



Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017

Annika Steffen • Manas K. Akmatov • Jakob Holstiege • Jörg Bätzing

DOI: 10.20364/VA-18.07

Abstract

Hintergrund

Für Deutschland gibt es kaum aktuelle Schätzungen zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Ziel der Studie war es, aktuelle und bundesweit flächendeckende Zahlen zur Häufigkeit vertragsärztlich dokumentierter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu ermitteln und die ärztliche Versorgung der Betroffenen im vertragsärztlichen Sektor zu charakterisieren.

Methodik

Datengrundlage waren die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Heranwachsende mit einer gesicherten F-Diagnose gemäß ICD-10-GM wurden selektiert. Es wurden sowohl die Gesamtheit aller psychischen Störungen als auch die häufigsten Störungsbilder untersucht. Verschiedene Falldefinitionen nach Anzahl der Quartale mit F-Diagnose wurden verwendet, um die Dauerhaftigkeit des individuellen Erkrankungsgeschehens abzubilden. Die Diagnoseprävalenz wurde als Anteil der Kinder und Jugendlichen mit entsprechender Falldefinition an allen Kindern und Jugendlichen pro Jahr gebildet, die in diesem Jahr mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten. Bei Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres wurde untersucht, wie häufig Ärzte und Psychotherapeuten in Anspruch genommen wurden.

Ergebnisse

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten, stieg von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017. Im Jahr 2017 wurde bei 16 % der Heranwachsenden in mindestens zwei Quartalen und bei 6 % in allen vier Quartalen des Jahres eine F-Diagnose vergeben. Entwicklungsstörungen (F8) bildeten mit Abstand die häufigste Diagnose, affektive Störungen (F3) zeigten die stärkste Zunahme in der Diagnoseprävalenz über den Beobachtungszeitraum. Über alle Altersgruppen erhielten 17 % der Heranwachsenden im Jahr 2017 eine Diagnose einer Entwicklungsstörung, etwa 1 % eine affektive Störung. Die einzelnen Störungsbilder wiesen große Alters- und Geschlechtsunterschiede auf. Kinder- und Jugendmediziner waren in mehr als 80 % der Fälle an der Versorgung beteiligt. Die Beteiligung von Hausärzten lag zwischen 35 % bei Entwicklungsstörungen und 71 % bei affektiven Störungen. Die Anteile der fachgruppenspezifischen Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychotherapeuten variierte je nach Störungsbild.

Korrespondierende Autorin: Dr. Annika Steffen
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
Salzufer 8 - 10587 Berlin - Tel. 030 4005 2466 - E-Mail: asteffen@zi.de



Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit lässt eine insgesamt hohe und in der zurückliegenden Dekade angestiegene Belastung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen erkennen und unterstreicht eine zentrale Rolle der pädiatrischen aber auch der hausärztlichen Versorgung bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die Versorgungsanteile der anderen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen variieren zwischen den Störungsbildern.

Schlagwörter

Depression, Diagnoseprävalenz, Entwicklungsstörungen, Kinder, Jugendliche, Prävalenz, psychische Störungen

Zitierweise

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. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/07. Berlin 2018. DOI: 10.20364/VA-18.07. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=93>

Hinweis zu Version 2

Der Bericht wurde am 20.12.2018 erstmals veröffentlicht. Die vorliegende Version 2 vom 15.01.2019 enthält zusätzliche Daten, die in **Abbildung A-1** im Anhang dargestellt sind.

Abstract (English)**Diagnostic prevalence of mental disorders in children and adolescents in Germany: an analysis of nationwide claims data of ambulatory care from 2009 to 2017****Background**

Although mental health problems in children and adolescents are common, current data on their occurrence in outpatient care in Germany are lacking. This study presents nationwide data on the diagnostic prevalence of mental disorders in children and adolescents in Germany and characterizes mental health care use of affected children and adolescents.

Methods

The study was based on all ambulatory physician billing claims from 2009 to 2017 of residents with statutory health insurance in Germany, covering 87% of the total German population. The study population were children and adolescents aged younger than 18 years. We investigated the group of mental disorders as a whole as well as the main groups of disorders separately. Different case definitions were applied based on the number of quarters within a given year with a documented mental disorder to reflect the persistence of the disorders. The diagnostic prevalence was calculated for each year as the proportion of children and adolescents fulfilling the case definition in relation to all children and adolescents with at least one outpatient care contact in the respective year. We finally investigated health care and mental health care use.

Results

The proportion of children and adolescents with a documented mental disorder increased from 23% in 2009 to 28% in 2017. In 2017, a total of 16% and 6% received a diagnosis in at least two quarters and in all four quarters, respectively. Most diagnoses were due to developmental disorders (17% affected children and adolescents in 2017), followed by behavioral and emotional disorders (11% diagnostic prevalence). Mood disorders showed the largest increase in diagnostic prevalence during the observation period. Substantial age and sex dependencies were observed across the types of mental disorder. Pediatricians were involved in the treatment of more than 80% of all cases. Depending on the type of disorder, between 35% (developmental disorders) and 71% (affective disorders) of children and adolescents were treated by general practitioners. The use of mental health care varied according to type of disorder.

Conclusions

The present study indicates a substantial and increasing burden of mental disorders among children and adolescents in Germany in recent years and highlights a central role of pediatricians but also general practitioners in the care of those affected. The use of mental health care varied substantially across types of disorder.

Hintergrund

Psychische Auffälligkeiten und Störungen gehören zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Jüngere Schätzungen gehen davon aus, dass weltweit bis zu 20 % aller Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten aufweisen [1]. In Industrienationen tragen psychische Störungen zu einem beachtlichen Teil zur Krankheitslast und einer verminderten Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen bei und sind daher von erheblicher Public Health-Relevanz [2]. Etwa 50 % aller psychischen Erkrankungen entstehen bereits bis zu einem Alter von 14 Jahren, bis zu einem Alter von 18 Jahren steigt dieser Anteil auf 74 % [3]. Allerdings bleiben psychische Erkrankungen zu diesem frühen Zeitpunkt oft unerkannt und unbehandelt, wodurch die psychische Gesundheit im späteren Leben nachhaltig beeinträchtigt werden kann [2]. Ursachen für die Entwicklung einer psychischen Störung im Kindes- bzw. Jugendalter sind mannigfaltig und umfassen psychosoziale Faktoren wie Konflikte in der Familie, Trennungen, psychische oder schwere körperliche Erkrankungen der Eltern, sozioökonomische Benachteiligung aber auch biologische Risikofaktoren wie z. B. Frühgeburt oder Rauchen während der Schwangerschaft [4]. Neben einem hohen individuellen Leidensdruck gehen psychische Auffälligkeiten oftmals mit weiteren Gesundheits- und Entwicklungsproblemen einher und können sich nachteilig auf den Bildungs- und Berufserfolg sowie soziale Beziehungen auswirken [5, 6]. Vor dem Hintergrund der weitreichenden Folgen einer psychischen Störung im Kindes- oder Jugendalter kommt Präventionsmaßnahmen wie auch gezielter frühzeitiger Intervention eine hohe gesundheitspolitische Bedeutung zu [5, 7].

Für Deutschland gibt es kaum aktuelle Schätzungen zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Basierend auf 33 Studien aus den Jahren 1953 bis 2006 ermittelten Barkmann et al. im Rahmen einer Meta-Analyse eine mittlere Prävalenz von 17,6 % bei Heranwachsenden im Alter von 1,5 bis 18 Jahren [8]. In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) beantworteten die Sorgeberechtigten von rund 10.000 Kindern und Jugendlichen zu zwei Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012) einen Fragebogen, der Verhaltensauffälligkeiten und Stärken in den Bereichen emotionale Probleme, Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Probleme mit Gleichaltrigen und prosoziales Verhalten erfasst [9]. Basierend auf dieser

elternberichteten Einschätzung konnten zu beiden Erhebungszeitpunkten jeweils 20 % aller Heranwachsenden im Alter von 3 bis 17 Jahren einer Risikogruppe für psychische Auffälligkeiten zugeordnet werden. Jungen wiesen insgesamt häufiger Verhaltensauffälligkeiten, Hyperaktivitätsprobleme sowie Probleme mit Gleichaltrigen (Peer-Probleme) auf als Mädchen. Bei Mädchen waren hingegen emotionale Probleme stärker ausgeprägt als bei Jungen. Da die KiGGS-Studie lediglich das Risiko einer psychischen Auffälligkeit quantifiziert, bleibt unklar, wie viele Kinder und Jugendliche tatsächlich an einer manifesten psychischen Störung leiden. Studien, die auf Diagnosestellungen beruhen, können Aufschluss darüber geben, wie häufig ärztliche Leistungen anlässlich psychischer Störungen in der Kindes- und Jugendzeit in Anspruch genommen werden. So wurde basierend auf Abrechnungsdaten der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ermittelt, dass im Jahr 2014 knapp 26 % der unter 18-Jährigen eine ambulante Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Störungen erhielten [10].

Ziel der vorliegenden Untersuchung war, auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus den Jahren 2009 bis 2017 aktuelle und deutschlandweite Schätzungen für die bevölkerungsbezogene Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 18 Jahren zu bestimmen. Welche Arztgruppen vorwiegend an der Versorgung beteiligt sind und wie häufig psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen werden, war ebenfalls Gegenstand der Untersuchung.

Methodik

Datengrundlage

Datengrundlage für die vorliegende Auswertung bildeten die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V für die Jahre 2009 bis 2017. Der Datenkörper umfasst alle gesetzlich krankenversicherten Patienten, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Arztkontakt im Rahmen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens hatten. Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten enthalten zu jeder pseudonymisierten Patientenidentifikationsnummer Angaben zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, den Krankheitsdiagnosen und zum Quartal dieser Diagnosen. Für jedes Jahr wurde der Patientenwohnort der Region zugeteilt, in der sie im Quartal der letzten Abrechnung des jeweiligen Kalenderjahres gemeldet

waren. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Kinder und Jugendliche bis zu einem Alter von 18 Jahren.

Diagnosen psychischer Störungen und Falldefinition

Auf Basis der ärztlich oder psychotherapeutisch dokumentierten Diagnosen entsprechend der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) wurden alle Kinder und Jugendlichen identifiziert, die im Untersuchungszeitraum 2009 bis 2017 eine gesicherte Diagnose (Zusatz „G“) aus dem Bereich der psychischen Störungen (F00–F99) aufwiesen. **Tabelle 1** zeigt die Krankheitsbilder auf Ebene der Kategorien (sinngemäß ICD-2-Steller).

Um eine Einschätzung zur Dauerhaftigkeit von F-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen zu erhalten, wurden in der vorliegenden Arbeit drei Falldefinitionen verwendet:

1. Alle Kinder und Jugendlichen, die im jeweiligen Kalenderjahr mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung (F-Diagnose) erhielten (mindestens in einem Quartal des Jahres eine F-Diagnose, nachfolgend M1Q)
2. Alle Kinder und Jugendlichen, die in mindestens zwei Quartalen eines Kalenderjahres eine F-Diagnose erhielten (nachfolgend M2Q)
3. Alle Kinder und Jugendlichen, die in allen vier Quartalen eines Kalenderjahres eine F-Diagnose erhielten (nachfolgend M4Q)

Tabelle 1: Psychische und Verhaltensstörungen nach ICD-10-GM

ICD-Code	Bezeichnung	Beispiel
F0 (F00–F99)	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	Psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.-)
F1 (F10–F19)	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.-), Opioide (F11.-), Tabak (F17.-)
F2 (F20–F29)	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	Schizophrenie (F20.-), Schizotype Störung (F21.-), wahnhaftige Störungen (F22.-)
F3 (F30–F39)	Affektive Störungen	Depression, bipolare affektive Störung, manische Episode
F4 (F40–F48)	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Angststörungen, Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen
F5 (F50–F59)	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Essstörungen (F50.-), nicht organische Schlafstörungen (F51.-)
F6 (F60–F69)	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.-), Störungen der Geschlechtsidentität (F64.-)
F7 (F70–F79)	Intelligenzstörung	Intelligenzminderung leicht (F70.-), mittelgradig (F71.-), schwer (F72.-)
F8 (F80–F89)	Entwicklungsstörungen	Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80.-), schulischer Fertigkeiten (F81.-) oder der Motorik (F82.-)
F9 (F90–F98)	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Hyperkinetische Störungen (F90.-), Störungen des Sozialverhaltens (F91.-), emotionale Störung (F93.-)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	

Quelle: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik [11]

Definition der Leistungserbringer und Gruppierung

Für die Untersuchung, welche Leistungserbringer an der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten beteiligt sind, wurden anhand der Fachgruppenschlüssel der lebenslangen Arztnummer (LANR) sechs Arzt- bzw. Psychotherapeutengruppen gebildet (**Tabelle 2**). In dieser Untersuchung wurden nur jene Fachgruppen berücksichtigt, bei denen eine Versorgung in Bezug auf die psychischen Auffälligkeiten anzunehmen ist. Da die Übergänge zur Erwachsenenmedizin fließend sind, wurden in dieser Arbeit sowohl die pädiatrischen Arztgruppen als auch die entsprechenden Pendants für Erwachsene einbezogen. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind sozusagen die Hausärzte aller Kinder und Jugendlichen. Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind die Experten für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Da die ärztlichen Psychotherapeuten (Facharzt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychotherapeutisch tätiger Arzt) in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen kaum eine Rolle spielten, wurden sie für die vorliegende Analyse mit den psychologischen Psychotherapeuten der Erwachsenenmedizin zusammengefasst.

Definition der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsleistung

Die abgerechneten Gebührenordnungspositionen (GOPs) aus dem Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie (Kapitel 14, 21, 22, 23 und 35) wurden in Anlehnung an die Behandlungsintensität in drei Gruppen eingeteilt (**Abbildung 1**). Die erste Gruppe bildet die psychosomatische Grundversorgung ab und umfasst nicht antragspflichtige Leistungen wie z. B. die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände (GOP 35100) und übende Interventionen als Einzelbehandlung (GOP 35111). Die zweite Gruppe beschreibt niederschwellige und akute Angebote sowie langfristige Stützung bzw. Behandlung. In diese Gruppe fallen u. a. das kinder- und jugendpsychiatrische Gespräch (GOP 14220), die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eines Kleinkindes (GOP 14221), die supportive psychiatrische Behandlung (GOP 21217), das psychiatrische Gespräch bei Erwachsenen (GOP 21220) wie auch die psychotherapeutische Sprechstunde (GOP 35151) und die psychotherapeutische Akutbehandlung (GOP 35152). In der letzten Gruppe mit der höchsten Behandlungsintensität sind alle antragspflichtigen Leistungen zusammengefasst, darunter Kurzzeit- bzw. Langzeittherapien im Rahmen von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien, analytischen Psychotherapien

Tabelle 2: Kategorisierung der verschiedenen Arzt- und Psychotherapeutengruppen

Bezeichnung	LANR	Enthaltene Fachgruppen
Allgemeinmediziner (Hausarzt)	1, 2, 3	FA für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, FA für Innere und Allgemeinmedizin
FA für Kinder- und Jugendmedizin (nachfolgend <i>Kinderarzt</i>)	34–46	HA oder FA für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder-Hämatologie, Kinder-Kardiologie, Neonatologie, Neuropädiatrie/Kinder-Neuropsychiatrie und Kinder-Pneumologie; Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an der HA/FA-Versorgung
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (nachfolgend <i>Kinderpsychiater</i>)	47	FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (nachfolgend <i>Kinderpsychotherapeut</i>)	69	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (ohne ärztliche Psychotherapeuten)
FA für Psychiatrie (nachfolgend <i>Psychiater</i>)	51, 58	FA für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, Facharzt für Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie
Psychotherapie (nachfolgend <i>Psychotherapeut</i>)	60, 61, 68	FA für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutisch tätiger Arzt, Psychologischer Psychotherapeut

Fachgruppencode gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung [12]; FA = Facharzt; HA = Hausarzt

oder Verhaltenstherapien. Da probatorische Sitzungen bei lediglich 0,1 % der Heranwachsenden mit M2Q im Jahr 2017 abgerechnet wurden und somit in der Studienpopulation keine bedeutende Rolle spielten, wurde diese Leistung für die vorliegende Auswertung mit der Gruppe der antragspflichtigen Leistungen zusammengefasst.

Statistische Analyse

Die Diagnoseprävalenz psychischer Störungen wurde für alle drei Falldefinitionen (M1Q, M2Q, M4Q) für die Gesamtpopulation sowie nach Geschlecht und Alter für alle Jahre des Untersuchungszeitraums bestimmt. Auf Ebene der Diagnosen wurde der Anteil der einzelnen ICD-2-Steller an allen gestellten F-Diagnosen im Zeitverlauf von 2009 bis 2017 betrachtet und für das Jahr 2017 nach Altersgruppen differenziert quantifiziert (<5 Jahre, 5 bis <10, 10 bis <15, 15 bis <18 Jahre).

Die Entwicklung der Diagnoseprävalenz (M1Q) über die Zeit wurde für die sechs bedeutsamsten ICD-2-Steller dargestellt. Die Gruppe der sechs bedeutsamsten ICD-2-Steller umfasste die fünf quantitativ größten Diagnosekategorien (F4, F5, F6, F8 und F9) sowie die Gruppe der affektiven

Störungen (F3), die im Zeitverlauf die stärkste relative Zunahme verzeichnete. Aus Gründen der Übersichtlichkeit beschränkt sich dieser Bericht vorwiegend auf Ergebnisse bis zur Ebene der ICD-2-Steller. Ergebnisse zu wichtigen Einzelkategorien auf Ebene der ICD-3-Steller werden selektiv im Text beschrieben.

Regionale Variation und räumliche Autokorrelation

Die Diagnoseprävalenz (M2Q) wurde stratifiziert nach siedlungsstrukturellem Kreistyp (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise) berechnet gemäß der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) [14]. Weiterhin wurde die Diagnoseprävalenz auf Ebene der 402 Kreise (administrative Kreisstruktur mit dem Stand 31. Dezember 2011) untersucht und kartografisch für die Jahre 2009 und 2017 dargestellt. Alle Kennzahlen für die Diagnoseprävalenz können nach Region (KV-Bereich, Bundesland, Kreis) auch im interaktiven Bereich des Versorgungsatlas auf www.versorgungsatlas.de abgerufen werden. Für jeden Kreis wurde zudem die relative Veränderung zwischen 2009

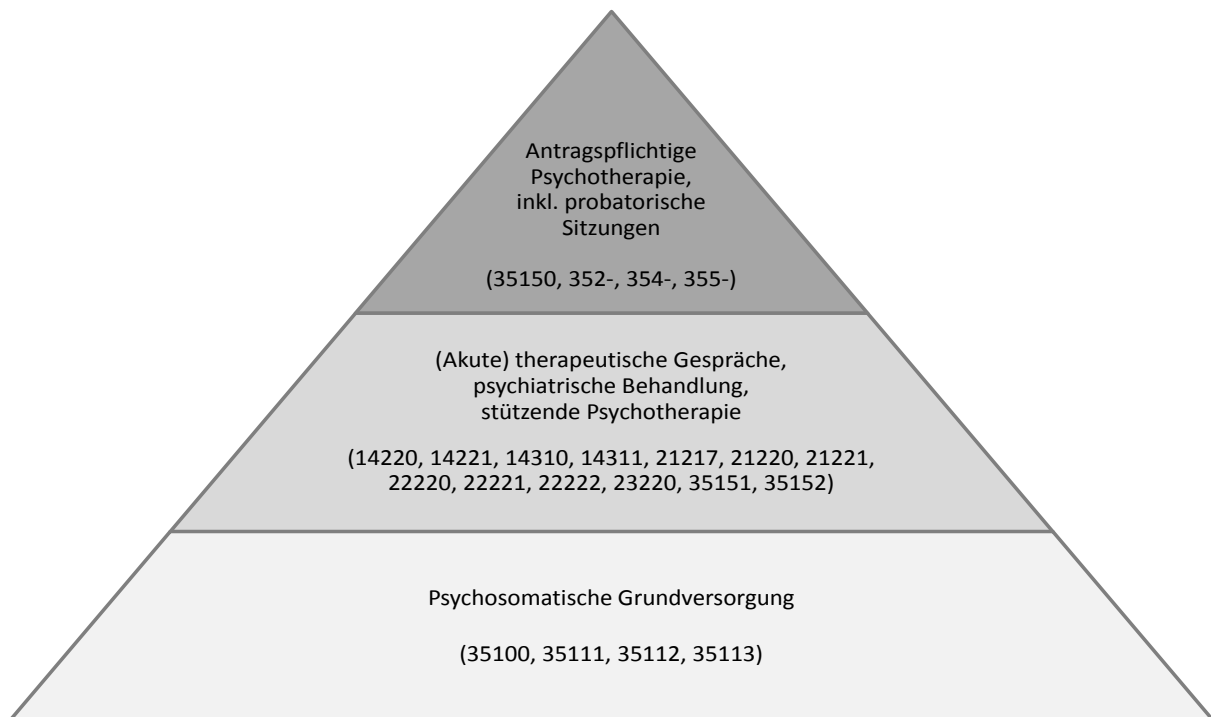


Abbildung 1: Gruppierung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für das Jahr 2017 nach Behandlungsintensität [13]

Grundlage waren die Leistungen der Kapitel 14, 21, 22, 23 und 35; Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung [13]

und 2017 ermittelt. Anhand des *Global Moran's I* wurde untersucht, ob eine globale räumliche Autokorrelation in Bezug auf die Diagnosestellung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen vorliegt und wie stark diese ist. Um lokale Muster in der Diagnoseprävalenz zu identifizieren, wurde das *Local Moran's I* berechnet [15]. Das *Local Moran's I* identifiziert statistisch signifikante lokale räumliche Cluster hoher bzw. niedrig-niedriger Diagnoseprävalenz sowie räumliche Ausreißer. Die Ergebnisse wurden für die Jahre 2009 und 2017 kartografisch dargestellt.

Akteure in der Versorgung und Inanspruchnahme von Leistungen

Die Inanspruchnahme der Akteure sowie die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2017 wurde jeweils für die sechs bedeutsamsten Störungsbilder untersucht. Die Nennerpopulation umfasste jeweils alle Kinder und Jugendlichen, die die Falldefinition M2Q für das jeweilige Störungsbild erfüllten. Für die ärztliche Inanspruchnahme wurde der Anteil der Kinder und Jugendlichen bestimmt, der in einem Quartal bzw. in allen vier Quartalen des Jahres Kontakt zu den untersuchten Arztgruppen hatte. Die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen wurde als Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Leistungen aus den gebildeten Kategorien ausgedrückt.

Ergebnisse

Gesamtheit aller psychischen Störungen

Die Studienpopulation des Untersuchungszeitraums 2009 bis 2017 umfasste pro Jahr zwischen elf und zwölf Millionen Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren (11.630.573 im Jahr 2017). Über den Untersuchungszeitraum nahm die Zahl der F-Diagnosen, die bei Kindern und Jugendlichen im ambulanten Bereich vergeben wurden, stetig zu. Während im Jahr 2009 insgesamt etwa 10,1 Millionen F-Diagnosen bei Heranwachsenden vergeben wurden, waren es im Jahr 2017 knapp 14,5 Millionen. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die pro Jahr mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten stieg von 23 % im Jahr 2009 auf 28 % im Jahr 2017, welches einer Steigerung von 22 % entspricht (**Abbildung 2**). Der Anteil Heranwachsender mit einer Diagnose in mindestens zwei bzw. vier Quartalen eines Jahres zeigte eine etwas stärkere relative Zunahme. Im Jahr 2017 wurde bei 16 % der Heranwachsenden in mindestens zwei Quartalen und bei 6 % in allen

vier Quartalen des Jahres eine F-Diagnose vergeben, welches jeweils einem Zuwachs von 29 % bzw. 33 % im Vergleich zum Jahr 2009 entspricht. Deskriptiv lässt sich insbesondere für die auf dem M1Q- und M2Q-Kriterium basierenden Anteile erkennen, dass der Anstieg ganz überwiegend zwischen 2009 und 2014 erfolgte und seitdem bis 2017 ein Plateau ohne wesentliche Schwankungen erreicht ist (**Abbildung 2** und **Tabelle 3**). Mit jeweils fast 2 Prozentpunkten sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen war der Anstieg zwischen den Jahren 2013 und 2014 überdurchschnittlich im Vergleich zu den früheren Jahren (**Tabelle 3**).

Jungen erhielten häufiger eine Diagnose aus der Gruppe der psychischen Störungen als Mädchen (31 % vs. 24 % im Jahr 2017, vgl. **Tabelle 3**). Dieser Geschlechtsunterschied bestand dabei über alle Altersgruppen hinweg, bis er sich im Alter von 15 Jahren umkehrte (**Abbildung 3**). Bei beiden Geschlechtern lag die höchste Diagnoseprävalenz in der Altersgruppe der 5-Jährigen. Bei Jungen folgte dann ein kontinuierlicher Rückgang in der Diagnoseprävalenz bis zum Erwachsenenalter, während bei den Mädchen ab einem Alter von 14 Jahren die Diagnoseprävalenz wieder anstieg.

Kategorien psychischer Störungen

Abbildung 4 zeigt die Anteile der ICD-2-Steller an allen psychischen Diagnosen für das Jahr 2009 (**Abbildung 4A**) sowie die relative Veränderung der Anteile über einen Zeitraum von neun Jahren bis zum Jahr 2017 (**Abbildung 4B**). Entwicklungsstörungen (F8) bildeten die häufigste Diagnose in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen (45 % aller psychischen Diagnosen im Jahr 2009), gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9, ohne F99) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4), die jeweils etwa 34 % bzw. 10 % aller psychischen Diagnosen ausmachten. Über die Zeit zeigte sich eine Zunahme im Anteil der Diagnosen von Entwicklungsstörungen um 9 % (49 % aller F-Diagnosen im Jahr 2017), wohingegen Verhaltens- und emotionale Störungen relativ gesehen weniger häufig diagnostiziert wurden (Abnahme um 8 %). Mit einem Zuwachs von 34 % stieg der Anteil der Diagnosen der affektiven Störungen (F3) über den Untersuchungszeitraum am stärksten, wobei ihr Anteil an allen psychischen Diagnosen mit 2,1 % insgesamt gering ausfiel.

Auf Ebene der Subkategorien (ICD-3-Steller) wurden nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache (F80) als häufigste Einzeldiagnose bei Kindern und

Jugendlichen identifiziert (25 % aller gestellten F-Diagnosen im Jahr 2017), gefolgt von hyperkinetischen Störungen (F90) mit 11 %, Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion (F82 mit 7,9 %) und andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit (F98 mit 7,6 %) sowie emotionale Störungen des Kindesalters (F93 mit 5,4 %). An sechster Stelle folgten Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43 mit 4,7 %).

Die Diagnoseprävalenz (M1Q, M2Q) der sechs bedeutsamsten Diagnosekategorien (ICD-2-Steller) und deren Entwicklung über den Untersuchungszeitraum sind in **Abbildung 5** dargestellt. Neben den fünf quantitativ bedeutsamsten psychischen Störungen wurde aufgrund der ausgeprägten relativen Zunahme in der Diagnoseprävalenz über den Untersuchungszeitraum (vgl. **Abbildung 4B**) zusätzlich die Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F3) berücksichtigt. Ab dem Jahr 2014 stabilisierten sich die Diagnoseprävalenzen (F4, F5, F6, F9) bzw. stiegen langsamer an (F3 und F8). Unterschiede im Verlauf der Diagnoseprävalenz zwischen den Falldefinitionen gab es für die Verhaltensauffälligkeiten sowie die Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Im Folgenden werden die sechs ICD-2-Steller eingehender betrachtet. Die Ergebnisse auf ICD-3-Steller-Ebene (M1Q) finden sich im Anhang (**Tabelle A-1**).

Im Jahr 2017 wurde bei etwa jedem sechsten Heranwachsenden eine **Entwicklungsstörung (F8)** diagnostiziert (M1Q: 17 %, **Abbildung 5A**). Dies entsprach 1.974.249 Mädchen und Jungen im Alter von 0 bis 18 Jahren. Bei mehr als der Hälfte dieser Kinder und Jugendlichen bestand die Störung in mindestens zwei Quartalen (M2Q: 10 %). Die Diagnose F80 (Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache) wurde dabei mit Abstand am häufigsten vergeben (M1Q: 11 %), gefolgt von F82 (Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion, M1Q: 4,1 %) (vgl. **Tabelle A-1**). Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) wie z. B. frühkindlicher Autismus spielen eine untergeordnete Rolle (M1Q: 0,94 %).

An zweiter Stelle der häufigsten ICD-2-Steller folgte die Gruppe der **Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9)**. Im Jahr 2017 erhielten 1.307.290 Kinder und Jugendliche diese Diagnose, welches einer Diagnoseprävalenz von 11 % entspricht (**Abbildung 5A**). Die anderen Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98) wurden mit einer M1Q-Prävalenz von 4,3 % in dieser Gruppe am häufigsten diagnostiziert, dicht gefolgt von den Hyperkinetischen Störungen (F90) mit 4,0 %. Emotionale Störungen des

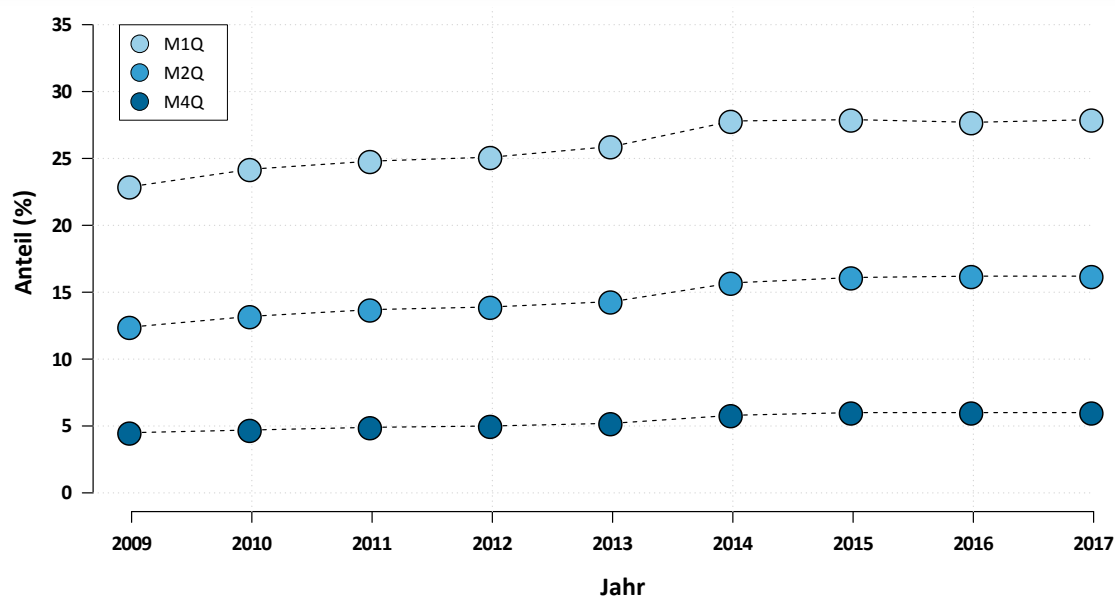


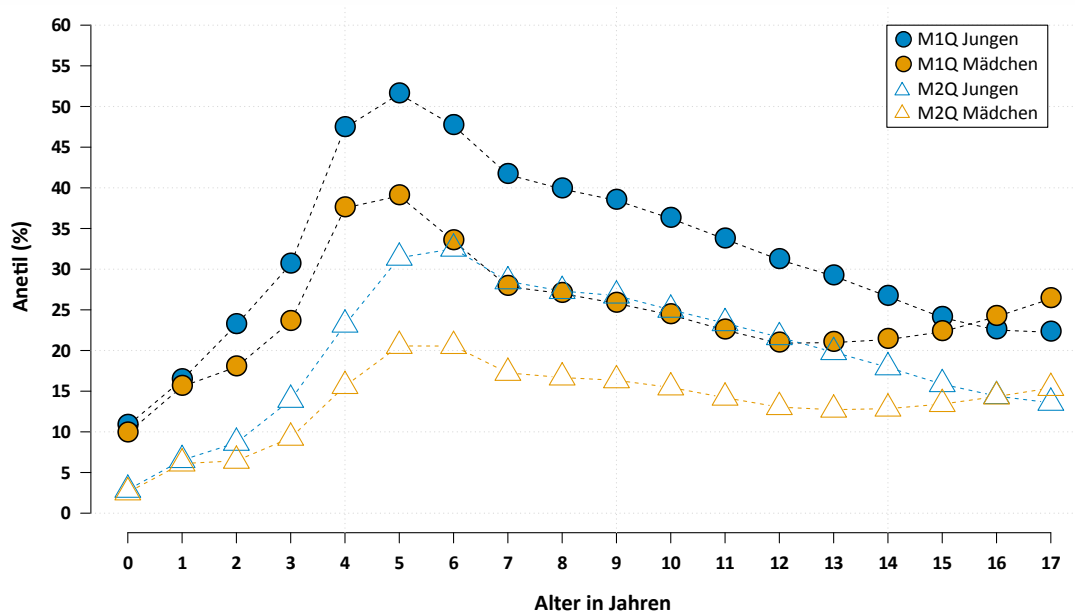
Abbildung 2: Trends im Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer F-Diagnose im Jahr auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2017

M1Q = F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres; M2Q = F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres; M4Q = F-Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres

Tabelle 3: Anteil (%) der Jungen und Mädchen bis einschließlich 17 Jahre mit mindestens einer ambulanten F-Diagnose in den Jahren 2009 bis 2017 auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Jungen									
M1Q	26,3	27,7	28,3	28,7	29,3	31,2	31,4	31,2	31,4
M2Q	15,3	16,2	16,7	16,9	17,2	18,7	19,0	19,0	19,1
M4Q	5,9	6,1	6,4	6,5	6,6	7,2	7,4	7,4	7,4
Mädchen									
M1Q	19,4	20,5	21,1	21,5	22,3	24,2	24,3	24,1	24,2
M2Q	9,4	10,1	10,5	10,8	11,2	12,6	13,0	13,1	13,2
M4Q	3,0	3,2	3,4	3,5	3,7	4,3	4,5	4,6	4,6

M1Q, Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres; M2Q, Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres; M4Q, Diagnose in jedem Quartal des jeweiligen Jahres


Abbildung 3: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einer ambulanten F-Diagnose im Jahr nach Alter auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für das Jahr 2017

M1Q, F-Diagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres; M2Q, F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres

Kindesalters stellten eine weitere bedeutsame Gruppe dieser Störungskategorie (M1Q: 2,9 %) (vgl. **Tabelle A-1**).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) standen an dritter Stelle der ambulanten Diagnoseprävalenz psychischer Störungen in der Kindheit und Jugend. Knapp 690.000 Heranwachsende erhielten im Jahr 2017 eine Diagnose (M1Q), welches einem Anteil von 5,9 % der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen entspricht (**Abbildung 5A**). 2,5 % erhielten die Diagnose in mindestens zwei

Quartalen des Jahres (M2Q). Etwa die Hälfte der Diagnosen entfallen auf Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) mit 312.228 betroffenen Heranwachsenden (M1Q: 2,7 %). Somatoforme Störungen (F45) stellten einen weiteren bedeutsamen Teil der Diagnosen in dieser Gruppe (M1Q: 2,2 % mit 253.376 Betroffenen) (vgl. **Tabelle A-1**). Mit einer M1Q-Diagnoseprävalenz von 1,4 % (163.908 Betroffene, **Abbildung 5B** und **Tabelle A-1**) standen **Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)** an vierter Stelle der häufigsten psychischen Störungen bei

Heranwachsenden (M2Q: 0,51 %). Nichtorganische Schlafstörungen (F51) mit 64.354 Betroffenen (M1Q: 0,55 %) sowie Essstörungen (F50) mit 62.380 Betroffenen (M1Q: 0,54 %) wurden in dieser Gruppe mit Abstand am häufigsten diagnostiziert (vgl. **Tabelle A-1**).

Etwa 164.000 Kinder und Jugendliche (M1Q: 1,4 %) erhielten im Jahr 2017 eine Diagnose aus dem Spektrum der **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)** (**Abbildung 5B**). Bemerkenswert war, dass bei 53 % der Kinder und Jugendlichen (N=86.038) die unspezifische Diagnose F69 (nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) vergeben wurde (M1Q: 0,74 %). Deutlich seltener wurden spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60, M1Q: 0,28 %) sowie andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F68, M1Q: 0,20 %) diagnostiziert (vgl. **Tabelle A-1**).

Affektive Störungen (F3) zeigten die stärkste relative Zunahme im beobachteten Zeitraum und stellten mit einer M1Q-Diagnoseprävalenz von 1,1 % die sechsthäufigste Diagnosekategorie unter den F-Diagnosen. Knapp 128.000 Heranwachsende erhielten in mindestens einem Quartal des Jahres 2017 eine Diagnose einer affektiven Störung, 62.800 erhielten eine solche Diagnose in mindestens zwei Quartalen (M2Q: 0,54 %). Der Großteil der Diagnosen entfiel in dieser Gruppe auf depressive Episoden (F32) mit einer Diagnoseprävalenz von 0,85 % (98.820 Betroffene). Erst mit großem Abstand folgten nicht näher bezeichnete affektive Störungen (F39) als zweitwichtigste Kategorie innerhalb der affektiven Störungen (N=15.096, M1Q: 0,13 %) und rezidivierende psychische Störungen (F33, M1Q: 0,09 %) (vgl. **Tabelle A-1**).

Zwar waren Entwicklungsstörungen (F8) sowie Verhaltens- und emotionale Störungen (F9, ohne F99) die am häufigsten gestellten Diagnosen über das gesamte Kindes- und Jugendalter, dennoch offenbarten sich Unterschiede in deren Bedeutung zwischen Altersgruppen (**Abbildung 6**). Mit einem Anteil von 70 % stellten Entwicklungsstörungen (F8) die mit Abstand häufigste Diagnose bei Kindern bis zu einem Alter von 4 Jahren dar; sie nahmen dann kontinuierlich in ihrer Bedeutung ab, blieben jedoch in allen Altersgruppen relevant. Gleichzeitig gewannen ab dem Vorschulalter Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) an Bedeutung. In der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen entfielen darauf 42 % der Diagnosen. Bei den 15- bis unter 18-Jährigen kamen neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F5) sowie affektive

Störungen (F3) als relevante Krankheitsbilder hinzu. Auch Störungen durch Substanzkonsum (F1) erlangten ab dieser Altersgruppe Bedeutung. Die einzelnen Kategorien psychischer Störungen (ICD-2-Steller) wiesen teils sehr unterschiedliche Altersverläufe und Geschlechtsverteilungen auf.

Abbildung 7 zeigt die Diagnoseprävalenz (M1Q) der sechs bedeutsamsten psychischen Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen nach Alter und Geschlecht für das Jahr 2017. Während bei affektiven Störungen die Diagnoseprävalenz kontinuierlich mit dem Alter anstieg, gipfelte sie bei Entwicklungsstörungen wie auch bei Verhaltens- und emotionalen Störungen im Vorschul- bzw. Grundschulalter. So erhielten 45 % der Jungen im Alter von 5 Jahren mindestens in einem Quartal eine Diagnose aus der Kategorie der Entwicklungsstörungen (32 % der Mädchen). Auf Ebene der ICD-3-Steller waren Sprachentwicklungsstörungen (F80) die häufigste Diagnose, die 36 % der 5-jährigen Jungen (27 % der 5-jährigen Mädchen) erhielten. An zweiter Stelle standen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktion (F82), die bei 11 % der 5-jährigen Jungen und 5,0 % der 5-jährigen Mädchen diagnostiziert wurde. Bei 21 % der Jungen im Vorschulalter bestand die Sprachentwicklungsstörung in mindestens zwei Quartalen (M4Q: 6,9 %), bei Mädchen waren es 14 % (M4Q: 4,1 %).

Jungen waren in allen Altersgruppen häufiger von Entwicklungsstörungen (F8) wie auch Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) betroffen als Mädchen (**Abbildung 7**). Auch wurden Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6) bei Jungen bis zu einem Alter von 14 Jahren häufiger diagnostiziert, bevor sich das Geschlechterverhältnis umkehrte. Bei affektiven Störungen (F3), neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) wie auch bei Verhaltensauffälligkeiten (F5) gewannen Geschlechterunterschiede erst ab dem Jugendalter an Bedeutung. Ab dem Alter von 13 Jahren wurden diese Störungsbilder bei Mädchen zunehmend häufiger diagnostiziert als bei Jungen. Beispielsweise erhielten insgesamt 1,1 % der Heranwachsenden in mindestens einem Quartal eine Diagnose einer affektiven Störung (M2Q: 0,54 %).

Regionale Variation und räumliche Autokorrelation

Zwischen den vier Kreistypen gab es über den gesamten Beobachtungszeitraum kaum Unterschiede in der Prävalenz der F-Diagnosen insgesamt. Im Jahr 2017 lag die M2Q-basierte Prävalenz der F-codierten Diagnosen insgesamt zwischen 15,7 % und 16,5 %, Stadt-Land-Unterschiede waren nicht zu beobachten (in

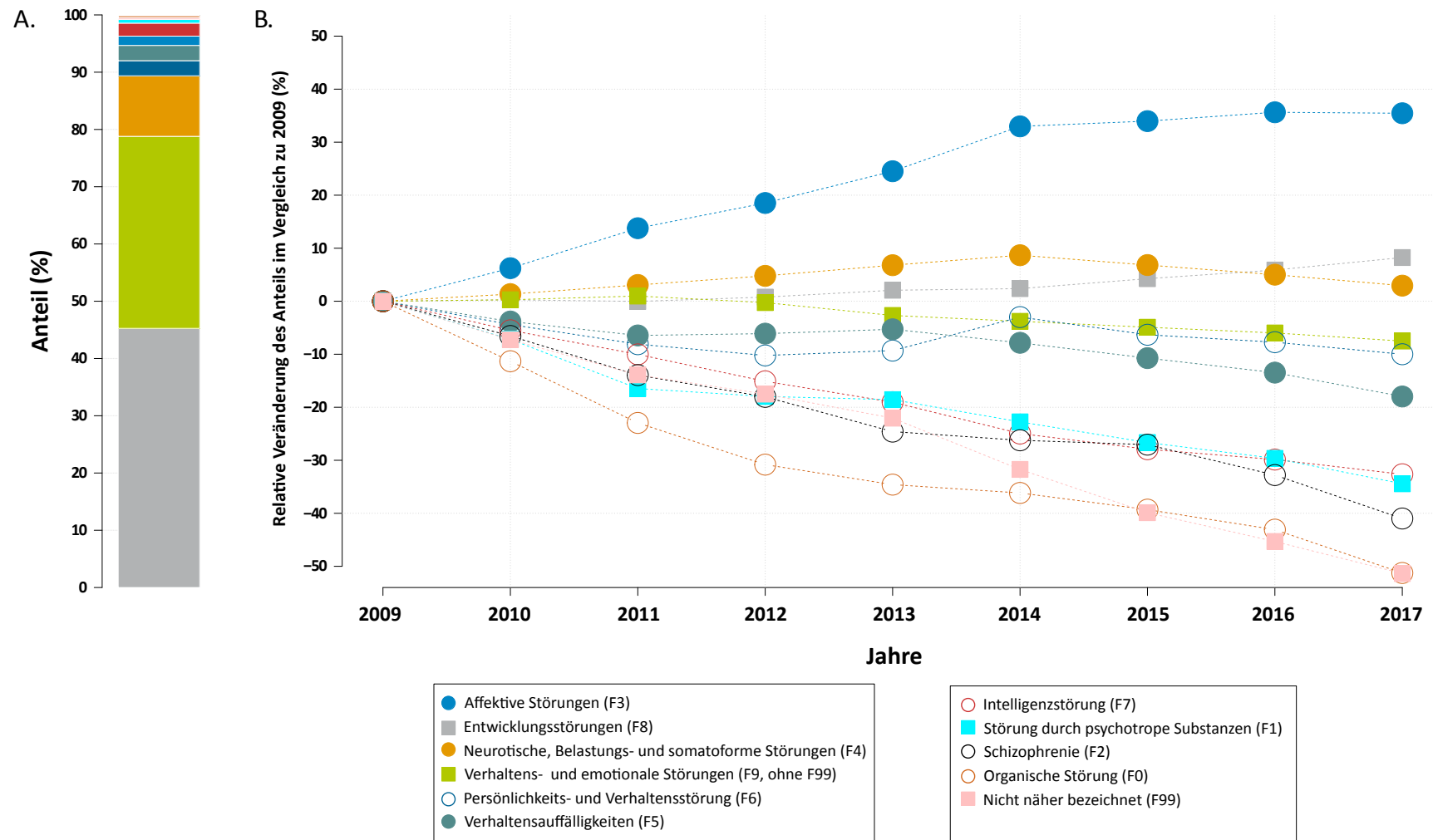


Abbildung 4: Anteil der einzelnen Kategorien (ICD-2-Steller) an allen F-Diagnosen im Jahr 2009 (A) und deren relative Veränderung im Anteil über die Zeit (B) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten für die Jahre 2009 bis 2017 (2009 insgesamt N = 10.164.516 F-Diagnosen)

Großstädten 16,3 % und in dünn besiedelten ländlichen Kreisen 16,5 %). Im Vergleich zum Jahr 2009 wurde in allen Kreistypen eine Zunahme um knapp 30 % gefunden.

Auf Ebene der 402 Kreise wurden hingegen Unterschiede in der Prävalenz der F-Diagnosen insgesamt offenbar (**Abbildung 8A**). Im Jahr 2017 variierte die M2Q-basierte Prävalenz der F-Diagnosen um das 2,7-Fache mit der niedrigsten Diagnoseprävalenz in Rottal-Inn (9,9 %) und

der höchsten in Frankfurt (Oder) (26,4 %). In nahezu allen Kreisen erhielten im Jahr 2017 mehr Kinder und Jugendliche eine F-Diagnose als im Jahr 2009. Im Jahr 2017 zählten nur noch wenige Kreise, die im Jahr 2009 mit kleiner 11,6 % noch zur Gruppe mit der niedrigsten Prävalenz von F-Diagnosen gehörten, zu dieser Kategorie. Mit Ausnahme von drei Kreisen verzeichneten alle Kreise einen Anstieg in der M2Q-basierten Prävalenz der F-Diagnosen. Während im Jahr 2009 elf Kreise eine M2Q-Diagnoseprävalenz von

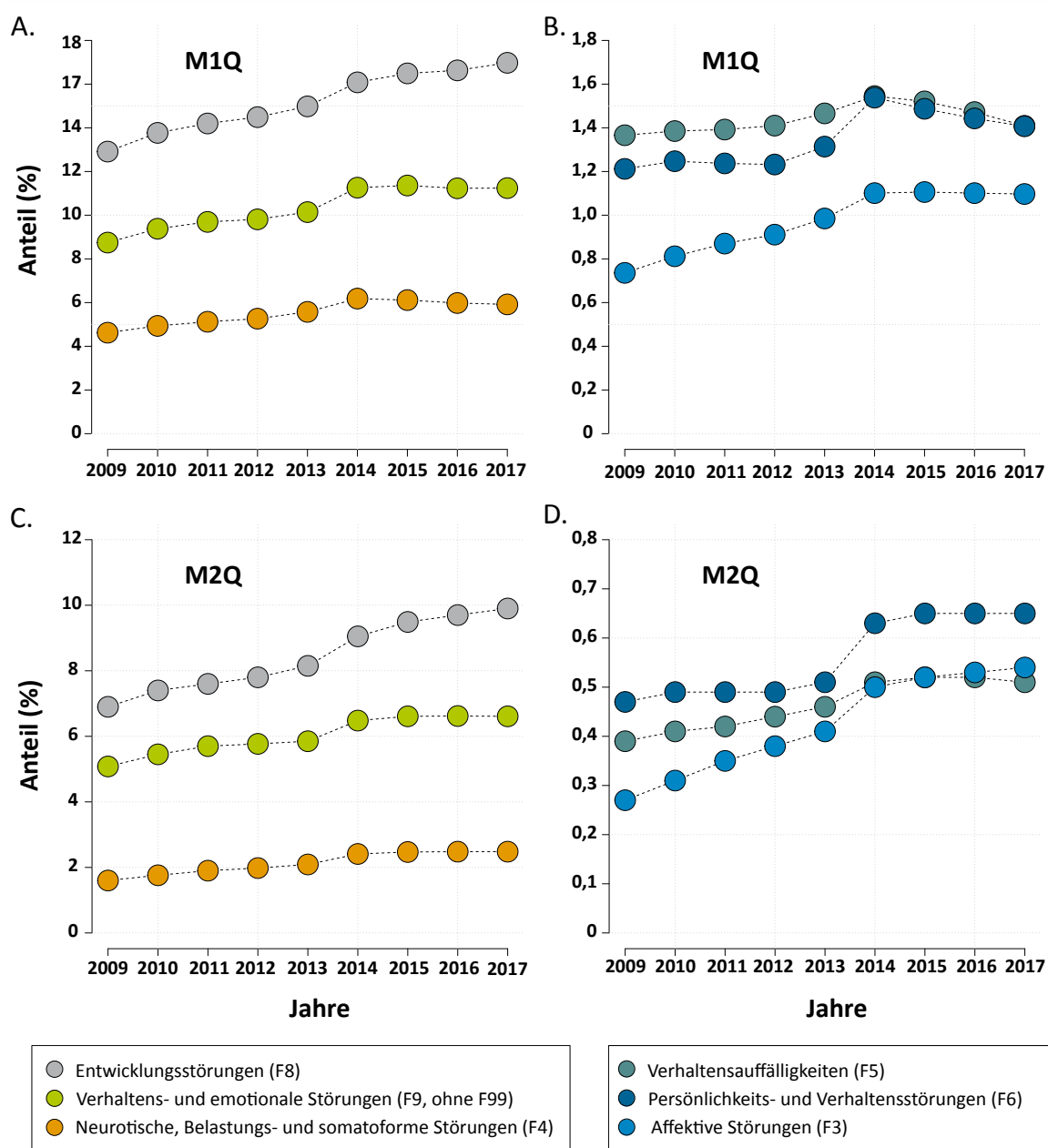


Abbildung 5: Entwicklung der Diagnoseprävalenz (M1Q, M2Q) der psychischen Störungsbilder (ICD-2-Steller) über den Untersuchungszeitraum von 2009 bis 2017 auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

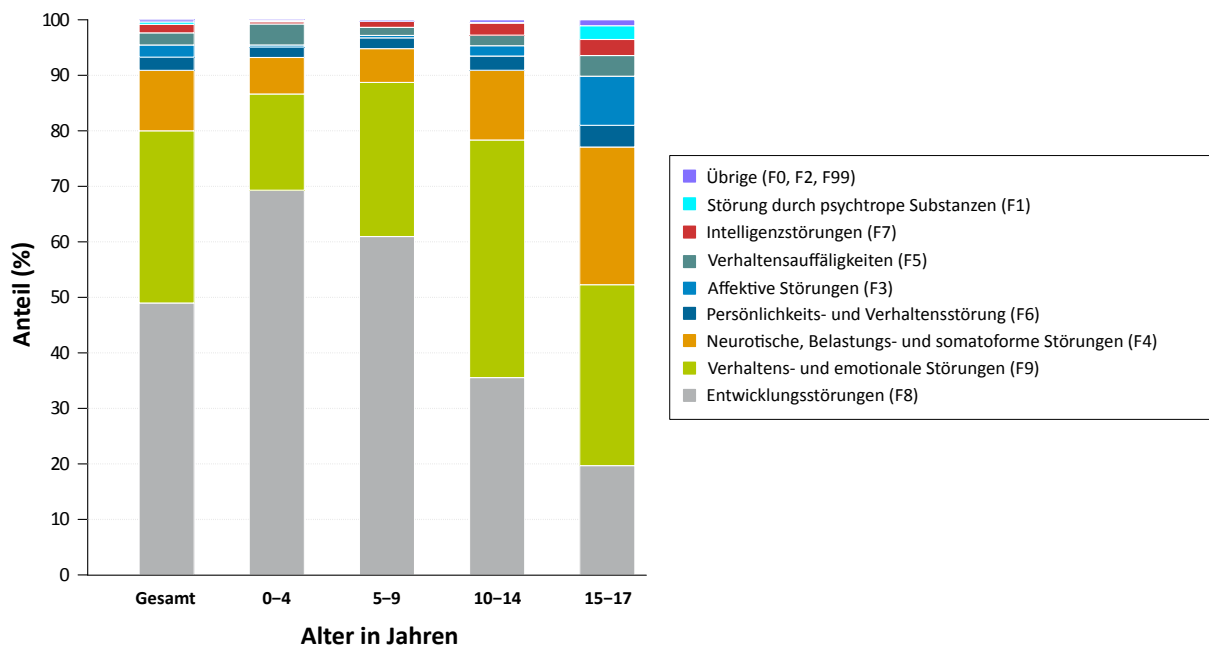


Abbildung 6: Anteil der einzelnen Diagnosen auf Ebene der ICD-2-Steller an allen F-Diagnosen (Nenner) im Jahr 2017 nach Altersgruppe auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre (2017 insgesamt N = 14.349.465 F-Diagnosen)

17,5 % und höher aufwiesen, waren es im Jahr 2017 bereits 121 Kreise (**Abbildung 8B**). Besonders ausgeprägt war dieser Anstieg mit 79 %, 75 % und 73 % in den Kreisen Frankfurt/Oder (Brandenburg), Kaufbeuren (Bayern) und Emden (Niedersachsen).

Das *Global Moran's I* als Maß für die globale räumliche Autokorrelation lag in allen Jahren (2009 bis 2017) zwischen 0,37 und 0,41 (p -Wert $< 0,0001$). Damit wies die räumliche Verteilung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen (M1Q) im Kindes- und Jugendalter moderat größere räumliche Zusammenhänge auf als bei zufälliger Verteilung erwartet würde. Die identifizierten lokalen Cluster von hohen bzw. niedrigen Werten sind in **Abbildung 9** für die sechs relevanten ICD-2-Steller und das Jahr 2017 dargestellt. Je nach Störungsbild zeigten sich unterschiedliche räumliche Cluster. Bei den affektiven Störungen (F3) erstreckte sich ein Cluster mit hoch-hohen Diagnoseprävalenzen vom Nordosten Niedersachsens bis ins nördliche Nordrhein-Westfalen und ein weiteres vom Norden Baden-Württembergs bis nach Bayern. Ein Cluster niedriger Diagnoseprävalenz umfasste nahezu alle Kreise in Sachsen. Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) war ein langgezogenes Cluster niedrig-niedriger Diagnoseprävalenz in Nordrhein-Westfalen zu

finden und mehrere kleine Cluster hoch-hoher Prävalenz in verschiedenen Bundesländern. In Bezug auf Verhaltensauffälligkeiten (F5) lagen kaum räumlich lokale Cluster vor. Einzige Ausnahmen waren zwei Cluster in der Pfalz und in der Eifel. Bei Entwicklungsstörungen (F8) und Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) lagen großflächige Cluster niedrig-niedriger Diagnoseprävalenz in Baden-Württemberg vor und kleine Cluster hoch-hoher Diagnoseprävalenz in der Pfalz, Niedersachsen (Celle, Wolfsburg), Brandenburg (Frankfurt (Oder), Oder-Spree, Dahme-Spreewald) und im nördlichen Bayern um Erlangen herum (F8, F9) und bis nach Würzburg (F9).

Akteure in der Versorgung und Inanspruchnahme psychiatrischer oder psychotherapeutischer Leistungen

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die in einem Quartal bzw. in allen vier Quartalen des Jahres 2017 Kontakt zu den untersuchten Fachgruppen hatten, ist für die sechs bedeutsamsten Störungsbilder in **Abbildung 10** dargestellt. Bei allen Störungsbildern nahmen Kinderärzte und Allgemeinmediziner eine bedeutende Rolle in der Versorgung von Heranwachsenden mit psychischen Störungen ein. Die Mehrheit dieser Kinder und Jugendlichen (≥ 97 %) hatte mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem

Allgemeinmediziner bzw. Kinderarzt. Mit Ausnahme von Patienten, die eine dokumentierte affektive Störung aufwiesen, wurden Kinderärzte häufiger in Anspruch genommen als Allgemeinmediziner. Besonders ausgeprägt war die Schlüsselstellung der Kinderärzte bei Entwicklungsstörungen. Hier waren sie in 90 % der Fälle an der Versorgung beteiligt. Die Beteiligung von Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychiatern,

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war bei den affektiven Störungen im Vergleich zu den anderen Störungsbildern am stärksten ausgeprägt, gefolgt von der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Bei Heranwachsenden mit M2Q-Diagnose einer affektiven Störung hatten beispielsweise 68 % in einem Quartal und 30 % in allen vier Quartalen Kontakt zu einem Arzt

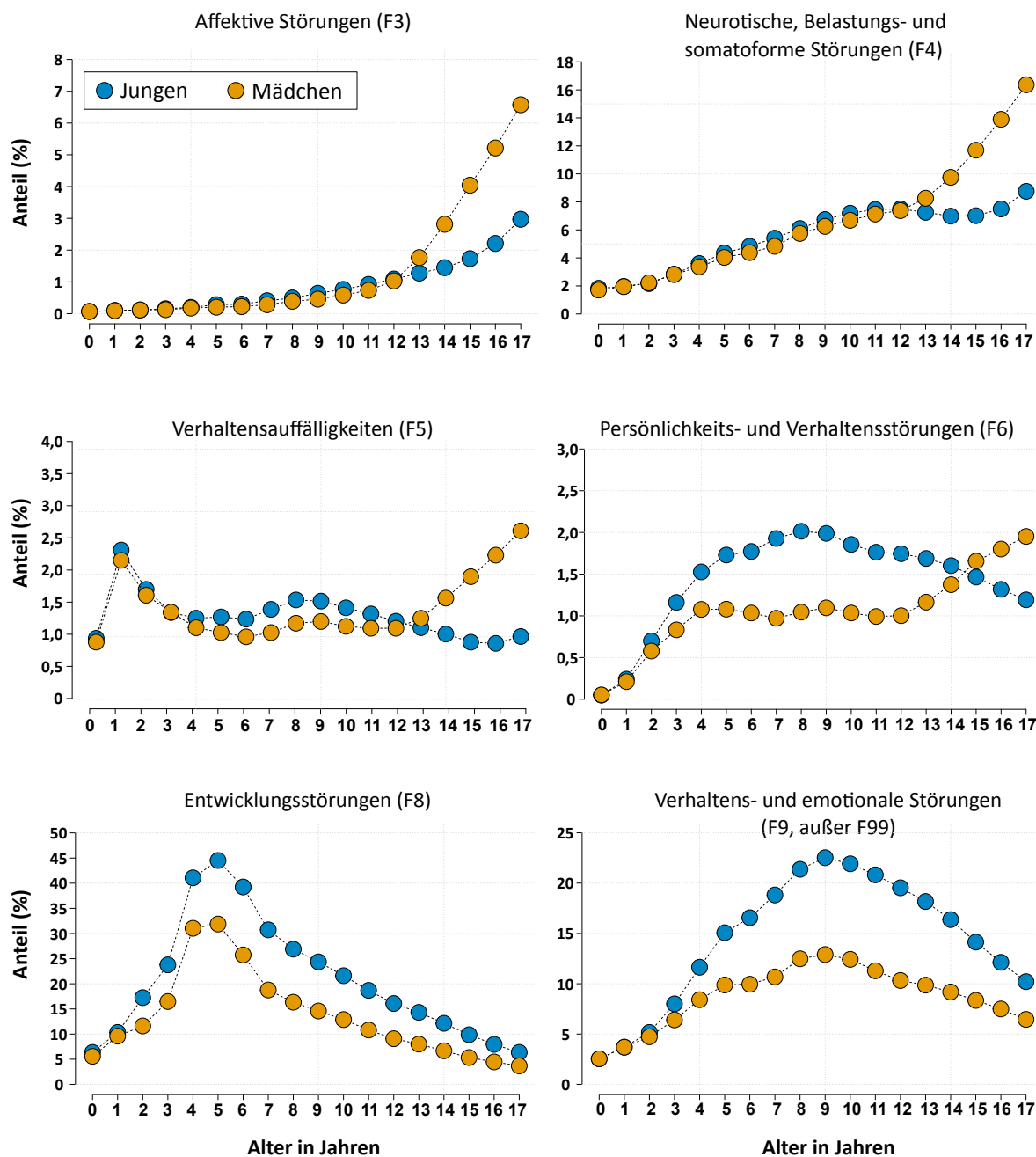


Abbildung 7: Diagnoseprävalenz (M1Q) der bedeutsamsten psychischen Störungsbilder (ICD-2-Steller) im Jahr 2017 nach Alter auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

mit psychiatrischer Spezialisierung bzw. zu ärztlichen und nicht ärztlichen Psychotherapeuten. Die Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten war dabei ähnlich hoch und betrug jeweils 40 %. Bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen lag die Inanspruchnahme der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgung bei etwa 50 % mit ebenfalls ähnlicher Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (knapp 30 % für Kontakt in nur einem Quartal). Im Zeitverlauf ist die Bedeutung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Versorgung von Heranwachsenden mit psychischen Störungen deutlich angestiegen (vgl. **Abbildung A-1**). Wenngleich sich das Niveau der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zwischen den untersuchten ICD-2-Stellern deutlich unterscheidet, so stieg die Inanspruchnahme dieser Leistungserbringergruppe für alle ICD-2-Steller in ähnlichem Umfang um mindestens 70 % über den Beobachtungszeitraum von neun Jahren. Bei den affektiven Störungen wurde der größte Zuwachs in der Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verzeichnet (von 20 % im Jahr 2009 auf 40 % im Jahr 2017). Im Gegensatz hierzu nahm die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung im Zeitverlauf ab.

Von den knapp 1,9 Millionen Kindern und Jugendlichen mit einer F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen im Jahr 2017 nahmen 47 % (49 % der Mädchen, 46 % der Jungen) eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Leistung in Anspruch. Insgesamt erhielten 14 % eine psychosomatische Grundversorgung, 19 % nahmen therapeutische Gespräche, psychiatrische Behandlungen oder eine stützende Psychotherapie in Anspruch und bei knapp 10 % (N = 183.336) wurde eine antragspflichtige Psychotherapie durchgeführt. Die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen variierte dabei deutlich zwischen den Störungsbildern (**Abbildung 11**). Heranwachsende mit affektiven Störungen (F3) wiesen mit Abstand die höchste Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen auf. Knapp 42 % nahmen eine antragspflichtige Psychotherapie in Anspruch. Noch etwas häufiger kamen (akute) therapeutische Gespräche und eine stützende Psychotherapie zum Einsatz (48 %). Bei Entwicklungsstörungen (F8) war die Bedeutung psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Inanspruchnahme durchgehend am geringsten.

Diskussion

Mit dieser Studie präsentieren wir aktuelle und flächendeckende Zahlen zur Häufigkeit vertragsärztlich dokumentierter psychischer Störungen über die gesamte Altersspanne der Kindheit und Jugend und für verschiedene Störungsbereiche. Mehr als jeder vierte Heranwachsende in Deutschland erhielt im Jahr 2017 mindestens in einem Quartal eine Diagnose aus dem Spektrum der psychischen Störungen, jeder sechste erhielt eine Diagnose in mindestens zwei Quartalen. Die Diagnoseprävalenz wies eine starke Geschlechts- und Altersabhängigkeit auf, die nach Störungsbild variierte. Zwischen 2009 und 2014 stieg die Diagnoseprävalenz sowohl für psychische Störungen insgesamt als auch für die sechs bedeutendsten Störungsbilder (F3, F4, F5, F6, F8, F9) an, während sie ab 2014 stagnierte. Ausnahmen bildeten hier die Entwicklungsstörungen und die affektiven Störungen, für die durchgehend bis zum Jahr 2017 eine Zunahme in der Diagnoseprävalenz zu verzeichnen war.

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter gehen mit einer hohen individuellen und familiären Belastung einher und sind auf gesellschaftlicher Ebene mit beträchtlichen ökonomischen Kosten verbunden [2, 16, 17]. Sie können die soziale Funktionsfähigkeit, den Bildungserfolg und die spätere berufliche Entwicklung der Betroffenen beeinträchtigen [2]. Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind zudem mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen im Erwachsenenalter assoziiert [18, 19]. Die vorliegende Arbeit lässt eine insgesamt hohe Belastung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen erkennen. Bei mindestens 6 % der Heranwachsenden kann von einer klinisch bedeutsamen Störung ausgegangen werden, die einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung bedarf (M4Q). Auf der anderen Seite scheint die Diagnose einer psychischen Störung nicht immer mit einer langfristigen Beeinträchtigung verbunden zu sein. So halbierte sich in unserer Studie die Diagnoseprävalenz bei allen untersuchten Störungsbildern, wenn M2Q im Vergleich zu M1Q betrachtet wurde. Daraus könnte man schlussfolgern, dass sich bei einem nicht unerheblichen Anteil der Heranwachsenden die belastenden Symptome innerhalb weniger Wochen (zunächst) wieder verlieren. Die Ergebnisse implizieren allerdings auch, dass ein beträchtlicher Anteil der Kinder und Jugendlichen einer erhöhten Aufmerksamkeit bedarf, um langfristige negative Auswirkungen auf Betroffene, familiäres Umfeld und Gesellschaft zu vermeiden.

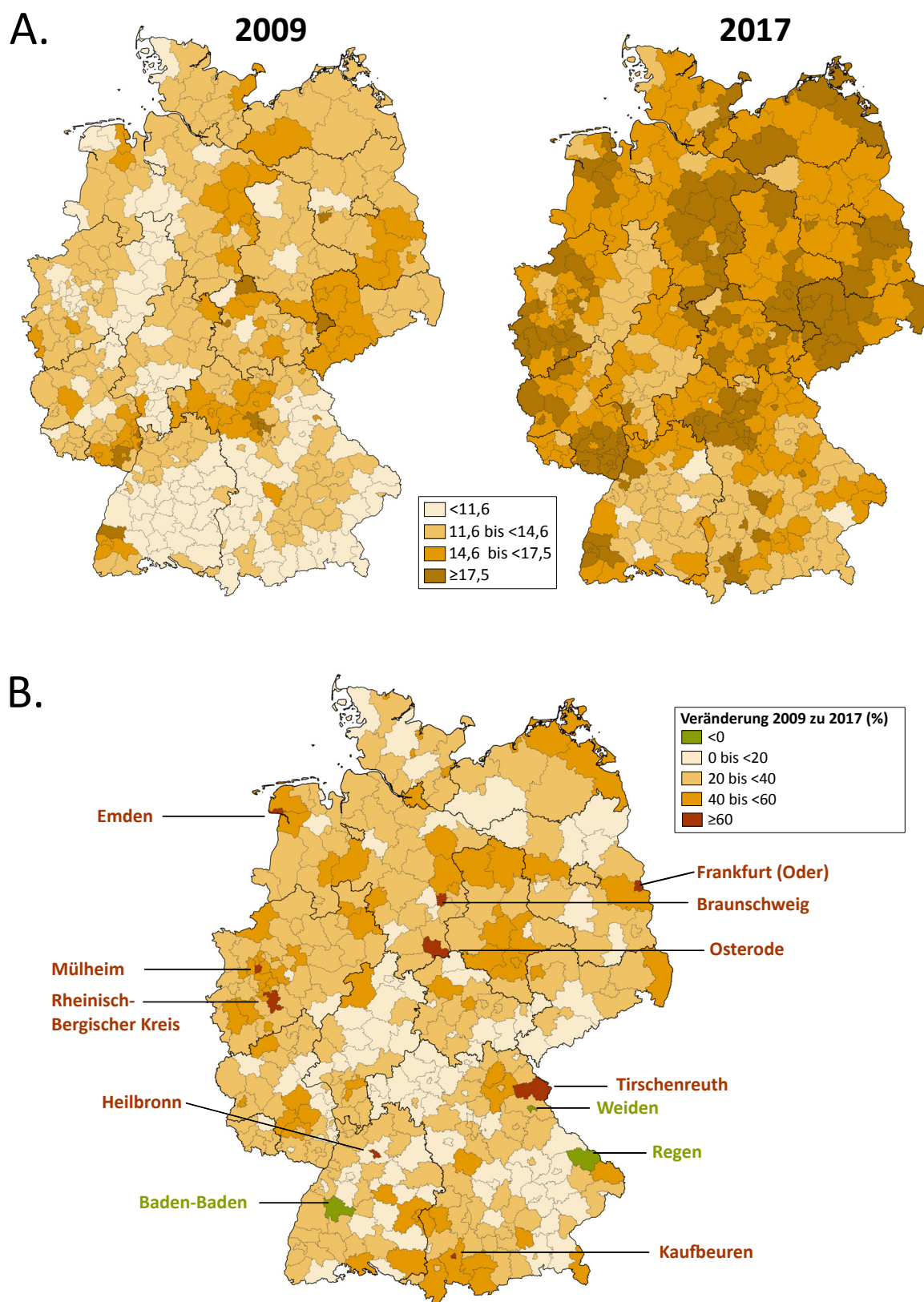


Abbildung 8: Diagnoseprävalenz (M2Q) für psychische Störungen insgesamt für die Jahre 2009 und 2017 (A) sowie deren relative Veränderung zwischen 2009 und 2017 auf Ebene der 402 Kreise auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre (B)

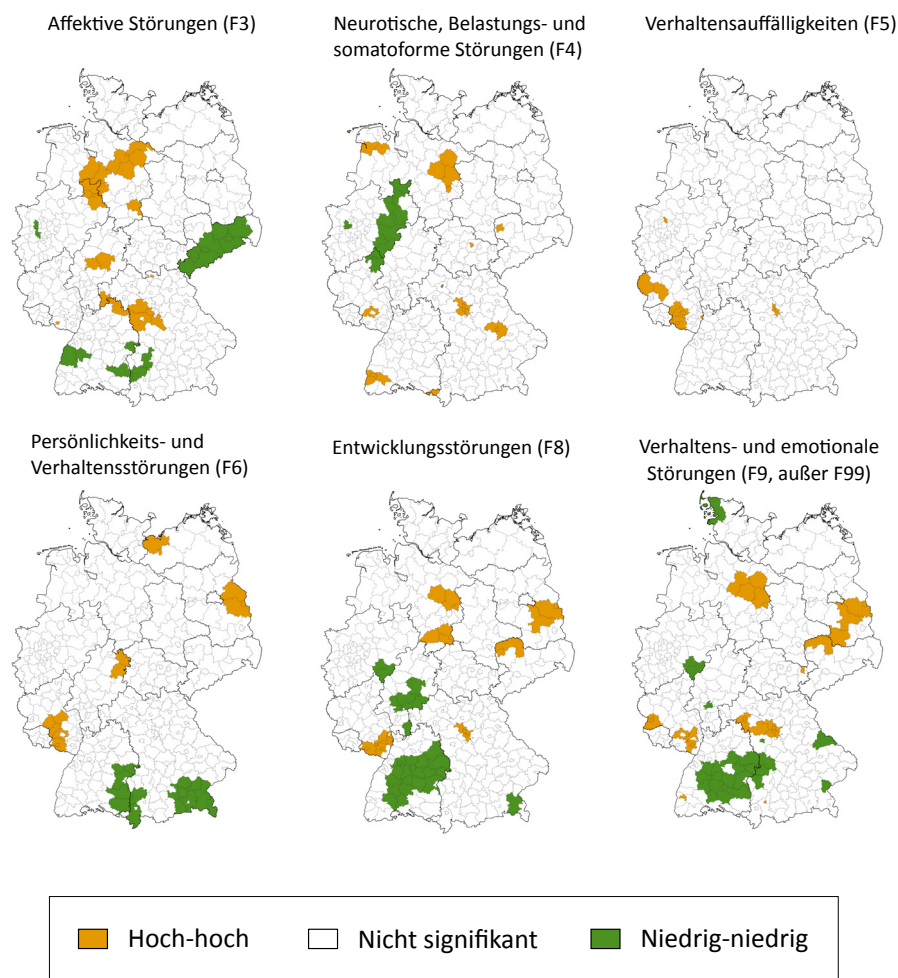


Abbildung 9: Cluster mit signifikantem *Local Moran's I* für Nachbarschaftseffekte zwischen Kreisen in Bezug auf die Diagnosestellung einer psychischen Störung (M1Q) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre für bedeutsame ICD-2-Steller und das Jahr 2017 auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Weiterhin lässt unsere Studie eine zunehmende Bedeutung psychischer Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahren erkennen. Verschiedene Ursachen mögen dem beobachteten Anstieg in der Diagnoseprävalenz zugrunde liegen, wie z. B. (a) eine erhöhte Bereitschaft von Eltern und Jugendlichen, bei psychischen Belastungen ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, (b) eine gestiegene Sensibilisierung von Ärzten und auch Lehrern gegenüber psychischen Erkrankungen bei Heranwachsenden, aber auch (c) eine Medikalisierung von Gefühlen, die früher gesamtgesellschaftlich als nicht pathologisch betrachtet wurden (z. B. in der Pubertät), oder (d) eine tatsächliche Zunahme der Prävalenz [20]. Aber auch die geänderte Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die 2013 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) umgesetzt wurde, muss

zumindest für den Anstieg Zeitraum 2013/2014 in Betracht gezogen werden [21]. Dadurch wurden etwa 1.350 neue Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten insbesondere in ländlichen Gebieten geschaffen [22]. Es ist davon auszugehen, dass in Gebieten mit vorher bestehender Unterversorgung bei der psychotherapeutischen Versorgung ab 2013 auch eine intensivere Diagnosestellung von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter erfolgt ist.

Die Entstehung psychischer Probleme steht oft unmittelbar mit einem hohen und andauernden Stresserleben in Zusammenhang [23]. Aktuelle Studien berichten von einer hohen Stressbelastung bei Kindern und Jugendlichen [24, 25]. Einer repräsentativen Befragung zufolge erleben 40% der 10- bis 18-jährigen Mädchen und Jungen häufig Stress [24]. Das subjektive Stresserleben steht in engem Zusammenhang mit somatischen

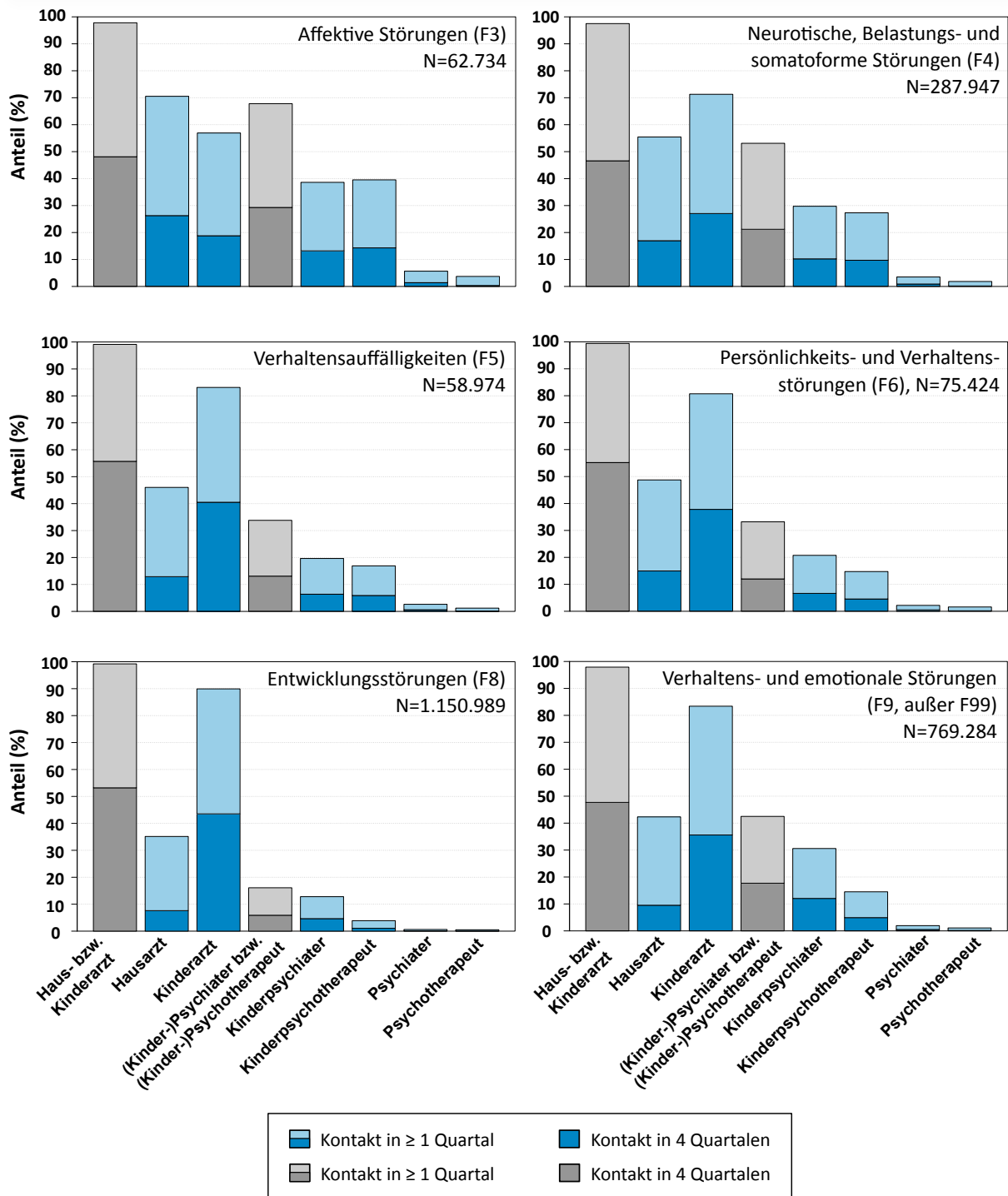


Abbildung 10: Inanspruchnahme von Arztgruppen nach Diagnosekategorie (M2Q) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten

Fachgruppencode gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung [12]; Hausarzt umfasst den Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin, den Praktischen Arzt und den FA für Innere und Allgemeinmedizin (lebenslange Arztnummern, LANR 1, 2, 3); Kinderarzt beinhaltet den FA für Kinder- und Jugendmedizin (LANR 34–46); Kinderpsychiater entspricht dem FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie (LANR 47); Kinderpsychotherapeut entspricht dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeuten, LANR 69); Psychiater umfasst den FA für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie FA für Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie (LANR 51, 58); Psychotherapeut beinhaltet den FA psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den psychotherapeutisch tätigen Arzt und den psychologischen Psychotherapeuten (LANR 60, 61, 68).

Beschwerden wie Schlafstörungen oder Kopfschmerzen. Die Ergebnisse der Stress-Studie aus dem Jahr 2015 zeigten, dass jedes sechste Kind und jeder fünfte Jugendliche unter hohem Stress leidet [25]. Als Ursachen der Stressbelastung bei Heranwachsenden wurden u. a. Leistungsdruck in der Schule, die Erwartungshaltung der Eltern und mangelnde Freizeit bzw. selbstbestimmte Qualitätszeit identifiziert. Mit der fortschreitenden Modernisierung unserer Leistungsgesellschaft sind zwar große Freiheiten mit Blick auf die individuelle Lebensgestaltung verbunden, diese könnten jedoch die Bewältigungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen übersteigen und zunehmend Stress begünstigen. Auf der anderen Seite muss die von uns beobachtete Zunahme in der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen nicht grundsätzlich bedeuten, dass die Prävalenz tatsächlich gestiegen ist. Allerdings kann dies zumindest für vorher psychotherapeutisch unterversorgte Regionen durch die ab 2013 wirksame Änderung der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten gelten [22]. In solchen Regionen ist davon auszugehen, dass die verbesserten Behandlungsangebote sich in den Diagnoseprävalenzen der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Abrechnungsdaten widerspiegeln.

So könnte der Anstieg auch auf die zunehmende Sensibilisierung für eine gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und den offeneren Umgang mit psychischen Störungen sowohl durch Ärzte als auch durch Betroffene und die Gesellschaft insgesamt zurückzuführen sein [22]. Während früher eher die somatischen Beschwerden diagnostiziert wurden, in denen sich psychische Erkrankungen manifestieren, werden psychische Krankheiten mittlerweile häufiger direkt und genau diagnostiziert. Diese gestiegene Aufmerksamkeit, die mit einer erhöhten Inanspruchnahme des Versorgungssystems und einer Zunahme der Diagnosestellung einhergeht, ist positiv zu beurteilen, da eine frühzeitige Behandlung schwere Erkrankungsverläufe reduzieren bzw. abmildern und Spätfolgen bzw. Chronifizierung der Störung zu vermeiden hilft. Andererseits wirft die insgesamt hohe Diagnoseprävalenz – gut jeder vierte Heranwachsende erhielt im Jahr 2017 eine F-Diagnose – auch die Frage auf, ob eine erhöhte Sensibilität gegenüber Abweichungen von gesellschaftlich definierten Normen nicht möglicherweise die Entstehung von Paradigmen fördert, die zu einer nicht in allen Fällen angemessenen Pathologisierung führen. Insbesondere die hohe Diagnoseprävalenz von Entwicklungsstörungen, die mit knapp 50 % den mit Abstand größten Teil aller F-Diagnosen bei Heranwachsenden bildeten, stimmt in diesem Zusammenhang nachdenklich.

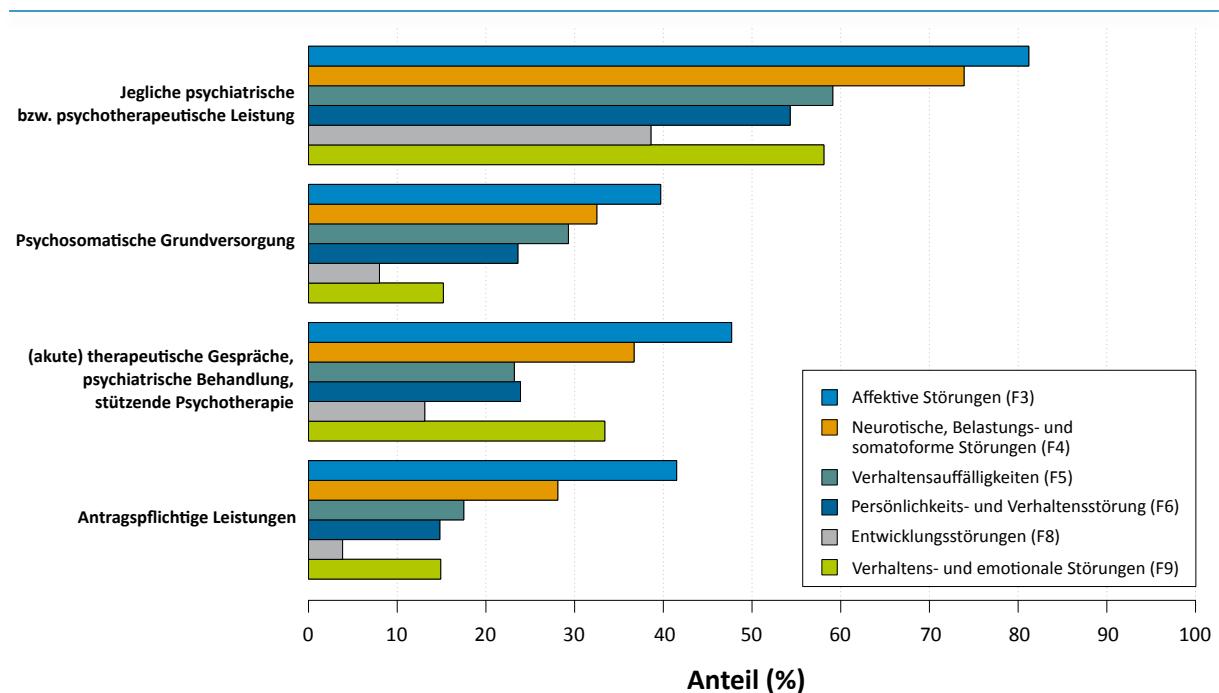


Abbildung 11: Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Leistungen bei Kindern und Jugendlichen mit F-Diagnose in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2017 nach Störungsbild (M2Q)

Bei 45 % aller 5-jährigen Jungen wurde im Jahr 2017 durch die Codierung einer Entwicklungsstörung eine Abweichung von der definierten Normentwicklung dokumentiert und Förderbedarf impliziert. Dabei handelte es sich in den meisten Fällen um eine Sprachentwicklungsstörung (bei 36 % bzw. 27 % der 5-jährigen Jungen bzw. Mädchen), in 11 % der Fälle wurde eine Störung der motorischen Funktionen diagnostiziert. Ähnlich hohe Diagnoseprävalenzen mit 38 % bei 5-jährigen Jungen und 30 % bei 5-jährigen Mädchen wurden im BARMER-Arztbericht aus dem Jahr 2012 dargelegt [26]. Unser Ergebnis reiht sich ebenfalls ein in die Befunde aus Schuleingangsuntersuchungen der Länder und die Ergebnisse der Heilmittelreporte zur Verordnung sprachtherapeutischer Maßnahmen, die einen insgesamt ausgeprägten Förderbedarf von Vorschulkindern aufzeigen. In Schuleingangsuntersuchungen fallen jährlich etwa 20 % bis 25 % der Vorschulkinder mit einer behandlungsbedürftigen Sprachstörung auf, wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (25 % bis 30 % bei Jungen vs. 15 % bis 20 % bei Mädchen) [27–33]. In Einklang hiermit erhielten im Jahr 2015 knapp 24 % der 6-jährigen AOK-versicherten Jungen eine logopädische Behandlung (16 % der Mädchen) [34]. Die mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie vergleichbaren Daten aus den Schuleingangsuntersuchungen weisen darüber hinaus darauf hin, dass fehlerhaften Diagnosecodierungen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten als Ursache für den gefundenen Prävalenzanstieg weitgehend auszuschließen sind.

Insgesamt waren diagnostizierte Entwicklungsstörungen in 56 % der Fälle Anlass für eine Verordnung einer Heilmitteltherapie (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie), gefolgt von diagnostizierten Verhaltens- und emotionalen Störungen (F9) mit 9 %. Über alle gesetzlichen Krankenkassen hinweg stehen Sprachtherapien an dritter Stelle der umsatzstärksten Heilmittelleistungen und machen 53 % aller Verordnungen sowie 57 % aller Heilmittelumsätze in der Altersgruppe der 5- bis unter 10-Jährigen aus [35]. Die vorliegende Untersuchung unterstreicht damit die große Bedeutung von Sprachentwicklungsstörungen (F80) in der zeitlich eng umrissenen Lebensphase des Vorschul- und Grundschulalters (4 bis 7 Jahre). Dennoch deuten unsere Daten darauf hin, dass es sich bei den meisten Kindern lediglich um eine vorübergehende, gut behandelbare Entwicklungsverzögerung handelt, da der Anteil betroffener Kinder deutlich zurückgeht, wenn mindestens zwei bzw. vier Quartale für die

Falldefinition verwendet werden (z. B. erhielten nur 7 % der 5-Jährigen in allen vier Quartalen die Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung).

Ein weiterer nennenswerter Befund unserer Studie ist die zunehmende Bedeutung affektiver Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung Jugendlicher. In 77 % der Fälle handelt es sich hierbei um eine depressive Episode, in 8 % um eine rezidivierende depressive Störung (vgl. **Tabelle A-1**). Mit einem Zuwachs von 49 % (M1Q) bzw. 100 % (M2Q) verzeichneten affektive Störungen über den Beobachtungszeitraum von neun Jahren den stärksten Anstieg in der Diagnoseprävalenz im Vergleich zu den verbleibenden Diagnosegruppen. In anderen Industrieländern hat die ärztliche Inanspruchnahme durch Jugendliche anlässlich affektiver Störungen in den vergangenen Dekaden ebenfalls stark zugenommen [22]. In Übereinstimmung mit der Literatur [36–38] beobachteten wir bei Depressionen eine starke Alters- und Geschlechtsabhängigkeit. Während sie in der Präadoleszenz sehr selten vorkommen und keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit bestehen, gewinnen sie ab einem Alter von etwa 13 Jahren bei Mädchen stark an Bedeutung. In der vorliegenden Arbeit wurde bei 6,6 % der 17-jährigen Mädchen in mindestens einem Quartal des Jahres 2017 eine affektive Störung diagnostiziert, mehr als doppelt so häufig wie bei Jungen (3,0 %). Innerhalb der Gruppe der psychischen Störungen sind Depressionen ab dem Jugendalter die Hauptursache für eine verminderte Lebensqualität (gemessen anhand von *disability-adjusted life years*) [2, 39]. Zwar sind depressive Episoden im Jugendalter meist kürzer als im Erwachsenenalter, doch weisen sie eine hohe latente Persistenz und Rezidivrate auf [40–42]. Während etwa ein Drittel innerhalb von drei Monaten remittiert, rezidivieren 72 % nach 5 Jahren. Die in unserer Studie stärker ausgeprägte Zunahme der M2Q-Diagnoseprävalenz im Vergleich zu M1Q könnte darauf hindeuten, dass jene Jugendliche medizinische Leistungen dauerhafter in Anspruch nehmen und damit eine insgesamt verbesserte Versorgung bei affektiven Störungen erfahren. Im Zuge der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01. Januar 2013 wurden knapp 1.400 Neuzulassungen für Psychotherapeuten ermöglicht [43], was zu einer verbesserten Versorgung von Jugendlichen mit affektiven Störungen, inklusive häufigerer Diagnosecodierung, geführt haben könnte. Die Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist zwischen 2013 und 2017 von 4.322 auf 5.545 angestiegen [44].

Für Deutschland liegen kaum aktuelle und belastbare Schätzungen zur Prävalenz von Depressionen vor. Eine repräsentative, telefonische Befragungsstudie bei 1.000 Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren mittels Screening-Fragebogen ergab, dass 8,2 % der Jugendlichen (11,6 % der Mädchen, 5,0 % der Jungen) von einer depressiven Symptomatik betroffen sind [45]. Klasen et al. unterstrichen kürzlich die Notwendigkeit, psychische Auffälligkeiten multiperspektivisch einzuschätzen [46]. Abhängig vom Alter beobachteten die Autoren, dass die Prävalenz klinisch bedeutsamer Anzeichen für eine Depression im Selbstbericht teils doppelt so hoch war wie die elternberichtete Einschätzung. Die Häufigkeit depressiver Symptome lag in der Studie in allen Altersgruppen (auch basierend auf der Elternperspektive) deutlich über der von uns beobachteten Diagnoseprävalenz (11,2 % im Durchschnitt der 7- bis 19-Jährigen). Da sich der von Klasen et al. eingesetzte Fragebogen ausschließlich auf die vergangene Woche bezieht, ist ein direkter Vergleich mit der von uns ermittelten Diagnoseprävalenz allerdings nicht möglich. Es erscheint wahrscheinlich, dass insbesondere bei Depressionen eine auf Abrechnungsdaten basierende Analyse wie in der vorliegenden Studie mit einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz verbunden ist, da Eltern internalisierende Störungen grundsätzlich weniger stark ausgeprägt wahrnehmen als die betroffenen Kinder [46] und somit diesbezüglich nicht unbedingt einen Arztbesuch anregen. Aufgrund der bei Depressionserkrankungen vergleichsweise häufigen Stigmatisierung ist ein entsprechender Einfluss auf die ärztliche Inanspruchnahme und damit auch die Diagnoseprävalenz im Sinne einer Unterschätzung möglich [47]. Es kann allerdings vor allem für psychotherapeutisch unterversorgte Regionen nicht ausgeschlossen werden, dass die vermutete Unterschätzung zumindest partiell auf ungedecktem Behandlungsbedarf bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist.

Über alle Störungsbilder hinweg waren Kinderärzte und Allgemeinmediziner in mehr als 97 % der Fälle an der Versorgung beteiligt. Insbesondere Kinder- und Jugendmediziner nehmen eine Schlüsselstellung im Versorgungssystem ein. Über alle Störungsbilder mit andauernder Problematik (M2Q) sind Kinder- und Jugendmediziner in mehr als 80 % der Fälle beteiligt. Die einzige Ausnahme stellt die Gruppe der affektiven Störungen dar, die aufgrund des vergleichsweise späten Auftretens der Erkrankung (im Jugendalter) häufiger von einem Allgemeinmediziner betreut wird. Als oftmals langjährige Begleiter

stehen Kinderärzte bzw. Allgemeinmediziner häufig als erstes Glied in der Versorgungskette psychischer Erkrankungen, womit ihnen auch eine koordinierende Funktion zukommt. Im spezialfachärztlichen Bereich erbringen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sowie nicht ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten den größten Teil der Versorgungsleistungen, während Erwachsenenpsychiater und -psychotherapeuten im Kindes- und Jugendalter eine untergeordnete Rolle spielen. Es gibt bislang kaum Studien, die die Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgungsleistungen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in Deutschland untersucht haben. Auf Basis der bevölkerungsbasierten und repräsentativen BELLA-Studie beobachteten Hintzpetet et al., dass knapp 30 % der Kinder und Jugendlichen, die in der Basiserhebung zwischen 2003 und 2006 als psychisch auffällig eingestuft wurden, in den vergangenen zwölf Monaten in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung waren [48, 49]. Lediglich ein Fünftel der Mädchen und Jungen, die an Einschränkungen aufgrund der psychischen Auffälligkeiten leiden, nehmen eine entsprechende Hilfe an. Bei Heranwachsenden mit klinisch signifikanten Symptomen von Depressionen bzw. Ängsten waren jedoch lediglich 13 % bzw. 11 % in fachspezifischer Behandlung [49], während in unserer Population 68 % bzw. 53 % der Heranwachsenden mit affektiven Störungen bzw. neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen Kontakt zum Hilfesystem der spezialfachärztlichen Versorgung hatten. Ursache für diese Diskrepanz könnten die unterschiedlichen Falldefinitionen sein. Während sich der in der BELLA-Studie verwendete Fragebogen auf depressive Symptomatik in der vergangenen Woche bezieht, musste in der vorliegenden Studie in mindestens zwei Quartalen eine F3-Diagnose vorliegen. Auch mag die bereits zuvor beschriebene Tatsache der generellen Unterdiagnose affektiver Störungen ursächlich für die großen Unterschiede in der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Inanspruchnahme sein. Jene Jugendlichen, die aufgrund andauernder depressiver Beeinträchtigungen ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, werden jedoch zu einem Großteil fachärztlich bzw. psychotherapeutisch mitbehandelt. Generell kommt bei der Beurteilung der Versorgungssituation depressiver Patienten erschwerend hinzu, dass der Behandlungsbedarf je nach Schweregrad, den assoziierten Einschränkungen, dem erlebten Leiden und dem individuellen Behandlungswunsch variieren

kann [50]. Diese Aspekte können mit dem vorliegenden Datenkörper jedoch nicht näher beleuchtet werden.

In Baden-Württemberg beobachteten wir für die beiden quantitativ bedeutsamsten Störungsbilder (Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen) jeweils ein ausgeprägtes Cluster niedriger Diagnoseprävalenzen, das sich nahezu über das gesamte Bundesland erstreckte. Die Ursache für diese Beobachtung ist derzeit unklar. Wahrscheinlich ist jedoch, dass in Baden-Württemberg ein höherer Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Entwicklungs-, Verhaltens- oder emotionalen Störungen in Institutsambulanzen oder sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) versorgt wird, deren Abrechnungsdaten uns nicht zur Verfügung stehen. Sozialpädiatrische Zentren nehmen heute eine gewichtige Stellung in der Versorgung von Kindern mit Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen ein. Baden-Württemberg weist eine hohe Versorgungsdichte mit SPZ auf, welches die Vermutung nahelegt, dass eine regional unterschiedliche starke Bedeutung der Sozialpädiatrie (mit-)ursächlich für das beobachtete Cluster ist. Möglicherweise spielen auch regionale Unterschiede im Umgang z. B. mit gering ausgeprägten Entwicklungsverzögerungen oder das Codierverhalten der Ärzte eine Rolle.

Stärken und Limitationen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind die Stärken und Limitationen der Studie zu berücksichtigen. Als Stärken der vorliegenden Arbeit sind das populationsbasierte Design sowie die große Stichprobe hervorzuheben, der krankenkassenübergreifende Daten der vertragsärztlichen Inanspruchnahme von fast 90 % aller in Deutschland lebenden Heranwachsenden umfasst. Eine weitere Stärke ist der lange Beobachtungszeitraum von neun Jahren, der solide Analysen der zeitlichen Trends in der Diagnoseprävalenz ermöglichte. Als wesentliche Limitation dieser Studie ist die Natur der Abrechnungsdaten als Basis epidemiologischer Untersuchungen anzuführen. Die Grundlage der Analysen bilden vertragsärztlich dokumentierte Diagnosen, die klinisch nicht nachprüfbar sind und deren Validität mit einer entsprechenden Unsicherheit behaftet ist. Eine systematische Übersichtsarbeit internationaler Studien stellte kürzlich eine insgesamt eingeschränkte Validität bei großer Variation zwischen den Störungsbildern fest [51].

Für Deutschland gibt es bislang kaum Studien zur Validität psychischer Diagnosen in administrativen Daten. Mit Blick auf die steigende Relevanz von Sekundärdatenanalysen in der Gesundheitsforschung und deren Potenzial, Informationen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu liefern, scheinen Validierungsstudien zur Ermittlung der Qualität ambulant dokumentierter psychischer Störungen dringend notwendig. Für eine genaue Schätzung der Prävalenz psychischer Störungen ist der Einsatz psychiatrischer Diagnoseinstrumente in einer hinreichend großen repräsentativen Stichprobe notwendig. Solch ein Studiendesign ist allerdings mit einem erheblichen Aufwand und hohen Kosten verbunden und damit nur eingeschränkt durchführbar. Die in dieser Arbeit dargestellte Diagnoseprävalenz auf Basis der vertragsärztlichen Inanspruchnahme kann daher nur als Annäherung an die tatsächliche Prävalenz psychischer Störungen betrachtet werden. Bei einigen Störungsbildern, insbesondere bei der Depression, ist von einer nicht unerheblichen Dunkelziffer auszugehen.

Aufgrund vorheriger Prävalenzanalysen, die wir auf Basis der Abrechnungsdaten durchgeführt haben, ist davon auszugehen, dass im Vergleich zu weiblichen Jugendlichen ein etwas größerer Anteil männlicher Jugendlicher nicht in jedem Jahr einen ambulanten Arztkontakt hat. Daher ist aufgrund der Nennerbildung aus methodischer Sicht eine leichte Überschätzung der Prävalenz bei männlichen Jugendlichen nicht auszuschließen. In Ergänzung zu bevölkerungsbasierten Befragungsdaten ermöglichen diese flächendeckenden und aktuellen Daten jedoch trotz ihrer Limitationen einen detaillierten Einblick in die Bedeutung psychischer Störungen in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Schlussfolgerungen

Diese bundesweite aktuelle Studie unterstreicht die große Bedeutung psychischer Störungen und Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter in Deutschland sowie die zentrale Rolle der Kinder- und Jugendmediziner und der Hausärzte in der Versorgung von Heranwachsenden mit psychischen Beeinträchtigungen. Die Versorgungsanteile der anderen ärztlichen und psychotherapeutischen Fachgruppen variieren bei den verschiedenen Störungsbildern.

Literaturverzeichnis

1. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet* 2011; 378(9801): 1515–25.
2. Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA, Scott JG. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med* 2015; 45(7): 1551–63.
3. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(7): 709–17.
4. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17 Suppl 1: 133–47.
5. Ravens-Sieberer U, Klasen F, Petermann F. Psychische Kindergesundheit. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(1): 4–9.
6. Nelson JR, Benner GJ, Lane K, Smith BW. Academic Achievement of K-12 Students with Emotional and Behavioral Disorders. *Exceptional Children* 2004; 71(1): 59–73.
7. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007; 369(9569): 1302–13.
8. Barkmann C, Schulte-Markwort M. Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66(3): 194–203.
9. Hölling H, Schlack R, Petermann F, Ravens-Sieberer U, Mauz E, KiGGS Study Group. Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014; 57(7): 807–19.
10. Kuhn J, Moritz B, Poppe F, Zollikofer S, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL). Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. München 2016. URL: https://www.hassberge.de/fileadmin/data/GesundheitsregionPlus/Bericht_zur_psychischen_Gesundheit_bei_Kindern_und_Jugendlichen_in_Bayern.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
11. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik (DIMDI). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM). Köln o. J. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
12. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach §75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt-, Betriebsstätten- sowie der Praxisnetznummern. Berlin 2017. URL: http://www.kbv.de/media/sp/Arztnummern_Richtlinie.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
13. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Berlin o. J. URL: http://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php (letzter Zugriff: 10.12.2018).
14. Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumbewertung – Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Bonn o. J. URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbewertung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html> (letzter Zugriff: 10. 12.2018).
15. Anselin L. Local Indicators of Spatial Association – LISA. *Geogr Anal* 1995; 27(2): 93–115.
16. Trautmann S, Rehm J, Wittchen HU. The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep* 2016; 17(9): 1245–9.

17. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21(9): 655–79.
18. Gundel LK, Pedersen CB, Munk-Olsen T, Dalsgaard S. Longitudinal association between mental disorders in childhood and subsequent depression – A nationwide prospective cohort study. *J Affect Disord* 2018; 227: 56–64.
19. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* 2012; 379(9820): 1056–67.
20. Collishaw S. Annual research review: Secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry* 2015; 56(3): 370–93.
21. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). Bedarfsplanungs-Richtlinie: Neufassung Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG; Beschlussdatum: 20.12.2012; Inkrafttreten: 01.01.2013; Beschluss veröffentlicht: BAnz AT 31.12.2012 B7. Berlin 2012. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/beschlusse/1621> (letzter Zugriff am 12.12.2018).
22. Bühring P. Psychotherapeutische Versorgung: Neue Sitze braucht das Land. *Dtsch Arztebl* 2013; 110(1): PP 12, 1. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/133965/Psychotherapeutische-Versorgung-Neue-Sitze-braucht-das-Land> (letzter Zugriff am 12.12.2018).
23. Eppelmann L, Parzer P, Lenzen C, et al. Stress, coping and emotional and behavioral problems among German high school students. *Mental Health & Prevention* 2016; 4(2): 81–7.
24. Institut für Therapie- und Gesundheitsforschung IFT-Nord gGmbH. Präventionsradar – Kinder- und Jugendgesundheit in Schulen. Erhebung Schuljahr 16/17. DAK Gesundheit. Hamburg o. J. URL: <https://www.dak.de/dak/download/praeventionsradar-1936276.pdf> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
25. Ziegler H, Gropp R. Stress-Studie 2015. Burn-Out im Kinderzimmer: Wie gestresst sind Kinder und Jugendliche in Deutschland? Bayer Vital GmbH, Bepanthen Kinderförderung. Leverkusen o. J. URL: http://kinderfoerderung.bepanthen.de/static/documents/08_Factsheet_Stress-Studie_2015.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
26. Grobe TG, Dörning H, Schwarz FW, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG). BARMER GEK Arztreport 2012. Auswertungen zu daten bis 2010 – Schwerpunkt: Kindergesundheit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 12. Asgrad-Verlag. St. Augustin 2012. URL: <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arzt-reporte/report-2012-38426> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
27. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittel (LGL). Gesundheit der Vorschulkinder in Bayern – Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung zum Schuljahr 2014/2015. Statistisch-epidemiologischer Bericht Band 10 der Schriftenreihe Schuleingangsuntersuchung in Bayern. Erlangen 2017. URL: https://www.lgl.bayern.de/publikationen/gesundheit/doc/schuleingangsuntersuchung_2014_2015.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
28. Bruns-Philipps E, Hesse-Jungesblut K, Jahn N, Schick Tanz C, Zühlke C.: Kindergesundheit im Einschulungsalter. Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung 2017. Gesundheitsberichterstattung in Niedersachsen. Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA). Hannover 2018. URL: <http://www.nlga.niedersachsen.de/download/135614> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
29. Thyen U, Brehm S, Ebeling C, Pape U. Untersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste und der Zahnärztlichen Dienste in Schleswig-Holstein – Schuljahr 2016/2017. Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein. Kiel o. J. URL: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/VIII/Service/Broschueren/Broschueren_VIII/Gesundheit/schuleinganguntber2017.pdf;jsessionid=F80AE4D408F28F46C068867752C4759B?__blob=publicationFile&v=3 (letzter Zugriff: 10.12.2018).

30. Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern. Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2012. Landtagsdrucksache 6/1737. Schwerin o. J. URL: <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=79644> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
31. Abteilung Gesundheit im Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG). Sozialstatus zum Indikator Sprach- und Sprechstörungen. Gesundheitsplattform Brandenburg. Zossen 2018. URL: <https://gesundheitsplattform.brandenburg.de/sixcms/detail.php?gsid=bb2.c.479418.de> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
32. Landesamt für Verbraucherschutz des Landes Sachsen-Anhalt. Kinder- und Jugendgesundheits – Die häufigsten Screeningbefunde bei der Schuleingangsuntersuchung nach Geschlecht, Sachsen-Anhalt, 2017. Dokumentation der Schuleingangsuntersuchungen der Kinder- und Jugendärztlichen Dienste der Gesundheitsämter. Halle (Saale) o. J. URL: https://lpsa-lav.azurewebsites.de/gbe-kuj/tabellen/themseu/seu_09_l_2017.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018)
33. Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Reports der Schuluntersuchungen – Report 2016. Gesundheitsberichterstattung, Monitoring Kindergesundheit. Bochum 2018. https://www.lzg.nrw.de/ges_bericht/monit_kinderges/reports/Report_2016/index.html (letzter Zugriff: 10.12.2018).
34. Waltersbacher A. Heilmittelbericht 2017. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) im AOK-Bundesverband GbR Berlin 2016. URL: https://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_heihmb17_aktualisierte_fassung_1217.pdf (letzter Zugriff: 10. 12.2018).
35. Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG). Heilmittel-Schnellinformation nach § 84 Abs. 5 i.V. m. Abs. 8 SGB V – Bundesbericht Januar – Dezember 2017, Stand: 23.05.2018. GKV-Heilmittel-Informationssystem (GKV_HIS). GKV-Spitzenverband. Bonn 2018. URL: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/his_statistiken/2017_04/Bundesbericht-HIS_201704.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
36. Hankin BL, Abramson LY, Moffitt TE, Silva PA, McGee R, Angell KE. Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998; 107(1): 128–40.
37. Wade TJ, Cairney J, Pevalin DJ. Emergence of gender differences in depression during adolescence: national panel results from three countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(2): 190–8.
38. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K. Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4: 275–303.
39. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, Abbasoglu Ozgoren A, Abd-Allah F, Abera SF, Aboyans V, Abraham JP, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015; 386(10009): 2145–91.
40. Richardson LP, McCauley E, McCarty CA, Grossman DC, Myaing M, Zhou C, Richards J, Rockhill C, Katon W. Predictors of persistence after a positive depression screen among adolescents. *Pediatrics* 2012; 130(6): e1541–8.
41. Mehler-Wex C, Kölch M. Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Dtsch Arztebl Int* 2008; 105(9): 149–55.
42. Kessler RC, Avenevoli S, Costello EJ, Georgiades K, Green JG, Gruber MJ, He JP, Koretz D, McLaughlin KA, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Merikangas KR. Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69(4): 372–80.
43. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) – in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im

- Bundesanzeiger BAnz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013; zuletzt geändert am 15. Februar 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 11.05.2018 B3 vom 11. Mai 2018, in Kraft getreten am 12. Berlin 2018 URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1624/BPL-RL_2018-02-15_iK-2018-05-12.pdf (letzter Zugriff: 10.12.2018).
44. Statistische Bundesamt, Zweigstelle Bonn. Bundesarztregister – Tabellen. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Bonn o. J. URL: <http://www.gbe-bund.de/stichworte/BUNDESARZTREGISTER.html> (letzter Zugriff: 10.12.2018).
 45. Wartberg L, Kriston L, Thomasius R. Depressive Symptoms in Adolescents. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115(33–34): 549–55.
 46. Klasen F, Petermann F, Meyrose A, Barkmann C, Otto C, Haller A-C, Schlack R, Schulte-Markwort M, Ravens-Sieberer U. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2016; 25(1): 10–20.
 47. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, Bacle SV, Van Audenhove C, van Weeghel J, Reneses B, Germanavicius A, Economou M, Lanfredi M, Ando S, Sartorius N, Lopez-Ibor JJ, Thornicroft G; ASPEN/INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381(9860): 55–62.
 48. Hintzpeter B, Klasen F, Schön G, Voss C, Hölling H, Ravens-Sieberer U, The BELLA study group. Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015; 24(6): 705–13.
 49. Hintzpeter B, Metzner F, Pawils S, Bichmann H, Kamtsiuris P, Ulrike Ravens-Sieberer U, Klasen F, The BELLA study group. Inanspruchnahme von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten. *Kindheit und Entwicklung* 2014; 23(4): 229–38.
 50. Jacobi F, Barnikol UB. Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen – Das Problem diagnostischer Schwellen. *Nervenarzt* 2015; 86(1): 42–50.
 51. Davis KA, Sudlow CL, Hotopf M. Can mental health diagnoses in administrative data be used for research? A systematic review of the accuracy of routinely collected diagnoses. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 263.

Anhang

Tabelle A-1: Diagnoseprävalenz (M1Q) nach ICD-3-Steller für die häufigsten ICD-2-Steller bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten des Jahres 2017

Diagnosecode	Bezeichnung	N	%
F3.-	Affektive Störungen	127.592	1,10
F30	Manische Episode	609	0,01
F31	Bipolare affektive Störung	884	0,01
F32	Depressive Episode	98.820	0,85
F33	Rezidivierende depressive Störung	10.708	0,09
F34	Anhaltende affektive Störungen	8.319	0,07
F38	Andere affektive Störungen	2.565	0,02
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung	15.096	0,13
F4.-	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	688.174	5,92
F40	Phobische Störungen	61.355	0,53
F41	Andere Angststörungen	113.651	0,98
F42	Zwangsstörung	17.632	0,15
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	312.228	2,68
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	10.121	0,09
F45	Somatoforme Störungen	253.376	2,18
F48	Andere neurotische Störungen	30.634	0,26
F5.-	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	163.908	1,41
F50	Esstörungen	62.380	0,54
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	64.354	0,55
F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	2.675	0,02
F53	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert	68	0,006
F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	12.215	0,11
F55	Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	711	0,01
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	24.404	0,21
F6.-	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	163.682	1,41
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	32.793	0,28
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	468	0,004
F62	Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns	1.798	0,02
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	16.628	0,14
F64	Störungen der Geschlechtsidentität	2.569	0,02
F65	Störungen der Sexualpräferenz	302	0,003

Fortsetzung Tabelle A-1

Diagnosecode	Bezeichnung	N	%
F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	7.939	0,07
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	23.336	0,20
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	86.038	0,74
F8.-	Entwicklungsstörungen	1.974.249	16,97
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	1.296.340	11,15
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	242.654	2,09
F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	475.017	4,08
F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	241.782	2,08
F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	108.882	0,94
F88	Andere Entwicklungsstörungen	26.351	0,23
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	273.196	2,35
F9.-	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.307.290	11,24
F90	Hyperkinetische Störungen	469.222	4,03
F91	Störungen des Sozialverhaltens	235.785	2,03
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	85.848	0,74
F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	332.550	2,86
F94	Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	52.944	0,46
F95	Ticstörungen	63.484	0,55
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	498.039	4,28

M1Q: Diagnose in mindestens einem Quartal des Jahres 2017

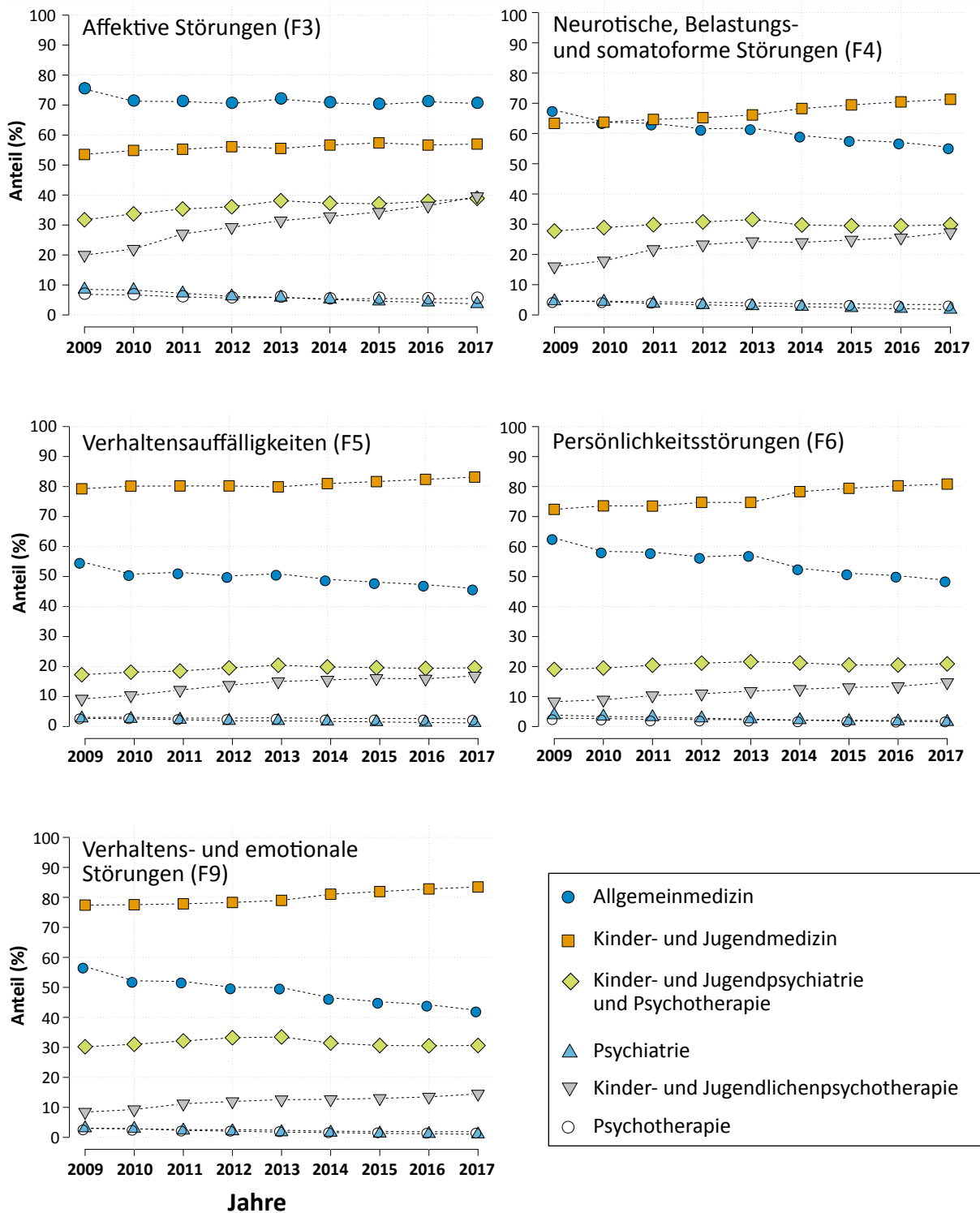


Abbildung A-1: Inanspruchnahme von Arztgruppen nach Diagnosekategorie (M2Q) bei Kindern und Jugendlichen bis einschließlich 17 Jahre auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten im Zeitverlauf von 2009 bis 2017

Fachgruppencode gemäß Kassenärztlicher Bundesvereinigung [12]; Allgemeinmedizin umfasst den Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin, den Praktischen Arzt und den FA für Innere und Allgemeinmedizin (lebenslange Arztnummern, LANR 1, 2, 3); Kinder- und Jugendmedizin beinhaltet den FA für Kinder- und Jugendmedizin (LANR 34–46); Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie entspricht dem FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie (LANR 47); Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie entspricht dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (ohne ärztliche Psychotherapeuten, LANR 69); Psychiatrie umfasst den FA für Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie sowie FA für Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie (LANR 51, 58); Psychotherapie beinhaltet den FA psychosomatische Medizin und Psychotherapie, den psychotherapeutisch tätigen Arzt und den psychologischen Psychotherapeuten (LANR 60, 61, 68).