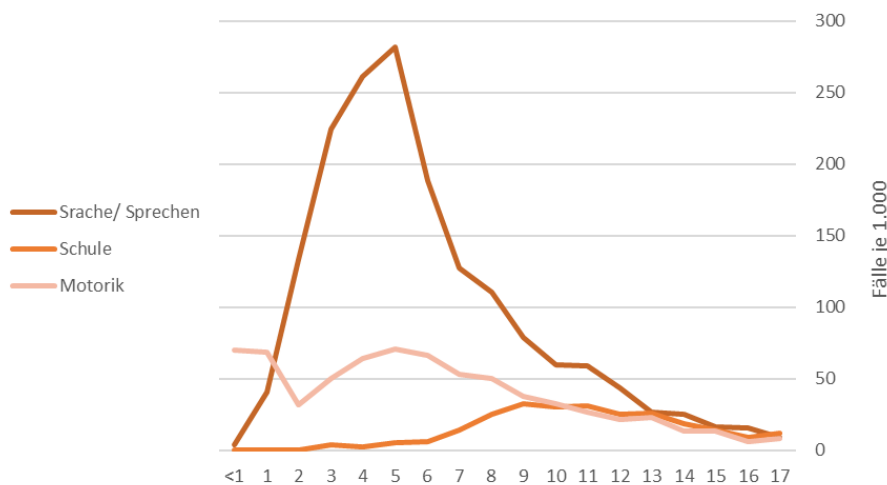


Abbildung 18: Prävalenz (Fälle je 1.000) relevanter Entwicklungsstörungen in Abhängigkeit des Alters

Verhaltensstörungen**3.8.3 Verhaltens- und emotionale Störungen**

Verhaltensstörungen unterlagen hinsichtlich der Diagnosehäufigkeit einem anderen alters- und geschlechtsbezogenen Trend als Entwicklungsstörungen. Während letztere insbesondere im frühen und mittleren Kindesalter diagnostiziert wurden, lag die Prävalenz von Verhaltensstörungen eher im späten Kindes- und frühen Jugendalter (vgl. Abb. 19). Insgesamt wurde im Jahr 2016 bei 99 von 1.000 Kindern und Jugendlichen eine entsprechende Diagnose gestellt. Vergleichbar zu Entwicklungsstörungen wiesen auch hier Jungen eine höhere Diagnoseprävalenz auf als Mädchen (124 zu 73 Fälle je 1.000). Am größten war der geschlechtsspezifische Unterschied im mittleren Kindesalter zwischen 8 und 9 Jahren. Die administrative Diagnosehäufigkeit von Jungen im Alter von 9 Jahren war mit 181 Fällen je 1.000 fast doppelt so hoch wie die von Mädchen (95 Fälle je 1.000).

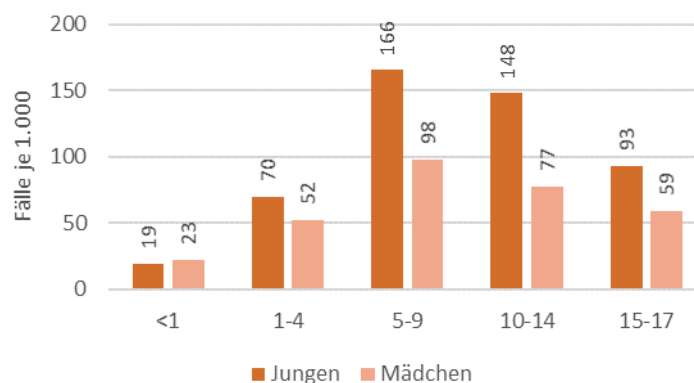


Abbildung 19: Prävalenz von Verhaltensstörungen (ICD-10 F90-F98) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Auch zur Beschreibung der Verhaltensstörungen unterscheidet der ICD-10 zwischen der Art der beobachteten Störung (vgl. Tab. 17). Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) gehört zu den häufigsten und hinsichtlich der gesellschaftlichen und medialen Wahrnehmung relevantesten kinderpsychiatrischen Verhaltensstörungen. Im Jahr 2016 lag für 3,3 % aller Kinder und Jugendliche eine entsprechende Diagnose innerhalb der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit vor. Die in Schleswig-Holstein dokumentierte ADHS-Häufigkeit liegt damit 20 % unterhalb der auf Bundesebene ermittelten Prävalenz von 4,1 %. Ältere Studien konnten hingegen für Schleswig-Holstein (4,2 %) eine etwas höhere Prävalenz ermitteln.¹²

Bei der ebenfalls häufig kodierte Sammeldiagnosegruppe F98 handelt es sich um Störungsbilder wie Stottern oder Nägelkauen. Emotionale Störungen des Kindesalters stellen wiederum in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene. Dazu gehören insbesondere phobische Störungen oder vermeidende Störungen wie soziale Ängstlichkeit. Als einzige häufigere Verhaltensstörung treten entsprechende Störungsbilder bei Jungen und Mädchen annähernd gleichhäufig auf.

¹² Roick, Waltersbacher (2016), S. 144.

Tabelle 17: Prävalenz (Fälle je 1.000) von Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Hyperkinetische Störungen	F90	50,4	14,5	32,9
Störungen des Sozialverhaltens	F91	22,1	12,8	17,6
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F92	10,5	6,1	8,4
Emotionale Störungen des Kindesalters	F93	23,1	23,2	23,2
Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F94	4,7	4,6	4,6
Ticstörungen	F95	5,6	3,1	4,4
Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	F98	47,1	25,9	36,8

Auch altersspezifisch lassen sich am Beispiel der ADHS nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch Schwerpunkte identifizieren. Eine Diagnose der ADHS fand am häufigsten mit Eintritt des Schulalters statt, was unter anderem darauf zurückzuführen sein kann, dass betroffene Kinder mit der dort erwarteten Disziplin und Ruhe überfordert sind.¹³ Jungen waren häufiger von ADHS betroffen als Mädchen. Altersunabhängig lag die Diagnosehäufigkeit bei Jungen mit 5,0 % dreimal höher als bei Mädchen (1,5 %). Bei Kindern im Alter von 5-9 Jahren lag die ADHS-Prävalenz mit insgesamt 3,9 % höher, in der Altersgruppe von 10-14 Jahren mit insgesamt 5,0 % sogar am höchsten.

ADHS

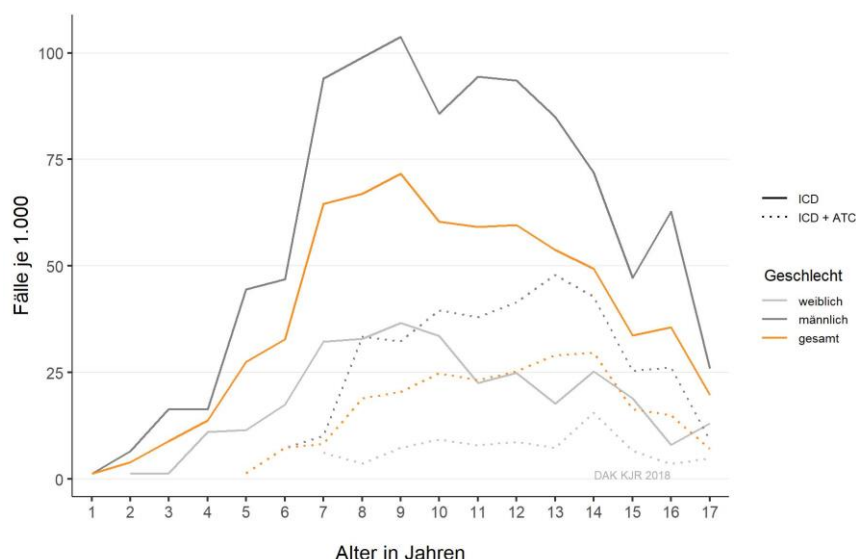


Abbildung 20: Prävalenz hyperkinetischer Störungen (ICD-10 F90) sowie die Verordnungsprävalenz von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Jahr 2016

Mehr als ein Drittel (42,3 %) aller Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer gesichert diagnostizierten hyperkinetischen Störung erhielten 2016 auch eine diagnosespezifische Medikation (vgl. gestrichelte Linien in Abb. 20 und Tab. 18). Dies liegt deutlich (+21 %) oberhalb des Bundesdurchschnittes

Medikamentöse ADHS-Behandlung

¹³ RKI (2011).

von 34,9 %. Erfasst wurden dabei alle Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Verordnung einer Psychostimulans (ATC N06B). In Deutschland sind Methylphenidat, Atomoxetin, Dexamfetamin und Lisdexamfetamin zur Behandlung von Kindern (ab dem Alter von 6 Jahren) und Jugendlichen mit hyperkinetischen Störungen zugelassen. Eine primäre Pharmakotherapie ist meist dann indiziert, wenn eine stark ausgeprägte, situationsübergreifende hyperkinetische Symptomatik mit einer erheblichen Beeinträchtigung des Patienten oder seines Umfeldes und einer ausgeprägten Einschränkung der psychosozialen Anpassung (z. B. drohende Umschulung in Sonderschule, massive Belastung der Eltern-Kind-Beziehung) vorliegt.

Tabelle 18: Verordnungsprävalenz von Psychostimulanzien bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Jahr 2016

Altersgruppe	Jungen	Mädchen	Gesamt
<1	-	-	-
1-4	0 %	0 %	0 %
5-9	30,0 %	19,2 %	27,5 %
10-12	50,5 %	38,3 %	47,8 %
13-14	62,9 %	56,1 %	61,5 %
15-17	46,1 %	43,8 %	45,7 %
Gesamt	44,4 %	34,7 %	42,3 %

Zu beobachten ist, dass sich Diagnose- und die diagnosespezifische Verordnungsprävalenz innerhalb der Altersjahrgänge unterschiedlich verteilen. HKS-spezifische Medikationen in Verbindung mit einer entsprechenden Diagnose sind erst mit Beginn des Schulalters zu beobachten, was sich mit den Empfehlungen der ADHS-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie deckt.¹⁴ Demnach sollte eine medikamentöse Therapie von Vorschulkindern erst dann erwogen werden, wenn edukative Interventionen der Eltern nicht ausreichen. Während die Diagnoseprävalenz unter Acht- bis Neunjährigen am höchsten ist, werden anteilig erst im Alter ab 13 Jahren die meisten Kinder bzw. Jugendlichen auch medikamentös behandelt. Zudem konnte beobachtet werden, dass Jungen in allen Altersgruppen häufiger medikamentös behandelt werden als Mädchen. Auch auf Bundesebene hatte sich in allen Altersgruppen eine höhere Verordnungsprävalenz bei Jungen gezeigt.

¹⁴ Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007).

3.8.4 Substanzmissbrauch und Suchterkrankungen

Der ICD-10 subsummiert unter psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F10-F19) eine Vielzahl von Störungen mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Im Hinblick auf die Versorgungsrelevanz wird nachfolgend nach Alkohol-, Tabak- oder sonstigen Substanzmissbrauch (darunter Cannabinoide, Kokain oder Lösungsmittel) unterschieden.

Im ICD-10 werden die verursachenden Substanzen durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert. Dabei kann zwischen akuten Intoxikationen, grundsätzlich schädlichem Gebrauch, welcher zu Gesundheitsschädigungen führt, oder anderen Störungsbildern (z. B. Abhängigkeits- oder Entzugssyndrome) unterschieden werden. Wichtig erscheint an dieser Stelle noch einmal der Hinweis, dass es im Gegensatz zu Primärerhebungen auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten nicht möglich ist, die tatsächliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit missbräuchlichem Substanzkonsum abzubilden. Während davon auszugehen ist, dass z. B. ein missbräuchlicher Alkoholkonsum nur in seltenen Fällen diagnostiziert wird, da die entsprechenden Kinder und Jugendlichen nur selten aufgrund eines entsprechenden Verhaltens ärztlich bzw. klinisch vorstellig werden, kann jedoch angenommen werden, dass die Analyse der akuten Alkohol-Intoxikationen das reale Krankheitsgeschehen besser abbildet. Entsprechende Angaben auf Basis der Krankenhausdiagnosestatistik werden u. a. auch im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes diskutiert.

Ein relevanter Beginn klinisch diagnostizierter Störungen in Folge seines Substanzmissbrauches konnte in Schleswig-Holstein geschlechtsunabhängig ab dem 14. Lebensjahr beobachtet werden. Damit treten in GKV-Abrechnungsdaten identifizierbare Substanzmissbräuche in Schleswig-Holstein im Vergleich mit anderen Erhebungsergebnissen später auf.¹⁵ Zu beobachten ist, dass insbesondere im späten Jugendalter die Prävalenz von tabakassoziiertem Suchtverhalten deutlich ansteigt, während die Fallzahlen für Alkoholmissbrauch auf niedrigerem Niveau verbleiben (vgl. Abb. 21). Ein missbräuchlicher Konsum anderer suchterzeugender Substanzen, welcher 2016 zu wenigstens einem ambulanten oder stationären Arztkontakt geführt hat, findet sich ebenfalls nur im späten Jugendalter, dann jedoch auf vergleichbar hohem Niveau.

Substanzmissbrauch

Beginnender Substanzmissbrauch mit dem 11. Lebensjahr

¹⁵ Exemplarisch: RKI (2014).

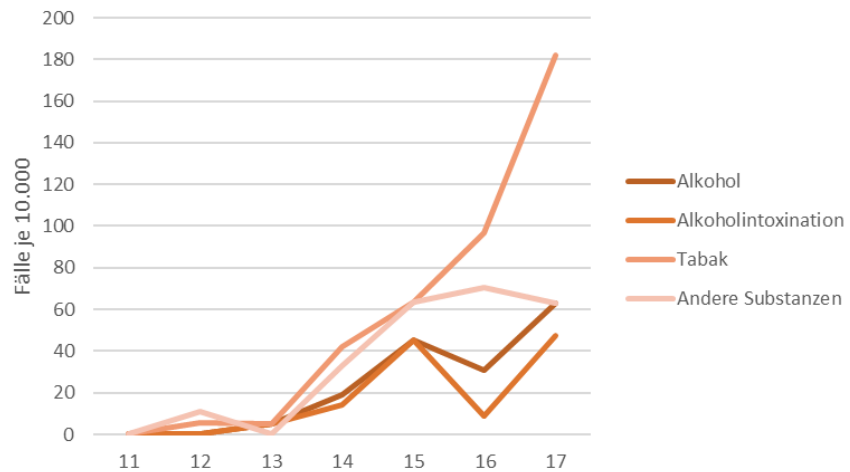


Abbildung 21: Prävalenz (Fälle je 10.000) psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen in Abhängigkeit des Alters

Prävalenz von Alkoholmissbrauch

Werden im späten Kindes- bzw. frühen Jugendalters noch sehr geringe Fallzahlen beobachtet, stieg die Diagnoseprävalenz ab dem 14. Lebensjahr an. Tabelle 19 zeigt deshalb die administrative Diagnoseprävalenz von durch Substanzmissbrauch verursachten Störungen nur für das Jugendalter. Einschränkend sind hier jedoch die geringen zugrundeliegenden Fallzahlen in Schleswig-Holstein zu berücksichtigen. Dies hat auch Auswirkungen auf die dadurch eingeschränkte Interpretierbarkeit der beobachteten Unterschiede zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt. Auf Basis der vorliegenden Daten zeigt sich für alkoholassoziierte Suchterkrankungen eine niedrigere, für andere Suchterkrankungen eine gegenüber dem Bundesdurchschnitt erhöhte Prävalenz.

Tabelle 19: Prävalenz (Fälle je 1.000) psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen bei Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr

Substanz	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt	Differenz Bund
Alkohol	F10	4,2	3,1	3,7	-14 %
Akute Alkohol-Intoxikation [akuter Rausch]	F10.0	3,0	2,4	2,7	-24 %
Tabak	F17	9,1	8,1	8,6	+76 %
Andere Substanzen	F11-F19*	7,2	4,2	5,7	+40 %

* exklusive psychischer und Verhaltensstörungen durch Tabak (ICD-10 F17)

Computerspiel-sucht

Neben klassischen substanzbezogenen Suchterkrankungen spielen medien-nutzungsassoziierte Verhaltensstörungen eine zunehmend bedeutende Rolle in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen. Ein Schwerpunkt der Diskussion liegt dabei derzeit auf der Prävalenz der Computerspielabhängigkeit. Zur Diagnose einer Computerspielsucht existieren bislang jedoch keine eigenständigen Störungsbilder im ICD-10 oder DSM-IV. Um eine klinisch bedeutsame Aussage darüber treffen zu können, ob dem Mediennutzungsverhalten eine psychische Abhängigkeit zugrunde liegt, kann im ICD-10 gegenwärtig nur auf die Kriterien stoffgebundener Abhängigkeiten oder des pathologischen Glücksspiels zurückgegriffen werden. Als

Proxy dienen dabei die ICD-10-Codes F63.0 („Pathologisches Spielen“), F63.8 („Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“) und F63.9 („Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet“).

Eine empirische Untersuchung aus dem Jahr 2009 ermittelte basierend auf einer bundesweit repräsentativen Schülerbefragung, dass 3 % der Jungen und 0,3 % der Mädchen als computerspielabhängig und weitere 4,7 % der Jungen und 0,5 % der Mädchen als gefährdet einzustufen sind.¹⁶ Neuere Erhebungen weisen inzwischen auf eine deutliche höhere Prävalenz hin. Nach einer aktuellen Studie der DAK-Gesundheit sind in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen 5,7 % von einer Computerspielabhängigkeit betroffen.¹⁷ Männliche Personen sind mit 8,4 % deutlich häufiger abhängig als weibliche (2,9 %). Die im Rahmen der vorliegenden Analyse ermittelte administrative Diagnoseprävalenz lag in Schleswig-Holstein für Jungen im Alter von 12 bis 17 Jahren bei 3,0 Fällen je 1.000 und bei 1,2 Fällen je 1.000 für Mädchen und damit unterhalb des Niveaus der bislang aus Primärstudien berichteten Erkrankungshäufigkeit.

Gleichwohl besteht das Risiko, dass die bestehende Klassifikationssystematik das klinisch-relevante Krankheitsgeschehen suchthaften Computerspielens überschätzt, da es sich bei den berücksichtigten Diagnosen z. T. um Sammelgruppen für unspezifische Verhaltensstörungen mit unbekannter Ursache handelt. Die WHO hat auch deshalb zuletzt die Aufnahme von „gaming disorders“ als eigenes Störungsbild in den ICD-10 vorgeschlagen.¹⁸ Eine aktuelle Studie der DAK-Gesundheit und des Deutschen Zentrums für Suchtfragen am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) untersuchte im Kontext dieser moderneren Formen von Suchterkrankungen, wie viele Kinder und Jugendliche ein suchthaftes Nutzungsverhalten von Social Media-Diensten wie z.B. Facebook oder Instagram zeigen. Basierend auf einer repräsentativen Telefonbefragung konnte gezeigt werden, dass derzeit bei deutschlandweit rund 100.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren eine Social Media-Abhängigkeit vorliegen könnte.¹⁹ Gemessen wurde eine potentielle Abhängigkeit basierend auf einer in den Niederlanden entwickelten „Social Media Disorder Scale“. Demnach gaben 34 % der eintausend befragten Kinder und Jugendlichen an, soziale Medien zu nutzen, um nicht an unangenehme Dinge denken zu müssen. 14 % nutzen soziale Medien zudem häufig heimlich, 13 % sind unfähig, die Nutzung zu stoppen. Andere Autoren bewerteten diese Studienergebnisse bzw. die Ableitung eines krankhaften Verhaltens daraus jedoch als kritisch und sehen keine Notwendigkeit für ein eigens abgrenzbares Erkrankungsbild der Social Media-Sucht.²⁰

¹⁶ Rehbein et al. (2009).

¹⁷ Forsa (2016).

¹⁸ WHO (2018).

¹⁹ Forsa (2017).

²⁰ Schulte-Markwort (2018).

3.9 Hautkrankheiten

Bei mehr als jedem fünften Kind bzw. Jugendlichen wurde im Jahr 2016 im Rahmen eines ambulanten oder stationären Arztkontaktes eine Hauterkrankung diagnostiziert (22,3 %). Es zeigte sich eine U-förmige, altersbezogene Prävalenzverteilung mit 373 Fällen je 1.000 bei Kinder im Alter von 0 bis 1, einem Rückgang der Prävalenz bis zum Alter von zehn Jahren (168 Fälle je 1.000), sowie ein anschließender Anstieg der Erkrankungshäufigkeit im Jugendalter mit bis zu 261 Fällen je 1.000 im Alter von 17 Jahren (vgl. Abb. 22). Ab dem 11. Lebensjahr sind dabei deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu erkennen, wobei z. B. im Alter von 17 Jahren die administrative Diagnoseprävalenz von Mädchen mit 310 Fällen je 1.000 44 % oberhalb der von Jungen lag (215 Fälle je 1.000).

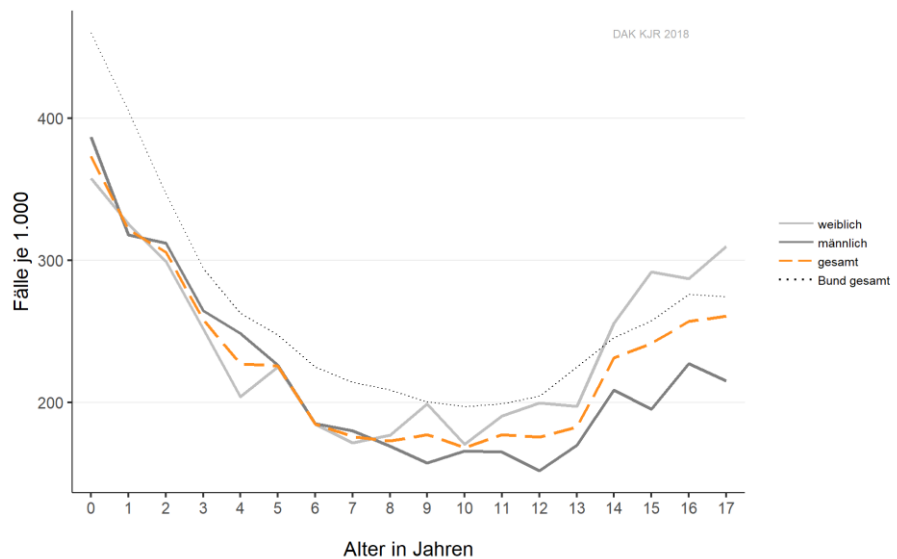


Abbildung 22: Prävalenz von Krankheiten der Haut und der Unterhaut (ICD-10 L00-L99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Neurodermitis und Akne

Zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen bei Hauterkrankungen zählen die Neurodermitis, Akne oder die Nesselsucht bzw. das Nesselfieber (Urtikaria) (vgl. Tab. 20).²¹ Dabei kommt eine klinisch behandlungsbedürftige Akne bei Mädchen knapp 60 % häufiger vor wie bei Jungen. Ob dies medizinische Gründe hat oder ob Mädchen aufgrund entsprechender Hautprobleme häufiger beim Arzt vorstellig werden und damit in der vorliegenden Datenbasis identifizierbar sind, kann hier nicht schlüssig bestimmt werden. Unabhängig davon stellt eine klinisch behandlungsbedürftige Akne jedoch ein relevantes Versorgungsfeld dar, da mit steigendem Schweregrad einer Akne auch das Risiko für psychische Beeinträchtigungen hinein bis in Erwachsenenalter steigt.²²

²¹ Nicht berücksichtigt werden hier Parasitenbefälle der Haut, z.B. Läuse (siehe hierzu den Abschnitt zu Infektionskrankheiten).

²² Thielitz, Gollnick (2009).

Tabelle 20: Häufigkeit der fünf relevantesten Hauterkrankungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Neurodermitis	L20	67,9	67,4	67,7
Sonstige Dermatitis	L30	47,3	50,2	48,7
Akne	L70	27,4	43,9	35,4
Nesselsucht	L50	11,9	13,0	12,4
Phlegmone	L03	11,5	11,6	11,5

Bei dem atopischen Ekzem 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 6,8 % aller Kinder- und Jugendlichen wurde ein entsprechendes Erkrankungsbild festgestellt, wobei Kinder im Alter von einem bis zwei Jahren mit über 10 % die höchste Prävalenz aufwiesen. Mit zunehmendem Alter sank die Prävalenz fast linear bis auf bis zu 4,3 % bei Jungen und Mädchen im Alter von 17 Jahren. Während Jungen vor allem im Säuglingsalter deutlich häufiger betroffen waren als Mädchen, kehrte sich das Verhältnis ab dem Kindesalter geringfügig um (vgl. Abb. 23).

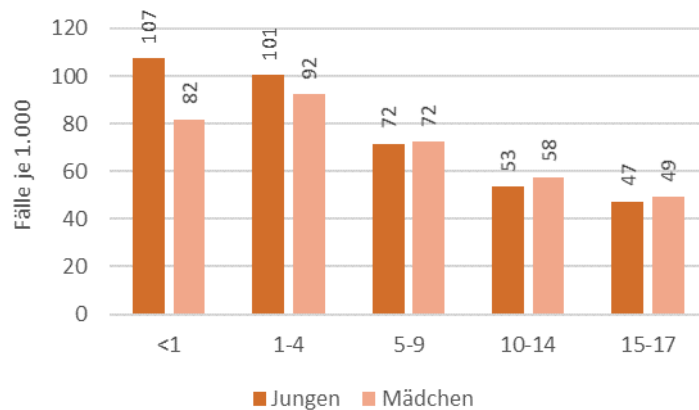


Abbildung 23: Prävalenz der Neurodermitis bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Eine allergische Kontaktdermatitis wurde im Jahr 2016 deutlich seltener diagnostiziert. Die Prävalenz lag geschlechts- und altersübergreifend bei weniger als einem Prozent (0,6 %). Höchstwerte fanden sich mit 10 Fällen je 1.000 bei dreijährigen Jungen und Mädchen. Der Hauptauslöser der Kontaktdermatitis konnte auf Basis der Abrechnungsdaten nicht identifiziert werden, da bei über 80 % der Fälle die Diagnose L23.9 (Allergische Kontaktdermatitis, nicht näher bezeichnete Ursache) dokumentiert wurde.

Allergische Hautreaktionen

3.10 Ohrenerkrankungen

Unter den Kindern und Jugendlichen hatte knapp jeder Sechste im Jahr 2016 eine Ohrenerkrankung (17,4 %). Unter Kleinkinder (bis zum 4. Lebensjahr) war sogar fast jedes Dritte betroffen (30,1 %). Die Prävalenz war in höheren Altersgruppen beginnend ab dem 5. Lebensjahr wiederum stark rückläufig und lag z. B. bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 15 Jahren bei 8,7 %. Bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede zeigten sich dabei nicht. In Relation zum bundesweiten Durchschnitt lag in Schleswig-Holstein eine weitestgehend vergleichbare Häufigkeitsverteilung vor (vgl. orange-gestrichelte und schwarz-gepunktete Linie in Abb. 24).

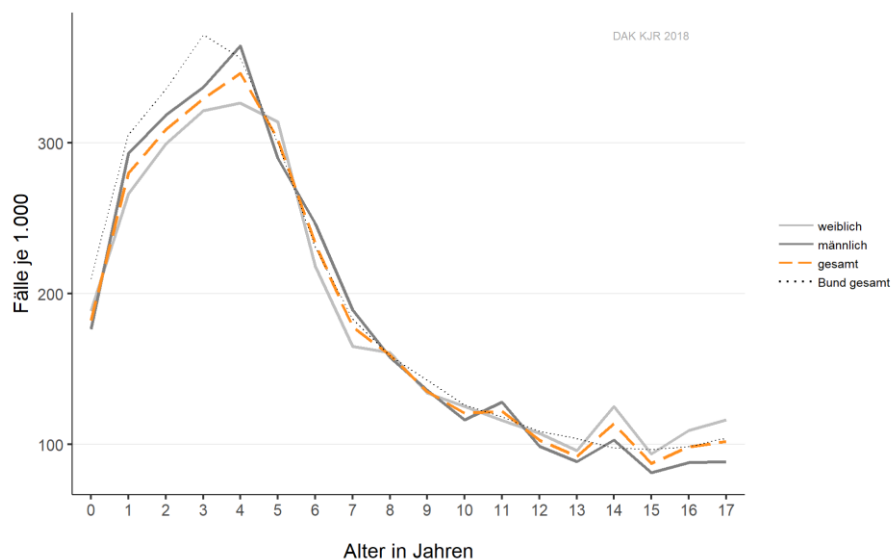


Abbildung 24: Prävalenz von Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (ICD-10 H60-H95) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

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

Tabelle 21: Häufigkeit der fünf relevantesten Ohrenerkrankungen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Eitrige Mittelohrentzündung	H66	60,1	60,2	60,1
Nichteitrige Mittelohrentzündung	H65	54,4	56	55,2
Krankheiten des äußeren Ohres	H61	37,9	40,3	39,1
Sonstige Krankheiten der Tuba auditiva	H69	20,7	20,9	20,8
Otitis externa	H60	18,4	17,3	17,9

Mittelohrentzündungen

Von einer Otitis media, also einer eitrig oder nichteitrig Mittelohrentzündung, waren 10,1 % aller Kinder und Jugendlichen betroffen. Der Erkrankungsgipfel lag mit 248 Fällen je 1.000 im Alter von zwei Jahren. Anschließend sank die Prävalenz auf bis zu 29 Fälle je 1.000 bei Jugendlichen im Alter

von 15 Jahren. Geschlechtsspezifische Unterschiede konnten kaum identifiziert werden. Über 50 % der Fälle bezogen sich auf die Diagnose H66.9, also eine nicht näher bezeichnete Otitis media.

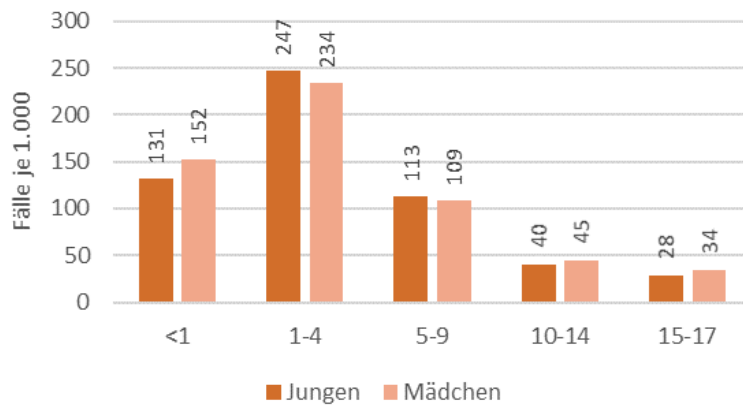


Abbildung 25: Prävalenz einer Otitis media (ICD-10 H65-H67) bei Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016

3.11 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten

Die Prävalenz endokriner, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten unter Kindern und Jugendlichen betrug im Jahr 2016 alters- und geschlechtsübergreifend 80,5 Fälle je 1.000. Im ICD-10-Katalog subsumieren sich darunter insbesondere Personen mit Diabetes mellitus, Adipositas und Stoffwechselstörungen. Bei Mädchen (Prävalenz: 8,7 %) traten entsprechende Erkrankungen häufiger auf als bei Jungen (7,4 %).

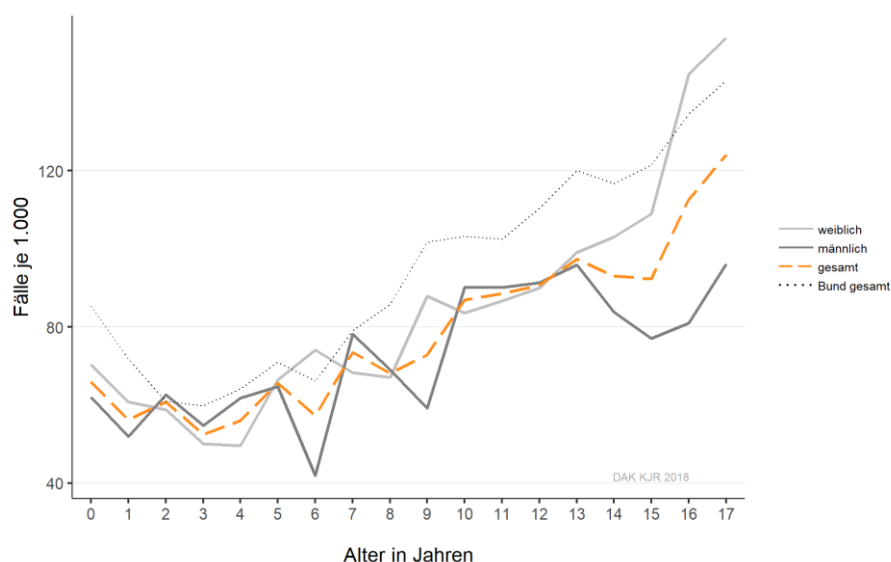


Abbildung 26: Prävalenz von endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ICD-10 E00-E90) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Adipositas relativ häufig

Unter den fünf häufigsten Behandlungsdiagnosen bei endokrinen, Ernährungs- bzw. Stoffwechselerkrankungen dominieren diagnostizierte Adipositas-Fälle (vgl. Tab. 22). Bereits seltener, aber immer noch häufig, wurden sonstige endokrine Störungen, worunter z. B. Wachstumsstörungen fallen, beobachtet.

Tabelle 22: Häufigkeit der fünf relevantesten Stoffwechselkrankheiten (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Adipositas	E66	30,1	30,8	30,5
Sonstige endokrine Störungen	E34	9,9	11,1	10,5
Vitamin-D-Mangel	E55	6,5	8,7	7,6
Schilddrüsenunterfunktion	E03	3,8	6	4,9
Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	E74	3,4	5,2	4,3

3,1 % aller Kinder mit Adipositas

Bei fast der Hälfte aller Kinder mit einer endokrinen, Ernährungs- bzw. Stoffwechselerkrankungen lag eine Adipositas-Diagnose vor. Insgesamt wurde die Diagnose Adipositas im Jahr 2016 bei 3,1 % aller Kinder und Jugendlichen gestellt; ein geringfügiger Unterschied von -6 % zum bundesweiten Durchschnitt von 3,3 %.

Die Prävalenz unterlag einer starken Altersabhängigkeit und stieg bis zu einem Alter von 13 Jahren weitestgehend konstant an (vgl. Abb. 27). Im Jugendalter steigt die Prävalenz nur noch geringfügig an. Im Mittel waren Mädchen, insbesondere im späten Jugendalter, etwas häufiger betroffen als Jungen. In knapp 95 % aller Adipositas-Fälle wurde eine nicht näher bezeichnete Adipositas ohne Angabe von Grad oder Ausmaß (ICD-10 E66.99) dokumentiert. Eine detaillierte Differenzierung des Ausmaßes der Adipositas anhand des BMI ist damit basierend auf der vorliegenden Datengrundlage nicht sinnvoll möglich.

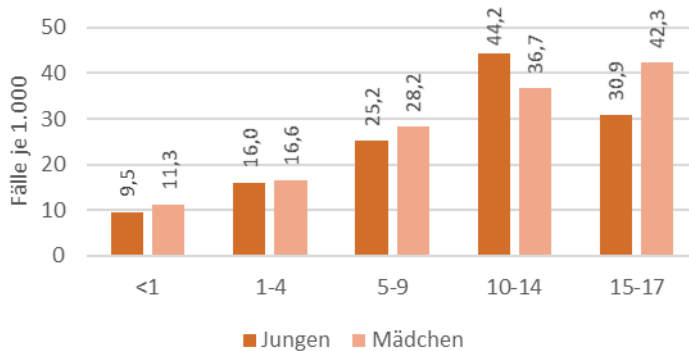


Abbildung 27: Adipositas-Prävalenz (ICD-10 E66) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Aus versorgungspolitischer Sicht wird diskutiert, inwiefern Adipositas mit psychischen Erkrankungsbildern korreliert. Dabei zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit, als Kind mit einer Adipositas an einer Depression zu leiden, um das bis zu dreifache erhöht ist, als bei Kindern ohne Adipositas. Keine Aussagen sind jedoch über die Richtung des Zusammenhangs möglich. So ist es theoretisch möglich, dass eine Adipositas das Vorhandensein einer Depression ebenso begünstigt, wie eine Depression das Auftreten von Adipositas begünstigen könnte. In zukünftigen Reporten wird es aufgrund des Aufbaus einer Zeitreihe jedoch möglich sein, prävalente von inzidenten, also neuerkrankten Fällen zu unterscheiden. Dies ermöglicht bei ausreichender Zeitreihe Analysen zur diagnostischen Abfolge beider Erkrankungsbilder.

Werden endokrine, ernährungs- oder stoffwechselbedingte Erkrankungen diagnostiziert, ist eine Laktoseintoleranz im Jahr 2016 die sechsthäufigste Behandlungsdiagnose. Für 4,3 von 1.000 Kindern und Jugendlichen wurde eine entsprechende Diagnose im beobachtungszeitraum gestellt. Die Prävalenz stieg mit steigendem Alter stetig von unter drei Fällen je 1.000 bei Kindern unter 5 Jahren auf bis zu 12 Fälle je 1.000 bei den 17-Jährigen an. 83 % der Diagnosen wurde bei Kindern und Jugendlichen ab dem 6. Lebensjahr gestellt. Mädchen waren mit 5,4 Fällen je 1.000 etwas häufiger betroffen als Jungen (3,3 Fälle je 1.000). Ein besonders steiler Anstieg der Prävalenz konnte bei Mädchen im späten Jugendalter beobachtet werden (vgl. Abb. 28). Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei der berichteten Prävalenz nicht um die reale Häufigkeit von einer mit Milchzucker assoziierten Unverträglichkeit handelt. Es kann vielmehr lediglich der Anteil der Kinder und Jugendlichen abgebildet werden, bei denen entsprechende Beschwerden zu einem Kontakt mit dem Versorgungssystem und damit verbunden zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen geführt hat.

Laktoseintoleranz

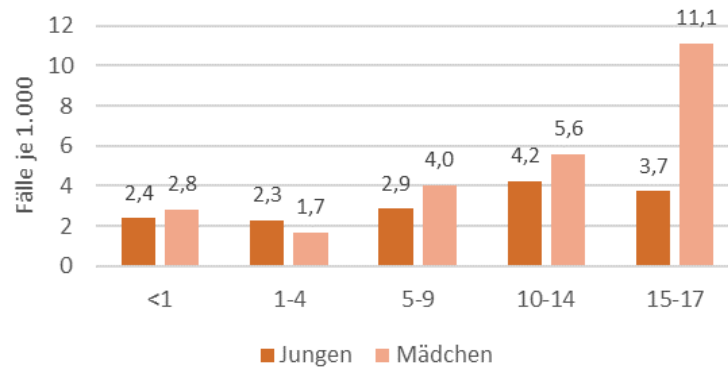


Abbildung 28: Anzahl der Kinder und Jugendliche mit einer dokumentierten Laktoseintoleranz im Jahr 2016

Diabetes mellitus

Nicht unter den häufigsten Stoffwechselerkrankungen und dennoch von hoher versorgungspolitischer Relevanz sind Kinder mit einem Diabetes mellitus. Eine entsprechende Diagnose wurde im Jahr 2016 bei 3,8 von 1.000 Kindern und Jugendlichen gestellt. Ein Unterschied zwischen Mädchen und Jungen liegt nicht vor, jedoch stieg die Prävalenz mit zunehmendem Alter auf bis zu 6 Fällen je 1.000 bei 13 bis 17-Jährigen an. Der Typ 1-Diabetes machte unter den hier genannten 70 % aller Fälle aus; auf den Typ 2-Diabetes entfielen 8 % der Fälle. Die übrigen 22 % der Fälle wurden als „unspezifischer“ Diabetes kodiert.

Die Ergebnisse von Langzeitsurveys wie der KiGGS-Studie zeigen indes eine abweichende Diabetes-Prävalenz, was auf die unterschiedlichen Samplegrundlagen zurückzuführen sein dürfte. Entsprechende Daten deuten unabhängig davon gleichermaßen auf nach wie vor hohes Präventionspotential zur Vermeidung von Typ 2-Diabetikern hin. Jüngste Untersuchungen des DAK-Präventionsradars²³ sowie der KiGGS-Studie²⁴ haben zudem erneut auf die hohe Prävalenz potentieller Risikofaktoren zur Entwicklung nicht nur einer Adipositas, sondern auch eines Diabetes wie z. B. einen erhöhten Zuckerkonsum unter Kindern und Jugendlichen hingewiesen.

²³ DAK (2017).

²⁴ RKI (2018).

3.12 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien

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.²⁵ 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 2016 für entsprechende Fehlbildungen geschlechtsunabhängig bei 23,4 % lag. Hinsichtlich der beobachteten Fälle in anderen Altersjahrgängen, welche ab dem 1. Lebensjahr zwischen 18,2 % bei Zweijährigen und 10,0 % bei 16-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 2016 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.

Häufigste angeborene Deformität sind mit einer alters- und geschlechtsübergreifenden Prävalenz von 7,7 % Fehlbildungen der Füße (vgl. Tab. 23). Angeborene Fehlbildungen der Herzscheidewände treten ebenso wie Fehlbildungen des Muskel-Skelettsystems mit jeweils knapp unter 10 Fällen je 1.000 Personen deutlich seltener auf.

Häufigste Fehlbildungen

Table 23: Häufigkeit der fünf relevantesten angeborenen Fehlbildungen und Deformitäten (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Deformitäten der Füße	Q66	78,2	75,0	76,6
Fehlbildungen der Herzscheidewand	Q21	8,6	10,9	9,7
Muskel-Skelett-Deformitäten	Q67	10,4	3,5	7,0
Angeborene Deformitäten der Hüfte	Q65	4,0	6,7	5,3
Sonstige angeborene Fehlbildungen der männlichen Genitalorgane	Q55	8,4	-	-

Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen zeigen sich in der Häufigkeit von Muskel-Skelett-Deformitäten, zu denen u. a. angeborenen Gesichtasymmetrien, Deformitäten der Wirbelsäule oder des Brustkorbes („Trichterbrust“, „Hühnerbrust“) gehören. Entsprechende Fehlbildungen sind bei Jungen fast dreimal so häufig zu beobachten wie bei Mädchen.

²⁵ Queißer-Luft, Spranger (2006).

3.13 Sonstige Erkrankungsdiagnosen bei Kindern und Jugendlichen

3.13.1 Zahnkaries und Krankheiten des Verdauungssystems

Unter den Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein hatte im Jahr 2016 fast jeder siebte eine diagnostizierte Erkrankung oder Störung des Verdauungssystems (142 Fälle je 1.000 Personen). Hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit lag ein deutlich altersbezogener Zusammenhang vor; geschlechtsspezifische Unterschiede waren hingegen vernachlässigbar. Während die Prävalenz von Erkrankungen des Verdauungssystems unter Kleinkindern (bis einschließlich des dritten Lebensjahres) bei über 200 Fällen je 1.000 lag, sank die administrative Prävalenz im späten Kindes- bzw. frühen Jugendalter auf ca. 85 Fälle je 1.000 deutlich ab. Im späten Jugendalter stieg die beobachtete Prävalenz dann wieder an und lag z. B. bei 17-jährigen Jungen bei 156 Fällen und bei Mädchen bei 174 Fällen je 1.000 Personen.

Zahnkaries Bei 1,1 % aller Kinder und Jugendlichen wurde bei einem Zahnarztbesuch Karies festgestellt. Die hier identifizierten Karieshäufigkeiten decken sich näherungsweise mit Daten aus der offiziellen Gesundheitsberichterstattung.²⁶ Mit 3,7 % waren Kinder im Alter von vier Jahren am stärksten betroffen. Anschließend kam es zu einem starken Absinken der Prävalenz (vgl. Abb. 29).

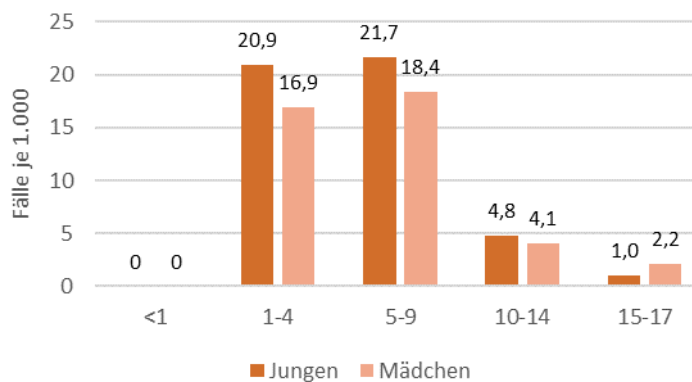


Abbildung 29: Prävalenz von Zahnkaries (ICD-10 K02) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Einschränkungen durch Datengrundlage

Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass die hier ausgewerteten Daten ihre Grundlage in § 294/295 SGB V finden und auf den im Leistungsgeschehen abgerechneten Leistungen bzw. zu diesem Zweck dokumentierten Diagnosen auf Basis des ICD-10 basieren. Die von uns auf dieser Basis berichteten Prävalenzen sind insofern als administrative Prävalenz zu verstehen; im Zähler stehen alle Kinder mit einer K.02-Diagnose im Analysejahr, im Nenner alle Kinder im Datensatz (also auch jene, die gar nicht zu Untersuchungen gehen). Die Zählung eines prävalenten Falls steht damit in der Regel immer in unmittelbarem Zusammenhang mit einem Behandlungsanlass. Die meisten epidemiologischen Analysen zur Bestimmung der Kariesprävalenz greifen wiederum auf Indizes (DMF-T o.ä.) zurück. Die zur Berechnung entsprechender Indizes benötigten Daten stehen in GKV-Abrechnungsdaten jedoch nicht bzw. nur eingeschränkt zur Verfügung, weshalb es zu abweichenden Prävalenzschätzungen kommen kann.

²⁶ DAJ (2009).

3.13.2 Muskuloskelettale Erkrankungen

Muskel-Skelett-Erkrankungen sind grundsätzlich keine seltene, sondern sogar eine recht häufig dokumentierte Erkrankungsart, insbesondere im späten Kindes- und Jugendalter. Insgesamt wurde für 17,3 % der Kinder aller Altersjahrgänge eine entsprechende Diagnose im Jahr 2016 gestellt. Bei Kindern ab dem 12. Lebensjahr liegt die Prävalenz insgesamt sogar bei 25,9 %. Dabei stieg die beobachtete Prävalenz ab dem neunten Lebensjahr deutlich an. Lag die Prävalenz entsprechender Erkrankungen bis zum Ende des frühen Kindesalters noch bei jeweils knapp unter 100 Fällen je 1.000 Personen, stieg diese im mittleren Kindesalter auf über 150 Fälle je 1.000 Personen und im späten Jugendalter sukzessive auf knapp 300 Fälle je 1.000 an.

Im Jugendalter sind dabei deutlich mehr Mädchen (31,1 % im Alter von 15-17 Jahren) als Jungen (24,7 %) betroffen. Dies liegt insbesondere an den erst in späteren Altersjahrgängen vermehrt auftretenden und behandlungsbedürftigen Rückenschmerzen (vgl. Tab. 24). Dabei fällt auf, dass trotz der vergleichsweise hohen Gesamtprävalenz muskuloskelettaler Erkrankungen keine spezifische Behandlungsdiagnose besonders häufig vorkommt. Am häufigsten wurden unspezifische Sammelgruppen wie zum Beispiel „sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten“ oder „sonstige Gelenkrankheiten“ 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, festgestellt.

**Rücken-
schmerzen
häufigste
muskulo-
skelettale
Erkrankung**

Tabelle 24: Prävalenz der fünf häufigsten Muskel-Skelett-Erkrankungen (Fälle je 1.000) bei Kindern und Jugendlichen

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	M21	39,9	42,6	41,2
Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	M99	30,6	33,5	32,0
Rückenschmerzen	M54	25,9	33,9	29,8
Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	M25	19,0	25,4	22,1
Skoliose	M41	19,4	21,1	20,2

**Rücken-
schmerzen häufig
im Jugendalter**

Insgesamt litten 3,0 % aller Kinder und Jugendlichen an Rückenschmerzen, allerdings mit deutlich zunehmender Prävalenz im späten Kindes- und Jugendalter (vgl. Abb. 30). Betrachtet man deshalb nur Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren, liegt der Anteil der Personen, welche aufgrund von Rückenschmerzen ärztlich behandelt wurden, bei 5,7 %. Jungen (4,9 %) sind in diesem Alter seltener betroffen als Mädchen (6,6 %). Insgesamt am höchsten liegt die Prävalenz bei 17-jährigen Mädchen, von denen 10,7 % wenigstens einmal aufgrund von Rückenschmerzen ärztlich behandelt wurden.

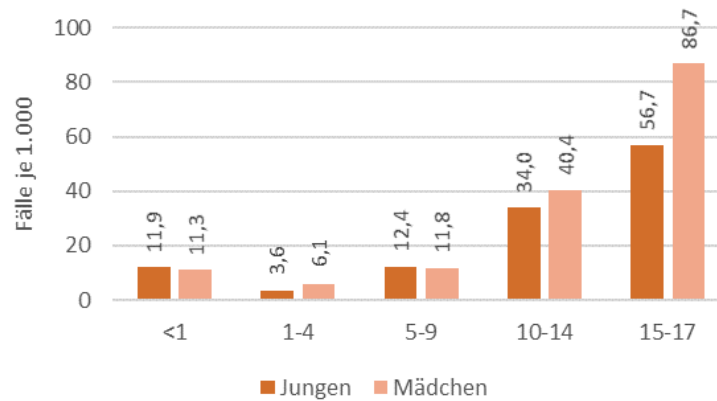


Abbildung 30: Prävalenz (Fälle je 1.000) behandlungsbedürftiger Rückenschmerzen bei Kindern und Jugendlichen

3.13.3 Krebserkrankungen

Bei 4,6 % aller Kinder und Jugendlichen in Schleswig-Holstein 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. Die 1-Jahres-Periodenprävalenz betrug geschlechts- und altersübergreifend 46,3 Fälle je 1.000 Personen. Dabei zeigten sich alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Während die Prävalenz bei 17-jährigen Jungen und Mädchen mit 65 erkrankten Personen je 1.000 insgesamt sehr hoch war, wurde die niedrigste Prävalenz bei den sechsjährigen beobachtet (34 Fälle je 1.000). Insgesamt lag die Prävalenz jedoch über alle Altersjahrgänge relativ konstant zwischen 3 % und 6 %.

Als Teilgruppe aller Neubildungen sind bösartige Tumorerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von besonderer Versorgungsrelevanz. Dabei wurden mit 96 % der größte Teil der diagnostizierten Neubildungen im Jahr 2016 nicht als bösartige Neubildung kodiert. In 4 % 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 (59 Fälle bei DAK-versicherten Kindern in Schleswig-Holstein im Jahr 2016), was sich mit der bundesweit beobachteten Prävalenz bei DAK-Versicherten deckt. Auf eine Ausdifferenzierung der Krebsfälle anhand der konkreten Lokalisation wurde aufgrund der geringen Fallzahlen an dieser Stelle verzichtet.

Neubildungen

Bösartige Neubildungen

3.13.4 Erkrankungen des Nerven- und des Urogenitalsystems

Die administrative Diagnoseprävalenz einer Erkrankung des Nervensystems lag im Jahr 2016 mit 51 Fällen je 1.000 Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu anderen Erkrankungsbildern auf niedrigem Niveau. Abgesehen von Neugeborenen lag die Erkrankungshäufigkeit bis zum Alter von 14 Jahren unterhalb von 5 %. Mit Beginn des frühen Jugendalters stieg die Prävalenz jedoch sukzessive an. Geschlechtsspezifische Unterschiede lagen dabei nur in geringfügigem Umfang und erst im späten Jugendalter vor. Bei jugendlichen Mädchen im Alter von 17 Jahren lag die beobachtete Prävalenz beispielsweise bei 134 Fällen je 1.000, die administrative Häufigkeit diagnostizierter Nervenerkrankungen bei Jungen desselben Alters bei 87 Fällen je 1.000 und damit 35 % niedriger.

Epilepsie Eine der häufigsten und versorgungspolitisch relevantesten Nervenerkrankungen im Kindesalter stellt die Epilepsie dar. Von einer Epilepsie betroffen waren in Schleswig-Holstein 235 bei der DAK-Gesundheit versicherte Kinder, was einer Prävalenz von 7,7 von 1.000 Kindern und Jugendlichen entspricht. Die Prävalenz stieg mit steigendem Alter auf bis zu 13 Fälle je 1.000 bei 17-Jährigen an. Jungen waren in fast jedem Alter stärker betroffen als Mädchen. Bei 28 % aller Kinder und Jugendlichen mit Epilepsie wurde zudem wenigstens ein mit der Erkrankung assoziierter Krankenhausaufenthalt dokumentiert.

**Viele Urogenitale
Erkrankungen bei
Mädchen im
Jugendalter**

Urogenitale Erkrankungen, darunter z. B. Harnwegs-, Nieren- und Geschlechtserkrankungen, traten bei Jungen gehäuft im Alter von zwei bis fünf Jahren und bei Mädchen mit einsetzender Pubertät ab dem 13. Lebensjahr auf. Die alters- und geschlechtsunabhängige Diagnoseprävalenz lag bei 10,6 %. Bei Jungen im frühen Kindesalter traten entsprechende Erkrankungsfälle mit 202 Fällen je 1.000 im Alter von 4 Jahren mehr als doppelt so häufig auf wie bei gleichaltrigen Mädchen (92 Fälle je 1.000). Während die beobachteten Fallzahlen bei Jungen bis zum späten Jugendalter konstant auf bis zu unter 50 Fälle je 1.000 zurückgingen, lag die administrative Prävalenz bei

Mädchen um ein Vielfaches höher. So wurden urogenitale Behandlungsanlässe bei Mädchen im Alter von 17 Jahren (497 Fälle je 1.000) 13-mal so häufig dokumentiert wie bei Jungen (37 Fälle je 1.000).

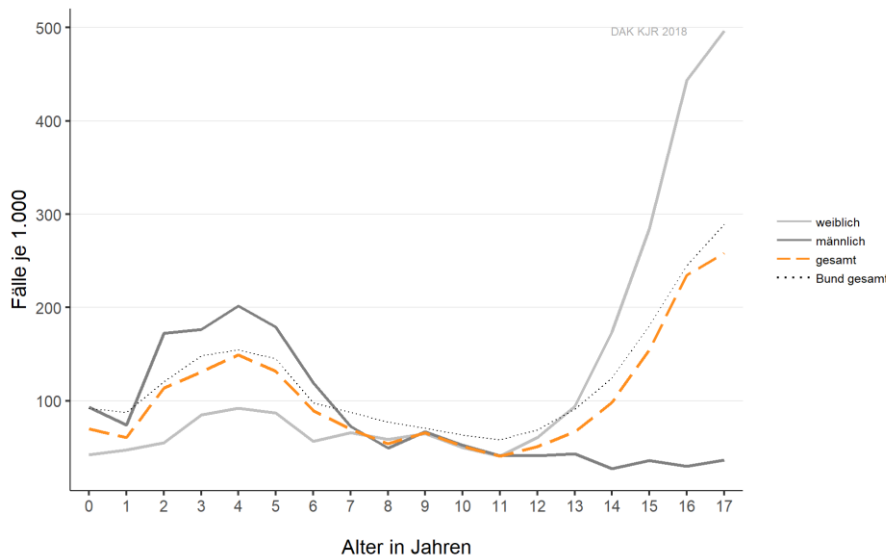


Abbildung 31: Prävalenz von Erkrankungen des Urogenitalsystems (ICD-10 N00-N99) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Erwartungsgemäß unterscheidet sich das Erkrankungsgeschehen in dieser Diagnosegruppe stark zwischen Jungen und Mädchen (vgl. Tab. 25). Häufigste Behandlungsdia­gnose waren Menstruationsbeschwerden (ICD-10 N94, „Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Ge­nitalorganen und dem Menstruationszyklus“), wegen welchen gut 8 % aller Mädchen ab 10 Jahren wenigstens einmal ärztlich behandelt wurden. Häufigste Behandlungsdia­gnose bei Jungen war hingegen eine Vorhautverengung, welche für 4,5 % aller Jungen dokumentiert wurde. Unter sonstige Krankheiten des Harnsystems fallen insbesondere Harnwegsinfektionen, welche überwiegend bei Mädchen im Jugendalter diagnostiziert wurden.

Menstruationsbeschwerden

Tabelle 25: Häufigkeit der fünf relevantesten Krankheiten des Urogenitalsystems (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Menstruationsbeschwerden	N94	-	79,3*	-
Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	N92	-	44,8*	-
Vorhautverengung	N47	45,1	-	-
Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	N89	-	40,7	-
Sonstige Krankheiten des Harnsystems	N39	7,4	28,0	17,4

* Berücksichtigt sind nur Mädchen ab dem 10. Lebensjahr

3.13.5 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (z. B. Allergien)

Für mehr als jedes vierte Kind bzw. Jugendlichen wurde im Jahr 2016 eine Verletzung oder Vergiftung oder andere Folgen äußerer Einflüsse kodiert (258 Fälle je 1.000 Personen). Für Jungen (26,4 %) wurde relativ konstant über alle Altersjahrgänge hinweg eine ca. zwei Prozentpunkte höhere Prävalenz als bei Mädchen (25,1 %) beobachtet. Hinsichtlich des Alters liegt kein eindeutiger Zusammenhang vor. Insgesamt bewegt sich die Prävalenz dokumentierter Verletzungen in allen Altersjahrgängen zwischen 23 % und 29 %.

Verletzungen

Zu entsprechenden Diagnosen können unterschiedliche Verletzungen einzelner Körperregionen, Verletzungen mehrerer Körperregionen, sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen zählen. Dabei sind entsprechende diagnostizierte Verletzungen häufig eher unspezifisch, also ohne konkrete Angabe einer Lokalisation (vgl. Tab 26).

Tabella 26: Häufigkeit der fünf relevantesten Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Jungen	Mädchen	Gesamt
Verletzung unspezifisch	T14	76,1	71,9	74,0
Unerwünschte Nebenwirkung unspezifisch	T78	44,7	38,4	41,6
Sprunggelenksverletzung	S93	20,6	23,2	21,9
Oberflächliche Kopfverletzung	S00	23,1	20,2	21,7
Offene Kopfwunde	S01	19,0	12,0	15,6

Zweithäufigste dokumentierte Einzeldiagnose in dieser Kategorie sind „andernorts nicht klassifizierte unerwünschte Nebenwirkungen“. Dazu zählen z. B. anaphylaktische Schocks oder nicht näher bezeichnete Allergien.

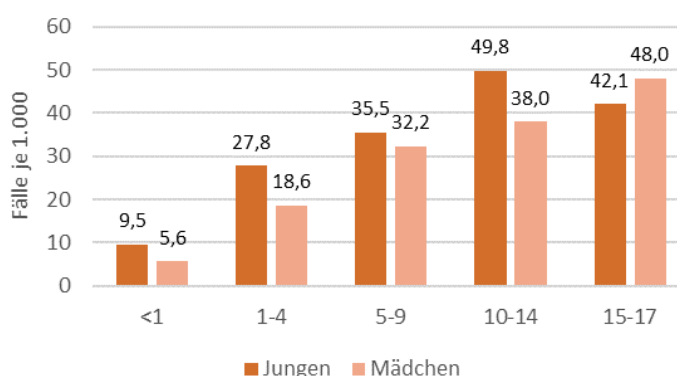


Abbildung 32: Prävalenz nicht näher bezeichneter Allergien (ICD-10 T78.4) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Allergien

Die Prävalenz allergischer Reaktionen (ICD-10: T78.4), lag im Jahr 2016 insgesamt bei 3,7 % und stieg ausgehend von 1,4 % bei den Einjährigen mit zunehmendem Alter auf bis zu 4,8 % bei 17-Jährigen an. Nicht damit erfasst sind definierbare allergische Reaktionen wie z. B. eine Dermatitis (im vorliegenden Report erfasst unter Hauterkrankungen) oder Heuschnupfen (erfasst unter Atemwegserkrankungen).

4 Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

1. Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ist im Kindes- und Jugendalter unterschiedlich. Während anteilig mehr Kleinkinder den Hausarzt aufsuchten und häufiger mindestens ein Arzneimittel verordnet bekamen, war der Anteil der Jugendlichen mit Facharztbesuchen oder einem verschriebenen Hilfsmittel vergleichsweise höher.
2. Säuglinge verursachten mit durchschnittlich 1.861 € pro Kopf mehr als doppelt so hohe Versorgungskosten als Kinder im Alter von einem bis vier Jahren (792 €). Im mittleren und späten Kindesalter lagen die durchschnittlichen Versorgungsausgaben auf vergleichbarem Niveau und steigen bis zum Jugendalter wieder konstant auf durchschnittlich 1.041 € an.
3. Die Gesamtausgaben aller zu Lasten der DAK-Gesundheit erstattungsfähigen Leistungen für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein betrugen im Jahr 2016 26,6 Millionen €. Knapp 3 % aller Kinder bzw. Jugendlichen verursachten dabei 50 % dieser Leistungsausgaben.
4. Wesentlicher Treiber waren Ausgaben für Krankenhausaufenthalte. Insgesamt entfielen 34 % (9,0 Millionen €) aller Ausgaben auf stationäre Aufenthalte. Ausgaben für Haus- und Facharztbesuche lagen mit insgesamt 7,7 Millionen € ebenfalls hoch (29 % der Gesamtausgaben). 6,5 % aller Kinder und Jugendlichen waren wenigstens einmal im Krankenhaus, wobei 50 % aller stationären Behandlungsfälle nicht länger als vier Tage dauerten.
5. 74 % aller Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2016 wenigstens ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnet. Für die Arzneimittelversorgung aller Kinder fielen bei der DAK-Gesundheit Kosten in Höhe von insgesamt 4,8 Millionen € an. Besonders häufig wurden Entzündungshemmer, Schnupfen- und Erkältungsmittel sowie Antibiotika verschrieben.

4.1 Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen ist komplex und umfasst sämtliche Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens. Bei der Inanspruchnahme von ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungen durch Kinder und Jugendliche zeigten sich in Abhängigkeit des Versorgungssektors unterschiedliche alters- und geschlechtsabhängige Zusammenhänge. Einen komprimierten Blick auf das Leistungsgeschehen bietet die nachfolgende Tabelle 27. Dargestellt ist der Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen je Altersgruppe, der im Jahr 2016 wenigstens einen administrativen, also abrechnungsauslösenden Kontakt in einem der Versorgungssektoren hatte. Dabei ist zu beobachten, dass, unabhängig vom Alter, ambulant-ärztliche Leistungen sowie Arzneimittel die am häufigsten in Anspruch genommenen oder verordneten Versorgungsleistungen darstellten. Während jedoch der Anteil von Kindern bzw. Jugendlichen, die hausärztliche Leistungen in Anspruch

Mit steigendem Alter mehr fachärztliche Leistungen

nahmen oder Arzneimittel verschrieben bekamen, mit dem Alter nahezu konstant sank, ist die Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen in Schleswig-Holstein über alle Altersgruppe vergleichsweise konstant.

Tabelle 27: Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenigsten einer Leistungsanspruchnahme nach Altersgruppen und Versorgungssektoren

Alter	HA	FA	KH	AM	HEM	HIM	RH
<1	96,8 %	53,4 %	14,0 %	98,1 %	14,3 %	8,5 %	0 %
1-4	95,0 %	59,0 %	8,2 %	90,8 %	10,0 %	9,8 %	0,4 %
5-9	86,4 %	61,8 %	5,2 %	80,3 %	18,2 %	19,3 %	0,6 %
10-14	74,2 %	63,9 %	5,3 %	61,9 %	11,3 %	25,1 %	0,4 %
15-17	73,4 %	71,6 %	7,6 %	66,7 %	12,0 %	23,8 %	0,2 %

AM – Arzneimittel, FA – Facharzt, HA – Hausarzt, HEM – Heilmittel, HIM – Hilfsmittel, KH – Krankenhaus, RH - Rehabilitation

Krankenhausaufenthalte häufig im frühen Kindesalter

Eine andere Altersabhängigkeit zeigte sich in der stationären Versorgung. Während noch für knapp jeden siebten Säugling (< 1 Jahr) ein Krankenhausaufenthalt nach der Geburt erforderlich war, sank dieser Anteil in höheren Altersgruppen sukzessive. Lediglich im Jugendalter war wieder ein geringfügiger Anstieg der Hospitalisierungsquote zu beobachten. Die Gesamthospitalisierungsquote verblieb jedoch auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen lag bei Kindern und Jugendlichen unabhängig vom Alter wiederum auf erwartbar sehr niedrigem Niveau.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bedeutende geschlechtsspezifische Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme zeigten sich z. B. in der Heil- und Arzneimittelversorgung. Während der Anteil der Mädchen, die wenigstens ein Arzneimittel verschrieben bekommen hatten, bis zum mittleren Kindesalter (< 1 bis 9 Jahre) auf mit Jungen vergleichbarem Niveau lag, bekamen in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen (62,9 % der Mädchen bzw. 61,0 % der Jungen) bzw. in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen (77,4 % der Mädchen und 56,7 % der Jungen) deutlich mehr Mädchen wenigstens einmal ein Arzneimittel verschrieben. In der Heilmittelversorgung lag der Trend anders. Dort bekam in der Altersgruppe der 5- bis 9-Jährigen mehr als jeder fünfte Junge im Jahr 2016 wenigstens eine entsprechende Verschreibung, bei Mädchen nur jedes Siebte (Inanspruchnahmeprävalenz in dieser Altersgruppe: 22,5 % bei Jungen, 13,7 % bei Mädchen).

Innerhalb der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen zeigte sich wiederum grundsätzlich der Trend, dass im Kindesalter mehr Jungen als Mädchen entsprechende Versorgungsleistungen in Anspruch nahmen (vgl. Tab. 28). Mit Beginn des Jugendalters kehrte sich dieser Zusammenhang um, hinsichtlich der Inanspruchnahme von Facharztleistungen sogar in bedeutendem Umfang.

Tabelle 28: Inanspruchnahme ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter	Hausarzt		Facharzt		Krankenhaus	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
<1	97,1 %	96,3 %	56,1 %	50,1 %	14,3 %	13,5 %
1-4	95,2 %	94,7 %	62,2 %	55,7 %	9,2 %	7,1 %
5-9	86,5 %	86,2 %	62,5 %	61,0 %	6,1 %	4,2 %
10-14	73,8 %	74,5 %	62,2 %	65,7 %	5,6 %	4,8 %
15-17	70,3 %	76,6 %	62,1 %	81,6 %	6,2 %	9,1 %

Darüber hinaus zeigt sich, dass die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in Abhängigkeit des Versorgungssektors zum Teil sehr unterschiedlich durch Kinder und Jugendliche erfolgt. Abbildung 33 zeigt als Boxplot hierzu verschiedene Verteilungsmaße. Die Balken zeigen dabei die Lage des unteren und oberen Quartils. So haben beispielsweise 25 % aller Säuglinge weniger als vier verschiedene Arzneimittel verschrieben bekommen (abzulesen durch den Anfang der dritten Säule der unter Einjährigen), während 25 % aller Säuglinge mehr als zehn verschiedene Arzneimittel erhielten (abzulesen durch das Ende der dritten Säule der unter Einjährigen). Die Quantifizierung des Arzneimittelverbrauches basiert dabei auf der verordneten Anzahl verschiedener Präparate (ATC-Oberklassen), das heißt, erneute Verschreibungen desselben Wirkstoffes oder Dauermedikationen gehen nicht in die Zählung ein.

Innerhalb dieser Altersgruppe lag also tendenziell ein je Kind sehr unterschiedliches Versorgungsmuster vor. Das Ende der senkrechten Linien oberhalb und unterhalb dieser Balken markieren Minimum und Maximum. Die je Altersgruppe höchste beobachtete Anzahl verschriebener Arzneimittel bei einem Kind lag bei einem Säugling und bei einem Kind im Alter zwischen einem und vier Jahren dabei außerhalb der hier dargestellten Skala. Die horizontalen Linien innerhalb der Balken zeigen wiederum die Lage des Medians. So haben beispielsweise 50 % aller Kinder im Alter von fünf bis neun Jahren vier oder weniger Arzneimittel verschrieben bekommen.

Versorgungsstruktur in Abhängigkeit des Alters

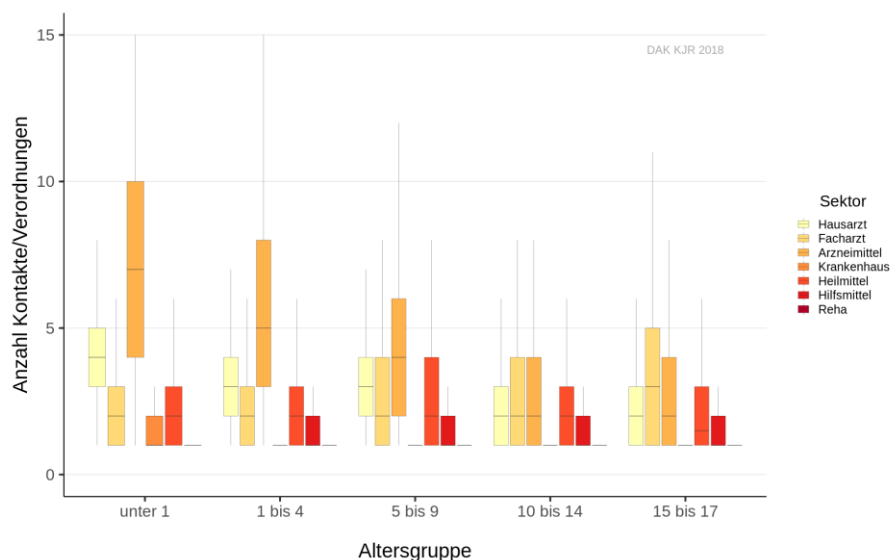


Abbildung 33: Boxplot zur Kontakt- / Verordnungshäufigkeit je Versorgungssektor und Altersgruppe

Auffällig ist zudem, dass insgesamt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen in späteren Altersgruppen homogener erfolgt, die Boxplots also schmaler werden. So liegt insbesondere der Verschreibungshäufigkeit von Arzneimitteln im Säuglings- bzw. frühen Kindesalter eine breitere Verteilung zugrunde als in späteren Altersjahrgängen. Demgegenüber erfolgt die Inanspruchnahme haus- und fachärztlicher Versorgungsleistungen im Jugendalter heterogener. Hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigt sich wiederum überwiegend ein anderes Bild (vgl. Tab. 29).

Tabelle 29: Durchschnittliche Inanspruchnahmehäufigkeit ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungen nach Altersgruppen und Geschlecht

Alter	Hausarzt		Facharzt		Krankenhaus	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
<1	3,9	3,9	2,1	2,1	1,5	1,6
1-4	3,4	3,4	2,6	2,4	1,3	1,4
5-9	2,9	2,8	2,8	2,6	1,2	1,4
10-14	2,5	2,5	2,8	2,9	1,3	1,3
15-17	2,5	2,8	2,8	4,8	1,4	1,4

Variation zwischen den Altersjahrgängen

Die durchschnittliche Anzahl an Krankenhausaufenthalten von Kindern und Jugendlichen variierte weder zwischen den betrachteten Altersgruppen noch zwischen Jungen und Mädchen und lag jeweils bei ca. 1,4 stationären Kontakten im Jahr 2016 (vgl. Tab. 29). Selbiges galt für Facharztkontakte. Bis zum Beginn des Jugendalters gingen Kinder durchschnittlich zwei- bis dreimal im Jahr 2016 zum Facharzt. Lediglich bei Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren lag die Anzahl der Facharztbesuche aufgrund einer Zunahme von Frauenarztbesuchen erwartungsgemäß mit durchschnittlich fünf Kontakten deutlich höher (Jungen in dieser Altersgruppe: durchschnittlich drei Facharztbesuche). Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, dass diese Quoten sich jeweils auf

die Gesamtzahl aller Kinder in den jeweiligen Altersgruppen beziehen. Detailanalysen, welche die Inanspruchnahmehäufigkeit unter Berücksichtigung der jeweils tatsächlich inanspruchnehmenden Personengruppen zeigt, finden sich in den nachfolgenden Kapiteln.

Kosten der Gesundheitsversorgung

4.2 Kosten der Leistungsanspruchnahme aus Perspektive der GKV

Ergänzend zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden nachfolgend die dabei anfallenden und zu Lasten der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein erstatteten Kosten je Leistungssektor und Altersgruppe beschrieben. Insgesamt fielen im Jahr 2016 für alle Kinder und Jugendlichen Versorgungskosten in Höhe von über 26,6 Millionen € an (vgl. Tab. 30). Auf Krankenhausleistungen entfielen insgesamt 34,1 % der Ausgaben, was auf zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt vergleichbarem Niveau liegt. Geringfügig höher als auf Bundesebene liegen Ausgaben für verschriebene Heilmittel wie zum Beispiel sprachtherapeutische Leistungen. Ausgeglichen wird dies durch vergleichsweise niedrigere Ausgaben für Arzneimittel.

Auf stationäre und ambulant-ärztliche Leistungen sowie Arzneimittelverschreibungen entfielen für alle DAK-versicherten Kinder in Schleswig-Holstein zusammengenommen 81 % der erstattungsfähigen Gesamtkosten. Nicht berücksichtigt sind hier Krankengeldzahlungen durch Arbeitsunfähigkeit der Eltern in Folge einer Erkrankung des Kindes, welche sich im Jahr 2016 auf insgesamt 878 Tausend € summierten.

Tabelle 30: Gesamtkosten aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder und Jugendlichen je Versorgungssektor

Versorgungssektor	Gesamtausgaben DAK-Gesundheit Schleswig-Holstein	Anteil an Gesamtausgaben DAK-Versicherte Schleswig-Holstein	Anteil an Gesamtausgaben DAK-Versicherte bundesweit
Krankenhaus	9.068.038 €	34,1 %	34,0 %
Ambulant-ärztlich	7.729.037 €	29,1 %	27,7 %
Arzneimittel	4.802.889 €	18,1 %	21,4 %
Heilmittel	2.708.867 €	10,2 %	8,7 %
Hilfsmittel	1.945.810 €	7,3 %	6,3 %
Reha	345.974 €	1,3 %	1,9 %
Summe	26.600.616 €	100 %	100 %

Pro-Kopf-Ausgaben

Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen variierten im Jahr 2016 stark in Abhängigkeit des Alters und folgten einem schwach U-förmigem Verlauf (vgl. Abbildung 34). Demnach lagen die durchschnittlichen jährlichen Kosten eines Neugeborenen bzw. Säuglings mit 1.861 € im Vergleich mit den übrigen Altersgruppen am höchsten. Die durchschnittlichen Kosten für Kleinkinder lagen mit 792 € nicht einmal halb so hoch. Auf Fünf- bis Neunjährige entfielen mit durchschnittlich 855 € wiederum etwas höhere Pro-Kopf-Kosten. Während die Ausgaben bei Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren mit durchschnittlich 775 € wieder etwas niedriger lagen steigen sie bis zum späten Jugendalter auf durchschnittlich 1.041 € an. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den hier angegebenen durchschnittlichen Kosten um rohe Pro-Kopf-Kosten handelt, die angefallenen Kosten also durch die gesamte Population und

nicht nur durch die Leistungen inanspruchnehmenden Personen geteilt werden.

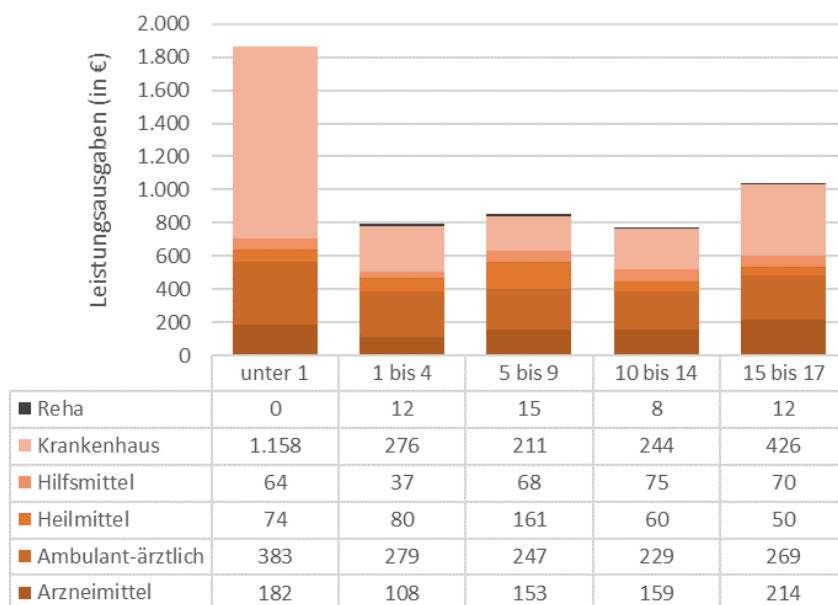


Abbildung 34: Rohe durchschnittliche Kosten der Leistungsanspruchnahme von bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Ausgaben für Versorgungsleistungen bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein lagen damit in fast allen Altersgruppen unterhalb des Bundesdurchschnittes. Am deutlichsten ist der Unterschied im späten Kindes- und Jugendalter, in welchem die Pro-Kopf-Ausgaben 7 % bis 16 % unterhalb des DAK-weiten Durchschnitts lagen. Im bundesweiten Vergleich höher sind einzig die Ausgaben für Krankenhausaufenthalte in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist.²⁷ In den übrigen Altersgruppen lagen Ausgaben für stationäre Aufenthalte wiederum auf zum DAK-weiten Bundesdurchschnitt vergleichbarem Niveau bzw. im Jugendalter leicht darunter. Niedrigere Ausgaben im späten Kindes- und Jugendalter sind hingegen im Wesentlichen auf geringere durchschnittliche Ausgaben für Arzneimittel zurückzuführen, welche bei 10- bis 14-Jährigen 29 % und bei 15- bis 17-Jährigen 22 % unterhalb des Bundesdurchschnittes lagen.

Höhere Pro-Kopf-Ausgaben als im Bund

Tabelle 31: Rohe durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich

Altersgruppe	Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
<1	1.861 €	1.615 €	+15 %
1-4	792 €	812 €	-2 %
5-9	855 €	880 €	-3 %
10-14	775 €	920 €	-16 %
15-17	1.041 €	1.119 €	-7 %

²⁷ Einschränkung ist hier zu berücksichtigen, dass in Schleswig-Holstein bei einer vergleichsweise geringen Fallzahl an berücksichtigten Säuglingen einige Hochkostenfälle die Statistik stark beeinflussen (vgl. hierzu Kap. 4.4).

In Summe fielen in Schleswig-Holstein niedrigere durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben für Krankenhausaufenthalte sowie verschriebene Arzneimittel an. Auf der anderen Seite fielen in Schleswig-Holstein höhere Pro-Kopf-Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel an. In Summe lagen die durchschnittlichen Leistungsausgaben für Kinder und Jugendliche in Schleswig-Holstein damit 7 % unterhalb des bundesweiten DAK-Durchschnittes (vgl. Tab. 32).

Tabelle 32: Rohe durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben je Versorgungssektor von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Schleswig-Holstein und im bundesweiten Vergleich

Versorgungssektor	Schleswig-Holstein	Bund	Differenz
Krankenhaus	295 €	321 €	-8 %
Ambulant-ärztliche Leistungen	256 €	260 €	-1 %
Arzneimittel	154 €	202 €	-24 %
Heilmittel	94 €	81 €	+16 %
Hilfsmittel	63 €	59 €	+7 %
Reha	11 €	18 €	-37 %
Gesamt	874 €	939 €	-7 %

Ausgaben- verteilung in den Versorgungs- sektoren

Die in den jeweiligen Versorgungssektoren anfallenden Kosten setzten sich je Altersjahrgang unterschiedlich zusammen (vgl. Abb. 35). Die Kosten für Krankenhausbehandlungen machten unter Säuglingen sowie im späten Kindes- und Jugendalter den höchsten Anteil an den jeweiligen Ausgabenprofilen aus. Dieser Anteil variierte von 62,2 % bei den Säuglingen bis zu 24,7 % bei den 5- bis 9-Jährigen. In dieser Altersgruppe trug der bereits zuvor beschriebene Verordnungsanstieg von Heilmitteln, insbesondere ergotherapeutischer Leistungen, maßgeblich zur Verschiebung des Kostenprofils bei. Es ist davon auszugehen, dass es sich dabei zu einem großen Teil um verhaltenstherapeutische Maßnahmen handelt, welche Erkrankungsbilder adressieren sollen, die sich erstmalig mit Beginn der Schulzeit eines Kindes in relevantem Ausmaß manifestieren. Zudem steigen die durchschnittlichen Ausgaben für ambulante Arztbesuche im Kindesalter deutlich an.



Abbildung 35: Anteil der Versorgungssektoren an den durchschnittlichen Gesamtkosten je Altersgruppe

Von Interesse ist darüber hinaus, wie sich die nach Inanspruchnahme der Leistungssektoren anfallenden Kosten auf die Kinder und Jugendlichen verteilen und wie sich die Inanspruchnahme, gemessen an den Ausgaben, auf Teilmengen von Personen konzentriert. Für die Analyse wurden die Ausgaben der umsatzintensivsten Leistungsbereiche aufsummiert (vgl. Tab. 33). Dabei zeigt die prozentuale Verteilung der Leistungsausgaben eine ausgeprägte Asymmetrie, wobei 50 % der im Jahr 2016 angefallenen Kosten für Gesundheitsleistungen in Höhe von 13,3 Millionen € auf lediglich 3,2 %, also knapp 970 aller bei der DAK-versicherten Kinder bzw. Jugendlichen in Schleswig-Holstein entfielen. 75 % der Kosten fielen wiederum zur Behandlung von 15 % aller Kinder und Jugendlichen an. Dies zeigt zweierlei: Zum einen gibt es eine geringe Anzahl von Kindern, welche aufgrund schwerer Erkrankungen sehr hohe Versorgungskosten verursachen. Zum anderen gibt es eine Vielzahl von Kindern, welche zwar das Versorgungssystem zum Beispiel im Rahmen von Vorsorge- oder Haus- und Kinderarztbesuchen in Anspruch nehmen, dabei jedoch nur geringe Kosten verursachen. Berücksichtigt man, dass für 7 % aller Kinder keine Ausgaben anfielen, entfielen im Umkehrschluss auf 43 % aller Kinder lediglich 6 % der gesamten Versorgungskosten des Jahres 2016.

Tabelle 33: Verteilung der Versorgungskosten auf alle Kinder und Jugendliche

Anteil Kosten	Anteil Personen
20 %	der Kosten entfielen auf 0,3 % aller Kinder
34 %	der Kosten entfielen auf 1 % aller Kinder
50 %	der Kosten entfielen auf 3,2 % aller Kinder
75 %	der Kosten entfielen auf 15 % aller Kinder
94 %	der Kosten entfielen auf 50 % aller Kinder
Keine Kosten	entfielen auf 7 % aller Kinder

Ausgabenverteilung unter allen Kindern und Jugendlichen

Kostenintensive Krankenhausauf- enthalte

Maßgeblich verantwortlich für diese Kostenverteilung waren die überproportional hohen Kosten für bestimmte Krankenhausfälle. 50 % der in diesem Versorgungssektor anfallenden Kosten (4,5 Millionen €) entfielen im Jahr 2016 auf gerade einmal 0,4 % der Kinder und Jugendlichen, also auf insgesamt nur 121 Jungen bzw. Mädchen (75 % der Kosten: 1,5 % der Kinder bzw. 445 Jungen und Mädchen). Anders verhielt es sich bei der Verteilung der Kosten für Hausarztbesuche. 50 % der durch hausärztliche Leistungen verursachten Kosten entfielen auf 18,5 %, 75 % der Kosten wiederum auf 37,1 % der Kinder und Jugendlichen. In der Verteilung der Kostenprofile von Jungen und Mädchen zeigten sich nur marginale Unterschiede.

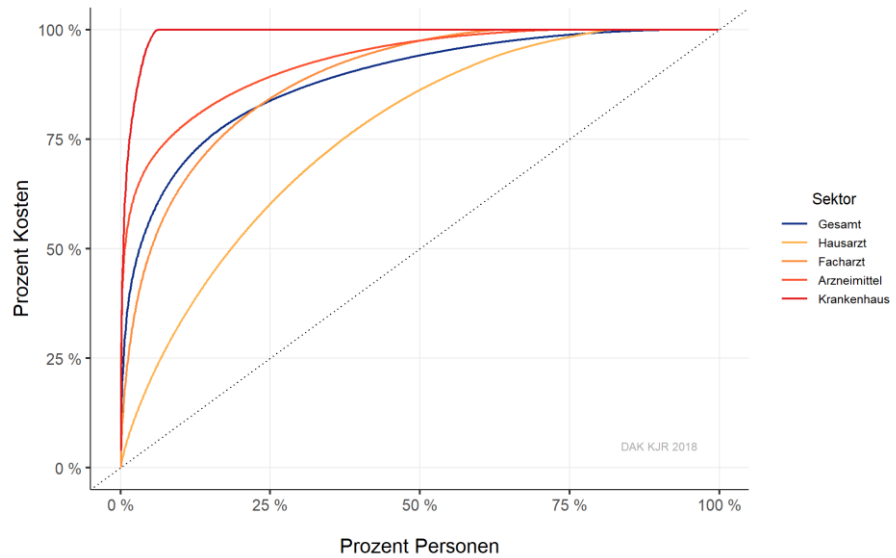


Abbildung 36: Verteilung der Leistungsausgaben auf Personen und Versorgungssektoren

4.3 Arzneimittelverordnungen für Kinder und Jugendliche

4.3.1 Alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Arzneimittelversorgung

74 % aller Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2016 wenigstens einmal ein Arzneimittel verschrieben. Dabei gelten innerhalb der GKV-Versorgung in der Erstattung von Arzneimittel 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.

Die Einnahme wenigstens eines durch die DAK-Gesundheit erstatteten Arzneimittels unterlag im Jahr 2016 einem deutlichen linearen altersbezogenen Trend: Während im frühen Kindesalter noch mehr als 90 % aller Kinder wenigstens ein Arzneimittel einnahmen (unter Einjährige: 98 %, 1-4-Jährige: 91 %) ging dieser Anteil mit zunehmendem Alter deutlich zurück.

Bis einschließlich des Kindesalters nehmen ca. gleichviele Jungen und Mädchen wenigstens ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel ein. Im späten Kindes- bzw. frühen Jugendalter differenziert sich dies jedoch deutlich aus (vgl. Abb. 37). Im späten Jugendalter betrug der Anteil der Mädchen, die im Jahr 2016 gar kein verschreibungspflichtiges Arzneimittel einnahmen, 23 %. Bei männlichen Jugendlichen liegt der Anteil ohne Arzneimittelverschreibung mit 43 % deutlich höher.

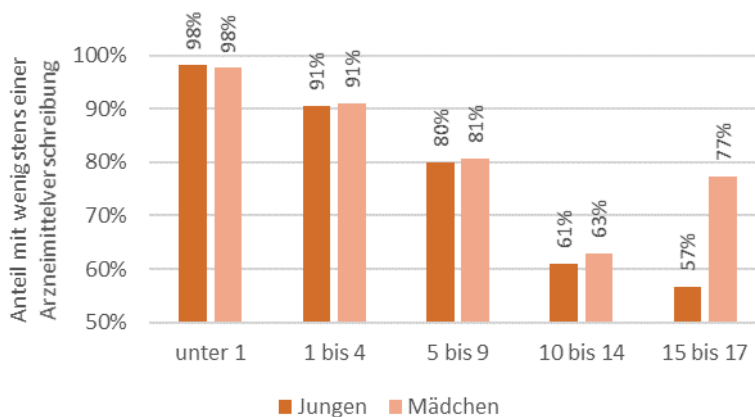


Abbildung 37: Anteil der Jungen und Mädchen mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung in 2016

**Erstattungs-
fähigkeit von Arz-
neimitteln**

**Anteil der Kinder
mit verschriebe-
nem Arzneimittel
sinkt mit dem
Alter**

Anzahl verordneter Wirkstoffe

Die durchschnittliche Anzahl der innerhalb eines Jahres eingenommenen, verschiedenen Arzneimittel kann grundsätzlich Aufschluss über den Morbiditätsgrad sowie den Stellenwert medikamentöser Therapien in unterschiedlichen Altersgruppen geben. Dabei soll jedoch anders als im Rahmen der Analyse in Kap. 4.1 berücksichtigt werden, dass verschiedene Arzneimittel zur Behandlung derselben Erkrankung eingesetzt werden können. Um dies zu berücksichtigen, sollen nur verordnete Arzneimittel berücksichtigt werden, welche zur Behandlung verschiedener Krankheitsbilder bzw. Symptome gedacht sind (abgebildet über den ATC-Dreisteller). Durchschnittlich wurden für Jungen und Mädchen aller Altersgruppen 3,4 verschiedene Arzneimittel innerhalb des Jahres 2016 verordnet. Dieser Polypharmaziegrad ist mit steigendem Alter rückläufig, bei Jungen jedoch stärker als bei Mädchen (vgl. Abb. 38). Insgesamt liegt der Polypharmaziegrad in Schleswig-Holstein über allen Altersgruppen knapp unterhalb des DAK-weiten Bundesdurchschnittes von 3,6 verschriebenen Arzneimitteln je Kind.

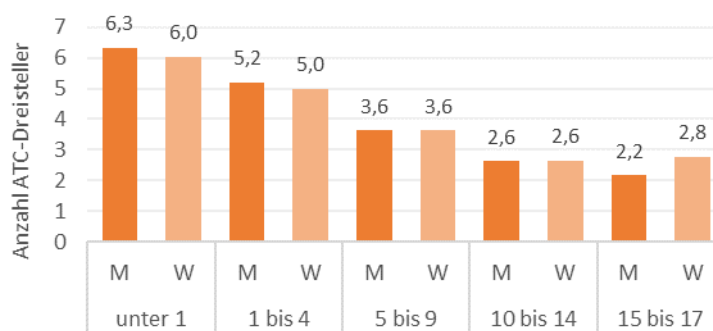


Abbildung 38: Durchschnittliche Anzahl verordneter Arzneimittel zur Behandlung verschiedener Erkrankungen (ATC-Dreisteller) für Jungen (M) und Mädchen (W)

Art der verordneten Wirkstoffe

Innerhalb der Arzneimittelversorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen sich deutliche Schwerpunkte (vgl. Tab. 34). Unabhängig von Alter und Geschlecht dominieren sieben verschiedene Wirkstoffgruppen mit einer Verschreibungsprävalenz von jeweils über zehn Prozent das Verordnungsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen, wobei Arzneimittel zur spezifischen Behandlung von überwiegend akuten (ATC R01, R05) und chronischen Atemwegserkrankungen (ATC R03) überwiegen. Darüber hinaus werden mit verschiedenen Wirkstoffgruppen häufig Entzündungshemmer und Schmerzmittel (ATC M01, N02) für Kinder und Jugendliche verschrieben.

Tabelle 34: Wirkstoffgruppen mit der höchsten Verschreibungsprävalenz im Jahr 2016

Wirkstoffgruppe	ATC-Code	Verordnungsprävalenz
Antiphlogistika und Antirheumatika	M01	31,4 %
Rhinologika	R01	28,1 %
Antibiotika zur systemischen Anwendung	J01	26,9 %
Husten- und Erkältungsmittel	R05	22,5 %
Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	R03	12,9 %
Ophthalmika	S01	11,5 %
Schmerzmittel	N02	11,0 %

In Abhängigkeit des Alters zeigen sich dabei Unterschiede in der Form des Arzneimittelverbrauches. In Kapitel 3 konnte gezeigt werden, dass Atemwegserkrankungen die mit Abstand häufigste behandlungsbedürftige Erkrankungsursache im Kindes- und Jugendalter sind. Erwartungsgemäß ist deshalb die Verordnungsprävalenz von Medikamenten zur Behandlung von Atemwegserkrankungen ebenfalls sehr hoch. Betrachtet man die in diesem Kontext relevantesten Wirkstoffgruppen, so zeigten sich deutliche altersbezogene Zusammenhänge in der Verschreibungsprävalenz (vgl. Abb. 39). Zur Behandlung entsprechender Erkrankungsbilder werden im Kindes- und Jugendalter insbesondere vier medikamentöse Wirkstoffgruppen eingesetzt: Schnupfenmittel (Rhinologika, ATC: R01), Husten- und Erkältungsmittel (ATC R05), Mittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen (ATC R03) sowie Hals- und Rachentherapeutika (ATC R02). Dabei zeigt sich über alle Wirkstoffgruppen mit steigendem Alter der Kinder und Jugendlichen eine deutliche Abnahme der Verordnungsprävalenz.

Am häufigsten verordnete Arzneistoffe

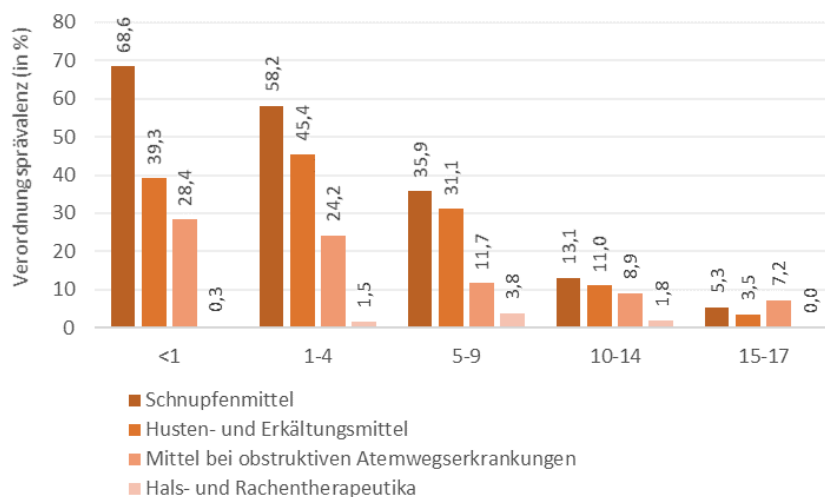


Abbildung 39: Verordnungsprävalenz von Wirkstoffen zur Behandlung von Atemwegserkrankungen im Jahr 2016

Bei Schnupfenmitteln (Rhinologika, ATC: R01) handelt es sich um Wirkstoffe, die zur Behandlung des Naseninneren, d. h. der Nasenschleimhaut, eingesetzt werden. Dazu zählen u. a. Nasenspray, Nasentropfen oder Inhalations-Aerosole. Entsprechende Arzneimittel wurden 2016 für etwas mehr als ein Viertel aller Kinder und Jugendlichen verschrieben (28,1 %), wobei die Verschreibungshäufigkeit linear mit dem Alter abnahm. Wird noch für zwei von drei Säuglingen (68,6 %) wenigstens einmal ein Schnupfenmittel verschrieben, wurde für lediglich 5,3 % aller Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren eine entsprechende Verordnung verzeichnet. Ein vergleichbarer Trend wird auch für Husten- und Erkältungsmittel beobachtet (ATC: R05). Die Verordnungsprävalenz entsprechender Wirkstoffe lag im frühen Kindesalter noch deutlich unterhalb der von Schnupfenmitteln, im späten Kindes- und Jugendalter jedoch auf annähernd vergleichbarem Niveau.

Schnupfen- und Erkältungsmittel

Mittel zur Behandlung obstruktiver Atemwegserkrankungen werden u. a. bei Asthma oder COPD eingesetzt, also Erkrankungsbildern, die mit einer Verengung der Atemwege einhergehen. Mit einer Gesamtverordnungsprävalenz

von 12,9 % sind sie die am fünfthäufigsten eingesetzte Arzneimittelgruppe bei Kindern und Jugendlichen. Allerdings werden entsprechende Wirkstoffe im späten Jugendalter im Vergleich zu anderen, in der Regel rezeptfreien, Erkältungsmedikamenten häufiger eingesetzt (vgl. Abb. 39).

Entzündungshemmer

Die unabhängig vom Alter bzw. Geschlecht am häufigsten verordnete Wirkstoffgruppe im Kindes- und Jugendalter sind mit einer Verordnungsprävalenz von 31,4 % Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC: M01), welche als Entzündungshemmer zur Behandlung verschiedenster Erkrankungsbilder eingesetzt werden. Für Kinder im Alter von einem bis vier Jahren zeigte sich mit 53,8 % dabei die höchste Verschreibungsprävalenz. Bis zum späten Jugendalter sank die Verordnungsprävalenz deutlich, so dass nur noch gut jedes sechste Kind (15,8 %) wenigstens einmal ein entsprechendes Präparat verschrieben bekam.

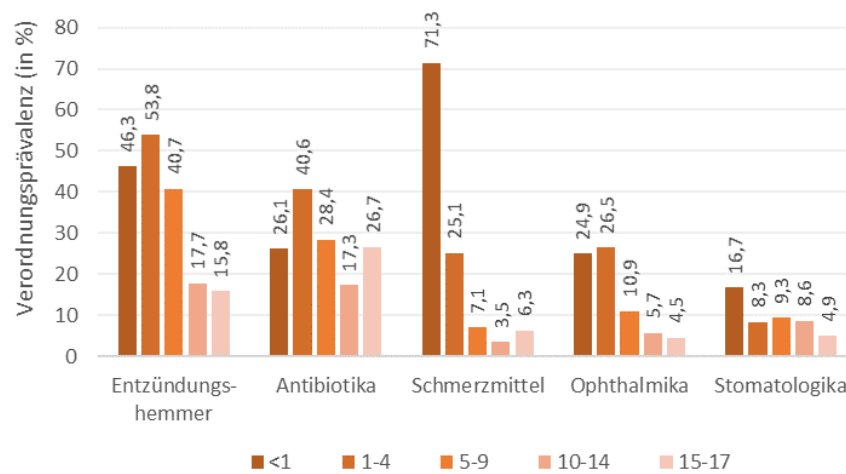


Abbildung 40: Verordnungsprävalenz von im Kindes- und Jugendalter häufig eingesetzte Wirkstoffgruppen

Schmerzmittel

Die Verordnungsprävalenz von Schmerzmitteln (ATC: N02) lag mit 11,0 % insgesamt deutlich unterhalb der bislang genannten häufig verordneten Wirkstoffgruppen. Dabei zeigten sich jedoch besonders deutliche altersbezogene Zusammenhänge: Während für 71,3 % aller Säuglinge wenigstens eine Schmerzmittelverordnung im Jahr 2016 dokumentiert wurde, lag die Verordnungsprävalenz im Jugendalter bei unter 10 %.

Antibiotika

Ohne deutliche Altersvariation werden Antibiotika zur systemischen Anwendung (ATC: J01) im Kindes- und Jugendalter verordnet. Altersunabhängig lag die Verordnungsprävalenz entsprechender Wirkstoffe bei 26,9 % und damit knapp unterhalb des bundesweiten Durchschnitts von 28 %. Bei Kindern im Alter von einem bis vier Jahren lag die Verordnungsprävalenz von Antibiotika mit 40,6 % am höchsten, bei Kindern im Alter zwischen 10 und 14 Jahren mit 17,3 % am niedrigsten. Aufgrund der hohen Public Health-Relevanz der Antibiotika-Versorgung werden entsprechende Verordnungen nachfolgend noch differenzierter betrachtet.

Ophthalmika, also Medikamente, die zur lokalen oder systemischen Behandlung von Erkrankungen am Auge angewendet werden (z. B. Augentropfen), und Stomatologika (ATC A01; Gesamtverordnungsprävalenz: 8,2 %), Arznei-

mittel zur lokalen Behandlung von Erkrankungen des Mund- und des Rachenraumes, werden insgesamt ebenfalls häufig im Kindes- und Jugendalter angewendet, sind jedoch im Hinblick auf deren Versorgungsrelevanz gegenüber den anderen genannten Wirkstoffklassen von nachrangiger Bedeutung. Hinsichtlich der Höhe der Verschreibungshäufigkeit von Stomatologika ist zudem zu berücksichtigen, dass diese unter die so genannte "Bagatellarzneimittel"-Regelung fallen. Bis auf wenige Ausnahmen sind Stomatologika deshalb bei Kindern ab 12 Jahren von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Bei den in allen Altersjahrgängen innerhalb dieser Wirkstoffgruppe häufig verschriebenen Mitteln handelt es sich überwiegend um solche zur Kariesprophylaxe.

4.3.2 Antibiotika-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen

Antibiotika gehören in Europa zu der am häufigsten verordneten Arzneimittelgruppe.²⁸ Basierend auf Daten der KM6-Statistik der Gesetzlichen Krankenversicherung konnte bereits in der Vergangenheit gezeigt werden, dass mit über 600 Antibiotikaverordnungen pro 1.000 GKV-versicherten Kindern im Alter von unter 14 Jahren zu der besonders stark mit Antibiotika versorgten Bevölkerungsgruppe zählen.²⁹ Insbesondere die Gruppe der 4- bis 5-Jährigen bekam laut einer im Auftrag der DAK-Gesundheit durchgeführten Forsa-Befragung aus dem Jahr 2014 mit einer Ordnungsprävalenz von 41 % überdurchschnittlich viele Antibiotika verordnet.³⁰ Dabei wird der breite Einsatz von Antibiotika insbesondere im Kindes- und Jugendalter kritisch bewertet.³¹ So sind zum einen verschiedene Risiken und Nebenwirkungen wie Bauchschmerzen oder Übelkeit mit der unsachgemäßen Einnahme von Antibiotika bei Kindern assoziiert.³² Untersuchungen zeigen zudem, dass Kinder, die innerhalb ihrer ersten Lebensmonate Antibiotika eingenommen haben, im fortschreitenden Alter ein erhöhtes Risiko für Asthma haben.³³ Zum anderen ergeben sich durch eine unkontrollierte Anwendung von Antibiotika auch Risiken für Resistenzbildungen.³⁴

Zur Ermittlung des Antibiotikagebrauches bei Kindern und Jugendlichen wurden, vergleichbar zu den Analysen in Kapitel 3, 1-Jahres-Periodenprävalenzen berechnet. Diese entsprechen dem Anteil der Kinder und Jugendlichen, welche im Jahr 2016 wenigstens eine Antibiotika-Verordnung erhielten. Geschlechterübergreifend lag dieser Anteil bei 26,9 % (vgl. hierzu auch den vorangegangenen Abschnitt), was knapp unterhalb des DAK-weiten Bundesdurchschnittes von 28,0 % liegt. Dabei erhielten Jungen mit 25,6 % etwas seltener ein Antibiotikum verordnet als Mädchen (28,2 %).

In Abhängigkeit des Alters der Kinder bzw. Jugendlichen zeigte die Ordnungsprävalenz von Antibiotika mit Ausnahme der Säuglinge einen leichten U-förmigen Verlauf (vgl. Abb. 41). Die Verordnung von Antibiotika beginnt

Jedes 4. Kind mit Antibiotika-Verschreibung

²⁸ Holstiege et al., 2014. Eine vertiefende Analyse zum Antibiotikaverbrauch von Kindern und Jugendlichen findet sich u.a. bei Witte et al. 2018.

²⁹ Hering, Schulz & Bätzing-Feigenbaum, 2014.

³⁰ DAK-Gesundheit, 2014.

³¹ Holstiege et al., 2014.

³² Turck et al, 2003

³³ Risnes et al., 2011

³⁴ Simon et al., 2017.

bereits im frühesten Kindesalter. Bei Kindern bis zu einem Alter von fünf Jahren sind hohe Verordnungsprävalenzen von knapp 40 % zu beobachten. Diese sinken im Verlauf des Kindes- und Jugendalters kontinuierlich auf einen Anteil von ca. 18 % aller Kinder mit wenigstens einer Antibiotikaverordnung. Der beobachtete Anteil an Jugendlichen mit Antibiotikagebrauch steigt ab dem Alter von 14 Jahren wieder an, bei Mädchen dabei deutlich stärker als bei Jungen.

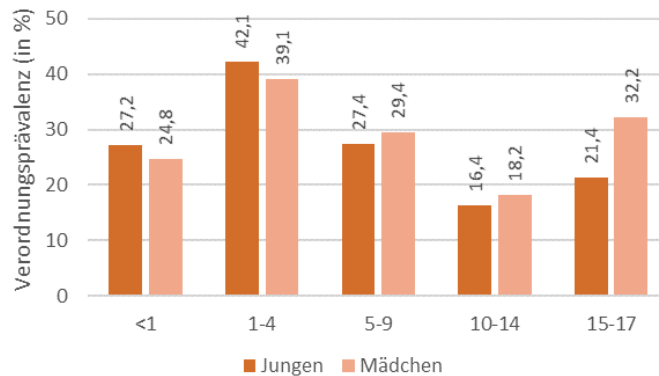


Abbildung 41: Verordnungsprävalenz von Antibiotika (ATC J01) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Verordnete Wirkstoffe

Unter den verordnungsfähigen Antibiotika erhielten die meisten Kinder entweder Breitspektrumpenicilline oder Cephalosporine der 2. Generation verordnet (vgl. Tab. 35).

Tabelle 35: Verordnungsprävalenz von Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Wirkstoffgruppe	ATC	Jungen	Mädchen	Gesamt
Schmalspurpenicilline	J01CE J01CF	4,9 %	5,0 %	4,9 %
Breitspektrumpenicilline	J01CA J01CR	9,9 %	9,2 %	9,6 %
Ältere Makrolide	J01FA01 J01FA02 J01FA07	1,5 %	1,4 %	1,5 %
Neuere Makrolide	J01FA06 J01FA09 J01FA10 J01FA15	3,4 %	3,9 %	3,6 %
Cephalosporine 2. Gen.	J01DC	8,4 %	9,0 %	8,7 %
Cephalosporine 3. Gen.	J01DD	1,5 %	2,0 %	1,7 %
Sulfonamide und Trimethoprim	J01EB J01EE J01EA	0,6 %	2,4 %	1,5 %
Tetracycline	J01AA	0,6 %	0,7 %	0,6 %
Gesamt³⁵	-	25,6 %	28,2 %	26,9 %

³⁵ Die in Tab. 35 gezeigte Gesamt-Verschreibungsprävalenz von Antibiotika ergibt sich nicht durch Aufsummieren der einzelnen Wirkstoffklassen, da je Kind mehrere Wirkstoffklassen in einem Jahr verschrieben worden sein können.

Dies ist insofern von Bedeutung, als dass Cephalosporine in den Leitlinien der Arzneimittelkommission sowie des Bundesverbandes für Kinder- und Jugendmedizin als im Kindes- und Jugendalter nachrangig oder gar nicht zu verordnende Wirkstoffe eingestuft werden.³⁶ 10,4 % aller Kinder in Schleswig-Holstein erhielten wenigstens einmal eine entsprechende Verordnung. Dabei zeigen die vorliegenden Daten, dass Reserveantibiotika insbesondere im Kleinkindalter gehäuft verschrieben werden (vgl. Abb. 42). So betrug die Verordnungsprävalenz bei 1-4-Jährigen geschlechtsübergreifend 18,5 %. Lediglich im späteren Jugendalter zeigten sich deutlichere Verordnungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen, wobei Mädchen in der Altersgruppe der 15-17-Jährigen eine um 51 % höhere Verordnungsprävalenz aufwiesen.

Reserveantibiotika

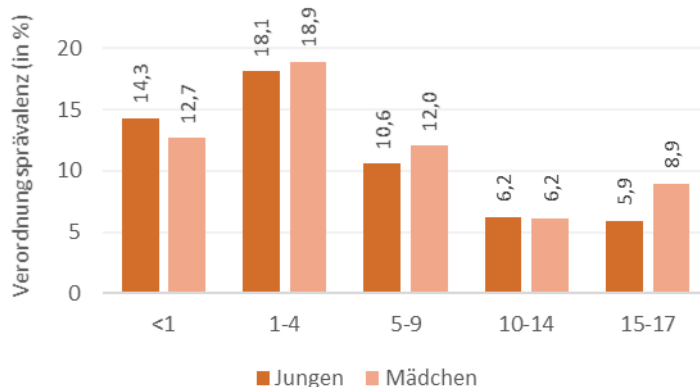


Abbildung 42: Verordnungsprävalenz von Cephalosporinen der 2. und 3. Generation (Reserveantibiotika) bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Der Einsatz von Reserveantibiotika bei Kindern und Jugendlichen ist insbesondere vor dem Hintergrund des Risikos von Resistenzentwicklungen kritisch zu diskutieren. Der Implementierung von Maßnahmen zur Reduktion des Einsatzes entsprechender Wirkstoffe kommt insofern hohe Bedeutung zu.

4.3.3 Antipsychotika- und Antidepressiva-Versorgung bei Kindern und Jugendlichen

Neben der Versorgung mit Antibiotika ist die Verordnungshäufigkeit von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen von hervorgehobenem wissenschaftlichem wie versorgungspolitischem Interesse. Dies liegt insbesondere darin begründet, dass nur wenige antipsychotische Substanzen auch zur Anwendung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen sind und deshalb regelhaft außerhalb der zugelassenen Anwendungsfelder („off-label“) eingesetzt werden.³⁷ Darüber hinaus gibt es Evidenz, welche darauf hindeutet, dass viele eingesetzte Antipsychotika bedeutende Nebenwirkungsprofile aufweisen, welche bei Kindern und Jugendlichen häufiger als bei Erwachsenen auftreten können.³⁸

Antipsychotika

³⁶ Witte et al. (2018).

³⁷ Bachmann et al. (2014).

³⁸ Cohen et al. (2012).

Zu Abschätzung der Verordnungsprävalenz von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen wurden alle Verordnungen mit in der ATC-Klassifikation als Antipsychotika gelisteten Wirkstoffen (ATC N05A) berücksichtigt. Insgesamt haben im Jahr 2016 2,5 von 1.000 Kindern bzw. Jugendlichen in Schleswig-Holstein eine entsprechende Verordnung erhalten (vgl. Tab. 36). Dies liegt 31 % unterhalb des DAK-weiten Bundesdurchschnittes von 3,6 je 1.000 Kindern und Jugendlichen.

Tabelle 36: Verordnungsprävalenz (Fälle je 1.000) von Antipsychotika bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2016

Altersgruppe	Jungen	Mädchen	Gesamt
< 1	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0
5-9	2,6	0,0	1,3
10-14	5,6	1,3	3,5
15-17	5,4	5,4	5,4
Gesamt	3,5	1,4	2,5

Hohe Verordnungsprävalenz unter Jungen

Betrachtet man die Verordnungsprävalenz je Altersgruppe und Geschlecht, so war eine deutliche Zunahme der altersbezogenen Verordnungsprävalenz ab dem späten Kindesalter bei Jungen bzw. dem Jugendalter bei Mädchen zu beobachten. Dabei ist insbesondere die Zunahme entsprechender Verordnungen bei Jungen in der Altersgruppe der 10-14-Jährigen auffällig. In dieser Altersgruppe liegt die Verordnungsprävalenz mehr als doppelt so hoch wie die beobachteten Verordnungsanteile bei 5-9-Jährigen. Ein Großteil entsprechender Verordnungen entfiel auf die Wirkstoffgruppe der „anderen Antipsychotika“ (ATC N05AX) und da überwiegend auf die Substanz Risperidon, welche wiederum bei Patienten mit hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens verschrieben wurde. Noch deutlicher ist der Verordnungsanstieg bei jugendlichen Mädchen. Einschränkend sind allerdings die diesen Daten zugrundeliegenden niedrigen Fallzahlen in Schleswig-Holstein zu berücksichtigen. So ist insgesamt nur für 101 Kinder die Verordnung eines Antipsychotikums dokumentiert worden.

4.3.4 Kontrazeptiva-Verordnungen

Kontrazeptiva einschließlich Notfallkontrazeptiva sind bei Mädchen bis zu einem Alter von 19 Jahren zulasten der GKV erstattungsfähig. Der Gebrauch von Kontrazeptiva bei Mädchen hat erwartungsgemäß einen starken Altersbezug. Berücksichtigt wurden dabei alle Verordnungen mit einer ATC-Klassifikation als Kontrazeptivum (ATC G02B bzw. G03A).

Kontrazeptiva

Insgesamt wurde für 21,9 % aller Mädchen im Alter von 11 bis 17 Jahren wenigstens eine Kontrazeptivum-Verschreibung dokumentiert. In Schleswig-Holstein liegt die Verordnungsprävalenz von Kontrazeptiva bei Mädchen ab dem 14. Lebensjahr zum Teil deutlich oberhalb des Bundesdurchschnittes. Erste Verordnungen sind ab einem Alter von 11 Jahren zu beobachten, nehmen jedoch erst mit Beginn des 13. Lebensjahres relevante Größenordnungen an (vgl. Abb. 43). Im Alter von 13 Jahren erhielten 3,1 % aller Mädchen ein Kontrazeptivum. Im Alter von 15 Jahren bekommt knapp jedes dritte Mädchen entsprechende Verhütungsmittel zulasten der GKV verschrieben. Im späten Jugendalter steigt dieser Anteil sukzessive auf knapp unter 60 %. Im Alter von 16 Jahren wurde in Schleswig-Holstein zum Beispiel eine 36 % höhere Verschreibungsprävalenz als auf Bundesebene beobachtet (52,3 % zu 38,5 %). Für sechs von 1.000 Mädchen aus der Altersgruppe der 11- bis 17-jährigen Mädchen wurde im Jahr 2016 zudem wenigstens einmal ein Notfallkontrazeptivum abgerechnet.

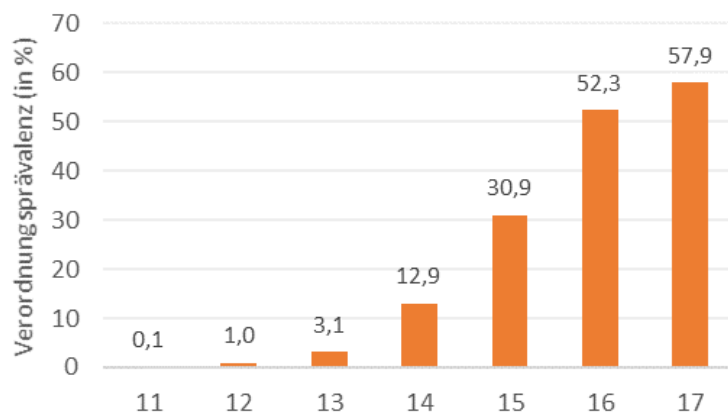


Abbildung 43: Verordnungsprävalenz von Kontrazeptiva bei Mädchen ab elf Jahren im Jahr 2016

4.3.5 Impfleistungen

Impfungen

Die Inanspruchnahme von Impfleistungen kann über verschiedene Kennziffern in GKV-Abrechnungsdaten abgebildet werden. Neben arzt-spezifischen Abrechnungsziffern stehen ATC-Code sowie innerhalb der ICD-10-Klassifikation entsprechende Schlüssel zur Abbildung der Grundimmunisierungsleistungen im Kindesalter zur Verfügung. Letztere werden approximativ zur Abbildung des Impfverhaltens in den hier betrachteten Altersgruppen herangezogen (vgl. Tab 37).

Tabelle 37: Inanspruchnahme von Impfleistungen (Abrechnungsprävalenz in %) im Kindes- und Jugendalter

Immunisierung (ICD-10)		< 1	1-4	5-9	10-14	15-17
Z23	Immunisierung gegen einzelne bakterielle Krankheiten	51,0	12,5	1,7	1,3	1,0
Z24	Immunisierung gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	6,2	2,1	2,0	2,9	1,8
Z25	Immunisierung gegen andere einzelne Viruskrankheiten	42,1	7,9	2,2	6,6	5,0
Z26	Immunisierung gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	44,3	15,4	8,6	10,9	8,4
Z27	Immunisierung gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	70,0	18,7	11,0	6,4	4,0
Z28	Nicht durchgeführte Impfung	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1

Unter Kombinationsimpfungen gegen Infektionskrankheiten (ICD-10 Z.27) fallen beispielsweise die Kombi-Impfungen gegen Diphtherie-Pertussis-Tetanus oder Masern-Mumps-Röteln. Impfungen gegen einzelne bakterielle Krankheiten (ICD-10 Z.23) umfassen beispielsweise Impfungen gegen Tetanus, Pneumokokken oder Meningokokken. Impfungen gegen Windpocken oder gegen Humane Papillomaviren (HPV) subsummieren sich ebenso wie die Grippe-Impfung unter Impfungen gegen andere einzelne Viruskrankheiten (ICD-10 Z.25). Auch nicht durchgeführte Impfungen, zum Beispiel aus Glaubensgründen, werden in GKV-Abrechnungsdaten dokumentiert (ICD-10 Z.28), wobei eine Einschätzung über die Dokumentationsqualität nicht möglich ist.

4.4 Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen

4.4.1 Hospitalisierungsgründe

Der Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen, die im Jahr 2016 aufgrund einer Erkrankung wenigstens einmal stationär behandelt wurde, lag je nach Alter und Geschlecht zwischen 4,2 % und 14,3 % (vgl. Abb. 44). Geschlechts- und altersübergreifend lag die Hospitalisierungsquote bei 6,5 %, was knapp unterhalb des bundesweiten Anteils der Kinder und Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt liegt (bundesweite Hospitalisierungsquote: 7,0 %). Für Schleswig-Holstein entspricht dies 1.961 Kindern, welche im Jahr 2016 insgesamt 2.626 Mal im Krankenhaus behandelt wurden. 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.

Hospitalisierungsquote

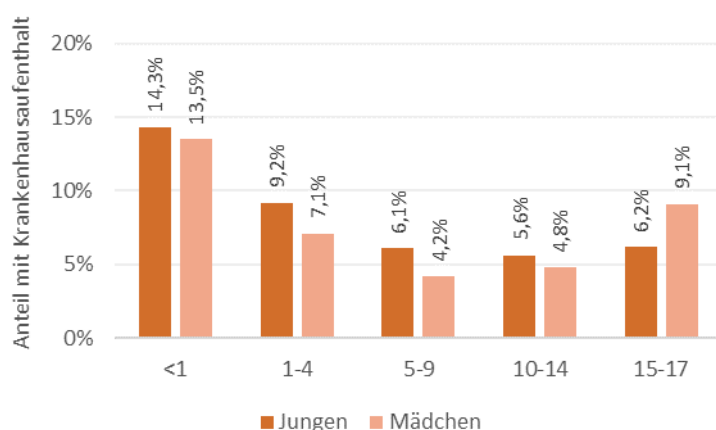


Abbildung 44: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Jahr 2016

Ein Krankenhausaufenthalt kann im Kindes- bzw. Jugendalter aufgrund verschiedenster Erkrankungsbilder erforderlich sein. Unter allen Krankenhausaufenthalten zeigt Tabelle 38 die häufigsten Behandlungsanlässe (Entlassungsdiagnosen).

Häufigste Hospitalisierungsgründe

Tabelle 38: Die fünf häufigsten Hospitalisierungsgründe bei Kindern und Jugendlichen

Diagnose	ICD-10	Anzahl Fälle	Prävalenz je 1.000 Krankenhausaufenthalten
Gastroenteritis oder Kolitis	A09	100	38,1
Gehirnerschütterungen	S06	90	34,3
Mandelentzündungen	J35	77	29,3
Epilepsie	G40	68	25,9
Bauch- und Beckenschmerzen	R10	65	24,8
Oberflächliche Verletzung des Kopfes	S00	54	20,6
Akute Bronchitis	J20	51	19,4

Zu berücksichtigen ist, dass die in Tab. 38 gezeigten Fälle als Krankenhausbehandlungen und nicht als „Personen“ zu zählen sind. So wurden im Jahr 2016 zu Beispiel 42 Kinder aufgrund einer Epilepsie insgesamt 68 Mal im Krankenhaus behandelt.

Dabei zeigen sich in Abhängigkeit des Alters deutliche Unterschiede (vgl. Abb. 45). Während der insgesamt häufigste Hospitalisierungsgrund, akute oder chronische Magen-Darm-Entzündung bis zum frühen Jugendalter in nahezu allen Altersgruppen vorkommt, sind Mangelentzündungen vornehmlich bei Kleinkindern Grund für einen stationären Aufenthalt. Eine Gehirnerschütterung kommt ebenfalls am häufigsten unter Kleinkindern vor, ist jedoch auch in allen anderen Altersgruppen relativ häufig ursächlich für einen Krankenhausaufenthalt. Bauch- und Beckenschmerzen kommen hingegen fast ausschließlich im Kindes- und späten Jugendalter vor.

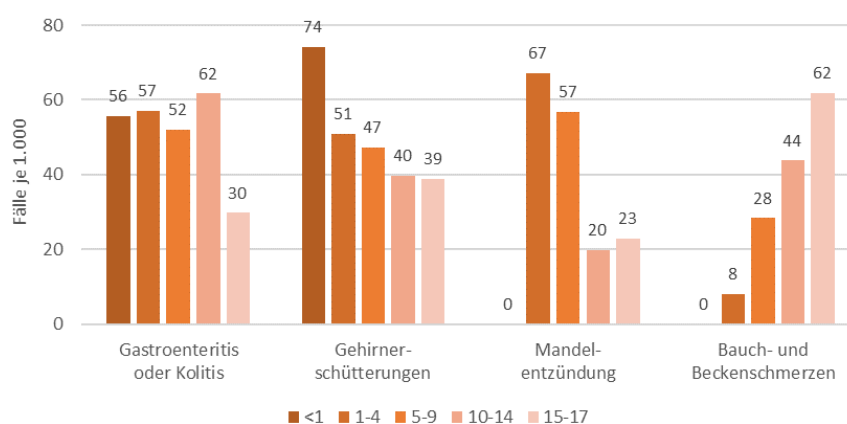


Abbildung 45: Prävalenz (Fälle je 1.000 Kinder mit Krankenhausaufenthalt) der fünf häufigsten Hospitalisierungsgründe in Abhängigkeit des Alters der Kinder und Jugendlichen

4.4.2 Kosten von Krankenhausaufenthalten

Kosten von Krankenhausbearbeitungen

Insgesamt entfielen in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 9,1 Millionen € auf die stationäre Versorgung von bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen. Die rohen durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten für Krankenhausleistungen lagen bei 295 €, in Abhängigkeit des Alters zwischen 211 € (5- bis 9-Jährige) und 1.158 € (unter Einjährige). Dabei werden jedoch auch solche Personen berücksichtigt, welche nicht stationär behandelt wurden. Werden nur Kinder berücksichtigt, welche tatsächlich 2016 im Krankenhaus waren, kostete ein Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt 3.453 €. Dabei waren im Rahmen der Geburt abgerechnete Behandlungsleistungen (dargestellt über die vom Krankenhaus zu Lasten der GKV abgerechneten DRGs) insgesamt jene, welche die höchsten stationären Versorgungskosten verursachten.

Behandlungsfälle mit den höchsten durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten traten hingegen sehr selten auf (vgl. Tab. 39). So sind insbesondere intensivmedizinische Behandlungen oder Behandlungen von Frühgeborenen mit hohen

individuellen stationären Behandlungskosten verbunden. Insgesamt vier Arten stationärer Behandlungen (DRG-Dreisteller) bei insgesamt vier Behandlungsfällen hatten im Jahr 2016 durchschnittliche Pro-Kopf-Kosten von über 50.000 €. 50 % aller Krankenhausaufenthalte verursachten hingegen Kosten von unter 2.500 €.

Tabelle 39: Top-5 stationäre Behandlungen mit den höchsten durchschnittlichen stationären Pro-Kopf-Kosten

Stationäre Behandlung	DRG	Pro-Kopf-Kosten	Anzahl Fälle
Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen	P02	227.493 €	1
Beatmung > 999 Stunden	A07	138.330 €	1
Beatmung > 499 Stunden	A09	110.224 €	1
Frühgeborenes	P61	96.054 €	1
Polytrauma mit Beatmung	W01	45.134 €	1

Auch psychische Erkrankung waren bei DAK-versicherten Kindern in Schleswig-Holstein ein häufiger Hospitalisierungsgrund, mit überdurchschnittlich hohen Versorgungskosten. Vergleichsweise häufig war dabei eine Depression Ausgangspunkt einer klinischen Behandlung. Auch die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer entsprechender Fälle ist vergleichsweise hoch. Insgesamt 41 Krankenhaussfällen lag eine diagnostizierte Depression zugrunde (15,6 von 1.000 Krankenhaussfällen). Diese waren auf insgesamt 36 Kinder mit einem Durchschnittsalter von 15 Jahren zurückzuführen. Im Durchschnitt waren diese Kinder 51 Tage im Krankenhaus, wofür im Schnitt Pro-Kopf-Ausgaben in Höhe von 14.493 € anfielen.

Krankenhauskosten von Depressionen

4.4.3 Dauer von Krankenhausaufenthalten

Die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes ist in Abhängigkeit der zugrundeliegenden Erkrankung sehr unterschiedlich (vgl. Tab 40). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass diesen Behandlungsgründen zum Teil sehr geringe Fallzahlen zugrunde liegen. Dabei zeigte sich, dass lange Krankenhausaufenthalte im Wesentlichen auf psychische Erkrankungen zurückzuführen sind.

Psychisch kranke mit langen Krankenhausaufenthalten

Tabelle 40: Hauptdiagnosen für einen Krankenhausaufenthalt mit der durchschnittlich längsten Verweildauer

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)		Ø Vwd in Tagen	Anzahl Fälle
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen	121	1
F33	Rezidivierende depressive Störung	106	3
F42	Zwangsstörung	78	1
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	74	4
F41	Andere Angststörungen	72	6
F40	Phobische Störungen	71	5
D56	Thalassämie (Blutarmut)	70	8
F22	Anhaltende wahnhaftige Störungen	58	2
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	57	26
F90	Hyperkinetische Störungen (ADHS)	55	15
Vwd - Verweildauer			

Insgesamt 10 Erkrankungsbilder mit insgesamt 71 Behandlungsfällen wiesen eine durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer von über 50 Tagen auf. Eine stationäre Behandlungsdauer von mehr als drei Wochen wurde für 29 verschiedene Erkrankungsbilder mit insgesamt 272 Fällen beobachtet. 21 % aller Krankenhausaufenthalte (n=558) dauerten wenigstens eine Woche. 50 % aller Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen dauerten wiederum nicht länger als vier Tage.

Werden nur jene stationären Aufenthalte betrachtet, welchen nicht eine psychische Erkrankung als Hauptdiagnose zugrunde lag, so zeigt sich ein deutlich differenzierteres Bild mit unterschiedlichen Erkrankungsbildern (vgl. Tab. 41).

Tabelle 41: Hauptdiagnosen für einen Krankenhausaufenthalt mit der durchschnittlich längsten Verweildauer (exklusive psychischer Erkrankungen)

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)		Ø Vwd in Tagen	Anzahl Fälle
D56	Thalassämie (Blutarmut)	70	8
D89	Sonstige Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	46	3
P07	Frühgeborenes	38	4
G80	Infantile Zerebralparese	33	10

Hauptdiagnose (ICD-Dreisteller)		Ø Vwd in Tagen	Anzahl Fälle
D59	Erworbene hämolytische Anämien (Blutarmut)	30	2
I33	Akute und subakute Endokarditis (Herzinnenhautentzündung)	28	1
N18	Chronische Nierenkrankheit	28	1
Q23	Angeborene Fehlbildungen der Aorten- und der Mitralklappe	28	9
Vwd - Verweildauer			

Unabhängig von der zugrundeliegenden Erkrankung ist zu beobachten, dass sich die durchschnittliche Dauer eines Krankenhausaufenthaltes in Abhängigkeit des Alters der Kinder bzw. Jugendlichen deutlich unterscheidet. Zur Berechnung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer wurden lediglich Kinder bzw. Jugendliche berücksichtigt, für die wenigstens einen Krankenhausaufenthalt im Jahr 2016 dokumentiert wurde. Die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer betrug bei diesen Patienten 8,4 Tage. Werden dabei Krankenhausaufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen nicht berücksichtigt, liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 4,7 Tagen.

Durchschnittliche Liegedauer

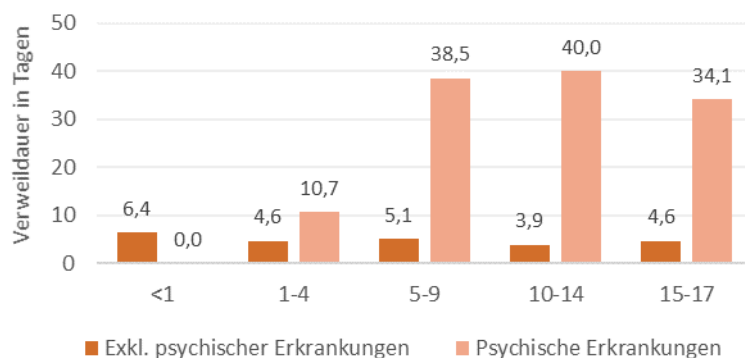


Abbildung 46: Durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus nach Altersgruppen

Exklusive psychischer Erkrankungen zeigte sich eine über alle Altersgruppen vergleichbare durchschnittliche Verweildauer (vgl. Abb. 46). Im Gegensatz dazu lassen sich für psychische Erkrankungen erwartungsgemäß deutlich längere Krankenhausaufenthalte von im Durchschnitt 34 Tagen beobachten.

4.5 Heilmittelversorgung

Versicherte 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 8 Kindern mit Heilmittelverschreibung

13,1 % aller Kinder und Jugendlichen bekamen im Jahr 2016 wenigstens einmal eine Heilmittelleistung verschrieben. Dies ist jedoch insbesondere auf die hohe Verschreibungsquote bei Kindern im Alter von 5-9 Jahren zurückzuführen (vgl. Abb. 47). So liegt der Anteil der Jungen und Mädchen, die Heilmittelleistungen in Anspruch genommen haben, im Kindesalter fast doppelt so hoch wie in der Altersgruppe der 1- bis 4-Jährigen.

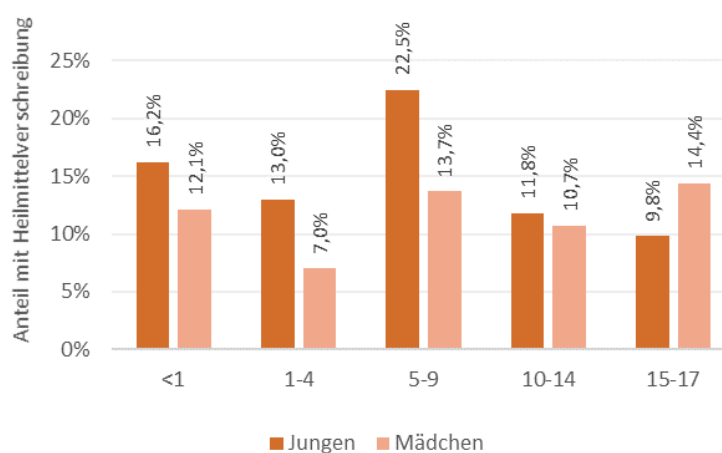


Abbildung 47: Anteil der Kinder bzw. Jugendlichen mit wenigstens einer Heilmittelverschreibung im Jahr 2016

Heilmittelleistungen überwiegend im Kindesalter

Von den zulasten der GKV erstattungsfähigen Heilmittelleistungen für Kinder und Jugendliche im Jahr 2016 entfielen über 99 % auf physiotherapeutische, logopädische und ergotherapeutische Leistungen bzw. auf stationäre Heilmittelanwendungen. Je nach Altersgruppe werden dabei verschiedene Heilmittel im Schwerpunkt angewendet (vgl. Tab. 42). 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 42: Verordnungsprävalenz (Verschreibungen je 1.000) ausgewählter Heilmittel für Kinder und Jugendliche im Jahr 2016

Heilmittel	Altersgruppe	Jungen	Mädchen	Gesamt	Differenz Bund
Physiotherapie	<1	155	113	136	+27 %
	1-4	49	37	43	+78 %
	5-9	49	34	42	+40 %
	10-14	65	80	72	+12 %
	15-17	82	128	104	+20 %
Logopädie	<1	0	3	1	-
	1-4	68	32	50	-2 %
	5-9	111	76	94	-5 %
	10-14	26	20	23	-5 %
	15-17	13	10	11	+12 %
Ergotherapie	<1	2	3	3	-
	1-4	28	9	19	+25 %
	5-9	110	47	79	+13 %
	10-14	38	15	27	+28 %
	15-17	10	10	10	+37 %
Stationäre Heilmittel	<1	10	6	8	+94 %
	1-4	2	1	2	-
	5-9	0	1	1	-
	10-14	2	1	2	-
	15-17	1	3	2	-

Auffällig ist zudem die unterschiedlich häufige Inanspruchnahme von Heilmittel-Leistungen in der Altersgruppe 5 bis 9 Jahre, in welcher deutlich mehr Jungen als Mädchen im Jahr 2016 Heilmittel verschrieben bekommen haben, was insbesondere auf die fast 1,5-Mal so hohe Verordnungsprävalenz ergotherapeutischer Leistungen und dies wiederum auf die höhere Prävalenz von Verhaltensstörungen bei Jungen in dieser Altersgruppe zurückzuführen ist. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt ist wiederum die erhöhte Verschreibungsprävalenz physiotherapeutischer, logopädischer und ergotherapeutischer Leistungen auffällig.

5 Versorgungsunterschiede zwischen Stadt und Land in Schleswig-Holstein

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

1. 63 % aller bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherten Kinder lebten 2016 in ländlich, 37 % in städtisch geprägten Gebieten.
2. Es gibt regionale Unterschiede im administrativen Erkrankungsgeschehen, insbesondere auf Ebene psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen. In städtischen Regionen traten bei Kindern und Jugendlichen mehr Verhaltensstörungen, zum Beispiel 59 % mehr Depressionsfälle, aber auch mehr Entwicklungsstörungen, insbesondere hinsichtlich des Sprechens bzw. der Sprache (+4 %), auf. Auch eine Zahnkaries (+92 %) wurde unter Stadtkindern deutlich häufiger behandelt.
3. Die Häufigkeit einer Heuschnupfenallergie ist hingegen in ländlichen Gebieten erhöht (+9 %).
4. Kinder aus ländlichen und städtischen Regionen nahmen in unterschiedlicher Weise Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch. In städtischen Gebieten gingen Kleinkinder zum Beispiel häufiger ins Krankenhaus.
5. Unterschiedliche Morbiditätsprofile wirkten sich auch auf die Versorgungskosten aus. Kinder aus städtisch geprägten Gebieten wiesen im Durchschnitt 9 % höhere Pro-Kopf-Kosten auf, was insbesondere auf 18 % höhere Ausgaben für Krankenhausbesuche zurückzuführen war.

5.1 Stadt-Land-Unterschiede im Erkrankungsgeschehen

Mehr Land- als Stadt-Kinder in Schleswig-Holstein

19.094 bei der DAK-Gesundheit in Schleswig-Holstein versicherte Kinder und Jugendliche lebten 2016 in ländlichen Gemeinden (63 %), 11.231 sind Stadtbewohner (37 %). Unter den im vorliegenden Report als versorgungsrelevant identifizierten somatischen Erkrankungen gibt es zum Teil bedeutende Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit, wenn das Wohnumfeld der Kinder und Jugendlichen berücksichtigt wird. Auffällig sind dabei insbesondere höhere Fallzahlen in städtisch geprägten Gebieten bei unspezifischen Viruserkrankungen (+17 %), der Zahnkaries (+92 %) sowie der Häufigkeit grippaler Infekte (+11 %) gegenüber jenen Kindern, die in ländlichen Gebieten leben (vgl. Tab. 43). Heuschnupfen wurden hingegen häufiger bei auf dem Land lebenden Kindern diagnostiziert und behandelt (+9 %).

Tabelle 43: Prävalenz häufiger Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in städtisch- sowie ländlich geprägten Gebieten (Fälle je 1.000)

Diagnose	ICD-10	Städtisch	Ländlich	Differenz
Viruserkrankung unspez.	B34	109,3	93,1	+17 %
Zahnkaries	K02	15,4	8,1	+92 %
Grippaler Infekt	J06	275,9	249,3	+11 %
Heuschnupfen	J30	57,0	62,3	-9 %
Adipositas	E65-E68	31,6	30,0	+5 %

Diagnose	ICD-10	Städtisch	Ländlich	Differenz
Gastroenteritis unspez.	A09	67,5	68,0	-1 %
Eitrige Mittelohrentzündung	H66	59,1	60,4	-2 %
Neurodermitis	L20	63,8	69,3	-8 %
Akute Bronchitis	J20	82,6	89,5	-8 %
Allergie	T78.4	36,7	36,3	+1 %

Auch auf Ebene psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen lassen sich regionale Unterschiede identifizieren. So treten in Mittel- und Großstädten 4 % mehr Verhaltensstörungen (insb. ADHS) auf. Entwicklungsstörungen werden mit einem Plus von 4 % ebenfalls häufiger beobachtet (vgl. Abb. 48). Gleiches gilt auch für bestimmte Erkrankungsbilder wie Depressionen mit 59 % mehr Fällen unter Stadtkindern (14,9 zu 8,9 Fälle je 1.000 Personen) sowie Sprach- und Sprechstörungen mit einer 4 % höheren Prävalenz (91,9 zu 88,7 Fälle je 1.000 Personen). Hinsichtlich missbräuchlichen und klinisch dokumentierten Alkoholkonsums fanden sich keine bedeutenden Unterschiede in städtischen und ländlichen Räumen.

Mehr Verhaltensstörungen in der Stadt

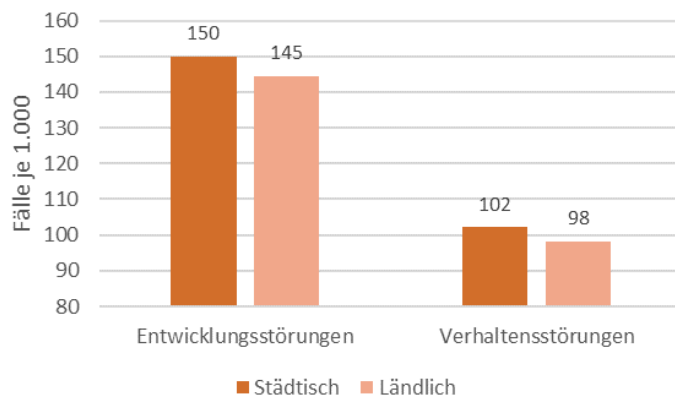


Abbildung 48: Prävalenz von Entwicklungs- (ICD-10 F8) und Verhaltensstörungen (ICD-10 F9) in städtisch- und ländlich geprägten Gebieten in Schleswig-Holstein (Fälle je 1.000)

5.2 Stadt-Land-Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme

Höhere Versorgungskosten für Stadt-Kinder

Siedlungsspezifische Unterschiede im Erkrankungsgeschehen schlagen sich auch in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen nieder. Dabei ist der Anteil der Kinder, die aufgrund einer Erkrankung das Versorgungssystem in Anspruch nehmen, in ländlich und städtisch geprägten Region zunächst vergleichbar hoch (vgl. Tab. 44). Dies gilt jedoch nicht für die im Rahmen der Versorgung anfallenden Kosten. In Relation zum Bevölkerungsanteil liegen die anteiligen Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung von Stadtkindern etwas höher. Dies spielt sich analog in den durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten wieder. Für Kinder aus eher städtisch geprägten Gebieten lagen diese mit 923 € durchschnittlich 9 % oberhalb der Ausgaben für Kinder aus ländlichen Regionen.

Table 44: Unterschiede in der Leistungsanspruchnahme zwischen ländlich und städtisch geprägten Gebieten in Schleswig-Holstein

	Städtisch	Ländlich	Differenz
Mind. 1 Kontakt mit dem Versorgungssystem	88,7 %	88,9 %	-
Anteil an Gesamtkosten	39,0 %	61,0 %	-
Ø Pro-Kopf-Kosten	923 €	850 €	+9 %

Mehr Krankenhausaufenthalte in der Stadt

Dies ist unter anderem auf eine höhere Inanspruchnahme stationärer Leistungen von Stadtkindern zurückzuführen. Während 6,2 % aller auf dem Land lebenden Kinder wenigstens einmal stationär behandelt wurden, gingen insgesamt 7,0 % aller in städtischen Gebieten lebenden Kinder wenigstens einmal ins Krankenhaus. Dies spiegelt sich auch in den versorgungssektorspezifischen Pro-Kopf-Ausgaben wieder (vgl. Abb. 49). Demnach lagen die durchschnittlichen Ausgaben für Krankenhausaufenthalte von Stadtkindern 18 % oberhalb denen von auf dem Land lebenden Kindern. Auf für Arzneimittel (+11 %) und ambulante Arztbesuche (+5 %) fielen für Kinder aus städtisch geprägten Gebieten höhere Ausgaben an. Niedriger waren sie lediglich für verschriebene Hilfsmittel (-16 %) und Rehaleistungen.

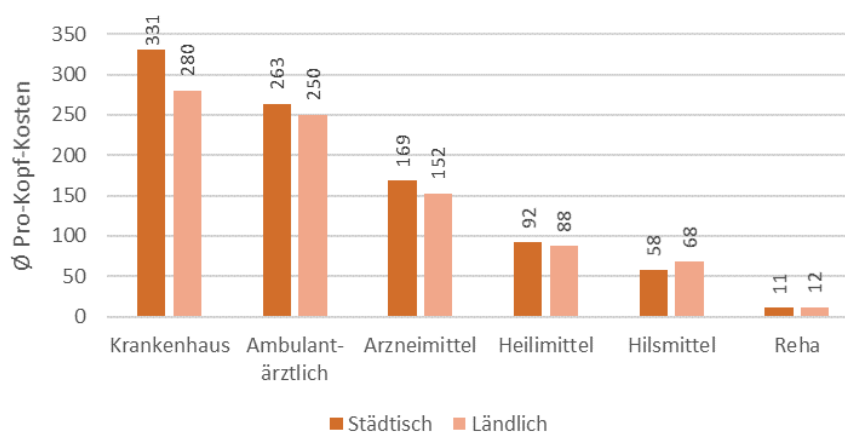


Abbildung 49: Durchschnittliche Pro-Kopf-Ausgaben je Versorgungssektor differenziert nach ländlich- und städtisch geprägten Regionen in Schleswig-Holstein

Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben von in der Stadt lebenden Kindern liegen im späten Kindes- und Jugendalter oberhalb denen von Landkindern (vgl. Abb. 50). In der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen fielen aufgrund höherer Ausgaben für Krankenhausaufenthalte und verschriebene Arzneimittel 14 % höhere Pro-Kopf-Kosten auf. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen lagen sie sogar 33 % höher, insbesondere aufgrund fast doppelt so hoher Ausgaben für Arzneimittel. Am größten war der beobachtete Unterschied zwischen in städtischen und ländlichen Gebieten lebenden Kindern unter Säuglingen. Dies war auf mehr als dreimal so hohe durchschnittliche Ausgaben für Krankenhausleistungen zurückzuführen. Dies war wiederum durch wenige in ländlichen Gebieten lebenden schwer kranke Kinder mit aufwändigen Krankenhausaufenthalten bedingt. Aufgrund der vergleichsweise geringen Stichprobengröße führt dies zu den beobachteten Ausreißern, weshalb die Vergleichsdaten in dieser Altersgruppe nur eingeschränkt bewertbar sind. Belastbarere Daten für den Stadt-Land-Vergleich auch in dieser Altersgruppe werden sich in den kommenden Jahren durch den Aufbau einer Zeitreihe ergeben.

Ausreißer bei Säuglingen

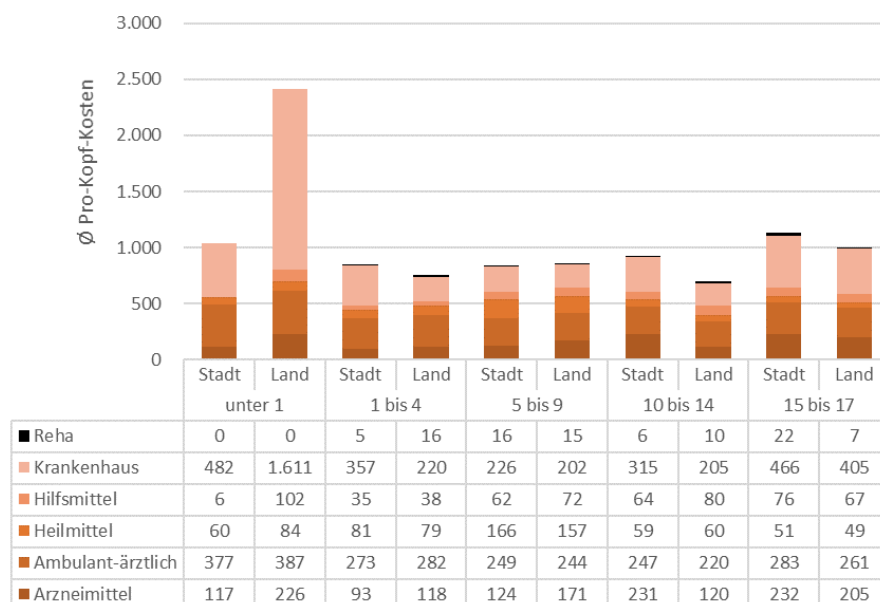


Abbildung 50: Altersgruppenspezifische Verteilung der Ausgabenprofile bei Kindern in städtischen und ländlichen Regionen in Schleswig-Holstein

6 Bundesweite Ergebnisse zur Familiengesundheit

Die wichtigsten Ergebnisse im Überblick

1. Der Bildungsgrad der Eltern ist ein besserer Prädiktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen als das elterliche Einkommen.
2. Kinder von Eltern mit niedrigem Bildungsabschluss nehmen aufgrund eines anderen Morbiditätsspektrums das Versorgungssystem anders in Anspruch. Dies resultiert auch in unterschiedlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten. Für Kinder bildungsferner Eltern lagen zum Beispiel die durchschnittlichen Gesamtausgaben 5 % oberhalb der Ausgaben für Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss.
3. Für 85 % aller Kinder konnte lediglich ein Elternteil zugeordnet werden. Eine Abbildung von Familienstrukturen (z. B. Alleinerziehende) ist damit nicht möglich.
4. Kinder von Eltern mit Suchterkrankungen verursachten durchschnittlich 32 % höhere Versorgungskosten.
5. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind an einer bestimmten Erkrankung zu leiden, war vielfach mit einer entsprechenden Erkrankung eines Elternteils assoziiert. Der stärkste Zusammenhang zeigte sich bei akuten Infektionskrankheiten. Wird z. B. bei Elterneine gesicherte Influenzainfektion diagnostiziert, war die Wahrscheinlichkeit bis zu 45-mal höher, dass auch das Kind eine entsprechende Erkrankung hat. Hohe innerfamiliäre Assoziationen in der Erkrankungswahrscheinlichkeit wurden auch für Adipositas, Zahnkaries oder Diabetes beobachtet.

6.1 Methodik

Im Rahmen des ersten bundesweiten Kinder- und Jugendreportes der DAK-Gesundheit wurden zusätzlich zu den Abrechnungsdaten aller Kinder und Jugendlichen auch die Daten von deren Eltern zur Analyse herangezogen. Neben Daten von 587.977 bundesweit bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen wurden so auch die Abrechnungsdaten von 426.073 Eltern analysiert. Dabei standen im Rahmen des Schwerpunktthemas „Familiengesundheit“ zwei Fragestellungen im Mittelpunkt:

1. Inwiefern beeinflusst der sozioökonomische Familienstatus die Gesundheit und Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von Kindern und Jugendlichen?
2. Inwiefern lassen sich innerfamiliäre Interaktionen im Erkrankungs-geschehen abbilden?

6.1.1 Erstellen einer Familienvariable

Familienver-bünde

Die Analysen des Schwerpunktthemas berücksichtigen zusätzlich Leistungsdaten aller über die DAK-Gesundheit verknüpfbarer Familienmitglieder (Eltern, ältere Geschwister). Eine Aussage über Familienstrukturen, z. B. eine Identifikation von Alleinerziehenden, ist in GKV-Abrechnungsdaten pauschal jedoch nicht möglich. Eine große Herausforderung stellte insofern die Zuweisung bzw. Erkennung der Familienrolle einer Person dar. So ist lediglich die

generelle Zuordnung von Einzelpersonen zu einem Identifikationsschlüssel der Familie ersichtlich. Die Zuordnung von Kindern zu deren Eltern ist dabei im Rahmen eines Mehrstufigen Vorgehens erfolgt. Eine weitestgehend einfache Zuordnung erfolgt dabei über die Versichertennummer. Weitere Zuordnungsschlüssel können eine Kombination aus Familienname und Wohnadresse darstellen. Für die nachfolgenden 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 wurde ein iterativer Prozess zur Identifikation zur Anwendung gebracht.³⁹ Die Anwendung dieser Heuristik auf den Datensatz hatte keine Familie mit mehr als zwei Elternteilen zum Ergebnis 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.

Familienrolle einer Person

6.1.2 Beschreibung des sozioökonomischen Familienstatus

Eine Reihe von Studien hat in den letzten Jahren auf den engen Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit hingewiesen. Für Kinder und Jugendliche kann sich der sozioökonomische Status ihrer Herkunftsfamilie in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken.⁴⁰ 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.⁴¹ Die HBSC-Studie 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, der Verfügbarkeit eines eigenen Kinderzimmers sowie der Anzahl von Familienurlaube den sozioökonomischen Familienstatus abbildet.

³⁹ Vgl. detailliert Greiner et al. (2018), S. 9.

⁴⁰ Klocke, Lampert (2005).

⁴¹ Lampert et al. (2014).

Abbildung des sozioökonomischen Status

In GKV-Abrechnungsdaten stehen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status' der Versicherten mit der Beitragssatzhöhe sowie dem Tätigkeitschlüssel zwei Informationen zur Verfügung (vgl. Tab. 45). Zur besseren Interpretierbarkeit der Ergebnisse wurden die den sozioökonomischen Familienstatus beschreibenden Variablen wie folgt zusammengefasst:

Tabelle 45: Klassifikation der Variablen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Eltern

Aggregierte Kategorie	Beinhaltete Ausprägungen
Beruflicher Ausbildungsabschluss	
Keine Angabe (NA)	Abschluss unbekannt
Kein Abschluss	Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss
Mittlerer Bildungsabschluss	Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung, Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss,
Hoher Bildungsabschluss	Diplom/Magister/Master/Staatsexamen Promotion
Einkommen*	
Keine Angabe (NA)	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 anhand des relativen Abstandes zum Medianeinkommen. Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass aufgrund der fehlenden Angaben zum Familieneinkommen hier nur eine näherungsweise Abbildung des Einkommensniveaus erfolgen kann. Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2015).	

40 % ohne Angaben zum Bildungsabschluss

Für die Analysen zum Einfluss des sozioökonomischen Status der Familie wurde den Kindern jeweils die höchste Einkommensklasse oder der höchste Bildungsgrad der Eltern zugewiesen. Zu berücksichtigen ist, dass für knapp 40 % der im Datensatz enthaltenen Kinder keine Angaben zum Bildungsabschluss der Eltern vorliegen (vgl. Tab. 46). Ob die fehlende Angabe eines Bildungsabschlusses systematisch bestimmte sozioökonomische Statusgruppen im Datensatz unterrepräsentiert, kann nicht ausgeschlossen werden.

Tabelle 46: Verteilung der Kinder auf die Einkommens- und Bildungsgruppen der Eltern

		Einkommen			
		NA	Niedrig	Mittel	Hoch
Bildungsabschluss	NA	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 %

6.1.3 Abbildung familienassoziierter Determinanten für die Gesundheit

Neben dem Einfluss des sozioökonomischen Familienstatus wurde die Assoziation zwischen dem Auftreten einer Diagnose bei Kindern (Ereignis) und einer gleichlautenden Diagnose bei wenigstens einem Elternteil (Bedingung) analysiert. Zur Beschreibung entsprechender Zusammenhänge können zunächst Kreuztabellen genutzt werden. Dabei wird in den Spalten jeweils dokumentiert, ob die in Frage stehende Bedingung erfüllt wird oder nicht. In den Zeilen findet sich die Information, ob das Ereignis eingetreten ist oder nicht. Aus dieser Struktur ergeben sich vier disjunkte Gruppen, denen jeweils ein Feld in der Kreuztabelle zugeordnet wird (vgl. Tab. 47). In der linken Spalte finden sich die Personen, bei denen die Bedingung nicht vorlag und das Ereignis nicht eingetreten ist (a), und die Personen, bei denen die Bedingung nicht vorlag, aber das Ereignis eingetreten ist (c). In der rechten Spalte finden sich die Personen, bei denen die Bedingung vorlag, aber das Ereignis nicht eingetreten ist (b), und die Personen, bei denen die Bedingung vorlag und das Ereignis eingetreten ist (d). Da die Gruppen disjunkt sind, kann für eine gegebene Population die absolute Häufigkeit einer jeden Gruppen eindeutig bestimmt werden (dabei gilt: $a + b + c + d = \text{Populationsgröße}$).

Tabelle 47: Prototypische Struktur einer Kreuztabelle

		Bedingung	
		liegt nicht vor	liegt vor
Ereignis	nicht eingetreten	a	b
	eingetreten	c	d

Auf Basis der Kreuztabelle können nun Maßzahlen berechnet werden, welche es erlauben die Assoziation zu quantifizieren. Eine dieser Maßzahlen ist das Chancenverhältnis bzw. Odds Ratio, wobei in den nachfolgenden Kapiteln stets die englische Bezeichnung verwendet wird. Hierbei wird zunächst getrennt für die beiden Spalten die Wahrscheinlichkeit berechnet, dass das Ereignis eintritt, also b/a bzw. d/c . Sollte eine Assoziation zwischen der Bedingung und dem Ereignis vorliegen, so ist davon auszugehen, dass diese Wahrscheinlichkeiten sich unterscheiden. Um diesen Unterschied zu untersuchen, wird das Verhältnis der beiden Wahrscheinlichkeiten, das Odds Ratio, als $(a*d)/(b*c)$ gebildet.

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.

**Berechnete
Zusammen-
hangsmaße**

6.2 Einfluss des sozioökonomischen Familienstatus auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

6.2.1 Einfluss auf die Erkrankungshäufigkeit

Stärkerer Einfluss des Bildungsabschlusses

Zur Beschreibung des Einflusses des sozioökonomischen Familienstatus auf das Krankheitsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen werden nachfolgend relevante, in den Daten identifizierte Zusammenhänge diskutiert. Diese beziehen sich auf die Erkrankungsbilder Adipositas, Allergien, Asthma, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen sowie Zahnkaries und damit insgesamt auf Erkrankungsbilder, welche hinsichtlich der Prävalenz zumindest zum Teil auch lebensstilabhängig sein können. Im Rahmen der Analyse zeigte sich, dass sich über alle Erkrankungsbilder deutlichere Zusammenhänge zwischen der gesundheitlichen Lage der Kinder und dem Bildungsabschluss der Eltern zeigte. Analysen hinsichtlich des Einflusses des Einkommens der Eltern zeigten dabei grundsätzlich dieselben Trends, wenn auch auf schwächerem Niveau bzw. in nicht so deutlicher Abstufung zwischen den Einkommensgruppen. Über die Gründe dafür kann nur spekuliert werden. Es ist grundsätzlich anzunehmen, dass ein niedriges Einkommen auf mit einem niedrigen Bildungsabschluss korreliert. Problematisch könnte hier jedoch die fehlende Abbildung des gesamten Familienverbundes, also beider Elternteile eines Kindes, innerhalb von GKV-Daten sein, da so die Abbildung der sozialen Lage anhand des Einkommens deutlich verzerrt sein kann.

Starke Assoziation bei Karies- und Adipositas-Fällen

Auf Ebene der einzelnen Erkrankungsbilder lassen sich im Hinblick auf den Ausbildungsabschluss der Eltern zum Teil deutliche Zusammenhänge zur Erkrankungshäufigkeit der Kinder abbilden. Besonders deutlich sind diese in der Prävalenz von Adipositas (vgl. Abb. 51). Am deutlichsten ist der beobachtete relative Unterschied in der Erkrankungshäufigkeit bei der Zahnkaries. Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss haben eine um 248 % höhere Prävalenz als Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss. Eine vergleichbar starke Assoziation wurde auch für die Häufigkeit krankhaften Übergewichts beobachtet. Kinder aus Elternhäusern ohne Bildungsabschluss zeigten mit einer Prävalenz von knapp 52 Fällen je 1.000 eine um 190 % höhere Prävalenz als Kinder aus Akademikerhaushalten (17,8 Fälle je 1.000). Schwächere aber immer noch deutliche Zusammenhänge wurden bei Kindern mit Asthma und Verhaltensstörungen beobachtet. Während Kinder 50 % häufiger Verhaltensstörungen haben, wenn sie aus Familien ohne Ausbildungsabschluss anstatt mit hohem Bildungsgrad kommen, ist der Zusammenhang bei Asthmaerkrankten etwas differenzierter. So konnte in dieser Indikation kein Unterschied zwischen Kindern von Eltern ohne und mittlerem Ausbildungsabschluss beobachtet werden. Einzig Kinder von Akademikern zeigten 22 % niedrigere Erkrankungshäufigkeiten.

Keine Angabe über Bildungsabschluss

Eine Sonderrolle nimmt die Gruppe der Kinder ein, für deren Eltern keine Informationen über den Ausbildungsabschluss in den Daten vorlagen. Mit Ausnahme der Asthmaerkrankten liegt die Erkrankungshäufigkeit dieser Kinder in allen betrachteten Erkrankungsbildern zwischen der, die bei Kindern von Eltern ohne und mittlerem Ausbildungsabschluss beobachtet wurden. Es kann insofern vermutet werden, dass sich diese Gruppe nicht ausschließlich aus Kindern von Eltern ohne Ausbildungsabschluss zusammensetzt.

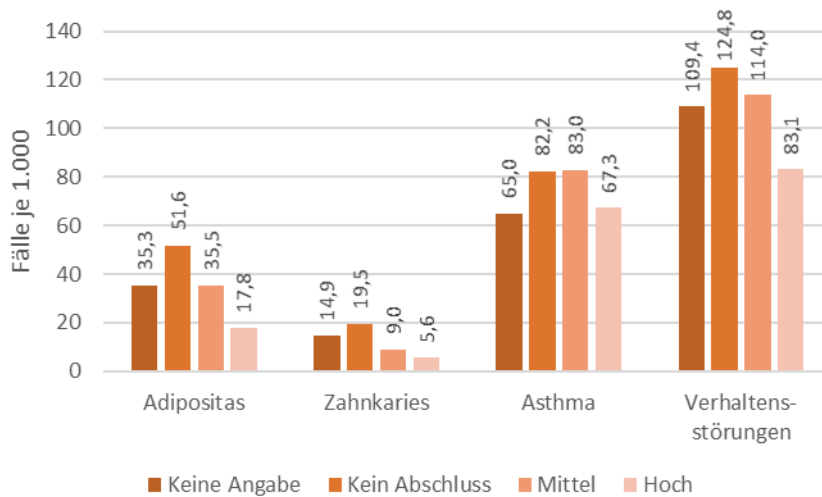


Abbildung 51: Prävalenz (Fälle je 1.000) versorgungsrelevanter Erkrankungsbilder in Abhängigkeit des Ausbildungsabschlusses der Eltern

Neben allgemeinen Zusammenhängen im Erkrankungsgeschehen in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses zeigten sich in Abhängigkeit des Alters der Kinder bzw. Jugendlichen unterschiedlich deutliche Zusammenhänge. Tabelle 48 zeigt für die ausgewählten Erkrankungsbilder jene Altersgruppen, in denen sich die beobachteten Erkrankungshäufigkeiten in Abhängigkeit des Bildungsabschlusses der Eltern am stärksten unterscheiden. Dabei ist auffällig, dass für alle betrachteten Erkrankungsbilder Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss die höchste Erkrankungsprävalenz aufweisen. Die Unterschiede zu Kindern mit Eltern höherer Bildungsabschlüsse sind zum Teil beträchtlich. So ist zum Beispiel die Karies-Prävalenz von Kindern mit Eltern mit hohem Bildungsabschluss 74 % geringer als bei Kindern von Eltern ohne Ausbildungsabschluss (34 Fälle je 1.000 vs. 9 Fälle je 1.000).

Stärkere Zusammenhänge in bestimmten Altersgruppen

Tabelle 48: Prävalenz häufiger Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Relation zum Ausbildungsabschluss der Eltern

Erkrankung des Kindes	Größter beobachteter Unterschied in der Prävalenz zwischen den Ausbildungsgruppen der Eltern				
	Altersgruppe	Keine Angabe	Kein Abschluss	Mittel	Hoch
Adipositas	5-9	-26 %	52 / 1.000	-34 %	-71%
Allergien	15-17	-31 %	55 / 1.000	-7 %	-25 %
Asthma	15-17	-32 %	94 / 1.000	-5 %	-24 %
Entwicklungsstörungen	5-9	-15 %	267 / 1.000	-14 %	-45 %
Verhaltensstörungen	5-9	-9 %	159 / 1.000	-8 %	-44 %
Zahnkaries	5-9	-23 %	34 / 1.000	-52 %	-74 %

**Bildung erklärt
auch Inanspruch-
nahme besser**

6.2.2 Einfluss auf die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

Auch Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen bzw. damit zusammenhängende Versorgungskosten zeigten sich auf Ebene des Bildungsabschlusses der Eltern deutlichere Zusammenhänge als auf Ebene des Einkommens. So konnte beobachtet werden, dass Kinder von Eltern mit niedrigem Einkommen bis zu 18 % mehr Arzneimittel verschrieben bekommen als Kinder von Eltern mit hohem Einkommen. Deutlicher war dieser Effekt unter Berücksichtigung des Bildungsabschlusses: Kinder von Eltern ohne Bildungsabschluss bekamen je nach Alter bis zu 43 % mehr Arzneimittel verschrieben als Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss. Ein vergleichbarer Trend zeigte sich auch hinsichtlich der Inanspruchnahme stationärer Leistungen: Während Kinder von Eltern mit niedrigem Einkommen bis zu 47 % mehr Krankenhausaufenthalte hatten als Kinder von Eltern mit hohem Einkommen, lag der Unterschied von Kindern von Eltern ohne Bildungsabschluss bei bis zu 68 % im Vergleich zu Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss.

**17 % höhere Pro-
Kopf-Kosten in
bildungsfernen
Elternhäusern**

Auch hinsichtlich weiterer relevanter Parameter der Leistungsanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen zeigte sich zum Teil ein deutlicher Einfluss des Bildungsabschlusses der Eltern (vgl. Tab. 49). Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang auf Ebene der Inanspruchnahmehäufigkeit von Versorgungsleistungen sowie den durchschnittlichen Pro-Kopf-Kosten deutlich. Demnach nahmen Kinder von Akademikereltern mit durchschnittlich 6,9 Versorgungskontakten im Jahr 2016 insgesamt 12 % weniger Versorgungsleistungen in Anspruch als Kinder aus bildungsfernen Haushalten. Dies schlägt sich auch in den Ausgaben für Gesundheitsleistungen wieder. Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben lagen für Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss 17 % oberhalb der Ausgaben für Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss. Dies ist im Wesentlichen auf durchschnittlich 37 % höhere Ausgaben für Krankenhausaufenthalte zurückzuführen.

Tabelle 49: Einfluss des Bildungsabschlusses der Eltern auf die Leistungsanspruchnahme der Kinder und Jugendlichen

	Höchster Bildungsabschluss der Eltern			
	NA	Kein	Mittel	Hoch
Ø Inanspruchnahmehäufigkeit des Versorgungssystems	6,9 Mal	7,8 Mal	7,8 Mal	6,9 Mal
Anteil Krankenhausbehandlungen*	1,0 %	1,1 %	1,0 %	0,9 %
Anteil ambulant-ärztlich*	24,0 %	24,5 %	25,9 %	26,4 %
Anteil Arzneimittel*	43,6 %	43,4 %	39,6 %	39,2 %
Ø Pro-Kopf-Kosten, insgesamt	904 €	1.004 €	966 €	858 €
Ø Pro-Kopf-Kosten, Krankenhaus	328 €	346 €	320 €	252 €
Ø Pro-Kopf-Kosten, ambulant-ärztlich	241 €	272 €	274 €	256 €
Ø Pro-Kopf-Kosten, Arzneimittel	190 €	216 €	204 €	208 €
* An allen Versorgungskontakten einer Person. NA – keine Angabe				

Die beobachteten Zusammenhänge sind zudem über Altersjahrgänge hinweg stabil (Säuglinge ausgenommen). Ab dem Kindesalter war zu beobachten, dass die Höhe der Gesundheitsversorgungskosten mit steigendem Bildungsgrad der Eltern abnimmt (vgl. Abb. 52). Dabei lagen die Versorgungskosten der Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss in allen Altersgruppen bis zu 24 % unterhalb denen mit mittlerem (<1-Jährige) und 16 % unterhalb denen ohne Ausbildungsabschluss (15-17-Jährige). Am deutlichsten war die Abweichung zwischen allen drei Ausbildungsgruppen der Eltern in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen. Mit durchschnittlichen Pro-Kopf-Versorgungskosten in Höhe von 1.084 € lagen die Kosten der Kinder von Eltern mit hohem Bildungsabschluss 11 % unterhalb denen von Eltern mit mittlerem und 16 % unter denen von Eltern ohne Ausbildungsabschluss.

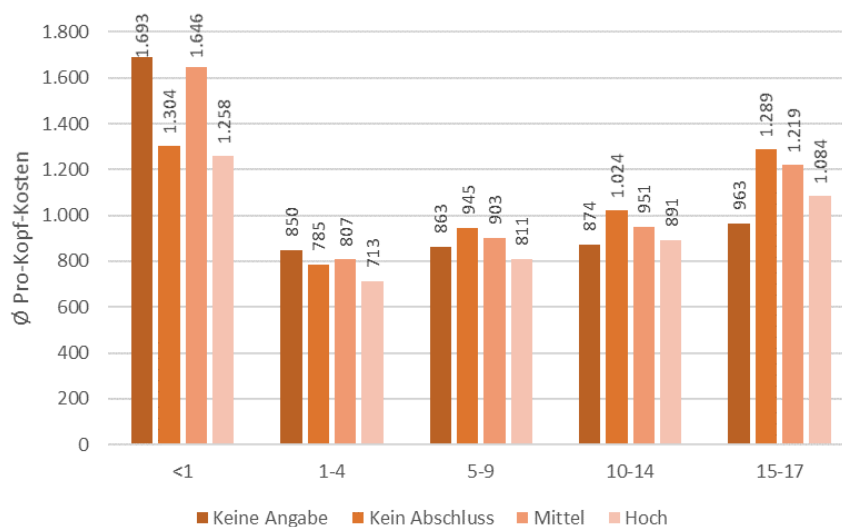


Abbildung 52: Kosten der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit des Ausbildungsabschlusses der Eltern

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass die durchschnittlichen Kosten stark von Ausreißern bestimmt sind. Vor allem im Bereich der unter Einjährigen können vor allem Krankenhausaufenthalte extreme Kosten verursachen, die einen starken Einfluss auf die durchschnittlichen Kosten haben. Grundsätzlich ist auch hinsichtlich der Kosten der grundsätzliche Trend zu erkennen, dass ein höherer Bildungsabschluss mit niedrigeren Kosten assoziiert ist. Allerdings wurde dies in der Altersgruppe der unter Einjährigen und der Gruppe der 1- bis 4-Jährigen durch die Eltern mit Ausbildung, in der Gruppe der 5- bis 9-Jährigen von der Gruppe „Hochschule“ und bei den 10- bis 14-Jährigen durch die Gruppe „Meister“ unterbrochen. Für die Gruppe der Personen ohne Angabe zum Bildungsstand war – analog zur Entwicklung bei den Kontakten bzw. Verordnungen – ein Rückgang der Kosten mit zunehmendem Alter der Kinder zu beobachten.

Unabhängig davon, wie häufig Kinder und Jugendliche in Abhängigkeit des Bildungsgrades ihrer Eltern Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen, zeigen sich auch verschiedene relative Inanspruchnahmemuster. Unabhängig vom Alter gehen Kinder aus Akademikerhaushalten anteilig 8 % häufiger zum Haus- und Facharzt. Auf der anderen Seite ist der Anteil medikamentöser Therapien unter allen Versorgungsleistungen bei Kindern aus bildungsfernen Elternhäusern durchschnittlich um 11 % höher (vgl. Tab. 49).

Ausreißer

Leistungsanspruchnahme

6.3 Familienassoziierte Determinanten für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

6.3.1 Datensatz und Familienstruktur

Kinder und Jugendlichen sind jeweils in einen Familienverbund integriert, und die individuellen Lebensgegebenheiten des Familienverbundes können einen Einfluss auf die Leistungsanspruchnahme und zugrundeliegenden Diagnosen ausüben. Dabei gibt es externe Faktoren, welche ihre Wirkung auf alle Mitglieder der Familie entfalten, beispielsweise die physische Umwelt, z. B. eine Exposition von Umwelteinflüssen oder die soziale Umwelt, wenn beispielsweise die Kinder die gleiche Schule besuchen. Schlussendlich zeichnet sich das Zusammenleben 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, z. B. Stress, aber auch innerhalb der Familie (implizit) geteilte Einstellungen beispielsweise gegenüber Arzneimitteln.

85 % der Kinder mit nur einem Elternteil

GKV-Abrechnungsdaten werden nicht zu dem Zweck erhoben, um Versorgungsforschungsbezogene Analysen über die Gesundheit von Kindern in Familienverbänden durchzuführen. Aber auch aus anderen Gründen (Kassenwahlfreiheit, private Krankenversicherung, Alleinerziehende) sind Kindern nicht zwangsläufig zwei Elternteile in GKV-Daten zuordenbar. Dies ist eine natürliche Limitation des Datenzuganges. Insofern ist die Art und Struktur der im Datensatz abgebildeten Familien von Interesse. Für den größten Anteil der im Datensatz vorhandenen Familien kann nur ein Elternteil zugeordnet werden. Aus der fehlenden Repräsentation in den Daten kann also nicht auf die Abwesenheit des Elternteils innerhalb des Familienverbundes geschlossen werden. Für einen sehr geringen Anteil von Kindern konnte im Datensatz überhaupt kein Elternteil identifiziert werden. Basierend auf der Familienzuerschlüsselung ergeben sich für nachfolgende Analysen damit folgende Familienstrukturen:

- Kinder mit einem Elternteil: 85 % (75 % nur Mutter, 25 % nur Vater)
- Kinder mit beiden Elternteilen: 15 %

Im Mittel hatte eine Familie im Datensatz 1,52 Kinder. Dabei haben 58 % der Familien nur ein Kind. In 33 % der Familien lebten zwei Kinder, und in 7 % der beobachteten Familien waren drei Familienmitglieder minderjährig. Auf Familien mit vier oder mehr Kindern entfiel nur ein vergleichsweise geringer Anteil von 2 %.

6.3.2 Vulnerable Familienverbände

Kinder suchtkranker Eltern

Eine aus Public Health-Perspektive besonders vulnerable Gruppe stellen Kinder suchtkranker Eltern dar. Dabei können auf Basis der verfügbaren Abrechnungsdaten der GKV sowohl Unterschiede in der Inanspruchnahme des Versorgungssystems als auch hinsichtlich des zugrundeliegenden Erkrankungsgeschehens abgebildet werden. Für knapp 8 % aller Kinder bzw. Jugendlichen lag eine diagnostizierte Suchterkrankung (ICD-10 F1) bei wenigstens einem Elternteil vor. Diese Kinder zeigen im Vergleich zur Gesamtpopulation unter

Berücksichtigung aller Leistungsbereiche um 32 % höhere durchschnittliche Versorgungskosten (vgl. Tab. 50). Dies ist insbesondere auf die erhöhte durchschnittliche Anzahl von Krankenhausaufenthalten (+ 17 %) zurückzuführen. Doch auch auf Ebene anderer Versorgungsbereiche, z. B. ambulanzärztlicher Leistungen oder dem Arzneimittelverbrauch, zeigt sich eine erhöhte Inanspruchnahmeprävalenz bei Kindern suchtkranker Eltern.

Tabelle 50: Durchschnittliche Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen von Kindern suchtkranker Eltern

Populationsdurchschnitt	Keine Suchterkrankung der Eltern	Suchterkrankung der Eltern	Differenz
Anteil der Kinder	92,1 %	7,9 %	-
Gesamtkosten	912 €	1.205 €	+ 32,1 %
Kontakte Ambulant	2,4	2,6	+ 11,2 %
Kontakte Stationär	2,0	2,4	+ 16,8 %
Anzahl Arzneimittel-Packungen	5,3	6,2	+ 17,5 %
Anzahl verschiedene Arzneimittel	3,9	4,3	+ 11,1 %

Auch hinsichtlich der Häufigkeit bestimmter Erkrankungsbildung lassen sich in deskriptiver Hinsicht Unterschiede bei Kindern suchtkranker Eltern identifizieren. Werden die in Kapitel 3 herangezogenen potentiell chronisch-somatisch verlaufenden Erkrankungsbilder zugrunde gelegt, so liegt der Anteil chronisch kranker Kinder von Eltern mit diagnostizierter Suchterkrankung bei 33,6 %. Im Vergleich dazu haben Kinder nicht suchtkranker Eltern eine um sieben Prozentpunkte niedrigere Prävalenz entsprechender Erkrankungsbilder. Auch hinsichtlich der Prävalenz potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen zeigen sich zum Teil deutliche deskriptive Unterschiede. So ist zum Beispiel der Anteil der Kinder, die eine klinisch diagnostizierte Suchterkrankung entwickelt haben, um 63 % höher, wenn sie selbst suchtkranke Eltern haben (vgl. Abb. 53). Auch die Prävalenz von Depressionen (+ 43 %) oder hyperkinetischen Störungen (im Wesentlichen ADHS, + 41 %) ist deutlich erhöht. Angststörungen treten ebenfalls gehäuft auf (+ 26 %). Dies gilt insbesondere für das differenzierte Erkrankungsbild der Schulangst bzw. Schulphobie (+ 35 %).

Mehr psychische Auffälligkeiten

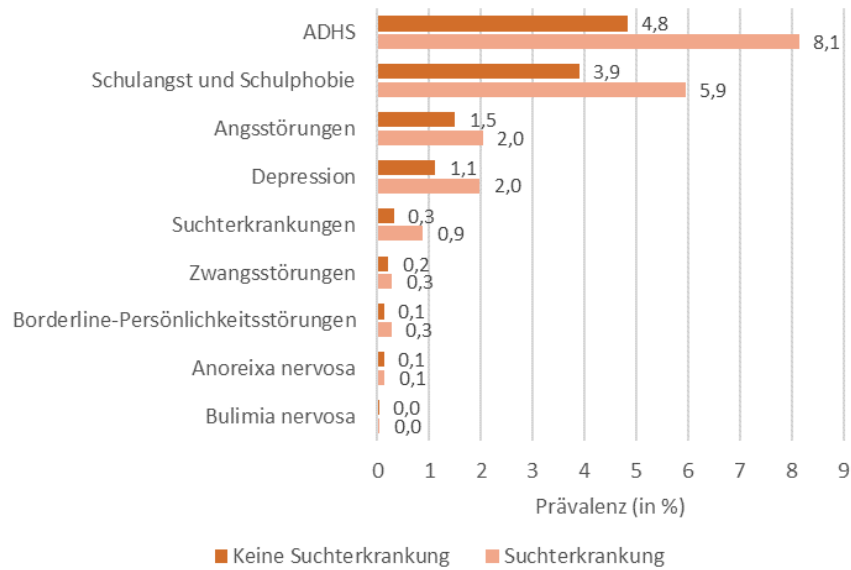


Abbildung 53: Prävalenz potentiell chronisch-psychischer Erkrankungen bei Kindern suchtkranker Eltern im Vergleich zu Kindern ohne suchtkranke Eltern

Limitationen der Analyse

Einschränkend ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den hier beobachteten Unterschieden lediglich um deskriptive Zusammenhänge handelt. Eine Kontrolle bzw. Adjustierung für potentielle Confounder erfolgte nicht. So ist insbesondere anzunehmen, dass der sozioökonomische Status der Eltern einen bedeutenden Einfluss sowohl auf das Erkrankungsgeschehen als auch die Leistungsanspruchnahme hat. Unabhängig davon zeigt sich aus Kostenträgerperspektive jedoch auf Basis der vorliegenden Daten erhebliches Präventions- und Steuerungspotential zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern suchtkranker Eltern.

6.3.3 Erkrankungen der Eltern als Determinanten für die Erkrankungswahrscheinlichkeit ihrer Kinder

In diesem Abschnitt wird der Einfluss von bei Eltern gestellten Diagnosen auf das Auftreten dieser Diagnose bei den Kindern der Familie beleuchtet. Operationalisiert wird dies darüber, ob bei mindestens einem Elternteil die entsprechende Diagnose im ambulanten oder stationären Kontext auftrat. Dabei musste die Diagnose im Datensatz für das Jahr 2016 mindestens einmal beobachtet werden. Aufgrund der vorliegenden Daten lässt sich dabei keinerlei Kausalität der Zusammenhänge herleiten (Aussagen wie „Das Vorhandensein der Diagnose bei den Eltern ist ursächlich für die Diagnose der Kinder“ sind also nicht möglich), sondern lediglich eine Assoziation beobachten. Diese Assoziationen können potentiell in beide Richtungen wirken. Des Weiteren ist es wichtig zu beachten, dass das Odds Ratio als aggregierte Maßzahl keinen Aufschluss mehr über die zugrundliegende Fallzahl gibt.

Einfluss auf Erkrankungsgebiete

Ein Zusammenhang zwischen der Erkrankungshäufigkeit der Eltern und der Wahrscheinlichkeit einer parallelen Erkrankung der Kinder lassen sich sowohl auf Ebene allgemeiner Erkrankungsgebiete (ICD-Einsteller) sowie auf Ebene jeweils konkreter Erkrankungsbilder (ICD-Dreisteller) abbilden. Dabei zeigen

sich auf Ebene der Erkrankungsgebiete zunächst erste Hinweise auf allgemein häufigere Erkrankungen bei Kindern und Eltern (vgl. Tab. 51). So treten Tumorerkrankungen (gut- und bösartige) unter Kindern dann mehr als doppelt so häufig auf, wenn auch bei einem der Elternteile eine entsprechende Erkrankung beobachtet wurde. Selbiges gilt für Augenerkrankungen, wobei der Zusammenhang auf Ebene der Augenerkrankungen auf einer deutlich größeren Fallzahl beruht. Bei anderen Erkrankungen zeigt sich aufgrund der zum Teil geringen Fallzahlen erst auf spezifischer Indikationsebene ein belastbarer Zusammenhang. Dazu gehören z. B. bestimmte psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Suchterkrankungen.

Tabelle 51: Wahrscheinlichkeit (Odds Ratio) einer Erkrankung des Kindes bei entsprechender Erkrankung eines Elternteils auf Basis allgemeiner Erkrankungsgebiete

Erkrankungsgebiete	Jungen	Mädchen	Gesamt
Neubildungen	2,3	2,2	2,3
Augenerkrankungen	2,1	2,2	2,1
Atemwegserkrankungen	1,9	1,9	1,9
Infektionskrankheiten	1,6	1,6	1,6
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,5	1,6	1,6
Psychische und Verhaltensstörungen	1,4	1,5	1,5
Hauterkrankungen	1,5	1,5	1,5
Krankheiten des Nervensystems	1,4	1,4	1,4

Die in Tabelle 51 gezeigten Zusammenhänge auf Obererkrankungsebene beziehen neben Erkrankungsbildern mit starken Assoziationen auch solche mit ein, in welchen es keinen deutlichen Zusammenhang zwischen einer elterlichen Erkrankung und einer korrespondierenden der Kinder gibt. Es ist also erforderlich, einzelne Erkrankungsbilder, sowohl solche, die sehr prävalent oder von hoher Versorgungsrelevanz sind, gezielt zu untersuchen.

Eine zu erwartende hohe Parallelität von Erkrankungen der Eltern und Kindern ergab sich bei ausgewählten Infektionskrankheiten. Für die durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren bestätigte Grippe (ICD-10 J10) wurden in nahezu allen Altersgruppen ein sehr hohes Odds Ratio beobachtet. So war beispielsweise die Wahrscheinlichkeit eine Influenza zu beobachten für Mädchen im Alter von 2 bis 4 Jahren 45-mal höher, wenn eine entsprechende Diagnose auch für die Eltern vorlag. Allerdings ist eine durch Virusnachweis bestätigte Influenza im Kindesalter vergleichsweise selten, wie Kapitel 3 gezeigt hat. Insofern bietet die Analyse der Grippe (also ohne Virusnachweis) eine deutliche belastbarere Datengrundlage. Insgesamt zeigen sich dabei zwar geringere Zusammenhangsmaße als bei einer Influenza, diese waren jedoch relativ stabil über alle Altersgruppen hinweg zu beobachten (vgl. Abb. 54). Während die Wahrscheinlichkeit für eine entsprechende Diagnose bei den bis 9-Jährigen, ohne große Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jeweils ungefähr viermal höher war, sobald eine Diagnose bei den Eltern vorlag, stieg das Odds Ratio für die letzten beiden Altersgruppen deutlich an.

Einfluss auf Erkrankungsbilder

Das höchste Odds Ratio wurde für Jungen im Alter von 15 bis 17 Jahren beobachtet und entsprach einer um circa den Faktor 9 erhöhten Wahrscheinlichkeit eine Influenza-Diagnose ohne Virusnachweis zu beobachten, sobald eine derartige Diagnose bei den Eltern vorlag.



Abbildung 54: Odds Ratio für das Vorhandensein einer Grippe ohne Influenza-Virusnachweis (ICD-10 J11) nach Altersgruppen und Geschlecht bei Vorhandensein mindestens einer Grippe bei den Eltern des Kindes

Auch für eine Reihe weiterer Erkrankungsbilder gibt es zum Teil deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeiten für eine Erkrankung des Kindes, wenn auch ein Elternteil erkrankt ist (vgl. Tab. 52).

Tabelle 52: Wahrscheinlichkeit (OR) einer Erkrankung des Kindes bei entsprechender Erkrankung eines Elternteils auf Basis versorgungsrelevanter Erkrankungsdiagnosen

Erkrankung	Gruppe mit höchstem Risiko	Faktor
Grippe	15-17 Jahre	bis zu 9-Fach
Zahnkaries	10-14 Jahre	bis zu 6-Fach
Adipositas	15-17 Jahre	bis zu 3,5-Fach
Depressionen	15-17 Jahre	bis zu 2,8-Fach
Substanzmissbrauch	15-17 Jahre	bis zu 2,7-Fach
Heuschnupfen	5-17 Jahre	bis zu 2,2-Fach

Starke Zusammenhänge bei verhaltensbezogenen Erkrankungen

Neben den bereits erwähnten akuten Atemwegserkrankungen sind dies insbesondere verhaltensbezogene Krankheitsbilder wie Adipositas oder Zahnkaries. Hinsichtlich des Risikos als Kind krankhaft übergewichtig zu sein ist ab dem Alter von 5 Jahren eine konstant hohe Wahrscheinlichkeit sowohl für Jungen als auch Mädchen zu beobachten. Bei der Zahnkaries zeigten sich wiederum höhere innerfamiliäre Assoziationen bei Mädchen, trotz absolut geringerer Fallzahlen. Dies konnte ein Hinweis darauf sein, dass Jungen hinsichtlich ihrer Mundhygiene unabhängiger von Ihren Eltern agieren, sowohl im Positiven, wie im Negativen.

Literatur

Ärzteblatt (2016): Hautärzte sehen Krätze auf dem Vormarsch. Ärzteblatt online vom 28.11.2016.

Ärzteblatt (2018): Verordnungen von Krätzemedikamenten sprunghaft angestiegen. Ärzteblatt online vom 13.03.2018.

Bachmann CJ, Lemp T, Glaeske G, Hoffmann F (2014): Antipsychotika-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen. Auswertung von Daten einer gesetzlichen Krankenkasse für den Zeitraum 2005 – 2012. Deutsches Ärzteblatt International 111 (3): 25 – 34.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR): Laufende Stadtbeobachtung – Raumabgrenzungen. Stadt- und Gemeindetypen in Deutschland. URL: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp_node.html

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.

Cohen D, Bonnot O, Bodeau N, Consoli A, Laurent C (2012): Adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a Bayesian meta-analysis. J Clin Psychopharmacol; 32: 309 – 316.DAJ (2009).

DAK (2017): Präventionsradar. Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. Erhebung Schuljahr 16/17. URL: <https://www.dak.de/dak/download/praeventionsradar-1936276.pdf>.

DAJ - Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (2009): Epidemiologische Begleituntersuchung zur Gruppenprophylaxe 2009. Gutachten im Auftrag der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege, Bonn.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.) (2007): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, 239 – 254.Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2007).

Ellsäßer G (2016): Schulgesundheit heute: Neue strukturelle Ansätze durch Schulgesundheitsfachkräfte (Schulkrankenschwestern). Kongress Armut und Gesundheit 18.03.2016, Berlin.

Forsa (2017): WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media. Studie im Auftrag der DAK-Gesundheit vom 21.09.2017.

Greiner W, Batram M, Damm O, Scholz S, Witte J (2018): Kinder- und Jugendreport 2018. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 23). Medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Kämmerer E (2018): Skabies: Erfahrungen aus der Praxis. Deutsches Ärzteblatt; 115 (15): A-700 / B-604 / C-605.

- 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.
- KVNO 2018:** Sachgerechte Kodierung in der ambulanten Versorgung Kodierbeispiele Innere Medizin/hausärztliche Versorgung. IQN – Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein. URL: https://www.kvno.de/downloads/kodieren/Kodierbeispiele_InnereMedizin.pdf
- Lampert T, Müters S, Stolzenberg H, Kroll LE (2014):** Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt 57: 762 – 770.
- Newacheck PW, Taylor WR (1992):** Childhood chronic illness: prevalence, severity, and impact. Am J Public Health; 82 (3): 364-71.
- Poethko-Müller (2015):** Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in Deutschland. Jahrestagung 2015 der Kinder- und Jugendrehabilitation. URL: https://www.kinder-und-jugendreha-im-netz.de/fileadmin/pdf/KJR_Jahrestagung2015/Jahrestagung_KiJuReha_2015_Vortrag_Poethko-Mueller.pdf
- Queißer-Luft A, Spranger J (2006):** Fehlbildungen bei Neugeborenen. Deutsches Ärzteblatt 103 (38): A 2464 – 2471.
- Raven-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart: (2007):** Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 871 – 878.
- Rieck T, Feig M, Wichmann O, Siedler A (2018):** Aktuelles aus der KV-Impfsurveillance – Impfquoten ausgewählter Schutzimpfungen in Deutschland. Epidemiologisches Bulletin 1: 1 – 14.
- Robert Koch-Institut (2011):** KiGGS – Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Welle 1. Projektbeschreibung. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2014):** Alkoholkonsum. Faktenblatt zu KiGGS Welle 1: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Erste Folgebefragung 2009 – 2012. Robert Koch-Institut, Berlin.
- Robert Koch-Institut (2017):** Impfkalender 2017. URL: <https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Aktuelles/Impfkalender.html>.
- Robert Koch-Institut (2018):** KiGGS-Symposium 2018: Übergewicht und Adipositas. Vortrag im Rahmen des KiGGS-Symposiums am 15.03.2018. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_2/Symposium/kiggs2_uebergewicht_adipositas.html.
- Roick C, Waltersbacher A (2016):** Administrative Prävalenz und medikamentöse Behandlung hyperkinetischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland 2006 bis 2013, in: Klauber J et al.. Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche. Schattauer, Stuttgart.

- Schulte-Markwort M (2018):** „Abhängigkeit von sozialen Medien gibt es nicht“. Gastbeitrag auf Spiegel online vom 01.05. 2018. URL: <http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/psychiater-abhaengigkeit-von-sozialen-medien-gibt-esnicht-a-1205523.html>.
- Statistisches Bundesamt 2018:** Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011 (12411-0005).
- Thielitz A, Gollnick H (2009):** Dermopharmazie – Akne ist vielschichtig und langwierig. Pharmazeutische Zeitung, 31.
- Van der Lee JH, Mookink LB, Grootenhuys MA, Heymans HS, Offringa M (2007):** Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. JAMA; 297 (24): 2741-51.
- WHO – World Health Organization (2018):** Gaming disorder. Online Q&A, January 2018. URL: <http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>.
- Witte C, Ludwig S, Zahn TP (2018):** Entwicklung der Antibiotikaverordnungen bei Kindern und Jugendlichen. Monitor Versorgungsforschung 01: 51 – 57.

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 im Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs des Bundesversicherungsamtes, Vorsitzender der Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV), 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".



Stefan Scholz ist Gesundheitswissenschaftler und Statistiker und arbeitet seit 2011 an der Universität Bielefeld in der Arbeitsgruppe 5 "Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement". Seine Forschungsschwerpunkte sind Infektionsepidemiologische Modellierung und gesundheitsökonomische Evaluation.



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 4247
Fax: 0521 106 156989
Mail: julian.witte@uni-bielefeld.de