

KINDER- UND JUGENDREPORT

Gesundheit und Gesundheitsversorgung
nach der Pandemie



Leseprobe

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 978-3-98800-083-5

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

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn

Printed in Germany

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.

Schwerpunktthemen des Reports 2023

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

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 Verstärigung 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 Kindergesundheit 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



Vorstandsvoritzender 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 Leistungsinanspruchnahme	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 Leistungsinanspruchnahme	20
3.2.4 Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit psychischer Erkrankungen insgesamt	39
4. Entwicklung der administrativen Krankheitslast und Versorgungs-inanspruchnahme	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 Erkrankungsbilder	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-assozierte Hospitalisierungen	71
5.1.5 Unsicherheit in der Schätzung der RSV-assozierten 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



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 Jungentalter. 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 erwuchsen 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 tiefen 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.



2. Methodik des Kinder- und Jugendreports 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

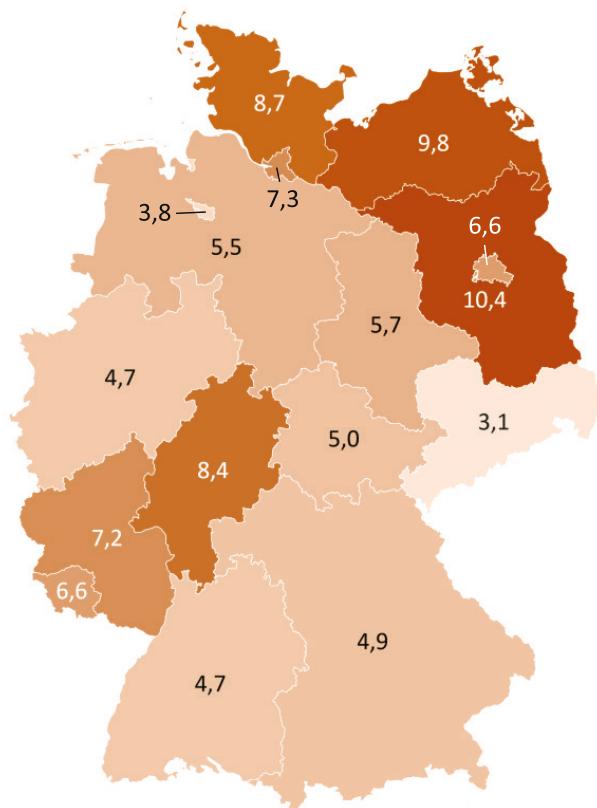
Quelle: Eigene Auswertung

Während in der Beschreibung der Krankheitslast in der Regel auf die jeweiligen Altersjahrgänge abgestellt wird, werden zur Beschreibung der Leistungsinanspruchnahme 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), Grundschulkinder (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).

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

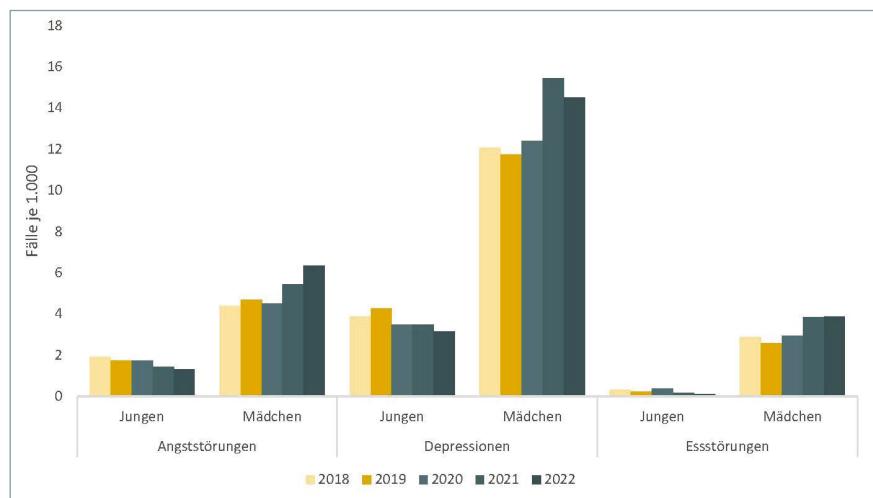
Die Sonderanalyse zur Krankenhausversorgung psychischer Erkrankungen des Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit analysiert Daten von 786.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. In den Altersgruppen der 5 bis 17-Jährigen gehen jährlich ca. 575.000 DAK-versicherte 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



4. Entwicklung der administrativen Krankheitslast und Versorgungsanspruchnahme

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 regelmäßig 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 diagnoseinzipient 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
	44	Neuropädiatrie (Facharzt)
Fachspezifischer Arzt / Therapeut	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



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 Kinderalter 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 Impfempfehlungen spielen verschiedene Aspekte der Erkrankung, des Impfstoffes/Antikörpers sowie der Implementierung einer Impfempfehlung 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 modell-basierte Berechnungen. Publizierte 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 Leistungsinanspruchnahme 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-abrysvo-zulassung-rsv-impfstoff-erteilt.html>

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

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 Verstärigung 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 aufzuzeigen 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 Behandlungsfallzahlen 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.

Leseprobe

ISBN 978-3-98800-083-5



9 783988 000835

€ 29,00 (D)