

KINDER- UND JUGENDREPORT

Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach der Pandemie



Band
49 | Beiträge zur Gesundheitsökonomie
und Versorgungsforschung

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 49)
Andreas Storm (Herausgeber)

Kinder- und Jugendreport 2023



dak.de/forschung-1283

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 49)

Kinder- und Jugendreport 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach der Pandemie

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit
DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27-31
D-20097 Hamburg

Autoren:

Dr. Julian Witte,
Alena Zeitler,
Dr. Katharina Weinert,
Jana Diekmannshemke,
Lena Hasemann,
Dr. Manuel Batram

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

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-98800-084-2

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

Titelbild: © Gettyimages/Dmitriy Bilous (Titelbild); DAK-Gesundheit/Läufer (Foto Storm, Umschlag);
DAK-Gesundheit (Foto Greiner, Umschlag)
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Satz: Strassner ComputerSatz, Heidelberg

Vorwort

Vielen Kindern und Jugendlichen in Deutschland geht es nicht gut. Zahlreiche Krisen, der Ukraine-Krieg oder der Klimawandel, haben 2022, dem Fokusanalyse-Jahr des Kinder- und Jugendreports 2023, offensichtlich gesundheitliche und psychische Spuren bei jungen Menschen hinterlassen. Hinzu kommen die Nachwirkungen der Coronapandemie und der damit verbundenen Maßnahmen. Der aktuelle Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit wirft Schlaglichter auf die Kinder- und Jugendgesundheit in diesem Land. Wir wollen Impulse setzen, Entwicklungen aufzeigen und Diskussionen initiieren – auf politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene. Zudem wollen wir mit unseren Analysen Handlungsfelder zur Verbesserung der Situation aufzeigen und Akzente setzen: zum Wohle der Kinder und Jugendlichen in unserem Land.

Schwerpunktt Themen des Reports 2023

Im Kinder- und Jugendreport 2023 bündeln wir vier Fokusanalysen des Jahres mit unterschiedlichen Schwerpunktt Themen:

1. Auf Basis insbesondere stationärer Leistungsdaten blickt der Report auf die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV), einer Atemwegserkrankung, von der insbesondere Neugeborene und Säuglinge zuletzt häufig in schwerer Form betroffen waren. Die Analysen verdeutlichen, dass vor allem der Anteil gesunder Neugeborener und Säuglinge an den behandelten Fällen 2022 im Vergleich zu 2018 zugenommen hat.
2. In einer weiteren Analyse zeigt der Report die Zunahme stationär behandelter jugendlicher Mädchen mit Depressionen, Ängsten und Essstörungen im Vergleich der Jahre 2022 und dem letzten Vor-Corona-Jahr 2019.
3. Detaillierte Daten auch aus der ambulant-ärztlichen Versorgungspraxis können in einer weiteren Analyse 2022 zumindest eine Verstärkung hoher Fallzahlen von Depressionen, Ängsten und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Vergleich zum raschen Anstieg der Behandlungsfälle aus den Jahren 2020 und 2021 belegen.
4. Zuletzt zeigt der Report entstandene Vorsorgelücken in der Krebsprävention, indem er auf rückläufige HPV-Erstimpfungsquoten hinweist.

Diagnose- und Versorgungsgeschehen im Längsschnitt

Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sichtbar und Versorgungsherausforderungen messbar machen: Mit diesem Anspruch hat die DAK-Gesundheit vor sechs Jahren als erste bundesweit agierende Krankenkasse den Kinder- und Jugendreport veröffentlicht. Insbesondere die Verknüpfung von Erkrankungs- und Versorgungsdaten im Längsschnitt auf Basis von Abrechnungsdaten ist eine Stärke des Reports.

Der Report wird kontinuierlich fortgeschrieben und blickt aktuell auf eine zusammenhängende Datenreihe von sechs Jahren, welche das vollständige ambulant-ärztliche, thera-

peutische und stationäre Leistungsgeschehen der Jahre 2017 bis 2022 beinhaltet. Der Report umfasst dabei repräsentative Daten von fast 800.000 Kindern im Alter von 0 bis 17 Jahren. Dies ermöglicht nicht nur einen detaillierten Blick auf Erkrankungs- und Versorgungsschwerpunkte und deren zeitliche Entwicklung, sondern auch die Untersuchung regionaler Unterschiede. Der Report ist damit die größte systematische Analyse zur Kindesgesundheit in Deutschland.

Ansätze für eine bessere Versorgung der Kinder und Jugendlichen

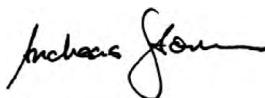
Insbesondere auf Prävention angelegte Initiativen zur Verbesserung der Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland sind auf eine umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit dieser Reportreihe maßgeblich unterstützt. So zeigt der Kinder- und Jugendreport Bereiche auf, in denen Handlungsbedarf besteht. Ein Beispiel ist die psychische Gesundheit, insbesondere von Jugendlichen. Zudem ist eine Intention des Kinder- und Jugendreports, Impulse zur Verbesserung des Versorgungsgeschehens zu geben – zum Beispiel im Rahmen des Themas HPV-Impfungen. So ist der Rückgang bei HPV-Impfungen alarmierend und ein schlechtes Zeichen für die Gesundheitsvorsorge unserer Kinder. HPV-Impfungen sind wichtig, denn sie können junge Menschen vor Krebserkrankungen schützen. Wir brauchen eine Impf-Offensive im Kontext HPV. Wir müssen vor allem Eltern für die Vorteile einer HPV-Impfung sensibilisieren. Und wir müssen versuchen, eine mögliche Impfskepsis abzubauen. Wichtig ist, dass wir eine Trendumkehr schaffen, damit in Zukunft wieder mehr Kinder und Jugendliche gegen Krebserkrankungen geschützt werden können.

Impuls für sozial- und gesundheitspolitische Diskurse

Der Ansatz, mit dem Kinder- und Jugendreport valide Trends und Entwicklungen aufzuzeigen und damit Politik und Wissenschaft Grundlagen für Diskussionen und Lösungsansätze zu bieten, wurde auch 2023 erfolgreich umgesetzt. Das zeigt ein Beispiel besonders deutlich: Das Bundesministerium für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatten bereits im Sommer 2021 eine Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) mit dem Titel „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ eingerichtet, deren Abschlussbericht im Februar 2023 veröffentlicht wurde. Die Sonderanalysen des Kinder- und Jugendreportes der vergangenen zwei Jahre waren Teil der wissenschaftlichen Studien, die von der IMA genutzt wurden.

Wir freuen uns auf breites Interesse an den vorliegenden Ergebnissen und hoffen, nachhaltige Impulse für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland geben zu können.

Andreas Storm



Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, April 2024

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
Executive Summary	IX
1. Hintergrund	1
1.1 Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland	1
1.2 Datenquellen	2
2. Methodik des Kinder- und Jugendreportes der DAK-Gesundheit	5
2.1 Datengrundlage	5
2.2 Datenschutz	7
2.3 Analysen	8
2.3.1 Erkrankungshäufigkeit	8
2.3.2 Leistungsanspruchnahme	9
2.3.3 Beschreibung des sozioökonomischen Familienstatus	9
2.3.4 Risikofaktoren	11
2.4 Repräsentativität	12
3. Entwicklung und Versorgung psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen	15
3.1 Stationäre Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen	15
3.1.1 Hintergrund	15
3.1.2 Spezifische Analysemethodik	15
3.1.3 Zunahme der Krankenhausbehandlungen	16
3.1.4 Veränderungen in der stationären Versorgung	17
3.2 Diagnoseinzidenz und Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen	18
3.2.1 Hintergrund	18
3.2.2 Spezifische Analysemethodik	19
3.2.3 Depressionen, Ängste, Essstörungen: Inzidenz, Risikofaktoren und Leistungsanspruchnahme	20
3.2.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt	39
4. Entwicklung der administrativen Krankheitslast und Versorgungsanspruchnahme	41
4.1 Hintergrund	41
4.2 Spezifische Analysemethodik	41
4.3 Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen	43
4.4 Arzneimittelverschreibungen	48
4.5 Krankenhausaufenthalte	51
4.6 Weitere auffällige Krankheitsbilder	52
4.6.1 Trends bei Kleinkindern (1–4 Jahre)	53

4.6.2	Trends bei Grundschulkindern (5–9 Jahre)	54
4.6.3	Trends bei Schulkindern (10–14 Jahre)	55
4.6.4	Trends bei Jugendlichen (15–17 Jahre)	55
5.	Entwicklung der Inzidenz von Infektionskrankheiten und der Inanspruchnahme von Impfprävention	57
5.1	Häufigkeit und Versorgung von Kindern mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV)	57
5.1.1	Hintergrund	57
5.1.2	Spezifische Analysemethodik	60
5.1.3	Krankheitslast von RSV	66
5.1.4	RSV-assoziierte Hospitalisierungen	71
5.1.5	Unsicherheit in der Schätzung der RSV-assoziierten Krankheitslast. . .	78
5.2	Status quo der HPV-Impfungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher . .	80
5.2.1	Hintergrund	80
5.2.2	Spezifische Analysemethodik	81
5.2.3	Abgegebene HPV-Impfdosen	81
5.2.4	HPV-Erstimpfungsquote nach Altersjahren	82
5.2.5	Assoziation sozioökonomischer Status und HPV-Erstimpfungsquote . .	84
5.2.6	Durchschnittliche Zeit zwischen Beginn und Ende einer HPV-Impfreihe	87
5.2.7	Anteil der Versicherten mit einer vollständigen HPV-Impfreihe	88
	Literaturverzeichnis	91
	Abbildungsverzeichnis	93
	Tabellenverzeichnis	97
	Kontaktdaten	100
	Kinder- und Jugendreport 2023	101

Executive Summary

Entwicklung der Versorgung psychischer Erkrankungen

Schwerpunkt 1: Stationäre Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen

Kinder und Jugendliche in Deutschland sind durch anhaltende Krisen weiter stark psychisch belastet. Vor allem Mädchen sind betroffen. So wurden 2022 ein Drittel mehr Teenagerinnen zwischen 15 und 17 Jahren mit einer Angststörung in Kliniken versorgt als im Vor-Corona-Jahr 2019. Das war ein neuer Höchststand. Auch die Behandlungszahlen bei Essstörungen und Depressionen nahmen deutlich zu.

In den Jahren 2018 bis 2020 lagen die Fallzahlen stationär behandelter Angststörungen auf konstantem Niveau. 2021 und 2022 stiegen die Klinikbehandlungen hingegen deutlich und kontinuierlich an. So wurde im vergangenen Jahr bei jugendlichen Mädchen ein neuer Höchstwert erreicht: Hochgerechnet auf alle Jugendlichen in der Altersgruppe 15 bis 17 kamen 2022 bundesweit rund 6.900 Mädchen mit einer Angststörung ins Krankenhaus. Das entspricht einem Anstieg von 35 % im Vergleich zum Vor-Corona-Jahr 2019. Auch bei Essstörungen und Depressionen nahmen die Krankenhausbehandlungen jugendlicher Mädchen zu: So stieg die Zahl der Klinikaufenthalte 2022 im Vergleich zu 2019 bei Essstörungen um über die Hälfte an, bei Depressionen nahmen die Behandlungszahlen um gut ein Viertel zu.

Schwerpunkt 2: Diagnoseinzidenz und Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen

Die Neudiagnoserate psychischer Erkrankungen insgesamt und die damit verbundene Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen ist im Jahr 2022 rückläufig. Bei jugendlichen Jungen und Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist dieser Rückgang besonders stark ausgeprägt. Im Jahr 2022 sind gegenüber 2021 11 % weniger neubehandelte Fälle bei Mädchen dokumentiert. Bei Jungen beträgt der Rückgang 5 %. Im Gegensatz zu Jungen sind unter jugendlichen Mädchen im Vergleich zum Vorpandemiezeitraum die Fallzahlen im Jahr 2022 jedoch noch immer erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 6 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine psychische Erkrankung und Verhaltensstörung diagnostiziert. Bei Jungen liegt dieser Wert 2022 8 % unterhalb des Vorpandemieniveaus.

Im Kinder- und Jugendreport 2022 der DAK-Gesundheit 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 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 Vergleich zum Vorjahr im Jahr 2022 ein leichter Rückgang der neu diagnostizierten Fälle mit Depressionen, Angststörungen oder Essstörungen zu verzeichnen ist. Gleichzeitig bleiben die Neuerkrankungsraten gegenüber dem Vorpandemiezeitraum deutlich erhöht. Unter jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) wurden im Jahr 2022

- 4,1 % erstmalig mit einer Depression diagnostiziert, 24 % mehr als noch 2019,
- 4,0 % erstmalig mit einer Angststörung diagnostiziert, 44 % mehr als noch 2019,
- 1,0 % erstmalig mit einer Essstörung diagnostiziert, 51 % mehr als noch 2019.

Eine Assoziation der sozialen Lage des Elternhauses mit dem Risiko einer Neudiagnosestellung ist in allen betrachteten Erkrankungsbildern erkennbar: Jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status haben im Jahr 2022 im Vergleich zu Mädchen aus Familien mit niedrigem Status

- eine statistisch signifikant 27 % höhere Chance erstmalig eine Depressionsdiagnose zu erhalten,
- eine 9 % höhere Chance erstmalig eine Angststörungsdiagnose zu erhalten, allerdings nur in 2021 auf statistisch signifikantem Niveau,
- eine 25 % höhere Chance erstmalig eine Essstörungsdiagnose zu erhalten, allerdings nur in 2021 auf statistisch signifikantem Niveau.

Bei Mädchen im Schul- (10–14 Jahre) und Jugendalter (15–17 Jahre) haben ärztlich dokumentierte Depressionen seit der Pandemie deutlich zugenommen. Im Jahr 2022 sind 7,5 % aller DAK-versicherten Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit einer Depressionsdiagnose in ärztlicher Behandlung. Insbesondere der Anteil neu diagnostizierter Fälle ist im Jahr 2022 mit 4,1 % weiterhin deutlich gegenüber dem Vorpandemiezeitraum erhöht. Im Vergleich zu 2019 erhalten 24 % mehr jugendliche Mädchen erstmals eine Depressionsdiagnose. Gegenüber 2021 ist zuletzt jedoch ein leichter Rückgang zu beobachten. Der zwischen 2019 und 2022 beobachtete Anstieg neu diagnostizierter Depressionen bei jugendlichen Mädchen ist mit einem Plus von 41 % primär auf mittelgradig schwere Depressionen zurückzuführen. 22 von 1.000 jugendlichen Mädchen werden im Jahr 2022 in jedem Quartal ärztlich aufgrund von Depressionen behandelt; ein Plus von 56 % gegenüber 2019.

Im Jahr 2022 ist ein statistisch signifikanter Einfluss der sozialen Lage auf die Chance einer Depressionsneudiagnose zu beobachten. Jugendliche Mädchen aus Familien mit sozioökonomisch hohem Status haben eine 27 % höhere Chance, eine neue Depressionsdiagnose zu erhalten, als Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status.

2,9 % 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 überproportional stark gestiegen und

liegt 2022 84 % oberhalb des Niveaus des Jahres 2019. Die erstmalige Diagnosestellung einer Depression erfolgte im Jahr 2022 am häufigsten bei fachspezifischen Ärzten und Therapeuten. Gegenüber 2019 ist insbesondere der Anteil der Pädiater (+54 %) und der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+13 %) an den erstdiagnostizierenden Fachgruppen angestiegen. Der Anteil der jugendlichen Mädchen, die im Jahr 2022 erstmalig eine Depressionsdiagnose und innerhalb eines Jahres auch ein Antidepressivum erhalten haben, ist gegenüber 2019 um 30 % gestiegen. Zudem setzen mehr als 60 % aller jugendlichen Mädchen eine begonnene Antidepressivatherapie im Jahr 2022 fort.

Entwicklung der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen insgesamt

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend nach einem leichten Rückgang im Jahr 2020 seit 2021 wieder leicht steigend. Nach Fachgruppe sind unterschiedliche Trends in der Inanspruchnahme zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmeraten von Pädiatern, Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus durch jugendliche Jungen und Mädchen. Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Facharzt oder Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus dokumentiert wurde, mit 10 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht.

Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, ist im Gegensatz zu den Jahren 2020 und 2021 wieder zum Teil deutlich angestiegen. Bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist dabei eine langsame Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten, während insbesondere bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren vergleichsweise geringe Wachstumsraten in der Verordnungsquote zu beobachten sind. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Während jedoch bei Grundschulkindern wieder ein ansteigender Trend zu beobachten ist, verbleiben die Hospitalisierungsraten von Schulkindern und Jugendlichen auf einem niedrigen Niveau.

Entwicklung von Infektionskrankheiten und Impfprävention

Schwerpunkt 1: Häufigkeit und Versorgung von Kindern mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV)

Daten zur Krankheitslast des Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) liegen aus verschiedenen Datenquellen vor, welche neben Krankenhausdiagnosedaten auch auf ambulant-ärztlichen Falldaten oder Labordaten beruhen. All diesen Datenquellen ist in der Regel gemein, dass sie keine differenzierte Betrachtung der RSV-assoziierten Krankheitslast in Abhängigkeit des zugrundeliegenden Risikos eines Neugeborenen, Säuglings oder Kindes für einen schweren RSV-Verlauf ermöglichen. Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen bieten hingegen durch eine längsschnittliche Abbildbarkeit von Diagnosen und Leistungen verschiedener Versorgungssektoren die Möglichkeit, personenindividuelle Ri-

sikoprofile zu erstellen und hinsichtlich der Häufigkeit von Erkrankungen, welche die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erfordern, zu vergleichen.

Im Rahmen des vorliegenden Reportes werden RSV-assoziierte ambulant-ärztliche Fälle und Hospitalisierungen bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern betrachtet. Differenziert untersucht wird dabei die RSV-Epidemiologie bei Kindern mit bzw. ohne Risiko für einen schweren RSV-Krankheitsverlauf, darunter Frühgeborene bzw. Neugeborene mit geringem Geburtsgewicht oder Kinder mit chronischen Grunderkrankungen.

Saisonübergreifend zeigt sich dabei: Neugeborene und Säuglinge im Alter von unter einem Jahr tragen die höchste RSV-assoziierte Krankheitslast. Dies gilt sowohl für ambulant-ärztliche Versorgungskontakte als auch für RSV-assoziierte Hospitalisierungen. In den Saisons vor und nach der Pandemie entfielen jeweils ca. 50 % aller RSV-assoziierten Fälle von Kindern und Jugendlichen auf Neugeborene und Säuglinge im Alter von unter einem Jahr. Mehr als 85 % aller RSV-Fälle bei Neugeborenen und Säuglingen entfallen je Saison auf reifgeborene Kinder.

Am häufigsten werden Neugeborene und Säuglinge unter einem Jahr mit einer RSV-Erkrankung hospitalisiert. Die Hospitalisierungsrate bei Neugeborenen und Säuglingen mit Risiko gegenüber denen ohne Risiko um das ca. Dreifache erhöht.

Schwerpunkt 2: Status quo der HPV-Impfungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher

Die HPV-Erstimpfungsquote im Jahr 2022 ist unabhängig von Alter und Geschlecht sowohl gegenüber dem Vorjahr (2021) als auch gegenüber 2019 deutlich rückläufig. Im Vergleich zu 2019 wurden im Jahr 2022 bei 26 % weniger Mädchen im Alter von 9 bis 14 Jahren und 43 % weniger Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren eine HPV-Impfserie begonnen. Bei Jungen liegt der relative Rückgang der Erstimpfungsquote mit -32 % (9–14 Jahre) und -59 % (15–17 Jahre) noch einmal höher.

Der Anteil erstmalig geimpfter Kinder, die ins impfrelevante Alter eintreten (9 Jahre) ist im Bundesdurchschnitt ebenfalls zuletzt gesunken. Im Langfristtrend wurden im Jahr 2022 zwar annähernd gleich viele 9-jährige Jungen und Mädchen gegen HPV geimpft wie noch im Jahr 2019, kurzfristig ist jedoch ein rückläufiger Trend zu beobachten. Im Vergleich zum Jahr 2021 wurden in 2022 für 22 % weniger Jungen und 8 % weniger Mädchen im Alter von 9 Jahren eine HPV-Impfserie begonnen. Der Anteil impfender Pädiater steigt sowohl im Schulkind- als auch im Jugendalter an. Der Anteil an allen abgegebenen HPV-Erstimpfungen ist im Jahr 2022 gegenüber 2019 um jeweils 6 Prozentpunkte gestiegen. Rückläufig sind gleichzeitig Impfungen durch Hausärzte und Gynäkologen.

1. Hintergrund

1.1 Kinder- und Jugendgesundheit in Deutschland

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

Mit dem ersten Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit aus dem Jahr 2018 wurde der Grundstein für eine systematische Analyse der Gesundheit und die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen der heranwachsenden Generation gelegt. Die darin enthaltenen systematischen Auswertungen der Erkrankungshäufigkeiten bilden den Ausgangspunkt für den Aufbau einer Zeitreihe zur Untersuchung der Entwicklung von Erkrankungsschwerpunkten im Kindes- und Jugendalter. Neben alters- und geschlechtsbezogenen Trends werden dabei auch Veränderungen in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen – Arztbesuche, Krankenhausaufenthalte oder Arzneimittelverschreibungen – untersucht. Um bestimmte Aspekte des Krankheitsgeschehens bzw. der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im Detail zu untersuchen, bietet der Report für wechselnde Schwerpunktthemen Daten und Gastbeiträge verschiedener Stakeholder an.

Im Mittelpunkt des ersten Kinder- und Jugendreportes stand die Frage, inwiefern Familien die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beeinflussen. Insbesondere der Einfluss des sozioökonomischen Status und der gesundheitlichen Situation der Eltern auf die Kinder wurde untersucht. Schwerpunktthema des zweiten Kinder- und Jugendreportes waren Depressionen und Angststörungen, welche zwar nicht zu den häufigsten, aber für die körperliche und soziale Entwicklung von Kindern mit zu den bedeutendsten Erkrankungen zählen. Der dritte Kinder- und Jugendreport aus dem Jahr 2020 beleuchtete erste Konsequenzen aus der COVID-19-Pandemie und formulierte gemeinsam mit anderen Wissenschaftlern, unter anderem vom Robert Koch-Institut (RKI), eine Forschungsagenda mit relevanten Fragestellungen für die Kindes- und Jugendgesundheit während sowie nach der Pandemie.

Die mehr als 30 Monate andauernde COVID-19-Pandemie hatte direkt und indirekt potenziell großen Einfluss auf die Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Aus den pandemiebegleitenden Maßnahmen, Belastungen im Familienleben (und den dort verfügbaren monetären und nicht monetären Ressourcen) sowie der allgemein veränderten Inanspruchnahme des medizinischen und nicht-medizinischen Versorgungssystems erwachsen während der Pandemie verschiedene Herausfor-

¹ CDU, CSU und SPD (2018).

derungen physischer, psychischer, sozialer als auch finanzieller Natur für ein gesundes Aufwachsen.

Das nicht nur gesundheits-, sondern gesellschaftspolitische alles bestimmende Thema der Jahre 2020 und 2021 war die COVID-19-Pandemie. SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2) ist ein Beta-Coronavirus, das Anfang 2020 als Auslöser der COVID-19-Erkrankung identifiziert wurde. Kinder spielen bei der Verbreitung des Virus nach derzeitigem Stand des Wissens zwar nicht die Hauptrolle, aber es besteht das Risiko, dass die Coronapandemie langfristig tiefe Spuren hinterlassen hat.

Während das Wissen über die Häufigkeit von COVID-19-Fällen und deren Verbreitung auch unter bzw. durch Kinder und Jugendliche kontinuierlich steigt, ist bislang noch wenig darüber bekannt, wie sich die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unabhängig der vergleichsweise wenigen COVID-19-Fälle entwickelt hat. Haben Kinder und Jugendliche während und nach der Pandemie häufiger oder seltener einen Arzt aufgesucht? Wurden auf erforderliche Gesundheitsuntersuchungen oder Impfungen bspw. aus Angst vor einer Ansteckung in der Arztpraxis verzichtet oder wurden entsprechende Arztbesuche verschoben? Und welche Auswirkungen hatte die Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? Fragen, auf die dem Kinder- und Jugendreport zugrunde liegende Versorgungsdaten, auch aufgrund einer immer längeren Zeitreihe, Antworten liefern können.

Darüber hinaus geht dieser Report der Frage nach, inwiefern Kinder aus Familien mit höherer sozial-ökonomischer Benachteiligung stärker während und nach der Pandemie von einer Veränderung des Erkrankungs- und Versorgungsgeschehens betroffen sind. Im Mittelpunkt stehen dabei Untersuchungen zur Häufigkeit von Neuerkrankungsraten während und nach der Pandemie im Vergleich zum Zeitraum davor.

1.2 Datenquellen

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stehen grundsätzlich zwei verschiedene Datenquellen zur Verfügung: Primärdaten aus Befragungen von Kindern bzw. deren Eltern sowie Sekundär- bzw. Routinedaten.

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

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

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

Die Verwendung von GKV-Routinedaten als Datenbasis für Untersuchungen zur Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen bzw. deren Eltern geht dabei mit einer Reihe von Vorteilen, aber auch mit einigen Limitationen einher. Zu den Vorteilen gehört, dass die Datengrundlage approximative Repräsentativität bietet und wenig anfällig für Verzerrungen aufgrund von Selektionseffekten ist. Entsprechende Analysen sind meist Vollerhebungen, basierend auf allen bei der datenliefernden Krankenkasse versicherten Personen. Verzerrungen können demnach nur dadurch entstehen, dass sich das Versichertenkollektiv der entsprechenden Krankenkasse systematisch von der GKV-Gesamtpopulation unterscheidet. Bei einer bundesweit tätigen Krankenkasse wie der DAK-Gesundheit mit 5,5 Millionen Versicherten², sowie unter Berücksichtigung der zum 01.01.1996 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Wahlfreiheit der Kasse in der gesetzlichen Krankenversicherung ist inzwischen von einer hinreichenden Durchmischung der Versichertenstrukturen auszugehen. Dennoch widmet sich Kapitel 2 ausführlich der Analyse und Beschreibung der Repräsentativität der im vorliegenden Report verwendeten Daten.

² Stand: 01.06.2023.

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

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

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

3 IGES (2012).

4 Ohlmeier et al. (2014).

2. Methodik des Kinder- und Jugendreportes der DAK-Gesundheit

2.1 Datengrundlage

Für die vorliegenden Analysen wurden bundesweite anonymisierte Abrechnungsdaten aller im Zeitraum zwischen 2017 und 2021 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.

Der vorliegende Report basiert auf einer Vollerhebung aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Das analysierte Krankheitsgeschehen basiert als kumulierte Querschnittsanalyse der Jahre 2018 bis 2022 auf den Abrechnungsdaten von jeweils knapp 800.000 Kindern aus den Geburtsjahrgängen 2004 bis 2022 (Tabelle 1).

Tabelle 1: Stichprobengröße für die Jahre 2018 bis 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Jungen	400.500	397.195	398.818	399.298	407.421
Mädchen	379.266	376.290	378.037	378.856	386.721
Gesamt	779.766	773.485	776.855	778.154	794.142

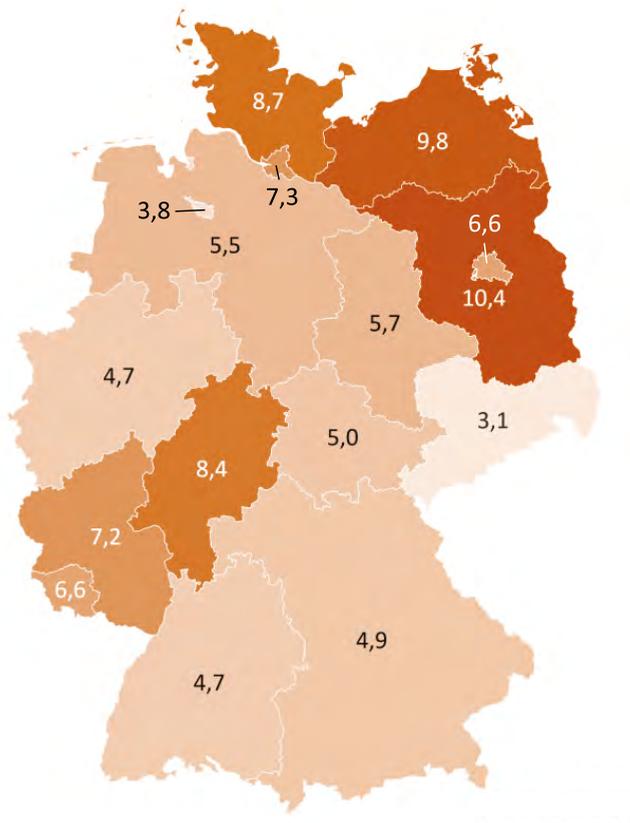
Quelle: Eigene Auswertung

Während in der Beschreibung der Krankheitslast in der Regel auf die jeweiligen Altersjahrgänge abgestellt wird, werden zur Beschreibung der Leistungsanspruchnahme Alters-

gruppen 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.

Für das Jahr 2022 entspricht dies einer Stichprobe von 5,7 % aller in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren.⁵ Der Report ist damit die größte systematische Analyse zur Kindesgesundheit in Deutschland. Darüber hinaus zeigt ein Abgleich mit Daten des Mikrozensus, dass die zugrundeliegende Studienpopulation in jedem Bundesland wenigstens 3,1 % (Sachsen) bis zu 10,4 % (Brandenburg) aller dort lebenden Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren repräsentiert (Abbildung 1).

Abbildung 1: Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher an der Bevölkerung je Bundesland, Stand: 31.12.2021



Quelle: Eigene Darstellung

⁵ Statistisches Bundesamt (2023).

Um den Einfluss des Wohnortes auf die Gesundheit bzw. die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu untersuchen, werden vergleichende Analysen nicht nur auf Bundeslandebene durchgeführt, sondern zusätzlich weitere das Wohnumfeld beschreibende Faktoren herangezogen. Dabei werden auf Basis der siedlungsstrukturellen Gebietstypen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung die Wohnorte DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher eher ländlich und städtisch geprägten Gebieten zugeordnet (Stand 31.12.2015). Die Gebietstypen werden mithilfe des Allgemeinen Gemeindegchlüssels zugeschlüsselt und dann für jede Person im Datensatz ergänzt, sodass die Kinder anschließend anhand des Wohnsitzes in zwei Gruppen aufgeteilt werden können. Die erste Gruppe setzt sich aus den Bewohnern von Landgemeinden, kleinen Kleinstädten und größeren Kleinstädten zusammen, wohingegen die zweite Gruppe aus den Bewohnern urbanerer Gemeinden mit einer dichteren Siedlungsstruktur besteht.

Grundsätzlich gibt es im DAK-weiten Bundesdurchschnitt bedeutend mehr ländliche als städtische Gemeinden. Insgesamt leben dennoch 56,9 % aller Kinder in mittelgroßen und großen Städten mit mehr als 20.000 bzw. mehr als 100.000 Einwohnern (nachfolgend definiert als „städtisch“). 43,1 % aller Kinder leben in Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern oder in Landgemeinden. Im bundesweiten Vergleich zeigt sich ferner, dass, abgesehen von den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg (Anteil städtischer Bevölkerung entspricht hier 100 %), DAK-versicherte Kinder insbesondere in west- und mitteldeutschen Bundesländern häufiger in städtisch geprägten Gebieten leben.

2.2 Datenschutz

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

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

Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.

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

2.3 Analysen

2.3.1 Erkrankungshäufigkeit

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

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

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

Im Gegensatz zur Prävalenz ist die Inzidenz ein Maß für die Anzahl der Neuerkrankungen bezogen auf eine Grundgesamtheit in einem bestimmten Beobachtungszeitraum. Aufgrund des vorliegenden zweijährigen Beobachtungszeitraumes steht für die Bestimmung einer Neuerkrankung maximal ein einjähriger krankheitsfreier Ausschlusszeitraum zur Verfügung. Die interessierende Erkrankung darf damit mindestens in vier Quartalen vor dem erstmaligen Auftreten in den Daten nicht dokumentiert worden sein. Für bestimmte Indikationen mit ggf. schubweisem Verlauf (z. B. Multiple Sklerose oder Asthma) kann

dieser Ausschlusszeitraum jedoch zu kurz sein, sodass entsprechende Inzidenzanalysen zu verzerrten Ergebnissen führen können. Der vorliegende Report trägt dem durch lediglich selektierte Analysen von Neuerkrankungsraten in ausgewählten Indikationen Rechnung. Mit dem Aufbau einer längeren Zeitreihe in den kommenden Jahren werden vertiefende Inzidenzanalysen möglich sein.

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

2.3.2 Leistungsanspruchnahme

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

2.3.3 Beschreibung des sozioökonomischen Familienstatus

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

Kinder und Jugendliche kann sich der sozioökonomische Status ihrer Herkunftsfamilie in mannigfaltiger Weise auf ihre soziale und gesundheitliche Entwicklung auswirken.⁶

In auf GKV-Abrechnungsdaten basierenden Analysen muss auf eine für einen anderen Zweck als zur Abbildung der wirtschaftlichen Lage der Zielpopulation erhobene Datenbasis zurückgegriffen werden. Die Informationsbasis ist im Gegensatz zu Primärerhebungen grundsätzlich eingeschränkt. So nutzt beispielsweise die KiGGS-Studie des RKI eine an den Winkler-Sozialschichtindex angelehnte Operationalisierung, welche Angaben der Eltern zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zur beruflichen Stellung sowie zum Haushaltsnettoeinkommen enthält und schließlich in einer dreistufigen Ausprägung (niedrig, mittel, hoch) zusammenfasst.⁷ Die HBSC-Studie verwendet hingegen Selbstangaben der Kinder zum familiären Wohlstand und errechnet daraus einen Index. Dieser setzt sich aus vier Fragen zusammen, welcher über die Verfügbarkeit von Computern und Autos im Familienhaushalt, das Vorhandensein eines eigenen Kinderzimmers sowie die Anzahl von Familienurlauben den sozioökonomischen Familienstatus abbildet.

In GKV-Abrechnungsdaten stehen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status der Versicherten im Wesentlichen zwei Informationen zur Verfügung: Einkommensklasse und Tätigkeitsschlüssel. Diese Daten sind aufgrund erforderlicher Pseudonymisierung bzw. grundsätzlich eingeschränkter Datenverfügbarkeit mit Limitationen verbunden. Zur Abbildung des sozioökonomischen Hintergrunds der Versicherten wird in den vorliegenden Analysen deshalb der German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD) genutzt. Das Robert Koch-Institut entwickelte diesen mehrdimensionalen Index mit dem Ziel der Darstellung regionaler sozioökonomischer Unterschiede auf räumlicher Ebene in Forschungsarbeiten und der Gesundheitsberichterstattung.⁸ Der GISD setzt sich aus den drei sozioökonomischen Kerndimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zusammen. Die einzelnen Dimensionen werden wiederum auf Grundlage von insgesamt acht Indikatoren ermittelt. Für die Dimension Bildung werden die Indikatoren „Anteil sozialversicherungspflichtige Beschäftigte mit (Fach-) Hochschulabschluss“ und „Anteil Schulabgänger ohne Abschluss“ herangezogen, die Dimension Beruf wird anhand der Indikatoren „Arbeitslosenquote“, „Durchschnittlicher Bruttolohn und -gehalt“ und „Beschäftigtenquote“ abgebildet. Die Indikatoren „Durchschnittliches Haushaltseinkommen“, „Schuldnerquote“ und „Durchschnittliche Steuereinnahmen“ bilden die Grundlage für die Dimension Einkommen. Die Bedeutung der Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren auf gesundheitliche Ergebnisse wurde in zahlreichen Studien herausgearbeitet.⁹

Da in den Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenkassen der sozioökonomische Hintergrund individueller Versicherter nicht explizit erfasst wird, stellt der GISD einen validen Surrogatparameter zur Analyse sozioökonomischer Einflüsse auf gesundheitliche Ergebnisgrößen dar. In den vorliegenden Analysen wird der GISD auf Postleitzahlenebene angewendet. Die Implementierung des GISD auf dieser granularen Ebenen ist mit gewissen

6 Klocke, Lampert (2005).

7 Lampert et al. (2014).

8 Hoebel, Lampert (2017).

9 Lampert, Hoebel, Kroll (2019).

Unschärfen verbunden, da einzelne Indikatoren ausschließlich auf Kreisebene vorliegen. Beispielsweise werden durch den GISD auch PKV-Versicherte erfasst. Für den Vergleich mit den Daten der DAK-Gesundheit wird die regionale Verteilung der GKV-Versicherten des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) genutzt, um den Anteil der PKV-Versicherten aus den regionalen Verteilungsdaten des GISD-Index herauszurechnen und so eine realistischere Vergleichsgröße zur Beurteilung der Repräsentativität der DAK-Daten zu erhalten.

Der überwiegende Teil (ca. 63 %) der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen ist einem mittleren sozioökonomischen Familienstatus zuzuordnen. Dies entspricht tendenziell auch den deutschlandweiten Daten, welche besagen, dass ca. 58 % der Kinder und Jugendlichen einen mittleren Status aufweisen. Gut abgebildet ist die Gruppe, die einen niedrigen Status hat: Den DAK-Daten nach umfasst diese Gruppe ca. 28 %, den bundesweiten Daten nach ca. 29 %. Auch die Gruppe mit einem hohen sozioökonomischen Status ist gut repräsentiert, da laut DAK-Daten 10 % der Kinder und Jugendlichen dieser Statusgruppe zugeordnet werden können, deutschlandweit sind es 13 %.

2.3.4 Risikofaktoren

Assoziationen zwischen potenziell erkrankungsförderlichen Bedingungen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen und beispielsweise dokumentierten psychischen Erkrankungen werden für ausgewählte Fragestellungen ebenfalls im Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit analysiert. Hinsichtlich potenziell erkrankungsförderlicher Bedingungen wird zwischen dem parallelen Auftreten anderer dokumentierter Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, zum Beispiel Schmerzen oder chronische Erkrankungen, sowie innerfamiliären Faktoren wie dem parallelen Auftreten bestimmter Erkrankungen bei Eltern oder Geschwistern (z. B. bestimmte psychische Auffälligkeiten oder chronische Erkrankungen) oder dem sozioökonomischen Familienstatus unterschieden.

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

Ein Odds Ratio von unter 1 drückt aus, dass die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis in der Gruppe, für die die Bedingung vorliegt, geringer ist als in der Gruppe ohne Bedingung. Insbesondere in der Epidemiologie spricht man bei einem Odds Ratio von unter 1 deshalb von einem „schützenden Effekt“, den die Bedingung bzgl. des Ereignisses ausübt. Ein Odds Ra-

tio von über 1 bedeutet hingegen, dass die Wahrscheinlichkeit für das Ereignis höher ist, sobald die Bedingung vorliegt. Das Odds Ratio erlaubt es zudem, diesen Zusammenhang direkt zu quantifizieren. So bedeutet ein Odds Ratio von 4 beispielweise, dass die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Ereignisses bei vorliegender Bedingung viermal höher ist. Ist das Odds Ratio 1, was gleichbedeutend ist mit gleicher Chance in beiden Spalten, liegt keine Assoziation zwischen der Bedingung und dem Ereignis vor.

2.4 Repräsentativität

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

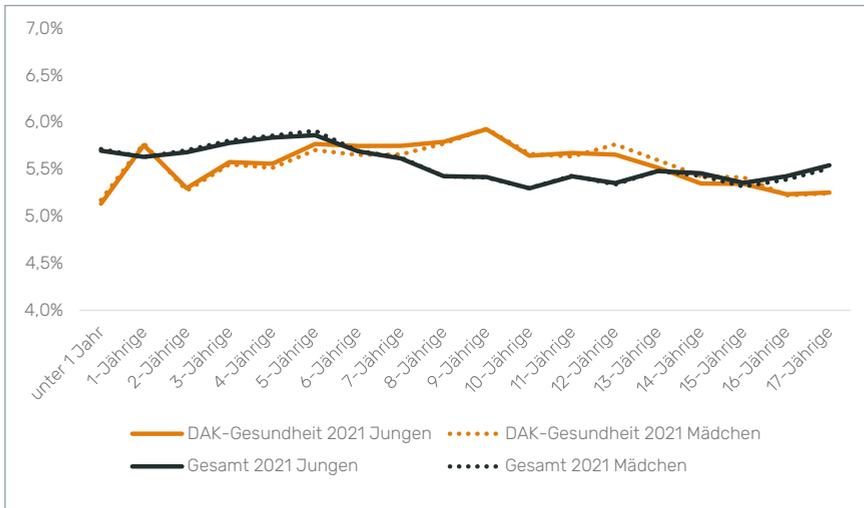
Verzerrungen können demnach nur entstehen, wenn sich das Versichertenkollektiv der entsprechenden Krankenkasse systematisch von der GKV-Gesamtpopulation unterscheidet. Bei einer bundesweit tätigen Krankenkasse wie der DAK-Gesundheit mit 5,5 Millionen Versicherten sowie unter Berücksichtigung der zum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

Die Repräsentativität von Sozialdaten ist grundsätzlich über verschiedene Faktoren beschreibbar: Demografische Repräsentativität (Alters- und Geschlechtsverteilung der Kinder und Jugendlichen) und sozioökonomische Repräsentativität (z. B. Bildungsverteilung der Eltern). Beide Parameter sind in Sozialdaten abbildbar und haben potenziell starken Einfluss auf die beobachtete Krankheitslast sowie die damit korrespondierende Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Vergleichsdaten für die deutsche Gesamtbevölkerung liegen mit den Daten des Mikrozensus vor.

Ein Abgleich mit der Altersverteilung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen auf Basis der Fortschreibung des Mikrozensus zeigt dabei eine annähernde Repräsentativität. Während für die vorliegende Analyse basierend auf den Versicherten der DAK-Gesundheit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in den relevanten Altersjahrgängen geringfügig mehr

Personen im späten Kindes- bzw. Jugendalter berücksichtigt wurden, weist der Datensatz in mittleren Altersjahrgängen eine besonders hohe Deckungsgleichheit auf (Abbildung 2).

Abbildung 2: Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

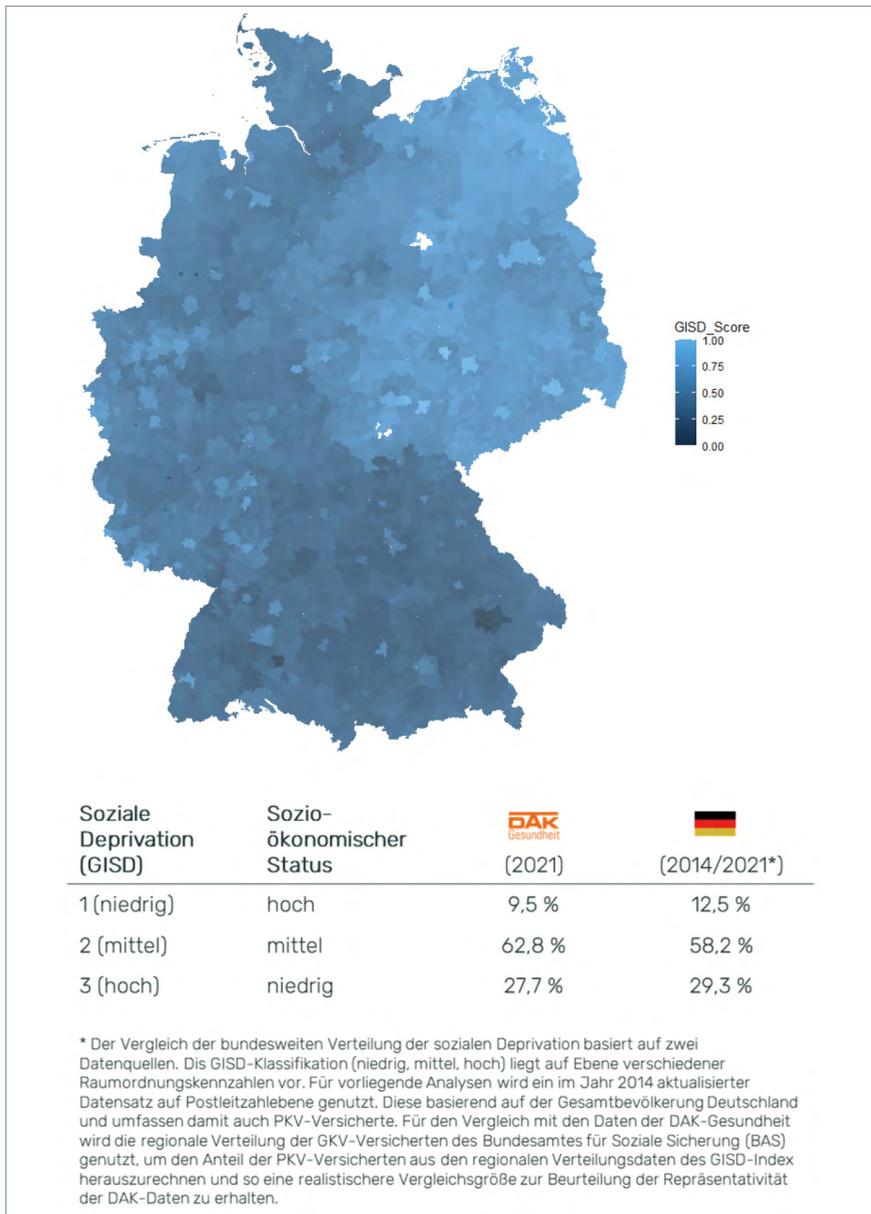


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2023)

Basierend auf der bundesweiten Verteilung der im GISD berichteten sozioökonomischen Merkmale ist eine gute Repräsentation der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien zu beobachten (Abbildung 3).

Die Repräsentativität der vorliegenden Daten hinsichtlich Krankheitslast (Morbidität) und Gesundheitsverhalten (Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen) kann aufgrund fehlender bundesweiter Referenzdaten nur eingeschränkt beurteilt werden. Für einzelne Analysen kann auf Auswertungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) basierend auf bundesweiten ambulant-ärztlichen Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Auch ein Abgleich stationärer Versorgungsdaten mit der DRG-Statistik nach § 21 KHEntgG bietet sich grundsätzlich an.

Abbildung 3: Verteilung der sozialen Deprivation innerhalb der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur bundesweiten Verteilung



Quelle: DAK-Gesundheit, Datenjahr 2021, Daten zum GISD von Kroll et al. 2017

3. Entwicklung und Versorgung psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen

3.1 Stationäre Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen

3.1.1 Hintergrund

Die Häufigkeit bestimmter psychischer Erkrankungen unterscheidet sich im Kindes- und Jugendalter ebenso stark wie die Häufigkeit damit verbundener Krankenhausaufenthalte. Im Kern fokussiert die vorliegende Analyse Jungen und Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren, weil Jugendliche dieses Alters vergleichsweise häufig aufgrund psychischer Erkrankungen stationär behandelt werden. In Detailanalysen werden auch die übrigen Altersgruppen für ausgewählte Fragestellungen betrachtet sowie Veränderungen der häufigsten Behandlungsgründe in Folge psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Zeitverlauf untersucht. Die folgenden Analysen zeigen, dass insbesondere Mädchen von psychischen Erkrankungen betroffen sind, deren Krankenhausbehandlungen während der Pandemie zugenommen haben. Hierzu zählen neben Angststörungen auch Depressionen und Essstörungen.

Ein möglicher Hintergrund dieser Trendentwicklung ist, dass Mädchen eher zu sogenannten internalisierenden psychischen Störungen neigen als Jungen, bei denen externalisierende Störungen (beispielsweise ADHS) häufiger zu beobachten sind. Diese internalisierenden Störungen werden in der wissenschaftlichen Literatur unter anderem mit akkumulierter psychosozialer Belastung assoziiert.

3.1.2 Spezifische Analysemethodik

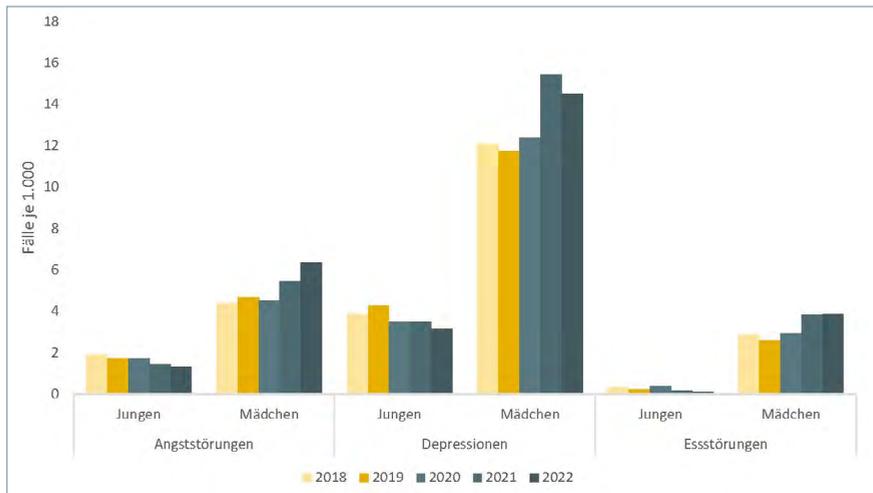
Die Sonderanalyse zur Krankenhausversorgung psychischer Erkrankungen des Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit analysiert Daten von 786.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. In den Altersgruppen der 5 bis 17-Jährigen gehen jährlich ca. 575.000 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche in die Analysen ein. Die Auswertungen umfassen Daten aus dem Zeitraum 01.01.2018 bis 31.12.2022. Die Analyse erfolgt primär im Vergleich des Jahres 2022 und dem letzten Vorpandemiejahr 2019. Zusätzlich werden Entwicklungen im Zeitverlauf auf Quartalsbasis betrachtet. Datengrundlage sind stationäre Leistungsdaten, da diese nur mit geringem Zeitversatz vorliegen. Auf dieser Grundlage können bei der Entlassung aus der Klinik dokumentierte Diagnosen und durchgeführte Behandlungen (Prozeduren) ausgewertet werden.

Analysiert wird vordergründig die diagnosebezogene Häufigkeit von stationären Behandlungen, auch Hospitalisierungsrate oder -prävalenz genannt. Die für bestimmte Behandlungsdiagnosen identifizierten stationären Fälle werden alters- und geschlechtsspezifisch betrachtet. Wenn nicht anders angegeben, liegen den Analysen immer als Haupt- oder Nebendiagnose dokumentierte Behandlungsfälle zugrunde.

3.1.3 Zunahme der Krankenhausbehandlungen

Die Ergebnisse einer Sonderanalyse des Kinder- und Jugendreportes der DAK-Gesundheit mit Schwerpunkt auf die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen in den Jahren 2018 bis 2022 zeigt, dass besonders jugendliche Mädchen von psychischen Erkrankungen betroffen sind und deren Krankenhausbehandlungen während der Pandemie zugenommen haben (Abbildung 4). Hierzu zählen neben Angststörungen auch Depressionen und Essstörungen. Ein möglicher Hintergrund dieser Trendentwicklung ist, dass Mädchen eher zu sogenannten internalisierenden psychischen Störungen neigen als Jungen, bei denen externalisierende Störungen (beispielsweise ADHS) häufiger zu beobachten sind. Diese internalisierenden Störungen werden in der wissenschaftlichen Literatur unter anderem mit akkumulierter psychosozialer Belastung assoziiert.

Abbildung 4: Anteil jugendlicher Jungen und Mädchen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund bzw. mit einer psychischen Behandlungsdiagnose



Quelle: DAK-Gesundheit, 2018–2022, Jugendliche im Alter von 15–17 Jahren, stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000

Stationär behandelte Angststörungen sind bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2022 gegenüber 2019 um 35 % gestiegen. In den Jahren 2018 bis 2020 lagen stationär behandelte Angststörungen auf konstantem Niveau. In den Jahren 2021 und 2022 ist hingegen ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. Bei jugendlichen Mädchen wurde

im Jahr 2022 einen neuen Höchstwert erreicht. Von 1.000 Mädchen in dieser Altersgruppe wurden 6,3 wenigstens einmal mit Angststörungen im Krankenhaus behandelt. Stationär behandelte Angststörungen sind im Jugendalter (15–17 Jahre) mehr als dreimal so häufig wie unter Grundschul- (5–9 Jahre) und Schulkindern (10–14 Jahre). Mädchen sind zudem häufiger betroffen als Jungen. Ein Zusammenhang, welcher sich in den vergangenen zwei Jahren noch einmal intensiviert hat. Waren in den Jahren 2018 bis 2020 Mädchen ca. 2,5-mal häufiger betroffen als Jungen, haben stationäre Behandlungen aufgrund von Angststörungen in den vergangenen zwei Jahren ausschließlich für Mädchen zugenommen. Im Jahr 2022 wurden jugendliche Mädchen fast fünfmal häufiger stationär behandelt als gleichaltrige Jungen.

Stationär behandelte Essstörungen sind bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2022 gegenüber 2019 um 52 % gestiegen. In den Jahren 2018 bis 2020 lagen stationär behandelte Angststörungen auf konstantem Niveau. In den Jahren 2021 und 2022 ist hingegen ein sprunghafter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. Gleichzeitig ist zu erkennen, dass die Fallzahlen im Jahr 2022 gegenüber dem Vorjahr nicht weiter zugenommen haben, sondern auf konstant hohem Niveau verbleiben. Von 1.000 Mädchen in dieser Altersgruppe wurden 3,9 wenigstens einmal mit Essstörungen im Krankenhaus behandelt. Stationär behandelte Essstörungen treten bis auf wenige Ausnahme erst mit Beginn des zehnten Lebensjahres auf und sind im Jugendalter (15–17 Jahre) fast viermal so häufig wie unter Schulkindern (10–14 Jahre). Zudem betreffen diese Fälle fast ausschließlich Mädchen.

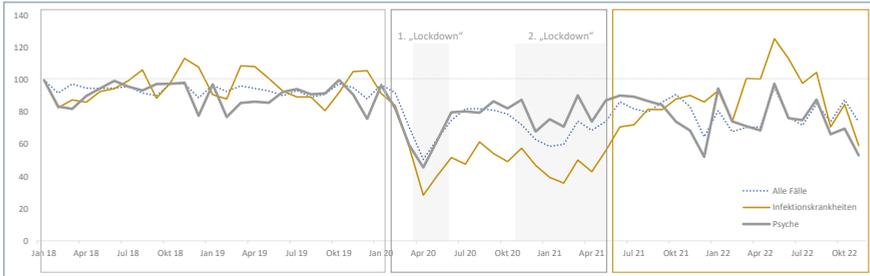
Stationär behandelte Depressionen sind bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2022 gegenüber 2019 um 24 % gestiegen. In den Jahren 2018 bis 2020 lagen stationär behandelte Depressionen auf vergleichsweise konstantem Niveau. Im Jahr 2021 ist hingegen ein sprunghafter Anstieg der Fallzahlen zu beobachten. Diese sind im Jahr 2022 jedoch wieder rückläufig und liegen unterhalb des Niveaus aus 2021. Von 1.000 jugendlichen Mädchen wurden im Jahr 2022 14,5 wenigstens einmal mit Depressionen im Krankenhaus behandelt. Stationär behandelte Depressionen sind im Jugendalter (15–17 Jahre) mehr als viermal so häufig wie unter Schulkindern (10–14 Jahre). Mädchen sind zudem häufiger betroffen als Jungen. Ein Zusammenhang, welcher sich in den vergangenen zwei Jahren noch einmal intensiviert hat. Waren in den Jahren 2018 bis 2020 Mädchen ca. dreimal häufiger betroffen als Jungen, haben stationäre Behandlungen aufgrund von Depressionen in den vergangenen zwei Jahren ausschließlich für Mädchen zugenommen. Im Jahr 2022 wurden jugendliche Mädchen fast fünfmal häufiger stationär behandelt als gleichaltrige Jungen.

3.1.4 Veränderungen in der stationären Versorgung

In den Jahren 2018 und 2019 sind erkrankungsübergreifend weitestgehend konstante Hospitalisierungsraten bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten (Abbildung 5). Dies ist unabhängig vom Behandlungsgrund zu beobachten. In der Hochphase der COVID-19-Pandemie zwischen März 2020 und April 2021 und damit parallel zu den bundesweit

gültigen kontaktbeschränkenden Maßnahmen wurden erkrankungsübergreifend weniger Krankenhausbehandlungen beobachtet. Während für einige Erkrankungsbilder nach Auslaufen der kontaktbeschränkenden Maßnahmen höhere Krankenhausfallzahlen dokumentiert wurden (insb. Infektionserkrankungen), ist die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen in Folge psychischer Erkrankungen bis Ende 2022 nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus.

Abbildung 5: Hospitalisierungsindex: Anteil Kinder und Jugendlicher mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt



Quelle: DAK-Gesundheit, 2018–2022, Kinder im Alter von 0–17 Jahren, stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Indexlevel (01/2018 = 100)

3.2 Diagnoseinzidenz und Versorgung von Depressionen, Ängsten, Essstörungen

3.2.1 Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hatte direkten und indirekten Einfluss darauf, wie Kinder das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Insbesondere die Versorgung psychischer Erkrankungen hat sich während der Pandemie verändert. Wie hat sich die Neudiagnoserate (Inzidenz) ausgewählter Erkrankungsbilder im Jahr 2022 gegenüber dem Vorpandemiezeitraum (2019) sowie gegenüber dem Vorjahr (2021) entwickelt? Zu den betrachteten Erkrankungsbildern zählen: Depressionen, Angststörungen und Essstörungen.

Wie hat sich der Einfluss bestimmter demografischer und soziodemografischer Faktoren auf das Risiko einer Neudiagnose während der Pandemie verändert? Zu den betrachteten Faktoren zählen:

- Alter
- Geschlecht
- Wohnort:
 - ländliche / städtische Region
 - Facharztichte am Wohnort

- Soziale Lage (GISD)
- Komorbidität

3.2.2 Spezifische Analysemethodik

Die Analyse der Assoziation der sozialen Lage des Elternhauses auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko erfolgt unter Berücksichtigung weiterer potenzieller Einflussfaktoren (Tabelle 2).

Tabelle 2: Berücksichtigte Einflussfaktoren auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko

Parameter	Definition	Kategorien	Quelle
Jahr, Inzidenz	Jahr der Diagnoseinzidenz, Dummy-kodiert	2018, 2019, 2020, 2021, 2022	DAK-Gesundheit
Wohnort	Differenzierung nach Stadt-/ Gemeindetyp gem. BBSR	Ländlich (kleine Kleinstädte, Landgemeinden) Städtisch (größere Kleinstädte, Mittelstädte, Großstädte)	INKAR
Arztdichte Psych	Anzahl niedergelassene psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, Psychiater und Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (LANR: 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69)	Niedrig: <35 Mittel: 35–<70, Referenz Hoch: 70–107	KBV
Arztdichte Pädiatrie	Anzahl niedergelassene Kinder- und Jugendärzte je 100.000 Einwohner (LANR: 34, 38, 40, 46)	Niedrig: <11 Mittel: 11–<22, Referenz Hoch: 22–33	KBV
Arztdichte gesamt	Anzahl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte je 100.000 Einwohner insgesamt	Niedrig: <140 Mittel: 140–<280, Referenz Hoch: 280–420	KBV
Soziale Lage	German Index of Social Deprivation (GISD)	Niedriger Status (hohe Deprivation), Referenz Mittlerer Status (mittlere Deprivation) Hoher Status (niedrige Deprivation)	RKI
Komorbidität	Prävalente Komorbidität im Inzidenzjahr (M1Q-validiert)	Angststörung (ICD-10 F40/F41) Psyche exkl. Depression oder Angststörung (ICD-10 F) Adipositas (E66)	DAK-Gesundheit

Quelle: Eigene Darstellung

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

3.2.3.1 Diagnoseinzidenz von Depressionen

Die Neuerkrankungsrate von Depressionen 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 (Tabelle 3). Gegenüber 2021 ist ein leicht abnehmender Trend zu beobachten. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vorpandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Für Jungen werden grundsätzlich niedrigere und im Zeitverlauf weitestgehend konstante Neudiagnosezahlen beobachtet.

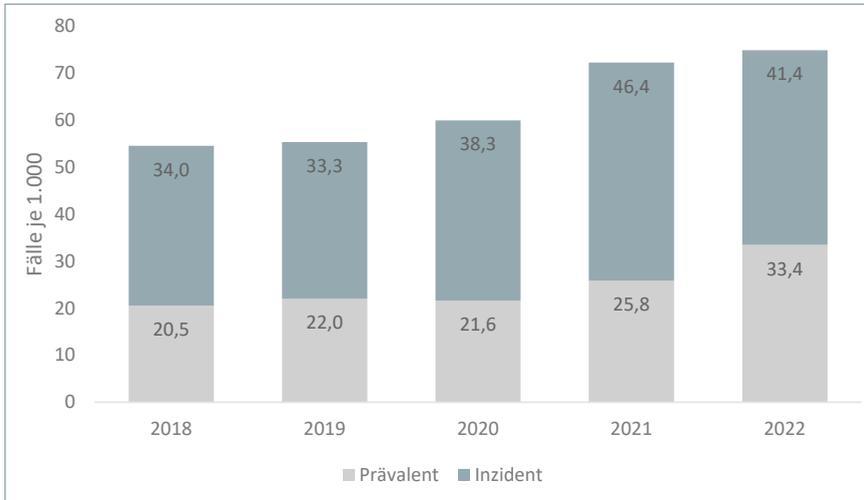
Tabelle 3: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
A5–9	Jungen	1,4	1,4	1,2	1,1	1,0	-27 %	-11 %
	Mädchen	1,4	1,3	1,1	1,1	0,9	-29 %	-16 %
	Gesamt	1,4	1,3	1,2	1,1	0,9	-28 %	-13 %
A10–14	Jungen	5,6	5,7	4,9	5,3	5,5	-3 %	+5 %
	Mädchen	10,0	9,9	10,3	14,4	12,7	+28 %	-12 %
	Gesamt	7,7	7,8	7,5	9,7	9,0	+16 %	-7 %
A15–17	Jungen	13,3	14,2	13,2	14,5	14,0	-1 %	-3 %
	Mädchen	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %
	Gesamt	23,3	23,5	25,4	30,0	27,3	+16 %	-9 %

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

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 jedoch, dass in Folge anhaltend hoher Neuerkrankungsraten sowohl die Anzahl der bereits behandelten jugendlichen Mädchen mit Depressionen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+52 %, von 22,0 auf 33,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+30 %, von 25,8 auf 33,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 6).

Abbildung 6: Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren



Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

Die beobachtete Zunahme inzidenter Depressionsfälle bei jugendlichen Mädchen ist im Wesentlichen auf eine Zunahme mittelgradig schwerer Fälle zurückzuführen (Tabelle 4). Zwischen 2019 und 2022 ist die Anzahl der Mädchen mit mittelgradig schwerer neu diagnostizierter Depression um 41 % gestiegen.

Tabelle 4: 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	9,1	9,8	9,7	12,6	11,7	+20 %	-7 %
	Mittelgradig	17,8	16,8	19,3	25,0	23,8	+41 %	-5 %
	Schwer	5,1	4,6	5,1	5,9	5,3	+17 %	-9 %
	Unspezifisch	19,1	19,4	21,0	26,6	24,5	+26 %	-8 %
Prävalent	Leicht	13,7	14,3	14,6	17,8	18,2	+27 %	+3 %
	Mittelgradig	29,1	29,6	32,1	40,2	43,4	+46 %	+8 %
	Schwer	7,0	6,8	7,4	8,6	8,3	+21 %	-3 %
	Unspezifisch	27,4	28,3	29,7	37,9	38,1	+34 %	0 %

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

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

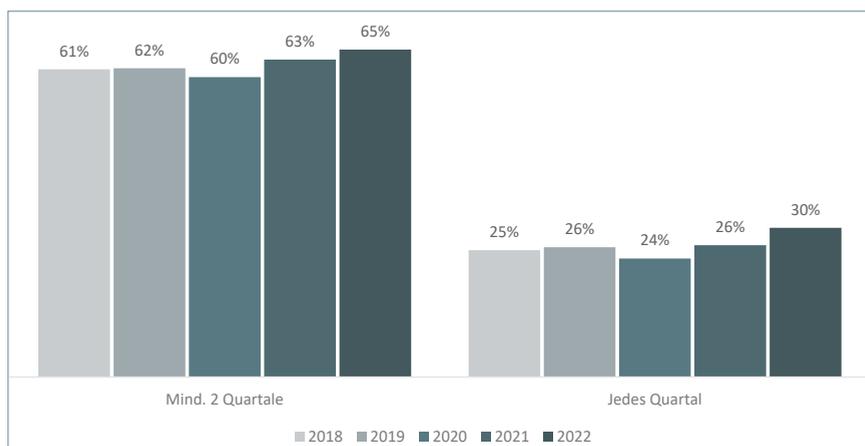
Die Analyse von diagnoseprävalenten und inzidenten Fällen basiert im vorliegenden Report, wenn nicht anders beschrieben, auf einem sog. M1Q-Kriterium. Um eine intensivere Versorgung depressiver Erkrankungen als Approximation einer stärkeren Chronifizierung oder Krankheitsschwere abzubilden, werden nachfolgend 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 56 % gegenüber 2019 überproportional stark gestiegen ist, die in jedem Quartal des Jahres 2022 behandelt wurden (Tabelle 5).

Tabelle 5: 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	54,5	55,3	59,9	72,2	74,8	+35 %	+4 %
Mind. 2 Quartale	33,4	34,0	35,8	45,7	48,8	+44 %	+7 %
Jedes Quartal	13,8	14,3	14,1	19,0	22,2	+56 %	+17 %

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

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 26 % auf 30 % um insgesamt vier Prozentpunkte gestiegen (Abbildung 7). In den Vorjahren sind mit Ausnahme des ersten Pandemiejahres 2020 konstante Anteile der jugendlichen Mädchen mit Depressionen beobachtet worden, die jedes Quartal in ärztlicher Behandlung waren.

Abbildung 7: Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenter Depression und einer Diagnose/Behandlung in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres


Quelle: DAK-Gesundheit, 2018–2022

3.2.3.2 Einflussfaktoren auf das administrative Depressions-Neuerkrankungsrisiko

Depressionen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Depressionsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist dabei jedoch vorwiegend auf jugendliche Mädchen aus Familien mit mittlerem oder hohem sozioökonomischem Status (bzw. mittlerer und niedriger sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden in 2022 jeweils knapp 30 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 6). Die Neuerkrankungsraten von Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status ist, nach einem fünf-Jahres-Hoch in 2021, im Jahr 2022 hingegen wieder auf Vorpandemieniveau.

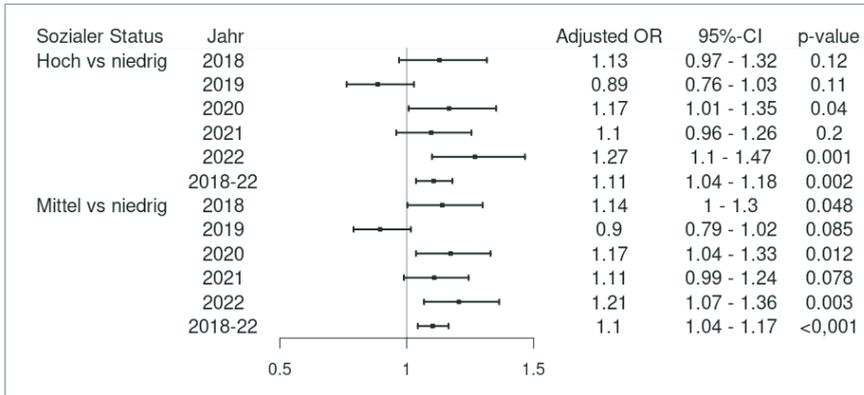
Tabelle 6: Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Depressionsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
Niedrig (hohe Deprivation)	31,9	35,9	34,7	42,2	36,0	0 %	-15 %
Mittel (mittlere Deprivation)	34,5	32,4	38,6	46,6	41,9	+29 %	-10 %
Hoch (niedrige Deprivation)	33,7	34,2	40,1	48,8	43,6	+28 %	-11 %
Gesamt	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

Über Hintergründe des beobachteten Rückgangs der administrativen Depressionsinzidenz bei jugendlichen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (hoher sozialer Deprivation) gegenüber Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status kann nur spekuliert werden. Angesichts der Tatsache, dass in den Jahren vor der Pandemie keine bedeutende Differenz in Abhängigkeit der sozialen Lage bestand, kann gemutmaßt werden, dass während (Jahre 2020 und 2021) als auch nach der COVID-19-Pandemie erstmals auftretende psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status eher wahrgenommen und auch Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden. Dabei zeigt sich insbesondere bei Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 sowie statistisch signifikant auch im Jahr 2022 ein höheres Risiko für eine Depressionsneudiagnose. Demnach haben jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status im Jahr 2022 eine um 27 % höhere Chance eine Depressionsneudiagnose zu erhalten als Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Abbildung 8).

Abbildung 8: Entwicklung der Chance einer Depressionsneuerkrankung jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

Unter Berücksichtigung des Einflusses bestimmter prävalenter Komorbiditäten (Angststörungen, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen insgesamt, Adipositas), soziodemografischer Faktoren (städtisch/ländliches Wohnumfeld) sowie der allgemeinen und fachärztlichen Versorgungsdichte am Wohnort ist zu beobachten, dass sich der Einfluss der sozialen Lage im Jahr 2022 im Vergleich zu 2019 signifikant verstärkt (Tabelle 7).

Tabelle 7: Einflussfaktoren auf die Chance einer Depressionsinzidenz jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) in den Jahren 2019 und 2022, OLS-Modell

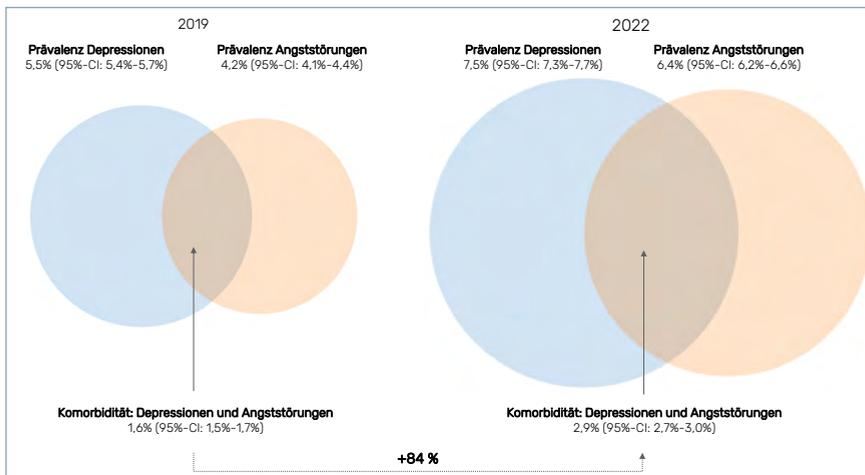
Parameter		2019 Depressionsinzidenz			2022 Depressionsinzidenz		
		Beta	95 %-CI	p	Beta	95 %-CI	p
Intercept		0.0278	0.0233, 0.0331	<0.001***	0.0264	0.0223, 0.0311	<0.001***
Komorbidität	Angst	7.7585	6.9730, 8.6212	<0.001***	8.4245	7.7174, 9.1914	<0.001***
	Psyche	1.8343	1.5734, 2.1282	<0.001***	3.3024	2.6980, 4.0147	<0.001***
	Adipositas	1.8343	1.5734, 2.1282	<0.001***	1.4164	1.2160, 1.6418	<0.001***
Soziale Lage	Niedrig	Referenz			Referenz		
	Mittel	0.8954	0.7906, 1.0164	0.085	1.2056	1.0681, 1.3641	0.003**
	Hoch	0.8856	0.7634, 1.0284	0.11	1.2689	1.0997, 1.4659	0.001**
Wohnort	Ländlich	Referenz			Referenz		
	Städtisch	1.1829	1.0661, 1.3133	0.002**	1.0206	0.9289, 1.1218	0.7
Arzt-dichte Psych	Mittel	Referenz			Referenz		
	Niedrig	0.8713	0.7729, 0.984	0.025*	0.950	0.8499, 1.0634	0.4
	Hoch	0.9216	0.6265, 1.3271	0.7	0.7838	0.5093, 1.1697	0.2
Arzt-dichte Pädiatrie	Mittel	Referenz			Referenz		
	Niedrig	0.966	0.8642, 1.0812	0.5	0.9377	0.8448, 1.0420	0.2
	Hoch	0.973	0.6588, 1.3912	0.9	1.2412	0.8649, 1.7359	0.2
Arzt-dichte gesamt	Mittel	Referenz			Referenz		
	Niedrig	0.973	0.6588, 1.3912	0.9	1.2412	0.8649, 1.7359	0.2
	Hoch	0.974	0.7894, 1.1954	0.8	0.8816	0.7183, 1.0763	0.2

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001; CI Konfidenzintervall

Quelle: Eigene Darstellung

Die Analysen zeigen ferner, dass die Chance für eine Depressionsneudiagnose ebenfalls dann statistisch signifikant erhöht ist, wenn eine komorbide Angststörung vorliegt. Ein Zusammenhang, der bereits in den Vorpandemiejahren statistisch signifikant war, allerdings auf absolut schwächerem Niveau. Unabhängig davon ist die Zahl jugendlicher Mädchen mit Depressionen und komorbider Angststörung in den vergangenen Jahren überproportional stark gestiegen. Lag der Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenten Depressionen und Angststörungen 2019 noch bei 1,6 %, so wurde im Jahr 2022 bei 2,9 % aller Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren neben einer Depression auch eine Angststörung dokumentiert (Abbildung 9). Dies entspricht einem Plus von 84 %. Oder anders betrachtet: Litt vor der Pandemie noch eines von vier Mädchen mit Depressionen auch unter Angststörungen, liegt dieser Anteil im Jahr 2022 bei einem von drei Mädchen.

Abbildung 9: Entwicklung komorbider Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit prävalenter Depression, Datenjahre 2019 und 2022



Quelle: DAK-Gesundheit, 2018–2022

Gleichzeitig ist die absolute Häufigkeit von Depressionen (+35 %) und Angststörungen (+53 %) in diesem Zeitraum zwar auch deutlich gestiegen, allerdings nicht so stark wie das parallele Auftreten beider Erkrankungsbilder (Tabelle 8).

Tabelle 8: 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	54,5	55,3	59,9	72,2	74,8	+35 %	+4 %
Angststörungen	40,5	42,1	48,2	59,5	64,3	+53 %	+8 %
Depressionen ohne Angststörungen	42,4	42,9	45,2	51,3	49,7	+16 %	-3 %
Angststörungen ohne Depressionen	27,0	28,1	32,0	36,8	37,8	+34 %	+3 %
Depressionen und komorbide Angststörung	15,3	15,5	17,9	24,9	28,5	+84 %	+15 %

Quelle: DAK-Gesundheit, 2018–2022

Für depressionsinzidente Fälle zeigt sich ein vergleichbares Bild der Entwicklung von komorbiden Angststörungen, allerdings auf absolut leicht schwächerem Niveau (Tabelle 9). Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass eine komorbide Depression und Angststörung erst mit Zeitverzug nach Depressionsinzidenz ärztlich diagnostiziert bzw. dokumentiert wird.

Tabelle 9: 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	34,0	33,3	38,3	46,4	41,4	+24 %	-11 %
Angststörungen	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %
Depressionen ohne Angststörungen	27,7	27,0	29,9	34,2	30,4	+13 %	-11 %
Angststörungen ohne Depressionen	20,4	21,3	24,9	29,1	28,9	+36 %	-1 %
Depressionen und komorbide Angststörung	6,3	6,3	8,4	12,1	10,9	+73 %	-10 %

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

3.2.3.3 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.¹⁰ 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 10). 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, dass personenbezogen in einem Quartal mehrere Arztkontakte vorliegen können und damit eine kausale Zuordnung einer Fachgruppe zu einer Diagnosestellung nicht immer möglich ist (Abbildung 10). Die Abbildung der daraus resultierenden Unsicherheit ist deshalb Teil der nachfolgenden Analyse.

Abbildung 10: Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe

Sichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung	Keine Depressions-Diagnose					Depressions-Diagnose (ICD- F32/F33) in Q1/23 Nur ein dokumentierter Arztbesuch (1 LANR)
	Q1	Q2	Q3	Q4		
Unsichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung	Keine Depressions-Diagnose					Depressions-Diagnose (ICD- F32/F33) in Q1/23 ≥2 dokumentierte Arztbesuche (≥2 LANR)
	Q1	Q2	Q3	Q4		
	2021				2022	

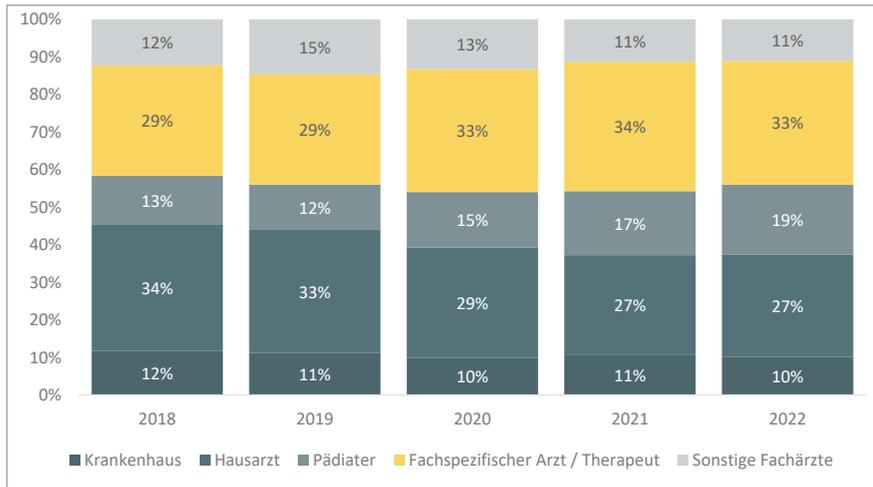
Quelle: Eigene Darstellung

¹⁰ https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf

Innerhalb des Beobachtungszeitraumes kann für 83 % bis 86 % aller jugendlichen Mädchen mit Depressionsneudiagnose die erstdiagnosestellende Fachgruppe eindeutig bestimmt werden, da im Inzidenzquartal nur ein Arzt/Therapeutenkontakt bzw. Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde. Dabei zeigt sich, dass seit dem Jahr 2020 der Anteil der Hausärzte, die eine Depressionsdiagnose erstmalig diagnostizieren, kontinuierlich zurückgegangen ist. Betrug im Jahr 2019 der Anteil der hausärztlich diagnostizierten Depressionen noch 33 %, so liegt dieser Anteil im Jahr 2022 mit 27 % an allen Inzidenzdiagnosen 17 % unterhalb des Vorpandemieniveaus. Demgegenüber ist der Anteil der Pädiater (+54 %) und der fachspezifischen Ärzte und Therapeuten (+13 %) an den erstdiagnosestellenden Fachgruppen in diesem Zeitraum jeweils deutlich angestiegen (Abbildung 11, Tabelle 10).

Über die Gründe für diesen beobachteten Trend hin zu einer fachspezifischeren Erstdiagnostik kann nur spekuliert werden. In der Entwicklung ambulant-ärztlicher Leistungsanspruchnahme ist im Jahr 2022 grundsätzlich ein Trend hin zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Pädiatern durch Jugendliche zu beobachten, allerdings auf schwächerem Niveau als in dieser depressionsspezifischen Analyse zu beobachten ist.

Abbildung 11: Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression, sichere Bestimmung



Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

Wird die Unsicherheit in der Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe infolge mehrerer Arzt-/Therapeutenkontakte im Inzidenzquartal berücksichtigt, ist immer noch eine deutliche Zunahme der Kontaktfähigkeit bei Pädiatern durch jugendliche Mädchen zu beobachten (Tabelle 10). Dies deckt sich auch mit dem erkrankungsunabhängigen Veränderungstrend in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Versorgungsleistungen.

Tabelle 10: Anteil der erstdiagnosstellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression nach definitorischer Sicherheit

Erstdiagnose- stellung 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)	86 %	87 %	85 %	84 %	83 %	–	–
Sichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung möglich (nur ein Kontakt im Inzidenzquartal)							
Krankenhaus	12 %	11 %	10 %	11 %	10 %	-9 %	-4 %
Hausarzt	34 %	33 %	29 %	27 %	27 %	-17 %	+2 %
Pädiater	13 %	12 %	15 %	17 %	19 %	+54 %	+9 %
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	29 %	29 %	33 %	34 %	33 %	+13 %	-4 %
Sonstige Fachärzte	12 %	15 %	13 %	11 %	11 %	-25 %	-2 %
Unsichere Bestimmung der Erstdiagnosestellung (zwei oder mehr Kontakte im Inzidenzquartal)							
Hausarzt	61 %	66 %	62 %	52 %	51 %	-23 %	-1 %
Pädiater	37 %	32 %	37 %	47 %	47 %	+48 %	0 %
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	85 %	90 %	86 %	87 %	86 %	-4 %	-1 %
Sonstige Fachärzte	24 %	20 %	22 %	21 %	21 %	+7 %	+2 %
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							

Quelle: DAK-Gesundheit, 2017–2022

3.2.3.4 Leistungsanspruchnahme jugendlicher Mädchen mit Depressionen

Bei jungen Patienten und Patientinnen mit leichten und mittelschweren depressiven Episoden (nach ICD-10) ist eine psychotherapeutische Behandlung wirksam und Mittel der Wahl. Bei nicht ausreichendem Effekt einer vier- bis sechswöchigen Psychotherapie besteht gemäß Behandlungsleitlinie eine Indikation für eine medikamentöse Unterstützung. Bei schweren depressiven Störungen, deren Ausprägung einen primären Effekt psychotherapeutischer Maßnahmen erschwert oder gar unmöglich macht, ist von Beginn an eine Kombination der psychotherapeutischen Behandlung mit einer psychopharmakologischen Behandlung angezeigt.¹¹ Um zu überprüfen, ob während und nach der Pandemie Veränderungen in der Therapie an Depressionen erkrankter Kinder und Jugendlicher erfolgt sind, werden nachfolgend alle neu mit Depressionen diagnostizierte jugendliche Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren betrachtet. Die Wahl fällt auf diese Personengruppe, da für diese die höchste Depressionsinzidenz beobachtet wurde. Analysiert wird für alle neu diagnostizierten Fälle, ob im Inzidenzjahr eine antidepressive Pharmakotherapie¹² erfolgt oder nicht (Abbildung 12).

Abbildung 12: Identifikation einer antidepressiven Therapie nach erstmaliger Depressionsdiagnose

Mit Verordnung im Inzidenzjahr	Keine Depressions-Diagnose				 			
	Keine Depressions-Diagnose							
Ohne Verordnung im Inzidenzjahr	Keine Depressions-Diagnose							
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4
	2021				2022			

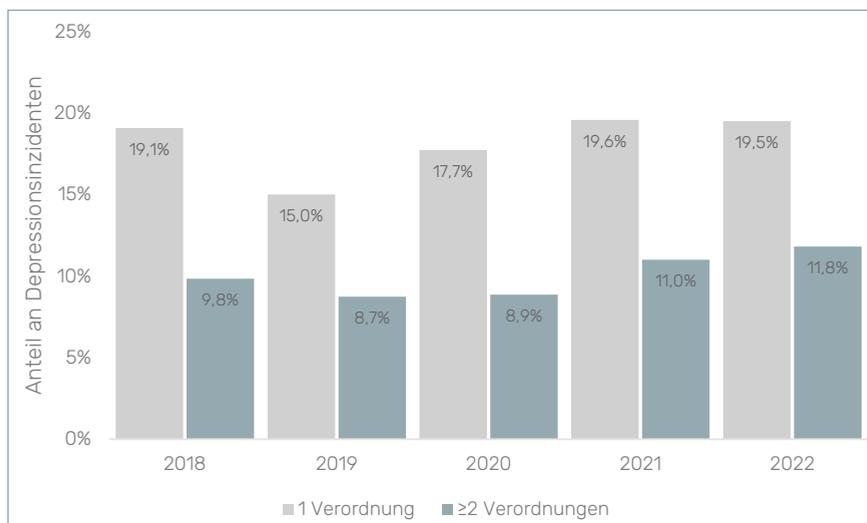
Quelle: Eigene Darstellung

Im Ergebnis zeigt sich, dass 19,5 % aller im Jahr 2022 neu diagnostizierten Depressionsfälle innerhalb des Inzidenzquartals oder innerhalb von drei Folgequartalen auch eine antidepressive Medikation erhalten haben (Abbildung 13). Damit liegt die Medikationsquote neu diagnostizierter Mädchen 30 % oberhalb des Niveaus von 2019. Noch etwas stärker gestiegen ist der Anteil der Mädchen, die auf eine Erstverordnung auch noch eine Folgeverordnung erhalten haben. 11,8 % aller erstmalig mit einer Depression diagnostizierten jugendlichen Mädchen wurden im Inzidenzquartal oder in einem der drei Folgequartale wenigstens zwei antidepressive Therapien an zwei verschiedenen Tagen verschrieben.

11 https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0431_S3_Depressive_St%C3%B6rungen_bei_Kindern_Jugendlichen_2013-07-abgelaufen.pdf

12 Siehe Kapitel 4.2 für die Definition der betrachteten Wirkstoffgruppen.

Abbildung 13: Jugendliche Mädchen (15–17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung



Quelle: Eigene Darstellung

Gleichzeitig ist damit der Anteil der jugendlichen Mädchen, für die eine antidepressive Therapie initiiert und auch fortgesetzt wurden, im Zeitverlauf leicht gestiegen (Tabelle 11).

Tabelle 11: 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	19,1 %	15,0 %	17,7 %	19,6 %	19,5 %	+30 %	0 %
mindestens zwei Verordnungen**	9,8 %	8,7 %	8,9 %	11,0 %	11,8 %	+35 %	+7 %
Therapiefortsetzung	51,5 %	58,2 %	50,0 %	56,2 %	60,6 %	+4 %	+8 %

* 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.

Quelle: Eigene Darstellung

3.2.3.5 Diagnoseinzidenz von 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 Fallzahlen und Wachstumsraten bei jugendlichen Mädchen am größten ausfallen (Tabelle 12). Insbesondere bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren ist mit einem Plus von 44 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen. Gegenüber 2021 ist bei Mädchen im Schulalter ein leicht abnehmender Trend zu beobachten. Bei jugendlichen Mädchen ist ebenfalls ein sehr leichter Rückgang zu verzeichnen. Ob sich die Neuerkrankungsraten wieder auf das Vorpandemieniveau angleichen ist derzeit noch nicht absehbar. Für Jungen werden grundsätzlich niedrigere und nach einem leichten Anstieg in 2021, zuletzt rückläufige Neuerkrankungsraten beobachtet.

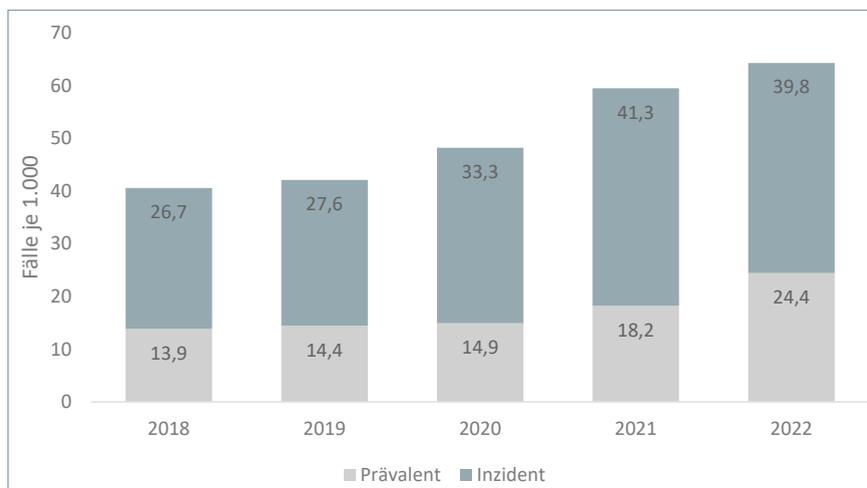
Tabelle 12: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
A5–9	Jungen	8,5	8,7	8,5	9,7	8,9	+3 %	-8 %
	Mädchen	9,0	9,7	9,2	9,8	9,5	-3 %	-3 %
	Gesamt	8,8	9,2	8,8	9,7	9,2	0 %	-6 %
A10–14	Jungen	9,3	9,9	10,0	10,0	9,0	-10 %	-10 %
	Mädchen	13,2	14,7	15,0	19,0	17,3	+18 %	-9 %
	Gesamt	11,2	12,2	12,4	14,3	13,0	+6 %	-9 %
A15–17	Jungen	11,0	12,0	12,1	12,8	11,3	-5 %	-12 %
	Mädchen	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %
	Gesamt	18,6	19,6	22,4	26,6	25,1	+29 %	-6 %

Quelle: Eigene Darstellung

Neben der Anzahl der jährlich neu diagnostizierten Kinder 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 (+69 %, von 14,4 auf 24,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+34 %, von 18,2 auf 24,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 14).

Abbildung 14: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.3.6 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Angststörungen

Angststörungen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Angststörungsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist etwas stärker auf jugendliche Mädchen aus Familien mit mittlerem sozioökonomischem Status (bzw. mittlerer sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden in 2022 49 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 13).

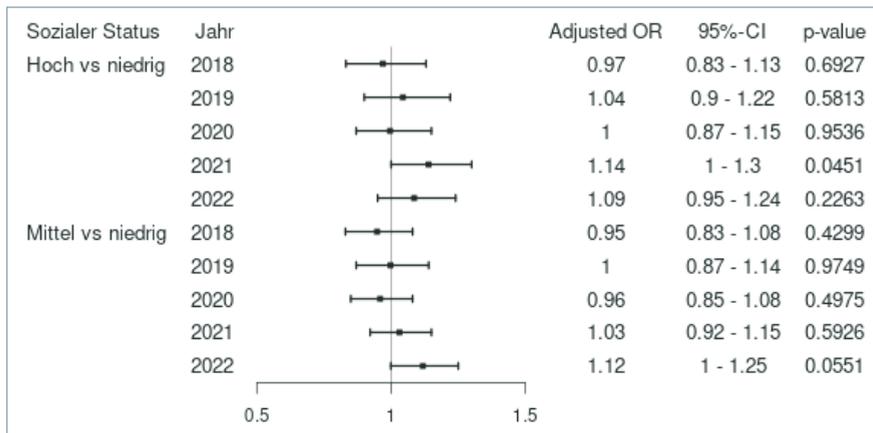
Tabelle 13: Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Angststörungsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
Niedrig (hohe Deprivation)	27,7	27,4	34,1	39,4	36,6	+33 %	-7 %
Mittel (mittlere Deprivation)	26,3	27,3	32,8	40,6	40,7	+49 %	0 %
Hoch (niedrige Deprivation)	26,9	28,6	34,0	44,6	39,6	+39 %	-11 %
Gesamt	26,7	27,6	33,3	41,3	39,8	+44 %	-3 %

Quelle: Eigene Darstellung

Über Hintergründe der leicht geringeren Zunahme der administrativen Inzidenz von Angststörungen bei jugendlichen Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (bzw. hoher sozialer Deprivation) gegenüber Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status können nur Vermutungen angestellt werden. Angesichts der Tatsache, dass in den Jahren vor der Pandemie keine bedeutende Differenz in Abhängigkeit der sozialen Lage bestand, kann spekuliert werden, dass während (im Jahr 2021) als auch nach der COVID-19-Pandemie erstmals auftretende psychische Auffälligkeiten bei Jugendlichen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status eher wahrgenommen und auch Leistungen des Versorgungssystems in Anspruch genommen werden. Dabei zeigt sich bei Kindern aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status im zweiten Pandemiejahr 2021 ein um 9 % statistisch signifikant höheres Risiko für eine neu diagnostizierte Angststörung als bei Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (Abbildung 15). Im Jahr 2022 ist immer noch ein höheres Risiko für eine inzidente Angststörung unter Mädchen aus Familien mit hohem sozialem Status zu beobachten, allerdings nicht mehr auf statistisch signifikantem Niveau.

Abbildung 15: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Angststörung bei jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.3.7 Diagnoseinzidenz von Essstörungen

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 51 % eine nach wie vor deutlich erhöhte Neuerkrankungsrate zu verzeichnen (Tabelle 14). Gegenüber 2021 ist in allen betrachteten Gruppen ein abnehmender Trend zu beobachten. Ob die Neuerkrankungsraten sich wieder auf das Vorpandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Für Jungen werden grundsätzlich niedrigere und im Zeitverlauf weitestgehend konstante Neudiagnosezahlen beobachtet.

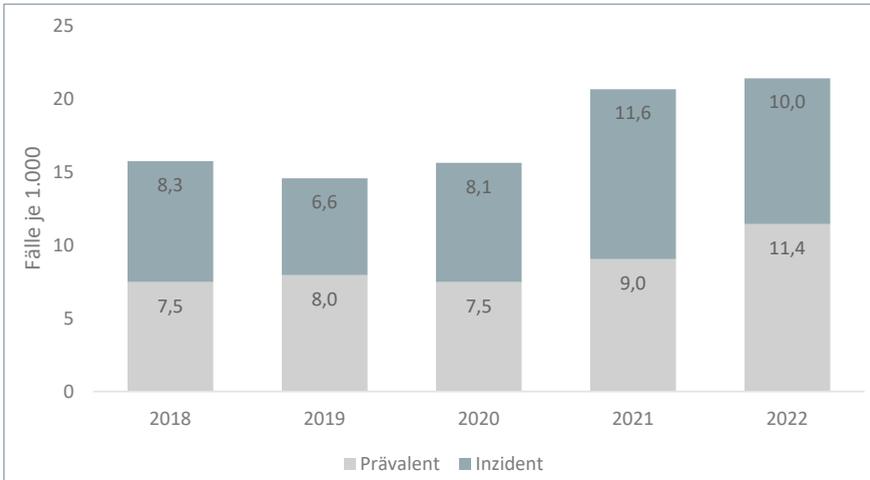
Tabelle 14: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
A5–9	Jungen	1,8	1,9	1,7	1,7	1,8	-7 %	+4 %
	Mädchen	2,0	2,1	1,8	1,9	1,9	-8 %	+1 %
	Gesamt	1,9	2,0	1,8	1,8	1,9	-8 %	+2 %
A10–14	Jungen	2,1	1,9	1,8	2,2	1,8	-5 %	-17 %
	Mädchen	3,6	3,3	3,6	4,7	4,1	+25 %	-14 %
	Gesamt	2,8	2,6	2,6	3,4	2,9	+14 %	-15 %
A15–17	Jungen	1,7	1,8	1,8	1,9	1,7	-7 %	-12 %
	Mädchen	8,3	6,6	8,1	11,6	10,0	+51 %	-14 %
	Gesamt	4,9	4,1	4,9	6,6	5,7	+38 %	-14 %

Quelle: Eigene Darstellung

Neben der Anzahl der jährlich neu diagnostizierten Kinder 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 in Folge anhaltender hoher Neuerkrankungsraten auch die Anzahl der in mehreren Jahren behandelten jugendlichen Mädchen mit Essstörungen im Jahr 2022 gegenüber 2019 (+44 %, von 8,0 auf 11,4 Fälle je 1.000) als auch gegenüber dem Vorjahr (+27 %, von 9,0 auf 11,4 Fälle je 1.000) deutlich zugenommen hat (Abbildung 16).

Abbildung 16: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.3.8 Einflussfaktoren auf das administrative Neuerkrankungsrisiko von Essstörungen

Essstörungen betreffen jugendliche Mädchen aus allen sozialen Schichten. Die beobachtete Zunahme der Essstörungsinzidenz im Jahr 2022 gegenüber 2019 ist etwas stärker auf jugendliche Mädchen aus Familien mit niedrigem oder hohem sozioökonomischem Status (bzw. hoher oder niedriger sozioökonomischer Deprivation) zurückzuführen. Für diese Mädchen wurden im Jahr 2022 jeweils 54 % mehr inzidente Fälle beobachtet als noch 2019 (Tabelle 15).

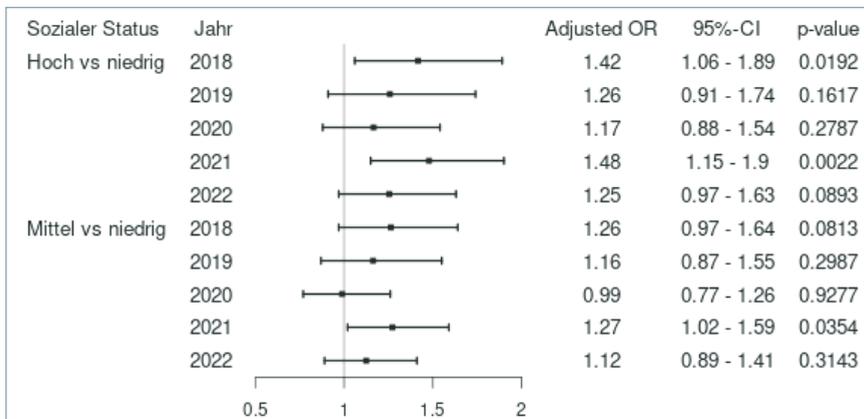
Tabelle 15: Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)

Sozialer Status	Angststörungsinzidenz, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
Niedrig (hohe Deprivation)	9,3	7,2	9,2	13,4	11,0	+54 %	-18 %
Mittel (mittlere Deprivation)	8,3	6,6	7,8	11,6	9,9	+49 %	-15 %
Hoch (niedrige Deprivation)	6,6	5,7	7,9	9,1	8,8	+54 %	-4 %
Gesamt	8,3	6,6	8,1	11,6	10,0	+51 %	-14 %

Quelle: Eigene Darstellung

Hinsichtlich des Zusammenhangs der sozialen Lage des Elternhauses zeigen sich deskriptive Unterschiede in der Hinsicht, dass jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem Status häufiger eine administrative Essstörungsdiagnose erhalten (Abbildung 17). Im Jahr 2021 war die Chance als junges Mädchen aus einer Familie mit hohem sozioökonomischem Status eine ambulante bzw. stationäre Essstörungsdiagnose und Behandlung zu erhalten, statistisch signifikant um 48 % gegenüber Mädchen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status erhöht. Bei Mädchen aus Familien mit mittlerem Status zeigte sich in 2021 ebenfalls eine um 27 % signifikant höhere Chance. Auch im Jahr 2022 sind entsprechende Zusammenhänge noch deutlich ausgeprägt, allerdings nicht auf statistisch signifikantem Niveau.

Abbildung 17: Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Essstörung bei jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)



Quelle: Eigene Darstellung

3.2.4 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 lag die administrative Diagnoseinzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen je nach Altersgruppe zwischen 7,0 % und 10,1 %. Insbesondere bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren wird für knapp mehr als 10 % wenigstens einmal bei einem Arztbesuch eine psychische Störung oder Verhaltensauffälligkeit dokumentiert (Tabelle 16). Dabei hat in den vergangenen Jahren die Neuerkrankungsrate insbesondere bei jugendlichen Mädchen stärker zugenommen.

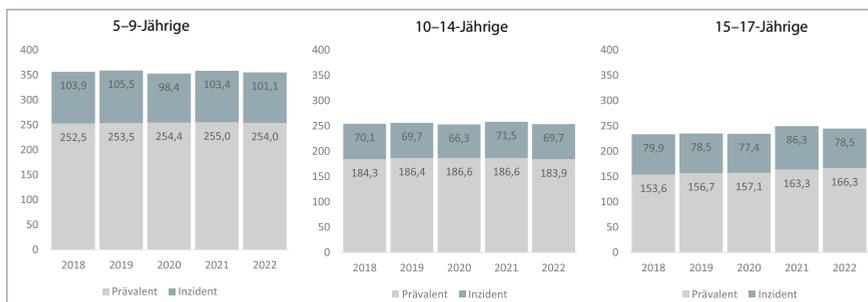
Tabelle 16: Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Inzidenzrate, Fälle je 1.000					Relative Differenz	
		2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
A5–9	Jungen	110,8	112,9	104,9	109,7	107,5	-5 %	-2 %
	Mädchen	96,7	97,7	91,6	96,8	94,5	-3 %	-2 %
	Gesamt	103,9	105,5	98,4	103,4	101,1	-4 %	-2 %
A10–14	Jungen	70,0	69,9	65,4	66,1	67,7	-3 %	+2 %
	Mädchen	70,2	69,6	67,3	77,3	71,8	+3 %	-7 %
	Gesamt	70,1	69,7	66,3	71,5	69,7	0 %	-3 %
A15–17	Jungen	63,7	66,3	58,7	64,6	61,2	-8 %	-5 %
	Mädchen	97,0	91,4	97,2	109,4	96,8	+6 %	-11 %
	Gesamt	79,9	78,5	77,4	86,3	78,5	0 %	-9 %

Quelle: Eigene Darstellung

Neben der Anzahl der jährlich neu diagnostizierten Kinder 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 jedoch, dass die Anzahl prävalenter Fälle bei Kindern im Grundschul- (5–9 Jahre) und Schulalter (10–14 Jahre) innerhalb des Beobachtungszeitraumes weitestgehend konstant bleiben, während sich im Jugendalter insgesamt steigende Prävalenzzahlen im Jahr 2022 (+6 % im Vergleich zu 2019) zeigen (Abbildung 18).

Abbildung 18: Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen (nicht geschlechterdifferenziert, „gesamt“)



Quelle: Eigene Darstellung

4. Entwicklung der administrativen Krankheitslast und Versorgungsinanspruchnahme

4.1 Hintergrund

Wie hat sich die Versorgung von Kindern mit den betrachteten Erkrankungsbildern während der Pandemie entwickelt? Zu den betrachteten Versorgungsfragestellungen zählen:

- Medikamentöse Therapien
- Haus- und Facharztkontakte
- Hospitalisierungen, Re-Hospitalisierungen

4.2 Spezifische Analysemethodik

Das analysierte Krankheitsgeschehen umfasst als kumulierte Querschnittsanalyse der Jahre 2017 bis 2022 Abrechnungsdaten von jeweils knapp 800.000 Kindern aus den Geburtsjahrgängen 2004 bis 2020. Für das Jahr 2022 entspricht dies einer Stichprobe von 5,7 % aller in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren. Der Report ist damit die größte systematische Analyse zur Kindesgesundheit in Deutschland. Je Bundesland bildet der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit zwischen 2,9 % (Sachsen) und 10,3 % (Brandenburg) aller dort lebenden Kinder und Jugendlichen ab. Kinder aus ostdeutschen Bundesländern sind unter DAK-Versicherten im bundesweiten Vergleich leicht überrepräsentiert.

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 Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit 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. Das 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 definiert¹³:

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	–

¹³ Angaben gemäß: https://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf

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

4.3 Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen

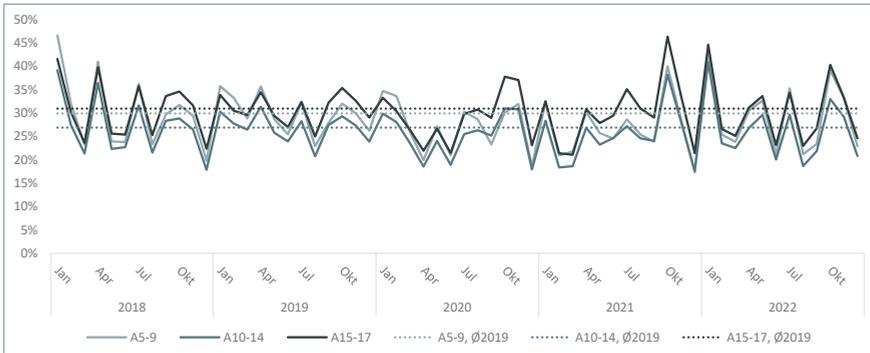
Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die im Jahr 2022 wenigstens einen ambulanten Arztbesuch hatten, ist altersgruppenübergreifend, nach einem leichten Rückgang im Jahr 2020, seit 2021 wieder leicht steigend. Im Jahr 2022 wird in allen betrachteten Altersgruppen das Vorpandemieniveau wieder erreicht bzw. leicht übertroffen (Tabelle 17, Abbildung 19).

Tabelle 17: 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	94,3 %	93,6 %	92,6 %	91,9 %	93,6 %	0 %	+1,9 %
10–14 Jahre	90,1 %	89,4 %	88,2 %	88,6 %	89,8 %	+0,4 %	+1,4 %
15–17 Jahre	90,9 %	90,4 %	89,2 %	91,1 %	91,2 %	+0,9 %	+0,2 %

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 19: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018–2022



Quelle: Eigene Darstellung

Gleichzeitig sind je nach Facharztgruppe unterschiedliche Trends zu beobachten. Besonders auffällig sind gegenüber 2019 gestiegene Inanspruchnahmequoten von Pädiatern, Fachärzten und Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus durch jugendliche Jungen und Mädchen. Im Jahr 2022 hat der Anteil der Jugendlichen, für die wenigstens einmal ein Besuch bei einem Facharzt oder Therapeuten mit psychotherapeutischem oder psychiatrischem Fokus dokumentiert wurde, mit 10,0 % einen neuen Höchststand innerhalb der Beobachtungsperiode erreicht (Tabelle 18). Auffällig ist ferner, dass mehr Jugendliche in den Jahren 2021 und 2022 wenigstens einmal einen Pädiater aufsuchten als vor der Pandemie. Bei Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren sind nur geringe Verschiebungen innerhalb der ambulant-ärztlichen Leistungsanspruchnahme zu beobachten. Auffällig stellt sich die Angleichung der hausärztlichen Inanspruchnahmequote auf annähernd das Vorpandemieniveau dar. Ein Trend, welcher sich auch bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren zeigt. Gleichzeitig ist in dieser Altersgruppe mit minus 13 % ein kontinuierlicher Rückgang der fachspezifischen psychotherapeutisch bzw. psychiatrisch tätigen Ärzte und Therapeuten zu beobachten.

Tabelle 18: Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher 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	31,1 %	29,2 %	27,6 %	25,9 %	29,5 %	+1 %	+14 %
	Pädiater	81,3 %	81,0 %	79,9 %	79,4 %	82,6 %	+2 %	+4 %
	Psych- Facharzt	6,2 %	6,4 %	6,0 %	5,7 %	5,5 %	-13 %	-3 %
	Sonstiger Facharzt	61,7 %	60,6 %	58,7 %	59,4 %	62,1 %	+2 %	+5 %
10–14 Jahre	Hausarzt	39,9 %	37,8 %	36,4 %	35,7 %	38,8 %	+3 %	+9 %
	Pädiater	61,2 %	61,8 %	61,3 %	62,7 %	64,6 %	+4 %	+3 %
	Psych- Facharzt	9,1 %	9,4 %	9,3 %	9,4 %	9,2 %	-1 %	-2 %
	Sonstiger Facharzt	64,2 %	62,8 %	61,7 %	62,7 %	64,9 %	+3 %	+4 %
15–17 Jahre	Hausarzt	61,1 %	59,1 %	56,8 %	58,5 %	59,7 %	+1 %	+2 %
	Pädiater	36,7 %	38,2 %	39,1 %	43,3 %	43,9 %	+15 %	+2 %
	Psych- Facharzt	8,3 %	8,5 %	8,9 %	9,9 %	10,0 %	+17 %	+1 %
	Sonstiger Facharzt	72,5 %	71,4 %	71,2 %	72,1 %	72,6 %	+2 %	+1 %

Quelle: Eigene Darstellung

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 absolute Rückgang bei Jungen am stärksten ausfällt. Der Anteil der Jungen in diesem Alter, die wenigstens einmal einen entsprechenden fachspezifischen Versorgungskontakt hatten, ist von 7,8 % im Jahr 2019 auf 6,8 % im Jahr 2022 zurückgegangen (Tabelle 19). Dieser Rückgang ist unter anderem auf eine rückläufige administrative Diagnoseprävalenz von sog. Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (-24 % zwischen 2019 und 2022), hyperkinetischen Störungen (ADHS, -11 %) und diagnostizierter Störungen des Sozialverhaltens (16 %) zurückzuführen (Abbildung 20).

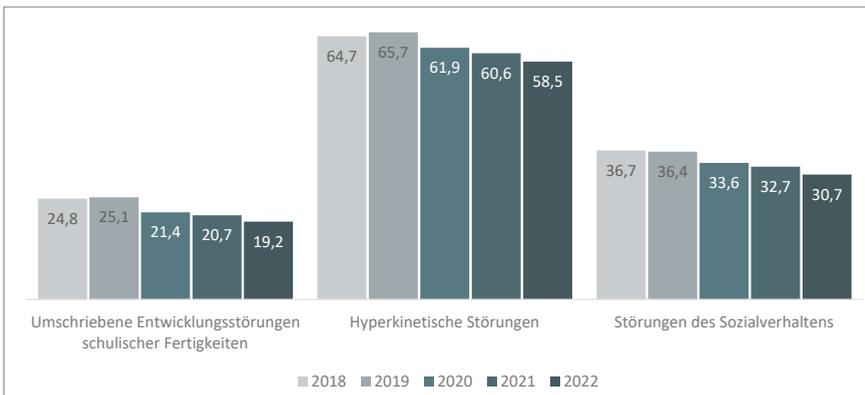
Tabelle 19: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei psychologisch/psychiatrisch tätigen Ärzten und Therapeuten im Kalenderjahr, 2018–2022

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	7,7 %	7,8 %	7,3 %	7,0 %	6,8 %	-13 %	-2 %
	Mädchen	4,7 %	4,8 %	4,6 %	4,3 %	4,2 %	-13 %	-4 %
10–14 Jahre	Jungen	10,6 %	10,9 %	10,7 %	10,4 %	10,1 %	-7 %	-3 %
	Mädchen	7,4 %	7,7 %	7,8 %	8,4 %	8,3 %	+7 %	-2 %
15–17 Jahre	Jungen	6,9 %	7,0 %	7,1 %	7,3 %	7,1 %	+1 %	-3 %
	Mädchen	9,8 %	10,1 %	10,8 %	12,6 %	13,0 %	+29 %	+3 %

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

Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 20: Diagnoseprävalenz häufiger psychischer Erkrankungsbilder und Verhaltensstörungen mit dem größten Fallzahlrückgang zwischen 2018 und 2022

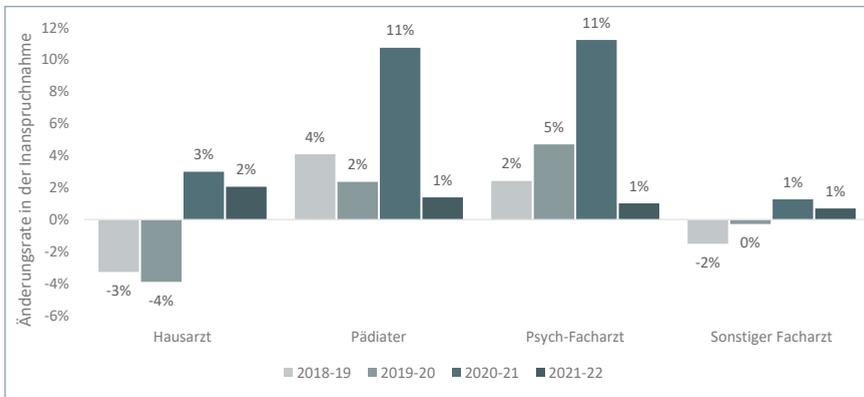


Quelle: Eigene Darstellung

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 deutlich gestiegenen Inanspruchnahmequoten psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Therapeuten bzw. Psychiatern durch jugendliche Mädchen (+29 %

in 2022 gegenüber 2019) ist indes maßgeblich auf die zuvor beschriebenen Zunahmen von Depressionen, Angst- und Essstörungen 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. Dies gilt auch für die Gründe der gestiegenen Kontaktrate bei Pädiatern, welche in 2021 durch jugendliche Jungen und Mädchen deutlich zugenommen hat und im Jahr 2022 auf konstant hohem Niveau verbleibt. So ist der Anteil der Jugendlichen, die wenigstens einen Kontakt beim Pädiater hatten, gegenüber 2020 im Jahr 2021 um 11 % (4,2 Prozentpunkte) gestiegen (Abbildung 21). Dieser im Vergleich zu anderen Fachgruppen überproportionale Zuwachs ist gleichermaßen auf Jungen und Mädchen zurückzuführen (Tabelle 20).

Abbildung 21: Jährliche Änderungsrate in der Leistungsanspruchnahme verschiedener Fachgruppen durch DAK-versicherte Jugendliche (15–17 Jahre)



Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 20: Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt beim 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	81,8 %	81,8 %	80,5 %	80,2 %	83,2 %	+2 %	+4 %
	Mädchen	80,6 %	80,2 %	79,2 %	78,5 %	82,1 %	+2 %	+5 %
10–14 Jahre	Jungen	61,3 %	62,1 %	62,1 %	63,3 %	65,3 %	+5 %	+3 %
	Mädchen	61,1 %	61,6 %	60,4 %	62,1 %	63,7 %	+4 %	+3 %
15–17 Jahre	Jungen	35,2 %	37,6 %	39,1 %	42,6 %	43,1 %	+14 %	+1 %
	Mädchen	38,2 %	38,9 %	39,2 %	44,0 %	44,8 %	+15 %	+2 %

Pädiater: LANR 34, 38, 40, 46

Quelle: Eigene Darstellung

4.4 Arzneimittelverschreibungen

Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher, die wenigstens eine Arzneimittelverschreibung erhielten, ist im Gegensatz zu den Jahren 2020 und 2021 wieder zum Teil deutlich angestiegen. Bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren ist dabei eine langsame Angleichung an das Vorpandemieniveau zu beobachten, während insbesondere bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren vergleichsweise geringe Wachstumsraten in der Verordnungsquote zu beobachten sind (Tabelle 21).

Tabelle 21: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018–2022

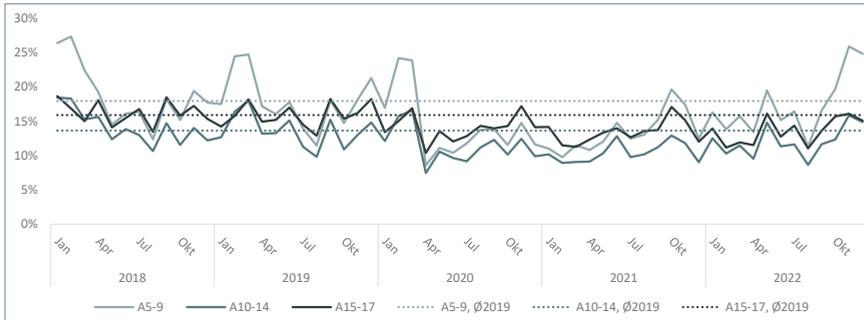
Alter	Anteil mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung					Relative Differenz	
	2018	2019	2020	2021	2022	2019	2018
5–9 Jahre	79,0 %	77,0 %	79,0 %	77,0 %	79,0 %	77,0 %	79,0 %
10–14 Jahre	65,5 %	63,7 %	65,5 %	63,7 %	65,5 %	63,7 %	65,5 %
15–17 Jahre	64,2 %	63,2 %	64,2 %	63,2 %	64,2 %	63,2 %	64,2 %

Quelle: Eigene Darstellung

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

den Maßnahmen nur wenige Atemwegsinfekte bei Kindern und Jugendlichen behandelt worden, weshalb es zu dem analogen Rückgang der Verschreibungsquoten gekommen ist (Abbildung 22). Darüber hinaus ist zu erkennen, dass auch im Jahresverlauf 2022 altersunabhängig selten das Vorjahresniveau des Anteils der Kinder und Jugendlichen mit wenigstens einer Verordnung erreicht wird.

Abbildung 22: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018–2022



Quelle: Eigene Darstellung

Je nach Altersgruppe ergeben sich unter den zehn im Jahr 2019 am häufigsten verordneten Wirkstoffen unterschiedliche Verordnungstrends (Tabellen 22 bis 24).

Tabelle 22: 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	42,5	39,5	31,8	28,6	41,2	+4 %	+44 %
R01	Rhinologika	36,9	34,5	29,2	26,8	36,8	+7 %	+37 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	32,9	29,0	23,4	20,7	32,2	+11 %	+56 %
J01	Antibiotika	26,7	25,5	16,6	11,6	21,2	-17 %	+83 %
S01	Ophthalmika	12,5	12,7	8,9	7,6	12,2	-4 %	+59 %
A01	Stomatologika	10,2	10,2	9,2	9,3	9,4	-8 %	+1 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	10,8	10,1	8,1	7,5	10,9	+8 %	+46 %
R06	Antihistaminika zur systemischen Anwendung	9,2	8,5	7,3	7,2	7,6	-11 %	+7 %
N02	Analgetika	9,2	8,0	6,3	4,5	9,9	+24 %	+120 %

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 23: 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	22,4	20,3	17,1	14,0	20,8	+3 %	+49 %
J01	Antibiotika	17,5	15,7	10,7	7,6	12,9	-18 %	+69 %
R01	Rhinologika	16,4	15,0	13,0	10,7	15,0	0 %	+40 %
R05	Husten- und Erkältungspräparate	15,9	12,8	10,7	7,0	14,2	+11 %	+104 %
A01	Stomatologika	10,6	10,6	9,7	9,9	9,3	-13 %	-6 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	7,7	7,0	5,9	4,9	6,7	-4 %	+37 %
J07	Impfstoffe	5,5	6,8	1,2	0,6	0,4	-94 %	-34 %
S01	Ophthalmika	6,4	6,2	4,9	4,5	5,1	-17 %	+12 %
V90	Sondergruppen	5,9	6,0	6,7	7,9	9,8	+62 %	+24 %

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 24: 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	24,4	22,3	16,9	15,2	19,9	-11 %	+31 %
G03	Sexualhormone und Modulatoren des Genitalsystems	16,5	15,7	14,7	13,2	11,7	-25 %	-11 %
M01	Antiphlogistika und Antirheumatika	15,5	14,7	12,9	12,4	14,8	0 %	+20 %
D10	Aknemittel	7,0	6,8	6,5	7,2	6,4	-6 %	-11 %
J07	Impfstoffe	4,9	6,5	1,9	1,0	0,8	-89 %	-28 %
A01	Stomatologika	6,3	6,5	6,1	6,1	5,5	-15 %	-10 %
R03	Mittel bei obstruktiven Atemwegserkrankungen	6,8	6,4	5,4	5,2	6,6	+3 %	+27 %
D07	Corticosteroide, dermatologische Zubereitungen	6,2	6,1	5,8	5,7	5,3	-14 %	-7 %
N02	Analgetika	6,3	5,9	5,0	4,5	5,4	-8 %	+21 %

Quelle: Eigene Darstellung

4.5 Krankenhausaufenthalte

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, für die im Jahr 2022 wenigstens ein Krankenhausaufenthalt dokumentiert wurde, liegt nach wie vor unterhalb des Vorpandemieniveaus. Während jedoch bei Grundschulkindern wieder ein ansteigender Trend zu beobachten ist, verbleiben die Hospitalisierungsraten von Schulkindern und Jugendlichen auf einem niedrigeren Niveau (Tabelle 25).

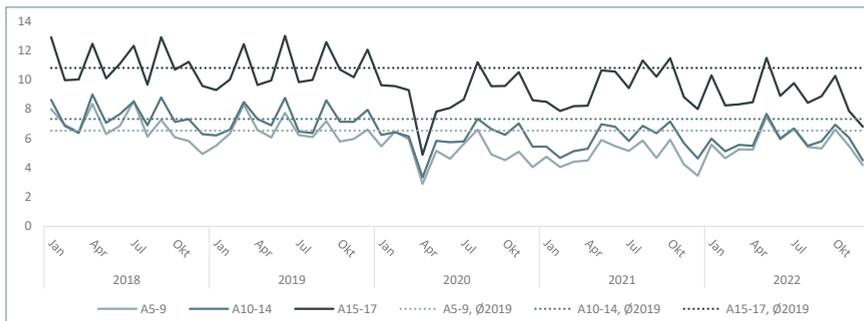
Tabelle 25: Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018–2022

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

Quelle: Eigene Darstellung

Mit Ausnahme des Junis und mit Einschränkungen im Oktober erreichen die Hospitalisierungsquoten in keiner der betrachteten Altersgruppen das Vorpandemieniveau aus dem Jahr 2019 (Abbildung 23). Dabei sind bei Grundschulkindern im Alter von 5 bis 9 Jahren in 2022 Angleichungen an das Vorpandemieniveau beobachtbar, während die Hospitalisierungsrate von Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren auf dem Niveau der Pandemiejahre 2020 und 2021 stagniert. Bei Jugendlichen ist die Hospitalisierungsrate hingegen weiterhin niedrig und auch gegenüber 2021 wieder rückläufig.

Abbildung 23: Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018–2022



Quelle: Eigene Darstellung

4.6 Weitere auffällige Erkrankungsbilder

Neben den betrachteten Fokuserkrankungen gibt es weitere Erkrankungsbilder, deren administrative Behandlungsinzidenz in den vergangenen Jahren starken Veränderungen unterlegen hat. Die Auswahl dieser Erkrankungsbilder erfolgt über deren Häufigkeit, sodass die Neuerkrankungsrate wenigstens bei 0,5 % aller DAK-Versicherten liegt. Es können ausgehend von den Daten des Jahres 2022 insgesamt sechs verschiedene Trends im Vergleich zum Vorpandemiejahr 2019 unterschieden werden. Dabei sind die Neuerkrankungsraten entweder

1. anhaltend höher als vor der Pandemie,
2. nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie,
3. anhaltend niedriger als vor der Pandemie,
4. nach einem Anstieg in 2021 im Jahr 2022 niedriger als vor der Pandemie,
5. gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie oder
6. gegenüber 2021 ansteigend, aber noch geringer als vor der Pandemie.

Nachfolgend dargestellt werden ausgewählte Diagnosen mit der höchsten relativen Differenz in der Neuerkrankungsrate zwischen 2022 und 2019. Eine Geschlechtsdifferenzierung erfolgt hier zunächst nicht. Die „wahre“ relative Entwicklung kann sich insofern noch einmal verändern, wenn spezifische Trends für Jungen und Mädchen dargestellt werden. Auf eine ausführliche Darstellung der Inzidenzraten für alle Beobachtungsjahre wurde mit dem Ziel der Informationsreduktion nachfolgend verzichtet.

4.6.1 Trends bei Kleinkindern (1–4 Jahre)

Auffällig ist, dass bei Kleinkindern neben neu diagnostiziertem Heuschnupfen, Bindehautentzündungen deutlich häufiger als vor der Pandemie auftreten (Tabelle 26). Zudem gibt es mehr Kinder, die im Jahr 2022 erstmalig aufgrund unspezifischer Symptomdiagnosen (Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Unwohlsein) ärztlich behandelt werden. Insbesondere bei diesen Symptomdiagnosen ist eine ergänzende Betrachtung der Behandlungsprävalenz, also der Anzahl der je Jahr behandelten Kinder unabhängig von vorherigen Behandlungen, erforderlich.

Tabelle 26: Behandlungsdiagnosen bei Kleinkindern (1–4 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022–19	2022–21	
Heuschnupfen	13,4	+31 %	-5 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Bindehautentzündung	212,3	+22 %	+135 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	7,6	+20 %	+34 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Hals- und Brustschmerzen	12,1	+16 %	+43 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	10,0	+15 %	+11 %	Anhaltend höher als vor Pandemie

Quelle: Eigene Darstellung

4.6.2 Trends bei Grundschulkindern (5–9 Jahre)

Vergleichbar zu den beobachteten Trends bei Kleinkindern werden auch bei Grundschulkindern sog. Symptomdiagnosen im Jahr 2022 deutlich häufiger erstmalig diagnostiziert als vor der Pandemie (Tabelle 27). Heuschnupfen und Bindehautentzündungen sind gegenüber 2019 ebenfalls erhöht, allerdings mit unterschiedlichen Trendentwicklungen.

Tabelle 27: Behandlungsdiagnosen bei Grundschulkindern (5–9 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022–19	2022–21	
Unwohlsein und Ermüdung	10,5	+34 %	+49 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Hals- und Brustschmerzen	28,1	+23 %	+50 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	38,3	+21 %	+49 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Heuschnupfen	27,0	+12 %	-5 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Bindehautentzündung	76,4	+10 %	+112 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie

Quelle: Eigene Darstellung

Unabhängig der hier tabellarisch dargestellten Diagnosen sind auch Zahnprobleme deutlich häufiger in dieser Altersgruppe dokumentiert worden. Da Analysen zur Zahngesundheit weitere Datensätze zur Inanspruchnahme zahnmedizinischer Versorgungsleistungen benötigen und insgesamt umfangreicher thematisch eingeordnet werden sollten, empfehlen wir, Analysen zur Zahngesundheit in einem separaten Schwerpunktthema aufzuarbeiten.

4.6.3 Trends bei Schulkindern (10–14 Jahre)

Bei Schulkindern sind ebenso wie bei jüngeren Kindern im Jahr 2022 erstmalige Symptomdiagnosen deutlich erhöht (Tabelle 28). Hinzu kommen anhaltend höhere Vitamin-D-Mangel-Diagnosen sowie erstmalig diagnostizierte Sprach- und Sprechstörungen. Depressionen sind ebenfalls gegenüber 2019 häufiger erstmalig diagnostiziert worden, allerdings mit gegenüber 2021 abnehmendem Trend.

Tabelle 28: Behandlungsdiagnosen bei Schulkindern (10–14 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022–19	2022–21	
Vitamin-D-Mangel	10,6	+42 %	+1 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	15,7	+41 %	+33 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Kopfschmerz	56,4	+21 %	+32 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Depressive Episode	8,7	+18 %	-7 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Sprach- und Sprechstörungen	15,7	+41 %	+33 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie

Quelle: Eigene Darstellung

4.6.4 Trends bei Jugendlichen (15–17 Jahre)

Im Jugendalter zeigen sich im Jahr 2022 weiterhin dynamische Entwicklungen in den beobachteten Neuerkrankungsraten (Tabelle 29). Neben bereits in anderen Altersgruppen beschriebenen Erkrankungsbildern kommen bei Jugendlichen weitere Mangel Diagnosen gehäuft erstmals in 2022 vor. Auch Diagnosen, die Hinweise auf Stressreaktionen sein können, darunter diagnostizierter Haarausfall und Störungen des Herzschlages, treten in 2022 gehäuft auf.

Tabelle 29: Behandlungsdiagnosen bei Jugendlichen (15–17 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019

Diagnose	Fälle je 1.000	Relative Differenz		Trend
	2022	2022–19	2022–21	
Hals- und Brustschmerzen	47,4	+57 %	+52 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Vitamin-D-Mangel	15,7	+57 %	+6 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Haarausfall	7,7	+38 %	+15 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Phobische (Angst-)Störungen	10,3	+38 %	-3 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Unwohlsein und Ermüdung	29,7	+37 %	+14 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Störungen des Herzschlages	9,4	+27 %	+7 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Mangel an Spurenelementen	7,3	+26 %	+16 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Andere Angststörungen	17,0	+25 %	-6 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie
Kopfschmerzen	84,6	+25 %	+22 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Eisenmangelanämie	10,8	+20 %	+8 %	Anhaltend höher als vor der Pandemie
Schwindel und Taumel	28,1	+18 %	+20 %	Nach einem Rückgang in 2021 im Jahr 2022 höher als vor der Pandemie
Depressive Episode	24,8	+17 %	-10 %	Gegenüber 2021 rückläufig aber noch höher als vor der Pandemie

Quelle: Eigene Darstellung

5. Entwicklung der Inzidenz von Infektionskrankheiten und der Inanspruchnahme von Impfprävention

5.1 Häufigkeit und Versorgung von Kindern mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV)

5.1.1 Hintergrund

Das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV) ist ein weltweit verbreiteter Erreger von akuten Erkrankungen der oberen und unteren Atemwege in jedem Lebensalter und einer der bedeutendsten Erreger von Atemwegsinfektionen bei Neugeborenen und Säuglingen, insbesondere Frühgeborenen, und Kleinkindern. In Saisonalität und Symptomatik ähneln RSV-Infektionen der Influenza. Ihre Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung wurde lange Zeit unterschätzt. Nach aktuellen Schätzungen kommen RSV-Atemwegserkrankungen weltweit jährlich mit einer Inzidenz von rund 95 Fällen und 16 hospitalisierten Fällen pro 1.000 Kindern im 1. Lebensjahr vor.¹⁴

RSV-Infektionen treten zyklisch auf. In Mitteleuropa ist die Inzidenz von November bis April am höchsten (RSV-Saison), in den übrigen Monaten kommen sporadische Infektionen vor. Der Gipfel der RSV-Saison erstreckt sich über etwa 4–8 Wochen und liegt meist im Januar und Februar, seltener auch im November und Dezember. In den letzten Jahren wurde außerdem ein jährlicher Wechsel dieser winterlichen RSV-Saison mit einer früheren Saison im September und Oktober beobachtet. Surveillance-Daten und Ergebnisse prospektiver Untersuchungen berichten für das erste Jahr der COVID-19-Pandemie sowie die sich daran anschließende RSV-Saison 2020/21 einen deutlichen Rückgang der RSV-Inzidenz bzw. der RSV-assoziierten Hospitalisierung.¹⁵ Mit dem Ausfall der RSV-Saison 2020/21 stieg für die RSV-Saison 2021/22 die Anzahl bislang RSV-naiver Kinder. Dies hat zu einem Anstieg der RSV-Morbidität und vermehrten Hospitalisierungen in der 2021/22 Saison geführt.

Eine wirksame kausale Behandlung der RSV-Infektion existiert nicht. Zu den Maßnahmen zur Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe und der Ausbreitung von RSV-Infektionen gehören eine zeitnahe Diagnostik, und eine passive Immunprophylaxe bei gefährdeten pädiatrischen Risikopatienten. Zur passiven Immunisierung steht für pädiatrische Risikopatienten ein monoklonaler Antikörper (Palivizumab) zur Verfügung. Das Präparat wird während der RSV-Saison in monatlichen Injektionen appliziert. Die pädiatrischen Fach-

14 RKI (2024), Epidemiologisches Bulletin 1/2024 vom 04.01.2024.

15 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/220805/Ausfall-der-RSV-Saison-2020-21-im-Verlauf-der-COVID-19-Pandemie>

gesellschaften empfehlen Palivizumab bislang nur für ausgewählte Risikogruppen.¹⁶ Seit September 2022 ist in Europa ein weiterer monoklonaler Antikörper (Nirsevimab) zugelassen, welcher die Möglichkeit der Prophylaxe bei geringerer Anwendungshäufigkeit (1 Injektion/Saison) und niedrigeren Kosten im Vergleich zu Palivizumab sowohl für pädiatrische Risikogruppen bietet als auch für gesunde Neugeborene ohne Grunderkrankung erweitert.¹⁷ Im August 2023 wurde zudem der erste Impfstoff zur aktiven Immunisierung zur RSV-Prävention bei Menschen ab 60 Jahren, sowie zur RSV-Prävention in der Schwangerschaft zugelassen, mit dem Ziel einen Schutz für Säuglinge in den ersten sechs Lebensmonaten zu erreichen.¹⁸

Die bestehende Empfehlung zur Anwendung monoklonaler Antikörper bezieht sich auf Kinder, die zu Beginn einer RSV-Saison jünger als zwei Jahre sind. Spezifische Empfehlungen werden seitens der pädiatrischen Fachgesellschaften für Kinder mit Risikokonstellation abgegeben. Zu diesen Risikokonstellationen zählen im Kindesalter Risikopatienten, die schwer an einer RSV-Infektion erkranken können. Dazu zählen Frühgeborene, Kinder mit pulmonalen Vorerkrankungen (z. B. bronchopulmonale Dysplasie, zystische Fibrose, neurologische und muskuläre Erkrankungen mit eingeschränkter Ventilation) und Kinder mit Herzfehlern mit vermehrter Lungendurchblutung, sowie alle immundefizienten und immunsupprimierten Personen. Besonders gefährdet sind Empfänger hämatopoetischer Zelltransplantate, Empfänger von Lungen- oder anderen Organtransplantaten sowie stark immunsupprimierte Patienten mit maligner hämatologischer Erkrankung.

Eine Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) zur RSV-Prophylaxe liegt bislang nicht vor. Diese wird im Sommer 2024 erwartet.¹⁹ Gemäß Standardvorgehensweise der STIKO für die systematische Entwicklung von Impfeempfehlungen spielen verschiedene Aspekte der Erkrankung, des Impfstoffes/Antikörpers sowie der Implementierung einer Impfeempfehlung bei der Entwicklung einer Impfstrategie eine Rolle. Für die Entwicklung einer Immunisierungsempfehlung gegen RSV ist anzunehmen, dass derzeit insbesondere Fragen zur Wirksamkeit und Sicherheit eines Impfstoffes/Antikörpers, der RSV-Epidemiologie sowie der möglichen Akzeptanz und Auswirkungen der Einführung einer solchen neuen Impfung/Immunisierung sowohl bei den impfenden Fachgruppen als auch bei den zu impfenden Personen bzw. deren Eltern von hervorgehobener Bedeutung sind. Grundlage sind in der Regel systematische Literaturrecherchen sowie Sekundärdatenauswertungen und modellbasierte Berechnungen. Publierte Daten werden insbesondere zur Bewertung der Wirksamkeit und Sicherheit sowie der Akzeptanz potenziell neuer Impfstrategien herangezogen. Daten zur Krankheitslast, also zur Inzidenz der Erkrankung bzw. der damit assoziierten Leistungsanspruchnahme im Gesundheitswesen, werden im wesentlichen über Datenbankanalysen und Publikationen gestützt.

16 Liese et al. (2023).

17 <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/beyfortus>

18 <https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2023/230829-abrsvso-zulassung-rsv-impfstoff-erteilt.html>

19 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_RSV.html

Zur Beschreibung der Epidemiologie der RSV bei Neugeborenen, Säuglingen bzw. Kindern in Deutschland stehen verschiedene Datenquellen zur Verfügung. Seit der Wintersaison 2010/2011 berichtet die Arbeitsgemeinschaft Influenza auf Basis von Surveillance-Daten über die aktuelle RSV-Situation in Deutschland. Dafür werden zeitnah akute respiratorische Erkrankungen (ARE) anhand von Symptomen bzw. Diagnosen systematisch aus einem Netzwerk von Arztpraxen (Sentinel) unter anderem in einem System zur elektronischen Erfassung ambulant-ärztlich dokumentierter Diagnosecodes (SEED/ARE) erfasst. Dieses Sentinel umfasst aktuell ca. 700 Arztpraxen, von denen ca. 60 % an der SEED/ARE-Erfassung teilnehmen.²⁰ Die Auswertungen der erfassten Daten werden wöchentlich durch das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht. Entsprechende Daten liegen jedoch nicht bzw. nur eingeschränkt in alters-, geschlechts- oder risikostratifizierter Form vor (Tabelle 30). Letzteres gilt auch für Meldedaten nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Seit Ende Juli 2023 ist RSV gem. § 7 IfSG eine bundesweit meldepflichtige Erkrankung. Seit 2002 galt bereits eine regional begrenzte Meldepflicht nur für Sachsen.²¹ Kliniken, Ärzte und Labore müssen ergänzend zur bisherigen Meldung bzw. Datenweiterleitung der Sentinel-Praxen jeden direkten oder indirekten Nachweis melden, soweit er auf eine akute RSV-Infektion hinweist. Entsprechende Meldedaten können in vereinfachter Form über das Portal SurvStat@RKI abgerufen werden. Die Häufigkeit stationär behandelter Fälle mit RSV können über zwei potenzielle Datenquellen erfasst werden. Eine ausführliche Fassung der Krankenhausdiagnosestatistik steht akademischen Institutionen auf Antrag als anonymisierter Forschungsdatensatz zur Verfügung. In etwas verkürzter Form stehen diese Daten auch beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Auswertung bereit. In diesen stationären Daten werden alters- und geschlechtsstratifizierte Daten gebündelt.

20 <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/ARE-Praxis-Sentinel/node.html>

21 <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/1307-IfSGMeldeVO>

Tabelle 30: Öffentlich verfügbare, interaktive Statistiken zur Epidemiologie von RSV in Deutschland

Quelle	Erfassung	Vollerhebung	Stratifkationsebenen		
			Alter	Geschlecht	Risiko
SEED-ARE ²²	Ambulant-ärztliche Diagnose	Nein	X	-	-
SurvStat ²³	IfSG-Meldefälle	Ja	X ¹	X	-
Destatis ²⁴	Stationäre Diagnosen	Ja	X	X	(x)
InEK ²⁵	Stationäre Diagnosen	Ja	X	X	(x)
ICOSARI ²⁶	Stationäre Diagnosen	Nein	X	X	-
RespVir ²⁷	Labordaten	Nein	X	X	-

(x) Informationen zum Risikostatus nur auf Basis dokumentierter Komorbidität (Nebendiagnosen) zu einem RSV-assoziierten Krankenhausaufenthalt verfügbar.
¹ Aussagekraft ist von Testfrequenz abhängig.

Quelle: Eigene Darstellung

Unter diesen öffentlich verfügbaren Datenquellen finden sich sowohl Vollerhebungen als auch Analysen basierend auf Stichproben. Gleichzeitig ist diesen Quellen gemein, dass Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren RSV-Verlauf nur eingeschränkt identifiziert werden können.

5.1.2 Spezifische Analysemethodik

Datengrundlage sind Abrechnungsdaten aller zwischen dem 01.01.2017 und 31.12.2022 bei der DAK-Gesundheit versicherten Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Aus Datenschutzgründen liegt kein exaktes Alter der Kinder und Jugendlichen im Datensatz vor. Die Geburtskohorte der nachfolgenden Analysen wird deshalb über den Zeitpunkt der ersten im Datensatz dokumentierten U-Diagnose gebildet, in dem der Geburtszeitpunkt über den mittleren Wert des empfohlenen U-Untersuchungsintervalls zurückgerechnet wird (Abbildung 24).²⁸

22 <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/ARE-Praxis-Sentinel/node.html>

23 <https://survstat.rki.de/Default.aspx>

24 https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/diagnose-krankenhauspatienten.pdf?__blob=publicationFile

25 <https://datenbrowser.inek.org/>

26 <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Sentinel/SARI-KH-Sentinel/node.html>

27 <https://public.clinical-virology.net/>

28 Beispiel: Die U3 soll gemäß aktueller Empfehlung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzt*innen in der 4. bis 5. Lebenswoche durchgeführt werden. Wird bei einem Neugeborenen die Abrechnung der U3 in der Kalenderwoche 10 dokumentiert wird angenommen, dass das entsprechende Kind zwischen der 5. und 6. Kalenderwoche geboren wurde.

Abbildung 24: Unterjährige Alterszuschreibung zur Zuschlüsselung von Leistungsanspruchnahme und Altersgruppe

	2021												2022											
	2020/2021						2021/2022						2022/2023											
	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Alterszuschreibung über Geburtsjahr*	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Identifikation U-Untersuchung [U4, wird im 3.-4. Lebensmonat durchgeführt]**							X																	
Alterszuschreibung über U-Untersuchung [Annahme: U4 wird immer im 4. Lebensmonat durchgeführt]***	-	-	-	-	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	

* Aus Datenschutzgründen stehen im Datensatz nur Informationen über das Geburtsjahr zur Verfügung.
 ** Eingeschlossen werden können folglich nur Kinder, für die eine administrativ dokumentierte U-Untersuchung vorliegt. Dies trifft jedoch auf 98 % aller Kinder in den maßgeblichen Altersjahren (<1, 1, 2 Jahre) im Datensatz zu, so dass nur von sehr geringfügigen Verzerrungen auszugehen ist.
 *** Daten stehen ab dem 01/2017 zur Verfügung. Um bereits ab der Saison 2018/19 auch ältere Kinder (hier insb. 2-Jährige) entsprechend ihres Alters möglichst exakt zu einem Analysemonat zuzuordnen wird ergänzend zur U4-Untersuchung auch der Zeitpunkt der U7-Untersuchung (Annahme: U7 wird immer im 24. Lebensmonat durchgeführt) zur Bestimmung des Geburtsmonats und der kalendrischen Fortschreibung der Alterskohorten genutzt.

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Analysen werden verschiedene Stratifikationsmerkmale berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Risikostatus bei Kindern unter einem Jahr bis unter zwei Jahren
 - Ohne Risiko
 - Mit Risiko
 - Frühgeborene/geringes Geburtsgewicht
 - Reifgeborene

Der Risikostatus bei Neugeborenen und Säuglingen unter einem Jahr wird wie folgt definiert: Ein Kind hat ein erhöhtes Risiko für einen schweren RSV-Verlauf, wenn wenigstens einmal (M1Q-Kriterium) im Beobachtungszeitraum eine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose (Entlassdiagnose) oder eine gesicherte ambulante Diagnose aus der nachfolgenden Definition vorliegt²⁹ (Tabelle 31).

Gemäß WHO wird von einer Frühgeburt gesprochen, wenn eine Schwangerschaft weniger als 37 Wochen dauert. Die WHO zählt alle Säuglinge mit einem Geburtsgewicht von weniger als 2.500 Gramm zu den Frühgeburten. Der Grenzwert von 2.500 Gramm wurde aufgrund der epidemiologischen Beobachtung gewählt, dass Kinder unter diesem Gewicht ein 20-mal höheres Mortalitätsrisiko haben als Kinder, deren Gewicht darüber liegt.

29 Definition in Anlehnung an Cai et al. 2020. (Analyse des RKI in Zusammenarbeit mit der Charité, WHO und den Helios-Kliniken); DOI: 10.1111/irv.12729 sowie die S2k-AWMF-Leitlinie: https://register.awmf.org/assets/guidelines/048-012l_S2k_Prophylaxe-von-schweren_RSV-Erkrankungen-Risikokindern-Palivizumab_2018-11.pdf

Eine Frühgeburtlichkeit bzw. ein geringes Geburtsgewicht gilt dabei ebenso als Risikofaktor für einen schweren RSV-Verlauf wie bestimmte (schwere) chronische Erkrankungen. Diese Faktoren werden deshalb gemeinsam betrachtet. Frühgeburtlichkeit bzw. ein geringes Geburtsgewicht wird zudem als eigenständiger Risikofaktor auch separat evaluiert.

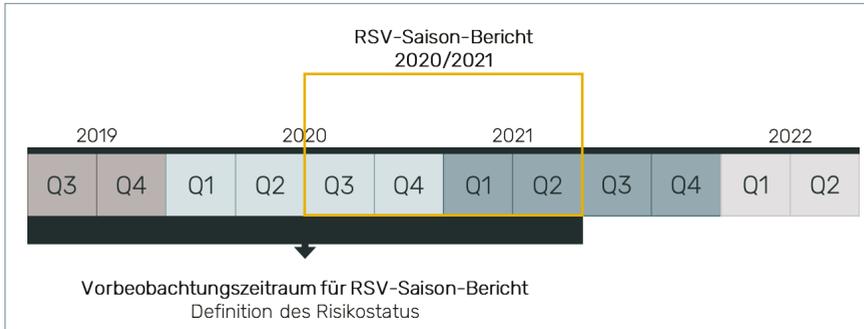
Tabelle 31: Definition des Risikostatus für einen schweren RSV-Verlauf

Gruppe	ICD-10-Diagnose	Diagnose
„Mit Risiko“	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht
	Q20-Q26	Angeborene Fehlbildungen des Kreislaufsystems
	Q30-Q37	Angeborene Fehlbildungen des Atmungssystems, Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte
	Q90	Down-Syndrom
	P20-P29	Krankheiten des Atmungs- und Herz-Kreislaufsystems, die für die Perinatalperiode spezifisch sind
	G11, G12, G60, G71	Hereditäre Ataxie, Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome, Hereditäre und idiopathische Neuropathie, Primäre Myopathien
	E84	Zystische Fibrose
	J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege
	I00-I52 (außer I01-I02, I10, I30, I32-33, I40, I46, I49.1, I49.4)	Krankheiten des Kreislaufsystems
	B20-B24, O98.7, Z21, C00-C97, D37-D48	Immunsuppression
„Frühgeburt/geringes Geburtsgewicht“	P07	Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht
„Reif geboren“	Keine P07	-

Quelle: Eigene Darstellung

Ergebnisse werden auf Basis von Monaten bzw. Quartalen für die RSV-Saison vom 01.07. bis 30.06. eines Jahres berichtet. Der Zeitraum umfasst dabei die Saisons: 2018/19, 2019/20, 2020/21, 2021/22 und die halbe Saison 2022/23.

Abbildung 25: Beispielhafte Definition einer RSV-Saison



Quelle: Eigene Darstellung

DAK-versicherte Kinder werden dabei saisonübergreifend longitudinal betrachtet. Eine Zensurierung, also ein Nicht-Weiterbeobachten, erfolgt bei Ausscheiden aus der DAK-Gesundheit durch Kassenwechsel oder Tod.

Die Zuschreibung einer Person als „RSV-erkrankt“ ist grundsätzlich über dokumentierte ICD-10-Diagnosecodes möglich. Aufgrund einer fehlenden Verpflichtung zur PCR-basierten Diagnostik in der ambulant-ärztlichen Versorgung ist jedoch davon auszugehen, dass eine Analyse ausschließlich über RSV-spezifische Diagnosecodes die „wahre“ Krankheitslast unterschätzt. Es werden deshalb mehrere Studienkohorten definiert. Dabei werden Kohorten unterschieden, die ein geringes Risiko für „falsch-positive“ RSV-Fälle haben, dafür aber die tatsächliche Krankheitshäufigkeit eher unterschätzen. Dazu gehört vordergründig die Kohorte „RSV“ (Tabelle 32), welche, soweit nicht anders erwähnt, Grundlage aller nachfolgenden Analysen ist. Die weiteren definierten RSV-Kohorten (#2–#5) verringern das Risiko, tatsächliche RSV-Fälle durch anderslautende Kodierung zu übersehen, erhöhen aber auch das Risiko, Fälle fälschlicherweise als RSV-Fälle zu klassifizieren.

Das Vorhandensein einer RSV wird dokumentiert, wenn wenigstens einmal (M1Q-Kriterium) im Beobachtungszeitraum eine der folgenden Bedingungen zutrifft:

- Stationäre Haupt- oder Nebendiagnose (Entlassdiagnose)
- Gesicherte ambulante Diagnose³⁰

³⁰ Erfordert nicht zwangsläufig eine Laborbestätigung.

Tabelle 32: Definition einer RSV

Kohorte	ICD-10-code	Definition
#1 RSV (primäre Analyse)	J12.1	Pneumonie durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**
	J20.5	Akute Bronchitis durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**
	J21.0	Akute Bronchiolitis durch Respiratory-Syncytial-Viren*/**
	B97.4!	Respiratory-Syncytial-Viren als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
#2 RSV + Bronchiolitis	-	Wie RSV und ...
	J21.8	Akute Bronchiolitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
	J21.9	Akute Bronchiolitis, nicht näher bezeichnet
#3 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis	-	Wie RSV + Bronchiolitis und ...
	J20.8	Akute Bronchitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
	J20.9	Akute Bronchitis, nicht näher bezeichnet
#4 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis + Pneumonie	-	Wie RSV + Bronchiolitis + Bronchitis und ...
	J12.8	Pneumonie durch sonstige Viren
	J12.9	Viruspneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.0	Bronchopneumonie, nicht näher bezeichnet
	J18.8	Sonstige Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
	J18.9	Pneumonie, nicht näher bezeichnet
#5 Lower Respiratory Tract Infection (LRTI)	J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet
	J09	Grippe durch zoonotische oder pandemische nachgewiesene Influenzaviren
	J10	Grippe durch saisonale nachgewiesene Influenzaviren
	J11	Grippe, Viren nicht nachgewiesen
	J12	Viruspneumonie, anderenorts nicht klassifiziert
	J13	Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae
	J14	Pneumonie durch Haemophilus influenzae
	J15	Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert
	J16	Pneumonie durch sonstige Infektionserreger, anderenorts nicht klassifiziert
	J17	Pneumonie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet
	J20	Akute Bronchitis
	J21	Akute Bronchiolitis
J22	Akute Infektion der unteren Atemwege, nicht näher bezeichnet	

* Cai et al. 2019. DOI: 10.1111/irv.12665; ** Demont et al. 2021. DOI: 10.1186/s12879-021-06399-8
LRTI: „Lower Respiratory Tract Infection“, Infektion der unteren Atemwege; RSV: Respiratory-Syncytial-Virus

Quelle: Eigene Darstellung

Zur Beschreibung der RSV-assoziierten Erkrankungslast werden verschiedene Kennzahlen auf Basis ambulant-ärztlicher und stationäre Diagnose- bzw. Leistungsdaten ermittelt:

Tabelle 33: Kennzahlen zur Beschreibung der RSV-assoziierten Krankheitslast

Kennzahl	Zähler	Nenner	Ergebnis
RSV-Inzidenz	Kinder mit ambulant-ärztlicher oder stationärer Diagnose gem. RSV-Definition	Alle Kinder	Fälle je 1.000
Ambulante RSV-Inzidenz	Kinder mit ambulant-ärztlicher Diagnose gem. RSV-Definition*	Alle Kinder	Fälle je 1.000
Hospitalisierungsrate	Kinder mit stationärer Haupt- oder Nebendiagnose gem. RSV-Definition	Alle Kinder	Fälle je 1.000
Hospitalisierungsquote	Kinder mit stationärer Haupt- oder Nebendiagnose gem. RSV-Definition	Alle Kinder mit RSV-Diagnose gem. RSV-Definition	Anteil in %
Intensivmedizinische Versorgungs-Quote	Auf der Intensivstation behandelte Kinder mit stationärer Haupt- oder Nebendiagnose gem. RSV-Definition	Kinder mit stationärer Haupt- oder Nebendiagnose gem. RSV-Definition	Anteil in %

* Die datumsgenaue Zuschreibung eines ambulant-ärztlichen RSV-assoziierten Behandlungsfalls erfolgt über eine eindeutige Fallnummer und das damit verbundene Datum des Fallbeginns.

Quelle: Eigene Darstellung

Die Definition einer intensivmedizinischen Versorgung erfolgt über die Dokumentation eines der folgenden Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) im Rahmen eines RSV-assoziierten stationären Aufenthaltes. Da kein eindeutiges Identifikationsmerkmal für eine intensivmedizinische Behandlung vorliegt wird nachfolgend zwischen dokumentierten intensivmedizinischen Komplexbehandlungspauschalen, Beatmungsleistungen und dokumentierten Überwachungsleistungen („Monitoring“) unterschieden.

Tabelle 34: Definition einer intensivmedizinischen Behandlung

Gruppe	OPS-Code	Definition
Intensivbe- handlung	8-980	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
	8-98d	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
	8-98f	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)
Beatmung	8-711.0	Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (bis 1. Lebensjahr)
	8-712.0	Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (ab 2. Lebensjahr)
Monitoring	8-930	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes
	8-931	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes
	8-932	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.3 Krankheitslast von RSV

5.1.3.1 Studienpopulation

Im Studienzeitraum konnten zwischen 755.000 und 793.000 DAK-versicherte Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren für die Analysen eingeschlossen werden. Unter den eingeschlossenen Neugeborenen und Säuglingen sind je nach Saison bis zu 21,1 % mit Risiko für einen schweren RSV-Verlauf und bis zu 8,1 % Frühgeborene (als Teilmenge der Neugeborenen mit Risiko für einen schweren RSV-Verlauf, Tabelle 35).

Tabelle 35: Anzahl DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher insgesamt und Anteil der Kinder mit Risiko für einen schweren RSV-Verlauf

Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
Anzahl Personen im Datensatz*						
<1 Jahr	Unberücksichtigt	43.416	43.748	46.158	47.504	46.251
1 Jahr	Unberücksichtigt	43.547	43.239	43.788	47.029	45.684
2 Jahre	Unberücksichtigt	40.542	43.330	43.079	43.978	46.177
3–11 Jahre	Unberücksichtigt	354.256	354.331	358.817	367.877	385.245
12–17 Jahre	Unberücksichtigt	274.792	270.017	267.134	267.430	269.200
Anteil Personen im Risiko für einen schweren RSV-Verlauf						
<1 Jahr	Anteil mit Risiko	21,1 %	19,6 %	17,6 %	16,4 %	16,9 %
	Anteil Frühgeborene	8,1 %	8,0 %	7,6 %	6,1 %	6,6 %
1 Jahr	Anteil mit Risiko	23,3 %	22,2 %	19,1 %	19,4 %	17,5 %
2 Jahre	Anteil mit Risiko	16,4 %	15,9 %	14,1 %	13,6 %	12,5 %
*Anzahl Personen auf n = 25 gerundet.						

Quelle: Eigene Darstellung

5.1.3.2 RSV-attributable Krankheitslast in Abhängigkeit des Alters

Eine ärztlich diagnostizierte RSV-Erkrankung betrifft fast ausschließlich Neugeborene, Säuglinge und Kinder im Alter von null bis zwei Jahren. Die Inzidenz unter Neugeborenen und Säuglingen ist dabei mit 37,8 Fällen je 1.000 in der Saison 2018/19 um das knapp 1,6-fache höher als bei Einjährigen innerhalb der gleichen Saison. Gegenüber Zweijährigen liegt die RSV-Inzidenz bei Neugeborenen und Säuglingen je nach Saison um das Drei- bis Sechsfache höher (Tabelle 36). In der Saison 2021/22 zeigt sich mit gegenüber den Vorsaisons erhöhten Fallzahlen bei Einjährigen ein abweichender Trend. Es kann vermutet werden, dass dies auch auf ausgefallene Infektionen dieser Geburtskohorte in der Vorsaison aufgrund von pandemiebegleitenden Maßnahmen zurückzuführen ist.

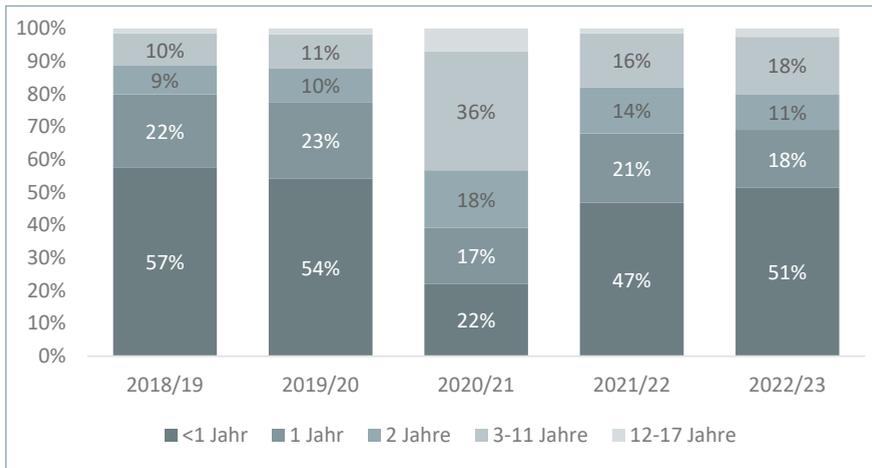
Tabelle 36: Saisonale RSV-Inzidenz bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen

Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
<1 Jahr	Unberücksichtigt	37,8	24,6	1,3	47,7	41,5
1 Jahr	Unberücksichtigt	14,7	10,7	1,1	21,6	14,4
2 Jahre	Unberücksichtigt	6,2	4,7	1,1	15,6	8,8
3–11 Jahre	Unberücksichtigt	0,8	0,6	0,3	2,2	1,7
12–17 Jahre	Unberücksichtigt	0,2	0,1	0,1	0,3	0,4

Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztlich und stationär dokumentierte Fälle mit RSV, Fälle je 1.000

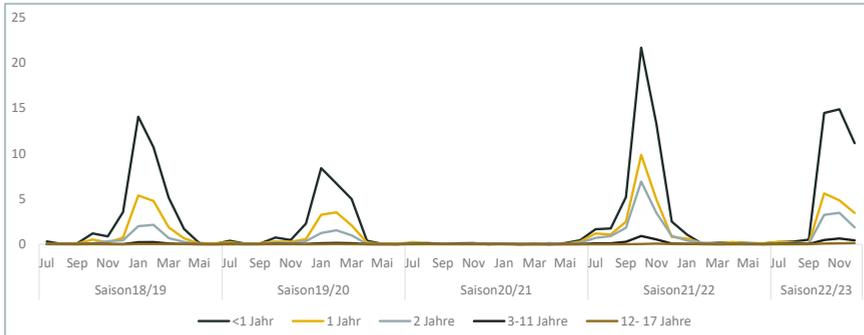
Die relative Erkrankungsrate innerhalb der spezifischen Altersstrata bzw. Gruppen ist wiederum nicht gleichzusetzen mit der absoluten RSV-assozierten Belastung des Gesundheitssystems. Demnach entfällt je Saison knapp die Hälfte aller RSV-inzidenten Fälle auf Neugeborene und Säuglinge (Abbildung 26). Die Verteilung der RSV-Krankheitslast in der Saison 2020/21 ist aufgrund der Pandemie und damit verbundener pandemiebegleitender Maßnahmen nur eingeschränkt bewertbar.

Abbildung 26: Altersspezifischer Anteil an RSV-inzidenten Fällen je Saison



Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche und stationäre Fälle. Anteil in %

Im kalendarischen Verlauf ist dabei zweierlei zu beobachten: Unabhängig vom Alter werden die höchsten Fallzahlen immer im selben Monat beobachtet, wobei bei Zweijährigen in den beiden vorpandemischen Saisons jeweils über zwei Monate vergleichbare Fallzahlen dokumentiert sind. Zudem ist der bereits in anderen Quellen beschriebene Trend zu beobachten, dass sich ab der Saison 2021/22 das Auftreten und die höchste RSV-assozierte Krankheitslast um drei Monate vorgezogen haben (Abbildung 27).

Abbildung 27: RSV-inzidente Fälle in Abhängigkeit des Alters je Saison

Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche Fälle, Fälle je 1.000

5.1.3.3 Saisonale RSV-attributable Krankheitslast in Abhängigkeit des Risikostatus

Die Häufigkeit einer ärztlich behandelten RSV-Erkrankung ist in Abhängigkeit des Risikostatus eines Neugeborenen, Säuglings oder Kindes unterschiedlich verteilt (Tabelle 37). Aufgrund des Einbezugs von Frühgeburtlichkeit und damit verbundener risikoassoziierter Grunderkrankungen ist eine Betrachtung der RSV-Inzidenz in Abhängigkeit des Risikos nur für Neugeborene, Säuglinge und Kinder bis einschließlich des zweiten Lebensjahres auf Basis der vorliegenden Datengrundlage möglich. Saisonunabhängig zeigt sich die höchste RSV-Inzidenz bei Neugeborenen und Säuglingen mit bestehender Grunderkrankung. Vergleichbare hoch ist die RSV-Inzidenz in der Teilgruppe der Frühgeborenen. Doch auch reifgeborene Neugeborene und Säuglinge im Alter von unter einem Jahr haben innerhalb ihrer ersten RSV-Saison eine höhere RSV-Inzidenz als Ein- bzw. Zweijährige mit Risiko. Eine Ausnahme stellt lediglich die Saison 2021/22 dar, in welcher auch Einjährige mit Risiko eine zu reifgeborenen unter Einjährigen vergleichbare RSV-Inzidenz aufweisen.

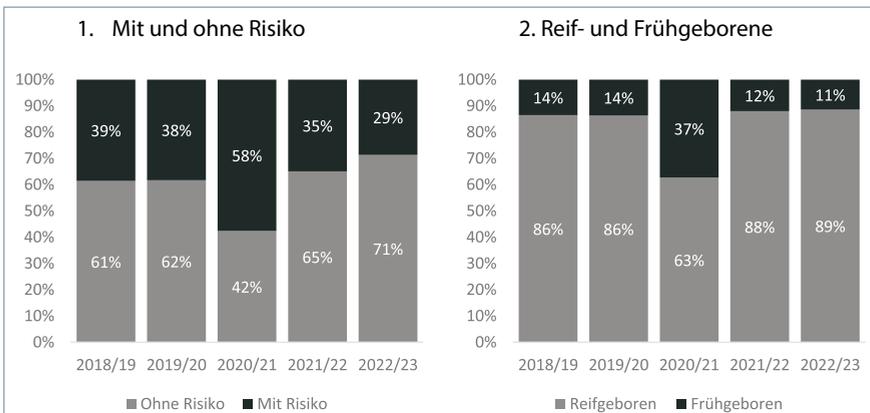
Tabelle 37: Administrative RSV-Inzidenz in Abhängigkeit des Alters und des Risikostatus je Saison

Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
<1 Jahr	Ohne Risiko	29,4	18,9	0,7	37,1	35,6
	Mit Risiko	69,0	48,0	4,2	101,7	70,5
	Reifgeboren	35,6	23,1	0,9	44,7	39,4
	Frühgeboren	63,3	41,8	6,3	94,4	71,9
1 Jahr	Ohne Risiko	10,6	7,5	0,8	15,3	11,0
	Mit Risiko	28,0	22,1	2,3	48,2	30,4
2 Jahre	Ohne Risiko	4,2	3,1	0,8	11,9	6,1
	Mit Risiko	16,2	13,0	3,0	38,8	28,0

Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche und stationäre Fälle. Fälle je 1.000

Werden alle je Saison beobachteten RSV-Fälle von Neugeborenen und Säuglingen betrachtet, sind mit Ausnahme der Saison 2020/21 anteilig mehr Fälle auf Neugeborene ohne Risiko zurückzuführen (Abbildung 28, 1.). Der Anteil Reifgeborener an allen RSV-Fällen liegt mit Ausnahme der Saison 2020/21 mit jeweils über 85 % noch einmal höher (Abbildung 28, 2.).

Abbildung 28: Risikospezifischer Anteil der RSV-Inzidenz bei Neugeborenen und Säuglingen je Saison



Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche und stationäre Fälle. Anteil in %

Absolut und hochgerechnet auf alle in Deutschland lebenden Kinder entfallen damit die meisten RSV-Fälle auf reifgeborene Neugeborene und Säuglinge bzw. solche ohne Risiko (Tabelle 38).

Tabelle 38: Anzahl RSV-inzidenter Kinder in Abhängigkeit des Alters und des Risikostatus je Saison

Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
<1 Jahr	Ohne Risiko	18.000	11.500	500	24.500	22.000
	Mit Risiko	11.500	7.500	500	13.000	9.000
	Reifgeboren	25.500	16.500	500	33.000	27.000
	Frühgeboren	4.000	2.500	500	4.500	3.500
1 Jahr	Ohne Risiko	6.500	4.500	500	9.500	7.500
	Mit Risiko	5.000	4.000	500	7.500	4.500
2 Jahre	Ohne Risiko	3.000	2.000	500	8.000	4.000
	Mit Risiko	2.000	1.500	500	4.000	3.000

Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche und stationäre Fälle. Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder (auf die 500er-Stelle gerundet)

5.1.4 RSV-assoziierte Hospitalisierungen

5.1.4.1 RSV-assoziierte Hospitalisierungen in Abhängigkeit des Alters

Analog zur RSV-Inzidenz weist auch die RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate einen starken Altersbezug auf. So sind die Hospitalisierungsraten bei Neugeborenen und Säuglingen in allen betrachteten Saisons am höchsten und liegen zwischen 14,9 hospitalisierten Fällen je 1.000 Neugeborenen und Säuglingen bzw. 27,2 Fällen je 1.000 (Tabelle 39). Die Hospitalisierungsraten unter Ein- und Zweijährigen liegen in der Saison 2021/22 jeweils auf einem Höchstwert, dabei aber deutlich unterhalb des Niveaus von Neugeborenen und Säuglingen. Deren Hospitalisierungsrate liegt je Saison um das Drei- bis Vierfache höher als bei Einjährigen.

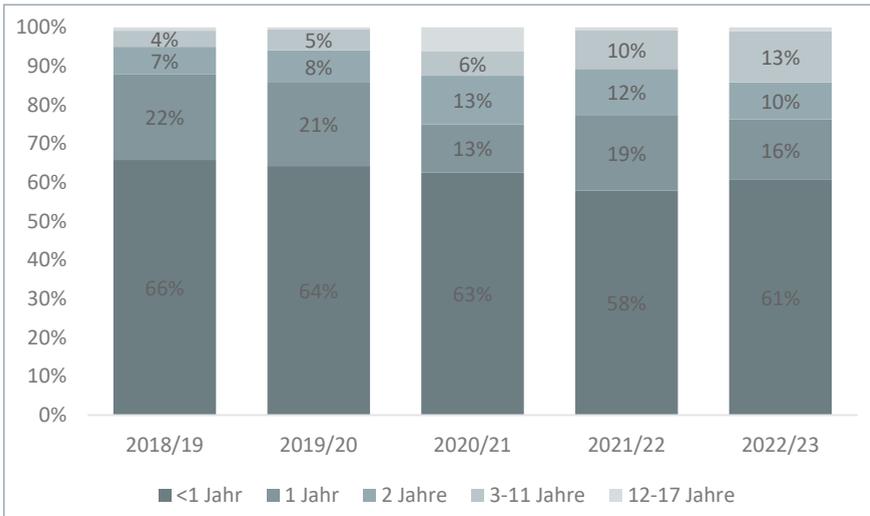
Tabelle 39: RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate je Alter in Abhängigkeit der Saison

Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
<1 Jahr	Unberücksichtigt	22,9	14,9	0,2	27,2	23,1
1 Jahr	Unberücksichtigt	7,6	5,0	-	9,1	6,0
2 Jahre	Unberücksichtigt	2,7	2,0	-	6,1	3,7
3–11 Jahre	Unberücksichtigt	0,2	0,2	-	0,6	0,6
12–17 Jahre	Unberücksichtigt	0,0	0,0	-	0,1	0,1
- Fallzahlen zu gering (n ≤ 8)						

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle. Fälle je 1.000

Dies spiegelt sich in der Altersverteilung der je Saison mit einer RSV-Erkrankung hospitalisierten Fälle wider. Der Anteil der Neugeborenen und Säuglinge an allen mit einer RSV-Erkrankung im Krankenhaus behandelten Fällen liegt konstant zwischen 58 % und 66 % aller mit RSV-stationär behandelten Fälle (Abbildung 29).

Abbildung 29: Altersverteilung der mit RSV hospitalisierten Fälle in Abhängigkeit der Saison



Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle. Anteil in %

Auch innerhalb der betrachteten Altersjahrgänge bzw. Gruppen ist der Anteil hospitalisierter Fälle bei Neugeborenen und Säuglingen am höchsten. Die Hospitalisierungsquote, also der altersspezifische Anteil der im Krankenhaus behandelten Fälle an allen Fällen, ist bei Neugeborenen und Säuglingen mit einem Anteil von knapp 56 % bis 61 % am höchsten (Tabelle 40).

Tabelle 40: Anteil hospitalisierter RSV-Fälle (Hospitalisierungsquote) je Alter in Abhängigkeit der Saison

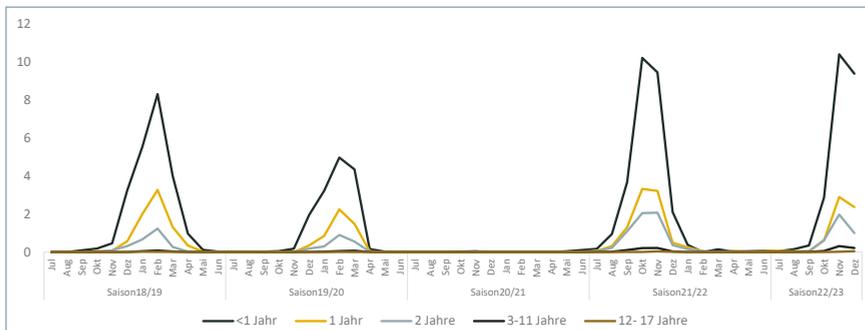
Alter	Risiko	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
<1 Jahr	Unberücksichtigt	60,6 %	60,7 %	16,9 %	56,9 %	55,7 %
1 Jahr	Unberücksichtigt	52,2 %	47,0 %	-	42,1 %	41,7 %
2 Jahre	Unberücksichtigt	43,2 %	42,1 %	-	39,3 %	41,5 %
3–11 Jahre	Unberücksichtigt	22,3 %	26,3 %	-	27,9 %	35,3 %
12–17 Jahre	Unberücksichtigt	30,2 %	13,9 %	-	24,0 %	19,8 %

- Fallzahlen zu gering (n ≤ 8)

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle. Anteil an allen administrativen RSV-Fällen in %

RSV ist eine saisonal zyklisch verlaufende Erkrankung, dessen Inzidenz in den Saisons vor der COVID-19-Pandemie von November bis März am höchsten war. In den übrigen Monaten kamen lediglich sporadische Infektionen vor. Der Gipfel der RSV-Saison erstreckt sich über etwa 4–8 Wochen und lag in den Vorpandemie-Saisons im Januar und Februar. In den letzten Jahren bzw. Saisons wurde ein früherer Saisonbeginn und damit auch Fallzahlpeak bereits im Oktober beobachtet (Abbildung 30).

Abbildung 30: RSV-assoziierte Hospitalisierungen nach Alter und Kalendermonat



Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle, Fälle je 1.000

5.1.4.2 RSV-assoziierte Hospitalisierungen in Abhängigkeit des Risikostatus

Werden die vergangenen fünf Saisons zusammenfassend betrachtet, so zeigen sich hinsichtlich RSV-assoziiert Hospitalisierungen im Wesentlichen zwei Trends:

Am häufigsten werden Neugeborene und Säuglinge unter einem Jahr mit einer RSV-Erkrankung hospitalisiert. Dabei ist die Hospitalisierungsrate bei Neugeborenen und Säuglingen mit Risiko gegenüber denen ohne Risiko um das ca. Dreifache erhöht (Tabelle 41).

Die Quote der intensivmedizinischen Behandlungsfälle an allen mit RSV-Hospitalisierten ist unter Kindern mit Risiko altersunabhängig gemäß der vorliegenden Falldefinition um das Zweieinhalb- bis Dreifache erhöht. Bei absolut deutlich geringeren Fallzahlen ist die intensivmedizinische Behandlungs- und Beatmungsquote bei Zweijährigen am höchsten. Anteilig an allen mit RSV intensivmedizinisch behandelten Kindern überwiegen hingegen Neugeborene und Säuglinge.

Tabelle 41: RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelter RSV-Fälle in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus in den Saisons 2018/19 bis 2022/23

Alter	Risiko-status	Anzahl RSV-Fälle DAK-Gesundheit (n)	Hospitalisierungsrate (n/1.000)	Intensivmedizinische Behandlungs- und Beatmungsfälle (n)	Intensivmedizinische Behandlungs- und Beatmungsquote (% an hospitalisierten RSV-Fällen)
<1 Jahre	Gesamt	4.016	17,7	182	4,5 %
	Ohne Risiko	2.601	14,0	76	2,9 %
	Mit Risiko	1.415	34,1	106	7,5 %
1 Jahr	Gesamt	1.257	5,6	74	5,9 %
	Ohne Risiko	673	3,8	21	3,1 %
	Mit Risiko	584	12,9	53	9,1 %
2 Jahre	Gesamt	633	2,9	68	10,7 %
	Ohne Risiko	359	1,9	24	6,7 %
	Mit Risiko	274	8,7	44	16,1 %

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle

In GKV-Abrechnungsdaten ist indes keine eindeutige Klassifikation eines intensivmedizinischen Behandlungsfalls möglich, so dass auf entsprechende intensivmedizinische Leistungsdokumentationen zurückgegriffen werden muss. Werden Fälle mit dokumentierter intensivmedizinischer Komplexbehandlung und/oder Beatmung zusammengefasst, so ist die intensivmedizinische Behandlungs- und Beatmungsquote altersunabhängig für Kinder mit Risiko für einen schweren RSV-Verlauf deutlich erhöht (Tabelle 42).

Tabelle 42: RSV-assoziierte intensivmedizinische Behandlungs-, Monitoring- und Beatmungsleistungen in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus in den Saisons 2018/19 bis 2022/23

Alter	Risiko- status	Intensivmedizi- nische Behand- lungs- und Beat- mungsquote	Davon Anteil mit spezifischen Behandlungen		Monitoring
			Intensivmedizi- nische Behand- lungsquote	Beatmungs- quote	
<1 Jahre	Gesamt	4,5 %	1,9 %	2,6 %	31,4 %
	Ohne Risiko	2,9 %	1,2 %	1,7 %	29,9 %
	Mit Risiko	7,5 %	3,2 %	4,3 %	34,2 %
1 Jahr	Gesamt	5,9 %	2,1 %	3,8 %	26,8 %
	Ohne Risiko	3,1 %	1,0 %	2,1 %	25,7 %
	Mit Risiko	9,1 %	3,3 %	5,8 %	28,1 %
2 Jahre	Gesamt	10,7 %	3,9 %	6,8 %	31,1 %
	Ohne Risiko	6,7 %	2,2 %	4,5 %	29,2 %
	Mit Risiko	16,1 %	6,2 %	9,9 %	33,6 %

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle

In die Gesamtbetrachtung aus den Tabellen 12 und 13 gehen auch saisonale Schwankungen ein. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die RSV-Saison 2020/21 aufgrund pandemiebegleitender Maßnahmen nahezu komplett ausgefallen ist, während sich in der Saison 2021/22 nicht nur Nachholeffekte, sondern in Summe auch mehr schwerverlaufende RSV-Fälle in Form einer höheren intensivmedizinischen Behandlungs- und Beatmungsquote bei Neugeborenen, Säuglingen und Kinder im Alter von zwei Jahren (mit Risiko) beobachten lassen (Tabelle 43).

Tabelle 43: Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelte RSV-Fälle in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus

Analyse	Alter	Risiko- status	Saison				
			2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
Hospitali- sierungsrate (n/1.000)	<1 Jahr	Ohne Risiko	17,8	11,4	-	20,8	19,8
		Mit Risiko	42,1	29,2	-	59,4	39,6
	1 Jahr	Ohne Risiko	5,3	3,4	-	6,0	4,1
		Mit Risiko	15,5	10,8	-	22,2	15,1
	2 Jahre	Ohne Risiko	1,6	1,3	-	4,4	2,2
		Mit Risiko	8,0	5,4	-	17,2	13,8
Anteil aller mit RSV hospitalisierten Fälle							
Intensiv- medizinische Behandlungs- und Beat- mungsquote (% an hospi- talierten RSV-Fällen)	<1 Jahr	Ohne Risiko	1,5 %	2,5 %	-	3,0 %	4,2 %
		Mit Risiko	4,4 %	6,8 %	-	10,4 %	7,1 %
	1 Jahr	Ohne Risiko	2,8 %	3,5 %	-	2,6 %	3,9 %
		Mit Risiko	8,9 %	13,5 %	-	8,9 %	5,8 %
	2 Jahre	Ohne Risiko	3,6 %	8,3 %	-	4,8 %	11,2 %
		Mit Risiko	28,3 %	10,8 %	-	17,5 %	8,8 %
- Fallzahlen zu gering (n ≤ 8)							

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle

In der Gruppe der Kinder mit Risiko werden Kinder mit bestehender Grunderkrankung sowie frühgeborene Kinder bzw. solche mit niedrigem Geburtsgewicht zusammengefasst betrachtet. Je Saison entfallen ca. 37 % bis 43 % aller Neugeborenen und Säuglinge mit Risiko auf die Gruppe der Frühgeborenen bzw. den mit niedrigem Geburtsgewicht Geborenen. Wird diese Teil-Risikogruppe im Vergleich zu den Reifgeborenen betrachtet, zeigen sich je Saison ca. zweifach höhere RSV-assoziierte Hospitalisierungsraten und zwei- bis fünffach höhere intensivmedizinische Behandlungsquoten (Tabelle 44).

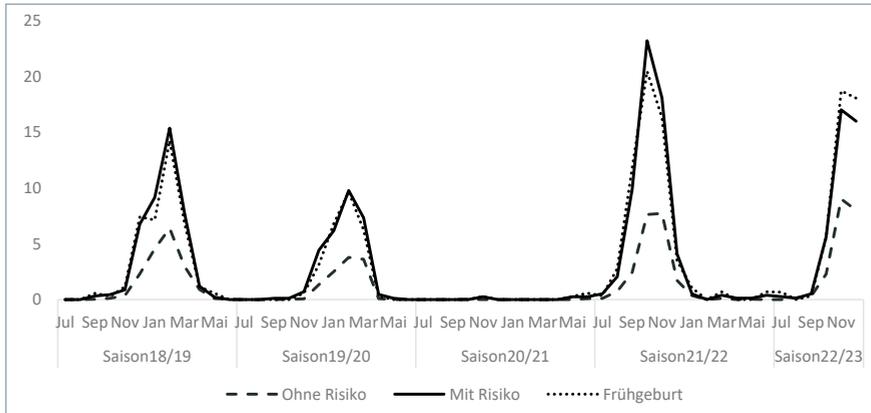
Tabelle 44: Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelte RSV-Fälle bei Reif- und Frühgeborenen

Analyse	Geburt*	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
Hospitalisierungsrate (n/1.000)	Reif geboren	21,4	13,9	-	25,2	21,7
	Früh geboren	39,4	26,7	-	57,6	43,4
	Faktor	1,8	1,9	-	2,3	2,0
Anteil aller mit RSV hospitalisierten Fälle						
Intensivmedizinische Behandlungs- und Beatmungsquote	Reif geboren	1,6 %	3,0 %	-	3,9 %	4,4 %
	Früh geboren	8,7 %	10,6 %	-	17,5 %	9,8 %
Intensivbehandlungen	Reif geboren	0,7 %	1,3 %	-	2,0 %	1,4 %
	Früh geboren	3,6 %	2,1 %	-	8,4 %	3,8 %
Beatmung	Reif geboren	0,9 %	1,8 %	-	1,9 %	3,0 %
	Früh geboren	5,1 %	8,5 %	-	9,0 %	6,1 %
Monitoring	Reif geboren	34,0 %	33,2 %	-	28,1 %	28,6 %
	Früh geboren	45,7 %	33,0 %	-	38,0 %	31,8 %
* Berücksichtigt werden je Saison alle Neugeborenen und Säuglinge im Alter von unter einem Jahr.						

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle

Im saisonalen Verlauf zeigt sich in der RSV-assoziierten Hospitalisierung von Neugeborenen und Säuglingen die bereits beschriebene Verschiebung ab der RSV-Saison 2021/22 (Abbildung 31). Darüber hinaus zeigt die Hospitalisierungsrate Neugeborener und Säuglinge mit und ohne Risiko vergleichbare Verläufe, jedoch auf unterschiedlichem Niveau.

Abbildung 31: RSV-assoziierte Hospitalisierungen bei Neugeborenen und Säuglingen unter einem Jahr nach Risikostatus und Kalendermonat



Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle, Fälle je 1.000

5.1.5 Unsicherheit in der Schätzung der RSV-assoziierten Krankheitslast

Die Identifikation von RSV-Fällen in GKV-Abrechnungsdaten ist mit Unsicherheit verbunden. Es muss davon ausgegangen werden, dass eine Approximation der RSV-Inzidenz auf Basis der einschlägigen RSV-bezogenen Diagnosecodes die „wahre“ Häufigkeit von RSV-Erkrankungen unterschätzt. Dies ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass eine Analyse auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten nur den administrativen (oder im englischen „medically attended“) Ausschnitt der RSV-Epidemiologie, also nur den Anteil von Kindern mit Arztbesuch aufgrund von RSV-Erkrankungen zeigt, sondern auch auf eine „korrekte“ Falldokumentation angewiesen ist. Aufgrund der insbesondere im ambulanten Setting fehlenden Testpflicht auf RSV kann insofern nicht ausgeschlossen werden, dass bei einer Analyse, welche ausschließlich RSV-spezifische Diagnosecodes verwendet (im vorliegenden Report die Falldefinition „RSV“), die „wahre“ administrative Häufigkeit von RSV-Erkrankungen unterschätzt wird. Eine an den RSV-Diagnosen orientierte Falldefinition minimiert das Risiko falsch-positiver Fallzuschreibungen, bringt jedoch das Risiko falsch-negativer, also nicht identifizierter RSV-Fälle mit sich. Mit der Hinzunahme weiterer potenziell auch mit einer RSV-assoziierten Diagnosecodes, beispielsweise der Bronchiolitis oder Bronchitis, erhöht sich indes durch Minimierung des Risikos falsch-negativer Fälle das Risiko für falsch-positive Fallzuschreibungen. Der „wahre“ Wert der administrativen RSV-Häufigkeit lässt sich damit nicht identifizieren. Gleichwohl kann der Vergleich der Häufigkeitsverteilungen eine Abschätzung der Größe eben jenes Risikos für übersehene bzw. falsch zugeschriebene RSV-Fälle quantifizieren.

Werden zunächst ambulant-ärztliche Diagnosedaten berücksichtigt, so zeigt sich für die Gruppe mit der größten RSV-Inzidenz, den Neugeborenen und Säuglingen, dass durch Hinzunahme dokumentierter Bronchiolitis-Fälle die anzunehmende RSV-Inzidenz vergleichs-

weise moderat steigt (Tabelle 45). Erst durch die zusätzliche Berücksichtigung von Bronchitis-Fällen als potenziell RSV-assoziiert steigt die ambulant-ärztliche Diagnoseinzidenz bedeutend an.

Tabelle 45: Saisonale RSV-assoziierte ambulant-ärztliche Diagnoserate bei Neugeborenen und Säuglingen in Abhängigkeit von Risikostatus und RSV-Falldefinition

Falldefinition	Risikostatus*	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
#1 RSV	Ohne Risiko	11,7	7,5	0,6	16,3	15,8
	Mit Risiko	26,9	18,7	3,5	42,2	31,0
	Frühgeburt	24,0	15,1	5,1	36,8	28,6
#2 RSV + Bronchiolitis	Ohne Risiko	19,8	14,0	1,8	26,8	25,8
	Mit Risiko	49,6	33,4	7,1	69,3	45,3
	Frühgeburt	41,9	29,3	9,7	57,6	40,4
#3 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis	Ohne Risiko	242,8	186,1	64,9	188,0	144,5
	Mit Risiko	421,3	351,8	146,6	389,2	238,1
	Frühgeburt	343,8	286,2	124,3	314,6	206,0
#4 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis + Pneumonie	Ohne Risiko	263,3	203,7	75,4	204,2	155,4
	Mit Risiko	452,6	374,4	163,0	415,1	252,1
	Frühgeburt	369,7	304,6	138,0	337,8	216,2
#5 Alle Infekte der Unteren Atemwege („LRTI“)	Ohne Risiko	270,0	209,9	78,3	206,7	159,2
	Mit Risiko	460,0	383,0	166,9	417,3	257,3
	Frühgeburt	375,1	310,9	138,3	341,3	221,1

* „Mit Risiko“ schließt die Gruppe der Frühgeborenen mit ein.

Quelle: DAK-Gesundheit, ambulant-ärztliche Fälle, Fälle je 1.000

Werden stationäre Falldaten berücksichtigt, fällt der Unterschied zwischen einer RSV-Falldefinition über RSV-Diagnosen, der Hinzunahme von Bronchiolitis und zusätzlich von Bronchitis-Fällen geringer aus (Tabelle 46).

Tabelle 46: Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate bei Neugeborenen und Säuglingen in Abhängigkeit von Risikostatus und RSV-Falldefinition

Falldefinition	Risikostatus*	Saison				
		2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23 (bis 31.12.)
#1 RSV	Ohne Risiko	17,8	11,4	0,1	20,8	19,8
	Mit Risiko	42,1	29,2	0,7	59,4	39,6
	Frühgeburt	39,4	26,7	1,1	57,6	43,4
#2 RSV + Bronchiolitis	Ohne Risiko	18,6	12,2	0,2	21,8	20,6
	Mit Risiko	44,7	32,4	2,0	63,9	42,0
	Frühgeburt	42,2	29,8	2,6	61,5	47,0
#3 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis	Ohne Risiko	25,5	17,8	2,0	26,9	23,4
	Mit Risiko	76,5	53,7	12,4	87,8	52,2
	Frühgeburt	69,6	45,5	12,6	83,7	56,5
#4 RSV + Bronchiolitis + Bronchitis + Pneumonie	Ohne Risiko	27,8	19,9	2,8	28,4	24,3
	Mit Risiko	84,5	60,4	17,0	94,7	56,3
	Frühgeburt	74,5	53,7	17,7	88,9	62,1
#5 Alle Infekte der unteren Atemwege („LRTI“)	Ohne Risiko	30,2	22,9	3,2	29,3	27,0
	Mit Risiko	91,2	68,0	20,2	97,7	63,2
	Frühgeburt	82,7	61,4	21,7	92,7	69,0

* „Mit Risiko“ schließt die Gruppe der Frühgeborenen mit ein.

Quelle: DAK-Gesundheit, stationäre Fälle, Fälle je 1.000

5.2 Status quo der HPV-Impfungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher

5.2.1 Hintergrund

Humane Papillomviren sind weit verbreitet. Die meisten Frauen und Männer stecken sich im Laufe ihres Lebens an – außer sie sind dagegen geimpft. Sexuell aktive und junge Menschen im Alter bis 25 Jahren infizieren sich am häufigsten. Theoretisch ist beim ersten Geschlechtsverkehr eine Ansteckung möglich. Kommt es zu einer Infektion mit einem im Impfstoff enthaltenen HPV-Typ, kann ein Schutz gegen diesen durch die Impfung nicht mehr erreicht werden. Daher sollte die HPV-Impfung idealerweise vor Aufnahme erster sexueller Kontakte erfolgen. Die Ständige Impfkommision (STIKO) empfiehlt daher die

HPV-Impfung ab dem Alter von 9 Jahren, optimalerweise vor der Aufnahme von sexuellen Kontakten. Ist die Impfung nicht bis zum Alter von 14 Jahren erfolgt, empfiehlt die STIKO, diese noch bis zum Alter von 17 Jahren nachzuholen. Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen HPV seit 2007 für Mädchen und seit Juni 2018 auch für Jungen.

In vergangenen Kinder- und Jugendreporten der DAK-Gesundheit wurde bereits beobachtet, dass sich die Art und Häufigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen während der Pandemie verändert hat. Dies hat auch Auswirkungen auf die Impfprävention. Der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit geht deshalb folgenden Fragestellungen nach:

- Wie hat sich der Anteil der Kinder- und Jugendlichen, für die eine HPV-Impfserie begonnen wurde („Erstimpfung“) während und nach der COVID-19-Pandemie entwickelt?
- Wie hat sich der Anteil der 9-Jährigen, bei denen erstmals eine HPV-Impfung möglich ist, im Zeitverlauf entwickelt?
- Wie hat sich der Anteil der gegen HPV impfenden Facharztgruppen entwickelt?
- Gibt es kleinräumige Unterschiede in der Entwicklung der HPV-Erstimpfungsquote in Abhängigkeit der Wohnortlage (ländlich/städtisch) oder in Abhängigkeit des Bundeslandes?

5.2.2 Spezifische Analysemethodik

Für die Analyse der HPV-Impfung wird aufgrund der Impfpfempfehlung der STIKO von dieser Altersgruppeneinteilung geringfügig abgewichen. Empfohlen ist die HPV-Impfung von der STIKO ab dem Alter von 9 Jahren. Ist die Impfung nicht bis zum Alter von 14 Jahren erfolgt, empfiehlt die STIKO, diese noch bis zum Alter von 17 Jahren nachzuholen. Deshalb werden 9- bis 14-Jährige und 15- bis 17-Jährige differenziert betrachtet.

5.2.3 Abgegebene HPV-Impfdosen

Betrachtet man die Anzahl aller verabreichten HPV-Impfdosen – unabhängig von der Position in der Impfreihefolge – erkennt man sowohl bei den Mädchen als auch den Jungen einen deutlichen Rückgang der Impfquoten zwischen den Jahren 2021 und 2022. Tabelle 47 zeigt, dass der Vergleich zwischen der Vorpandemiephase und den Pandemie Jahren 2020 und 2021 hingegen für die einzelnen Altersgruppen und Geschlechter uneinheitlich ausfällt. Für die 15–17-Jährigen Mädchen ist ein Rückgang der Impfquote von 20,1 % in 2019 auf 16,8 % in 2021 zu beobachten, während bei den 9–14-Jährigen Mädchen die Quote im Zeitraum 2017–2021 mit kleineren Ausschlägen um 21 % schwankt. Bei den Jungen sehen wir aufgrund der STIKO-Impfpfempfehlung aus dem Jahr 2018 einen deutlichen Anstieg der Impfquote im Jahr 2019. Hier zeigt ein Vergleich des Vorpandemiejahres 2019 mit den Pandemie Jahren 2020 und 2021 einen Zuwachs der Impfquote für die 9–14-jährigen Jungen von 13,8 % auf 15,8 %. Bei den 15–17-Jährigen können wir im

ersten Pandemiejahr einen Zuwachs der Impfquote um 2,4 Prozentpunkte von 19,2 % auf 21,6 % feststellen, im zweiten Pandemiejahr 2021 sehen wir allerdings einen Rückgang um 1,8 Prozentpunkte gegenüber dem Jahr 2019.

Tabelle 47: Verabreichte HPV-Impfdosen in Prozent (anteilig an allen Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen)

Alter	Geschlecht	Verabreichte HPV-Impfdosen in Prozent						Relative Differenz	
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
9–14 Jahre	Jungen	0,0	0,3	13,8	15,6	15,8	11,0	-20 %	-30 %
	Mädchen	20,8	20,6	22,5	20,8	21,8	16,6	-36 %	-24 %
15–17 Jahre	Jungen	0,1	0,4	19,2	21,6	17,4	9,9	-48 %	-43 %
	Mädchen	22,9	21,0	20,1	17,3	16,8	11,4	-43 %	-32 %

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.4 HPV-Erstimpfungsquote nach Altersjahren

Bei der Betrachtung der Erstimpfungsquoten in den einzelnen Altersjahren ist sowohl bei den Mädchen als auch den Jungen ein Rückgang der Erstimpfungsquoten im Jahresvergleich zwischen 2021 und 2022 zu beobachten. In Tabelle 48 und Tabelle 49 sind die Anteile an Kindern und Jugendlichen, die im jeweils betrachteten Altersjahr eine HPV-Erstimpfung erhalten haben, an allen versicherten Kindern und Jugendlichen im betrachteten Altersjahr nach Geschlecht dargestellt. Hierbei fällt bei den Mädchen auf, dass für die Altersjahre neun bis 12 für die Jahre 2017 bis 2019 eine Zunahme der Quote erkennbar ist. Für die neunjährigen Mädchen setzt sich die Zunahme auch während der Pandemiephase fort; zwischen den Jahren 2021 und 2022 ist allerdings auch für diese Gruppe ein relativer Rückgang von 8 % beobachtbar. Bei den zehn- und elfjährigen Mädchen verändern sich die Erstimpfungsquoten nur geringfügig zwischen 2019 und den Pandemiejahren 2020 und 2021, allerdings ist auch für diese beiden Altersjahre ein Rückgang zwischen 2021 und 2022 erkennbar. Für die Altersjahre 14 bis 17 sehen wir hingegen eine kontinuierliche Abnahme über den gesamten Zeitverlauf hinweg. Ein Vergleich der Erstimpfungsquoten zwischen den Altersjahren zeigt, dass die Quote bei den 13- und 14-jährigen Mädchen am höchsten ist. Insgesamt kann man über den Jahresverlauf eine Abnahme des durchschnittlichen Alters bei der Erstimpfung konstatieren.

Tabelle 48: HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen nach Altersjahren in Prozent

Alter	Verabreichte HPV-Impfdosen in Prozent						Relative Differenz	
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
9	3,2	4,2	5,4	5,6	5,8	5,4	0 %	-8 %
10	8,4	9,0	12,2	11,3	12,4	11,0	-9 %	-11 %
11	9,9	10,8	13,4	11,3	13,3	10,6	-21 %	-20 %
12	13,7	13,2	15,1	12,8	12,3	10,3	-32 %	-16 %
13	19,0	18,4	17,7	15,3	15,3	11,9	-32 %	-22 %
14	19,0	17,6	15,9	13,4	13,1	10,0	-37 %	-24 %
15	15,7	14,4	12,7	10,4	10,2	7,3	-42 %	-28 %
16	12,9	11,8	11,4	9,5	9,0	6,3	-45 %	-31 %
17	9,6	9,7	10,0	8,5	8,0	5,9	-41 %	-26 %
Durchschnitt	13,6	13,5	13,2	13,1	13,0	12,8		

Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Jungen ist die Erstimpfungsquote für die Beobachtungsjahre in allen Altersjahren geringer als bei den Mädchen. Allerdings zeichnen sich in den einzelnen Altersjahren ähnliche Trends wie bei den Mädchen ab. Auch hier sieht man in den jüngeren Altersjahren zwischen neun und 12 Jahren eine relativ stabile und wenig schwankende Entwicklung der Erstimpfungsquote in den Jahren 2019 bis 2022. Für die Altersjahre 13 bis 17 sieht man hingegen eine deutliche Abnahme der Erstimpfungsquote während der Pandemie sowie im Jahresvergleich zwischen 2021 und 2022. Wie bei den Mädchen ist auch bei den Jungen im Jahresverlauf eine Abnahme des durchschnittlichen Alters bei der HPV-Erstimpfung zu erkennen.

Tabelle 49: HPV-Erstimpfungsquote von Jungen nach Altersjahren in Prozent

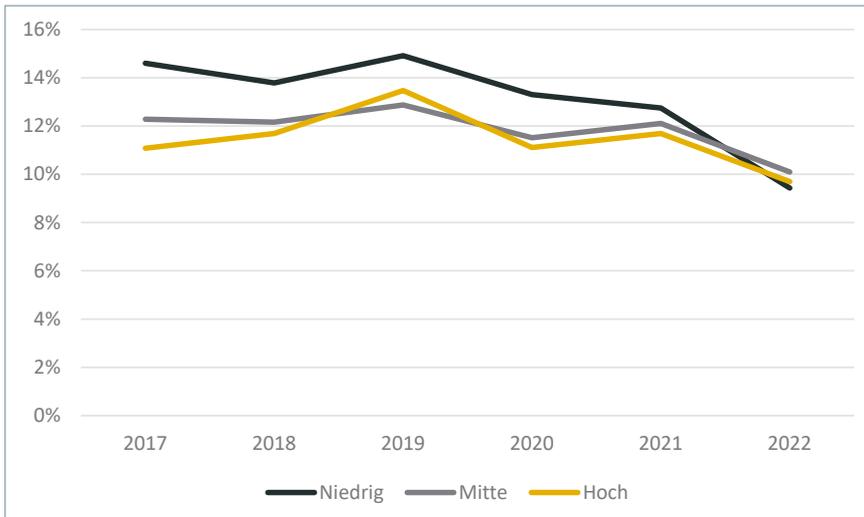
Alter	Verabreichte HPV-Impfdosen in Prozent						Relative Differenz	
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2022–19	2022–21
9	0,0	0,1	3,3	3,6	4,6	3,5	6 %	-22 %
10	0,0	0,1	7,4	7,1	8,3	6,4	-13 %	-23 %
11	0,0	0,1	8,9	7,6	8,4	6,3	-29 %	-25 %
12	0,0	0,2	9,8	8,5	8,1	6,0	-39 %	-25 %
13	0,0	0,4	14,0	12,4	11,5	8,6	-38 %	-25 %
14	0,0	0,3	14,7	12,6	11,2	8,5	-42 %	-24 %
15	0,0	0,4	14,6	11,6	9,3	5,9	-60 %	-37 %
16	0,0	0,3	13,3	12,1	9,0	5,3	-61 %	-42 %
17	0,0	0,3	12,3	12,7	10,0	5,4	-56 %	-46 %
Durchschnitt	14,7³¹	14,0	13,8	13,8	13,4	13,2		

Quelle: Eigene Darstellung

5.2.5 Assoziation sozioökonomischer Status und HPV-Erstimpfungsquote

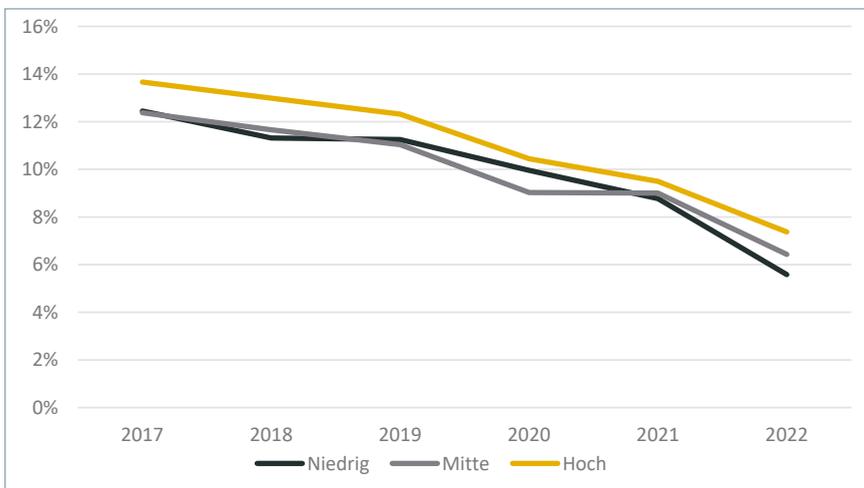
Betrachtet man die Entwicklung der Erstimpfungsquote nach sozioökonomischer Lage des Elternhauses, fällt bei der Altersgruppe der 9–14-jährigen Mädchen auf, dass die Impfquote in den Jahren 2017 bis 2021 am höchsten für Kinder aus niedriger sozialer Lage ist (Abbildung 32). In der Vorpandemiezeit schwankt die Erstimpfungsquote für Mädchen aus niedriger sozialer Lage um ca. 15 % und sinkt dann auf knapp 9 % in 2022 ab. Für Mädchen aus hoher sozialer Lage ist die Quote in diesem Zeitraum mit Ausnahme des Jahres 2019 im Vergleich zu Mädchen aus niedriger oder mittlerer sozialer Lage am niedrigsten und bewegt sich dabei stets 1–3 Prozentpunkte unterhalb der Quote für Mädchen aus niedriger sozialer Lage. Im Jahr 2022 dreht sich dieser Trend; für dieses Jahr beobachtet man eine minimal höhere Erstimpfungsquote für Mädchen aus hoher sozialer Lage verglichen mit Mädchen aus niedriger sozialer Lage. Die Erstimpfungsquote konvergiert im Jahr 2022 für alle drei betrachteten sozialen Lagen auf ca. 10 %. Insgesamt nimmt die Erstimpfungsquote in allen sozialen Lagen über den Beobachtungszeitraum ab, allerdings ist diese Abnahme – vor allem während der Pandemiejahre 2020 und 2021 – am deutlichsten ausgeprägt für Mädchen aus niedriger sozialer Lage.

31 Aufgrund der niedrigen Anzahl an beobachteten Erstimpfungen im Jahr 2017 entspricht die gerundete Quote 0,0 %. Da aber Erstimpfungen beobachtet werden können, kann das durchschnittliche Alter zum Zeitpunkt der Erstimpfung berechnet werden.

Abbildung 32: HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen (9–14 Jahre) nach sozioökonomischem Status

Quelle: Eigene Darstellung

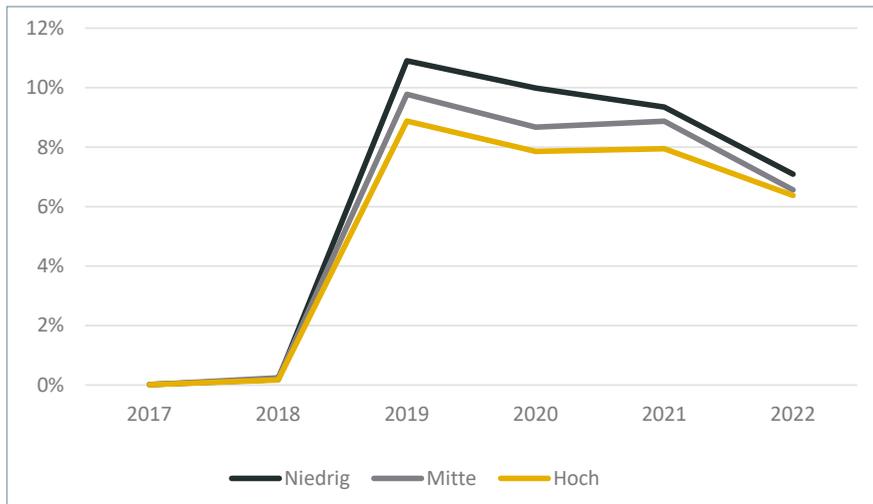
In der Altersgruppe der 15–17-Jährigen ist die Erstimpfungsquote über alle Beobachtungsjahre 2017 bis 2022 am höchsten für Jugendliche aus hoher sozialer Lage. Auch hier sieht man in allen drei Kategorien der sozialen Lage eine deutliche Abnahme in der Erstimpfungsquote, allerdings fällt diese Abnahme einheitlicher zwischen den sozialen Lagen als in der Gruppe der 9–14-Jährigen.

Abbildung 33: HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen (15–17 Jahre) nach sozioökonomischem Status

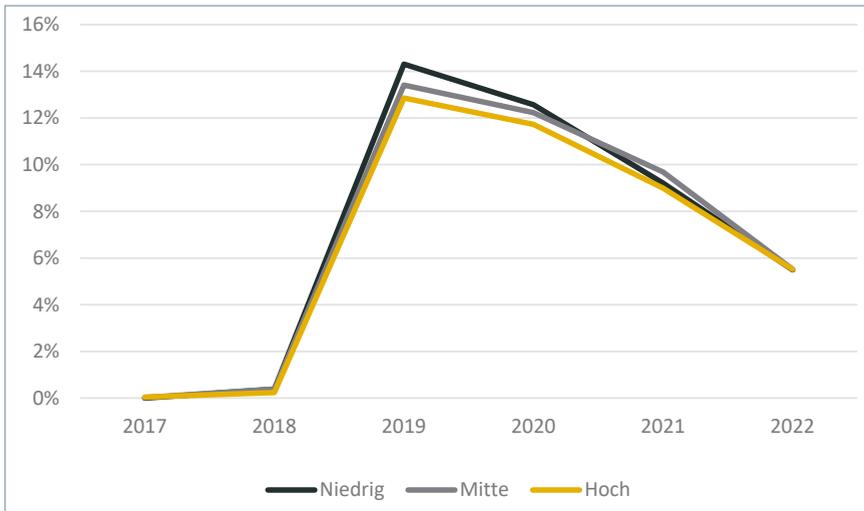
Quelle: Eigene Darstellung

Bei Jungen zeigt sich grundsätzlich ein ähnliches Bild bei der Betrachtung der Erstimpfungsquote nach sozioökonomischer Lage des Elternhauses. Auch hier ist die Erstimpfungsquote bei den 9–14-Jährigen am höchsten für Kinder aus niedriger sozialer Lage und am niedrigsten für Kinder aus hoher sozialer Lage. Die Erstimpfungsquote nimmt im Zeitverlauf zwischen 2019 und 2022 in allen sozialen Lagen kontinuierlich ab, auch hier ist der Rückgang am stärksten für Kinder aus niedriger sozialer Lage ausgeprägt. Ein ähnlicher Trend lässt sich für die Gruppe der 15–17-Jährigen beobachten, allerdings ist die Differenz in den Erstimpfungsquoten zwischen den einzelnen Kategorien niedriger als bei den 9–14-Jährigen und die Erstimpfungsquoten gleichen sich im letzten Beobachtungsjahr in allen Kategorien bei 5,5 % an.

Abbildung 34: HPV-Erstimpfungsquote von Jungen (9–14 Jahre) nach sozioökonomischem Status



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 35: HPV-Erstimpfungsquote von Jungen (15–17 Jahre) nach sozioökonomischem Status

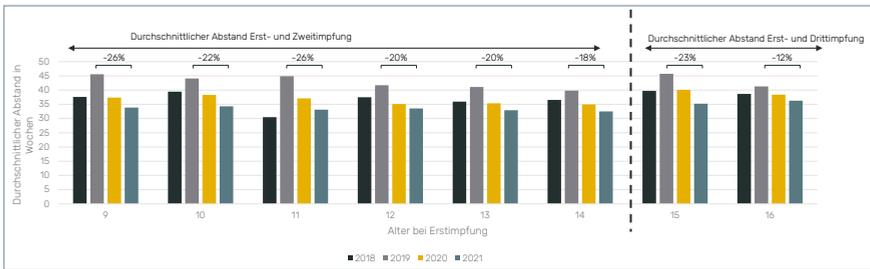
Quelle: Eigene Darstellung

5.2.6 Durchschnittliche Zeit zwischen Beginn und Ende einer HPV-Impfreihe

In folgender Analyse werden Impfreiheiten dem jeweiligen Altersjahr, in dem die Erstimpfung stattfand, zugeordnet³². Es wird deutlich, dass die durchschnittliche Zeit zwischen erster und letzter Impfung einer Impfreihe bei Mädchen in allen Altersjahren im Jahresvergleich zwischen 2019 und 2021 abnahm. Dies kann darauf hindeuten, dass die impfenden Ärzte während der Pandemie kürzere Impfsyklen erreichen wollten, um die Vervollständigung des Impfschutzes trotz möglicher Kontaktbeschränkungsmaßnahmen zu sichern. Interessant ist zudem, dass im Jahresvergleich 2018 und 2019 in allen Altersjahren eine Zunahme des zeitlichen Abstands zwischen Beginn und Ende einer Impfreihe beobachtbar ist.

³² Impfreiheiten werden auf Versichertenebene ausgewertet. Eine Impfung wird dabei als Erstimpfung klassifiziert, wenn in den 13 Vormonaten keine weitere Impfung dokumentiert wurde. Eine Impfreihe gilt als beendet, wenn mindestens 12 Monate nach der Impfung keine weitere Impfung dokumentiert wurde. Dieser Aufgriff impliziert, dass für die Datenjahre 2017–2022 nur Impfreiheiten, die im Zeitraum 2018–2021 beginnen, berücksichtigt werden können. Die 12 Monate Nachbeobachtungszeitraum bedeuten zudem, dass nur Versicherte in die Auswertung eingehen können, deren Impfreihe spätestens im siebzehnten Lebensjahr beginnt.

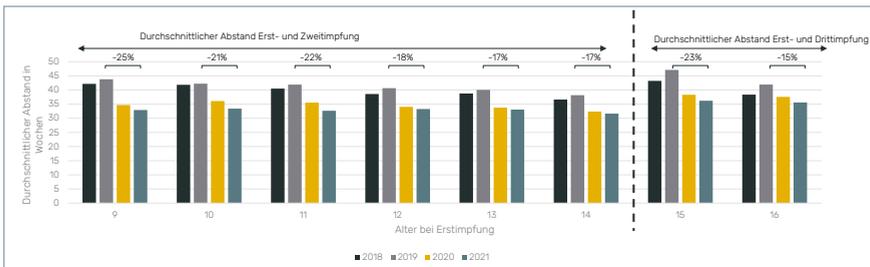
Abbildung 36: Abstand Beginn und Ende der HPV-Impfreihe bei Mädchen, Datenjahre: 2017–2022



Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Jungen zeigt sich ein ähnlicher Trend: Auch hier nahm die durchschnittliche Zeit zwischen Beginn und Ende einer HPV-Impfreihe in allen Altersjahren im Jahresvergleich 2019 und 2021 ab. Die relative prozentuale Abnahme bewegt sich hierbei bei beiden Geschlechtern um die 20 %. Auch für die männlichen Kinder und Jugendlichen ist eine Zunahme des zeitlichen Abstands zwischen Beginn und Ende einer Impfreihe zwischen den Jahren 2018 und 2019 erkennbar.

Abbildung 37: Abstand Beginn und Ende der HPV-Impfreihe bei Jungen, Datenjahre: 2017–2022



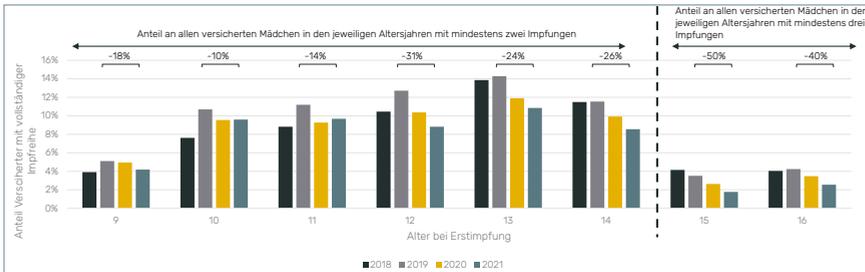
Quelle: Eigene Darstellung

5.2.7 Anteil der Versicherten mit einer vollständigen HPV-Impfreihe

Bei der Analyse der vollständigen HPV-Impfreiheiten werden – wie in der vorhergehenden Analyse – Impfreiheiten dem jeweiligen Altersjahr, in dem die Erstimpfung stattfand, zugeordnet. Hierbei ist bei der Interpretation von Bedeutung, dass der ausgewiesene Anteil sich auf die Grundgesamtheit aller Versicherten im jeweiligen Altersjahr bezieht. Abbildung 38 zeigt, dass bei den Mädchen der Anteil der Versicherten mit vollständiger Impfreihe an allen Versicherten im jeweils betrachteten Altersjahr im Jahresvergleich zwischen 2019 und 2021 über alle Altersjahre hinweg sinkt. Dabei wird die relative Differenz zwischen den beiden Jahren über die Altersjahre hinweg tendenziell größer und erreicht bei den 15- und 16-Jährigen jeweils Werte von 50 % und 40 %. Die Differenz fällt bei Kindern im Alter zwischen neun und 11 Jahren moderater aus, hier sind relative Rückgänge von 10 % bis 18 % beobachtbar. Interessant ist zudem, dass in fast allen Altersjahren (bis auf die Gruppe der 15-Jährigen) der höchste Anteil vollständiger Impfreiheiten im Jahr 2019 er-

reicht werden konnte. Eine Berücksichtigung der Ergebnisse der vorhergehenden Analyse hinsichtlich des zeitlichen Abstands der Impfungen einer Impfreihe zeigt, dass Impfreiheiten zwar schneller beendet werden konnten während der akuten Pandemiephase, allerdings der Anteil vollständiger Impfreiheiten gesunken ist.

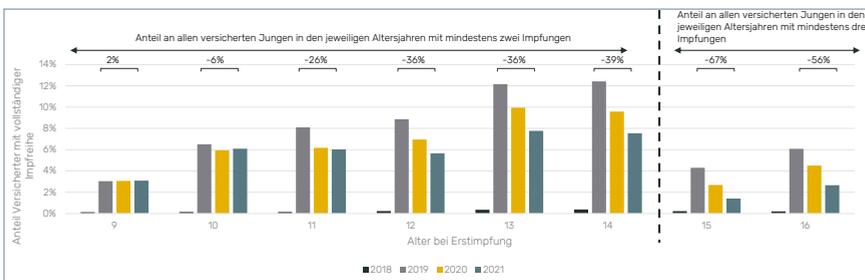
Abbildung 38: Anteil der Mädchen mit einer vollständigen HPV-Impfreihe, Datenjahre: 2017–2022



Quelle: Eigene Darstellung

Die Entwicklung der vollständigen Impfreiheiten bei männlichen Kindern und Jugendlichen im Beobachtungszeitraum verläuft weitestgehend synchron zu den Mädchen. Auch hier sieht man einen Rückgang in den vollständigen Impfzyklen im Jahresvergleich 2019 und 2021, wobei allerdings die Altersgruppe der Neunjährigen ausgenommen ist, hier sehen wir ein leichtes Plus von 2 %. Auch bei den Jungen sieht man, dass die Differenz über die Altersjahre hinweg deutlich zunimmt und bei den 15- und 16-Jährigen jeweils relative Abnahmen von 67 % bzw. 56 % realisiert werden. Wie bei den Mädchen ist der höchste Anteil an vollständigen Impfreiheiten im Jahr 2019 beobachtbar (ausgenommen die Neunjährigen).

Abbildung 39: Anteil der Jungen mit einer vollständigen HPV-Impfreihe, Datenjahre: 2017–2022



Quelle: Eigene Darstellung

Literaturverzeichnis

- Cai, W. et al. (2020). Risk factors for hospitalized respiratory syncytial virus disease and its severe outcomes. DOI: 10.1111/irv.12729.
- CDU; CSU; SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa – Eine neue Dynamik für Deutschland – Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Online verfügbar unter www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1.
- Hoebel, J., Lampert, T. (2017). Regional health differences – developing a socioeconomic deprivation index for Germany. *Journal of Health Monitoring*, 2 (2).
- IGES (2012): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. Berlin, 3. Dezember 2012.
- Klocke, A., Lampert, T. (2005). Armut bei Kindern und Jugendlichen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt. Heft 4, 2001, überarbeitete Neuauflage 2005.
- Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J., Lampert, T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017 (2), 2.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kroll, L. E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. *Journal of Health Monitoring*, 4 (1).
- Lampert, T., Müters, S., Stolzenberg, H., Kroll, L. E. (2014). Messung des sozioökonomischen Status in der KiGGS-Studie. Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt*, 57: 762–770.
- Liese, J. et al. (2023). S2k-Leitlinie „Leitlinie zur Prophylaxe von schweren Erkrankungen durch Respiratory Syncytial Virus (RSV) bei Risikokindern“. Aktualisierung 2023 / Version 5.1. Federführend herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI). Online: https://register.awmf.org/assets/guidelines/048-012l_S2k_Prophylaxe-von-schweren-Erkrankungen-durch-Respiratory-Syncytial-Virus-RSV-bei-Risikokindern_2023-10.pdf [abgerufen am 18.04.2024].
- Ohlmeier, C., Frick, J., Prütz, F., Lampert, T., Ziese, T., Mikolajczyk, R., Garbe, E. (2014): Nutzungsmöglichkeiten von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. *Bundesgesundheitsbl* 2014, 57: 464–472.
- Robert Koch-Institut (RKI) (2024). *Epidemiologisches Bulletin* 1/2024 vom 04.01.2024. Online: www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2024/Ausgaben/01_24.pdf?__blob=publicationFile [abgerufen am 18.04.2024].
- Statistisches Bundesamt (2023). Fortschreibung des Bevölkerungsstandes. Ergebnisse auf Grundlage des Zensus 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Steffen, A. et al. (2019). Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Online: www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/102/VA_19-05_Bericht_Depressionen_2_2019-06-27.pdf [abgerufen am 18.04.2024].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher an der Bevölkerung je Bundesland, Stand: 31.12.2021	6
Abbildung 2:	Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung	13
Abbildung 3:	Verteilung der sozialen Deprivation innerhalb der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zur bundesweiten Verteilung	14
Abbildung 4:	Anteil jugendlicher Jungen und Mädchen mit Krankenhausaufenthalt aufgrund bzw. mit einer psychischen Behandlungsdiagnose.	16
Abbildung 5:	Hospitalisierungsindex: Anteil Kinder und Jugendlicher mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt	18
Abbildung 6:	Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren	21
Abbildung 7:	Anteil jugendlicher Mädchen mit prävalenter Depression und einer Diagnose/Behandlung in wenigstens zwei bzw. in jedem Quartal eines Jahres	23
Abbildung 8:	Entwicklung der Chance einer Depressionsneuerkrankung jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	25
Abbildung 9:	Entwicklung komorbider Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit prävalenter Depression, Datenjahre 2019 und 2022	27
Abbildung 10:	Bestimmung der erstdiagnosestellenden Fachgruppe	29
Abbildung 11:	Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression, sichere Bestimmung	30
Abbildung 12:	Identifikation einer antidepressiven Therapie nach erstmaliger Depressionsdiagnose	32
Abbildung 13:	Jugendliche Mädchen (15–17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung	33
Abbildung 14:	Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren	35

Abbildung 15:	Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Angststörung bei jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	36
Abbildung 16:	Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren.	38
Abbildung 17:	Entwicklung der Chance einer neu diagnostizierten Essstörung bei jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	39
Abbildung 18:	Entwicklung der Prävalenz und Inzidenz von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen (nicht geschlechterdifferenziert, „gesamt“)	40
Abbildung 19:	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Monat, 2018–2022	44
Abbildung 20:	Diagnoseprävalenz häufiger psychischer Erkrankungsbilder und Verhaltensstörungen mit dem größten Fallzahlrückgang zwischen 2018 und 2022	46
Abbildung 21:	Jährliche Änderungsrate in der Leistungsanspruchnahme verschiedener Fachgruppen durch DAK-versicherte Jugendliche (15–17 Jahre)	47
Abbildung 22:	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung je Kalendermonat, 2018–2022	49
Abbildung 23:	Anteil (Fälle je 1.000) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalendermonat, 2018–2022	51
Abbildung 24:	Unterjährige Alterszuschreibung zur Zuschlüsselung von Leistungsanspruchnahme und Altersgruppe.	61
Abbildung 25:	Beispielhafte Definition einer RSV-Saison	63
Abbildung 26:	Altersspezifischer Anteil an RSV-inzidenten Fällen je Saison	68
Abbildung 27:	RSV-inzidente Fälle in Abhängigkeit des Alters je Saison	69
Abbildung 28:	Risikospezifischer Anteil der RSV-Inzidenz bei Neugeborenen und Säuglingen je Saison	70
Abbildung 29:	Altersverteilung der mit RSV hospitalisierten Fälle in Abhängigkeit der Saison	72
Abbildung 30:	RSV-assoziierte Hospitalisierungen nach Alter und Kalendermonat	73
Abbildung 31:	RSV-assoziierte Hospitalisierungen bei Neugeborenen und Säuglingen unter einem Jahr nach Risikostatus und Kalendermonat	78

Abbildung 32:	HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen (9–14 Jahre) nach sozio- ökonomischem Status	85
Abbildung 33:	HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen (15–17 Jahre) nach sozio- ökonomischem Status	85
Abbildung 34:	HPV-Erstimpfungsquote von Jungen (9–14 Jahre) nach sozio- ökonomischem Status	86
Abbildung 35:	HPV-Erstimpfungsquote von Jungen (15–17 Jahre) nach sozio- ökonomischem Status	87
Abbildung 36:	Abstand Beginn und Ende der HPV-Impfreihe bei Mädchen, Datenjahre: 2017–2022	88
Abbildung 37:	Abstand Beginn und Ende der HPV-Impfreihe bei Jungen, Daten- jahre: 2017–2022	88
Abbildung 38:	Anteil der Mädchen mit einer vollständigen HPV-Impfreihe, Datenjahre: 2017–2022	89
Abbildung 39:	Anteil der Jungen mit einer vollständigen HPV-Impfreihe, Daten- jahre: 2017–2022	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Stichprobengröße für die Jahre 2018 bis 2022	5
Tabelle 2:	Berücksichtigte Einflussfaktoren auf das Depressionsneuerkrankungsrisiko	19
Tabelle 3:	Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	20
Tabelle 4:	Entwicklung der Depressionsprävalenz und -inzidenz nach Schweregraden unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren	22
Tabelle 5:	Depressionsprävalenz jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) auf Basis unterschiedlicher Validierungskriterien zur Approximation des Chronifizierungs- bzw. Schweregrades	23
Tabelle 6:	Entwicklung der Depressionsinzidenz unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	24
Tabelle 7:	Einflussfaktoren auf die Chance einer Depressionsinzidenz jugendlicher Mädchen (15–17 Jahre) in den Jahren 2019 und 2022, OLS-Modell	26
Tabelle 8:	Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit prävalenter Depression	28
Tabelle 9:	Komorbide Angststörungen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression	28
Tabelle 10:	Anteil der erstdiagnosestellenden Fachgruppen bei DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren mit inzidenter Depression nach definitorischer Sicherheit	31
Tabelle 11:	Jugendliche Mädchen (15–17 Jahre) mit inzidenter Depression und Antidepressiva-Verordnung im selben oder den drei Folgequartalen zur erstmaligen Diagnosestellung	33
Tabelle 12:	Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	34
Tabelle 13:	Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	35
Tabelle 14:	Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	37

Tabelle 15:	Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen unter DAK-versicherten jugendlichen Mädchen im Alter von 15–17 Jahren in Abhängigkeit der sozialen Lage des Elternhauses (via GISD)	38
Tabelle 16:	Entwicklung der Inzidenz psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen.	40
Tabelle 17:	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr, 2018–2022	43
Tabelle 18:	Anteil (in %) DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher mit wenigstens einem Arztkontakt im Kalenderjahr nach Facharztgruppen, 2018–2022.	45
Tabelle 19:	Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt bei psychologisch/psychiatrisch tätigen Ärzten und Therapeuten im Kalenderjahr, 2018–2022	46
Tabelle 20:	Anteil (in %) DAK-versicherter Jungen und Mädchen mit wenigstens einem Kontakt beim Pädiater im Kalenderjahr, 2018–2022	48
Tabelle 21:	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einer Arzneimittelverschreibung im Kalenderjahr, 2018–2022	48
Tabelle 22:	Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Grundschulkindern (5–9 Jahre), 2018–2022	49
Tabelle 23:	Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Schulkindern (10–14 Jahre), 2018–2022	50
Tabelle 24:	Entwicklung der zehn verordnungstärksten Wirkstoffe unter Jugendlichen (15–17 Jahre), 2018–2022	50
Tabelle 25:	Anteil (in %) Kinder und Jugendliche mit wenigstens einem Krankenhausaufenthalt im Kalenderjahr, 2018–2022	51
Tabelle 26:	Behandlungsdiagnosen bei Kleinkindern (1–4 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	53
Tabelle 27:	Behandlungsdiagnosen bei Grundschulkindern (5–9 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	54
Tabelle 28:	Behandlungsdiagnosen bei Schulkindern (10–14 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	55
Tabelle 29:	Behandlungsdiagnosen bei Jugendlichen (15–17 Jahre) mit hohen Zunahmen im Jahr 2022 gegenüber 2019	56
Tabelle 30:	Öffentlich verfügbare, interaktive Statistiken zur Epidemiologie von RSV in Deutschland	60
Tabelle 31:	Definition des Risikostatus für einen schweren RSV-Verlauf	62

Tabelle 32:	Definition einer RSV.	64
Tabelle 33:	Kennzahlen zur Beschreibung der RSV-assoziierten Krankheitslast	65
Tabelle 34:	Definition einer intensivmedizinischen Behandlung.	66
Tabelle 35:	Anzahl DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher insgesamt und Anteil der Kinder mit Risiko für einen schweren RSV-Verlauf	67
Tabelle 36:	Saisonale RSV-Inzidenz bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen	68
Tabelle 37:	Administrative RSV-Inzidenz in Abhängigkeit des Alters und des Risikostatus je Saison	70
Tabelle 38:	Anzahl RSV-inzidenter Kinder in Abhängigkeit des Alters und des Risikostatus je Saison	71
Tabelle 39:	RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate je Alter in Abhängigkeit der Saison	72
Tabelle 40:	Anteil hospitalisierter RSV-Fälle (Hospitalisierungsquote) je Alter in Abhängigkeit der Saison	73
Tabelle 41:	RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelter RSV-Fälle in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus in den Saisons 2018/19 bis 2022/23	74
Tabelle 42:	RSV-assoziierte intensivmedizinische Behandlungs-, Monitoring- und Beatmungsleistungen in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus in den Saisons 2018/19 bis 2022/23	75
Tabelle 43:	Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelter RSV-Fälle in Abhängigkeit von Alter und Risikostatus	76
Tabelle 44:	Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate und Anteil intensivmedizinisch behandelter RSV-Fälle bei Reif- und Frühgeborenen.	77
Tabelle 45:	Saisonale RSV-assoziierte ambulant-ärztliche Diagnoserate bei Neugeborenen und Säuglingen in Abhängigkeit von Risikostatus und RSV-Falldefinition	79
Tabelle 46:	Saisonale RSV-assoziierte Hospitalisierungsrate bei Neugeborenen und Säuglingen in Abhängigkeit von Risikostatus und RSV-Falldefinition	80
Tabelle 47:	Verabreichte HPV-Impfdosen in Prozent (anteilig an allen Versicherten in den jeweiligen Altersgruppen)	82
Tabelle 48:	HPV-Erstimpfungsquote von Mädchen nach Altersjahren in Prozent	83
Tabelle 49:	HPV-Erstimpfungsquote von Jungen nach Altersjahren in Prozent.	84

Kontaktdaten

Für die Autoren

VANDAGE GmbH

Detmolder Straße 30

33604 Bielefeld

Mail: hey@vandage.de

Wissenschaftliche Beratung

Prof. Dr. Wolfgang Greiner

Universität Bielefeld

Fakultät für Gesundheitswissenschaften,

Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement

Postfach 10 01 31

D-33501 Bielefeld

Mail: wolfgang.greiner@uni-bielefeld.de

Kinder- und Jugendreport 2023

Gesundheit und Gesundheitsversorgung nach der Pandemie

Vielen Kindern und Jugendlichen in Deutschland geht es nicht gut. Zahlreiche Krisen, der Ukraine-Krieg oder der Klimawandel, haben 2022, dem Fokusanalyse-Jahr des Kinder- und Jugendreportes 2023, offensichtlich gesundheitliche und psychische Spuren bei jungen Menschen hinterlassen. Hinzu kommen die Nachwirkungen der Coronapandemie und der damit verbundenen Maßnahmen. Der aktuelle Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit wirft Schlaglichter auf die Kinder- und Jugendgesundheit in diesem Land. So blickt der Report auf Basis insbesondere stationärer Leistungsdaten auf die Häufigkeit von Krankenhausbehandlungen mit dem Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV), einer Atemwegserkrankung, von der insbesondere Neugeborene und Säuglinge zuletzt häufig in schwerer Form betroffen waren. Die Analysen verdeutlichen, dass vor allem der Anteil gesunder Neugeborener und Säuglinge an den behandelten Fällen 2022 im Vergleich zu 2018 zugenommen hat. In einer weiteren Analyse zeigt der Report die Zunahme stationär behandelter jugendlicher Mädchen mit Depressionen, Ängsten und Essstörungen im Vergleich der Jahre 2022 und dem letzten Vor-Corona-Jahr 2019. Detaillierte Daten auch aus der ambulant-ärztlichen Versorgungspraxis können in einer weiteren Analyse 2022 zumindest eine Verstärkung hoher Fallzahlen von Depressionen, Ängsten und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Vergleich zum raschen Anstieg der Behandlungsfälle aus den Jahren 2020 und 2021 belegen. Zuletzt zeigt der Report entstandene Vorsorgelücken in der Krebsprävention, indem er auf rückläufige HPV-Erstimpfungsquoten hinweist.

Der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit wertet bundesweit repräsentative Daten von fast 800.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren aus und gibt einen systematisierenden Überblick über ihre Gesundheit und Gesundheitsversorgung in den Jahren 2017 bis 2022. Eine langfristig nachhaltige und leistungsfähige Versorgung sowie Prävention der körperlichen und mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist auf umfassende und fundierte Forschung angewiesen. Dies wird durch die DAK-Gesundheit mit dieser Reportreihe maßgeblich unterstützt.



„Mit unserem Kinder- und Jugendreport wollen wir Impulse setzen, Entwicklungen aufzeigen und Diskussionen initiieren – auf politischer, gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Ebene. Zudem wollen wir mit unseren Analysen Handlungsfelder zur Verbesserung der Situation aufzeigen und Akzente setzen: zum Wohle der Kinder und Jugendlichen in unserem Land“, sagt Andreas Storm, Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit.



„Die Analysen für das Jahr 2022 haben zumindest Befürchtungen nach einem weiteren Anstieg der Behandlungsfälle in Folge psychischer Belastungen nicht bestätigt. Andererseits weisen die Daten des Kinder- und Jugendreportes auf bekannte sozioökonomische Barrieren in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten hin, welche es in der Entwicklung von Präventionsmaßnahmen stärker zu berücksichtigen gilt“, so Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Mitautor des Reportes.