



Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021

Claudia Kohring • Manas K. Akmatov • Jakob Holstiege • Joachim Heuer • Lotte Dammertz • Jörg Bätzing

DOI: 10.20364/VA-23.05

Abstract

Hintergrund

Der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist insbesondere im Kontext der Corona-Pandemie, sowohl bezogen auf das Infektionsrisiko als auch auf die Eindämmungsmaßnahmen, in den letzten drei Jahren vermehrte Aufmerksamkeit zugekommen. Aus den bevölkerungsrepräsentativen Surveys des Robert Koch-Instituts sind Prävalenzangaben zu psychischen Auffälligkeiten insgesamt und zu einzelnen Störungsbildern bekannt. Vor Kurzem wurden zu ausgewählten Diagnosen Inzidenzdaten von 2019 bis 2021 von der DAK-Gesundheit veröffentlicht. Inzidenzdaten zu einem breiteren Spektrum einzelner psychischer sowie Entwicklungs- bzw. Verhaltensstörungen und längere Zeitreihen fehlen bislang. Ziel der vorliegenden Studie war es, diese längerfristigen Trends der Diagnoseinzidenz für verschiedene psychische, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zu bestimmen und damit eine Datengrundlage für die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bereitzustellen.

Methodik

Grundlage der Auswertungen bildeten die vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V (Q1/2012 bis Q3/2022). Die Studienpopulation bildeten je Berichtsjahr GKV-versicherte Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 17 Jahren, die mindestens zwei Jahre vorbeobachtbar waren. Alle Personen der Studienpopulation, für die darüber hinaus im Vorbeobachtungszeitraum keine Diagnose aus den untersuchten ICD-10-Subkapiteln dokumentiert war, bildeten die jährlichen Risikopopulationen für die Inzidenzberechnungen. Für insgesamt 45 Diagnosen bzw. Diagnosegruppen wurden Inzidenztrends im Zeitraum 2014 bis 2021 bestimmt. Als inzident erkrankt wurden dabei Kinder und Jugendliche gezählt, für die nach zwei diagnosefreien Vorbeobachtungsjahren eine entsprechende gesicherte Diagnose codiert worden war, die entweder in den patientenindividuellen drei Folgequartalen nochmals bestätigt wurde oder für die im Quartal der Diagnosestellung bzw. im ersten Folgequartal eine entsprechende Leistung abgerechnet wurde. Berechnet wurde schließlich die jährliche rohe kumulative Inzidenz pro 10.000 Kinder und Jugendliche. Zusätzlich zur beobachteten Inzidenz wurden für die Jahre 2020 und 2021 die erwarteten Inzidenzwerte, basierend auf dem vorpan-demischen Zeitraum 2014 bis 2019, ermittelt.

Korrespondierende Autorin: Claudia Kohring
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)
Salzufer 8 – 10587 Berlin – Tel. (030) 2200 56133 – E-Mail: CKohring@zi.de



Ergebnisse

Die Spannweite der Inzidenzwerte innerhalb des untersuchten Diagnosespektrums war sehr weit. Die niedrigste Diagnoseinzidenz fand sich für das Pica-Syndrom, die höchste für Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (2021: 0,4 vs. 558,7/10.000). Außer bei Entwicklungs- und Verhaltensstörungen waren bei Mädchen höhere Inzidenzen zu beobachten. Im Fokus des Berichts standen sechs Erkrankungen: tabakbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F17) mit einem absoluten relativen Rückgang zwischen 2014 und 2021 um 50 % auf zuletzt 5,5/10.000 im Jahr 2021, depressive Störungen (F32–F33, +21 %, 2021: 72,0/10.000), Angststörungen (F41, –0,5 %, 2021: 72,3), Anorexie (F50.0/F50.1, +27 %, 2021: 7,1), abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen (F63, +54 %, 2021: 11,5), emotionale und Verhaltensstörungen (F90–F94, –8 %, 2021: 432,2). Für alle sechs fokussierten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen zeigten sich unterschiedliche altersgruppen- und zum Teil auch geschlechtsspezifische Inzidenzentwicklungen. Auch in den regionalen Verteilungen zeigten sich im Jahr 2021 zum Teil erhebliche Unterschiede sowohl auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch auf Kreisebene.

Schlussfolgerung

Die Studie stellt nach unserer Kenntnis erstmalig systematisch berechnete Inzidenztrends für ein umfassendes Spektrum psychischer Erkrankungen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen für etwa 84 % der pädiatrischen Bevölkerung in Deutschland über einen Zeitraum von acht Jahren dar. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich die Trendrichtungen je nach Diagnosegruppe unterscheiden. Bei einigen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen zeigten sich insbesondere in den Jahren 2020 und 2021, den ersten beiden Jahren der SARS-CoV-2-Pandemie, Richtungsänderungen des Inzidenztrends oder aber eine Dynamisierung bereits vorhandener Entwicklungen. Alters- und geschlechtsspezifische Ergebnisse deuten vor allem bei jugendlichen Mädchen auf eine überproportionale Zunahme neu diagnostizierter Depressionen und Essstörungen hin. Bei Verhaltensstörungen, die bei Jungen häufiger auftreten, waren überwiegend rückläufige oder auch relativ konstante zeitliche Entwicklungen zu beobachten. Bei einigen Verhaltensstörungen war im Jahr 2020 eine verstärkte Trendentwicklung zu verzeichnen, bei anderen dagegen unerwartete Inzidenzrückgänge. Im letzten Untersuchungsjahr war die Diagnoseinzidenz bei den meisten Verhaltensstörungen jedoch durch leichte Wiederanstiege gekennzeichnet.

Schlagwörter

Abrechnungsdaten, affektive Störungen, Alkohol, Angststörung, Anorexie, Anpassungsstörung, Belastungsreaktion, Bewegungsstörung, bipolare Störungen, Bulimie, Cannabis, Depression, elektiver Mutismus, Enkopresis, Entwicklungsstörung, Enuresis, Essstörung, Hyperaktivitätsstörung, Impulskontrollstörung, Inzidenz, Jugendliche, Kinder, Manie, pathologisches Spielen, Persönlichkeitsstörung, phobische Störungen, Pica-Syndrom, Poltern, psychische Erkrankungen, Schlafstörung, Schmerzstörung, somatoforme Störung, Sozialverhaltensstörung, Stottern, Tabak, Tic-Störung, Trend, Verhaltensstörungen

Zitierweise

Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Bätzing J. Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin 2023. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-23.05>

Abstract (English)

Incidence trends of mental, developmental, and behavioral disorders among 0- to 17-year-olds in outpatient care – developments between 2014 and 2021

Background

Children's and adolescents' mental health has received increased attention in the past three years, particularly in the context of the SARS-CoV-2 pandemic, both in terms of the risk of infection as well as the containment measures. Prevalence data on mental disorders overall and on specific disorders are known from the population-representative surveys of the Robert Koch Institute. Recently, administrative incidence data for selected diagnoses from 2019 to 2021 were published by DAK-Gesundheit, a statutory health insurance (SHI) fund. Incidence data on a broader spectrum of specific mental, developmental or behavioral disorders and longer time series are missing so far. The aim of the present study was to determine these longer-term trends in the incidence of various diagnoses of mental, developmental or behavioral disorders and thus provide a data basis for the development of mental health in children and adolescents.

Methods

The analyses were based on the claims data of SHI-accredited physicians and psychotherapists according to § 295 SGB V (1st quarter 2012 to 3rd quarter 2022). The study population consists of SHI-insured children and adolescents aged 0 to 17 years who were preobservable for at least two years. All persons in the study population for whom no diagnosis from the examined ICD-10 subchapters was documented in the pre-observation period formed the annual risk population for the incidence calculations. Incidence trends from 2014 to 2021 were determined for a total of 45 diagnoses or diagnosis groups. Children and adolescents were counted as incident if a corresponding diagnosis marked as "assured" was coded after two diagnosis-free years of observation, and only if this diagnosis was either confirmed again in the three subsequent patient-specific quarters or if a corresponding medical service was billed in the quarter in which the diagnosis was made or in the first subsequent quarter. Finally, the annual crude cumulative incidence per 10,000 children and adolescents was calculated. In addition to the observed incidence, expected incidence values were calculated for 2020 and 2021 based on the pre-pandemic period 2014 to 2019.

Results

The range of incidence values within the investigated diagnostic spectrum was very wide. The lowest diagnostic incidence was found for pica syndrome, the highest for developmental disorders of speech and language (2021: 0.4 vs. 558.7/10,000). Except for developmental and behavioral disorders, higher incidences were observed in girls. The report focused on six disorders: tobacco-related mental and behavioral disorders (F17), with an absolute relative decrease of 50% between 2014 and 2021 to a most recent cumulative incidence of 5.5/10,000 in 2021, depressive disorders (F32–F33, +21%, 2021: 72.0/10,000), anxiety disorders (F41, –0.5%, 2021: 72.3), anorexia (F50.0/F50.1, +27%, 2021: 7.1), abnormal habits and impulse control disorders (F63, +54%, 2021: 11.5), emotional and behavioral disorders (F90–F94, –8%, 2021: 432.2). For all of these six diagnoses or diagnosis groups, different age-group- and partly also gender-specific incidence trends were found. The regional distributions in 2021 also showed considerable differences.

Conclusion

To our knowledge, this study is the first to present systematically calculated incidence trends for a comprehensive spectrum of mental, developmental, and behavioral disorders for approximately 84% of the pediatric population in Germany over an eight-year period. In summary, the trend directions differ depending on the diagnosis group. For some mental or behavioral disorders, directional changes in the incidence trend or a dynamization of already existing trends were particularly evident in 2020 and 2021, the first two years of the SARS-CoV-2 pandemic. Age- and sex-specific results indicate a disproportionate increase in newly diagnosed depression and eating disorders, especially among adolescent girls. In the case of behavioral disorders, which occur more frequently in boys, predominantly declining or also relatively constant temporal developments were observed. For some behavioral disorders, an

intensified trend development was observed in 2020, while for others unexpected declines in incidence were observed. In the last year of the study, however, the incidence of most behavioral disorders was characterized by slight re-increases.

Keywords

Adolescents, adjustment disorder, affective disorders, alcohol, anorexia, anxiety disorder, behavioral disorders, bipolar disorders, bulimia, cannabis, children, claims data, cluttering, conduct disorder, depression, developmental disorders, eating disorders, encopresis, enuresis, hyperactivity disorder, incidence, mania, mental disorders, pain disorder, pathological gambling, personality disorder, phobic disorders, pica syndrome, selective mutism, sleep disorder, somatic symptom disorder, stereotypic movement disorder, stress reaction, stuttering, tic disorder, tobacco, trend

Citation

Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Bätzing J. Incidence trends of mental, developmental, and behavioral disorders among 0- to 17-year-olds in outpatients care – developments between 2014 and 2021. Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany (Zi). Versorgungsatlas-Report Nr. 23/05. Berlin 2023. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-23.05>

Kernaussagen

- Häufigkeiten, Inzidenztrendrichtungen und -änderungen unterschieden sich je nach Diagnose bzw. Diagnosegruppe aus dem Spektrum psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen zum Teil erheblich.
- Deutliche Inzidenzzunahmen waren 2020 und 2021 insbesondere für depressive sowie Angst- und Essstörungen zu verzeichnen, vor allem bei jugendlichen Mädchen.
- Inzidenzrückgänge waren bei emotionalen und Verhaltensstörungen zu beobachten, von denen Jungen stärker betroffen waren als Mädchen.

Hintergrund

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist in den vergangenen drei Jahren insbesondere vor dem Hintergrund der SARS-CoV-2-Pandemie und den daraus resultierenden weitreichenden Eindämmungsmaßnahmen in den Blick der breiten Öffentlichkeit gelangt. Auch in der Gesundheitsforschung sind diese Entwicklungen von erheblichem Interesse. Zusammenfassend deuten Ergebnisse bislang auf eine zum Teil deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hin [1-9]. Über die pandemiebedingten Belastungen hinaus stellen aber auch andere globale Herausforderungen wie Klimakrise und seit Februar 2022 auch der Krieg in der Ukraine zunehmend erhebliche psychische Belastungen für Kinder und Jugendliche dar [10-16]. Kindheit und Jugend stellen aufgrund ihrer spezifischen Entwicklungsschritte sowie wachsender altersabhängiger Anforderungen eine besonders vulnerable Lebensphase dar, die sowohl auf die körperliche als auch auf die seelische Gesundheit im weiteren Lebenslauf Einfluss nehmen kann [17-20]. Das nationale Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ gibt seit 2003 sozialpolitische Leitplanken und Orientierung für die Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen vor [21]. Der Teilaspekt der psychischen Gesundheit wurde in der aktualisierten Fassung von „Gesund aufwachsen“ aus dem Jahr 2010 explizit hervorgehoben [22]. Mit dem Start der Basiserhebung (2003) des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) schaffte das Robert Koch-Institut (RKI) zeitgleich die Grundlage für ein umfassendes

bevölkerungsrepräsentatives Gesundheitsmonitoring von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland [23]. Neben den einzelnen Befunden aus den Querschnittsbefragungen umfassen die Längsschnittdaten mittlerweile einen Zeitraum von elf Jahren [24]. Die zusammengeführten und vertieften KiGGS-Auswertungen sowie Ergebnisse aus dem Zusatzmodul zu psychischer Gesundheit und gesundheitsbezogener Lebensqualität (BELLA-Studie, „Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten“) weisen auf eine Prävalenzabnahme psychischer Auffälligkeiten bei 3- bis 17-Jährigen von 19,9 % (2003–2006) auf 16,9 % (2014–2017) hin, die auf den Rückgang externalisierender Auffälligkeiten bei Jungen im Alter von 9 bis 17 Jahren zurückzuführen ist [24]. Die anhand der bundesweiten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten berechnete Diagnoseprävalenz lag im Jahr 2017 je nach angewandeter Falldefinition zwischen 6 % und 28 % und war seit 2009 durch einen Anstieg gekennzeichnet [25]. Die Prävalenzangaben aus den beiden Datenquellen sind methodisch nicht vergleichbar, da es sich bei den KiGGS-/BELLA-Daten um Eltern- bzw. Selbstangaben und Ergebnisse klinischer Testverfahren handelt und die Abrechnungsdaten im Rahmen administrativer Vorgänge entstehen. Insgesamt zeichnen sie jedoch ein konsistentes Muster bei Alters- und Geschlechtsunterschieden. Ähnliche Routinedatenstudien zur krankenkassenspezifischen Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen bei krankenversicherten Kindern und Jugendlichen der DAK-Gesundheit bewegten sich von 2017 bis 2021 relativ konstant bei ca. 26–27 % [26-28]. Im aktuellen DAK-Kinder- und Jugendreport [28]

wurde erstmals auch die alters- und geschlechtsspezifische Diagnoseinzidenz einiger psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen im Kontext der Corona-Pandemie für den Zeitraum 2019 bis 2021 berichtet. Dies ist insofern bedeutsam, als bislang Daten zu Neuerkrankungen psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kaum verfügbar sind; das gilt insbesondere für längere Zeitreihen. Das ist auch auf methodische Herausforderungen zurückzuführen, weil eine Abgrenzung zwischen nicht behandlungsbedürftigen psychischen Auffälligkeiten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen nicht immer ohne Weiteres möglich ist [24]. Für die Ableitung von Präventionsmaßnahmen und im Hinblick auf die Bereitstellung ausreichender Versorgungskapazitäten sind jedoch epidemiologische Daten zu veränderten Erkrankungsrisiken, wie zum Beispiel Inzidenzen, essenziell.

Vor diesem Hintergrund soll erstmalig ein umfassendes Spektrum neu diagnostizierter psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen systematisch und standardisiert auf einer einheitlichen Datenbasis untersucht werden. Ziel der vorliegenden Studie ist die Abbildung von Inzidenztrends und regionalen Variationen der verschiedenen psychischen sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Zeitraum 2014 bis 2021 für ca. 84 % der pädiatrischen Bevölkerung in Deutschland [29, 30]. Die Studie erlaubt auch eine Einordnung der Entwicklung der entsprechenden Erstdiagnosen von Kindern und Jugendlichen im zeitlichen Zusammenhang mit den ersten beiden Jahren der SARS-CoV-2-Pandemie 2020 und 2021.

Methodik

Datenbasis und Charakterisierung der Studienpopulation

Die vorliegende Studie basiert auf den bundesweiten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) des Zeitraums vom ersten Quartal 2012 bis zum dritten Quartal 2022. Dieser administrative Datensatz umfasst alle gesetzlich versicherten Personen in Deutschland, die im entsprechenden Jahr mindestens einen abrechnungsfähigen Kontakt zu einem*r

vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungserbringenden hatten. Neben Informationen zum einzelnen Behandlungsfall (z. B. Diagnosen, abgerechnete Leistungen, Leistungserbringende, Praxis), enthalten die Daten auch soziodemografische Angaben der Versicherten (z. B. Alter, Geschlecht, Kreis des Wohnorts). Die Studienpopulation zur Berechnung der Diagnoseinzidenz bilden alle gesetzlich versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mit mindestens einem vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Kontakt im jeweiligen Berichtsjahr, die altersentsprechend vorbeobachtbar waren. Kinder ab einem Alter von zwei Jahren mussten mindestens zwei Jahre vor dem jeweiligen Berichtsjahr einen abrechnungsfähigen Kontakt zu einer*m vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Leistungserbringenden gehabt haben, um einen entsprechend diagnosefreien Vorbeobachtungszeitraum aufweisen zu können. Kinder im Alter von einem Jahr mussten im Jahr vor dem entsprechenden Berichtsjahr einen abrechnungsfähigen Kontakt gehabt haben. Für Kinder unter einem Jahr entfiel diese Voraussetzung. Sofern im vorliegenden Bericht der Begriff „ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringende“ verwendet wird, bezieht sich dies stets auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Diagnoseauswahl

Die Auswahl der in die Studie eingeschlossenen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen (**Tabelle 1**) erfolgte unter klinisch-epidemiologischen Gesichtspunkten. Der Fokus des Berichts liegt auf häufigen psychischen und Verhaltensstörungen bzw. Entwicklungsstörungen, bei denen insbesondere durch das Pandemiegeschehen seit 2020 Trendänderungen zu erwarten waren: tabakbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F17), depressive Störungen (F32–F33), andere Angststörungen (F41), Anorexie (F50.0, F50.1), abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen (F63) sowie emotionale und Verhaltensstörungen (F90–F94). Die Ergebnisse zu anderen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen finden sich in **Tabelle A-2**, **Abbildung A-1** sowie im interaktiven Bereich des Versorgungsatlas unter www.versorgungsatlas.de.

Tabelle 1: Diagnoseauswahl zur Bildung von Erkrankungsgruppen basierend auf den gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) dokumentierten Diagnosen (sofern nicht anders vermerkt, erfolgte die Diagnoseauswahl auf Ebene des ICD-Dreistellers).

ICD-10-Subkapitel	Diagnoseauswahl aus dem ICD-10-Subkapitel
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)	Psychische/Verhaltensstörungen, Alkohol (F10)
	Psychische/Verhaltensstörungen, andere psychotrope Substanzen (F11, F13-F16, F18-F19)
	Psychische/Verhaltensstörungen, Cannabinoide (F12)
	Psychische/Verhaltensstörungen, Tabak (F17)
Affektive Störungen (F30-F39)	Näher bezeichnete affektive Störungen (F30-F34)
	Manien / bipolare Störungen (F30-F31)
	Depressive Störungen (F32-F33)
	Anhaltende affektive Störungen (F34)
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)	Phobische Störungen (F40)
	Andere Angststörungen (F41)
	Reaktion auf schwere Belastungen / Anpassungsstörungen (F43)
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)
	Somatoforme Störungen (F45)
Essstörungen (F50-59)	Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)
	Essstörungen (F50)
	Anorexie (F50.0, F50.1)
	Bulimie (F50.2, F50.3)
	Sonstige / nicht näher bezeichnete Essstörungen (F50.8, F50.9)
Nichtorganische Schlafstörungen (F50-F59)	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)
Persönlichkeitsstörung (F60-F69)	Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)
	Ängstlich / vermeidende Persönlichkeitsstörung (F60.6)
Impulskontrollstörung (F60-F69)	Abnorme Gewohnheiten / Impulskontrollstörungen (F63)
	Pathologisches Spielen (F63.0)
Entwicklungsstörungen (F80-F89)	Entwicklungsstörungen, Sprechen/Sprache (F80)
	Entwicklungsstörungen, schulische Fertigkeiten und Kombinationen (F81, F83)
	Entwicklungsstörungen, motorische Fähigkeiten (F82)
Verhaltens- und emotionale Störungen (F90-F98)	Emotionale und Verhaltensstörungen (F90-F94)
	Einfache Aktivitäts- / Hyperaktivitätsstörung (F90.0)
	Sozialverhaltensstörung, auf familiären Rahmen beschränkt (F91.0)
	Sozialverhaltensstörung, oppositionelles / aufsässiges Verhalten (F91.3)
	Emotionale Störung mit Trennungsangst, Kindesalter (F93.0)
	Phobische Störung, Kindesalter (F93.1)
	Störung mit sozialer Ängstlichkeit, Kindesalter (F93.2)
	Sonstige emotionale Störungen, Kindesalter (F93.8)
	Elektiver Mutismus (F94.0)
	Tic-Störungen (F95)
	Andere Verhaltens- / emotionale Störungen (F98)
	Nichtorganische Enuresis (F98.0)
	Nichtorganische Enkopresis (F98.1)
	Fütterstörung, frühes Kindesalter (F98.2)
	Pica-Syndrom, Kindesalter (F98.3)
	Stereotype Bewegungsstörung (F98.4)
	Stottern/Stammeln (F98.5)
Poltern (F98.6)	
Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- / emotionale Störungen (F98.8)	

Bestimmung der Risikopopulationen

Die Risikopopulationen (Nennerpopulationen) für die jahresweisen Inzidenzberechnungen bildeten alle 0- bis 17-jährigen Patient*innen mit abrechnungsfähigem Kontakt im jeweiligen Berichtsjahr, die mindestens zwei Jahre vorbeobachtbar waren und bei denen in diesem Zeitraum keine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Subkapitel (**Tabelle 1**) mit der Kennzeichnung „gesichert“ oder „Zustand nach“ dokumentiert worden war. Für 0- und 1-jährige Kinder wurden die Vorbeobachtungszeiträume entsprechend angepasst. Die Risikopopulationen für die untersuchten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen aus unterschiedlichen ICD-10-Subkapiteln sind daher nicht identisch. Die Zugrundelegung der jeweiligen ICD-10-Subkapitel für die Inzidenzberechnung erfolgte basierend auf der Annahme, dass innerhalb dieser Subkapitel ähnliche Erkrankungen mit teilweise klinischen Schnittmengen klassifiziert sind und diese ein systematisches und standardisiertes Vorgehen erlauben, um ein breites Diagnosespektrum abbilden zu können.

Falldefinition und Diagnosevalidierung

Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 17 Jahren werden in einem Berichtsjahr als inzident an einer der untersuchten psychischen, Entwicklungs- oder Verhaltensstörung (**Tabelle 1**) erkrankt gezählt, sofern sie die folgenden Voraussetzungen erfüllten:

- a. gar keine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Subkapitel aus **Tabelle 1** mit dem Zusatzkennzeichen G (gesichert) oder Z (Zustand nach) im Vorbeobachtungszeitraum des jeweiligen Berichtsjahres.
- b. gesicherte Diagnose entsprechend der Diagnoseauswahl aus **Tabelle 1** im Berichtsjahr, die entweder in den patientenindividuellen drei Folgequartalen nochmals bestätigt wurde (sogenanntes rollierendes M2Q, im Folgenden M2QR) oder für die im Diagnosequartal bzw. dem ersten Folgequartal eine entsprechende ärztliche oder psychotherapeutische Leistung abgerechnet worden war (M1Q + GOP [Gebührenordnungsposition], **Tabelle A-1**).

In den Jahren 2014 bis 2021 lag der Anteil der Fälle, die nur über das M2QR-Kriterium identifiziert wurden, im Mittel bei ca. 9 %. Insbesondere bei substanzbedingten psychischen und Verhaltensstörungen (F10–F19) war der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die nur anhand des M2QR-Kriteriums identifiziert wurden, mit durchschnittlich 27 % sehr hoch. Bei den anderen sechs ICD-10-Subkapiteln lag der Anteil für die Jahre 2014 bis 2021 im Durchschnitt bei 6,5 %.

Patient*innen konnten ggf. in späteren Berichtsjahren erneut als neu erkrankte Fälle für dieselbe Diagnose erfasst werden, sofern sie vor diesem späteren Berichtsjahr die diagnosefreie Vorbeobachtungszeit von zwei Jahren entsprechend der beschriebenen Falldefinition erneut erfüllten. Aus der Beschränkung auf die ICD-10-Subkapitel ergibt sich, dass Patient*innen im gleichen Berichtsjahr auch als neu erkrankt für Diagnosen aus einem anderen ICD-10-Subkapitel gezählt werden konnten. Sofern in einem Berichtsjahr mehrere der untersuchten Diagnosen aus dem gleichen ICD-10-Subkapitel erstmalig dokumentiert wurden, zählten diese Personen für alle einzelnen drei- bzw. vierstelligen Diagnosen, bei denen sie die Falldefinition erfüllten, als inzidente Patient*innen, in aggregierten Diagnosegruppen zählten sie jedoch nur einmalig.

Inzidenzberechnung

Für die in **Tabelle 1** aufgeführte Diagnoseauswahl wird jeweils die rohe kumulative jährliche Inzidenz pro 10.000 Kinder und Jugendliche für die Jahre 2014 bis 2021 insgesamt sowie für Mädchen und Jungen getrennt bestimmt. Im Falle von Diagnosen, die entweder auf Dreistellerebene aggregiert wurden oder mehrere dreistellige Diagnosen zusammenfassen, wurde jedes Individuum nur einmalig gezählt. Sofern innerhalb einer dieser Diagnosegruppen nochmals einzelne dreistellige Diagnosen bzw. vierstelligen Diagnosen herausgegriffen wurden, zählte ein Individuum bei Vorliegen mehrerer dieser spezifischeren Diagnosen aus einer Gruppe innerhalb eines Berichtsjahres in allen für dieses Individuum dokumentierten spezifischeren Diagnosen als inzident.

Für die Auswertungen wurden folgende Altersgruppen gebildet: 0–2 Jahre, 3–6 Jahre, 7–10 Jahre, 11–14 Jahre sowie 15–17 Jahre. Neben der bundesweiten Inzidenz werden regionale Vergleiche auf Basis der Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Landkreise und kreisfreien Städte (Stand: 31.12.2016) dargestellt. Da zwischen den Regionen kaum Unterschiede in den Altersstrukturen der pädiatrischen Bevölkerung zu erwarten sind, wurde auf eine Altersstandardisierung verzichtet. Aus Datenschutzgründen können Ergebnisse, die sich auf Gruppen mit weniger als 30 Personen beziehen, nicht veröffentlicht werden. Daher liegen für einige der ausgewerteten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen keine kreispezifischen Daten vor.

Statistische Auswertungen

Für die Jahre 2020 und 2021 wurden zusätzlich zur beobachteten Diagnoseinzidenz der einzelnen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen die Erwartungswerte auf Basis des Trends der Vorjahre 2014 bis 2019 extrapoliert. Der erste Erwartungswert wurde anhand der mittleren relativen Veränderung, basierend auf den Jahresinzidenzwerten des Zeitraums 2014 bis 2019, berechnet. Ein zweiter Erwartungswert basiert auf dem exponentiell gewichteten gleitenden Durchschnitt, der bei schwankenden Zeitreihen vorteilhafter ist. Diese exponentielle Glättung gewichtet Werte der jüngeren Vergangenheit in Abhängigkeit des gewählten Glättungsfaktors höher als ältere Werte. Der Glättungsfaktor α wurde auf 0,25 festgesetzt.

Zur Beschreibung der regionalen Variation wurden als Streuungsmaße zum einen der Variationskoeffizient (VK) als Quotient aus Standardabweichung und Mittelwert und zum anderen der Extremalquotient (EQ) berechnet, der sich durch Division des Maximalwerts und des Minimalwerts ergibt.

Ergebnisse

Abbildung 1 bildet das Spektrum der untersuchten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen ab und verdeutlicht sowohl die sehr große Spannweite

zwischen den rohen Diagnoseinzidenzen der untersuchten psychischen sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen im Untersuchungsjahr 2021 als auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) wurden im Jahr 2021 bei Jungen und bei Mädchen am häufigsten erstmalig diagnostiziert, das Pica-Syndrom im Kindesalter (F98.3) dagegen am seltensten (**Abbildung 1**). Insgesamt zeigte sich die höchste Diagnoseinzidenz bei Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache mit insgesamt 558,7 Fällen pro 10.000 Kinder und Jugendliche, für das Pica-Syndrom dagegen lag die rohe Inzidenz mit 0,4 Fällen pro 10.000 Kinder und Jugendliche am niedrigsten (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**). Die Ergebnisse veranschaulichen, dass Mädchen bei den meisten untersuchten Störungen häufiger betroffen sind, Ausnahmen davon zeigten sich in den Bereichen der Entwicklungs- und Verhaltensstörungen (**Abbildung 1**).

Bundesweite Inzidenzentwicklung der untersuchten Diagnosen

Die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren, die mindestens einmalig vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben, lag im Jahr 2021 bei etwa 12 Mio. (**Tabelle 2**). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen aus der Studienpopulation, die die falldefinitionsgemäße Vorbeobachtungszeit von zwei Jahren erfüllten, unterlag im Untersuchungszeitraum von 2014 bis 2021 leichten Schwankungen und lag im Mittel bei 88 % (**Tabelle 2**).

Für *psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak (F17)* wurde ein kontinuierlicher Rückgang der rohen kumulativen Inzidenz beobachtet. Im direkten Vergleich zwischen 2014 und 2021 beläuft sich der relative Rückgang auf 50 % (11,0 vs. 5,5/10.000); dies ist insbesondere auf einen stärkeren Rückgang im Jahr 2020 zurückzuführen (**Tabelle 2, Abbildung 2**). Basierend auf den beobachteten Werten von 2014 bis 2019 (mittlere jährliche Veränderung: –7,1 %) wäre zwar auch ein sich fortsetzender rückläufiger Trend zu erwarten gewesen, allerdings in abgeschwächter Form (**Abbildung 2**). Im Vergleich zu psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol,

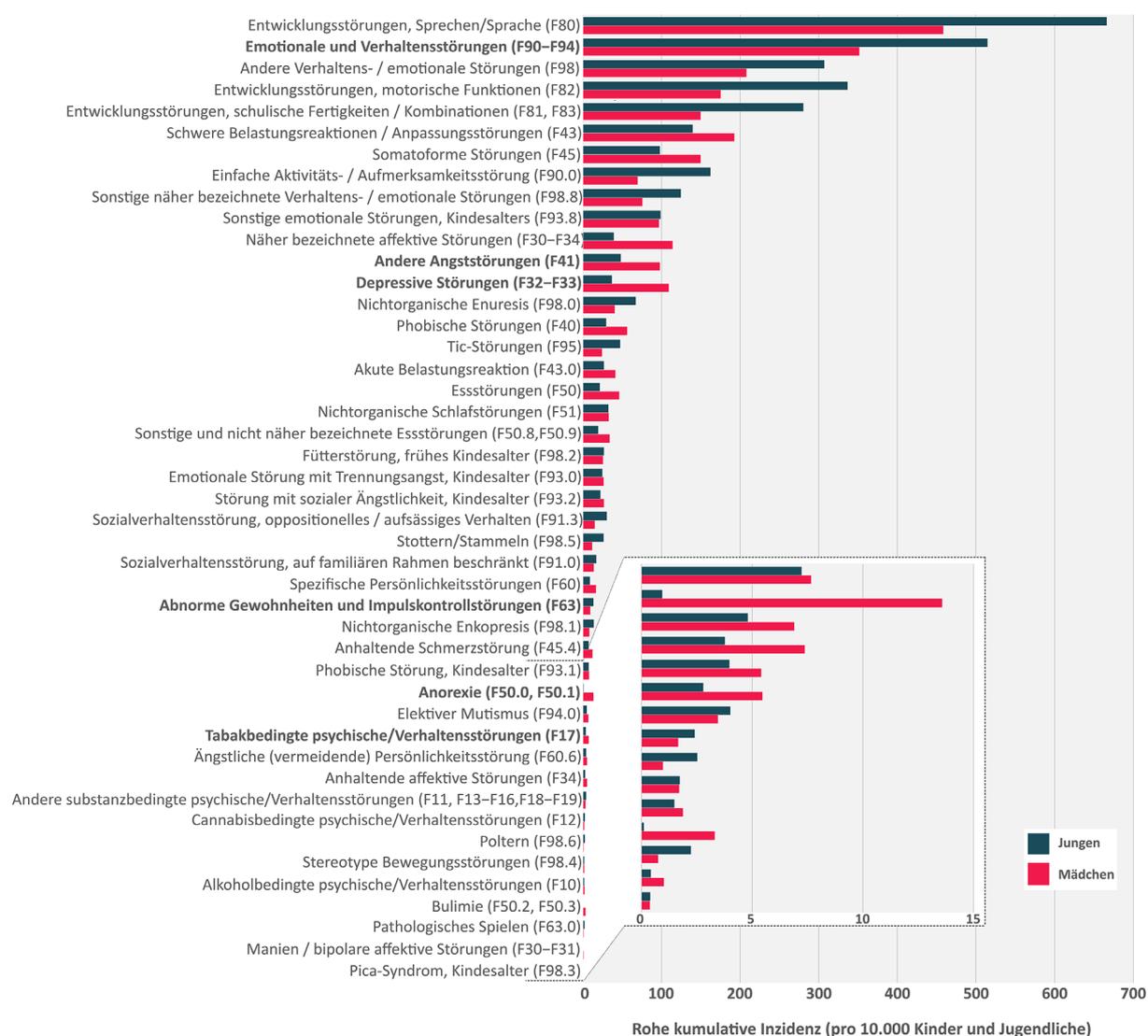


Abbildung 1: Geschlechtsspezifische rohe kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) für das untersuchte Spektrum an Diagnosen und Diagnosegruppen im Jahr 2021. Die im vorliegenden Bericht fokussierten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen sind fett hervorgehoben.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Cannabinoide oder andere psychotrope Substanzen ist festzuhalten, dass die tabakbedingten Störungen auch im Jahr 2021 noch die höchste Diagnoseinzidenz in diesem ICD-Subkapitel aufwiesen. Allerdings waren für die nicht durch

Tabak bedingten Störungen bis 2019 relativ konstante oder leicht ansteigende Inzidenztrends zu verzeichnen, die in den Jahren 2020 und 2021 rückläufig waren (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**).

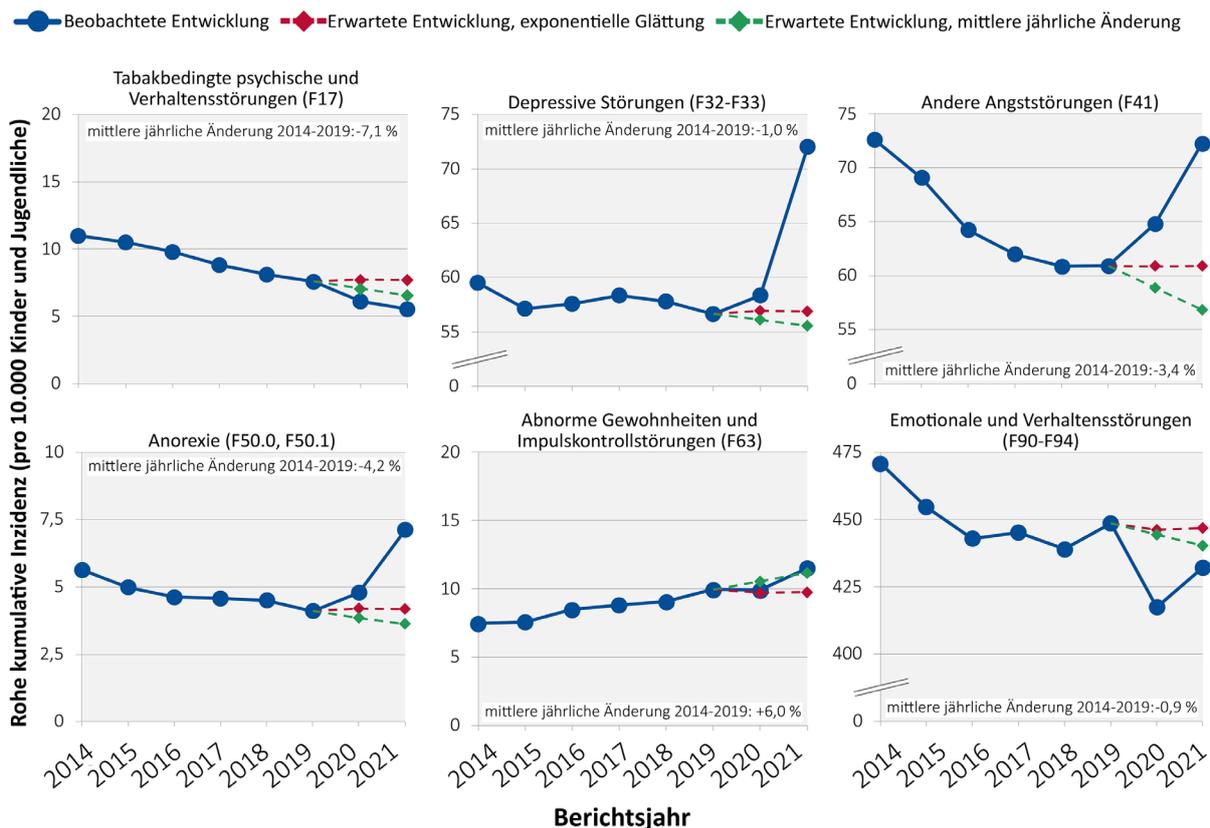


Abbildung 2: Rohe jährliche kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) für verschiedene Diagnosen bzw. Diagnosegruppen im Zeitraum 2014–2021. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf $\alpha = 0,25$ festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Die Entwicklung der rohen Diagnoseinzidenz *depressiver Störungen (F32–F33)* war bis 2019 durch leichte Schwankungen, aber insgesamt einen relativ konstanten Verlauf gekennzeichnet (**Abbildung 2**). Gegenüber 2014 lag die rohe Inzidenz im Jahr 2019 ca. 5 % niedriger (59,5 vs. 56,6/10.000). Auffällig ist eine stark überproportionale Zunahme insbesondere im Jahr 2021: Von 2019 zu 2020 stieg die Inzidenz um 3 % (58,3/10.000), und von 2020 zu 2021 stieg sie nochmals um 24 % (72,0/10.000, **Abbildung 2**). Depressive Störungen hatten innerhalb der Gruppe der näher bezeichneten affektiven Störungen die größte Bedeutung (**Tabelle A-2**).

Der Inzidenztrend von *Angststörungen (F41)* war zunächst durch einen Rückgang von 2014 bis 2018 um 16 % (72,6 vs. 60,9/10.000) charakterisiert, bis 2021 folgte jedoch ein Wiederanstieg

bis nahezu auf den Ausgangswert (2021: +19 %, 72,3/10.000, **Tabelle 2**). Auf der Grundlage der Inzidenzwerte von 2014 bis 2019 wäre je nach Methode der Fortschreibung des vorpandemischen Trends ein weiterer Rückgang, mindestens aber eine Stagnation der Inzidenz zu erwarten gewesen (**Abbildung 2**). Die Entwicklung anderer Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen sowie Belastungs- und somatoformen Störungen zeigt ein heterogenes Bild: Die Inzidenz phobischer Störungen stieg kontinuierlich im Untersuchungszeitraum auf zuletzt 42,4/10.000 Kinder und Jugendliche (2014 vs. 2021: +43 %). Währenddessen blieb die Inzidenz akuter Belastungsreaktionen relativ konstant (2021: 33,8/10.000) und bei somatoformen Störungen war ein stark rückläufiger Trend zu beobachten (–32 %, 2021: 123,1/10.000) (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**).

Die rohe Diagnoseinzidenz von *Anorexie (F50.0, F50.1)* zeigte bis einschließlich 2019 eine rückläufige Entwicklung von 5,6 auf 4,1 Fälle pro 10.000 Kinder und Jugendliche (2014 vs. 2019: -27 %, **Tabelle 2**). Mit -18 % relativer Veränderung war der Rückgang zu Beginn des Studienzeitraums von 2014 zu 2016 besonders deutlich. In den Jahren 2020 und 2021 kehrte sich der bis dahin zu beobachtende Inzidenztrend um und stieg auf zuletzt 7,1/10.000 und damit den Höchstwert des gesamten Untersuchungszeitraums. Dies entspricht einer relativen Zunahme von 74 % im Jahr 2021 gegenüber 2019. Basierend auf den Inzidenzwerten des vorpandemischen Zeitraums wäre je nach Fortschreibungsmethodik ein weiter sinkender oder mindestens stagnierender Verlauf zu erwarten gewesen (**Abbildung 2**). In der Betrachtung von Essstörungen insgesamt (F50) war über den Studienzeitraum insgesamt ein deutlicher Inzidenzrückgang von ca. 18 % (2021: 33,5/10.000) zu verzeichnen, wobei das Jahr 2021 von einem Wiederanstieg gekennzeichnet war (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**).

Seit Beginn des Untersuchungszeitraums ist die rohe Diagnoseinzidenz *abnormer Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)* schrittweise um absolut 54 % gestiegen und lag damit im Jahr 2021 bei 11,5/10.000 Kinder und Jugendliche (**Abbildung 2**). Die Inzidenz des pathologischen Spielens (F63.0) als spezifischere Diagnose innerhalb des oben beschriebenen Spektrums war durch einen insgesamt höheren relativen Anstieg um 82 % gekennzeichnet, wobei die Diagnoseinzidenz mit zuletzt 1,5/10.000 im Jahr 2021 noch immer vergleichsweise niedrig war (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**). Dagegen war die Inzidenzentwicklung der Diagnosegruppe spezifischer Persönlichkeitsstörungen (F60) von einem kontinuierlichen Rückgang im Untersuchungszeitraum gekennzeichnet (-39 %, 2021: 12,7/10.000, **Abbildung A-1**).

Die Inzidenz von *emotionalen und Verhaltensstörungen (F90–F94)* lag im gesamten Untersuchungszeitraum auf hohem Niveau (2021: 432,2/10.000, **Tabelle 2**), zeigte aber – trotz einmaliger Unterbrechung im Jahr 2019 und

einem Wiederanstieg im Jahr 2021 – eine insgesamt rückläufige Entwicklung im Studienzeitraum (2014 vs. 2021: -8 %, mittlere jährliche Reduktion: -1,2 %). Basierend auf der mittleren relativen jährlichen Veränderung zwischen 2014 und 2019 wäre ein weiterer leichter Rückgang zu erwarten gewesen und auf Basis der exponentiellen Glättung tendenziell eine konstante bis geringfügig zunehmende Entwicklung. Auch nach dem Wiederanstieg im Jahr 2021 lag die beobachtete Inzidenz nicht im Bereich der zu erwartenden Inzidenzwerte (**Abbildung 2**). Bei der Betrachtung spezifischerer Diagnosen aus dieser Gruppe (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**) stachen die sonstigen emotionalen Störungen des Kindesalters (F93.8) aufgrund eines stetigen Inzidenzanstiegs heraus (+28 %, 2021: 97,6/10.000), diese Tendenz zeigte sich auch bei elektivem Mutismus, wenngleich auf niedrigerem Niveau (+27 %, 2021: 5,9/10.000) und durch einen Rückgang im Jahr 2020 unterbrochen. Andere Diagnosen aus dem Bereich F90–F98 waren dagegen überwiegend von rückläufigen und zum Teil auch relativ konstanten Inzidenzentwicklungen im Studienzeitraum gekennzeichnet. Auffällig war, dass bei vielen der untersuchten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen dieses ICD-Subkapitels im Jahr 2020 ein unerwarteter bzw. unerwartet starker Inzidenzrückgang und im Jahr darauf ein Wiederanstieg verzeichnet wurde (**Tabelle A-2, Abbildung A-1**).

Geschlechts- und altersspezifische Diagnoseinzidenz

Für *psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak* zeigte sich eine durchgängig höhere Diagnoseinzidenz bei Mädchen (**Tabelle 2**), zuletzt mit einem Geschlechterverhältnis zwischen Jungen und Mädchen von 0,5. Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen war ein rückläufiger Inzidenztrend zu beobachten. Die altersspezifische Betrachtung zeigt in nahezu allen Altersgruppen einen stetigen Rückgang der Inzidenz (**Abbildung 3**). Eine Ausnahme bilden die 3- bis 6-Jährigen; in dieser Altersgruppe fand sich die höchste Diagnoseinzidenz im Jahr 2017 und erst nachfolgend eine deutliche Abnahme bis 2021 (0,9 vs. 0,2/10.000).

Tabelle 2: Übersicht über Größe (absolute Anzahl) und Entwicklung der gesamten und der zwei Jahre vorbeobachtbaren Studienpopulation (gesetzlich Krankenversicherte im Alter 0-17 Jahre) sowie der jeweiligen Population unter Risiko für die entsprechenden ICD-10-Subkapitel im Untersuchungszeitraum 2014 bis 2021 sowie die absolute Anzahl (n) neu diagnostizierter psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen inklusive des prozentualen Anteils an Mädchen und die rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 Kinder und Jugendliche) insgesamt sowie für Mädchen und Jungen getrennt im Untersuchungszeitraum.

	Untersuchungsjahr							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600
Studienpopulation, vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788
ICD-Subkapitel: F10-F19								
Risikopopulation	9.299.788	9.316.993	9.328.808	9.408.911	9.606.198	9.762.946	9.797.186	9.871.218
F17 - Psychische und Verhaltensstörungen, Tabak								
n	10.241	9.783	9.123	8.307	7.798	7.423	5.991	5.470
Anteil Mädchen, %	64,9	64,9	65,2	62,0	62,5	60,4	62,9	65,0
Roh	Gesamt	11,0	10,5	9,8	8,8	8,1	6,1	5,5
	Mädchen	14,6	13,9	13,0	11,2	10,4	9,4	7,9
	Jungen	7,6	7,2	6,7	6,6	6,0	5,9	4,4
ICD-Subkapitel: F30-F39								
Risikopopulation	9.210.269	9.219.877	9.229.793	9.310.278	9.507.790	9.664.352	9.699.512	9.771.326
F32-F33 - Depressive Störungen								
n	54.815	52.691	53.133	54.333	54.970	54.735	56.578	70.371
Anteil Mädchen, %	65,4	64,9	65,5	66,9	67,2	66,5	70,4	73,8
Roh	Gesamt	59,5	57,2	57,6	58,4	57,8	56,6	58,3
	Mädchen	79,6	76,0	77,2	80,0	79,7	77,4	84,5
	Jungen	40,3	39,2	38,8	37,7	37,0	36,9	33,6
ICD-Subkapitel: F40-F48								
Risikopopulation	8.559.423	8.517.441	8.504.057	8.598.605	8.800.172	8.952.581	8.983.497	9.062.575
F41 - Andere Angststörungen								
n	62.147	58.838	54.645	53.302	53.565	54.548	58.250	65.489
Anteil Mädchen, %	59,3	59,2	59,4	60,2	60,5	61,0	62,7	65,8
Roh	Gesamt	72,6	69,1	64,3	62,0	60,9	60,9	64,8
	Mädchen	88,3	84,1	78,4	76,7	75,7	76,5	83,8
	Jungen	57,7	54,9	50,9	48,0	46,8	46,3	47,0
ICD-Subkapitel: F50-F59								
Risikopopulation	9.092.390	9.100.670	9.111.936	9.197.286	9.399.718	9.564.413	9.606.632	9.687.048
F50.0-F50.1 - Anorexie								
n	5.123	4.529	4.206	4.206	4.227	3.919	4.591	6.893
Anteil Mädchen, %	91,5	90,1	89,8	90,1	91,7	90,7	92,1	93,1
Roh	Gesamt	5,6	5,0	4,6	4,6	4,5	4,1	4,8
	Mädchen	10,5	9,2	8,5	8,4	8,4	7,6	9,0
	Jungen	0,9	1,0	0,9	0,9	0,7	0,8	0,7
ICD-Subkapitel: F60-F69								
Risikopopulation	9.136.290	9.130.563	9.133.788	9.221.311	9.422.383	9.585.409	9.626.665	9.707.444
F63 - Abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen								
n	6.824	6.921	7.757	8.131	8.555	9.535	9.551	11.181
Anteil Mädchen, %	41,6	41,0	40,4	42,0	39,8	36,5	37,5	40,0
Roh	Gesamt	7,5	7,6	8,5	8,8	9,1	10,0	9,9
	Mädchen	6,3	6,3	7,0	7,6	7,4	7,4	7,6
	Jungen	8,6	8,8	10,0	10,0	10,7	12,4	12,2

	Untersuchungsjahr							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600
Studienpopulation, vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788
ICD-Subkapitel: F90-F98								
Risikopopulation	7.935.638	7.849.390	7.792.915	7.877.733	8.061.399	8.196.580	8.220.789	8.297.673
F90-F94 - Emotionale und Verhaltensstörungen								
n	373.602	356.878	345.214	350.739	353.926	367.707	343.167	358.580
Anteil Mädchen, %	39,0	39,1	39,1	38,8	39,2	38,9	39,9	41,2
Roh	Gesamt	470,8	454,7	443,0	445,2	439,0	417,4	432,2
	Mädchen	358,5	347,6	338,7	338,8	338,0	328,2	351,5
	Jungen	588,5	566,6	552,1	556,2	543,8	557,5	514,9

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Auch bei *depressiven Störungen* war die rohe Inzidenz bei Mädchen in allen Untersuchungsjahren höher als bei Jungen (**Tabelle 2**). Über den Studienzeitraum hat sich der Geschlechterunterschied weiter verstärkt und zuletzt war die Inzidenz der Mädchen dreimal höher als bei Jungen. Auch hinsichtlich des zeitlichen Trends gab es Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Während die Inzidenz bei Jungen zwischen 2014 und 2020 kontinuierlich sank und 2021 anstieg, zeigte sich bei Mädchen von 2014 bis 2019 eine schwankende jährliche Inzidenz und ab 2020 ein überproportionaler Anstieg. Die mit deutlichem Abstand höchste Diagnoseinzidenz fand sich über alle Jahre und mit zunehmendem Trend bei 15- bis 17-jährigen Jugendlichen. In den Altersgruppen 0 bis 10 Jahre war die Inzidenz um ein Vielfaches geringer und zeigte im Studienverlauf insgesamt eine abnehmende Entwicklung. Besonders starke und überproportionale Inzidenzanstiege gab es bei jugendlichen Mädchen ab dem Jahr 2020 (**Abbildung 3**).

Auch bei der geschlechtsspezifischen Betrachtung von *Angststörungen* zeigte sich eine stärkere Betroffenheit von Mädchen (**Tabelle 2**): Im Jahr 2014 lag die Diagnoseinzidenz bei Mädchen um den Faktor 1,5 höher als bei Jungen, 2021 schließlich um das Zweifache. Zunächst zeigte sich bei beiden Geschlechtern ein abnehmender Inzidenztrend. Bei Mädchen kam es nach 2018 zu einem Wiederanstieg und im Jahr 2021 lag der

Inzidenzwert höher als zu Studienbeginn, dagegen war bei Jungen ein stetiger Inzidenzrückgang zwischen 2014 und 2019 und anschließend ein Wiederanstieg zu verzeichnen (**Tabelle 2**). Im Hinblick auf die altersspezifische Inzidenz ist ein kontinuierlicher Anstieg der Inzidenz mit zunehmendem Alter festzuhalten. Während die Inzidenz in den jüngeren Altersgruppen (0–10 Jahre) über den Studienzeitraum rückläufig war, stieg sie bei Jugendlichen seit 2016 (15–17 Jahre) bzw. 2017 (11–14 Jahre) kontinuierlich, insbesondere bei Mädchen ab elf Jahren (**Abbildung 3**).

Die geschlechtsdifferenzierte Darstellung *anorektischer Essstörungen* offenbart eine deutliche Mehrzahl der Neudiagnosen bei Mädchen: Bereits im Jahr 2014 war die Diagnoseinzidenz bei Mädchen etwa 11-fach höher als bei Jungen, 2021 hat sich dieser Unterschied auf den Faktor 14,2 erhöht. Dabei war zu beobachten, dass auch bei Mädchen die Inzidenzentwicklung in den ersten Untersuchungsjahren zunächst rückläufig und von 2016 bis 2018 relativ konstant war. Im Zeitraum 2014 bis 2019 betrug die relative jährliche Abnahme im Mittel –6,1 %, in den Jahren danach lag die relative Veränderung bei durchschnittlich 35 %. Die Inzidenz bei Jungen lag insgesamt auf sehr niedrigem Niveau und im gesamten Studienzeitraum unter 1 pro 10.000 Kinder und Jugendliche. Von 2018 bis 2021 kam es zu einem Wiederanstieg der Diagnoseinzidenz (**Tabelle 2**). Im Hinblick auf altersspezifische

Besonderheiten waren die höchsten Inzidenzen bei den 15- bis 17-Jährigen, gefolgt von den 11- bis 14-Jährigen zu beobachten. Bei den jüngeren Kindern lag die Inzidenz durchweg auf sehr niedrigem, leicht schwankendem Niveau, aber insgesamt mit abnehmender Tendenz über den Studienzeitraum. Während in den Altersgruppen bis sechs Jahre nur geringfügige und schwankende Inzidenzunterschiede zwischen Jungen und Mädchen zu finden waren, zeichnet sich ab der Altersgruppe 7–10 Jahre eine höhere Inzidenz bei Mädchen ab (**Abbildung 3**).

Für *abnorme Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen* waren im gesamten Zeitraum höhere Inzidenzwerte bei Jungen beobachtbar (Geschlechterverhältnis Jungen/Mädchen im Jahr 2021: 1,4). Sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen fand sich ein zunehmender Gesamttrend, wenngleich bei Letzteren zwischen 2017 und 2020 ein etwa konstantes Niveau gehalten wurde (**Tabelle 2**). Hinsichtlich altersspezifischer Unterschiede ist festzuhalten, dass die Inzidenz mit zunehmendem Alter sowie über den Untersuchungszeitraum in allen Altersgruppen anstieg. Seit 2019 war die höchste Inzidenz bei den 11- bis 14-Jährigen zu verzeichnen (**Abbildung 3**). Beim pathologischen Spielen fanden sich die deutlichsten Geschlechterunterschiede unter allen untersuchten Diagnosen (durchschnittliches Geschlechterverhältnis 2014 bis 2021: 3,94) sowie eine unterschiedlich starke prozentuale Zunahme bei Jungen und bei Mädchen (**Tabelle A-2**). Insgesamt waren Jungen auch im Jahr 2021 deutlich häufiger betroffen als Mädchen (2,3 vs. 0,8/10.000, Geschlechterverhältnis: 2,9). Im Vergleich zu 2014 (Geschlechterverhältnis: 5,4) näherten sich die Inzidenzen von Jungen und Mädchen jedoch stark an. Den erheblichen Anstieg bei Mädchen verdeutlicht auch die relative Veränderung von insgesamt +196 % zwischen Studienbeginn und -ende (Jungen: +60 %).

Auch bei *emotionalen und Verhaltensstörungen* lag die rohe Inzidenz in allen Untersuchungsjahren bei Jungen über der Inzidenz der Mädchen (2021: 514,9 vs. 351,5/10.000, Geschlechterverhältnis Jungen/Mädchen: 1,5, **Tabelle 2**). Bei beiden Geschlechtern verlief der Trend insgesamt rückläufig (Jungen: -12,5 %, Mädchen: -1,9 %), wobei es sowohl bei den Jungen als auch bei

den Mädchen nach 2020 zu einem Wiederanstieg der Inzidenzen kam. Die altersspezifische Auswertung zeigte, dass der Inzidenzgipfel in der Altersgruppe der 7- bis 10-Jährigen lag, sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen (**Abbildung 3**). Insgesamt ist auffällig, dass Jungen bei fast allen Diagnosen aus dem Bereich F90–F98 höhere Inzidenzwerte aufwiesen (**Tabelle A-2**).

Regionale Unterschiede der Diagnoseinzidenz

Zwischen den KV-Bereichen zeigten sich deutliche Unterschiede der rohen Inzidenz dokumentierter *tabakbedingter psychischer und Verhaltensstörungen (F17)*, dabei war aber in allen 17 KV-Bereichen ein Rückgang zu beobachten. Die niedrigste Diagnoseinzidenz über den gesamten Studienzeitraum war in Hessen zu verzeichnen, die höchste dagegen in Mecklenburg-Vorpommern (2021: 3,5 vs. 11,4/10.000). Die größte Gesamtreduktion ergab sich in Hamburg (2014 vs. 2021: -67 %). Auf Kreisebene zeigte sich im Jahr 2021 eine deutliche regionale Variation der Inzidenz (VK = 61 %, EQ = 43,6) mit höchstem Wert in Frankfurt/Oder (Brandenburg, 30,1/10.000) und niedrigstem Wert in Frankfurt/Main (Hessen, 0,7/10.000). Insbesondere in den Landkreisen und kreisfreien Städten Sachsen-Anhalts und im östlichen Mecklenburg-Vorpommern fanden sich höhere Inzidenzwerte (**Abbildung 4**).

Die Inzidenz *depressiver Störungen (F32–F33)* zeigt auf KV-Ebene überwiegend ähnliche zeitliche Entwicklungen. In Sachsen war die Inzidenz im gesamten Zeitraum am niedrigsten (2021: 57,1/10.000). In fast allen KV-Bereichen, mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt, war insgesamt eine Inzidenzzunahme im Studienzeitraum zu verzeichnen. Während in Hamburg (2021: 90,7/10.000) zuletzt die höchste Inzidenz dokumentiert war, ergab sich die größte relative Zunahme gegenüber 2014 in Brandenburg (+43 %, 2021: 75,6/10.000). Nur in Sachsen-Anhalt (2021: 63,8/10.000) war ein rückläufiger Inzidenztrend mit einer relativen Differenz von -28 % verglichen mit dem Untersuchungsbeginn zu beobachten, wobei sich auch in Sachsen-Anhalt im Jahr 2021 wieder eine zunehmende Inzidenz zeigte. In der weiteren räumlichen Differenzierung stellte sich im Landkreis Zwickau (Sachsen) die niedrigste und im Landkreis Freudenstadt (Baden-Württemberg) die höchste

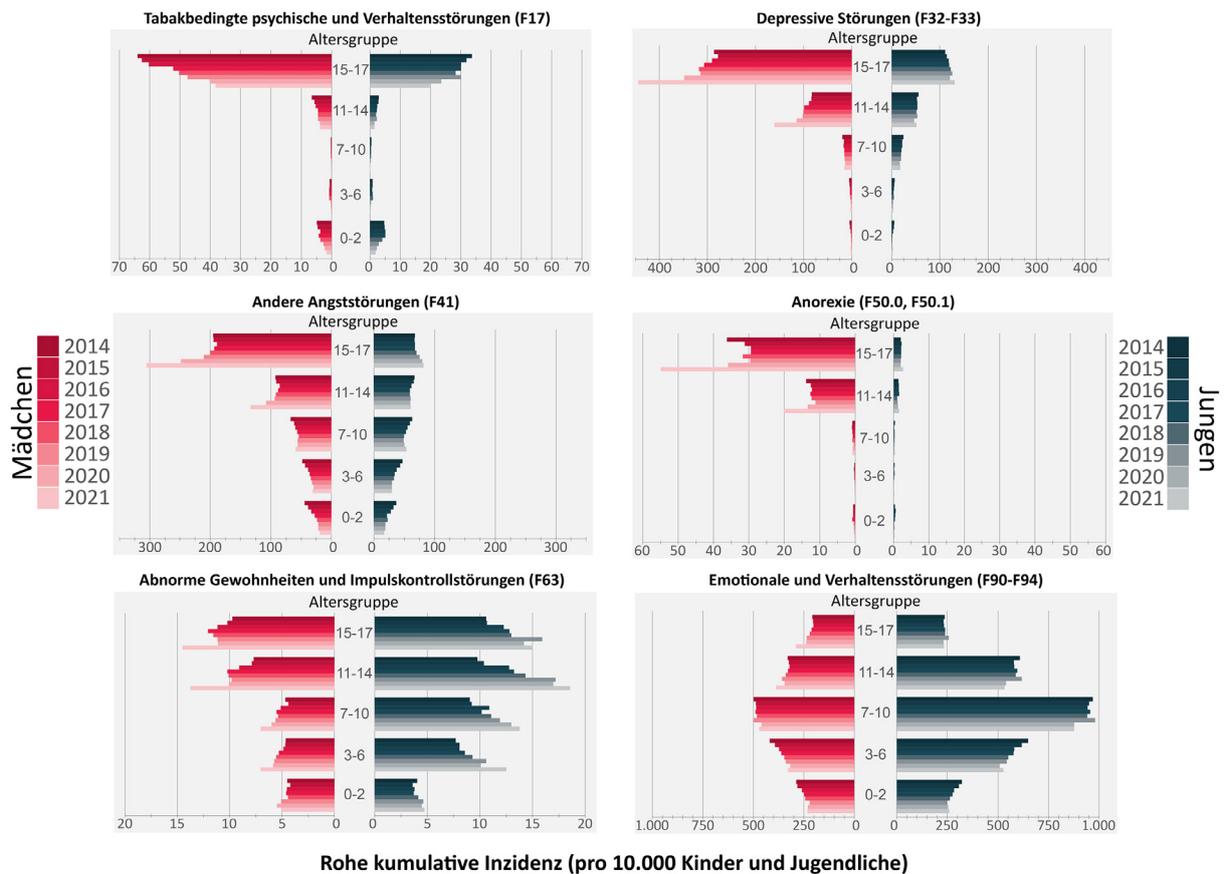


Abbildung 3: Alters- und geschlechtsspezifische kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche verschiedener Diagnosen bzw. Diagnosegruppen im Zeitraum 2014–2021.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Inzidenz (38,6 vs. 192,5/10.000) für das Jahr 2021 dar (VK = 22 %, EQ = 4,5). Regionale Häufungen hoher Inzidenzwerte waren nicht unmittelbar auffallend; tendenziell fanden sich in den östlich gelegenen Landkreisen und kreisfreien Städten von Mecklenburg-Vorpommern bis Bayern eher niedrigere Inzidenzen (**Abbildung 4**).

Bei dokumentierten *Angststörungen (F41)* nahm die Diagnoseinzidenz in allen KV-Regionen zunächst ab, stieg allerdings in jüngeren Jahren wieder an und überstieg in einigen Regionen im letzten Untersuchungsjahr das Ausgangsniveau von 2014. Während zu Beginn des Studienzeitraums die niedrigste Inzidenz jeweils in Westfalen-Lippe zu verzeichnen war, war dies ab 2019

durchweg in Bremen der Fall mit zuletzt 62,3 pro 10.000 Kinder und Jugendliche. Die höchste Inzidenz fand sich zu Untersuchungsbeginn in Sachsen-Anhalt (2014: 115,0/10.000). Ab 2018 war Thüringen das Bundesland mit der höchsten Inzidenz (2021: 86,4/10.000). Auf Kreisebene hatte zuletzt die kreisfreie Stadt Dessau-Roßlau (Sachsen-Anhalt) die niedrigste Inzidenz, während sie im Kreis Saalfeld-Rudolstadt (Thüringen) am höchsten war (33,1 vs. 270,5/10.000; VK = 29 %, EQ = 8,2). In der kartografischen Darstellung ist bei äquidistanter Klassierung vor allem der Kreis Saalfeld-Rudolstadt (Thüringen) auffällig (**Abbildung 4**).

Die *Anorexie*-Diagnoseinzidenz (*F50.0, F50.1*) sank zunächst in fast allen KV-Regionen von Beginn des Untersuchungszeitraumes bis zwischen den Jahren 2016 und 2019 ein jeweiliger regionaler Tiefstwert erreicht wurde und stieg im Anschluss erneut an. Mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt und dem Saarland lag die rohe Diagnoseinzidenz im Jahr 2021 in fast allen KV-Bereichen deutlich über dem Ausgangswert des Jahres 2014. Die stärkste relative Zunahme zwischen Studienbeginn und -ende zeigte sich in Mecklenburg-Vorpommern (+88 %). Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte lagen der Variationskoeffizient bei 48 % und der Extremquotient bei 49,1. Die niedrigste Diagnoseinzidenz verzeichnete die kreisfreie Stadt Cottbus (Brandenburg, 0,9/10.000) und die höchste der Eifelkreis Bitburg-Prüm (Rheinland-Pfalz, 45,2/10.000), wobei Letzterer sich auch in der Kartendarstellung deutlich in sonst unauffälliger regionaler Verteilung hervorhebt (**Abbildung 4**). Die relativen Veränderungen im Vergleich zu 2014 hatten mit Werten zwischen –80 % (kreisfreie Stadt Weiden in der Oberpfalz, Bayern) und +684 % (kreisfreie Stadt Bamberg, Bayern) eine sehr große Spannweite.

Die Diagnoseinzidenz *abnormer Gewohnheiten und Impulskontrollstörungen* (*F63*) stieg in allen KV-Regionen im gesamten Untersuchungszeitraum an. In einigen KV-Bereichen schwankte die Inzidenz innerhalb des Studienzeitraums und der Höchstwert wurde, zum Teil deutlich, vor 2021 erreicht. In Mecklenburg-Vorpommern blieb die Inzidenz mit leichten Schwankungen auf einem konstanten Niveau (+1,4 %, 2014: 9,3/10.000, 2021: 9,4). Die größte relative Zunahme war im KV-Bereich Nordrhein zu beobachten (+142 %, 15,1/10.000). Im Jahr 2021 war die Inzidenz in Sachsen am niedrigsten und in Berlin und Hamburg am höchsten (6,6 vs. jeweils 15,9/10.000). Auf Kreisebene zeigte sich der niedrigste Wert im Jahr 2021 im bayerischen Landkreis Neustadt an der Waldnaab und der höchste in der kreisfreien Stadt Halle (Saale), Sachsen-Anhalt (0,95 vs. 67,6/10.000), daraus ergibt sich ein Extremquotient von 71,2 (VK = 74 %). In **Abbildung 4** zeigen sich insbesondere im südlichen Rheinland-Pfalz Kreise mit etwas höherer Inzidenz.

In fast allen KV-Bereichen, mit Ausnahme von Thüringen, war insgesamt eine rückläufige Inzidenzentwicklung für *emotionale und Verhaltensstörungen* (*F90–F94*) im Studienzeitraum beobachtbar, mit relativen Veränderungen zwischen +0,1 % (Thüringen) und –21 % (Sachsen). In einigen KV-Bereichen gab es jeweils zwischen 2017 und 2019 kurzzeitig erneut zunehmende Inzidenzen, und in anderen KV-Bereichen zeigte sich zwar eine schwankende, aber relativ konstante jährliche Inzidenz zwischen etwa 2014 und 2019. Mit wenigen Ausnahmen war die niedrigste Inzidenz während des Studienzeitraums in Mecklenburg-Vorpommern zu verzeichnen, die höchste seit 2018 in Niedersachsen (2021: 353,2 vs. 502,1/10.000). Auf Kreisebene hatte zuletzt der Landkreis Freudenstadt (Baden-Württemberg) die niedrigste Inzidenz, während sie im Kreis Bernkastel-Wittlich (Rheinland-Pfalz) am höchsten war (176,4 vs. 960,6/10.000; VK = 27 %, EQ = 5,4). Höhere Inzidenzwerte fanden sich im Jahr 2021 vor allem in den Landkreisen und kreisfreien Städten im Nordwesten Deutschlands, insbesondere in Niedersachsen (**Abbildung 4**).

Die rohen Diagnoseinzidenzen für *alle untersuchten Diagnosen und Diagnosegruppen* auf KV- und Kreisebene sind im interaktiven Bereich des Versorgungsatlas unter www.versorgungsatlas.de abrufbar. Exkursorisch sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass sich mit Blick auf *Belastungsstörungen* (*F41, F43, F43.0*) in einigen rheinland-pfälzischen Landkreisen, die im Sommer 2021 besonders von den Flutereignissen im Ahrtal betroffen gewesen waren, zum Teil erhebliche relative Veränderungen der Diagnoseinzidenz zwischen 2020 und 2021 ergaben (**Tabelle A-3**). So zeigte sich für den Landkreis Ahrweiler ein relativer Anstieg der Diagnoseinzidenz akuter Belastungsreaktionen um 93 % im Jahr 2021 im Vergleich zum Vorjahr (53,3 vs. 102,7/10.000), im gesamten KV-Bereich Rheinland-Pfalz betrug die relative Zunahme dagegen 17 % und bundesweit 8 %.

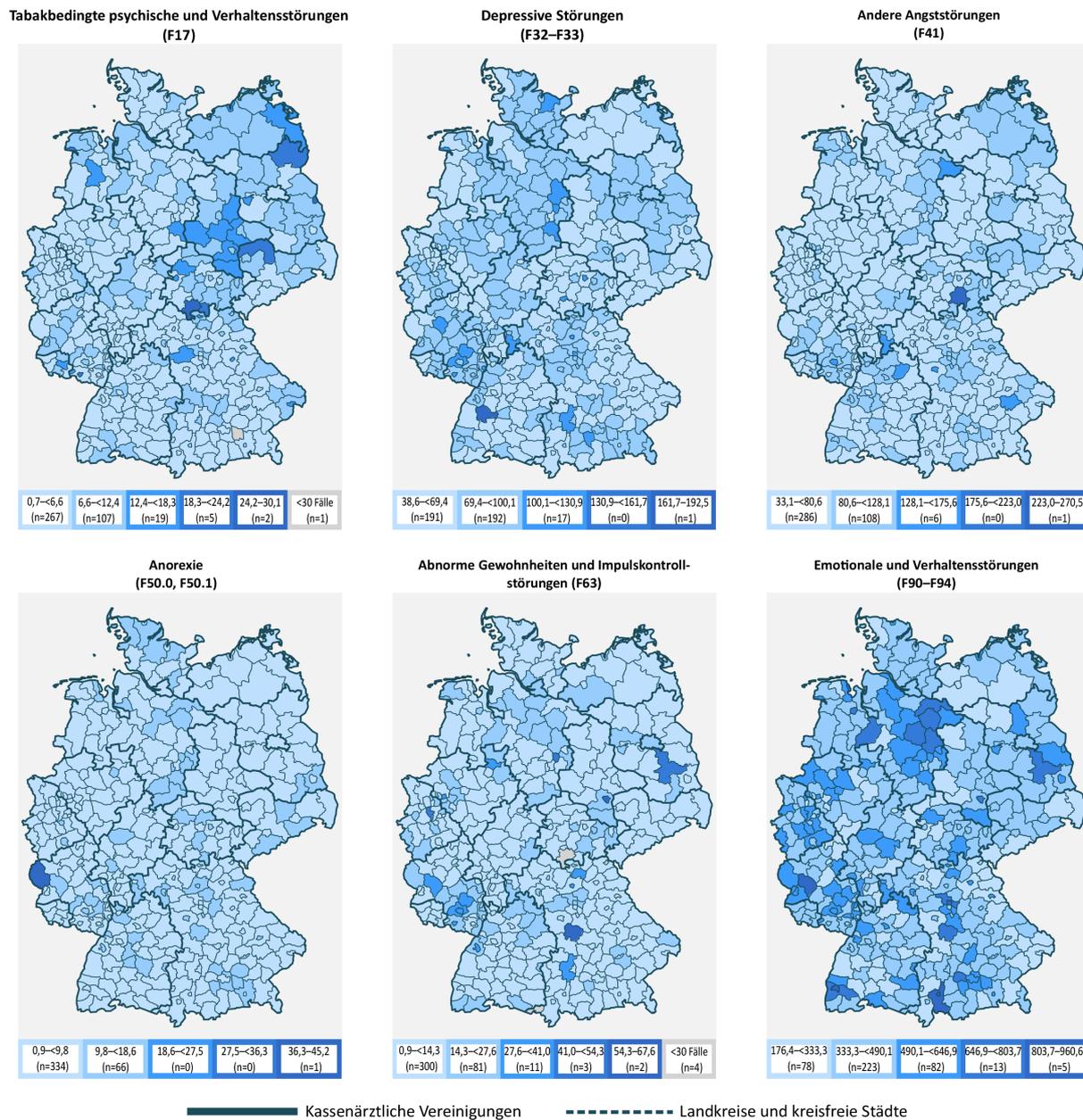


Abbildung 4: Rohe kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre) verschiedener Diagnosen bzw. Diagnosegruppen psychischer und Verhaltensstörungen im Jahr 2021 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (n = 401, Stand: 31.12.2016). Die äquidistanten Klassierungen sind in allen sechs Karten unterschiedlich und bzgl. identischer Farbabstufungen nicht direkt vergleichbar.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Diskussion

Die vorliegende Studie stellt nach unserer Kenntnis erstmalig systematisch berechnete Inzidenztrends für 45 Diagnosen bzw. Diagnosegruppen aus dem Spektrum psychischer Erkrankungen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen für etwa 84 % der gesetzlich krankenversicherten pädiatrischen Bevölkerung in Deutschland über einen Zeitraum von acht Jahren dar. In der zusammenfassenden Betrachtung lässt sich festhalten, dass sich die Trendrichtungen je nach Diagnose bzw. Diagnosegruppe unterscheiden. Bei einigen Erkrankungen bzw. Verhaltensstörungen zeigten sich insbesondere in den Jahren 2020 und 2021, den ersten beiden Jahren der SARS-CoV-2-Pandemie, Richtungsänderungen des Inzidenztrends oder aber eine Dynamisierung bereits vorhandener Entwicklungen. Die alters- und geschlechtsspezifischen Ergebnisse deuten vor allem bei jugendlichen Mädchen auf eine überproportionale Zunahme neu diagnostizierter Depressionen und Essstörungen hin. Bei Verhaltensstörungen, die bei Jungen häufiger auftreten, waren überwiegend rückläufige bzw. relativ konstante zeitliche Entwicklungen zu beobachten, die im Jahr 2021 wieder stiegen. Übereinstimmend mit früheren Untersuchungen [24] fanden wir ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede im Diagnosespektrum, so waren bei Mädchen Diagnosen zu internalisierenden Störungen häufiger, während bei Jungen vermehrt externalisierende Verhaltensstörungen auftraten.

Unsere Ergebnisse zeigen sich überwiegend konsistent zu anderen nationalen und internationalen Studienbefunden, die auf ein vermehrtes Auftreten von insbesondere depressiven sowie Ess- und Angststörungen im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie hindeuten [4, 8, 14, 28, 31, 32], und unterstreichen damit diese bereits vorhandene Evidenz. Darüber hinaus untermauern die vorliegenden Ergebnisse diese kritischen Entwicklungen, da sie einen deutlich längeren Untersuchungszeitraum als diese anderen Studien abbilden. Unsere Ergebnisse ordnen die Inzidenzentwicklung im Zeitraum der ersten Pandemiejahre 2020 und 2021 in den Kontext der Vorjahrestrends ein. Es bleibt dabei grundsätzlich zu beachten, dass die Befunde zwar zeitliche Korrelationen aufzeigen, aber keine kausalen Aussagen zulassen. So weisen die Ergebnisse

des „COVID-19 Snapshot Monitoring“ (COSMO) auf multifaktorielle Ursachen für psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen hin. Zu diesen Ursachen zählen auch die Klimakrise sowie der Krieg in der Ukraine [11], wobei letzterer Faktor im hier untersuchten Zeitraum noch keine Relevanz hatte. Hinsichtlich der Klimakrise sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass sich in den regionalisierten Auswertungen auf Kreisebene wahrscheinlich auch solche einschneidenden Ereignisse wie die Flutkatastrophe im Ahrtal 2021 [33, 34] in den Abrechnungsdaten niederschlagen. Eine ausschließliche Interpretation der Ergebnisse im zeitlichen Kontext der Pandemie erscheint daher nicht angemessen.

Epidemiologische Einordnung psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen

Die Bestimmung epidemiologischer Maßzahlen für psychische und Verhaltensstörungen ist stark von methodischem Vorgehen und der Falldefinition – Eltern-/Selbstangaben zu ärztlichen Diagnosen, Nutzung von Screening-Instrumenten und/oder klinischen Testverfahren – abhängig und erschwert Verfügbarkeit und Vergleichbarkeit [3, 35]. Überwiegend sind Prävalenzangaben aus Primärdatenstudien bekannt. Sauer et al. [35] berechneten in einer vergleichenden Analyse von Primärdatenstudien (BELLA-Zusatzmodul, 2003–2006) und Routinedaten (Gmünder Ersatzkasse [GEK], 2006) Prävalenzwerte u. a. für Depressionen und Angststörungen. Im Ergebnis lag die routinedatenbasierte Diagnoseprävalenz insbesondere für Depressionen deutlich unter der primärdatenbasierten Prävalenz. Die Autorinnen und Autoren um Sauer führten dies darauf zurück, dass möglicherweise ein großer Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Versorgungsbedarf im Untersuchungszeitraum nicht in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung war [35]. Die KiGGS-Daten zeigen zwischen der Basiserhebung (2003–2006) und der letzten abgeschlossenen zweiten Erhebungswelle (2014–2017) eine deutliche Zunahme der Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringenden durch psychisch auffällige Kinder und Jugendliche im Alter von drei bis 17 Jahren, während die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten über die Zeit insgesamt relativ konstant blieb (KiGGS Welle 2: 16,9 %) [24]. In einer früheren Auswertung der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen

Abrechnungsdaten von Steffen et al. lag die Diagnoseprävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt bei Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahre im Jahr 2017 je nach Falldefinition zwischen 6 % und 28 % und zeigte starke relative Steigerungen [25]. Diese Aspekte legen nahe, dass mittlerweile mehr Kinder und Jugendliche mit Versorgungsbedarf auch in Behandlung sind. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nicht jede psychische Auffälligkeit auch eine behandlungsbedürftige Erkrankung bzw. Störung darstellt [24, 36]. Vergleichbar umfangreiche Daten zur Inzidenz dieser psychischen Störungsbilder mit ähnlich langen Studienzeiträumen aus Deutschland sind uns nicht bekannt.

Der Kinder- und Jugendreport der DAK-Gesundheit [28] ermöglicht zumindest für den Teilzeitraum 2019 bis 2021 Vergleichsoptionen. Die DAK-Daten deuten – trotz methodischer Unterschiede – für depressive Störungen, Angststörungen und Essstörungen (Inzidenzanstiege) sowie Entwicklungs-, emotionale und Verhaltensstörungen (Inzidenzurückgang) grundsätzlich auf gleiche Trendrichtungen sowie alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede hin wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Hinsichtlich der Verhaltensstörungen führen die Autorinnen und Autoren des DAK-Reports aus, dass der Inzidenzurückgang auf vermehrte pandemiebedingte flächendeckende Einrichtungsschließungen zurückgeführt werden könnte und sich diese Auffälligkeiten daher nicht im Kindergarten bzw. in der Schule bemerkbar machten [28]. Wir beobachteten für das Jahr 2021 überwiegend eine wieder zunehmende Inzidenz von Verhaltensstörungen (F90–F98). Ab diesem Zeitraum fand wieder häufiger Kinderbetreuung bzw. Präsenzschaulunterricht statt [37, 38], die beobachtete Inzidenzentwicklung und der Erklärungsansatz erscheinen daher plausibel. Kostev et al. [4] verglichen Neuerkrankungszahlen von Depressionen und Angststörungen zwischen 2019 und 2020 und kamen tendenziell ebenfalls zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich Fallzahlzunahmen. Längerfristige Inzidenztrends für u. a. Depressionen, Angst-, Ess- und hyperkinetische Störungen zwischen 2003 und 2018 wurden in Großbritannien untersucht [39]. Insbesondere Depressionen und Angststörungen sind in diesem Zeitraum stark gestiegen, auch in dem Teilzeitraum 2014 bis 2018, der sich mit unserem

Untersuchungszeitraum überschneidet. Die Inzidenz von Essstörungen stieg im Gesamtzeitraum in Großbritannien leicht an, auch zwischen 2014 und 2018 [39]. Dieser Zeitraum war in Deutschland eher von einer rückläufigen Inzidenz gekennzeichnet. Für aktuellere Entwicklungen zu Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind Trends aus Norwegen bekannt, die insbesondere stärkere Anstiege bei jugendlichen Mädchen zwischen 2019 und 2021 zeigten [40] und grundsätzlich ebenfalls mit den vorliegenden Ergebnissen für Deutschland übereinstimmen.

Hinsichtlich tabakbedingter psychischer und Verhaltensstörungen ist eine Einordnung in die bestehende Studienlage nur bedingt möglich, weil über die Diagnosecodierung nicht direkt auf das Rauchverhalten geschlossen werden kann. Da neben Raucherentwöhnung bzw. Rauchstopp auch ein Inzidenzurückgang, wie hier beobachtet, eine sinkende Prävalenz zur Folge haben kann, scheint ein Ergebnisvergleich dennoch plausibel. Zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) und der jüngsten Erhebungswelle (2014–2017) sank der Anteil rauchender 11- bis 17-Jähriger stark [41, 42] und auch im Rahmen der „Deutschen Befragung zum Rauchverhalten“ war die Prävalenz bei Jugendlichen zwischen 2016 und 2021 insgesamt rückläufig, allerdings verdoppelte sich die Prävalenz im Jahr 2022 nahezu gegenüber dem Vorjahr (15,9 % vs. 8,7 %) [43–45]. Für andere psychotrope Substanzen (Alkohol, Cannabis) bleibt fraglich, unter welchen Umständen Diagnosen dokumentiert werden, möglicherweise eher aus akuten Anlässen wie z. B. Alkoholintoxikationen. Grundsätzlich korrespondieren, bei allen Einschränkungen des Vergleichs, aber auch hier die Trends gemäß KiGGS [42] und die in der vorliegenden Untersuchung beobachteten Trends. Auch bezüglich des Medienkonsums zeigten sich Veränderungen während der Pandemie, die mit unseren Ergebnissen einhergehen. In einer vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Online-Befragung von u. a. Jugendlichen (14–17 Jahre) zu den Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf den Medien- und Substanzkonsum gab mehr als die Hälfte der Jugendlichen an, vermehrt digital zu spielen [46]. Zu einem während der Pandemie gesteigerten Konsum sozialer Medien und digitaler Spiele wird auch in einer durch die DAK und das Deutsche Zentrum für Suchtfragen des

Kindes- und Jugendalters (DZSKJ) beauftragen Befragung berichtet [47]. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund zu berücksichtigen, dass ein gesteigertes Medienkonsumverhalten das Risiko für riskantes oder pathologisches Verhalten erhöht [47, 48]. In der vorliegenden Studie konnten wir zwischen 2014 und 2019 einen kontinuierlichen Inzidenzanstieg von ICD-10-Diagnosen zum pathologischen Spielen auf insgesamt niedrigem Niveau beobachten.

Die Bestimmung bevölkerungsbezogener epidemiologischer Häufigkeiten manifester psychischer Erkrankungen in Abgrenzung zu nicht behandlungsbedürftigen psychischen Auffälligkeiten bleibt im Kontext der benannten methodischen Fragen sowie der Fragmentierung des Versorgungsangebots in diesem Bereich [49] eine Herausforderung. Dies limitiert auch den Vergleich mit administrativen Prävalenz- und Inzidenzdaten, die nur den Bevölkerungsanteil mit Leistungsanspruchnahme abbilden können. Einschränkend ist ebenfalls, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und die sich daraus mitunter ergebenden Konsequenzen [24] Einfluss auf die beobachtete Häufigkeitsentwicklung über die Zeit haben kann: So kann einerseits der in den letzten Jahren erfolgte Prozess der Entstigmatisierung zu einem offeneren Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen und damit einhergehend zu einer Zunahme der beobachteten Prävalenz und Inzidenz geführt haben. Damit wird tendenziell eher die bisherige Dunkelziffer weiter ausgeleuchtet und nähert sich der wahren epidemiologischen Häufigkeit an. Andererseits kann eine ärztlich dokumentierte Diagnose einer psychischen Krankheit negative Auswirkungen auf andere Lebensbereiche der Patient*innen haben [50, 51], sodass ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungserbringende möglicherweise zurückhaltender bei der Diagnosecodierung sein könnten. Hierzu sind uns jedoch keine Untersuchungen bekannt, sodass sich dieser Aspekt nicht weiter quantifizieren lässt bzw. beurteilbar wäre, inwiefern sich das Codierverhalten bezüglich psychischer Störungen im Verlauf des Untersuchungszeitraums verändert hat. Das Subkapitel zu substanzbezogenen psychischen und Verhaltensstörungen (F10–F19) nimmt eine gewisse Sonderstellung ein, weil darüber anamnestisch das Rauchverhalten dokumentiert werden

könnte. Unter welchen Umständen ärztliche und psychotherapeutische Leistungserbringende die Diagnosecodierung für notwendig erachten, ist nicht bekannt. Grundsätzlich wäre anzunehmen, dass Pädiater*innen einen positiven Rauchstatus eher dokumentieren als andere Fachgruppen, zugleich aber rauchende Kinder und Jugendliche tendenziell eine schlechtere Compliance und weniger Arztkontakte haben. Es gibt aber keine uns bekannten Anhaltspunkte dafür, dass sich das ärztliche bzw. psychotherapeutische Codierverhalten in Hinblick auf die ICD-Codes F10–F19 im Untersuchungszeitraum verändert hätte. Daher gehen wir bei tabakbedingten psychischen und Verhaltensstörungen von einem tatsächlich vorhandenen Inzidenzrückgang bei Kindern und Jugendlichen aus, der vermutlich insbesondere das Rauchverhalten Jugendlicher abbildet. Es ist dennoch festzuhalten, dass die endstelligen Codierungen des Subkapitels zu substanzbezogenen psychischen und Verhaltensstörungen (F10–F19), die nicht Gegenstand dieser Studie waren, ein breites Spektrum der möglichen klinischen Erscheinungsbilder zusätzlich zum Abhängigkeitssyndrom abbilden. Dies scheint jedoch ein Erklärungsansatz für die zwar geringe, aber vorhandene Zahl an Neudiagnosen bei Säuglingen und jüngeren Kindern zu sein.

Psychotherapeutische Versorgung

Veränderungen der epidemiologischen Häufigkeiten psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind von enormer Bedeutung. Anhand dieser lässt sich sowohl der Handlungsrahmen für Präventionsmaßnahmen definieren als auch der mögliche Versorgungsbedarf erkrankter Kinder und Jugendlicher ableiten. Eine Analyse der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Abrechnungsdaten zur Entwicklung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen von 2009 bis 2018 [52] zeigte, dass der Anteil mit psychotherapeutischer Versorgung unter den 0- bis 19-Jährigen insgesamt relativ stabil blieb (2009: 7,1 %, 2018: 7,3 %). Allerdings deuten Untersuchungen auf einen erschwerten Zugang und mitunter längere Wartezeiten für Kinder und Jugendliche mit psychotherapeutischem Versorgungsbedarf hin [53, 54]; die SARS-CoV-2-Pandemie scheint diesen Umstand noch verschärft zu haben [9]. Außerdem weisen Befragungen ehemaliger hospitalisierter psychiatrischer Patient*innen darauf

hin, dass sich Symptomatiken verschlechtert und dass sich Diagnosen mit höheren Schweregraden oder vermehrt chronische Verläufe gezeigt haben [6]. Diese Aspekte waren allerdings nicht Gegenstand der vorliegenden Studie. Nach diesen Erkenntnissen und den hier vorgelegten Ergebnissen würde ein höherer Versorgungsbedarf bereits prävalenter auf eine steigende Zahl inzidenter Patient*innen treffen, welche die Behandlungskapazitäten zunehmend beanspruchen. Eine kürzlich aktualisierte Modellrechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung durch Hering et al. [55] zur Beanspruchung vertragsärztlicher bzw. -psychotherapeutischer Leistungserbringender zeigte, basierend auf der zu erwartenden demografischen Entwicklung und der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Inanspruchnahme der Jahre 2011 bis 2019, dass bis zum Jahr 2035 insbesondere bei Kinder- und Jugendpsychiater*innen (+27 %) und bei Psychotherapeut*innen (+21 %) eine vermehrte Beanspruchung zu erwarten ist [55].

Während die psychotherapeutischen Fachverbände seit langem bemängeln, dass die Anzahl der Kassensitze unzureichend sei, argumentiert die Kostenträgerseite, dass vorhandene Ressourcen nicht effizient genutzt würden [56, 57]. Die langjährige Kritik bezieht sich auch auf die der Bedarfsplanung zugrunde liegenden Verhältniszahlen für Vertragspsychotherapeut*innen je Einwohner*innen, wie im Gutachten des Sachverständigenrats für Gesundheit & Pflege (SVR) von 2018 zusammengefasst [58]. Die Diskussion darüber ist jedoch auch nach der Bedarfsplanungsreform von 2019 nicht abgeebbt und hat sich im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie und anderer Krisen wieder verstärkt [59-63]. Zuletzt wurden im Jahr 2022 die Verhältniszahlen für Kinder- und Jugendpsychiater*innen angepasst [64]. Der Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung sieht den bedarfsgerechten Ausbau der ambulanten Psychotherapie vor [65]. Zur Feststellung des Bedarfs innerhalb der Bevölkerung sind Kenntnisse um die epidemiologische Entwicklung psychischer und Verhaltensstörungen notwendig. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie ergänzen die Prävalenzdaten aus Primär- und Routinedatenstudien um bundesweite Trends der Diagnoseinzidenz. Diese Erkenntnisse

können, unter Berücksichtigung ihrer inhärenten Limitationen, einen Beitrag für künftige Bedarfs-schätzungen leisten.

Stärken und Limitationen

Die vorliegende Untersuchung basiert auf den bundesweiten krankenkassenübergreifenden Abrechnungsdaten aller vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringenden gemäß § 295 SGB V und umfasst damit schätzungsweise 84 % der gesetzlich versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren in Deutschland. Diese Datengrundlage erlaubt es, auch die Häufigkeit seltenerer psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen zu analysieren. Bei der Interpretation der Ergebnisse sind jedoch einige Limitationen zu berücksichtigen. Nur GKV-Versicherte, die vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, konnten in den Auswertungen berücksichtigt werden. Aufgrund tatsächlicher oder auch empfundener Zugangsbarrieren in die vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Versorgung insbesondere im Kontext psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen besteht möglicherweise eine Untererfassung in den Abrechnungsdaten, sofern betroffene Kinder und Jugendliche die vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Versorgung gar nicht in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus sind keine Daten aus psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren sowie zu privat versicherten Kindern und Jugendlichen enthalten. Weiterhin enthält der verwendete Datensatz keine Angaben zu abgerechneten Leistungen aus Selektivverträgen, die nicht über die jeweilige KV abgerechnet wurden. Dies trifft in besonderem Maße auf Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) in Baden-Württemberg zu. Auch in Bayern gibt es einen hohen HzV-Anteil, allerdings sind seit 2015 die Diagnosedaten in den Abrechnungsdaten enthalten. Die Abrechnungsdaten beinhalten ausschließlich Diagnoseverschlüsselungen nach ICD-10-GM, nicht nach dem differenzierteren Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-5) oder der aktuellen 11. Revision der deutschen ICD-Klassifikation. Bei einigen ICD-10-Diagnoseschlüsseln des Kapitels zu psychischen sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen ist unklar, unter welchen

Umständen und Voraussetzungen sie außerhalb der psychotherapeutischen Versorgung durch Haus- und Fachärzt*innen anderer Fachgruppen verwendet werden und mittels welcher Testverfahren die Diagnostik erfolgte. Für alle Diagnosen bzw. Diagnosegruppen haben wir eine einheitliche standardisierte Falldefinition gewählt. Für die Untersuchung spezifischer Einzelerkrankungen kann es notwendig sein, spezifischere Falldefinitionen und Möglichkeiten der Diagnosevalidierung zu nutzen. Weiterhin sollte in differenzierteren Studien berücksichtigt werden, dass einige Diagnosen häufig gemeinsam auftreten. Ziel der vorliegenden Studie war es, einen breit gefächerten Überblick über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und deren Inanspruchnahme vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Versorgung zu geben. Ein einheitliches methodisches Vorgehen erscheint vor diesem Hintergrund gerechtfertigt.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung deuten insbesondere für depressive Störungen, Angststörungen und Essstörungen auf eine deutliche Zunahme der Inzidenz hin, während die Inzidenz emotionaler und Verhaltensstörungen im Jahr 2020 zunächst stark rückläufig war und anschließend wieder anstieg. Dies lässt auf Veränderungen des Erkrankungsrisikos schließen. Die letzten beiden Studienjahre, 2020 und 2021, waren insbesondere von der SARS-CoV-2-Pandemie, aber auch von der Klimakrise geprägt. Sowohl der zeitliche Zusammenhang mit dem Anstieg als auch dem Rückgang von Neudiagnosen je nach Diagnosebereich erscheint daher plausibel. Die Diagnoseinzidenz kann definitionsgemäß nur diejenigen berücksichtigen, die bereits ärztliche bzw. psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen haben. Es ist davon auszugehen, dass durch einen erschwerten und erst verzögerten Zugang – vor allem in die psychotherapeutische Versorgung – die Inzidenz behandlungsbedürftiger psychischer und Verhaltensstörungen und die Zahl der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen noch höher liegt. Im Jahr 2022 kam mit dem russischen Angriffskrieg auf die Ukraine eine weitere globale Krise hinzu. Es gilt auch vor diesem Hintergrund, die Entwicklung der psychischen Gesundheit in der pädiatrischen Bevölkerung weiter zu beobachten und geeignete Präventions- und Versorgungsmaßnahmen zu ergreifen.

Literaturverzeichnis

1. Kaman A, Erhart M, Devine J, et al.: Zwei Jahre Pandemie: Die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen – Ergebnisse der COPSYS-Längsschnittstudie. Dtsch Arztebl Int 2023; 120 (online first). URL: <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0001>.
2. Rathgeb C, Schillok H, Voss S, et al.: Emotional Situation of Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic in Germany: Results from the COVID-19 Snapshot Monitoring Study (COSMO). Int J Environ Res Public Health 2022; 19: 2698.
3. Schlack R, Neuperdt L, Junker S, et al.: Veränderungen der psychischen Gesundheit in der Kinder- und Jugendbevölkerung in Deutschland während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse eines Rapid Reviews. J Health Monit 2023; 8: 1-74.
4. Kostev K, Weber K, Riedel-Heller S, von Vultée C, Bohlken J: Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01924-1>.
5. Robert Koch-Institut (RKI): 1. Quartalsbericht – Kindergesundheit in Deutschland aktuell (KIDA): Monitoring der Kindergesundheit in (und nach) der COVID-19-Pandemie. Ergebnisse des ersten Erhebungszeitraums 02-05/2022. Revidierte Fassung. Berlin 2022. URL: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kida/1-Quartalsbericht-KIDA.pdf?__blob=publicationFile [letzter Zugriff: 05.06.2023].
6. Favreau M, Hillert A, Osen B, et al.: Psychological consequences and differential impact of the COVID-19 pandemic in patients with mental disorders. Psychiatry Res 2021; 302: 114045.
7. Harrison L, Carducci B, Klein JD, Bhutta ZA: Indirect effects of COVID-19 on child and adolescent mental health: an overview of systematic reviews. BMJ Glob Health 2022; 7: e010713.
8. Ludwig-Walz H, Dannheim I, Pfadenhauer LM, Fegert JM, Bujard M: Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2022; 16: 109.
9. Plötner M, Moldt K, In-Albon T, Schmitz J: Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Psychotherapie 2022; 67: 469–77.
10. Eichinger M, Andreas M, Hoeppe A, Nisius K, Rink K: Kinder- und Jugendgesundheit in der Klimakrise. Monatsschr Kinderheilkd 2023; 171: 114–23.
11. Universität Erfurt (UE), Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin (BNITM), Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID), Science Media Center (SMC): Covid-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Zeitgleiche Krisen. 02.12.2022. URL: <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/topic/risiko-emotionen-sorgen/50-zeitgleichekrisen/> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
12. Hickman C, Marks E, Pihkala P, et al.: Climate anxiety in children and young people and their beliefs about government responses to climate change: a global survey. Lancet Planet Health 2021; 5: e863-e73.
13. Lorenz S, Krey I, Harms F, et al.: Klimawandel und Kindergesundheit – Ein Aufruf zum Handeln. Statement des Netzwerks #gemeinsamstarkfürkinder. Monatsschr Kinderheilkd 2023; 171: 63-71.
14. Ravens-Sieberer U, Devine J, Napp A, et al.: Three years into the pandemic: Results of the longitudinal German COPSYS study on youth mental health and health-related quality of life. 2023. URL: <https://doi.org/10.2139/ssrn.4304666> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
15. Walinski A, Sander J, Gerlinger G, Clemens V, Meyer-Lindenberg A, Heinz A: The Effects of Climate Change on Mental Health. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 117-24.

16. van Nieuwenhuizen A, Hudson K, Chen X, Hwong AR: The Effects of Climate Change on Child and Adolescent Mental Health: Clinical Considerations. *Curr Psychiatry Rep* 2021; 23: 88.
17. Vonderlin E, Pauen S: Von Null bis Drei: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In: Petermann F, (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe Verlag. Göttingen 2013; S. 77-99.
18. Koglin U, Petermann F: Kindergarten- und Grundschulalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In: Petermann F, (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe Verlag. Göttingen 2013; S. 100-18.
19. Fuhrer U: Jugendalter: Entwicklungsrisiken und Entwicklungsabweichungen. In: Petermann F, (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie*. Hogrefe Verlag. Göttingen 2013; S. 119-33.
20. Egle UT, Franz M, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M: Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit - ein Update. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2016; 59: 1247-54.
21. Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (GVG): gesundheitsziele.de Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht. Auszug der Ergebnisse von AG 7 Gesund aufwachsen: Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung. Köln 2003. URL: https://gvg.org/wp-content/uploads/2022/01/Gesund_aufwachsen_2003.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
22. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Nationales Gesundheitsziel: Gesund aufwachsen. Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung. Berlin 2010. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Broschuere_Nationales_Gesundheitsziel_-_Gesund_aufwachsen_Lebenskompetenz__Bewegung__Ernaehrung.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
23. Hölling H, Schlack R, Kamtsiuris P, Butschalowsky H, Schlaud M, Kurth BM: [The KiGGS study. Nationwide representative longitudinal and cross-sectional study on the health of children and adolescents within the framework of health monitoring at the Robert Koch Institute]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2012; 55: 836-42.
24. Robert Koch-Institut (RKI): Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 – Kindes- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Berlin 2021. URL: https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/10373/EBH_Bericht_Psychische_Gesundheit-Teil2.pdf?sequence=1&isAllowed=y [letzter Zugriff: 05.06.2023].
25. Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J, Bätzing J: Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 (2. Version). *Versorgungsatlas-Bericht Nr 18/07*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Berlin 2018. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-18.07> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
26. DAK-Gesundheit: Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 31). Hamburg 2019. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kinder-und-jugendreport-2019-2168336.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
27. DAK-Gesundheit: Kinder- und Jugendreport 2021. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Suchterkrankungen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 36). Hamburg 2021. URL: <https://www.dak.de/dak/download/report-2519092.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
28. DAK-Gesundheit: Rapid Report. Kinder- und Jugendreport 2022. Kinder- und Jugendgesundheit in Zeiten der Pandemie. Hamburg 2022. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-kjr22-vand-report-pdf-2572514.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].

29. Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart, Stichtag: 1. Juli 2021 (KM6-Mitgliederstatistik). Bonn, Berlin 2021. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
30. Statistisches Bundesamt (Destatis): GENESIS-Tabelle: 12411-0005, Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland. Wiesbaden 2021. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
31. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S: Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2021; 175: 1142-50.
32. Devoe D, Han A, Anderson A, et al.: The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2023; 56: 5-25.
33. Fekete A, Sandholz S: Here Comes the Flood, but Not Failure? Lessons to Learn after the Heavy Rain and Pluvial Floods in Germany 2021. *Water* 2021; 13: 3016.
34. Deutscher Wetterdienst (DWD): Pressemitteilung: Deutschlandwetter im Juli 2021. Offenbach 2021. URL: https://www.dwd.de/DE/presse/pressemitteilungen/DE/2021/20210730_deutschlandwetter_juli2021.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [letzter Zugriff: 05.06.2023].
35. Sauer K, Barkmann C, Klasen F, Bullinger M, Glaeske G, Ravens-Sieberer U: How often do German children and adolescents show signs of common mental health problems? Results from different methodological approaches – a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2014; 14: 229.
36. Klipker K, Baumgarten F, Göbel K, Lampert T, Hölling H: Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 2018; 3: 37-45.
37. Buchholz U, Lehfeld A, Hauer B, Haas W: COVID-19-Infektionsgeschehen und Maßnahmen in Schulen – Auswertungen der Daten auf der Webseite der Kultusministerkonferenz. *Epidemiologisches Bulletin* 2022; 17: 3-10.
38. Kuger S, Haas W, Kalicki B, et al.: Kindertagesbetreuung und Infektionsgeschehen während der COVID-19-Pandemie. Abschlussbericht der Corona-KiTa-Studie. München 2022. URL: <https://doi.org/10.3278/9783763973279> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
39. Cybulski L, Ashcroft DM, Carr MJ, et al.: Temporal trends in annual incidence rates for psychiatric disorders and self-harm among children and adolescents in the UK, 2003-2018. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 229.
40. Surén P, Skirbekk AB, Torgersen L, Bang L, Godøy A, Hart RK: Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2022; 5: e2222079.
41. Kuntz B, Zeiher J, Starker A, Lampert T: Tabakkonsum und Passivrauchbelastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – wo stehen wir heute? *Atemwegs- und Lungenkrankheiten* 2019; 45: 217-26.
42. Zeiher J, Lange C, Starker A, Lampert T, Kuntz B: Tabak- und Alkoholkonsum bei 11- bis 17-Jährigen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *J Health Monit* 2018; 3: 23-43.
43. Kotz D, Acar Z, Klosterhalfen S: Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022. DEBRA Factsheet 09. Düsseldorf 2022. URL: <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
44. DEBRA Studiengruppe: DEBRA Deutsche Befragung zum Rauchverhalten. Prävalenz aktueller Tabak-Raucher*innen nach Alterskategorien und Jahr der Datenerhebung. URL: <https://www.debra-study.info/> [letzter Zugriff: 05.06.2023].

45. Kastaun S, Brown J, Brose LS, et al.: Study protocol of the German Study on Tobacco Use (DEBRA): a national household survey of smoking behaviour and cessation. BMC Public Health 2017; 17: 378.
46. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung (IFT-Nord): Sachbericht zum Projekt: „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Substanz- und Medienkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland“. Förderzeitraum 01.08.2021 - 31.01.2023. 2022. Kiel 2022. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Drogen_und_Sucht/Berichte/Abschlussbericht/ACoSuM_Abschlussbericht_bf.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
47. DAK-Gesundheit: Mediensucht 2020 – Gaming und Social Media in Zeiten von Corona. DAK-Längsschnittstudie: Befragung von Kindern, Jugendlichen (12-17 Jahre) und deren Eltern. Hamburg 2020. URL: <https://www.dak.de/dak/download/dak-studie-gaming-social-media-und-corona-zwischenergebnisse-2507378.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
48. Paschke K, Austermann MI, Simon-Kutscher K, Thomasius R: Die Nutzung von digitalen Spielen und sozialen Medien durch Kinder und Jugendliche vor und während der COVID-19-Pandemie. Sucht 2021; 67: 13-22.
49. Schwarz J, von Peter S, Baumeister H, et al.: DNVF-Diskussionspapier – Besonderheiten, Herausforderungen und Ziele der Versorgungsforschung im Feld der seelischen Gesundheit. Gesundheitswesen 2021; 83: 541-52.
50. Richartz-Salzbürger E: Die Bedeutung von Psychotherapie und psychiatrischer Behandlung in der Vorgeschichte für die gesundheitliche Eignung eines Beamtenanwärters. Gesundheitswesen 2015; 77: 454-8.
51. Bossenmayer J: Rechtliche Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Was müssen Patient und Behandler bedenken? PiD 2015; 16: 66-70.
52. Jaite C, Hoffmann F, Seidel A, Mattejat F, Bachmann C: [Outpatient Psychological Therapies in Children and Adolescents in Germany: Status Quo and Time Trends, 2009-2018]. Psychiatr Prax 2022; 49: 304-12.
53. Ritter-Rupp C, Fett S, Pfeifer A-K, Tauscher M: Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB). München 2023. URL: <https://zenodo.org/record/7599322#.Y-ZJ1oSZOUK> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
54. Nübling R, Jeschke K, Ochs M, Schmidt J: Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Eine Befragung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in fünf Bundesländern als ein Beitrag zur psychotherapeutischen Versorgungsforschung. Ergebnisbericht. Stuttgart 2014. URL: https://www.lpk-bw.de/archiv/news2014/pdf/20140513_nuebling_et_al_ambulante_pt_versorgung_ergebnisbericht.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
55. Hering R, Schulz M, Czihal T: Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen bis 2035. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Berlin 2023 (Veröffentlichung in Vorbereitung).
56. Neumann K, Wolfschütz A: Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen Zugang bedarfsorientiert verbessern – Vorhandene Ressourcen besser nutzen. Ergebnisbericht der Expertenbefragung. IGES Institut GmbH. Berlin 2014. URL: https://www.iges.com/e6666/e10930/e10932/e10933/e10934/attr_objs13053/AmbulanteVersorgungspsychischerErkrankungen_IGES_Expertenbefragung_ger.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
57. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek): Forderungen der Ersatzkassen zur Bedarfsplanung und Reform der Versorgungsstrukturen in der ambulanten Psychotherapie. 2022. URL: https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/vdek/presse/pm/2023/vdek_Forderungspapier_Psychotherapie.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
58. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018. Bonn, Berlin 2018. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].

59. BpTK warnt vor überlangen Wartezeiten auf Psychotherapietermine. Deutsches Ärzteblatt online 29.03.2021. URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=122485&s=bedarfsplanung&s=psychotherapie> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
60. Psychotherapeutenkammer fordert mehr Behandlungsplätze. Deutsches Ärzteblatt online 07.06.2022. URL: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=134865&s=bedarfsplanung&s=psychotherapie> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
61. Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK): Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Kraft getreten. Berlin 15.07.2019. URL: <https://www.bptk.de/reform-der-bedarfsplanungs-richtlinie-in-kraft-getreten/> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
62. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 059/22. Berlin 2022. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf> [letzter Zugriff: 05.06.2023].
63. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs): Stellungnahme. Kinder und Jugendliche mit hoher psychischer Belastung: Versorgung verbessern und Prävention ausbauen. Berlin 2023. URL: https://www.dgps.de/fileadmin/user_upload/PDF/Stellungnahmen/StellungnahmeDGPs_Psychische_Gesundheit_von_Kindern20230210.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
64. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anpassung der Verhältniszahl für Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiater. Berlin 2022. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8446/2022-04-21_BPL-RL_Anpassung_Kinder-und-Jugendpsychiater_TrG.pdf [letzter Zugriff: 05.06.2023].
65. Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP. Berlin 2021. URL: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/1f422c60505b6a88f8f3b3b5b8720bd4/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1> [letzter Zugriff: 05.06.2023].

Anhang

Tabelle A-1: Liste der berücksichtigten Gebührenordnungspositionen (GOP) im Zeitraum 1. Quartal 2014 bis 4. Quartal 2021.

GOP	2014				2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
01711-01721, 01723	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
03350-03352	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
04242, 04243, 04350-04355	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
04356					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
04430, 04431, 04433	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
14210, 14211, 14214	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
14217										x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
14220-14222	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
14223																																
14240, 14310-14314	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
16210, 16211, 16215, 16220, 16222	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
16223																																
21210, 21211, 21213, 21214, 21216-21218	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
21225					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
21220, 21221, 21232	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
21235																																
21330	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
22210, 22211, 22216, 22220, 22221, 22222, 22230	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
22213																																
23210,23211, 23214, 23216, 23220	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
30300, 30301, 30800, 30810, 30811, 30930-30935	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
35100, 35110-35113, 35120, 35130, 35131, 35140-35142, 35150	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
35151, 35152																																
35163-35169, 35173-35179																																
35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425																																
35431, 35432, 35435																																

GOP	2014				2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
35503-35509, 35513-35519, 35523-35529, 35533-35539, 35543-35549, 35553-35559													x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35703-35709, 35713-35719																																
35571-35573													x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35591, 35593-35599																																
35600, 35601, 35602													x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
51030, 51032, 51033													x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Tabelle A-2: Übersicht über Größe (absolute Anzahl) und Entwicklung der gesamten und der zwei Jahre vorbeobachtbaren Studienpopulation im Alter von 0-17 Jahren sowie der jeweiligen Population unter Risiko für die entsprechenden ICD-10-Subkapitel im Untersuchungszeitraum 2014 bis 2021 sowie die absolute Anzahl (n) neu diagnostizierter psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen inklusive des prozentualen Anteils an Mädchen und die rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 Kinder und Jugendliche) insgesamt und das durchschnittliche Geschlechterverhältnis zwischen Jungen und Mädchen (J/M) im Untersuchungszeitraum.

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
ICD-Subkapitel: F10–F19									
Risikopopulation	9.299.788	9.316.993	9.328.808	9.408.911	9.606.198	9.762.946	9.797.186	9.871.218	
F10 – Psychische und Verhaltensstörungen, Alkohol									
n	1.731	1.705	1.759	1.777	1.828	1.973	1.667	1.672	
Anteil Mädchen, %	52,9	53,7	54,7	52,5	53,2	50,3	50,8	54,5	
roh	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	2,0	1,7	1,7	0,85
F11, F13-F16, F18–F19 – Psychische und Verhaltensstörungen, andere psychotrope Substanzen									
n	4.268	4.242	4.041	4.058	4.285	4.418	4.129	3.703	
Anteil Mädchen, %	43,2	42,6	43,0	41,6	42,5	42,1	42,5	45,0	
roh	4,6	4,6	4,3	4,3	4,5	4,5	4,2	3,8	1,28
F12 – Psychische und Verhaltensstörungen, Cannabinoide									
n	2.265	2.355	2.263	2.428	2.525	2.824	2.404	2.029	
Anteil Mädchen, %	35,4	36,1	35,4	33,3	33,2	35,6	34,3	39,6	
roh	2,4	2,5	2,4	2,6	2,6	2,9	2,5	2,1	1,75
ICD-Subkapitel: F30–F39									
Risikopopulation	9.210.269	9.219.877	9.229.793	9.310.278	9.507.790	9.664.352	9.699.512	9.771.326	
F30-F34 – Näher bezeichnete affektive Störungen									
n	59.662	57.425	57.435	58.170	58.529	58.608	60.165	73.998	
Anteil Mädchen, %	64,7	64,3	64,9	66,3	66,7	66,0	69,7	73,2	
roh	64,8	62,3	62,2	62,5	61,6	60,6	62,0	75,7	0,47

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F30–F31 – Manien und bipolare affektive Störungen									
n	783	817	839	808	706	774	674	707	
Anteil Mädchen, %	60,0	60,6	60,2	60,3	66,3	63,6	62,0	69,4	
roh	0,9	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8	0,7	0,7	0,57
F34 – Anhaltende affektive Störungen									
n	5.200	5.004	4.520	4.027	3.787	4.081	3.787	4.005	
Anteil Mädchen, %	59,2	59,0	60,3	60,4	61,3	59,4	62,2	64,8	
roh	5,7	5,4	4,9	4,3	4,0	4,2	3,9	4,1	0,61
ICD-Subkapitel: F40–F49									
Risikopopulation	8.559.423	8.517.441	8.504.057	8.598.605	8.800.172	8.952.581	8.983.497	9.062.575	
F40 – Phobische Störungen									
n	25.373	26.295	26.385	27.415	28.578	30.248	33.210	38.466	
Anteil Mädchen, %	57,6	57,2	56,7	57,1	58,8	57,9	59,2	64,1	
roh	29,6	30,9	31,0	31,9	32,5	33,8	37,0	42,4	0,67
F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen									
n	143.507	140.153	137.062	142.885	145.195	148.325	140.968	149.773	
Anteil Mädchen, %	53,9	53,4	53,2	53,7	53,2	52,5	54,5	56,5	
roh	167,7	164,6	161,2	166,2	165,0	165,7	156,9	165,3	0,81
F43.0 – Akute Belastungsreaktion									
n	28.985	28.208	28.044	29.146	29.101	29.398	28.195	30.645	
Anteil Mädchen, %	58,5	58,1	58,0	58,5	57,5	57,3	58,4	59,1	
roh	33,9	33,1	33,0	33,9	33,1	32,8	31,4	33,8	0,68
F45 – Somatoforme Störungen									
n	155.608	140.114	131.250	124.367	121.864	119.567	110.562	111.573	
Anteil Mädchen, %	58,9	58,2	57,7	57,7	57,4	57,0	58,0	59,0	
roh	181,8	164,5	154,3	144,6	138,5	133,6	123,1	123,1	0,69

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F45.4 – Anhaltende Schmerzstörung									
n	12.676	12.144	12.249	11.264	10.923	10.638	8.993	8.821	
Anteil Mädchen, %	60,1	59,7	60,1	59,7	59,5	58,9	60,1	61,0	
roh	14,8	14,3	14,4	13,1	12,4	11,9	10,0	9,7	0,63
ICD-Subkapitel: F50–F59									
Risikopopulation	9.092.390	9.100.670	9.111.936	9.197.286	9.399.718	9.564.413	9.606.632	9.687.048	
F50 – Essstörungen									
n	36.987	33.810	31.518	30.130	28.814	27.082	26.477	32.430	
Anteil Mädchen, %	62,6	62,0	61,7	62,1	62,0	61,1	63,6	67,4	
roh	40,7	37,2	34,6	32,8	30,7	28,3	27,6	33,5	0,57
F50.2, F50.3 – Bulimie									
n	1.934	1.683	1.379	1.389	1.228	1.166	1.202	1.624	
Anteil Mädchen, %	96,0	94,4	94,1	94,2	96,5	94,4	94,2	96,4	
roh	2,1	1,9	1,5	1,5	1,3	1,2	1,3	1,7	0,05
F50.8, F50.9 – Sonstige und nicht näher bezeichnete Essstörungen									
n	30.424	27.789	25.966	24.811	23.970	22.405	21.673	25.887	
Anteil Mädchen, %	58,3	58,1	57,6	58,0	57,6	56,8	58,9	62,4	
roh	33,5	30,5	28,5	27,0	25,5	23,4	22,6	26,7	0,68
F51 – Nichtorganische Schlafstörungen									
n	35.243	34.989	34.845	33.884	31.472	30.984	29.935	31.574	
Anteil Mädchen, %	48,7	49,0	48,3	49,0	48,5	48,2	48,7	49,2	
roh	38,8	38,5	38,2	36,8	33,5	32,4	31,2	32,6	1,01
ICD-Subkapitel: F60–F69									
Risikopopulation	9.136.290	9.130.563	9.133.788	9.221.311	9.422.383	9.585.409	9.626.665	9.707.444	
F60 – Spezifische Persönlichkeitsstörungen									
n	18.793	16.699	16.180	15.703	14.337	13.666	12.438	12.288	
Anteil Mädchen, %	58,3	58,8	59,3	61,6	61,2	60,7	60,0	63,7	
roh	20,6	18,3	17,7	17,0	15,2	14,3	12,9	12,7	0,63

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F60.6 – Ängstliche vermeidende Persönlichkeitsstörung									
n	5.809	5.490	5.526	5.162	4.820	4.920	4.598	4.550	
Anteil Mädchen, %	52,6	52,5	53,9	53,8	52,8	54,6	54,1	56,5	
roh	6,4	6,0	6,1	5,6	5,1	5,1	4,8	4,7	0,83
F63.0 – Pathologisches Spielen									
n	771	800	887	970	1.182	1.441	1.392	1.481	
Anteil Mädchen, %	15,2	17,9	18,5	23,9	21,7	18,3	20,5	24,5	
roh	0,8	0,9	1,0	1,1	1,3	1,5	1,5	1,5	3,94
ICD-Subkapitel: F80–F89									
Risikopopulation	7.215.158	7.137.631	7.073.869	7.121.318	7.254.295	7.342.713	7.321.304	7.346.359	
F80 – Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache									
n	358.584	347.587	347.979	359.261	373.230	390.627	396.296	410.449	
Anteil Mädchen, %	42,5	42,5	42,5	42,4	42,4	42,3	42,4	42,6	
roh	497,0	487,0	491,9	504,5	514,5	532,0	541,3	558,7	1,46
F81, F83 – Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen									
n	142.336	137.873	136.355	155.687	150.967	156.477	145.130	156.149	
Anteil Mädchen, %	36,7	36,9	36,7	36,3	36,5	36,6	36,8	36,6	
roh	197,3	193,2	192,8	218,6	208,1	213,1	198,2	212,6	1,87
F82 – Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen									
n	180.877	175.156	172.192	176.405	174.581	177.701	177.276	185.807	
Anteil Mädchen, %	36,9	36,9	36,8	36,7	36,6	36,3	36,4	36,0	
roh	250,7	245,4	243,4	247,7	240,7	242,0	242,1	252,9	1,87
ICD-Subkapitel: F90–F99									
Risikopopulation	7.935.638	7.849.390	7.792.915	7.877.733	8.061.399	8.196.580	8.220.789	8.297.673	
F90.0 – Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung									
n	95.608	90.004	89.007	90.931	91.771	101.206	91.347	95.680	
Anteil Mädchen, %	28,8	28,8	29,0	28,7	29,0	29,2	29,7	30,5	
roh	120,5	114,7	114,2	115,4	113,8	123,5	111,1	115,3	2,52

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F91.0 – Auf familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens									
n	19.939	18.001	15.951	15.511	14.876	13.921	13.061	12.762	
Anteil Mädchen, %	45,9	46,2	46,6	45,3	45,3	44,5	44,8	45,7	
roh	25,1	22,9	20,5	19,7	18,5	17,0	15,9	15,4	1,24
F91.3 – Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten									
n	20.381	20.731	19.424	20.057	20.136	20.301	18.872	18.776	
Anteil Mädchen, %	33,0	32,5	32,8	32,3	32,4	32,4	33,1	33,8	
roh	25,7	26,4	24,9	25,5	25,0	24,8	23,0	22,6	2,13
F93.0 – Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters									
n	23.199	22.598	21.990	22.318	23.000	23.546	21.023	21.305	
Anteil Mädchen, %	50,3	50,6	50,2	49,7	50,1	50,4	51,2	52,2	
roh	29,2	28,8	28,2	28,3	28,5	28,7	25,6	25,7	1,02
F93.1 – Phobische Störung des Kindesalters									
n	7.137	6.952	6.464	6.075	6.216	6.325	5.959	6.199	
Anteil Mädchen, %	48,8	48,9	48,7	50,3	50,6	50,3	51,0	52,1	
roh	9,0	8,9	8,3	7,7	7,7	7,7	7,3	7,5	1,04
F93.2 – Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters									
n	21.961	21.400	21.042	21.080	20.960	20.723	19.363	20.398	
Anteil Mädchen, %	50,2	50,3	51,2	50,7	51,3	52,1	52,5	55,5	
roh	27,7	27,3	27,0	26,8	26,0	25,3	23,6	24,6	0,97
F93.8 – Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters									
n	60.660	59.819	61.082	66.427	71.426	75.349	75.006	81.003	
Anteil Mädchen, %	47,8	47,7	47,5	47,8	47,8	47,2	48,4	50,1	
roh	76,4	76,2	78,4	84,3	88,6	91,9	91,2	97,6	1,13
F94.0 – Elektiver Mutismus									
n	3.673	3.830	3.859	3.994	4.387	4.630	4.244	4.881	
Anteil Mädchen, %	59,3	58,6	59,7	60,3	59,5	59,6	57,5	59,6	
roh	4,6	4,9	5,0	5,1	5,4	5,7	5,2	5,9	0,71

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F95 – Tic-Störungen									
n	26.412	25.292	24.382	24.695	23.547	25.347	27.785	29.626	
Anteil Mädchen, %	31,3	31,9	31,7	31,7	31,8	32,1	33,2	34,3	
roh	33,3	32,2	31,3	31,4	29,2	30,9	33,8	35,7	2,19
F98 – Andere Verhaltens- und emotionale Störungen									
n	215.358	209.350	201.737	203.238	207.397	208.829	198.718	213.176	
Anteil Mädchen, %	39,6	39,4	39,6	39,6	39,4	39,5	40,3	41,0	
roh	271,4	266,7	258,9	258,0	257,3	254,8	241,7	256,9	1,57
F98.0 – Nichtorganische Enuresis									
n	41.144	38.306	37.485	36.585	43.639	47.356	43.449	44.520	
Anteil Mädchen, %	37,9	37,1	37,9	37,6	37,5	37,6	38,7	38,2	
roh	51,9	48,8	48,1	46,4	54,1	57,8	52,9	53,7	1,71
F98.1 – Nichtorganische Enkopresis									
n	8.136	8.171	8.259	8.500	9.110	9.339	8.668	9.139	
Anteil Mädchen, %	33,8	33,7	34,7	35,1	36,4	36,0	37,7	37,4	
roh	10,3	10,4	10,6	10,8	11,3	11,4	10,5	11,0	1,88
F98.2 – Fütterstörung im frühen Kindesalter									
n	21.733	20.766	21.239	21.196	20.227	20.286	20.364	21.692	
Anteil Mädchen, %	49,2	49,4	49,5	49,3	48,8	49,5	48,8	49,2	
roh	27,4	26,5	27,3	26,9	25,1	24,8	24,8	26,1	1,07
F98.3 – Pica im Kindesalter									
n	177	218	217	259	221	259	306	339	
Anteil Mädchen, %	45,2	46,8	43,8	44,0	43,4	49,4	44,8	50,1	
roh	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	1,23
F98.4 – Stereotype Bewegungsstörungen									
n	1.150	1.105	957	1.044	1.107	1.175	1.262	1.442	
Anteil Mädchen, %	39,8	44,5	41,0	43,6	46,8	48,3	47,5	50,2	
roh	1,5	1,4	1,2	1,3	1,4	1,4	1,5	1,7	1,27

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (J/M), Ø 2014–2021
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Studienpopulation, insgesamt	11.434.041	11.436.890	11.630.572	11.803.102	11.975.323	11.917.312	11.884.318	11.967.600	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	10.046.572	10.075.747	10.123.864	10.218.357	10.411.386	10.546.905	10.590.950	10.686.788	
F98.5 – Stottern/Stammeln									
n	14.902	13.867	13.490	13.365	13.118	13.770	15.608	15.600	
Anteil Mädchen, %	28,6	29,4	29,3	29,0	29,4	29,2	30,7	31,2	
roh	18,8	17,7	17,3	17,0	16,3	16,8	19,0	18,8	2,47
F98.6 – Poltern									
n	1.745	1.647	1.520	1.481	1.492	1.388	1.414	1.452	
Anteil Mädchen, %	27,9	29,6	30,5	28,0	28,6	27,7	29,4	28,5	
roh	2,2	2,1	2,0	1,9	1,9	1,7	1,7	1,8	2,58
F98.8 – Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen									
n	94.515	92.760	89.981	91.841	90.327	78.183	75.458	82.895	
Anteil Mädchen, %	37,5	37,2	37,3	37,5	37,4	37,3	37,9	38,4	
roh	119,1	118,2	115,5	116,6	112,1	95,4	91,8	99,9	1,73

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Tabelle A-3: Rohe kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) sowie relative prozentuale Veränderung zwischen 2014 bzw. 2020 und 2021 in Landkreisen (LK) und kreisfreien Städten (krsfr. St.) in Rheinland-Pfalz mit besonderer Betroffenheit der Flutereignisse im Juli 2021 im Ahrtal.

	Angststörungen (F41)				Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)				Akute Belastungsreaktionen (F43.0)			
	Inzidenz 2014	Inzidenz 2021	Relative Änderung 2014 vs. 2021	Relative Änderung 2020 vs. 2021	Inzidenz 2014	Inzidenz 2021	Relative Änderung 2014 vs. 2021	Relative Änderung 2020 vs. 2021	Inzidenz 2014	Inzidenz 2021	Relative Änderung 2014 vs. 2021	Relative Änderung 2020 vs. 2021
Ahrweiler, LK	53,2	78,9	48,1	33,4	190,1	316,2	66,3	50,7	31,3	102,7	228,4	92,7
Bernkastel-Wittlich, LK	79,9	88,4	10,6	6,2	166,1	189,4	14,1	-1,4	35,9	40,6	13,0	5,7
Cochem-Zell, LK	52,7	91,5	73,4	74,4	148,3	154,1	3,9	18,4	18,1	22,0	21,5	-31,5
Eifelkreis Bitburg-Prüm	84,8	74,1	-12,7	-7,0	220,0	375,3	70,6	11,0	12,3	28,4	131,0	-25,2
Trier, krsfr. St.	51,2	73,7	44,0	19,4	194,6	162,4	-16,5	-9,5	21,8	24,2	11,2	-20,1
Trier-Saarburg, LK	74,8	87,1	16,4	22,8	188,6	201,5	6,8	36,8	36,6	21,2	-42,1	-34,5
Vulkaneifel, LK	44,0	62,5	42,1	40,1	190,5	178,7	-6,2	-5,3	9,8	38,2	290,7	1,2
Rheinland-Pfalz, gesamt	67,2	76,3	13,5	16,4	159,6	165,6	3,8	9,2	29,0	35,1	21,1	16,6
Deutschland, gesamt	72,6	72,3	-0,5	11,4	167,7	165,3	-1,4	5,3	33,9	33,8	-0,1	7,7

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021

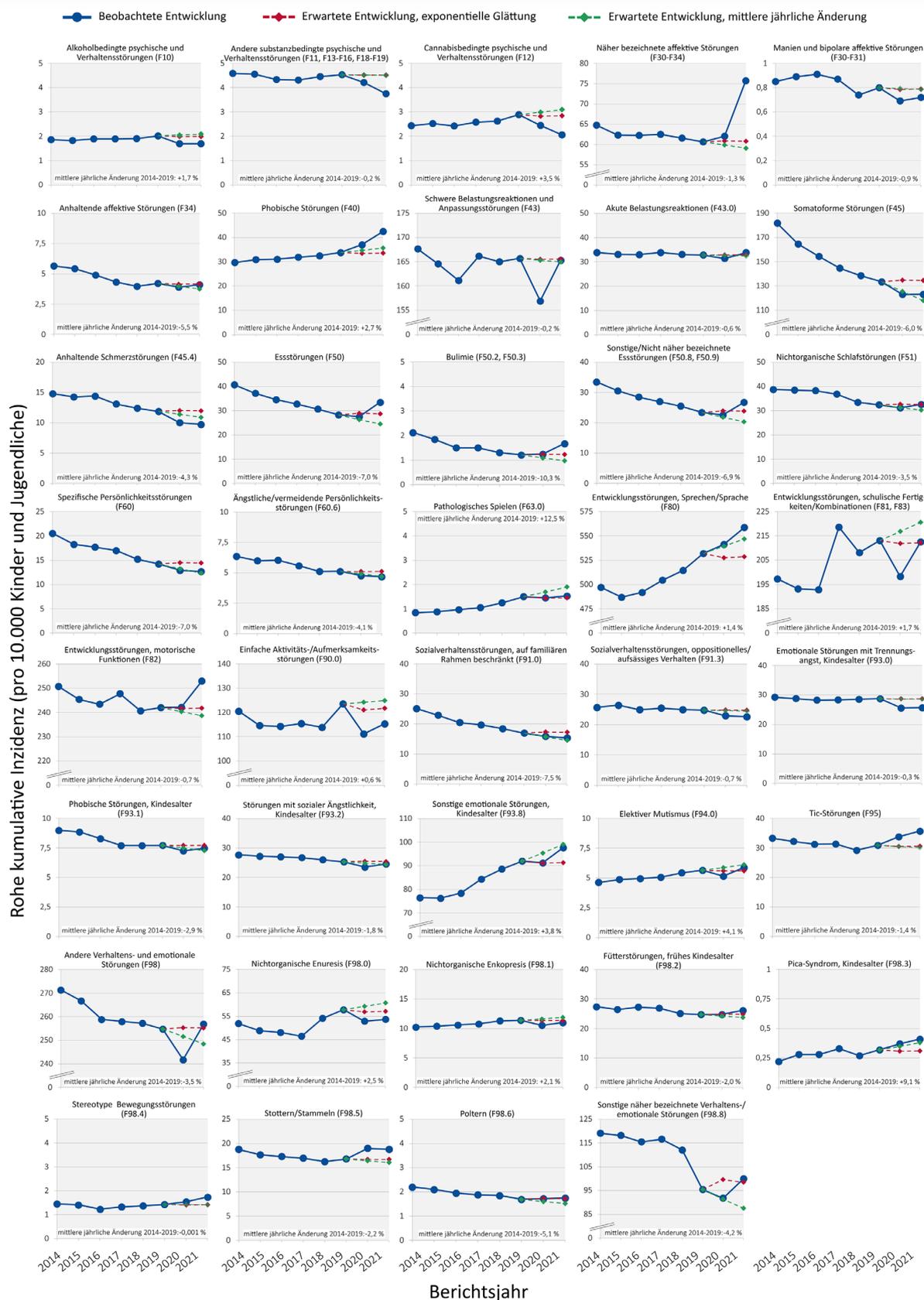


Abbildung A-1: Rohe jährliche kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche (0–17 Jahre) für verschiedene Diagnosen bzw. Diagnosegruppen im Zeitraum 2014–2021. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf $\alpha = 0,25$ festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.