

Scharlach bei Kindern und Jugendlichen 2018-2023

Sonderanalyse im Rahmen des DAK-Kinder- und Jugendreports

18.11.2024

Erstellt für: DAK-Gesundheit

Autoren: Alena Zeitler, Vandage GmbH
Lena Hasemann, Vandage GmbH
Dr. Katharina Weinert, Vandage GmbH
Dr. Julian Witte, Vandage GmbH



Sonderanalyse von Scharlach

Kernergebnisse

Im Jahr 2023 ist der Anteil der Kinder im Alter von 1 bis 14 Jahren, die aufgrund von Scharlach ärztlich behandelt wurden (39,1 Fälle je 1.000 Kinder), im Vergleich zum Vorjahr (9,6 Fälle je 1.000 Kinder) um 308% gestiegen. Die Diagnosehäufigkeit von Scharlach erreichte damit in 2023 den höchsten Stand des Beobachtungszeitraumes 2018 bis 2023.

Während der COVID-19-Pandemie zeigte sich ein starker Rückgang der dokumentierten Scharlachdiagnosen. Der niedrigste Stand war für die 1- bis 14-jährigen Kinder im Jahr 2021 (2,4 Fälle je 1.000 Kinder) zu beobachten. Ab dem Jahr 2022 nahm die Prävalenz jedoch deutlich zu. Auch gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 (19,8 Fälle je 1.000 Kinder) lag die Diagnosehäufigkeit von Scharlach 2023 (39,1 Fälle je 1.000 Kinder) deutlich höher (+97 %).

Hochgerechnet auf alle Kinder in Deutschland zwischen 1 und 14 Jahren traten im Jahr 2023 ca. 439.500 Scharlachfälle auf.

Detailergebnisse

Nachfolgend werden die administrativen Diagnosehäufigkeiten von Scharlach (ICD-10-Code A38.-) dargestellt. Der Fallaufgriff erfolgte wie folgt:

- Alle ganzjährig-versicherten (Ausnahme: Neugeborene) DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren.
- Ambulante Diagnosen, gesichert, wenigstens eine Dokumentation.
- Stationäre Diagnosen, Haupt- oder Nebendiagnose, wenigstens eine Dokumentation.
- Gezählt werden einzelne Personen je Jahr, d. h. je Diagnose (ICD-10-Code) wird eine Person je Beobachtungsjahr auch dann nur einmal gezählt, wenn dieselbe Diagnose bei der Person im Rahmen von zwei unterschiedlichen Versorgungskontakten (beispielsweise einem Arztbesuch und einem Krankenhausaufenthalt) dokumentiert wird.

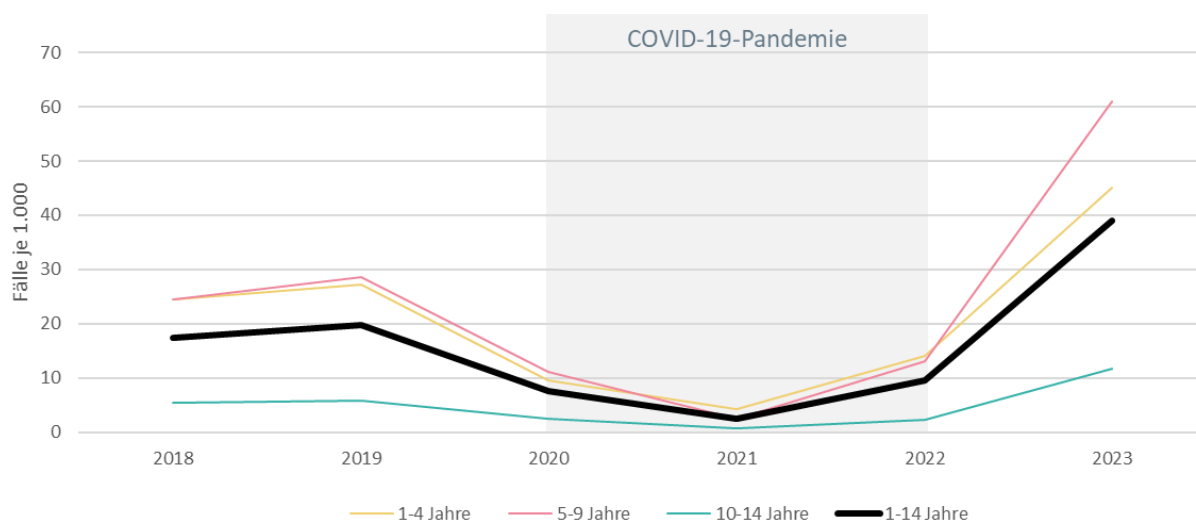
Scharlach ist eine häufige bakterielle Infektionskrankheit bei Kindern, die durch Streptokokken verursacht wird. Die hochansteckende Erkrankung tritt meist gehäuft in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Kindergärten oder Schulen, auf¹. Die Analyse auf Basis der Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit bestätigt, dass Scharlach insbesondere bei Kleinkindern (1 bis 4 Jahre), Grundschulkindern (5 bis 9 Jahre) und Schulkindern (10 bis 14 Jahre) vorkommt, wohingegen die Fallzahlen bei Säuglingen (0 Jahre) und Jugendlichen (15 bis 17 Jahre) gering sind. Im Jahr 2023 wurde die höchste Scharlach-Prävalenz des Beobachtungszeitraumes 2018-2023 festgestellt (Abbildung 1). In der Hochphase der COVID-19-Pandemie wurden bundesweite Eindämmungsmaßnahmen (z. B. Kontaktbeschränkungen) unternommen². In dieser Zeit ist die Dokumentation von Scharlachfällen stark zurückgegangen und erreichte im Jahr 2021 einen Tiefpunkt. Zwischen 2022 und 2023 ist die Zahl der dokumentierten Diagnosen stark angestiegen.

¹ Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA (2024) <https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/scharlach/> (Letzter Zugriff: 07.11.2024)

² Vgl. Bundesministerium für Gesundheit, BMG (2023) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/coronavirus/chronik-coronavirus> (Letzter Zugriff: 07.11.2024)



Abbildung 1: Administrative Prävalenz von Scharlach (ICD-10-Code A38.-) bei Kindern im Alter zwischen 1 und 14 Jahren. Daten: DAK-Gesundheit, 2018-2023.



Die höchste relative Steigerungsrate der administrativen Prävalenz zwischen 2022 und 2023 weisen die 10- bis 14-jährigen Schulkinder auf (+412 %), wobei Scharlach in dieser Altersgruppe im Vergleich zu den 1- bis 9-Jährigen seltener vorkommt (Tabelle 1). Auch für Grundschul Kinder (5 bis 9 Jahre) zeigt sich zwischen 2022 und 2023 ein deutlicher Anstieg der Diagnosehäufigkeit (+365 %), wobei im Jahr 2022 13 Fälle je 1.000 Kinder beobachtet wurden und 2023 61 Fälle je 1.000 Kinder. Bei den 1- bis 4-jährigen Kleinkindern ist, ausgehend vom Jahr 2022 (14 Fälle je 1.000 Kinder) zum Jahr 2023 (45 Fälle je 1.000 Kinder), ein Anstieg der Prävalenz von Scharlach um 219 % zu verzeichnen.

Tabelle 1: Administrative Prävalenz von Scharlach (ICD-10-Code A38.-) je 1.000 Kinder. Daten: DAK-Gesundheit, 2018-2023.

Alter	Geschlecht	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Relative	Relative
								Differenz	Differenz
								2023-2022	2023-2019
1-4 Jahre	Gesamt	24,5	27,3	9,6	4,3	14,1	45,0	+219,3 %	+64,9 %
	Jungen	26,1	29,7	10,6	4,5	15,2	47,9	+214,7 %	+61,6 %
	Mädchen	22,9	24,8	8,6	4,1	12,9	41,9	+225,1 %	+68,9 %
5-9 Jahre	Gesamt	24,5	28,6	11,2	2,5	13,1	60,9	+364,6 %	+112,9 %
	Jungen	23,7	27,5	10,9	2,5	13,3	61,7	+365,3 %	+124,4 %
	Mädchen	25,5	29,8	11,6	2,5	12,9	60,0	+363,9 %	+101,7 %
10-14 Jahre	Gesamt	5,4	5,8	2,5	0,7	2,3	11,7	+412,1 %	+101,8 %
	Jungen	5,2	5,5	2,4	0,7	2,3	11,2	+391,6 %	+104,9 %
	Mädchen	5,7	6,1	2,7	0,7	2,3	12,1	+433,7 %	+98,8 %
1-14 Jahre	Gesamt	17,4	19,8	7,6	2,4	9,6	39,1	+308,3 %	+96,9 %
	Jungen	17,4	20,0	7,7	2,5	9,9	40,0	+302,1 %	+100,1 %
	Mädchen	17,4	19,7	7,5	2,3	9,2	38,1	+315,3 %	+93,5 %

Hinweis: Die Scharlach-Fallzahlen in den Altersgruppen der 0-Jährigen sowie der 15- bis 17-Jährigen sind für eine Auswertung zu gering.



Hochgerechnet auf alle Kinder in Deutschland zwischen 1 und 14 Jahren traten im Jahr 2023 ca. 439.500 Scharlach-Fälle auf. Weitere Hochrechnungen können Tabelle 2 entnommen werden.

Tabelle 2: Administrative Prävalenz von Scharlach (ICD-10-Code A38.-) bei DAK-versicherten Kindern, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder. Daten: DAK-Gesundheit und Destatis, 2018-2023.

Alter	Geschlecht	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1-4 Jahre	Gesamt	77.000	87.000	31.000	13.500	46.000	144.000
	Jungen	42.000	48.500	17.500	7.500	25.500	78.500
	Mädchen	35.000	38.500	13.500	6.500	20.500	65.500
5-9 Jahre	Gesamt	90.000	106.500	42.500	9.500	53.500	252.500
	Jungen	44.500	52.500	21.000	5.000	27.500	131.500
	Mädchen	45.500	54.000	21.500	4.500	25.500	121.000
10-14 Jahre	Gesamt	20.000	21.500	9.500	2.500	9.000	45.500
	Jungen	10.000	10.500	4.500	1.500	4.500	22.500
	Mädchen	10.000	11.000	5.000	1.500	4.500	23.000
1-14 Jahre	Gesamt	183.000	210.500	81.500	26.000	107.000	439.500
	Jungen	94.000	109.000	42.500	13.500	57.000	231.000
	Mädchen	89.000	101.500	39.000	12.500	50.000	208.500

Streptokokken können neben Scharlach diverse andere Erkrankungen wie bspw. Mandelentzündungen oder Borkeflechte auslösen. Eine Analyse dieser Erreger-gleichen Erkrankungen ist lohnend, um weitere Erkenntnisse über die Entwicklung der Infektionskrankheiten vor, während und nach der COVID-19-Pandemie zu generieren.



Analysen des DAK-Kinder- und Jugendreportes zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Die systematische Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen sowie die Analyse beeinflussender Faktoren sind von hoher Relevanz für die öffentliche Gesundheit in Deutschland. Seit 2017 veröffentlicht die DAK-Gesundheit deshalb in Zusammenarbeit mit VANDAGE und der Universität Bielefeld jährlich mehrere Schwerpunktanalysen zur Gesundheit und Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Mit fast 800.000 DAK-Versicherten im Alter von 0 bis 17 Jahren ist der DAK-Kinder- und Jugendreport eine der größten Analysen im Themengebiet.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Deutschland stehen verschiedene Datenarten zur Verfügung. Grundsätzlich lässt sich dabei zwischen Primärdaten (z. B. aus Befragungen von Kindern bzw. deren Eltern) sowie Sekundär- bzw. Routinedaten unterscheiden. Routinedaten im Gesundheitswesen sind standardisierte Informationen, die in erster Linie zum Zwecke der Leistungsabrechnung zwischen Kostenträgern und 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 somit um bereits vorliegende Daten, die zunächst für andere, nicht primär wissenschaftliche Zwecke erhoben wurden. Die zu Abrechnungszwecken zwischen Leistungserbringenden und Krankenkassen übermittelten Daten in der GKV sind durch gesetzliche Bestimmungen (insbesondere im fünften Sozialgesetzbuch, SGB V) und Verordnungen weitgehend formalisiert und standardisiert. Sie umfassen unter anderem Informationen zu:

- Versichertenstammdaten
- stationäre Versorgung (§ 301 Abs. 1 SGB V)
- vertragsärztliche Versorgung (§ 295 Abs. 2 SGB V)
- Arzneimittelversorgung (§ 300 Abs. 1 SGB V)
- Vorsorgeleistungen und stationäre Rehabilitation (§ 301 Abs. 4 SGB V)
- Heilmittelversorgung (§ 302 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 302 SGB V)
- Arbeitsunfähigkeit und (Kinder-)Krankengeld (§ 295 Abs. 1 SGB V)

Die Daten geben versichertenbezogen Auskunft über die zulasten der GKV abgerechneten Leistungen. Nicht berücksichtigt sind dagegen individuelle Gesundheitsleistungen oder sonstige privat abgerechnete Leistungen, die nicht von der GKV erstattet werden. Versichertenindividuell und im Längsschnitt lassen sich auf dieser Grundlage auch komplexere Analysen für unterschiedliche epidemiologische und versorgungsbezogene Indikatoren durchführen. Zu diesen gehören unter anderem:



- **Epidemiologische Indikatoren**

- Administrative Diagnoseprävalenz
- Administrative Diagnoseinzidenz
- Häufigkeit von Komorbiditäten
- Demografie-, diagnose- oder versorgungsbezogene Risikoassoziationen

- **Versorgungsbezogene Indikatoren**

- Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen nach Fachgruppen und abgerechneter Leistungsziffern
- Inanspruchnahme ambulanter nicht-ärztlicher Leistungen nach Fachgruppen und abgerechneter Leistungsziffern
- Krankenhausaufenthalte inkl. Haupt- und Nebendiagnosen sowie dokumentierter Prozeduren und Leistungen
- Arzneimittelverschreibungen (Rezeptinformationen) inkl. Präparat (ATC und PZN) und Dosierung
- Heil- und Hilfsmittelverschreibungen

- **Demografische Informationen**

- Alter
- Geschlecht
- Wohnort (Bundesland, Gemeindeschlüssel)
- Sozialökonomischer Status, approximiert über den German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD)

Als Analysezeitraum stehen derzeit vollständig **01/2018 bis 12/2023** zur Verfügung.