

DAK-Kinder- und Jugend- report 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie
in Hamburg

Datenzeitraum: 2017-2022

November 2023

Report

DAK-Kinder- und Jugendreport 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie in
Hamburg

Datenzeitraum: 2017-2022

Autoren

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

In Zusammenarbeit mit

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

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

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

Unter Mitarbeit von

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

Herausgeber

Andreas Storm, DAK-Gesundheit

30.11.2023

Eine Studie im Auftrag der

DAK
Gesundheit

Inhalt

| | |
|--|-----------|
| Tabellen | II |
| Abbildungen | III |
| Kernergebnisse | IV |
| 1 Der DAK-Kinder- und Jugendreport | 1 |
| 2 Fragestellungen | 1 |
| 3 Depressionen, Ängste, Essstörungen: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsinanspruchnahme | 2 |
| 3.1 Depressionen | 2 |
| 3.1.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022 | 2 |
| 3.1.2 Einflussfaktoren auf das administrative Depressions-Neuerkrankungsrisiko | 4 |
| 3.1.3 Beteiligte Fachgruppen an der Erstdiagnosestellung von Depressionen | 5 |
| 3.1.4 Leistungsinanspruchnahme jugendlicher Mädchen mit Depressionen | 7 |
| 3.2 Angststörungen | 8 |
| 3.3 Essstörungen | 9 |
| 3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt | 10 |
| 4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022 | 11 |
| 4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen | 11 |
| 4.2 Arzneimittelverschreibungen | 13 |
| 4.3 Krankenhausaufenthalte | 15 |
| 5 Methodik | 16 |
| 6 Datenhang | 18 |
| 6.1 Hochrechnungen zu Depressionen | 18 |
| 6.2 Hochrechnungen zu Angststörungen | 19 |
| 6.3 Hochrechnungen zu Essstörungen | 19 |
| 6.4 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen | 20 |

Tabellen

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

Abbildungen

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

Kernergebnisse

Rückläufige Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt

- Die Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt (sämtliche sog. „F-Diagnosen“) und die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen ist in Hamburg im Jahr 2022 gegenüber 2021 leicht zurückgegangen. Im Jahr 2022 wurden gegenüber 2021 -6 % weniger neubehandelte Fälle bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren dokumentiert, bei den gleichaltrigen Jungen beträgt der Rückgang -7 %.
- Im Gegensatz zu Jungen sind unter jugendlichen Mädchen im Vergleich zum Vorpandemie-Zeitraum die Fallzahlen im Jahr 2022 jedoch noch immer erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 11 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine psychische Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert. Bei Jungen liegt dieser Wert 2022 19 % unterhalb des Vorpandemie-Niveaus.

Fokuserkrankungen: Depressionen, Ängste und Essstörungen

- Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2022 wurden auf Basis der Daten des Jahres 2021 steigende Neuerkrankungsraten von Depressionen, Angststörungen und Essstörungen hauptsächlich bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren aus Hamburg berichtet. Wir führen diese Zeitreihe mit dem vorliegenden Report fort und analysieren die Häufigkeit neu diagnostizierter Depressionen, Angststörungen und Essstörungen im Jahr 2022 und vergleichen diese mit den Neuerkrankungsraten vor der Pandemie. Bei dieser Analyse stehen jugendliche Mädchen erneut im Mittelpunkt, da diese häufiger sogenannte „internalisierende Störungen“ entwickeln als gleichaltrige Jungen.
- Im Ergebnis zeigt sich, dass im Jahr 2022 unter jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre)
 - 4,9 % erstmalig mit einer Depression diagnostiziert, 7 % weniger als noch 2019,
 - 4,3 % erstmalig mit einer Angststörung diagnostiziert, 28 % mehr als noch 2019,
 - 0,9 % erstmalig mit einer Essstörung diagnostiziert, 24 % weniger als noch 2019.

Vertiefung: Depressionen bei jugendlichen Mädchen

- Die Neuerkrankungsrate von Depressionen bei Mädchen aus Hamburg ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum reduziert. Dies ist auf niedrigere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schulalter (10-14 Jahre) (-6 %) und Jugendalter (15-17 Jahre) (-7 %) zurückzuführen. Gegenüber 2021 ist bei den jugendlichen Mädchen ebenso ein abnehmender Trend (-18 %) zu beobachten, bei den Schulmädchen beträgt der Rückgang -44 %.
- Die zwischen 2019 und 2022 festgestellten Depressionen bei jugendlichen Mädchen sind primär auf leichte Depressionen zurückzuführen, die um 56 % gestiegen sind. 19 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 ärztlich aufgrund von leichten Depressionen behandelt. Anteilig wird der Schweregrad der unspezifischen Depressionen, gefolgt von den mittelgradigen Depressionen, am häufigsten diagnostiziert.
- 19 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 in jedem Quartal ärztlich aufgrund von Depressionen behandelt; ein Rückgang von 20 % gegenüber 2019 und von 26 % gegenüber 2021.
- 3,0 % aller im Jahr 2022 mit Depressionen behandelten jugendlichen Mädchen leiden zudem unter einer komorbiden Angststörung. Der Anteil betroffener Mädchen mit komorbider Depression und Angststörung ist damit zuletzt gestiegen und liegt 2022 33 % oberhalb des Niveaus des Jahres 2019.

- Die erstmalige Diagnosestellung einer Depression erfolgte im Jahr 2022 am häufigsten bei fachspezifischen Ärzten und Therapeuten (36 %), gefolgt von den Hausärzten (32 %). Gegenüber 2019 ist der Anteil der Hausärzte (+11 %), der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+3 %) und der Pädiater (+62 %) an den erstdiagnosestellenden Fachgruppen angestiegen.
- Der Anteil der jugendlichen Mädchen mit neudiagnostizierter Depression, die innerhalb von drei Quartalen nach Inzidenzdiagnose wenigstens zwei Mal eine Antidepressiva-Verordnung erhalten haben, ist gegenüber 2019 um 25 % gesunken. Es setzen ca. 31 % aller jugendlichen Mädchen eine begonnene Antidepressivatherapie im Jahr 2022 fort, was gegenüber dem Jahr 2019 einen Rückgang um -38 % bzw. gegenüber 2021 -52 % darstellt.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Hamburg, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nahezu unverändert geblieben.
- Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern (+10 %) und Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus (+9 %) durch jugendliche Jungen und Mädchen. In dem gleichen Beobachtungszeitraum hat sich der Anteil der Grundschul Kinder mit einem Besuch bei einem fachspezifischen Arzt bzw. Therapeuten rückläufig entwickelt (-7 %).
- Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, liegt 2022 unter dem Vorpandemieniveau. An Angleichung an das Vorpandemieniveau lässt sich zwischen den Jahren 2022 und 2021 durch ansteigende Anteile der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung feststellen.
- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Bei Grundschulkindern ist ausgehend von dem Jahr 2022 zum Jahr 2021 ein ansteigender Trend zu beobachten (+14 %).

1 Der DAK-Kinder- und Jugendreport

Die systematische Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sowie die Analyse beeinflussender Faktoren sind von hoher Public Health-Relevanz. Vorwiegend auf Prävention angelegte Initiativen oder die Betonung der Herausforderungen gesundheitlicher Versorgung von Kindern suchtkranker Eltern ist auf umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit der Reportreihe des Kinder- und Jugendreportes seit dem Jahr 2017 maßgeblich unterstützt. Seitdem veröffentlicht die DAK-Gesundheit in Zusammenarbeit mit VANDAGE und der Universität Bielefeld jährlich mehrere Schwerpunktanalysen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland sowie in den Bundesländern. Mit fast 800.000 DAK-Versicherten im Alter von 0 bis 17 Jahren ist der DAK-Kinder- und Jugendreport eine der größten Analysen zur Kindes- und Jugendgesundheit in Deutschland. Bis zu 23.000 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Hamburg im Alter von 0 bis 17 Jahren, gehen in die Analysen dieses DAK-Kinder- und Jugendreportes ein.

2 Fragestellungen

Gegenstand der vorliegenden Analyse sind folgende Fragestellungen:

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

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

3.1 Depressionen

3.1.1 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit, 2018-2022

Die Neuerkrankungsrate von Depressionen bei Mädchen aus Hamburg ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum reduziert (Tabelle 1). Dies ist auf niedrigere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schulalter (10-14 Jahre) (-6 %) und Jugendalter (15-17 Jahre) (-7 %) zurückzuführen. Gegenüber 2021 ist bei den jugendlichen Mädchen ebenso ein abnehmender Trend (-18 %) zu beobachten, bei den Schulumädchen beträgt der Rückgang -44 %.

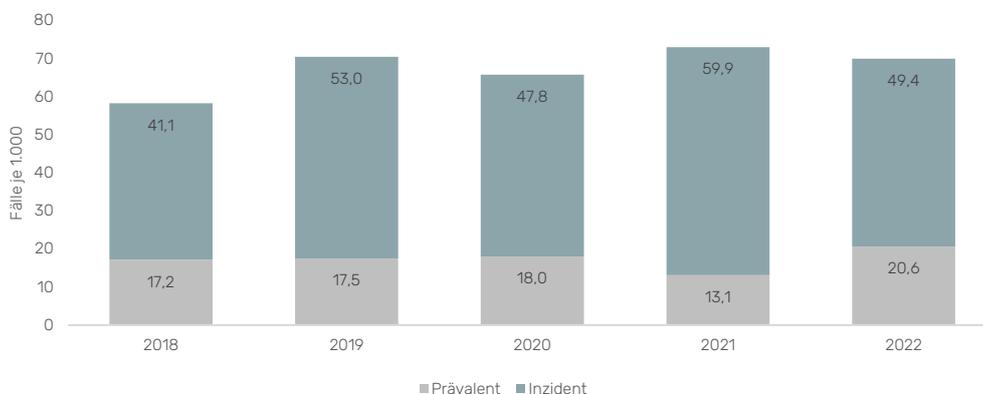
Tabelle 1: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Inzidenzrate, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Gesamt | - | - | - | - | - | - | - |
| A10-14 | Jungen | 4,5 | 6,1 | 8,9 | 6,7 | 7,0 | +16 % | +5 % |
| | Mädchen | 11,0 | 13,5 | 11,8 | 22,7 | 12,7 | -6 % | -44 % |
| | Gesamt | 7,7 | 9,7 | 10,2 | 14,4 | 9,7 | 0 % | -32 % |
| A15-17 | Jungen | 18,5 | 18,7 | 15,7 | 20,9 | 21,1 | +13 % | +1 % |
| | Mädchen | 41,1 | 53,0 | 47,8 | 59,9 | 49,4 | -7 % | -18 % |
| | Gesamt | 30,2 | 36,2 | 31,8 | 40,3 | 34,9 | -4 % | -13 % |

„-“: Aufgrund geringer Fallzahlen ist keine separate Ergebnisausgabe möglich.

Neben der Anzahl von jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Depressionen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist, dass die Anzahl der bereits behandelten jugendlichen Mädchen mit Depressionen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+18 %, von 20,6 gegenüber 17,5 Fälle je 1.000) zugenommen, ebenso wie gegenüber dem Vorjahr (+57 %, von 20,6 gegenüber 13,1 Fälle je 1.000) (Abbildung 1).

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



Die zwischen 2019 und 2022 festgestellten Depressionen bei jugendlichen Mädchen sind primär auf leichte Depressionen zurückzuführen, die um 56 % gestiegen sind (Tabelle 2). 19 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 ärztlich aufgrund von leichten Depressionen behandelt. Anteilig wird der Schweregrad der unspezifischen Depressionen, gefolgt von den mittelgradigen Depressionen, am häufigsten diagnostiziert.

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

| Diagnose | Schweregrad | Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|-----------|--------------|----------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Inzident | Leicht | 14,5 | 12,2 | 9,3 | 15,2 | 19,0 | +56 % | +25 % |
| | Mittelgradig | 22,6 | 28,7 | 24,7 | 34,1 | 26,6 | -7 % | -22 % |
| | Schwer | 8,6 | 8,3 | 9,8 | 9,5 | 7,1 | -15 % | -25 % |
| | Unspezifisch | 23,9 | 33,5 | 31,3 | 39,4 | 28,8 | -14 % | -27 % |
| Prävalent | Leicht | 21,7 | 20,9 | 14,4 | 17,9 | 23,9 | +14 % | +34 % |
| | Mittelgradig | 35,7 | 38,9 | 41,1 | 49,4 | 44,5 | +14 % | -10 % |
| | Schwer | 10,8 | 11,7 | 15,9 | 16,3 | 11,4 | -2 % | -30 % |
| | Unspezifisch | 37,1 | 49,6 | 50,4 | 58,8 | 42,9 | -14 % | -27 % |

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

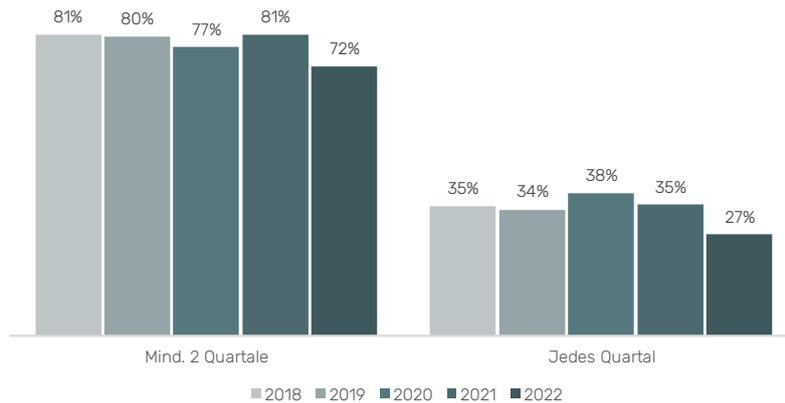
Die Analyse von diagnoseprävalenten und inzidenten Fällen basiert im vorliegenden Report, wenn nicht anders beschrieben, auf einem sog. M1Q-Kriterium. Um eine intensivere Versorgung depressiver Erkrankungen als Approximation einer stärkeren Chronifizierung oder Krankheitsschwere abzubilden, werden nachfolgend zusätzlich auch jugendliche Mädchen betrachtet, die in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres aufgrund von Depressionen ärztlich/therapeutisch behandelt wurden. Dabei zeigt sich, dass insbesondere der Anteil der depressiv erkrankten Mädchen gegenüber 2019 zurückgegangen ist, die in jedem Quartal des Jahres 2022 behandelt wurden (Tabelle 3). Es wurden 19 von 1.000 jugendlichen Mädchen im Jahr 2022 in jedem Quartal ärztlich aufgrund von Depressionen behandelt, was einen Rückgang von 20 % gegenüber 2019 und von 26 % gegenüber 2021 bedeutet.

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

| Häufigkeit der Diagnose / Behandlung | Depressionsdiagnose / Behandlung, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|--------------------------------------|--|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Mind. 1 Quartal | 58,3 | 70,5 | 65,8 | 73,0 | 70,0 | -1 % | -4 % |
| Mind. 2 Quartale | 47 | 56,4 | 50,9 | 58,8 | 50,5 | -10 % | -14 % |
| Jedes Quartal | 20,3 | 23,8 | 25,2 | 25,7 | 19 | -20 % | -26 % |

Der Anteil der jugendlichen Mädchen mit Depressionsdiagnose, die in jedem Quartal eines Jahres ärztlich behandelt werden, an allen an Depressionen Erkrankten, ist im Jahr 2022 ferner von 34 % auf 27 % um insgesamt sieben Prozentpunkte gesunken (Abbildung 2). In den Vorjahren sind weitestgehend konstante Anteile der jugendlichen Mädchen mit Depressionen beobachtet worden, die jedes Quartal in ärztlicher Behandlung waren.

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

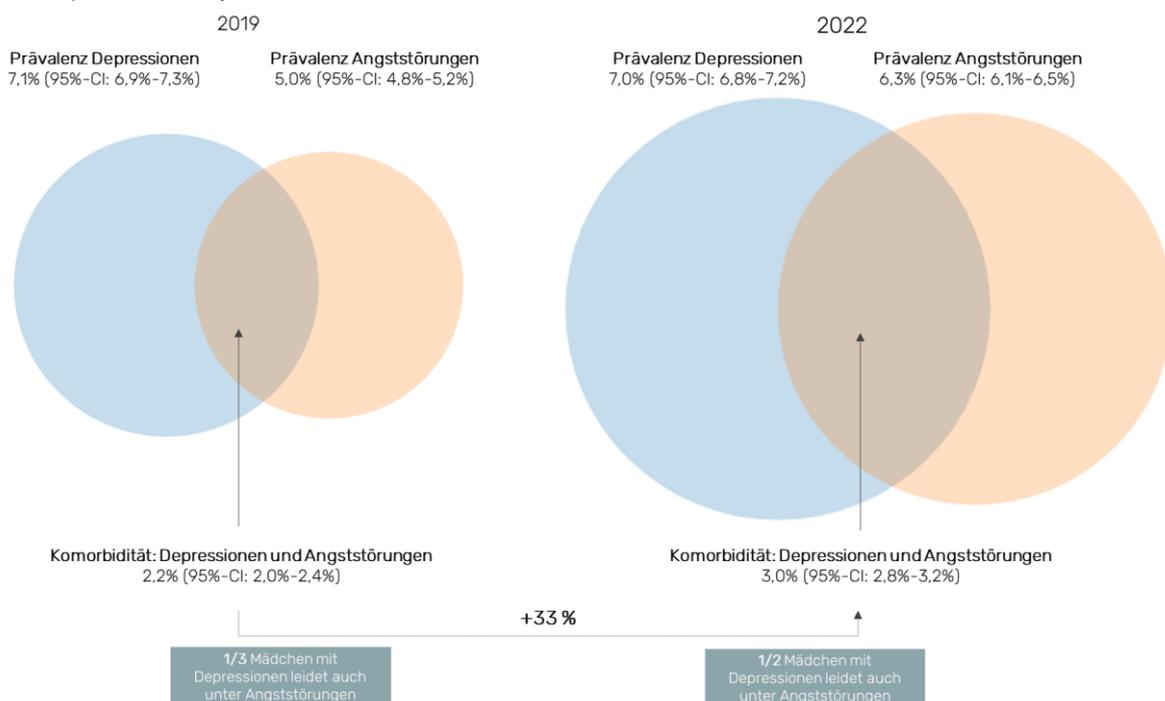


3.1.2 Einflussfaktoren auf das administrative Depressions-Neuerkrankungsrisiko

Im Rahmen bundesweiter Analysen des DAK-Kinder- und Jugendreportes wurde die Assoziation der sozialen Lage auf das Neudiagnoserisiko unter Berücksichtigung weiterer potenzieller Einflussfaktoren wie die Arzt- und Therapeutendichte am Wohnort oder Komorbiditäten einbezogen. Ausführliche Ergebnisse finden sich unter: <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/kinder--und-jugendgesundheit-2091020.html#/> Auf eine Regionalisierung dieser Analysen wurde aus Fallzahlgründen verzichtet.

Die Analysen zeigen ferner, dass die Chance für eine Depressionsneudiagnose statistisch signifikant erhöht ist, wenn eine komorbide Angststörung vorliegt. Unabhängig davon ist die Zahl jugendlicher Mädchen mit Depressionen und komorbider Angststörung in den vergangenen Jahren gestiegen. Lag der Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenten Depressionen und Angststörungen 2019 noch bei 2,2 %, so wurden im Jahr 2022 bei 3,0 % aller Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren neben einer Depression auch eine Angststörung dokumentiert (Abbildung 3). Dies entspricht einem Plus von 33 %.

Abbildung 3: Entwicklung komorbider Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression, Datenjahre 2019 und 2022



Gleichzeitig ist die Häufigkeit von Depressionen (-1 %) zurückgegangen und jene von Angststörungen (+27 %) angestiegen (Tabelle 4).

Tabelle 4: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression

| | Prävalenz, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|---|---------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Depressionen | 58,3 | 70,5 | 65,8 | 73,0 | 70,0 | -1 % | -4 % |
| Angststörungen | 46,1 | 49,6 | 55,5 | 75,6 | 62,9 | +27 % | -17 % |
| Depressionen ohne Angststörungen | 55,1 | 67,1 | 60,1 | 67,2 | 59,7 | -11 % | -11 % |
| Angststörungen ohne Depressionen | 30,3 | 31,6 | 34,9 | 50,9 | 42,3 | +34 % | -17 % |
| Depressionen und komorbide Angststörung | 20,8 | 22,4 | 28,8 | 32,0 | 29,8 | +33 % | -7 % |

Für depressionsinzidente Fälle zeigt sich ein vergleichbares Bild der Entwicklung von komorbiden Angststörungen, allerdings auf absolut leicht schwächerem Niveau (Tabelle 5). Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass eine komorbide Depression und Angststörung erst mit Zeitverzug nach Depressionsinzidenz ärztlich diagnostiziert bzw. dokumentiert wird.

Tabelle 5: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression

| | Inzidenz, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|---|--------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Depressionen | 41,1 | 53,0 | 47,8 | 59,9 | 49,4 | -7 % | -18 % |
| Angststörungen | 35,2 | 33,5 | 45,2 | 57,2 | 42,9 | +28 % | -25 % |
| Depressionen ohne Angststörungen | 31,2 | 42,8 | 37,0 | 43,1 | 34,7 | -19 % | -19 % |
| Angststörungen ohne Depressionen | 25,3 | 23,3 | 34,4 | 40,4 | 28,2 | +21 % | -30 % |
| Depressionen und komorbide Angststörung | 9,9 | 10,2 | 10,8 | 16,8 | 14,7 | +44 % | -13 % |

3.1.3 Beteiligte Fachgruppen an der Erstdiagnosestellung von Depressionen

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

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

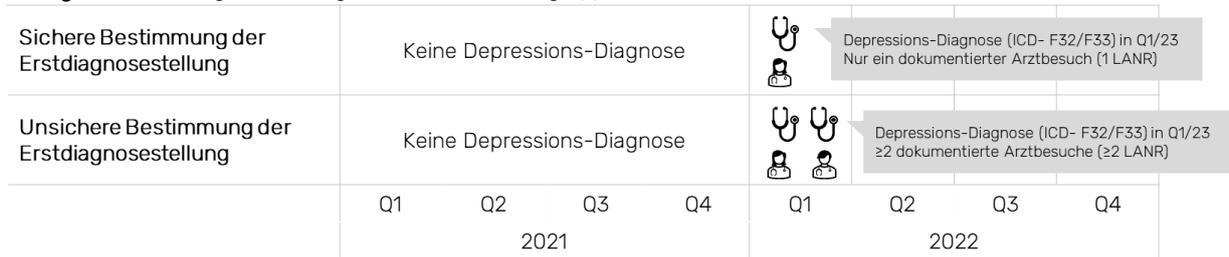
Bei dieser Einschränkung handelt es sich um keine projektbezogene Limitation. Der Quartalsbezug ambulant-ärztlicher Diagnosestellungen ist vielmehr in der Dokumentations- und Abrechnungslogik zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) verankert. Für die vorliegende Analyse zur Qualifizierung von Inzidenzdiagnosen ergibt sich daraus jedoch die Herausforderung,

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



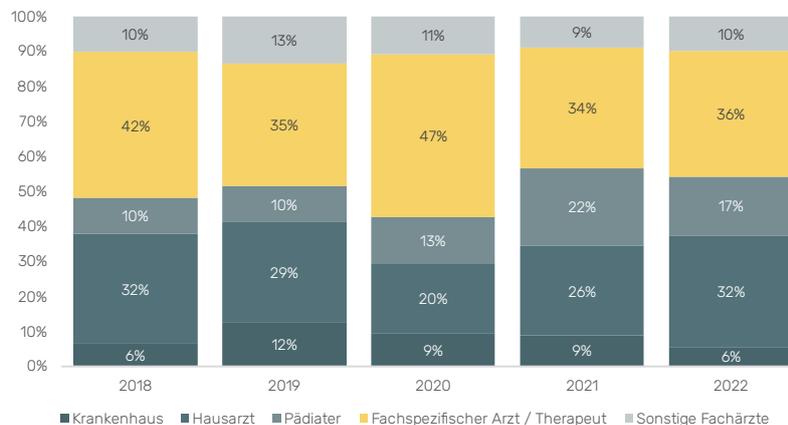
dass personenbezogen in einem Quartal mehrere Arztkontakte vorliegen können und damit eine kausale Zuordnung einer Fachgruppe zu einer Diagnosestellung nicht immer möglich ist (Abbildung 4). Die Abbildung der daraus resultierenden Unsicherheit ist deshalb Teil der nachfolgenden Analyse.

Abbildung 4: Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe



Die erstmalige Diagnosestellung einer Depression erfolgte im Jahr 2022 am häufigsten bei fachspezifischen Ärzten und Therapeuten (36 %), gefolgt von den Hausärzten (32 %). Gegenüber 2019 ist der Anteil der Hausärzte (+11 %), der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+3 %) und der Pädiater (+62 %) an den erstdiagnosestellenden Fachgruppen angestiegen (Abbildung 5).

Abbildung 5: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression, sichere Bestimmung



Innerhalb des Beobachtungszeitraumes können für 79 % bis 89 % aller jugendlichen Mädchen mit Depressionsneudiagnose die erstdiagnosestellende Fachgruppe eindeutig bestimmt werden, da im Inzidenzquartal nur ein Arzt/Therapeutenkontakt bzw. Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde (Tabelle 6).²

Tabelle 6: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit inzidenter Depression nach definitiver Sicherheit

| Erstdiagnosestellung durch... | Anteil inzidente Diagnosestellung nach Facharztgruppe* | | | | | Relative Differenz | |
|--|--|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Anteil inzidenter Fälle mit möglicher sicherer Bestimmung der Erstdiagnosestellung (nur ein Kontakt im Inzidenzquartal) | 87 % | 89 % | 81 % | 79 % | 79 % | -11 % | 0 % |
| Sichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung möglich (nur ein Kontakt im Inzidenzquartal) | | | | | | | |
| Krankenhaus | 6 % | 12 % | 9 % | 9 % | 6 % | -55 % | -38 % |
| Hausarzt | 32 % | 29 % | 20 % | 26 % | 32 % | +11 % | +25 % |
| Pädiater | 10 % | 10 % | 13 % | 22 % | 17 % | +62 % | -25 % |
| Fachspezifischer Arzt / Therapeut | 42 % | 35 % | 47 % | 34 % | 36 % | +3 % | +5 % |
| Sonstige Fachärzte | 10 % | 13 % | 11 % | 9 % | 10 % | -27 % | +9 % |
| Hausarzt: LANR 01, 02, 03; Pädiater: LANR 34, 38, 40, 46; Fachspezifischer Arzt/Therapeut: LANR 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69; sonstige Fachärzte: alle übrigen LANR | | | | | | | |

² Siehe Kapitel 5 für die Definition der Facharzt/Therapeuten-Gruppen.

Tabelle 7: Jugendliche Mädchen (15-17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung

| Anteil mit | Anteil mit Antidepressiva-Verordnung* | | | | | Relative Differenz | |
|--------------------------------|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| mindestens einer Verordnung | 27,5 % | 14,7 % | 15,1 % | 14,9 % | 17,6 % | 20 % | 18 % |
| mindestens zwei Verordnungen** | 12,1 % | 7,3 % | 5,4 % | 9,6 % | 5,5 % | -25 % | -43 % |
| Therapiefortsetzung | 44,0 % | 50,0 % | 35,7 % | 64,7 % | 31,3 % | -38 % | -52 % |

* Berücksichtigt werden alle Verordnungen mit folgenden ATC-Codes: N06CA03, N06AB, N06AA09, N06CA01, N06AA12, N06AA02, N06AH, N06AP
** Berücksichtigt werden alle Personen mit zwei oder mehr Verordnungen an zwei oder mehr unterschiedlichen Tagen.

3.2 Angststörungen

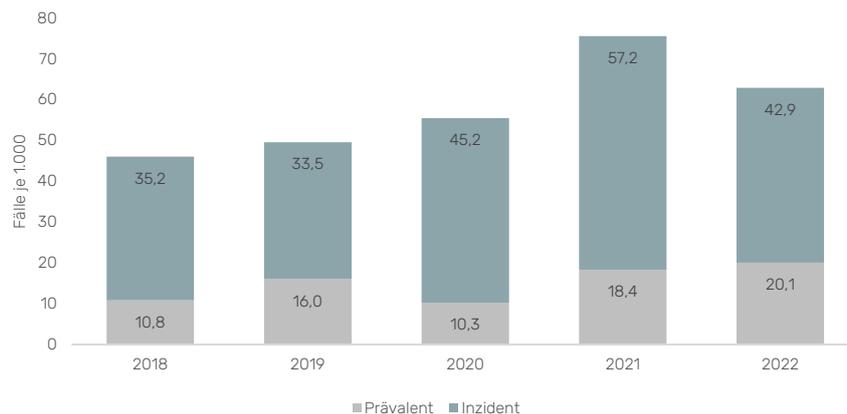
Die Neuerkrankungsrate von Angststörungen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist auf höhere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen, wobei die Fallzahlen bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen (Tabelle 8). Insbesondere bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist mit einem Plus von 28 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen. Gegenüber 2021 ist bei den Mädchen aus Hamburg ein abnehmender Trend zu beobachten. Bei Jungen werden in den höheren Altersgruppen niedrigere Neuerkrankungsraten als bei den gleichaltrigen Mädchen beobachtet.

Tabelle 8: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Inzidenzrate, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | 10,5 | 13,7 | 11,4 | 16,0 | 11,6 | -16 % | -28 % |
| | Mädchen | 13,3 | 17,4 | 11,3 | 14,0 | 12,2 | -30 % | -13 % |
| | Gesamt | 11,8 | 15,5 | 11,3 | 15,1 | 11,9 | -23 % | -21 % |
| A10-14 | Jungen | 8,1 | 8,0 | 9,8 | 9,9 | 13,8 | +72 % | +39 % |
| | Mädchen | 17,3 | 16,9 | 13,5 | 22,7 | 21,5 | +27 % | -6 % |
| | Gesamt | 12,6 | 12,3 | 11,6 | 16,0 | 17,4 | +41 % | +9 % |
| A15-17 | Jungen | 13,6 | 13,7 | 9,9 | 12,5 | 15,4 | +13 % | 23 % |
| | Mädchen | 35,2 | 33,5 | 45,2 | 57,2 | 42,9 | +28 % | -25 % |
| | Gesamt | 24,8 | 23,8 | 27,7 | 34,8 | 28,8 | +21 % | -17 % |

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Angststörungen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist jedoch, dass in Folge anhaltend hoher Neuerkrankungsraten auch die Anzahl der in mehreren Jahren behandelten jugendlichen Mädchen mit Angststörungen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+25 %, von 20,1 gegenüber 16,0 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+9 %, von 20,1 gegenüber 18,4 Fälle je 1.000) zugenommen hat (Abbildung 8).

Abbildung 8: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren



3.3 Esstörungen

Die Neuerkrankungsrate von Essstörungen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist auf höhere Neuerkrankungsraten bei Mädchen im Schul- (10-14 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen, wobei Fallzahlen und Wachstumsraten bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen. Insbesondere mit jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist mit einem Plus von 53 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen (Tabelle 9). Gegenüber 2021 ist in allen betrachteten Gruppen ein abnehmender Trend zu beobachten. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vor-Pandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Für Jungen werden grds. niedrigere und im Zeitverlauf weitestgehend konstante Neudiagnose-Zahlen beobachtet.

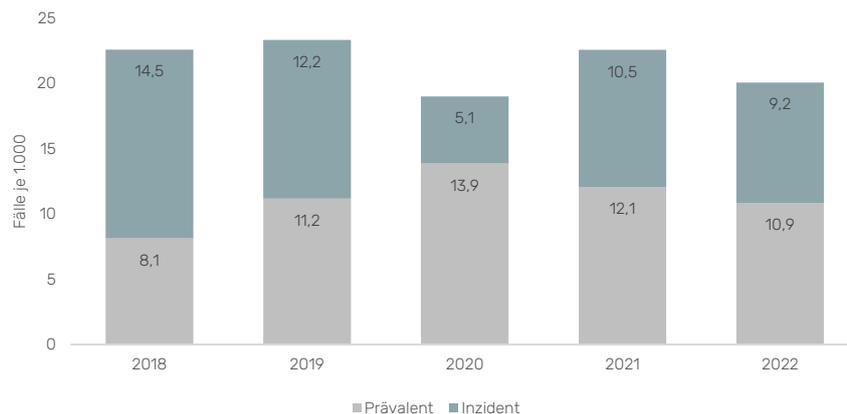
Tabelle 9: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Inzidenzrate, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Gesamt | - | - | - | - | - | - | - |
| A10-14 | Jungen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | 3,7 | 4,7 | 3,8 | 3,5 | 3,9 | -18 % | +11 % |
| | Gesamt | 2,6 | 3,3 | 2,6 | 3,0 | 2,7 | -18 % | -11 % |
| A15-17 | Jungen | 1,9 | 3,0 | 1,6 | 3,7 | 3,1 | +2 % | -15 % |
| | Mädchen | 14,5 | 12,2 | 5,1 | 10,5 | 9,2 | -24 % | -12 % |
| | Gesamt | 8,4 | 7,7 | 3,4 | 7,1 | 6,1 | -21 % | -14 % |

„-“: Aufgrund geringer Fallzahlen ist keine separate Ergebnisausgabe möglich.

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit Essstörungen diagnostizierter (und behandelter) Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Beobachtbar ist jedoch, dass die Anzahl der in mehreren Jahren behandelten jugendlichen Mädchen mit Essstörungen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (-3 %, von 10,9 gegenüber 11,2 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (-10 %, von 10,9 gegenüber 12,1 Fälle je 1.000) zurückgegangen ist (Abbildung 9).

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



3.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt

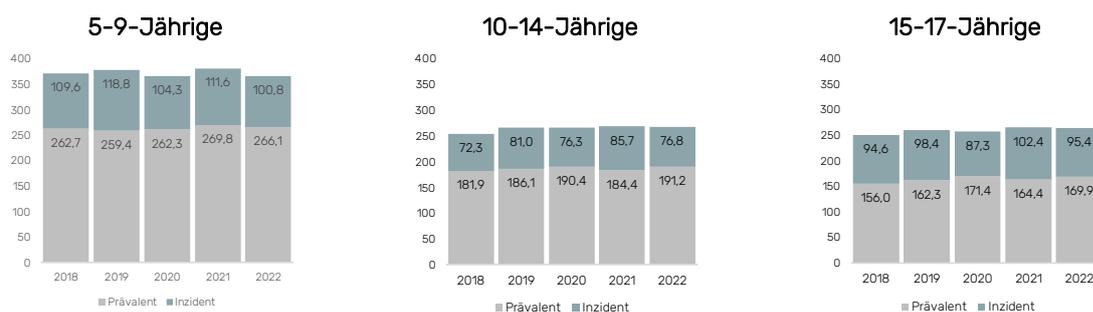
Die Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt (sämtliche sog. „F-Diagnosen“) und die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen ist in Hamburg im Jahr 2022 gegenüber 2021 leicht zurückgegangen. Im Jahr 2022 wurden gegenüber 2021 -6 % weniger neubehandelte Fälle bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren dokumentiert, bei den gleichaltrigen Jungen beträgt der Rückgang -7 % (Tabelle 10). Im Gegensatz zu Jungen sind unter jugendlichen Mädchen im Vergleich zum Vorpandemie-Zeitraum die Fallzahlen im Jahr 2022 jedoch noch immer erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 11 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine psychische Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert. Bei Jungen liegt dieser Wert 2022 19 % unterhalb des Vorpandemie-Niveaus.

Tabelle 10: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Inzidenzrate, Fälle je 1.000 | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | 119,5 | 122,5 | 105,8 | 121,2 | 100,9 | -18 % | -17 % |
| | Mädchen | 98,8 | 114,8 | 102,7 | 101,3 | 100,6 | -12 % | -1 % |
| | Gesamt | 109,6 | 118,8 | 104,3 | 111,6 | 100,8 | -15 % | -10 % |
| A10-14 | Jungen | 63,2 | 79,7 | 78,4 | 75,1 | 82,6 | +4 % | +10 % |
| | Mädchen | 81,7 | 82,3 | 74,1 | 97,3 | 70,4 | -14 % | -28 % |
| | Gesamt | 72,3 | 81,0 | 76,3 | 85,7 | 76,8 | -5 % | -10 % |
| A15-17 | Jungen | 72,5 | 85,4 | 68,9 | 74,6 | 69,5 | -19 % | -7 % |
| | Mädchen | 115,2 | 110,8 | 105,3 | 130,3 | 122,6 | +11 % | -6 % |
| | Gesamt | 94,6 | 98,4 | 87,3 | 102,4 | 95,4 | -3 % | -7 % |

Neben der Anzahl der jährlich neu-diagnostizierten Kindern und Jugendlichen ist auch die Entwicklung der Anzahl bereits mit einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung diagnostizierter (und behandelter) Kinder und Jugendlicher von Interesse. In Relation zur jährlichen Inzidenz lässt sich beurteilen, ob neben neuerkrankten Fällen auch bereits diagnostizierte Fälle nicht mehr ärztlich behandelt werden. Die Gründe für letzteres (also im Vorjahr, aber nicht mehr im Beobachtungsjahr behandelte Fälle) können vielfältig sein und auf Basis der vorliegenden Datengrundlage nicht abschließend geklärt werden. Erkennbar ist, dass die Anzahl prävalenter Fälle innerhalb des Beobachtungszeitraumes weitestgehend konstant geblieben sind (Abbildung 10). Gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 sind im Jahr 2022 die Prävalenzraten leicht gestiegen.

Abbildung 10: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen (nicht geschlechterdifferenziert, „gesamt“)



4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022

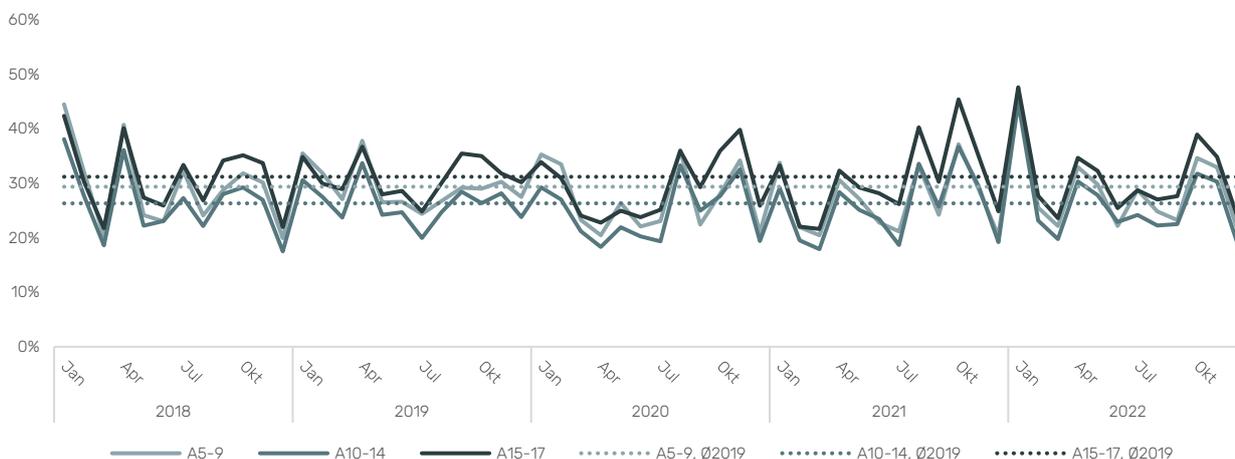
4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Hamburg, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nahezu unverändert geblieben (Tabelle 11, Abbildung 11).

Tabelle 11: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr, 2018-2022

| Alter | Anteil mit mindestens einem Arztkontakt | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | 93,8 % | 92,9 % | 91,7 % | 92,1 % | 92,7 % | -0,2 % | +0,7 % |
| 10-14 Jahre | 89,6 % | 88,4 % | 86,8 % | 89,1 % | 89,8 % | +1,5 % | +0,7 % |
| 15-17 Jahre | 90,0 % | 89,9 % | 89,3 % | 91,7 % | 91,5 % | +1,8 % | -0,2 % |

Abbildung 11: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018-2022



Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmekquoten von Pädiatern (+10 %) und Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus (+9 %) durch jugendliche Jungen und Mädchen (Tabelle 12). In dem gleichen Beobachtungszeitraum hat sich der Anteil der Grundschul Kinder mit einem Besuch bei einem fachspezifischen Arzt bzw. Therapeuten rückläufig entwickelt (-7 %).

Tabelle 12: Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr nach Facharztgruppen, 2018-2022

| Alter | Fachgruppe | Anteil mit mindestens einem Arztkontakt | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|--------------------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | Hausarzt | 22,1 % | 20,9 % | 23,2 % | 23,0 % | 25,8 % | +24 % | +12 % |
| | Pädiater | 84,5 % | 84,3 % | 82,0 % | 81,8 % | 84,3 % | 0 % | +3 % |
| | Psych-Facharzt | 7,0 % | 6,9 % | 6,9 % | 6,3 % | 6,4 % | -7 % | +2 % |
| | Sonstiger Facharzt | 65,3 % | 64,4 % | 63,6 % | 65,0 % | 65,9 % | +2 % | +1 % |
| 10-14 Jahre | Hausarzt | 29,9 % | 27,6 % | 29,3 % | 31,4 % | 33,8 % | +22 % | +8 % |
| | Pädiater | 65,5 % | 65,6 % | 64,7 % | 66,1 % | 68,0 % | +4 % | +3 % |
| | Psych-Facharzt | 10,6 % | 10,9 % | 11,4 % | 11,0 % | 10,6 % | -3 % | -3 % |
| | Sonstiger Facharzt | 67,5 % | 65,2 % | 64,4 % | 67,4 % | 68,3 % | +5 % | +1 % |
| 15-17 Jahre | Hausarzt | 55,2 % | 52,8 % | 52,6 % | 56,1 % | 55,9 % | +6 % | 0 % |
| | Pädiater | 39,4 % | 42,0 % | 41,0 % | 46,4 % | 46,1 % | +10 % | -1 % |
| | Psych-Facharzt | 11,5 % | 11,9 % | 12,5 % | 13,7 % | 13,0 % | +9 % | -6 % |
| | Sonstiger Facharzt | 74,2 % | 73,5 % | 74,7 % | 75,6 % | 75,4 % | +3 % | 0 % |

Der beobachtete Rückgang der Inanspruchnahmequote von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Therapeuten bzw. Psychiatern bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist gleichsam auf Jungen und Mädchen zurückzuführen, wobei der Rückgang bei Jungen am stärksten ausfällt. Der Anteil der Jungen in diesem Alter, die wenigstens einmal einen entsprechenden fachspezifischen Versorgungskontakt hatten, ist von 8,6 % im Jahr 2019 auf 8,0 % im Jahr 2022 zurückgegangen (Tabelle 13).

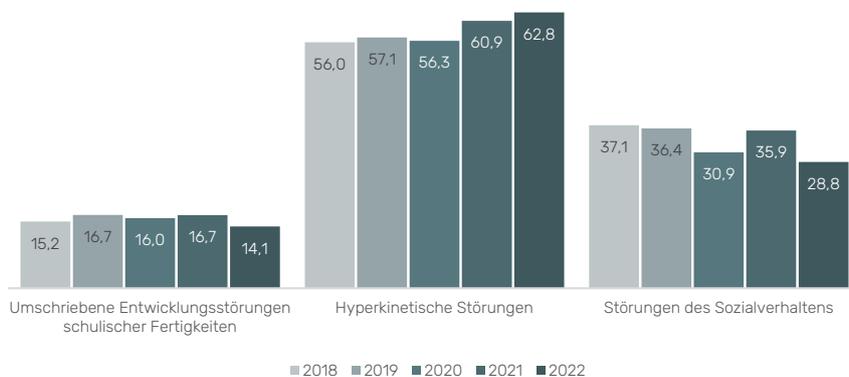
Tabelle 13: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei psychologisch/psychiatrisch tätigen Ärzten und Therapeuten im Kalenderjahr, 2018-2022

| Alter | Geschlecht | Anteil mit mindestens einem Kontakt beim Psych-Facharzt/Therapeut | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|------------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | Jungen | 8,4 % | 8,6 % | 8,6 % | 7,7 % | 8,0 % | -7 % | +5 % |
| | Mädchen | 5,4 % | 5,0 % | 5,1 % | 4,9 % | 4,8 % | -5 % | -3 % |
| 10-14 Jahre | Jungen | 12,7 % | 12,5 % | 12,8 % | 11,6 % | 11,3 % | -9 % | -2 % |
| | Mädchen | 8,5 % | 9,2 % | 9,8 % | 10,3 % | 9,8 % | +6 % | -4 % |
| 15-17 Jahre | Jungen | 9,9 % | 9,9 % | 9,4 % | 10,4 % | 9,6 % | -2 % | -7 % |
| | Mädchen | 13,0 % | 14,0 % | 15,5 % | 17,1 % | 16,5 % | +18 % | -4 % |

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

Dieser Rückgang ist unter anderem auf eine rückläufige administrative Diagnoseprävalenz von sog. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (-16 % zwischen 2019 und 2022) und diagnostizierter Störungen des Sozialverhaltens (-21 %) zurückzuführen (Abbildung 12). Hyperkinetische Störungen haben sich steigend entwickelt (ADHS, +10 %).

Abbildung 12: Diagnoseprävalenz häufiger psychischer Erkrankungsbilder und Verhaltensstörungen mit dem größten Fallzahlrückgang zwischen 2018 und 2022



Angesichts der auch medial diskutierten Belastungen durch pandemiebegleitende Maßnahmen und allgemeinen gesellschaftspolitischen Entwicklungen muten diese beobachteten Trends zunächst kontraintuitiv an. Zu beachten ist jedoch der administrative Charakter der zugrunde liegenden Daten, welche nur dann eine Erkrankung als solche identifizieren, wenn auch eine Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen vorliegen. Es kann deshalb die Hypothese formuliert werden, dass nicht Erkrankungen, sondern nur damit verbundene Arzt- und Therapeutenbesuche während und nach der Pandemie seltener geworden sind. Die im Gegensatz dazu gestiegenen Inanspruchnahmequoten Pädiater (Tabelle 14) und fachspezifischer Ärzte und Therapeuten durch jugendliche Mädchen in 2022 gegenüber 2019 ist indes maßgeblich auf die zuvor beschriebenen Zunahmen von Angststörungen zurückzuführen. Ob die damit assoziierten Zunahmen der Leistungsanspruchnahme auf eine höhere familiäre und gesellschaftliche Achtsamkeit und Wahrnehmung der beschriebenen Erkrankungsbilder zurückzuführen ist, kann an dieser Stelle nur gemutmaßt werden.

Tabelle 14: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei Pädiater im Kalenderjahr, 2018-2022

| Alter | Geschlecht | Anteil mit mindestens einem Kontakt beim Pädiater | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|------------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | Jungen | 85,0 % | 85,1 % | 83,1 % | 82,1 % | 85,5 % | 0 % | +4 % |
| | Mädchen | 83,9 % | 83,4 % | 80,9 % | 81,6 % | 83,2 % | 0 % | +2 % |
| 10-14 Jahre | Jungen | 65,3 % | 65,7 % | 65,6 % | 66,5 % | 67,9 % | +3 % | +2 % |
| | Mädchen | 65,7 % | 65,5 % | 63,8 % | 65,7 % | 68,0 % | +4 % | +4 % |
| 15-17 Jahre | Jungen | 37,7 % | 41,3 % | 41,4 % | 45,9 % | 45,4 % | +10 % | -1 % |
| | Mädchen | 41,0 % | 42,7 % | 40,5 % | 46,9 % | 46,9 % | +10 % | 0 % |

Pädiater: LANR 34, 38 ,40 ,46

4.2 Arzneimittelverschreibungen

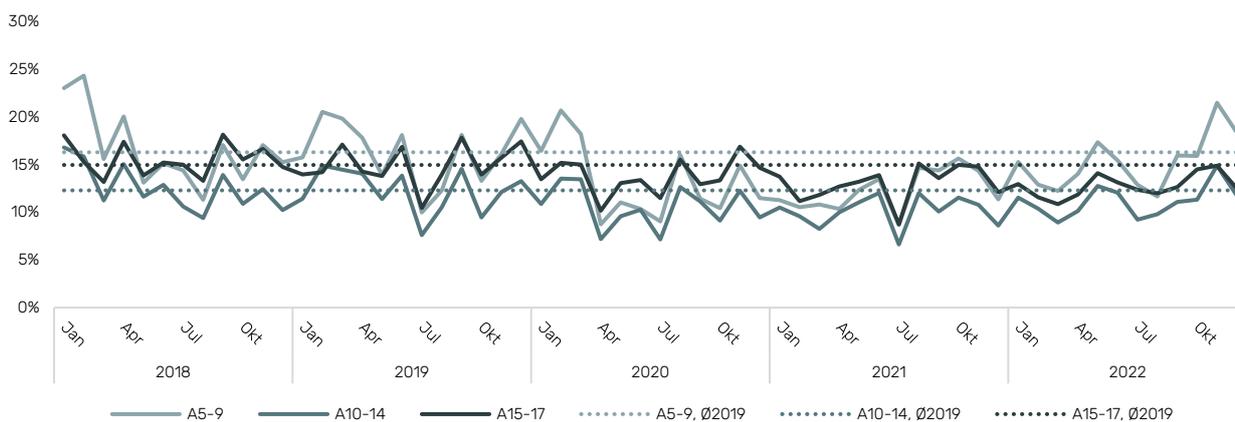
Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, liegt 2022 unter dem Vorpandemieniveau (Tabelle 15). An Angleichung an das Vorpandemieniveau lässt sich zwischen den Jahren 2022 und 2021 durch ansteigende Anteile der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung feststellen.

Tabelle 15: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018-2022

| Alter | Anteil mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|---|--------|--------|--------|--------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | 74,7 % | 73,5 % | 66,0 % | 63,0 % | 69,5 % | -5 % | +10 % |
| 10-14 Jahre | 62,2 % | 60,2 % | 54,7 % | 51,9 % | 56,1 % | -7 % | +8 % |
| 15-17 Jahre | 61,6 % | 60,9 % | 57,0 % | 55,4 % | 56,2 % | -8 % | +2 % |

Im kalendarischen Verlauf sind insbesondere bei Grundschulkindern Verschreibungsspitzen zum Jahreswechsel zu beobachten. Dies ist vorwiegend auf erhöhte Verschreibungsquoten von Arzneimitteln zur Behandlung respiratorischer Infektionserkrankungen zurückzuführen. Zum Jahreswechsel 2020 zu 2021 sind infolge der pandemiebegleitenden Maßnahmen nur wenige Atemwegsinfekte bei Kindern und Jugendlichen behandelt worden, weshalb es zu dem analogen Rückgang der Verschreibungsquoten gekommen ist (Abbildung 13).

Abbildung 13: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018-2022



Je nach Altersgruppe ergeben sich unter den zehn im Jahr 2019 am häufigsten verordneten Wirkstoffen unterschiedliche Verordnungstrends (Tabellen 16 bis 18).

Tabelle 16: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Grundschulkindern (5-9 Jahre), 2018-2022

| ATC | Wirkstoff | Verschreibungsquote (in %) | | | | | Relative Differenz | |
|-----|--|----------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| M01 | Antiphlogistika und Antirheumatika | 37,3 | 36,0 | 27,8 | 24,8 | 33,7 | -6 % | +36 % |
| R01 | Rhinologika | 32,4 | 31,4 | 25,6 | 22,7 | 31,0 | -1 % | +37 % |
| J01 | Antibiotika | 22,2 | 22,7 | 14,3 | 10,4 | 19,0 | -16 % | +82 % |
| R05 | Husten- und Erkältungspräparate | 20,4 | 17,5 | 13,6 | 12,3 | 18,1 | 3 % | +47 % |
| A01 | Stomatologika | 10,8 | 10,9 | 9,9 | 10,9 | 10,1 | -8 % | -8 % |
| S01 | Ophthalmika | 10,4 | 10,5 | 7,6 | 7,1 | 8,7 | -17 % | +24 % |
| R03 | Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen | 9,3 | 9,2 | 7,4 | 6,8 | 9,3 | +1 % | +37 % |
| R06 | Antihistaminika zur systemischen Anwendung | 7,7 | 8,5 | 6,3 | 6,9 | 7,0 | -18 % | +1 % |
| D07 | Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen | 7,4 | 7,3 | 7,0 | 6,6 | 6,1 | -17 % | -8 % |

Tabelle 17: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Schulkindern (10-14 Jahre), 2018-2022

| ATC | Wirkstoff | Verschreibungsquote (in %) | | | | | Relative Differenz | |
|-----|--|----------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| M01 | Antiphlogistika und Antirheumatika | 18,8 | 17,8 | 14,6 | 12,7 | 17,3 | -3 % | +37 % |
| R01 | Rhinologika | 15,0 | 13,9 | 11,6 | 9,6 | 13,4 | -3 % | +40 % |
| J01 | Antibiotika | 14,6 | 13,1 | 9,4 | 7,3 | 11,3 | -14 % | +55 % |
| A01 | Stomatologika | 11,9 | 11,3 | 10,8 | 11,1 | 10,6 | -6 % | -5 % |
| R05 | Husten- und Erkältungspräparate | 10,5 | 8,9 | 6,3 | 4,1 | 9,3 | +4 % | +124 % |
| R03 | Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen | 7,2 | 7,3 | 5,4 | 4,6 | 6,3 | -14 % | +38 % |
| D07 | Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen | 6,4 | 6,0 | 6,2 | 5,4 | 5,1 | -15 % | -5 % |
| S01 | Ophthalmika | 5,5 | 5,6 | 4,6 | 4,6 | 4,9 | -12 % | +8 % |
| V90 | Sondergruppen | 5,0 | 5,2 | 5,4 | 6,1 | 8,6 | +65 % | +41 % |

Tabelle 18: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Jugendlichen (15-17 Jahre), 2018-2022

| ATC | Wirkstoff | Verschreibungsquote (in %) | | | | | Relative Differenz | |
|-----|--|----------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| J01 | Antibiotika | 21,4 | 19,6 | 14,6 | 14,1 | 17,7 | -10 % | +25 % |
| M01 | Antiphlogistika und Antirheumatika | 13,1 | 13,2 | 12,4 | 11,8 | 12,9 | -2 % | +9 % |
| G03 | Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems | 15,1 | 13,1 | 12,4 | 10,2 | 9,2 | -30 % | -9 % |
| D10 | Aknemittel | 8,9 | 8,3 | 8,2 | 9,1 | 7,7 | -7 % | -15 % |
| D07 | Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen | 6,5 | 7,2 | 6,9 | 6,3 | 6,1 | -16 % | -4 % |
| A01 | Stomatologika | 5,7 | 7,0 | 6,5 | 6,6 | 5,4 | -23 % | -19 % |
| R03 | Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen | 5,4 | 6,2 | 5,0 | 5,0 | 5,7 | -8 % | +13 % |
| V70 | Rezepturen | 5,3 | 5,4 | 4,7 | 4,7 | 4,0 | -26 % | -16 % |
| N02 | Analgetika | 6,3 | 5,3 | 4,3 | 3,7 | 5,0 | -6 % | 33 % |

4.3 Krankenhausaufenthalte

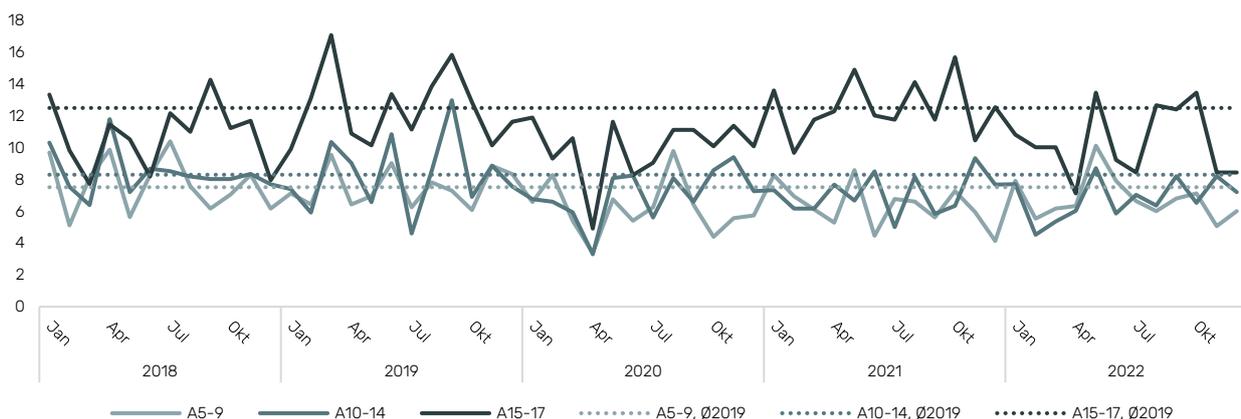
Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus (Tabelle 19). Bei Grundschulkindern ist ausgehend von dem Jahr 2022 zum Jahr 2021 ein ansteigender Trend zu beobachten (+14 %).

Tabelle 19: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018-2022

| Alter | Anteil mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt | | | | | Relative Differenz | |
|-------------|---|--------|-------|--------|-------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| 5-9 Jahre | 7,0 % | 7,0 % | 5,5 % | 5,7 % | 6,5 % | -8 % | +14 % |
| 10-14 Jahre | 7,5 % | 7,7 % | 6,8 % | 6,3 % | 6,2 % | -20 % | -3 % |
| 15-17 Jahre | 9,5 % | 10,5 % | 8,7 % | 10,1 % | 8,8 % | -17 % | -13 % |

Die folgende Abbildung 14 stellt den Anteil von Kindern und Jugendlichen mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat dar. Als Referenzwert ist der Durchschnittswert des Jahres 2019 für die drei betrachteten Altersgruppen angegeben.

Abbildung 14: Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018-2022



5 Methodik

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

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

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

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

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

Die Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher sind weitestgehend zum Bundesdurchschnitt vergleichbar. Kinder im Alter von <1 bis 8 Jahren sind geringfügig unterrepräsentiert, Kinder im Alter von 9 bis 17 Jahren geringfügig überrepräsentiert. Die DAK-Gesundheit repräsentiert ca. 7,1 % aller in Hamburg lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Die Geschlechtsverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist ebenfalls weitestgehend repräsentativ zur bundesweiten Verteilung. Mädchen sind innerhalb der DAK-Gesundheit dabei geringfügig unterrepräsentiert (Anteil Mädchen DAK-Gesundheit bei 0-17-Jährigen: 48,7 %, Anteil bundesweit: 50,7 %).

Alle Analysen zur Diagnosehäufigkeit basieren auf einer sog. M1Q-Validierung, das heißt, dass ein Kind in nachfolgenden Analysen dann als „erkrankt“ gezählt wird, wenn eine dokumentierte Diagnose innerhalb eines Jahres wenigstens einmal vorkommt. In der wissenschaftlichen Literatur wird demgegenüber regelhaft das sog. M2Q-Kriterium angewendet. Hierbei wird in einem konservativeren Ansatz nur dann eine Erkrankungsdiagnose gezählt, wenn sie in wenigstens zwei Quartalen eines Zeitraumes (z. B. Jahr) vorkommt. Da im DAK-Kinder- und Jugendreport jedoch auch frühe Trends und Auffälligkeiten beobachtet werden sollen, wird von diesem Ansatz hier abgesehen. Gleichwohl liegen alle Analyseergebnisse auch mit M2Q-Validierung vor und können bei den Reportautoren angefragt werden. Die beschriebenen Analysen der

Erkrankungsinzidenz basieren auf einem Validierungsalgorithmus, welcher auf ein diagnosefreies Vorjahr prüft. Dass bedeutet, dass ein Kind im Jahr 2022 dann als diagnoseinzident definiert wird, wenn die interessierende Diagnose M1Q in 2022 identifiziert wird aber in keinem Quartal im Jahr 2021 bei dem entsprechenden Kind dokumentiert wurde.

Die betrachteten Fokuserkrankungen wurden dabei wie folgt definiert:

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

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

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

Die in den Analysen berücksichtigten Wirkstoffgruppen sind wie folgt definiert:

| ATC | Wirkstoff |
|---------|---|
| N06CA03 | Fluoxetin und Psycholeptika |
| N06AB | Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer |
| N06AA09 | Amitriptylin |
| N06CA01 | Amitriptylin und Psycholeptika |
| N06AA12 | Doxepin |
| N06AA02 | Imipramin |
| N06AH | Homöopathische und anthroposophische Antidepressiva |
| N06AP | Pflanzliche Antidepressiva |

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

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

6 Datenhang

6.1 Hochrechnungen zu Depressionen

Tabelle 20: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Gesamt | - | - | - | - | - | - | - |
| A10-14 | Jungen | 200 | 300 | 400 | 300 | 300 | 0 | 0 |
| | Mädchen | 400 | 500 | 500 | 900 | 500 | 0 | -400 |
| | Gesamt | 600 | 800 | 800 | 1.200 | 800 | 0 | -400 |
| A15-17 | Jungen | 400 | 400 | 400 | 500 | 600 | +200 | +100 |
| | Mädchen | 900 | 1.200 | 1.100 | 1.400 | 1.200 | 0 | -200 |
| | Gesamt | 1.400 | 1.700 | 1.500 | 1.900 | 1.700 | 0 | -200 |

„-“: Aufgrund geringer Fallzahlen ist keine separate Ergebnisausgabe möglich.

Tabelle 21: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Diagnose | Schweregrad | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|-----------|--------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Inzident | Leicht | 300 | 300 | 200 | 300 | 500 | +200 | +200 |
| | Mittelgradig | 500 | 600 | 600 | 800 | 600 | 0 | -200 |
| | Schwer | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 0 | 0 |
| | Unspezifisch | 500 | 800 | 700 | 900 | 700 | -100 | -200 |
| Prävalent | Leicht | 500 | 500 | 300 | 400 | 600 | +100 | +200 |
| | Mittelgradig | 800 | 900 | 900 | 1.100 | 1.100 | +200 | 0 |
| | Schwer | 200 | 300 | 400 | 400 | 300 | 0 | -100 |
| | Unspezifisch | 800 | 1.100 | 1.100 | 1.300 | 1.000 | -100 | -300 |

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

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

Unspezifisch: F32.8, F32.9, F33.4, F33.8, F33.9

Tabelle 22: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Häufigkeit der Diagnose / Behandlung | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|--------------------------------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Mind. 1 Quartal | 1.300 | 1.600 | 1.500 | 1.700 | 1.700 | +100 | 0 |
| Mind. 2 Quartale | 1.000 | 1.300 | 1.100 | 1.300 | 1.200 | -100 | -100 |
| Jedes Quartal | 500 | 500 | 600 | 600 | 500 | 0 | -100 |

Tabelle 23: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahren mit prävalenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|---|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Depressionen | 1.300 | 1.600 | 1.500 | 1.700 | 1.700 | +100 | 0 |
| Angststörungen | 1.000 | 1.100 | 1.300 | 1.700 | 1.500 | +400 | -200 |
| Depressionen ohne Angststörungen | 1.200 | 1.500 | 1.400 | 1.500 | 1.400 | -100 | -100 |
| Angststörungen ohne Depressionen | 700 | 700 | 800 | 1.200 | 1.000 | +300 | -200 |
| Depressionen und komorbide Angststörung | 500 | 500 | 600 | 700 | 700 | +200 | 0 |

Tabelle 24: Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|---|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| Depressionen | 900 | 1.200 | 1.100 | 1.400 | 1.200 | 0 | -200 |
| Angststörungen | 800 | 800 | 1.000 | 1.300 | 1.000 | +200 | -300 |
| Depressionen ohne Angststörungen | 700 | 1.000 | 800 | 1.000 | 800 | -200 | -200 |
| Angststörungen ohne Depressionen | 600 | 500 | 800 | 900 | 700 | +200 | -200 |
| Depressionen und komorbide Angststörung | 200 | 200 | 200 | 400 | 300 | +100 | -100 |

Tabelle 25: Jugendliche Mädchen (15–17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Anteil mit | Hochrechnung der Anzahl mit Antidepressiva-Verordnung* | | | | | Relative Differenz | |
|--------------------------------|--|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| mindestens einer Verordnung | 200 | 200 | 200 | 200 | 200 | 0 | 0 |
| mindestens zwei Verordnungen** | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 |
| Therapiefortsetzung | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 |

* Berücksichtigt werden alle Verordnungen mit folgenden ATC-Codes: N06CA03, N06AB, N06AA09, N06CA01, N06AA12, N06AA02, N06AH, N06AP
** Berücksichtigt werden alle Personen mit zwei oder mehr Verordnungen an zwei oder mehr unterschiedlichen Tagen.

6.2 Hochrechnungen zu Angststörungen

Tabelle 26: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | 400 | 600 | 500 | 700 | 600 | 0 | -100 |
| | Mädchen | 500 | 700 | 500 | 600 | 600 | -100 | 0 |
| | Gesamt | 1.000 | 1.300 | 1.000 | 1.400 | 1.100 | -200 | -300 |
| A10-14 | Jungen | 300 | 300 | 400 | 400 | 600 | +300 | +200 |
| | Mädchen | 700 | 600 | 500 | 900 | 900 | +300 | 0 |
| | Gesamt | 1.000 | 1.000 | 900 | 1.300 | 1.500 | +500 | +200 |
| A15-17 | Jungen | 300 | 300 | 200 | 300 | 400 | +100 | +100 |
| | Mädchen | 800 | 800 | 1.000 | 1.300 | 1.000 | +200 | -300 |
| | Gesamt | 1.100 | 1.100 | 1.300 | 1.700 | 1.400 | +300 | -300 |

6.3 Hochrechnungen zu Essstörungen

Tabelle 27: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------|------|------|------|------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Mädchen | - | - | - | - | - | - | - |
| | Gesamt | - | - | - | - | - | - | - |
| A10-14 | Jungen | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 0 | 0 |
| | Mädchen | 100 | 200 | 100 | 100 | 200 | 0 | 100 |
| | Gesamt | 200 | 300 | 200 | 200 | 200 | -100 | 0 |
| A15-17 | Jungen | - | 100 | - | 100 | 100 | 0 | 0 |
| | Mädchen | 300 | 300 | 100 | 200 | 200 | -100 | 0 |
| | Gesamt | 400 | 400 | 200 | 300 | 300 | -100 | 0 |

„-“: Aufgrund geringer Fallzahlen ist keine separate Ergebnisausgabe möglich.

6.4 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

Tabelle 28: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

| Alter | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle | | | | | Relative Differenz | |
|--------|------------|------------------------|--------|-------|--------|-------|--------------------|---------|
| | | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2022-19 | 2022-21 |
| A5-9 | Jungen | 5.100 | 5.300 | 4.700 | 5.600 | 4.900 | -400 | -700 |
| | Mädchen | 4.000 | 4.800 | 4.400 | 4.400 | 4.600 | -200 | +200 |
| | Gesamt | 9.100 | 10.100 | 9.100 | 10.000 | 9.500 | -600 | -500 |
| A10-14 | Jungen | 2.600 | 3.300 | 3.300 | 3.100 | 3.600 | +300 | +500 |
| | Mädchen | 3.100 | 3.100 | 2.900 | 3.800 | 2.900 | -200 | -900 |
| | Gesamt | 5.700 | 6.400 | 6.100 | 6.900 | 6.500 | +100 | -400 |
| A15-17 | Jungen | 1.700 | 2.000 | 1.700 | 1.800 | 1.800 | -200 | 0 |
| | Mädchen | 2.600 | 2.500 | 2.400 | 3.000 | 2.900 | +400 | -100 |
| | Gesamt | 4.300 | 4.600 | 4.100 | 4.900 | 4.700 | +100 | -200 |

Vandage GmbH
November 2023
Copyright © Vandage GmbH

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