

DAK-Kinder- und Jugend- report 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie
in Bremen

Datenzeitraum: 2017-2022

November 2023

Report

DAK-Kinder- und Jugendreport 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie in
Bremen

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 und Ängste: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsanspruchnahme	2
3.1 Depressionen	2
3.2 Angststörungen.....	3
3.3 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt.....	3
4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022.....	4
4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen.....	4
4.2 Arzneimittelverschreibungen.....	5
4.3 Krankenhausaufenthalte.....	7
5 Methodik.....	8
6 Datenhang	10
6.1 Hochrechnungen zu Depressionen.....	10
6.2 Hochrechnungen zu Angststörungen	10
6.3 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen	10

Tabellen

Tabelle 1: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	2
Tabelle 2: Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15-17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades	2
Tabelle 3: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	3
Tabelle 4: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	3
Tabelle 5: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr, 2018-2022	4
Tabelle 6: Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr nach Facharztgruppen, 2018-2022	4
Tabelle 7: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018-2022	5
Tabelle 8: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Grundschulkindern (5-9 Jahre), 2018-2022....	5
Tabelle 9: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Schulkindern (10-14 Jahre), 2018-2022	6
Tabelle 10: Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Jugendlichen (15-17 Jahre), 2018-2022	6
Tabelle 11: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018-2022	7
Tabelle 12: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	10
Tabelle 13: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	10
Tabelle 14: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen	10

Abbildungen

Abbildung 1: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018-2022.....	4
Abbildung 2: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018-2022.....	5
Abbildung 3: Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018-2022	7

Kernergebnisse

Rüchläufige Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt

- Die Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt (sämtliche sog. „F-Diagnosen“) und die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen ist in Bremen im Jahr 2022 gegenüber 2021 zurückgegangen. Im Jahr 2022 wurden gegenüber 2021 -38 % weniger neubehandelte Fälle bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren dokumentiert, bei den gleichaltrigen Jungen beträgt der Rückgang -25 %.
- Auch im Vergleich zum Jahr 2019 wurden im Jahr 2022 weniger jugendliche Mädchen erstmals mit einer psychischen Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert (-34 %). Bei Jungen lag dieser Wert 2022 bei -43 % unterhalb des Vorpandemie-Niveaus aus dem Jahr 2019.

Fokuserkrankungen: Depressionen, Ängste und Essstörungen

- Im DAK-Kinder- und Jugendreport 2022 wurden auf Basis der Daten des Jahres 2021 steigende Neuerkrankungsraten von Depressionen und Angststörungen hauptsächlich bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren aus Bremen berichtet. Wir führen die Zeitreihe mit dem vorliegenden Report fort und analysieren die Häufigkeit neu diagnostizierter Depressionen und Angststörungen 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.
- Unter jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) wurden im Jahr 2022
 - 2,8 % erstmalig mit einer Depression diagnostiziert, -40 % weniger als noch 2019,
 - 2,5 % erstmalig mit einer Angststörung diagnostiziert, +7 % mehr als noch 2019.
- Aufgrund von zu geringen Fallzahlen können Essstörungen durch diesen regionalisierten Kinder- und Jugendreport nicht berücksichtigt werden.

Vertiefung: Depressionen bei jugendlichen Mädchen

- Die Neuerkrankungsrate von Depressionen bei jugendlichen Mädchen aus Bremen ist im Jahr 2022 sowohl gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum 2019 gesunken (-40 %) als auch gegenüber dem Vorjahr 2021 (-31 %).
- 14 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 in jedem Quartal ärztlich aufgrund von Depressionen behandelt; ein Plus von 19 % gegenüber 2019.

Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Bremen, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nahezu unverändert geblieben.
- Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern durch jugendliche Jungen und Mädchen (+10 %). Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Pädiater dokumentiert wurde, mit 53 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht. Die Inanspruchnahme von Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus ist hingegen bei den Jugendlichen deutlich gegenüber dem Jahr 2021 (-38 %) ebenso wie gegenüber dem Jahr 2019 (-4 %) gesunken.

- Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, liegt 2022 unter dem Vorpandemieniveau. Ausgenommen davon sind die Grundschul Kinder im Alter von 5 bis 9 Jahren, bei denen ein leichtes Plus (+1 %) festgestellt werden kann. Bei allen Altersgruppen ist zwischen 2021 und 2022 eine Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten.
- 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 %), ebenso wie bei Schulkindern (+5 %).

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 4.800 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Bremen 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 und Ängste: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsanspruchnahme

3.1 Depressionen

Die Neuerkrankungsrate von Schulkindern an Depressionen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vor-Pandemiezeitraum sowie gegenüber dem Vorjahr erhöht (Tabelle 1). Dies ist insb. auf höhere Neuerkrankungsraten der Mädchen zurückzuführen. Bei jugendlichen Mädchen ist eine gegenläufige Entwicklung festzustellen, wobei sich die Fallzahlen im Beobachtungszeitraum rückläufig entwickelt haben. Für Jungen werden in allen Altersgruppen niedrigere Neudiagnoseraten beobachtet.

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

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
A5-9	Jungen	-	-	-	-	-	-	-
	Mädchen	-	-	-	-	-	-	-
	Gesamt	-	-	-	-	-	-	-
A10-14	Jungen	5,0	6,4	3,0	3,0	3,2	-51 %	+7 %
	Mädchen	13,4	3,3	14,6	4,8	11,3	+237 %	+133 %
	Gesamt	9,2	4,9	8,6	3,9	7,2	+46 %	+86 %
A15-17	Jungen	13,4	10,7	20,2	22,0	9,6	-10 %	-56 %
	Mädchen	22,6	47,3	28,2	40,7	28,2	-40 %	-31 %
	Gesamt	18,4	30,2	24,2	30,8	18,2	-40 %	-41 %

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

Die Analyse von diagnoseprävalenten und inzidenten Fällen basiert im vorliegenden Report, wenn nicht anders beschrieben, auf einem sog. M1Q-Kriterium. Um eine intensivere Versorgung depressiver Erkrankungen als Approximation einer stärkeren Chronifizierung oder Krankheitsschwere abzubilden, werden nachfolgend zusätzlich auch jugendliche Mädchen betrachtet, die in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres aufgrund von Depressionen ärztlich/therapeutisch behandelt wurden. Dabei zeigt sich, dass insbesondere der Anteil der depressiv erkrankten Mädchen mit einem Plus von 19 % gegenüber 2019 gestiegen ist, die in jedem Quartal des Jahres 2022 behandelt wurden (Tabelle 2).

Tabelle 2: 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	40,6	52,0	33,3	37,9	31,0	-40 %	-18 %
Mind. 2 Quartale	22,6	30,7	15,4	32,5	42,3	+38 %	+30 %
Jedes Quartal	4,5	11,8	5,1	21,7	14,1	+19 %	-35 %

3.2 Angststörungen

Die Neuerkrankungsrate von Angststörungen ist im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöht. Dies ist insb. auf deutliche Zuwächse der Neuerkrankungsraten bei Jungen im Grundschul- (5-9 Jahre) und Jugendalter (15-17 Jahre) zurückzuführen, wobei die Fallzahlen bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen (Tabelle 3). Gegenüber 2021 ist bei den Jugendlichen aus Bremen ein abnehmender Trend zu beobachten. Bei Schulkindern zwischen 10 und 14 Jahren ist wiederum ein Anstieg der Inzidenz-entwicklung von Angststörungen zu verzeichnen.

Tabelle 3: 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	9,0	5,1	1,7	6,3	10,2	+100 %	+61 %
	Mädchen	3,7	5,4	1,7	8,2	6,3	+15 %	-24 %
	Gesamt	6,4	5,3	1,7	7,3	8,3	+58 %	+15 %
A10-14	Jungen	5,0	14,4	4,5	7,4	12,6	-13 %	+71 %
	Mädchen	8,4	15,0	0,0	16,1	17,7	+18 %	+10 %
	Gesamt	6,7	14,7	2,3	11,6	15,1	+3 %	+31 %
A15-17	Jungen	10,7	5,4	5,1	12,2	7,2	+35 %	-41 %
	Mädchen	24,8	23,6	30,8	43,4	25,4	+7 %	-42 %
	Gesamt	18,4	15,1	17,8	27,0	15,6	+3 %	-42 %

3.3 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt

Psychische Auffälligkeiten treten in Kindheit und Jugend häufig auf und sind neben den individuellen Konsequenzen für die betroffenen Familien auch mit hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden. Im Jahr 2022 wurden gegenüber 2021 -38 % weniger Neubehandelte Fälle bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren dokumentiert, bei den gleichaltrigen Jungen beträgt der Rückgang -25 % (Tabelle 4). Auch im Vergleich zum Jahr 2019 wurden im Jahr 2022 weniger jugendliche Mädchen erstmals mit einer psychischen Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert (-34 %). Bei Jungen lag dieser Wert 2022 bei -43 % unterhalb des Vorpandemie-Niveaus aus dem Jahr 2019.

Tabelle 4: 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	104,1	119,3	117,1	91,8	105,1	-12 %	+15 %
	Mädchen	68,8	94,4	67,4	75,5	73,8	-22 %	-2 %
	Gesamt	86,8	107,2	92,6	83,8	90,0	-16 %	+7 %
A10-14	Jungen	66,0	64,2	65,9	45,9	55,3	-14 %	+20 %
	Mädchen	40,3	68,4	53,5	79,0	64,3	-6 %	-19 %
	Gesamt	53,3	66,3	59,9	61,8	59,8	-10 %	-3 %
A15-17	Jungen	61,7	67,0	73,2	51,2	38,5	-43 %	-25 %
	Mädchen	90,3	106,4	82,1	113,8	70,4	-34 %	-38 %
	Gesamt	77,2	87,9	77,6	80,9	53,2	-40 %	-34 %



4 Entwicklung der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen 2018-2022

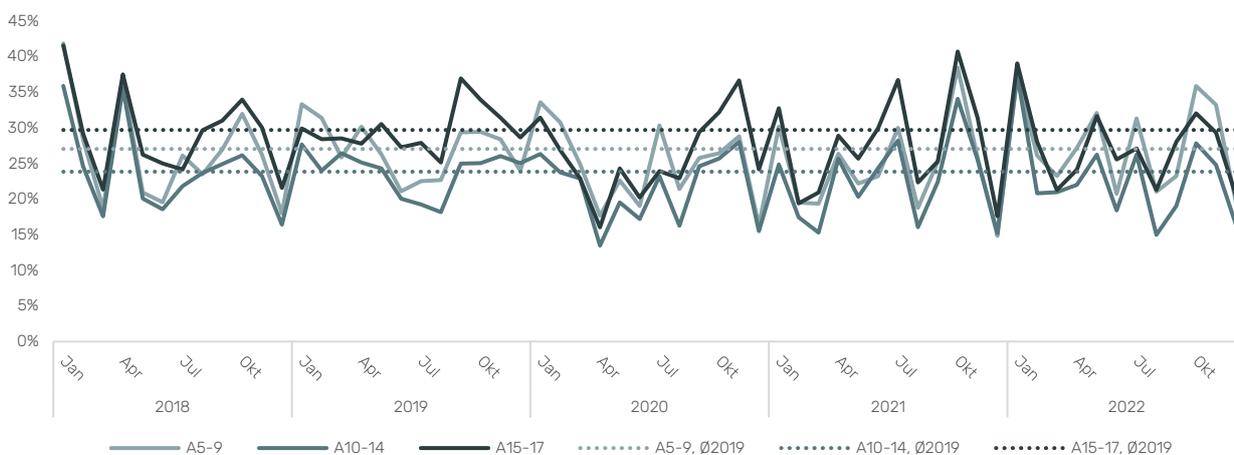
4.1 Ambulant-ärztliche Leistungen

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus Bayern, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nahezu unverändert geblieben (Tabelle 5, Abbildung 1).

Tabelle 5: 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	92,0 %	90,9 %	88,9 %	88,2 %	93,6 %	+3,0 %	+6,1 %
10-14 Jahre	87,3 %	87,6 %	83,1 %	85,4 %	87,3 %	-0,4 %	+2,3 %
15-17 Jahre	89,5 %	88,8 %	87,0 %	89,3 %	89,8 %	+1,1 %	+0,5 %

Abbildung 1: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018-2022



Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern durch jugendliche Jungen und Mädchen (+10 %) (Tabelle 6). Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Pädiater dokumentiert wurde, mit 53 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht. Die Inanspruchnahme von Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus ist hingegen bei den Jugendlichen deutlich gegenüber dem Jahr 2021 (-38 %) ebenso wie gegenüber dem Jahr 2019 (-4 %) gesunken.

Tabelle 6: 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	14,4 %	14,9 %	14,3 %	10,6 %	12,6 %	-15 %	+18 %
	Pädiater	84,7 %	82,9 %	80,2 %	80,6 %	87,2 %	+5 %	+8 %
	Psych-Facharzt	4,7 %	5,1 %	5,5 %	3,8 %	4,1 %	-20 %	+8 %
	Sonstiger Facharzt	56,2 %	56,2 %	52,5 %	54,8 %	58,9 %	+5 %	+8 %
10-14 Jahre	Hausarzt	22,8 %	23,3 %	21,2 %	20,5 %	18,7 %	-20 %	-9 %
	Pädiater	67,3 %	67,2 %	63,3 %	66,1 %	70,8 %	+5 %	+7 %
	Psych-Facharzt	6,4 %	6,8 %	7,0 %	6,2 %	6,7 %	-1 %	+8 %
	Sonstiger Facharzt	59,5 %	60,8 %	54,6 %	55,1 %	59,0 %	-3 %	+7 %
15-17 Jahre	Hausarzt	48,8 %	46,4 %	40,6 %	40,9 %	39,0 %	-16 %	-5 %
	Pädiater	44,9 %	48,5 %	48,2 %	52,5 %	53,4 %	+10 %	+2 %
	Psych-Facharzt	7,6 %	7,0 %	6,5 %	10,9 %	6,7 %	-4 %	-38 %
	Sonstiger Facharzt	73,2 %	69,6 %	69,6 %	67,5 %	70,0 %	+1 %	+4 %

4.2 Arzneimittelverschreibungen

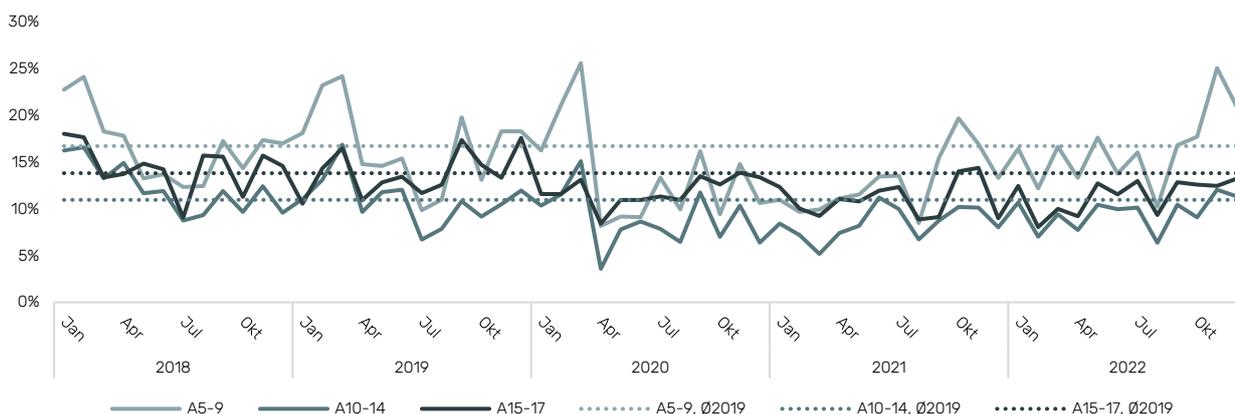
Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, liegt 2022 unter dem Vorpandemieniveau (Tabelle 7). Ausgenommen davon sind die Grundschul-kinder im Alter von 5 bis 9 Jahren, bei denen ein leichtes Plus (+1 %) festgestellt werden kann. Bei allen Altersgruppen ist zwischen 2021 und 2022 eine Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten.

Tabelle 7: 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	74,2 %	73,1 %	65,9 %	62,2 %	73,5 %	+1 %	+18 %
10-14 Jahre	60,1 %	57,0 %	50,7 %	48,1 %	53,0 %	-7 %	+10 %
15-17 Jahre	59,9 %	57,7 %	51,7 %	50,2 %	55,6 %	-4 %	+11 %

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 2).

Abbildung 2: 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 8 bis 10).

Tabelle 8: Entwicklung der zehn verordnungsstärksten 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	41,4	42,5	35,1	31,7	39,5	-7 %	+24 %
R01	Rhinologika	36,4	35,1	31,6	26,8	38,1	+8 %	+42 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	30,0	27,7	23,7	21,4	30,4	+10 %	+42 %
J01	Antibiotika	21,9	22,9	15,1	10,6	17,2	-25 %	+62 %
S01	Ophthalmika	12,6	11,3	7,5	6,6	11,1	-2 %	+68 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	10,2	9,9	6,2	5,8	8,3	-16 %	+43 %
P03	Mittel gegen Ektoparasiten, inkl. Antiscabiosa, Insektizide und Repellenzien	5,4	6,7	3,6	3,3	3,6	-46 %	+10 %
A01	Stomatologika	7,9	6,6	4,4	5,5	6,0	-9 %	+9 %
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	7,4	6,4	7,6	9,4	5,8	-9 %	-38 %

Tabelle 9: Entwicklung der zehn verordnungsstärksten 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	23,2	20,8	17,7	13,7	19,9	-4 %	+46 %
R01	Rhinologika	15,7	14,2	12,0	11,7	15,9	+13 %	+36 %
J01	Antibiotika	14,9	12,5	9,4	6,3	11,0	-12 %	+74 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	14,5	12,0	10,9	8,2	13,5	+13 %	+65 %
A01	Stomatologika	8,1	7,5	6,8	6,3	6,9	-8 %	+9 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,7	6,7	5,4	4,7	4,8	-29 %	+2 %
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	7,8	5,8	4,0	5,3	3,4	-41 %	-36 %
S01	Ophthalmika	6,2	5,7	3,8	3,9	4,5	-22 %	+16 %
V70	Rezepturen	5,1	4,7	3,7	2,7	2,9	-38 %	+9 %

Tabelle 10: Entwicklung der zehn verordnungsstärksten 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	23,2	20,4	15,1	14,2	20,6	+1 %	+45 %
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	17,9	13,6	10,7	10,4	13,6	0 %	+31 %
G03	xualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	15,2	13,3	12,3	9,1	7,7	-43 %	-16 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	5,6	6,3	4,6	5,1	6,2	-1 %	+21 %
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	7,0	5,7	4,6	5,4	6,4	+12 %	+18 %
D10	Aknemittel	6,6	5,4	6,4	7,1	8,2	+51 %	+16 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	7,2	5,3	2,5	2,3	4,5	-14 %	+96 %
N02	Analgetika	4,9	4,5	3,7	3,1	2,9	-37 %	-7 %
S01	Ophthalmika	3,1	4,1	2,5	2,6	3,2	-22 %	+26 %

4.3 Krankenhausaufenthalte

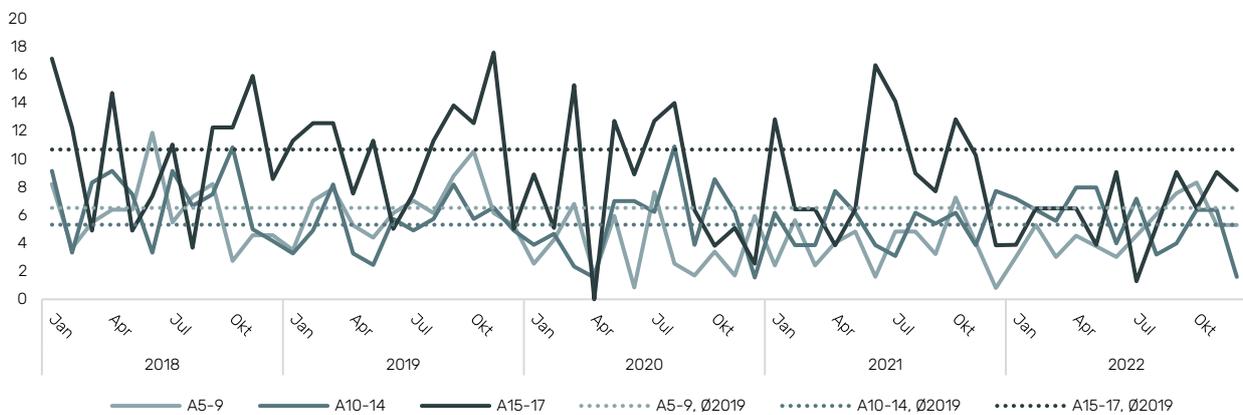
Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Bei Grundschulkindern ist ausgehend von dem Jahr 2022 zum Jahr 2021 ein ansteigender Trend zu beobachten (+14 %), ebenso wie bei Schulkindern (+5 %) (Tabelle 11).

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

Alter	Anteil mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022-19	2022-21
5-9 Jahre	6,3 %	6,3 %	3,7 %	3,7 %	4,2 %	-33 %	+14 %
10-14 Jahre	7,0 %	5,4 %	5,1 %	4,9 %	5,1 %	-6 %	+5 %
15-17 Jahre	9,8 %	9,8 %	7,6 %	8,3 %	5,8 %	-40 %	-30 %

Die folgende Abbildung 3 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 3: 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), Grundschulkind (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. 4,0 % aller in Bremen 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 definiert¹:

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

¹ Angaben gemäß: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf

6 Datenhang

6.1 Hochrechnungen zu Depressionen

Tabelle 12: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Tabelle

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	0	0	0	-100	0
	Mädchen	200	0	200	100	200	+200	+100
	Gesamt	300	100	300	100	200	+100	+100
A15-17	Jungen	100	100	200	200	100	0	-100
	Mädchen	200	400	200	300	300	-100	0
	Gesamt	300	500	400	600	300	-200	-300

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

6.2 Hochrechnungen zu Angststörungen

Tabelle 13: 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	100	100	0	100	200	+100	+100
	Mädchen	100	100	0	100	100	0	0
	Gesamt	200	200	100	200	300	+100	+100
A10-14	Jungen	100	200	100	100	200	0	+100
	Mädchen	100	200	0	200	300	+100	+100
	Gesamt	200	400	100	300	500	+100	+200
A15-17	Jungen	100	0	0	100	100	+100	0
	Mädchen	200	200	300	400	200	0	-200
	Gesamt	300	300	300	500	300	0	-200

6.3 Hochrechnungen zu psychischen Störungen und Verhaltensstörungen

Tabelle 14: 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	1.600	1.800	1.800	1.500	1.800	0	+300
	Mädchen	1.000	1.400	1.000	1.200	1.200	-200	0
	Gesamt	2.500	3.200	2.800	2.600	3.000	-200	+400
A10-14	Jungen	1.000	1.000	1.000	700	900	-100	+200
	Mädchen	600	1.000	800	1.100	900	-100	-200
	Gesamt	1.600	2.000	1.800	1.800	1.800	-200	0
A15-17	Jungen	600	600	700	500	400	-200	-100
	Mädchen	800	900	700	1.000	600	-300	-400
	Gesamt	1.400	1.600	1.400	1.500	1.000	-600	-500



Vandage GmbH
November 2023
Copyright © Vandage GmbH

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