



Studie zur psychischen Gesundheit von Schülerinnen und Schülern im Freistaat Sachsen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Fragestellungen der Studie	4
2	Studiendesign	5
3	Methodisches Vorgehen	7
3.1	Analyse von Routinedaten	7
3.1.1	Datengrundlage, -abfrage und -auswertung	7
3.1.2	Grundgesamtheit und „Population at Risk“	10
3.1.3	Berechnung von Prävalenz und Inzidenz	13
3.1.4	Vorgehen der Analyse.....	14
3.2	Qualitative Experteninterviews mit Leistungserbringern (AP 400 und AP 500).....	16
3.2.1	Bestimmung der Zielgruppen (AP 410).....	16
3.2.2	Festlegung der Stichprobe (AP 420).....	17
3.2.3	Entwicklung eines Leitfadens (AP 430)	17
3.2.4	Durchführung der Datenerhebung (AP 440)	19
3.2.5	Datenauswertung (AP 450).....	20
3.2.6	Fokusgruppe (AP 500).....	20
3.3	Auswahl der Experten	21
3.3.1	Auswahl der Beratungsstellen	21
3.3.2	Auswahl der Kinder- und Jugendärzte	21
3.3.3	Auswahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.....	22
3.3.4	Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiater	22
3.3.5	Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen.....	22
3.3.6	Auswahl der Sozialpädiatrischen Zentren.....	23
3.3.7	Auswahl der Experten - finale Stichprobe.....	24
4	Evidenz zur Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	25
4.1	Niedergelassener Bereich.....	25
4.2	Stationärer Bereich	27
5	Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten	29
5.1	Psychische Erkrankungen insgesamt (F-Kapitel).....	30
5.2	Angststörungen (F40, F41)	33
5.3	Depressive Episoden (F32, F33)	36
5.4	Essstörungen (F50).....	38
5.5	Symptome, die die Stimmung betreffen (R45).....	40
5.6	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).....	42
5.7	Hyperkinetische Störungen (F90)	44
5.8	Sprachstörungen (F80)	46
5.9	Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	48
5.10	Weitere Diagnosen mit generell ansteigendem Trend (u.a. Entwicklungsstörungen).....	50
5.11	Weitere Diagnosen mit rückläufiger Entwicklung (u.a. Tabakkonsum)	51
5.12	Diagnosen mit nicht eindeutiger Entwicklung (u.a. nicht organische Schlafstörungen)	55
5.13	Post-COVID-19-Zustand (U09.9).....	56

6	Ergebnisdarstellung der Experteninterviews (AP 400)	57
6.1	Gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Sachsen	58
6.1.1	Veränderung der Häufigkeit von Diagnosen	58
6.1.2	Veränderungen der Häufigkeit von Symptomen und Kontaktanlässen	60
6.2	Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen.....	63
6.2.1	Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen nach Versorgungsbereich	63
6.2.2	Bewertung der Routinedaten aus Sicht der Experten.....	68
6.3	Schutzmaßnahmen als Risikofaktor	69
7	Ergebnisse der Fokusgruppe (AP 500)	70
8	Ergebnissynthese und Ableitung von Handlungsempfehlungen (AP 600)	72
8.1	Ergebnissynthese.....	72
8.2	Handlungsempfehlungen	75
8.2.1	Prüfung der Schutzmaßnahmen	75
8.2.2	Sicherstellung der Gesundheitsversorgung	76
8.2.3	Anpassung von Angeboten und Maßnahmen der Lebenswelt	77
Anhang		
	Abbildungsverzeichnis.....	80
	Tabellenverzeichnis.....	81
	Literaturverzeichnis	82

Ausschließlich zum Zweck der besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Schreibweise verzichtet. Alle personenbezogenen Bezeichnungen sind geschlechtsneutral und beziehen sich auf Angehörige aller Geschlechter.

1 Ziele und Fragestellungen der Studie

Ziel der Studie ist es, einen Überblick über die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Schülern der 5. bis 10. Klassen (Sekundarstufe I) im Freistaat Sachsen in den vergangenen Jahren zu bekommen. Dabei sollen vor allem der zeitliche Verlauf vor und seit Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 und damit einhergehende Schutzmaßnahmen im Mittelpunkt stehen.

Basierend auf den Ergebnissen der Studie sollen Aussagen getroffen werden, inwiefern und in welchem Ausmaß die Pandemie Einfluss auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen genommen hat. Sie dienen als Grundlage für das weitere Handeln des Freistaats Sachsen und die Sicherung der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie -psychotherapeutischen Versorgung.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen folgende Fragestellungen bearbeitet werden:

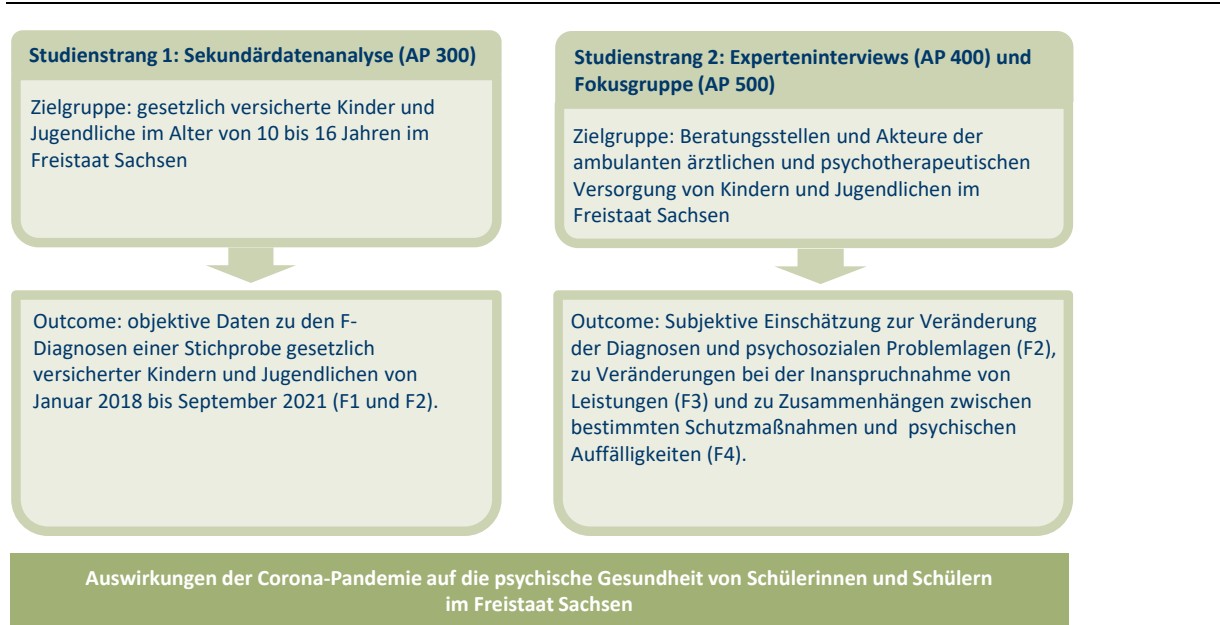
1. Wie ist die psychische Gesundheit der Schüler der 5. bis 10. Klassen (Sekundarstufe I) im Freistaat Sachsen zwei Jahre nach Beginn der Corona-Pandemie zu bewerten? (F1)
2. Beobachten Beratungsstellen und Akteure der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung seit dem Beginn der Corona-Pandemie im März 2020 Veränderungen bei psychosozialen Problemlagen, Symptomatik und Diagnosestellung der behandelten Schüler? Werden mehr klinisch relevante Diagnosen gestellt? (F2)
3. Besteht seit März 2020 eine erhöhte Nachfrage bzw. Inanspruchnahme von Leistungen zur Behandlung/ Beratung von psychisch auffälligen Schülern bei Beratungsstellen und Akteuren der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung? Welche Versorgungsangebote werden und wurden besonders nachgefragt? (F3)
4. Assoziieren die Akteure der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung eine Veränderung der psychischen Symptomatik bei Schülern mit bestimmten Schutzmaßnahmen bzw. Folgen von Schutzmaßnahmen? (F4)

2 Studiendesign

Die Studie gliedert sich in zwei Studienstränge: einen quantitativen Strang und einen qualitativen Strang (siehe Abbildung 1). Diese bestehen aus

- einer Auswertung von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (quantitativer Strang) und
- qualitativen Experteninterviews mit Leistungserbringern (qualitativer Strang).

Abbildung 1: Studiendesign mit zwei Studiensträngen



Quelle: IGES

Die unterschiedlichen Zugänge und Methoden bieten die Möglichkeit, die verschiedenen Perspektiven abzubilden und so zu einem umfassenden Bild der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen der 5. bis 10. Klassen (Sekundarstufe I) im Freistaat Sachsen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu gelangen.

Die zwei Studienstränge werden im Folgenden kurz vorgestellt. Die detaillierte Darstellung der Planung und Umsetzung erfolgt in den Kapiteln 3 und 3.2.

1. Mit Auswertungen von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (Sekundärdatenanalysen) werden administrative (Diagnose-)Daten zur psychischen Gesundheit von Schülern vor und während der Pandemie untersucht. Basierend auf Daten einer annähernden Vollerhebung der gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 16 Jahren im Freistaat Sachsen mit mindestens einem Arztkontakt im Beobachtungszeitraum können die verschiedenen F-Diagnosen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung für einen Zeitraum von Januar 2018 bis Dezember 2021 quartalsweise abgebildet werden. Damit können quantifizierbare Aussagen zum Ausmaß der Veränderungen im Zeitverlauf nachgezeichnet werden. Dies dient der Beantwortung der Fragestellungen F1 und F2.

2. Die Durchführung von Experteninterviews und einer Fokusgruppe mit Leistungserbringern ist zum einen als Ergänzung zu den Sekundärdatenanalysen zu verstehen. So kann auch hier eine Entwicklung der F-Diagnosen vor und während der Pandemie aus Sicht der Leistungserbringer nachgezeichnet werden (Fragestellung F3). Zum anderen bietet die qualitative Methodik in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, die Ergebnisse noch besser zu verstehen und differenzierter zu betrachten: Gibt es bestimmte psychische Symptome, die seit Pandemiebeginn vermehrt auftreten oder welche psychosozialen Problemlagen (z. B. familiäre Konflikte) könnten als Ursache für die Diagnosen herangezogen werden? Darüber hinaus kann mit den Ergebnissen des qualitativen Studienstrangs auch eine Einschätzung erfolgen, inwiefern seit Beginn der Pandemie auch Veränderungen in der Inanspruchnahme bzw. im Versorgungsgeschehen zu beobachten sind (Fragestellung F3). Schließlich können im Rahmen der qualitativen Interviews und der Fokusgruppe auch Zusammenhänge zwischen bestimmten Schutzmaßnahmen und deren Folgen mit psychischen Symptomatiken hergestellt werden (Fragestellung F4).

3 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das Vorgehen bei der Analyse der Daten (Abschnitt 3.1) und der Durchführung der Experteninterviews (Abschnitt 3.2) dargestellt.

3.1 Analyse von Routinedaten

3.1.1 Datengrundlage, -abfrage und -auswertung

Für die vorliegende Studie wurden Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KVS) aus dem Abrechnungsgeschehen aller an der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer zugrunde gelegt. Zur Verfügung gestellt wurden diese Daten vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Die Zi-Datenbank ¹ enthält grundsätzlich Daten zu gestellten Diagnosen aller im ambulanten Bereich tätigen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. ² Enthalten sind alle gesetzlich krankenversicherten Personen mit mindestens einem abgerechneten Kontakt zu einem niedergelassenen Behandler im Quartal. Somit kann davon ausgegangen werden, dass der vorliegenden Studie eine Vollerhebung aller von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten bei gesetzlich krankenversicherten Kindern in Sachsen gestellten Diagnosen zugrunde lag. Das IGES Institut hat eine Datenanfrage an das Zi gerichtet und mit diesem abgestimmt. Die Zielgruppe für die Analyse der Routinedaten stellten alle gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen dar (Tabelle 1).

Tabelle 1: Abfragedesign

Merkmal	Spezifizierung
Zielgruppe	Kinder und Jugendliche, die im jeweiligen Quartal 10 bis 16 Jahre alt sind (sofern gesetzlich krankenversichert)
Zielgruppendesign	<u>Querschnitt</u> : alle Kinder und Jugendlichen, die im jeweiligen Quartal in die Altersgruppe fallen (wechselnde Zusammensetzung)
Zeitdimension/-einheit	Quartal
Zeitraum	Q1/2018 bis Q3/2021
Regionale Differenzierung	Versicherte mit Wohnort im Bundesland Sachsen im betrachteten Zeitraum, darunter keine weitere regionale Differenzierung

Quelle: IGES

Das Zielgruppendesign wurde dabei derart gestaltet, dass eine Serie von Querschnittsbetrachtungen erfolgte. Das bedeutet, es wurden alle Kinder und

¹ Die Zi-Datenbank umfasst bundesweite, pseudonymisierte und krankenkassenübergreifende, vertragsärztliche Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

² Damit sind lediglich die rein privatärztlich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten nicht enthalten. Sie machen in Deutschland einen sehr geringen Anteil an der Versorgung aus und können im Rahmen dieser Untersuchung vernachlässigt werden.

Jugendlichen einbezogen, die im jeweiligen Beobachtungszeitraum (einem Quartal im Untersuchungszeitraum) in die Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ fielen. Damit wurde zugelassen, dass die Zusammensetzung der Zielgruppe über den beobachteten Zeitraum (Q1/2018 bis Q3/2021) wechselt, es wurden nicht dieselben Kinder in Q1/2018 betrachtet wie in Q3/2021. Da der Fokus dieser Studie auf der genannten Altersgruppe lag und nicht auf einer bestimmten Geburtskohorte, ist dies der hier geeignete Ansatz. Unterhalb der Ebene des Bundeslandes (Sachsen) wurde keine weitere regionale Differenzierung der Analyse vorgenommen.

Die Routinedaten wurden durch das Zi dahingehend ausgewertet, dass die Anzahl der Kinder mit mindestens einer Diagnose aus dem F-Kapitel (ICD 10), die in dem jeweiligen Quartal von den berücksichtigten Behandlern (siehe weiter unten) gestellt wurde, ausgegeben wird. Um gezählt zu werden, reichte es, dass die Diagnose für das jeweilige Quartal gestellt wurde, sie musste nicht für mehrere Quartale in Folge gestellt worden sein.

Für diese Studie vom Zi ausgewertet wurden Diagnosen aus dem 5. Kapitel der ICD-10 (F-Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“) (Tabelle 2).

Tabelle 2: Auswertungskonzept

Spezifizierung	
Merkmal	Diagnosen aus dem 5. Kapitel der ICD-10 (Psychische und Verhaltensstörungen) (<u>keine Leistungen</u>)
Auswertungen	1.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus dem 5. Kapitel der ICD-10 2.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus den Gruppen der Zweisteller- Ebene (F0x, F1x, ...) 3.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus den Kategorien der Dreisteller- Ebene (F01x, F02x, ...) 4.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus ausgewählten, gruppierten Diagnosekategorien (z.B. F32 und/oder F33, F40 und/oder F41)
Weitere Merkmale	Die seit 01.01.2021 neue ICD U09.9 G (Post-COVID-19-Zustand) (ab Q1/2021, ggf. in geringerer Differenzierung)
Differenzierungen	Altersgruppen (10-11, 12-14, 15-16) sowie Zielgruppe gesamt (10-16) Geschlecht Diagnosestellender Behandler (Hausärzte, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten, Psychiater)
Kennzahlen	1.) Prävalente Diagnosen 2.) Inzidente Diagnosen

Quelle: IGES

Dazu wurden vier verschiedene Auswertungen vorgenommen:

- 1.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus dem 5. Kapitel der ICD-10
- 2.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus den Gruppen der Zweisteller-Ebene (F0x, F1x, ...)
- 3.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus den Kategorien der Dreisteller-Ebene (F01x, F02x, ...)
- 4.) Versicherte mit mind. einer Diagnose aus ausgewählten Diagnosekombinationen der Dreisteller-Ebene (z. B. F32 und/oder F33, F40 und/oder F41)

Darüber hinaus wurde eine weitere Diagnose in die Auswertung einbezogen, die am 01.01.2021 im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie eingeführt wurde, und zwar die ICD U09.9 G (Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet). Diese Diagnose konnte im Rahmen dieser Studie nur für den Zeitraum Q1/2021 bis Q3/2021 betrachtet werden und aufgrund geringer Fallzahlen mit weniger Differenzierungen als die F-Diagnosen.

In die Auswertung einbezogen wurden sowohl „gesicherte“ Diagnosen als auch Diagnosen „mit Verdacht auf“. Kinderärzte stellen im Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen häufig keine gesicherten Diagnosen und überweisen für die Stellung gesicherter Diagnosen an Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychiater. Es ist jedoch davon auszugehen, dass Kinderärzte im Rahmen der Überweisung zu diesen Leistungserbringern Verdachtsdiagnosen stellen. Da die Kinderärzte als erste Ansprechpartner gelten und oft geringere Wartezeiten als die anderen Leistungserbringer haben, weisen Verdachtsdiagnosen möglicherweise eine höhere zeitliche Nähe zu Risikoereignissen wie Schulschließungen auf und wurden daher in die vorliegende Analyse einbezogen.

Für die Auswertungen der betrachteten F-Diagnosen wurden folgende Differenzierungen vorgesehen:

- Drei Altersgruppen (10-11, 12-14, 15-16) und die Zielgruppe gesamt (10- bis 16-Jährige)
- Geschlecht

sowie eingeschränkt:

- Diagnosestellende Behandlergruppe

Grundsätzlich in die Auswertungen einbezogen wurden Diagnosen folgender Behandlergruppen: Hausärzte, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten und Psychiater.

Eine Differenzierung der Auswertungen nach Behandlergruppe könnte insofern relevant sein, dass beispielweise bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten typischerweise im Vergleich zu Kinderärzten mit längeren Wartezeiten zu rechnen ist. Daher ist je nach Behandlergruppe von unterschiedlichen zeitlichen Zusammenhängen zwischen dem Auftreten von psychischen Erkrankungen und der Diagnosestellung auszugehen. Diesen Unterschieden konnte im Rahmen dieser Studie allerdings nur eingeschränkt nachgegangen werden, da die Auswertungen in der mehrdimensionalen Differenzierung nach Erkrankung, Alter, Geschlecht und

Behandlergruppe oft zu geringe Besetzungen aufwiesen, um unter Berücksichtigung der Datenschutzerfordernungen betrachtet werden zu können. Als am ehesten belastbar erwiesen sich Betrachtungen der beiden (zusammengefassten) Behandlergruppen

1. Kinderärzte und Hausärzte
2. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater.

Im Rahmen der Routinedatenauswertungen durch das Zi betrachtet wurden ausschließlich Diagnosen bzw. Kinder, die eine Diagnosestellung erhalten haben, nicht betrachtet wurden hingegen erbrachte bzw. abgerechnete Leistungen. Des Weiteren wurde die Anzahl der Kinder mit entsprechenden Diagnosen betrachtet, nicht ausgegeben wurde die Anzahl der bei diesen Kindern gestellten Diagnosen.

Aus Datenschutzgründen nicht ausgegeben wurden alle Auswertungszellen, die mit einer Fallzahl von weniger als 30 besetzt sind.

3.1.2 Grundgesamtheit und „Population at Risk“

Aus der Datenauswertung ging eine Anzahl an Kindern mit gestellten Diagnosen in diversen Differenzierungen hervor. Diese Kinderzahl wurde anschließend zu einer geeigneten Größe in Bezug gebracht, um eine Inzidenz bzw. eine Prävalenz für die betrachteten Erkrankungen zu bestimmen (vgl. auch das Vorgehen in Abschnitt 3.1.3). Diese Bezugsgröße sollte entsprechend dem üblichen Vorgehen bei der Berechnung von Prävalenzen und Inzidenzen die sogenannte „Population at Risk“ sein. Die *Population at Risk* bezeichnet alle Personen in der Grundgesamtheit, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums (jeweiliges Quartal) ein Risiko aufwiesen, psychisch zu erkranken. Die Grundgesamtheit wiederum bildeten alle Personen, die in dieser Studie betrachtet werden sollten (die Zielgruppe), also alle gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen. Mit der Abgrenzung über die Altersgruppe und den Wohnort wurde zugelassen, dass die Grundgesamtheit über die einzelnen Beobachtungsquartale variiert.

Angaben zum Umfang der Grundgesamtheit im Beobachtungszeitraum sind in den Daten der KM6-GKV-Mitgliederstatistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) enthalten. Diese Daten liegen veröffentlicht vor, allerdings mit Einschränkungen beim Detailgrad der Altersgruppen. Daher musste der Umfang der Grundgesamtheit für die vorliegende Studie geschätzt werden. Bei dieser Schätzung wurde wie folgt vorgegangen.

Verfügbar waren Daten aus der KM6-Statistik zur Anzahl der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen der Altersgruppe „bis unter 15 Jahre“ in Sachsen zum 30.06. eines Jahres (ggw. für die Jahre bis 2021), also in einer anderen Abgrenzung als bei der hier betrachteten Zielgruppe (10-16 Jahre). Diese Anzahl der unter 15-jährigen Kinder und Jugendlichen wurde ins Verhältnis zur Anzahl der Kinder und Jugendlichen der entsprechenden Altersgruppe in der Bevölkerung gesetzt (letztere Daten lagen über das Statistische Landesamt in Sachsen veröffentlicht vor). Es ergab sich ein Anteil von (je nach Jahr) zwischen 89 % und 90 % der Kinder und Jugendlichen der Altersgruppe „bis unter 15 Jahre“ in der sächsischen Bevölkerung, die in den Jahren 2018 bis 2020 gesetzlich krankenversichert waren. Für die Schätzung wurde dann im Weiteren angenommen, dass dieser Anteil auch für die Kinder und Jugendlichen der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ in Sachsen anwendbar ist. Unter Verwendung dieses

Anteils wurde eine Schätzung der Anzahl der gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe in Sachsen in den Jahren 2018 bis 2021 abgeleitet. Diese Zahl stellte schließlich die relevante Grundgesamtheit für die vorliegende Studie dar.

Der Umfang der Grundgesamtheit aller gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen hat sich über den Beobachtungszeitraum stetig erhöht (Tabelle 3). Im Jahr 2018 waren noch 207.872 Kinder in dieser Gruppe, und im Jahr 2021 waren es 220.566, jeweils zum Stichtag 01.01. des Jahres.³ Dies entspricht einem Zuwachs um insgesamt 6,1 %, der stetig verlief, sodass die Grundgesamtheit in jedem der vergangenen drei Jahre um rund 2 % gegenüber dem Vorjahr zunahm.

Tabelle 3: Anzahl der Kinder in der Grundgesamtheit (2018 bis 2021)

Grundgesamtheit	2018	2019	2020	2021
Anzahl Kinder	207.872	212.022	216.113	220.566
ggü. Vorjahr		+2,0%	+1,9%	+2,1%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamts und der KM1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG)

Anmerkung: Stichtag 01.01. des jeweiligen Jahres

Dieses Vorgehen, die Grundgesamtheit über die Bevölkerung zu bestimmen, ist insofern kompatibel mit dem wissenschaftlich anerkannten Konzept der *Population at Risk*, dass über die Bevölkerung alle Personen erfasst werden, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums grundsätzlich ein Risiko aufwiesen, psychisch zu erkranken. Es gibt allerdings auch andere Ansätze der Bestimmung der Grundgesamtheit.

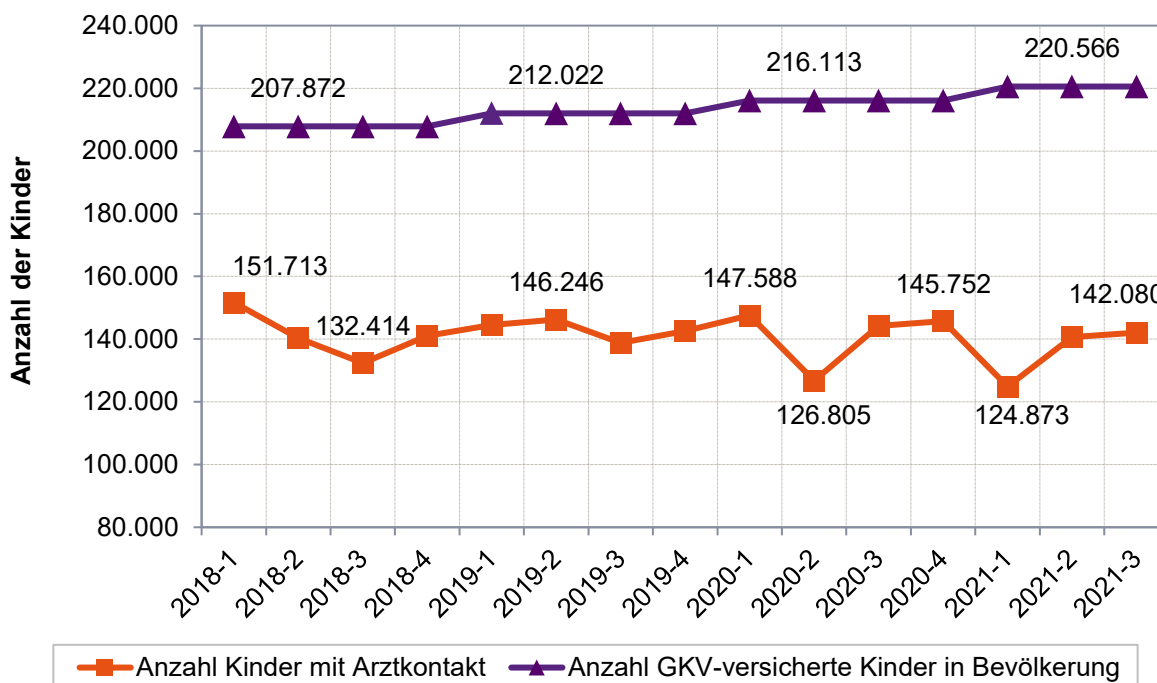
So hätte die Grundgesamtheit alternativ auch durch alle Kinder und Jugendlichen der Zielgruppe, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen Arztkontakt aufwiesen, bestimmt werden können. Diesen Ansatz verfolgt beispielsweise das Zi in der Regel bei Analyse der eigenen Abrechnungsdaten (Steffen et al, 2018), aus der Einschränkung heraus, dass in diesen Daten eben nur die Versicherten mit abgerechneten Arztkontakten enthalten sind. Dieser Ansatz der Bestimmung der Grundgesamtheit ist aus Sicht der Autoren der vorliegenden Studie allerdings nur eingeschränkt geeignet zur Berechnung einer *Population at Risk*, da viele Kinder und Jugendlichen nicht in jedem Quartal einen Arztkontakt gehabt haben. Damit würde ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen bei der Berechnung der Prävalenz und der Inzidenz unberücksichtigt bleiben.

Die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Arztkontakt im Quartal bewegte sich zwischen knapp 125.000 im ersten Quartal 2021 und etwa 152.000 im ersten Quartal 2018 (Abbildung 2). Dabei zeigt sich ein deutlicher Rückgang der Kinderzahl mit Arztkontakt in den Quartalen 2020-2 und 2021-1, in denen es jeweils

³ Daten zur Bevölkerung der Kinder in der betrachteten Altersgruppe in Sachsen waren für diese Studie nur zum 01.01. (bzw. 31.12.) eines Jahres verfügbar. Unterjährige Daten lagen für diese Subgruppe nicht veröffentlicht vor. Bei der Berechnung von Prävalenzen bzw. Inzidenzen der Quartale 2, 3 und 4 eines Jahres wurde daher die Grundgesamtheit zum 01.01. des jeweiligen Jahres als *Population at Risk* unterstellt.

erhebliche Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Lockdowns der COVID-19-Pandemie gegeben hat.

Abbildung 2: Vergleich Anzahl der Kinder in der Grundgesamtheit mit Anzahl der Kinder mit einem Arztkontakt (2018-1 bis 2021-3)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamts, der KM1-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)

Anmerkung: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Des Weiteren zeigt sich, dass über den gesamten Beobachtungszeitraum und unabhängig von der COVID-19-Pandemie ein erheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen ohne einen Arztkontakt gewesen ist. Der Anteil der 10- bis- 16-jährigen Kinder und Jugendlichen in Sachsen ohne Arztkontakt bewegte sich zwischen 27 % im ersten Quartal des Jahres 2018 und 43 % im ersten Quartal des Jahres 2021.

Würde man vor diesem Hintergrund die Berechnung der Prävalenz bzw. Inzidenz auf die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit Arztkontakt beziehen, anstatt auf alle gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendlichen in der Bevölkerung, würden die Prävalenz und Inzidenz systematisch überschätzt werden, da ein erheblicher Teil der Kinder (bis zu 43 %) bei der Bildung der Grundgesamtheit, die den Nenner der Prävalenz und Inzidenz bildet, unberücksichtigt bliebe.

Eine besser geeignete Grundgesamtheit stellt daher aus Sicht der Autoren dieser Studie die Anzahl der Kinder der Zielgruppe in der Bevölkerung dar. Sie wurde in dieser Studie zugrunde gelegt. Die Grundgesamtheit bildete im Weiteren die Grundlage für die Ermittlung der *Population at Risk*, die wiederum in die Berechnung der Inzidenz und der Prävalenz eingegangen ist. Die genaue Abgrenzung der *Population at Risk* für die unterschiedlichen Konzepte der Inzidenz und der Prävalenz wird im folgenden Abschnitt 3.1.3 erläutert.

3.1.3 Berechnung von Prävalenz und Inzidenz

Die Auswertungen des Zi enthielten als zentrale Kennzahlen zum einen die Anzahl der Kinder mit prävalenten Diagnosen und zum anderen die Anzahl der Kinder mit inzidenten Diagnosen. Zur Abgrenzung der beiden Konzepte wurde die in der Versorgungsforschung allgemein anerkannte Definition zugrunde gelegt, Diagnosen als inzident anzusehen, wenn es sich in Bezug auf die Patientin bzw. den Patienten um eine erstmalige Diagnosestellung innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten handelt, d. h. es wurde eine 12-Monatsinzidenz berechnet. Die 12-Monatsinzidenz ist auch in Bezug auf psychische Erkrankungen eine verbreitete Kennzahl zur Messung der Krankheitslast. Als prävalente Diagnosen wurden alle gestellten Diagnosen betrachtet, unabhängig davon, wann sie in Bezug auf eine Patientin bzw. einen Patienten zuletzt gestellt wurden. Die prävalenten Diagnosen umfassen also auch die inzidenten Diagnosen.

Gemäß dem Konzept der *Population at Risk* waren auf Basis der Grundgesamtheit alle Kinder zu bestimmen, die zu Beginn des Beobachtungszeitraums ein Risiko aufwiesen zu erkranken bzw. spezifisch die eine inzidente oder prävalente Diagnose – unter Berücksichtigung der zuvor erläuterten Abgrenzung – gestellt bekommen konnten. Eine prävalente Diagnose konnten alle Kinder und Jugendlichen zu Beginn des Beobachtungszeitraums erhalten, daher wurde für die Prävalenz die gesamte Grundgesamtheit als Bezugsgröße verwendet. Für die Berechnung der Inzidenz hingegen musste die Grundgesamtheit bereinigt werden. Zu berücksichtigen waren nur Kinder und Jugendliche, die im Beobachtungszeitraum eine inzidente Diagnose erhalten konnten. Kinder und Jugendliche, die in den vorangegangenen 12 Monaten bereits eine Diagnose erhalten hatten, konnten per Definition der 12-Monatsinzidenz im aktuellen Beobachtungszeitraum keine inzidente Diagnose erhalten (lediglich eine prävalente). Sie mussten daher für die Berechnung der Inzidenz aus der Grundgesamtheit herausgenommen werden.

Die auf dieser Basis berechneten Prävalenzen und Inzidenzen stellen sogenannte Diagnoseprävalenzen bzw. -inzidenzen dar. Sie beruhen auf Diagnosen, die im niedergelassenen Bereich durch vertragsärztliche Behandler gestellt wurden. Mit diesem Ansatz sind gewisse Einschränkungen verbunden. Zum einen ist mit solchen Diagnosen, zumal in Bezug auf psychische Erkrankungen, generell eine gewisse Unsicherheit verbunden, die sich zudem über die Erkrankungs- bzw. Störungsbilder unterscheidet (Davis et al., 2016). Solche Diagnosen sind zunächst einmal nicht klinisch validiert. Für die vorliegende Analyse wurden zudem sowohl gesicherte Diagnosen als auch Verdachtsdiagnosen einbezogen, um einen potenziellen Effekt von Kontaktbeschränkungen während der Pandemie bereits im Ansatz zu erfassen (vgl. Abschnitt 3.1.1). Zum anderen kann über Abrechnungsdaten der KVen nur eine Krankheitslast gemessen werden, die diagnostiziert bzw. therapiert wird. Unberücksichtigt bleibt der (bislang) unentdeckte Teil der Krankheitslast, der aber in Zeiten mit allgemeinen pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen, einer rückläufigen Zahl an Arztkontakten in Quartalen mit verschärften Kontaktbeschränkungen (Lockdown) und in Bezug auf psychische Erkrankungen im Allgemeinen eine relevante Größenordnung annehmen kann und dessen Umfang unbekannt ist. Insofern handelt es sich bei den hier gemessenen Kennzahlen um *Diagnoseprävalenzen* bzw. *Diagnoseinzidenzen*.

Zeitdimension

Die Zeiteinheit, die für diese Analyse anhand der Datenverfügbarkeit gewählt wurde, ist das Quartal. Die Diagnosen wurden je Quartal ausgewertet, die *Population at Risk* wurde zu Beginn jedes Quartals bestimmt, und die Einordnung in die Konzepte der Prävalenz bzw. Inzidenz erfolgte ebenfalls anhand der Quartale. Insofern handelt es sich des Weiteren – in Abgrenzung zu einem Zeitpunktbezug – um *Periodenprävalenzen* bzw. *Periodeninzidenzen*, insbesondere um *Quartalsprävalenzen* bzw. *Quartalsinzidenzen*.

Über diesen grundsätzlichen Zeitraumbezug der Analyse auf das Quartal als Zeiteinheit hinaus wurden zwei Zeiträume betrachtet. Die Zeiträume wurden derart gebildet, dass ein Vergleich der Krankheitslast unter Pandemiebedingungen (ab dem zweiten Quartal 2020, in dem der erste Lockdown in Deutschland mit umfassenden Kontaktbeschränkungen verhängt wurde) mit der Krankheitslast vor Beginn der Pandemie (bis einschließlich erstes Quartal 2020) möglich ist. Betrachtet und hinsichtlich der Prävalenz bzw. Inzidenz miteinander verglichen wurden die beiden Zeiträume:

1. Vor Pandemie-Beginn: 2018-1 bis 2020-1
2. Nach Pandemie-Beginn: 2020-2 bis 2021-3

Beim Vergleich der Krankheitslast zwischen den beiden Zeiträumen wurden jeweils Mittelwerte der Prävalenzen bzw. Inzidenzen gebildet.⁴

3.1.4 Vorgehen der Analyse

Schließlich wurde die Entwicklung der Krankheitslast über den Beobachtungszeitraum von insgesamt 15 Quartalen analysiert. Zum einen wurde die Entwicklung der Prävalenzen bzw. Inzidenzen der verschiedenen F-Diagnosen über die einzelnen Quartale betrachtet, um etwaige Zusammenhänge zu den pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen anhand des Quartalsverlaufs aufzudecken. Für diese Darstellungen wurden Abbildungen des Zeitverlaufs der Prävalenzen bzw. Inzidenzen gewählt (vgl. Abschnitt 5). Zum anderen wurde die Veränderung der Prävalenzen bzw. Inzidenzen zwischen den beiden Zeiträumen vor und nach Pandemiebeginn analysiert. Für diese Darstellung wurden Tabellen gewählt, die eine mehrdimensionale Differenzierung nach Altersgruppen und Geschlecht ermöglichen (vgl. ebenfalls Abschnitt 5).

Darüber hinaus wurde in der Analyse stets zwischen der Prävalenz und der Inzidenz unterschieden. Die Prävalenz erfasst die Krankheitslast generell umfassender, während die Inzidenz sensitiver auf Dynamik am aktuellen Rand der Entwicklung reagiert. Die Prävalenz nimmt generell etwas höhere Werte an, da sie mehr Diagnosen zählt als die Inzidenz. Für die Prävalenz psychischer Erkrankungen lässt sich generell mehr empirische Evidenz finden, anhand derer eine Einordnung der Größenordnung vorgenommen werden kann. Entsprechend wurde die Inzidenz in der vorliegenden Studie in einem ersten Schritt betrachtet, um die Entwicklung über die einzelnen Quartale des Beobachtungszeitraums zu analysieren und etwaige Dynamik beim

⁴ Dafür wurde je Kennzahl im Zähler ein Mittelwert der prävalenten bzw. inzidenten Diagnosen gebildet und ins Verhältnis gesetzt zum Mittelwert der relevanten *Population at Risk*, jeweils im Mittel über die zugrundeliegenden Quartale.

Übergang zwischen den beiden Zeiträumen vor und nach Pandemie-Beginn zu identifizieren. Sofern für ein Krankheitsbild bzw. eine Subgruppe von Kindern bzw. Jugendlichen eine entsprechende Dynamik identifiziert wurde, wurde in einem zweiten Schritt die jeweilige Prävalenz betrachtet, um die Größenordnung der Dynamik in die mittel- bis langfristige Trendentwicklung einzuordnen und zu bewerten.

3.2 Qualitative Experteninterviews mit Leistungserbringern (AP 400 und AP 500)

Zur Beantwortung der Fragestellungen F2 (Veränderungen bei Diagnosestellung und Symptomatik), F3 (Nachfrage von Leistungen) und F4 (Assoziation von Schutzmaßnahmen und bestimmten psychischen Symptomen) wurden qualitative Experteninterviews durchgeführt. Die Ergebnisse der Experteninterviews wurden im Rahmen einer Fokusgruppe (vgl. dazu AP 500) zusammenfassend bewertet und diskutiert.

3.2.1 Bestimmung der Zielgruppen (AP 410)

Zielgruppe für die Experteninterviews waren Akteure der Versorgung von psychisch erkrankten oder von psychischer Krankheit bedrohten Kindern und Jugendlichen im Freistaat Sachsen. Dabei wurden Akteure aus den Versorgungsbereichen Beratung, Primärversorgung sowie der Diagnostik und Therapie befragt (Tabelle 4).

Die Bestimmung der Zielgruppe folgte der Grundannahme, dass Akteure aus dem Versorgungsbereich Beratung (z. B. kommunale Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Jugendberatungsstellen freier Wohlfahrtsträger) insbesondere Angaben zur Leistungsnachfrage seit März 2020 und zu möglichen Veränderungen der beobachteten psychosozialen Problemlagen machen können. Akteure aus dem Versorgungsbereich Primärversorgung (niedergelassene Kinderärzte) können insbesondere Angaben zur Leistungsnachfrage seit März 2020 und möglichen Veränderungen des Erkrankungsspektrums machen. Akteure aus dem Versorgungsbereich Diagnostik und Therapie (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater, Sozialpädiatrische Zentren, Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen) sind wie die Kinderärzte aussagefähig zur Leistungsnachfrage seit März 2020 und zu möglichen Veränderungen des Erkrankungsspektrums. Darüber hinaus konnten diese Akteure aber auch Angaben zu möglichen Veränderungen der Prognose bei Schülern, die schon vor März 2020 wegen psychischen Auffälligkeiten in Behandlung waren, machen und sich als Experten zu Annahmen bzgl. möglicher Wirkzusammenhänge zwischen Schutzmaßnahmen und psychischen Auffälligkeiten bei Schülern äußern.

Tabelle 4: Zielgruppen der Experteninterviews (vorläufig)

Versorgungsbereich	Angebotsform
Beratung	<ul style="list-style-type: none">• Kommunale Erziehungs- und Familienberatungsstellen• Jugendberatungsstellen freier Wohlfahrtsträger• Jugendämter / Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Primärversorgung	<ul style="list-style-type: none">• Kinderärzte
Diagnostik und Therapie	<ul style="list-style-type: none">• Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten• Kinder- und Jugendpsychiater• Sozialpädiatrische Zentren• Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen

Quelle: IGES

3.2.2 Festlegung der Stichprobe (AP 420)

Damit die infrastrukturellen und sozialen Unterschiede in den verschiedenen Regionen des Freistaats Sachsen berücksichtigt werden konnten, was insb. für die Versorgungsplanung von entscheidender Bedeutung ist, erfolgte die Festlegung der Stichprobe entlang der siedlungsstrukturellen Kreistypen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (Tabelle 5).

Tabelle 5: Mengengerüst Experteninterviews

	kreisfreie Großstadt	städtische Landkreise	ländliche Kreise
Beratungsstellen	2	2	2
Kinderärzte	2	2	2
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	2	2	2
Kinder- und Jugendpsychiater	2	2	2
Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen	2	2	2
Sozialpädiatrische⁵ Zentren	3	1	2
insgesamt	13	11	12

Quelle: IGES

In Sachsen gibt es drei kreisfreie Großstädte (Dresden, Leipzig und Chemnitz), zwei städtische Landkreise (Erzgebirgskreis und Zwickau) sowie neun ländliche Landkreise (Bautzen, Görlitz, Leipzig (Land), Meißen, Mittelsachsen, Nordsachsen, Sächsische Schweiz-Osterzgebirge und Vogtlandkreis). Für jede dieser räumlichen Kategorien sollten die oben benannten Akteure entsprechend eines Mengengerüsts interviewt werden.

Für jeden siedlungsstrukturellen Kreistyp wurde eine Anzahl von durchschnittlich 12 Interviews als zielführend für die umfassende Erfassung der Nachfragesituation, möglicher Veränderungen bei der Diagnosestellung und der Assoziationen von Schutzmaßnahmen und Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens bei der Zielgruppe festgelegt. Das entspricht zwei Interviews je Kreistyp und Akteur (mit Ausnahme der sozialpädiatrischen Zentren) und damit 36 Interviews insgesamt.

3.2.3 Entwicklung eines Leitfadens (AP 430)

Das IGES Institut entwickelte auf Basis der Fragestellungen F2, F3 und F4 einen Interviewleitfaden. Dieser wurde anhand von relevanten Themen (siehe Tabelle 6) und der Chronologie der Corona-Pandemie (siehe nächster Absatz) strukturiert.

⁵ Die Verteilung der insgesamt acht sozialpädiatrischen Zentren in Sachsen ist festgelegt und kann mithin nicht im Sinne des Mengengerüsts manipuliert werden.

Tabelle 6: Exemplarische thematische Struktur des Interviewleitfadens

Thema	Inhalte
Inanspruchnahme	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von (Praxis-)besuchen • Häufigkeit von Terminanfragen • Wartezeiten • Reaktionen auf Nachfragesituation (z. B. zusätzliche Beratungsangebote) • Veränderungen des Klientels • ...
Psychosoziale Problemlagen	<ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit von Berichten über familiäre Konflikte • Häufigkeit von Berichten über soziale Deprivation • Häufigkeit von Berichten über unzureichende soziale Unterstützung • ...
Psychische Auffälligkeiten und Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • Häufung psychischer Auffälligkeiten • Veränderung der Prognose bei Schülern, die schon vor März 2020 wegen psychischen Auffälligkeiten in Behandlung waren • Häufung bestimmter psychischer Symptome • ...
Schutzmaßnahmen als Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprache von Schutzmaßnahmen durch Schüler • Ansprache durch Schutzmaßnahmen durch behandelnde/beratende Personen • Assoziation bestimmter psychischer Symptome mit Schutzmaßnahmen • ...
Interpretation der Ergebnisse der Routinedatenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Abgleich der Kennwerte mit den eigenen Erwartungen • Erklärungsansätze für ggf. auffällige Kennwerte • Reflektion der Kennwerte vor dem Hintergrund des Prozesses der Diagnosestellung • ...

Quelle: IGES

Die wesentliche Herausforderung bei der Befragung der Leistungserbringer war der retrospektive Inhalt der Fragestellungen. Die Fragen mussten so formuliert werden, dass die Angaben der Leistungserbringer, z. B. zu Veränderungen bei Nachfrage und Diagnosestellung, möglichst präzise dem Zeitraum vor dem Beginn der Pandemie oder dem Zeitraum seit Beginn der Pandemie zugeordnet werden konnten. Dies konnte dadurch erreicht werden, indem „zeitliche Anker“ (prägnante Ereignisse in der Vergangenheit, durch dessen Integration die Erinnerungsleistung verbessert wird) in die Fragen eingebettet wurden. Für den Leitfaden zur Befragung der Leistungserbringer sind die Zeitpunkte bzw. Zeiträume der Einführung bzw. Gültigkeit bestimmter Schutzmaßnahmen prädestinierte zeitliche Anker (siehe Abbildung 3). Durch die systematische Anwendung zeitlicher Anker bei der Entwicklung des Leitfadens wurde erstens die Erinnerungsleistung der Befragten verbessert, und zweitens erfolgte so eine Zuordnung von Entwicklungen, z. B. bzgl. Veränderungen bei Nachfrage und Diagnosestellung, zu verschiedenen Zeiträumen seit dem Beginn der Corona-Pandemie, sodass die Analyse von zeitlichen Entwicklung während der Corona-Pandemie ermöglicht wurde.

Abbildung 3: Zeitstrahl mit Beispielankern der Corona-Pandemie



Quelle: IGES

Um die Expertise der Interviewteilnehmer für die Synthese der quantitativen und qualitativen Daten nutzbar zu machen, wurden im Rahmen der Experteninterviews erste Ergebnisse der Analyse der Routinedaten präsentiert und durch die Interviewteilnehmer bewertet und reflektiert. Um sicherzustellen, dass die Aussagen der Interviewteilnehmer zu den Fragestellungen F2, F3 und F4 nicht durch die Ergebnisse der Routinedatenanalyse beeinflusst werden, wurde die Präsentation der Ergebnisse als letztes Thema im Interviewleitfaden verortet.

3.2.4 Durchführung der Datenerhebung (AP 440)

Die Experteninterviews wurden anhand von Telefon- oder Videokonferenzen durchgeführt. Diese Durchführungsformate haben im Vergleich zur Durchführung vor Ort den Vorteil, dass sie die zeitlichen Kapazitäten der Teilnehmenden in geringerem Maße beanspruchen und sehr kosteneffizient sind. Die Durchführung von Interviews vor Ort wäre vor allem ratsam gewesen, wenn eine kleinteilige Erfassung von Motivationslagen und/oder Arbeitsprozessen der Teilnehmenden hätte erfolgen sollen und Interviews eine erwartete Dauer von über 60 Minuten gehabt hätten. Beides war entsprechend der Themen des Leitfadens nicht der Fall, sodass sich die Durchführung anhand von Telefon- oder Videokonferenz anbot. Ob eine Telefon- oder eine Videokonferenz durchgeführt wurde, hing von den entsprechenden Möglichkeiten der Teilnehmenden ab. Es wurde mit einer Interviewdauer von etwa 45 Minuten gerechnet.

Zur Ansprache potentieller Interviewpartner erfolgte zunächst die Recherche von bis zu 30 potentiellen Interviewpartnern je Akteursgruppe und Kreistyp (entspricht einer zurückhaltenden Schätzung der Erfolgsquote von 10 %).⁶ Die Anfrage zur Teilnahme am Interview erfolgte dann – nach Abstimmung mit dem Auftraggeber – per E-Mail mit Ankündigung des Versuchs einer telefonischen Kontaktaufnahme innerhalb der nächsten Woche. Die schriftliche Ansprache ermöglichte die Vorlage eines Unterstützungsschreibens des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt, was erfahrungsgemäß unerlässlich für einen zufriedenstellenden Rücklauf ist. In den Versorgungsbereichen in denen die Anzahl von Teilnehmenden in einer Akteursgruppe gemäß Mengengerüst nicht erreicht wurden, erfolgte die erneute Recherche von bis zu 30 potentiellen Interviewpartnern.

⁶ Ggf. können auch die Berufsverbände Leistungserbringer für die Experteninterviews empfehlen.

Die Recherche wurde in Rücksprache mit dem Auftraggeber nach Bedarf angepasst. Diese werden in Kapitel 3.3 für die einzelnen Expertengruppen näher aufgeführt.

Die Interviews bzw. Videokonferenzen wurden bei Zustimmung durch die Interviewpartner aufgezeichnet.

3.2.5 Datenauswertung (AP 450)

Die geführten Interviews wurden im Anschluss transkribiert und mithilfe des Textanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet. Als Auswertungsmethode wurde die strukturierende Inhaltsanalyse nach Phillip Mayring angewendet. Sie beinhaltet folgende Schritte:

- 1) Bestimmung der zu analysierenden Einheiten der Interviews
- 2) Theoriegeleitete Festlegung der inhaltlichen Hauptkategorien (deduktiv) anhand der Interviewleitfäden
- 3) Theoriegeleitete Bestimmung der Subkategorien (deduktiv) und Zusammenstellung des Kategoriensystems anhand der Interviewleitfäden und der Forschungsfragen
- 4) Formulierung von Definitionen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
- 5) Erster Materialdurchlauf: Codierung der Fundstellen unter Zuordnung zu den einzelnen Kategorien
- 6) Erneute Überarbeitung des Kategoriensystems und Finalisierung
- 7) Zweiter Materialdurchlauf: Codierung und Paraphrasierung der gefundenen Textstellen
- 8) Dritter Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
- 9) Vierter Materialdurchlauf: Streichung bedeutungsgleicher Aussagen, Verdichtung des Materials
- 10) Aufbereitung der zentralen Ergebnisse und deren Verschriftlichung

Während der Datenerhebungs- und Auswertungsphase hatte nur das Projektteam Zugriff auf die Audiodateien und Transkriptionen. Alle personenbezogenen Daten, Audiodateien und nicht pseudonymisierten Inhalte wurden in einem Ordner gespeichert, der nach Abschluss des Projekts vollständig gelöscht wird.

3.2.6 Fokusgruppe (AP 500)

Zur Bewertung und Diskussion der Ergebnisse der Experteninterviews zu den Fragestellungen F2 (Veränderungen bei Diagnosestellung und Symptomatik) und F4 (Assoziation von Schutzmaßnahmen und bestimmten psychischen Symptomen) sowie zur Diskussion von Handlungsempfehlungen wurde eine Fokusgruppe durchgeführt. Im Rahmen der Fokusgruppe wurden Expertenmeinungen systematisch aufgenommen und flossen in die Diskussion und Bewertung der Studienergebnisse ein. In Rücksprache mit dem Auftraggeber wurde in Vorbereitung zur Fokusgruppendifkussion die Fragestellung F4 (Assoziation von Schutzmaßnahmen und bestimmten psychischen Symptomen) durch die Frage und Diskussion möglicher perspektivischer Maßnahmen ersetzt. Die dreistündige Fokusgruppe wurde vor Ort in Dresden durchgeführt. Als Teilnehmende wurden u. a. ausgewiesene Experten der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Soziologie eingeladen, die mit den infrastrukturellen und sozialen Bedingungen im Freistaat Sachsen vertraut sind. Die Ausrichtung der Fokusgruppe sowie die Auswahl und Ansprache der potentiellen Teilnehmenden erfolgte durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales und gesellschaftlichen Zusammenhalt.

3.3 Auswahl der Experten

Die im Folgenden dargestellte Auswahl wurde durch IGES durchgeführt, um das Mengengerüst (Tabelle 5) zu realisieren.

Das Mengengerüst sah keine regionale Verteilung innerhalb der Landkreiskategorien vor. Es wäre also möglich gewesen, dass beispielsweise innerhalb der Gruppe der Kinderärzte in großstädtischen Kreisen nur solche aus Dresden, nicht jedoch aus Leipzig und Chemnitz gezogen worden wären. Daher wurde für jede Gruppe zunächst eine regional breite Verteilung bestimmt und erst dann per Zufall gezogen, wo dies nötig war. Die Rekrutierung erfolgte primär nach diesem Verfahren der Auswahl. Erst mit nicht erfolgter Rückmeldung oder Ablehnung durch die Experten wurden mit einer Wiederholung des Auswahlverfahrens weitere Kontakte hinzugefügt. Das Vorgehen unterscheidet sich je nach Gruppe geringfügig, so dass die Auswahl im Folgenden je nach Expertengruppe dargestellt wird.

3.3.1 Auswahl der Beratungsstellen

Die Auswahl der Beratungsstellen erfolgte aus einer vollständigen Liste der einschlägigen Beratungsstellen. Diese wurden per Zufall unter dem Aspekt der Sicherstellung einer angemessenen regionalen Verteilung ausgewählt. Die Auswahl konnte entsprechend der Verteilung nach dem Mengengerüst realisiert werden.

3.3.2 Auswahl der Kinder- und Jugendärzte

Angestrebt wurde die Auswahl von zwei Kinder- und Jugendärzten aus jedem Kreistyp. Die Auswahl erfolgte in einem dreistufigen Zufallsverfahren: Erstens wurden innerhalb eines Landkreistyps (bspw. der ländlichen Kreise) zwei Kreise zufällig ausgewählt. Zweitens wurden die Postleitzahlenbereiche dieser Kreise per Zufall in eine Rangfolge gebracht. Drittens wurden alle Kinder- und Jugendärzte im Postleitzahlenbereich auf Rang 1 recherchiert. Gab es in einem Postleitzahlenbereich keine Kinder- und Jugendärzte wurden alle aus dem Postleitzahlenbereich auf Rang 2 recherchiert und so weiter. Aus dieser Liste von Kinder- und Jugendärzten wurde per Zufall ein Arzt oder eine Ärztin ausgewählt. Das Vorgehen wurde für beide in Schritt 1 ausgewählten Kreise durchgeführt, so dass zwei Kinder- und Jugendärzte je Kreistyp am Ende ausgewählt sind.

Die Ansprache und Rückmeldung der Ärztinnen und Ärzte der Kinder und Jugendmedizin gestaltete sich nicht mit erwünschter Reaktion. Aus diesem Grund wurde in einem mehrstufigen Prozess das Sampling und die Ansprache erweitert. In Rücksprache mit dem Auftraggeber erfolgte die Ansprache aller Kinder- und Jugendärzte mit Kassensitz im Freistaat Sachsen, sofern dies in der ausgewählten Region erforderlich war. Insgesamt konnten mit der Erweiterung der Rekrutierung Interviews in allen Kreistypen jedoch nicht in gewünschter Anzahl realisiert werden.

3.3.3 Auswahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die Auswahl erfolgte analog zur Auswahl der Kinder- und Jugendärzte (Abschnitt 3.3.2).

Die Rückmeldung und Durchführung konnte in gewünschter Anzahl für alle ausgewählten Kreistypen realisiert werden. In Rücksprache erfolgte die Anpassung der Anzahl der Interviews als Reaktion auf die Unvollständigkeit des Mengengerüsts der SPZ (vgl. Absatz 3.3.6). Hierzu wurden für jedes fehlende Interview identisch zur Region bzw. Kreistyp ein weiteres Interview hinzugefügt.

3.3.4 Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiater

Die Auswahl erfolgte analog zur Auswahl der Kinder- und Jugendärzte (Abschnitt 3.3.2).

In Mangel an verfügbaren Fachärzten für Kinder und Jugendpsychiatrie städtischer Landkreise wurde die Rekrutierung auf die weiteren Kreistypen übertragen. Insgesamt weicht demnach die Auswahl von der ursprünglich geplanten Verteilung ab jedoch konnte die Summe der Interviews realisiert werden.

3.3.5 Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen

Sechs Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (PIA) haben zur Expertise beigetragen: laut Feinkonzept jeweils zwei aus jedem Kreistyp. Da sich nach Konzepterstellung herausstellte, dass die städtischen Landkreise nur eine PIA aufweisen, wurden in kreisfreien Großstädten drei PIA ausgewählt, da so jede Großstadt eine PIA einbringen konnte. Innerhalb der großstädtischen Kreise wurde unter den PIA, die Kinder- und Jugendliche behandeln, eine per Zufall ausgewählt.

Unter den PIA in ländlichen Kreisen wurde gemäß folgender Überlegungen eine bewusste Auswahl getroffen: Von den vier in Frage kommenden PIA liegt eine zu nah an Dresden (Arnsdorf) und repräsentiert damit wahrscheinlich nicht vollständig ein Einzugsgebiet einer ländlichen Region. Eine PIA hat zur Zeit der Auswahl keine Leitung, die verbleibenden sind dagegen eine gute Auswahl, da sie weit auseinander liegen und damit eine gute räumliche Verteilung bieten. Das Ergebnis der Auswahl ist in Tabelle 7 dargestellt.

Tabelle 7: Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen

Landkreis-Typ	Name	Ort
kreisfreie Großstadt	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes/Jugendalters des Universitätsklinikums Leipzig	Leipzig
kreisfreie Großstadt	Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums Dresden	Dresden
kreisfreie Großstadt	Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Klinikum Chemnitz gGmbH	Chemnitz
städtische Landkreise	Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, HBK Zwickau	Zwickau
ländliche Landkreise	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, SKH Rodewisch	Rodewisch
ländliche Landkreise	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, SKH Großschweidnitz	Großschweidnitz

Quelle: IGES

3.3.6 Auswahl der Sozialpädiatrischen Zentren

Fünf Sozialpädiatrische Zentren (SPZ) können zur Expertise beitragen, 3 aus kreisfreien Großstädten, 1 aus städtischen Landkreisen und 2 aus ländlichen Landkreisen. Das Ergebnis der Auswahl zeigt Tabelle 8.

- SPZ aus großstädtischen Kreisen: Hierzu wurde festgelegt, dass aus jedem der drei großstädtischen Kreise ein SPZ zur Expertise beiträgt. In Dresden und Leipzig wurde per Zufall entschieden, welches der beiden SPZ ausgewählt wird.
- Städtische Landkreise: Bereits beim Entwurf des Studienkonzepts war bekannt, dass es in Sachsen nur ein SPZ in diesem Landkreistyp gibt, dieser wurde ausgewählt.
- Ländliche Landkreise: Hier konnten per einfacher Zufallsauswahl zwei aus drei in Frage kommenden Landkreisen ausgewählt werden.

Tabelle 8: Auswahl der Sozialpädiatrischen Zentren

Landkreis-Typ	Name	Ort
kreisfreie Großstadt	SPZ Chemnitz Poliklinik gGmbH Chemnitz	Chemnitz
kreisfreie Großstadt	SPZ Dresden am Städtischen Krankenhaus Dresden-Neustadt	Dresden
kreisfreie Großstadt	SPZ Leipzig	Leipzig
städtische Landkreise	Sozialpädiatrisches Zentrum am HELIOS Klinikum Aue gemeinnützige GmbH	Aue-Bad Schlema
ländliche Landkreise	Sozialpädiatrisches Zentrum des Klinikums Görlitz gGmbH	Görlitz
ländliche Landkreise	Sozialpädiatrisches Zentrum am Kreiskrankenhaus Riesa	Riesa

Quelle: IGES

Während der Rekrutierung der SPZ zeigte sich, dass das SPZ des städtischen Landkreises zwar gelistet, jedoch nicht mehr in Betrieb ist. Insgesamt konnten drei SPZ der kreisfreien Großstädte zur Expertise beitragen. Da sich bereits frühzeitig im Rekrutierungsprozess herausstellte, dass das Mengengerüst nicht realisiert werden kann, wurde in Rücksprache mit dem Auftraggeber die Anzahl der Interviews weiterer Versorgungsbereiche angepasst.

3.3.7 Auswahl der Experten - finale Stichprobe

Wie bereits vorab angeführt, wurden nach Bedarf Änderungen der Rekrutierung umgesetzt. Die Tabelle 9 zeigt das Mengengerüst der final durchgeführten Experteninterviews. Abweichend zur Mengenkalkulation in der Planung des Konzeptes (vgl. Abschnitt 3.2.2) konnten in Summe 33 von ursprünglich geplanten 36 Interviews mit Experten realisiert werden.

Tabelle 9: Mengengerüst der finalen Stichprobe

	kreisfreie Großstadt	städtische Landkreise	ländliche Landkreise	Gesamt
Beratungsstellen	2	2	2	6
Kinderärzte	1	1	1	3
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	3	3	3	9
Kinder- und Jugendpsychiater	2	1	3	6
Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen	2	1	3	6
Sozialpädiatrische⁷ Zentren	3	0	0	3
insgesamt	13	8	12	33

Quelle: IGES

⁷ Die Verteilung der insgesamt acht sozialpädiatrischen Zentren in Sachsen ist festgelegt und kann mithin nicht im Sinne des Mengengerüsts manipuliert werden.

4 Evidenz zur Entwicklung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Der Fokus der Analyse von Routinedaten, die in dieser Studie vorgenommen wurde, lag auf dem ambulanten, niedergelassenen Bereich, ausgewertet wurden vertragsärztliche Abrechnungsdaten. Eine Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen erfolgt darüber hinaus auch im stationären Bereich (vor allem Kinder- und Jugendpsychiatrie). Grundsätzlich werden im niedergelassenen und im stationären Bereich schwerpunktmäßig unterschiedliche Krankheitsbilder behandelt, gleichzeitig bestehen allerdings auch Zusammenhänge, sodass Wechselwirkungen auftreten können. Um ein Gesamtbild zu erhalten und die im niedergelassenen Bereich aktuell beobachteten Entwicklungen in einen Gesamtkontext einzuordnen, wird in diesem Kapitel – sofern Daten verfügbar waren – Evidenz zur längerfristigen Entwicklung der Häufigkeit von Diagnosen psychischer Erkrankungen zum einen im niedergelassenen Bereich (Abschnitt 4.1) sowie zum anderen im stationären Bereich (Abschnitt 4.2) aufgezeigt.

4.1 Niedergelassener Bereich

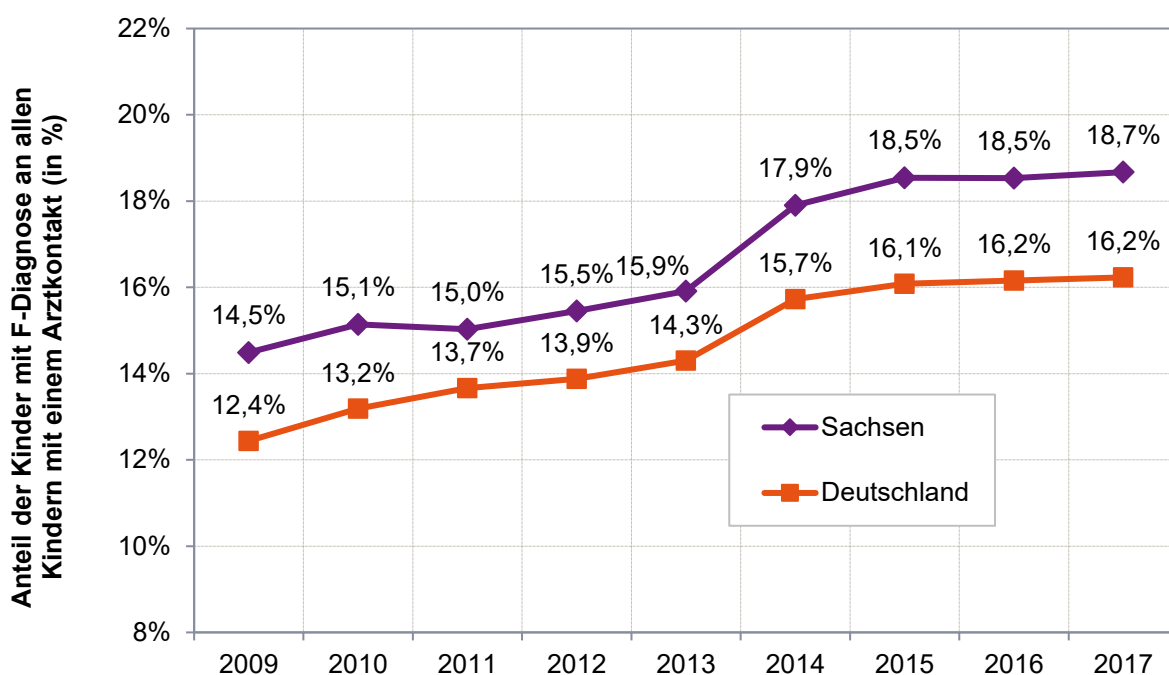
Evidenz zur längerfristigen Entwicklung der Häufigkeit von Diagnosen psychischer Erkrankungen im niedergelassenen Bereich lässt sich anhand einer Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) (Steffen et al., 2018) aufzeigen. Diese Studie basiert auf derselben Datengrundlage wie die vorliegende Studie, sodass die Ergebnisse der beiden Studien grundsätzlich vergleichbar sind. Dennoch ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der Zi-Studie zur Prävalenz psychischer Erkrankungen insgesamt mit denen der vorliegenden Studie aus drei Gründen eingeschränkt.

Zum einen wird in der Zi-Studie die Anzahl der prävalenten Diagnosen auf die Anzahl der Kinder mit einem Arztkontakt (anstatt die Gesamtzahl der Kinder in der Bevölkerung) bezogen. Damit ist die Prävalenz in der Zi-Studie im Vergleich zu der hier berechneten Prävalenz systematisch nach oben verzerrt, fällt also größer aus (vgl. auch Abschnitt 3.1.2). Zum anderen werden in der Zi-Studie nur prävalente Diagnosen berücksichtigt, die in mindestens zwei Quartalen eines Jahres gestellt wurden (anstatt mindestens einem Quartal). Aus diesem Grund ist die Prävalenz in der Zi-Studie im Vergleich zu der vorliegenden Studie, in der auch Diagnosen berücksichtigt wurden, die in nur einem Quartal gestellt wurden, systematisch nach unten verzerrt, fällt also geringer aus. Und schließlich werden in der Zi-Studie Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „bis unter 18 Jahre“ zusammen betrachtet, während in der vorliegenden Studie nur die Altersgruppe der 10- bis 16- Jährigen analysiert wird. Der isolierte Effekt dieses Unterschieds auf die Prävalenz ist ohne genauere Kenntnis der Prävalenz in den einzelnen Altersgruppen unklar. Ebenso unklar ist der kombinierte Effekt aller drei Unterschiede auf die Prävalenz, allerdings ist davon auszugehen, dass der Effekt der ersten Abweichung bei der Bezugsgröße dominiert und die Prävalenz in der Zi-Studie im Vergleich zur vorliegenden Studie systematisch größer ausfällt.

Unter Berücksichtigung dieser Unterschiede zeigt sich zwischen den Jahren 2009 und 2017 ein tendenziell ansteigender Trend der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei

Kindern in Deutschland auf Basis von Diagnosen aus dem niedergelassenen Bereich (F-Kapitel gesamt) (Abbildung 4). Ausgehend von einem Niveau von 12,4 % im Jahr 2009 stieg die Prävalenz in den Folgejahren stetig an und machte im Jahr 2014 einen größeren Sprung auf 15,7 %. In den Jahren 2015 bis 2017 allerdings flachte der Anstieg ab, und die Prävalenz nahm nicht weiter zu.

Abbildung 4: Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahren mit einem Arztkontakt (niedergelassener Bereich, 2009-2017)



Quelle: IGES auf Basis einer Studie des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Steffen et al., 2018)

Anmerkungen: Kinder und Jugendliche bis unter 18 Jahre mit mind. einer prävalenten F-Diagnose, die in mind. zwei Quartalen eines Jahres gestellt wurde.

Einen ähnlichen Verlauf nahm die Prävalenz über den gleichen Zeitraum im Bundesland Sachsen. Allerdings bewegte sich die Prävalenz in Sachsen grundsätzlich auf einem um etwa 2 %-Punkte höheren Niveau. Das heißt, die Prävalenz fiel in Sachsen zwischen 10 % und 17 % höher aus als im Bundesdurchschnitt. Sie stieg von 14,5 % im Jahr 2009 auf 17,9 % im Jahr 2014 an, und in den Folgejahren flachte der Anstieg ab, sodass die Prävalenz im Jahr 2017 in Sachsen bei 18,7 % lag. Das bedeutet, im Jahr 2017 wiesen knapp 19 % aller Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahren in Sachsen, die einen Arztkontakt hatten, eine F-Diagnose auf, die in mindestens zwei Quartalen des Jahres durch einen Behandler im niedergelassenen Bereich gestellt wurde. Im bundesweiten Durchschnitt traf dies nur auf rund 16 % der Kinder und Jugendlichen zu.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die psychische Krankheitslast bei Minderjährigen in Sachsen, soweit im niedergelassenen Bereich gemessen, seit mehreren Jahren höher ausfällt als im Bundesdurchschnitt.

4.2 Stationärer Bereich

In Bezug auf den stationären Bereich lagen für diese Studie keine Daten veröffentlicht vor, die für die Krankenhaushäufigkeit eine ähnliche vergleichende Betrachtung zwischen dem gesamten Bundesgebiet und dem Bundesland Sachsen ermöglicht hätten. Auf Grundlage der tiefgegliederten Diagnosedaten der Krankenhauspatienten des Statistischen Bundesamts (destatis, 2021) wurde eine Zeitreihe der Krankenhaushäufigkeit für alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren in Deutschland betrachtet. Die Krankenhaushäufigkeit wurde hier definiert als die Anzahl der vollstationären (Entlassungs-)Fälle mit mindestens einer Hauptdiagnose aus dem F-Kapitel bezogen auf 100 Einwohner in der relevanten Altersgruppe.⁸ Die Fallzahl wurde fachabteilungsbezogen betrachtet und enthielt auch Stundenfälle.

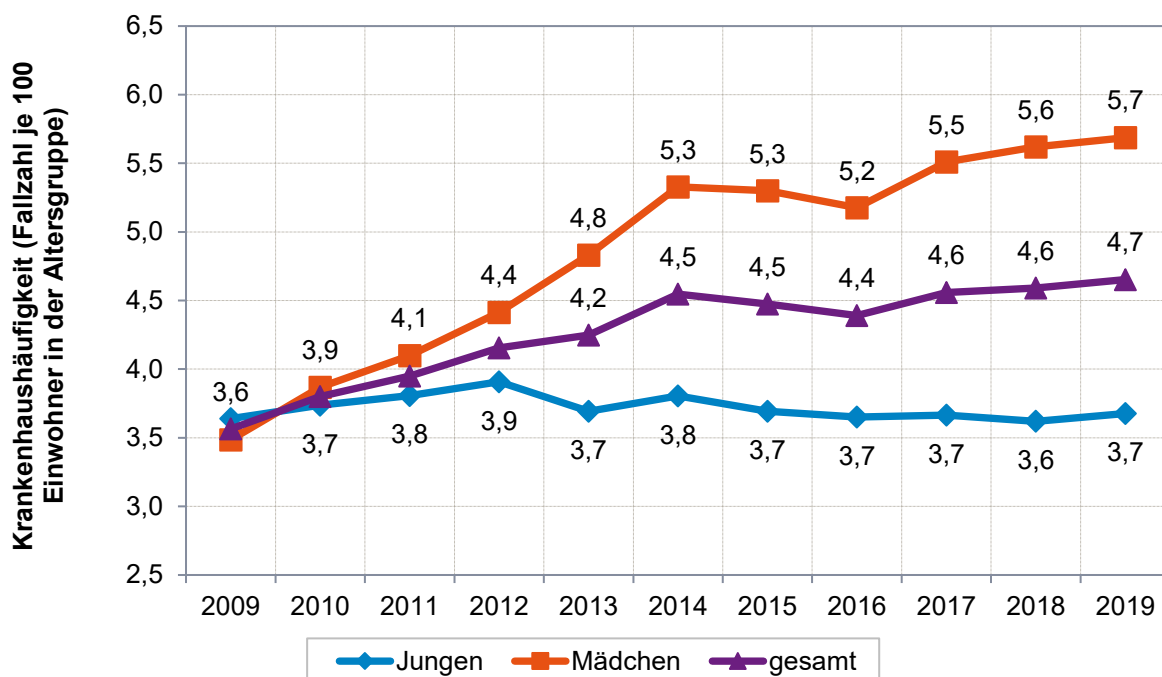
In den Jahren 2009 bis 2014 zeigte sich anhand dieser Daten eine stetige Zunahme der Krankenhaushäufigkeit von 3,6 Fällen je 100 Kinder auf 5,3 Fälle je 100 Kinder zumindest bei Mädchen (Abbildung 5).

Bei Jungen folgte auf einen leichten Anstieg ein Rückgang auf das Ausgangsniveau. In den Jahren 2015 und 2016 ging die Krankenhaushäufigkeit bei psychischen Erkrankungen sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen zurück. Bei Jungen blieb sie anschließend auf dem gleichen Niveau, während sie bei Mädchen wieder zunahm bei auf 5,7 Fälle je 100 Kinder im Jahr 2019.

Für beide Geschlechter zusammen genommen zeigte sich ein ähnlicher Trendverlauf der Krankenhaushäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 14 Jahren mit psychischen Erkrankungen in Deutschland (Abbildung 5) wie bei der Prävalenz psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren im niedergelassenen Bereich (Abbildung 4). Beide Kennzahlen weisen einen stetigen Anstieg bis zum Jahr 2014 auf, der sich in den Jahren 2015 bis 2017 abschwächte. Für den stationären Bereich deuten die Daten aus den Jahren 2018 und 2019 auf einen nur geringen weiteren Anstieg hin.

⁸ Die Krankenhaushäufigkeit ist grundsätzlich nicht unmittelbar mit der Prävalenz im niedergelassenen Bereich vergleichbar.

Abbildung 5: Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Alter von 10 bis 14 Jahren (stationärer Bereich, 2009-2019)



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamts: Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatienten, mehrere Jahrgänge
 Anmerkungen: Kinder und Jugendliche im Alter von 10 bis 14 Jahren mit mind. einer F-Diagnose.

Die grundsätzlich eingeschränkte Vergleichbarkeit dieser Analysen zu den im weiteren Verlauf dieser Studie dargestellten Ergebnissen für den niedergelassenen Bereich sei noch einmal hervorgehoben. Unter ihrer Berücksichtigung lassen sich allerdings vorsichtig Hinweise erkennen, dass die psychische Krankheitslast der Kinder und Jugendlichen in der Zielgruppe dieser Studie, sofern diagnostiziert, in den Jahren vor 2019 zuletzt nur einem leicht ansteigenden Trendverlauf unterlag, der bei Mädchen ausgeprägter verlief als bei Jungen.

5 Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Auswertung von Routinedaten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi) dargestellt. Diese Darstellungen sind mit bestimmten Einschränkungen verbunden:

- Betrachtet wird die diagnostizierte Krankheitslast. Das tatsächliche Krankheitsgeschehen kann durchaus größer ausfallen (siehe auch die Ausführungen in den Abschnitten 3.1.3 und 8.1).
- Die verschiedenen psychischen Krankheitsbilder, die im Folgenden betrachtet werden, unterscheiden sich hinsichtlich des Zeitraums, über den sie sich manifestieren, dieser Zeitraum fällt beispielsweise bei depressiven Episoden typischerweise länger aus als bei anderen psychischen Erkrankungen.
- Wenn im Folgenden Veränderungen bei Inzidenzen und Prävalenzen diagnostizierter psychischer Erkrankungen dargestellt werden und in den Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie gebracht werden, handelt es sich zunächst nur um statistische Zusammenhänge von sich zeitlich überlagernden Ereignissen. Kausale Zusammenhänge zwischen beispielsweise den Kontaktbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und der Entwicklung der betrachteten Inzidenzen und Prävalenzen können mit dem Ansatz der vorliegenden Studie nicht identifiziert werden.

Für die Darstellung wurde der Übersichtlichkeit halber eine Gruppierung gewählt.

- Zunächst erfolgt eine Betrachtung des psychischen Krankheitsgeschehens insgesamt (F-Kapitel bzw. alle Diagnosen psychischer Erkrankungen zusammen genommen) (Abschnitt 5.1) zusammen mit einer Darstellung der häufigsten Diagnosen psychischer Erkrankungen.
- Dann werden die wichtigsten Diagnosen bzw. auffälligsten Entwicklungen in jeweils separaten Abschnitten (5.2 bis 5.6) behandelt.
- Anschließend werden weitere Diagnosen dargestellt, bei denen unabhängig von der Pandemie über den betrachteten Zeitraum ein generell ansteigender Trend des Krankheitsgeschehens bei der Zielgruppe vorliegt (Abschnitt 5.10).
- Des Weiteren werden weitere Diagnosen dargestellt, bei denen über den betrachteten Zeitraum eine rückläufige trendmäßige Entwicklung festgestellt wurde (Abschnitt 5.11).
- Zuletzt werden Diagnosen behandelt, bei denen sich keine eindeutige Entwicklung über den betrachteten Zeitraum zeigte, entweder für beide Geschlechter keine merkliche Veränderung des Krankheitsaufkommens oder nur für ein Geschlecht eine geringfügige Veränderung (Abschnitt 5.12).

Für die Gruppe der wichtigsten Diagnosen wurden die Darstellungen ergänzt um eine Differenzierung nach Behandlergruppen, um zu berücksichtigen, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater häufiger „gesicherte“ Diagnosen stellen als Kinder- und Hausärzte (vgl. die Beschreibung des Vorgehens in Abschnitt 3.1.1).

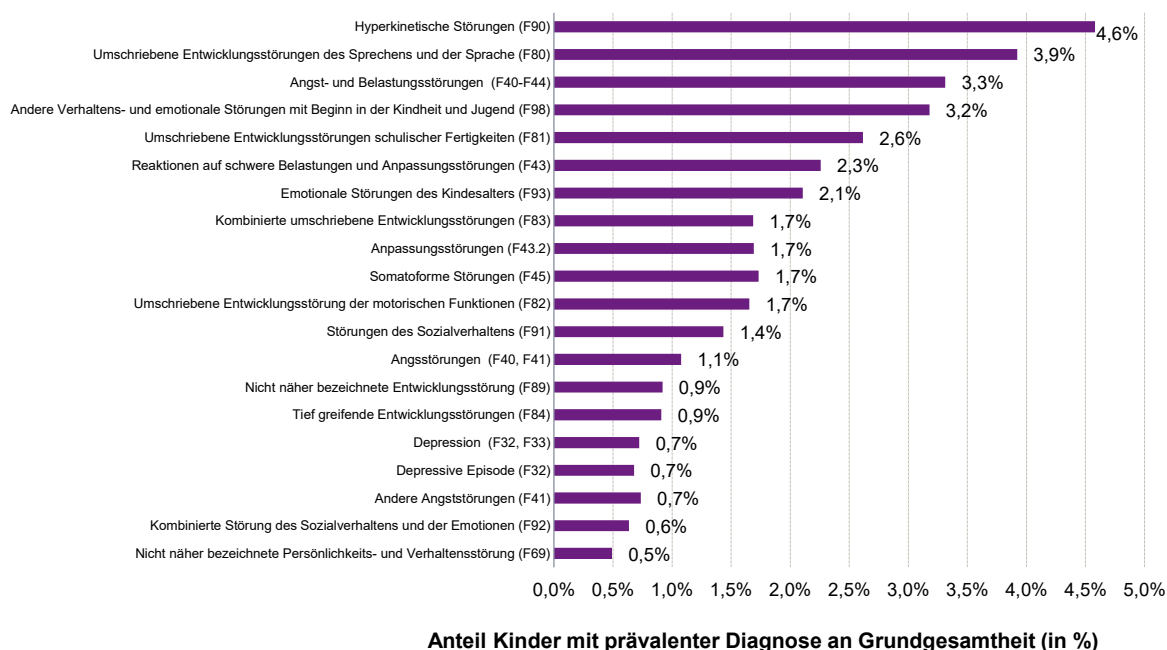
Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Anzahl an vergleichsweise selten gestellten Diagnosen, für die eine Analyse im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, da keine hinreichend große Fallzahl vorlag (vgl. dazu die Datenschutzvorgaben des Zi zur Mindestbesetzung der Auswertungszellen in Abschnitt 3.1.1). Dies betrifft alle weiteren Diagnosen aus dem F-Kapitel des ICD-10, die in diesem Bericht nicht dargestellt wurden. Sie wurden lediglich aus dem Grund nicht dargestellt, dass für sie aus Datenschutzgründen keine Auswertungen erfolgen konnten.

Das weitergehende methodische Vorgehen bei der Auswertung der Routinedaten und die getroffenen Annahmen werden in Abschnitt 3.1 im Einzelnen erläutert.

5.1 Psychische Erkrankungen insgesamt (F-Kapitel)

Zu den häufigsten Diagnosen psychischer Störungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen zählen die hyperkinetischen Störungen (F90) und umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80). Sie hatten bezogen auf die Zielgruppe im Zeitraum des ersten Quartals 2018 bis zum ersten Quartal 2020 eine Prävalenz von 4,6 % (F90) bzw. 3,9 % (F80) (Abbildung 6). Es folgen Angst- und Belastungsstörungen (F40-F44) mit einer Prävalenz von 3,3 % sowie andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (3,2 %).

Abbildung 6: Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern der Zielgruppe

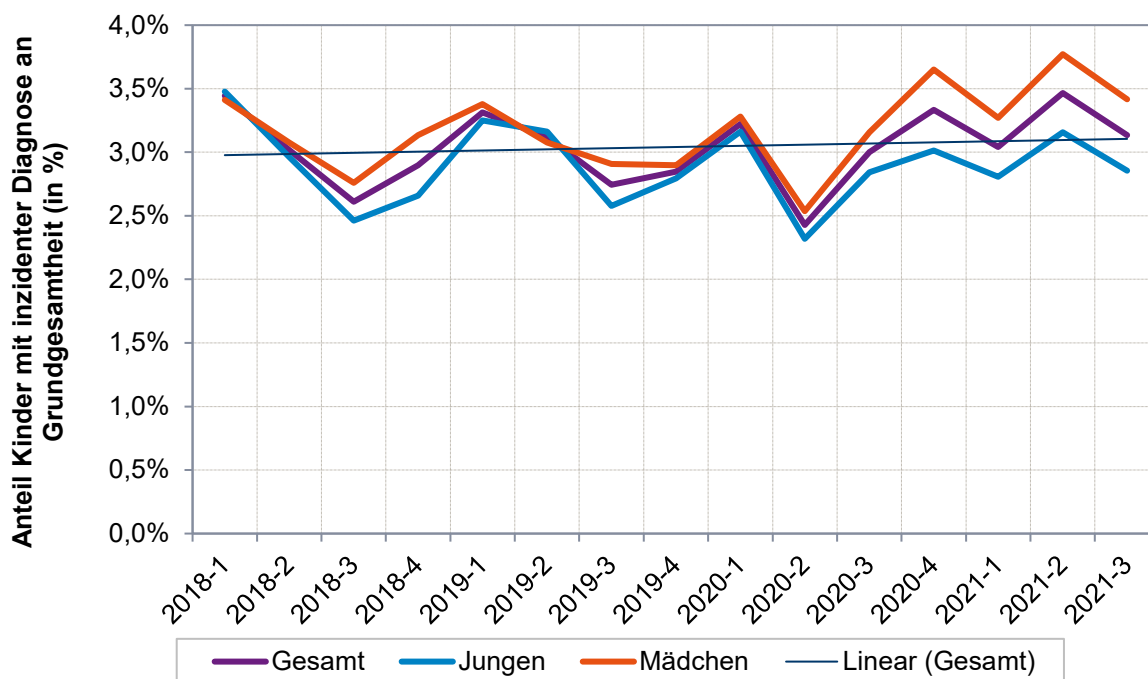


Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Prävalenz im Durchschnitt über den Zeitraum 2018-1 bis 2020-1;
 Zielgruppe: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Die Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel) insgesamt verlief bei den Kindern und Jugendlichen der Zielgruppe (gesetzlich krankenversicherte Kinder und

Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen) zwischen dem ersten Quartal 2018 (2018-1) und dem dritten Quartal 2021 (2021-3) generell uneinheitlich (Abbildung 7). Ein klarer Trendverlauf über diesen Zeitraum ist nicht erkennbar.

Abbildung 7: Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Eindeutig zeigen sich hingegen Rückgänge bei der (Diagnose-)Inzidenz, die zeitlich mit den pandemiebedingten Schutzmaßnahmen im Rahmen der Lockdowns im zweiten Quartal 2020 (2020-2) und ersten Quartal 2021 (2021-1) zusammenfallen. Darüber hinaus zeigt sich in Ansätzen bei Mädchen eine zunehmende Inzidenz psychischer Erkrankungen insgesamt seit dem ersten Lockdown (2020-2), allerdings auch begleitet von Rückgängen in den Quartalen 2021-1 und 2021-3.

Für Mädchen lag die Inzidenz vor Pandemiebeginn (t0) bei 3,1 % (Tabelle 10), d. h. 3,1 % aller Mädchen in der Grundgesamtheit haben in den Quartalen 2018-1 bis 2020-1 eine inzidente F-Diagnose gestellt bekommen, also erstmalig seit mind. 12 Monaten. In den ersten sieben Quartalen nach Pandemiebeginn (t1) ist die Inzidenz bei Mädchen auf 3,3 % angestiegen, dies entspricht einer Zunahme um 7 %.

Tabelle 10: Veränderung der Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter Geschlecht	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	3,0%	3,1%	3,3%	3,2%	2,8%	2,9%	3,0%	3,2%
Mädchen	3,1%	3,3%	2,9%	2,9%	2,7%	3,1%	3,8%	4,1%
Jungen	2,9%	2,8%	3,7%	3,5%	2,8%	2,7%	2,4%	2,4%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

Die differenzierte Betrachtung nach Altersgruppen offenbart weiteren Aufschluss über die zunehmende Inzidenz psychischer Erkrankungen bei Mädchen. Während die Inzidenz bei Mädchen in der Altersgruppe „10 bis 11 Jahre“ weitestgehend unverändert blieb, nahm sie in der Altersgruppe der 12- bis 14-jährigen Mädchen um 11 % (von 2,7 % auf 3,1 %) zu. In der Gruppe der 15- bis 16-jährigen Mädchen ist die Inzidenz psychischer Erkrankungen insgesamt um 9 % (von 3,8 % auf 4,1 %) gestiegen.

Bei den Jungen hingegen zeigte sich keine Zunahme der Inzidenz aller psychischen Erkrankungen zusammengenommen, tendenziell eher eine leichte Abnahme. In der Altersgruppe der 10- bis 11-jährigen Jungen fiel der Rückgang mit 6 % (von 3,7 % auf 3,5 %) am größten aus.

Diese Ergebnisse zur Inzidenz deuten darauf hin, dass es offenbar bei den Mädchen seit Pandemiebeginn zu einer Zunahme der psychischen Krankheitslast im Allgemeinen gekommen ist. Erweitert man die Betrachtung auf prävalente Diagnosen, bezieht also auch solche Diagnosen mit ein, die in den vergangenen 12 Monaten bereits einmal gestellt wurden, zeigt sich allerdings, dass die Zunahme der inzidenten Diagnosen bei Mädchen nicht so kräftig ausfällt, dass sie sich in einer merklichen Zunahme der Prävalenz niederschlagen würde. Die Prävalenz aller psychischen Erkrankungen zusammengenommen ist bei Mädchen von 15,5 % auf 15,6 % nur sehr gering gestiegen, lediglich in der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Mädchen zeigte sich eine geringfügig größere Zunahme von 16,4 % auf 16,9 % (ohne tabellarische Darstellung). Bezogen auf die Gruppe der therapeutischen Behandler (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater), die öfter als Kinderärzte und Hausärzte gesicherte Diagnosen stellen, zeigt sich eine Zunahme der Prävalenz aller psychischen Erkrankungen zusammen bei Mädchen von 4,4 % auf 4,7 %; dies entspricht einer Zunahme um 8 % (bei Jungen Rückgang um 2 %).

Welche psychischen Erkrankungen im Einzelnen die zunehmende Entwicklung bei der Inzidenz treiben, wird im Folgenden anhand erster, vorläufiger Ergebnisse zu ausgewählten Krankheitsbildern dargestellt. Dabei wird stets die Differenzierung nach Geschlecht und Altersgruppen aufgezeigt, um potenzielle, dahingehende Heterogenität herauszustellen.

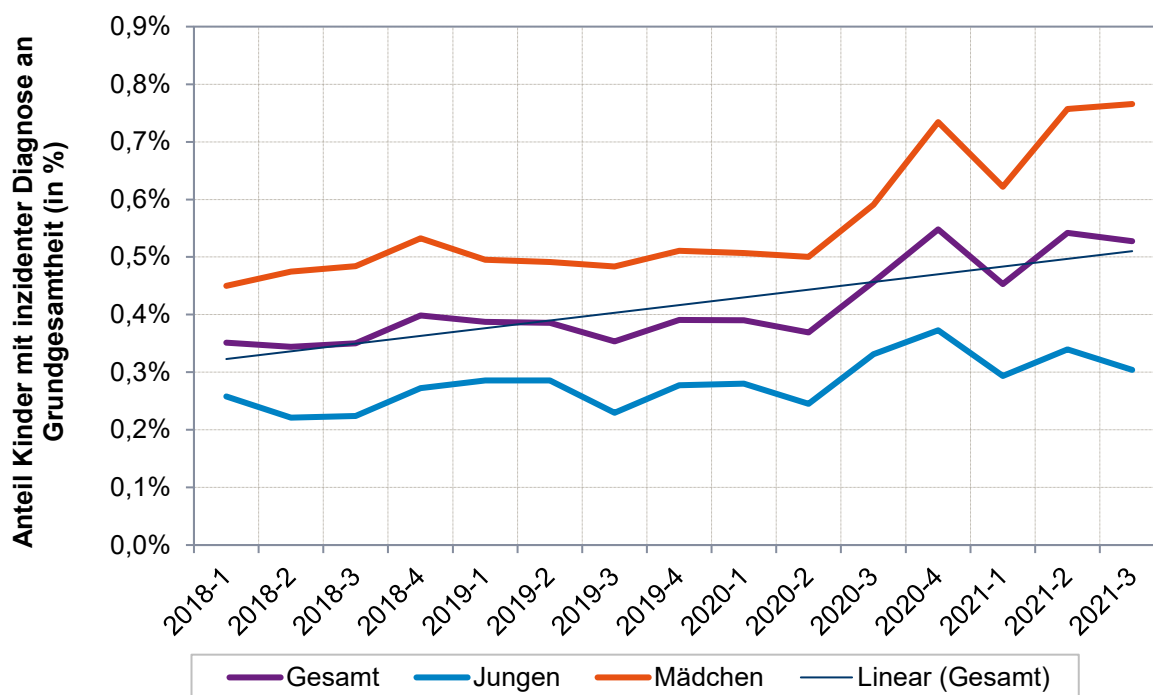
5.2 Angststörungen (F40, F41)

Zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ gehören neben hyperkinetischen Störungen (F90, u. a. ADHS) und Sprachentwicklungsstörungen (F80) die Angststörungen (F40, F41). Darunter wurden die phobischen Angststörungen (F40) und die anderen Angststörungen (F41) zusammengefasst. Zu den phobischen Angststörungen gehören unter anderem soziale Phobien und spezifische Phobien, die sich auf bestimmte Situationen oder beispielsweise Tiere beziehen können. Unter andere Angststörungen fallen zum Beispiel Panikstörungen, die mit Angstattacken verbunden sind, und Angstzustände, die in Kombination mit depressiven Episoden auftreten.

Die Inzidenz der Angststörungen (F40, F41), also der Anteil der Kinder mit „Neuerkrankungen“ an allen Kindern dieser Altersgruppe in Sachsen, lag im Zeitraum der Quartale 2018-1 bis 2020-1 bei durchschnittlich rund 0,4 %, darunter für Jungen bei knapp 0,3 % und für Mädchen bei rund 0,5 %. Das bedeutet, durchschnittlich 0,3 % aller 10- bis 16-jährigen Jungen und 0,5 % aller 10- bis 16-jährigen Mädchen haben vor Pandemiebeginn eine Angststörung „neu“ diagnostiziert bekommen, also keine derartige Diagnose in den vergangenen zwölf Monaten erhalten.

Während sich die Inzidenz der Angststörungen in den Quartalen 2018-1 bis 2020-1 (vor Pandemiebeginn) bei beiden Geschlechtern kaum veränderte, zeigte sich seit Pandemiebeginn eine deutliche Zunahme, mit Unterbrechung während des Lockdowns in 2021-1, bei Mädchen etwas stärker ausgeprägt als bei Jungen. Bei Mädchen nahm die Inzidenz der Angststörungen zwischen den beiden Zeiträumen vor Pandemiebeginn (t0) und nach Pandemiebeginn (t1) um 35 % kräftig zu. Bei Jungen fiel der Anstieg weniger kräftig aus, war jedoch mit 22 % ebenfalls auffällig hoch (Abbildung 8). Das bedeutet, dass nach Pandemiebeginn 22 % mehr Jungen und 35 % mehr Mädchen eine Angststörung diagnostiziert bekommen haben als vor der Pandemie.

Abbildung 8: Inzidenz der Angststörungen (F40, F41) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Der Anstieg bei der Inzidenz der Angststörungen fiel für beide Geschlechter so groß aus, dass er sich auch in einem Anstieg der Prävalenz niederschlägt. Bei Mädchen ist die Prävalenz der Angststörungen seit Pandemiebeginn von 1,3 % auf 1,6 % angestiegen, dies entspricht einem Anstieg um 22 % (Tabelle 11). Dies entspricht etwa 350 zusätzlichen Mädchen mit Diagnose. Bei Jungen fiel der Anstieg von 0,8 % auf 0,9 % geringer aus (+9 %).

Eine zunehmende Prävalenz der Angststörungen zeigte sich bei Mädchen in jeder der drei Altersgruppen. Am kräftigsten fiel der Anstieg in der Altersgruppe „15 bis 16 Jahre“ aus (26 %), gefolgt von der Gruppe der 12- bis 14-jährigen Mädchen (22 %), während die Prävalenz bei den 10- bis 11-jährigen Mädchen geringer zunahm (13 %). Bei den Jungen zeigte sich eine etwas größere Zunahme der Prävalenz der Angststörungen nur in der Altersgruppe „12 bis 14 Jahre“ (16 %).

Tabelle 11: Veränderung der Prävalenz der Angststörungen (F40, F41) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	1,1%	1,3%	0,9%	1,0%	1,0%	1,2%	1,4%	1,7%
Mädchen	1,3%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,4%	2,0%	2,6%
Jungen	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

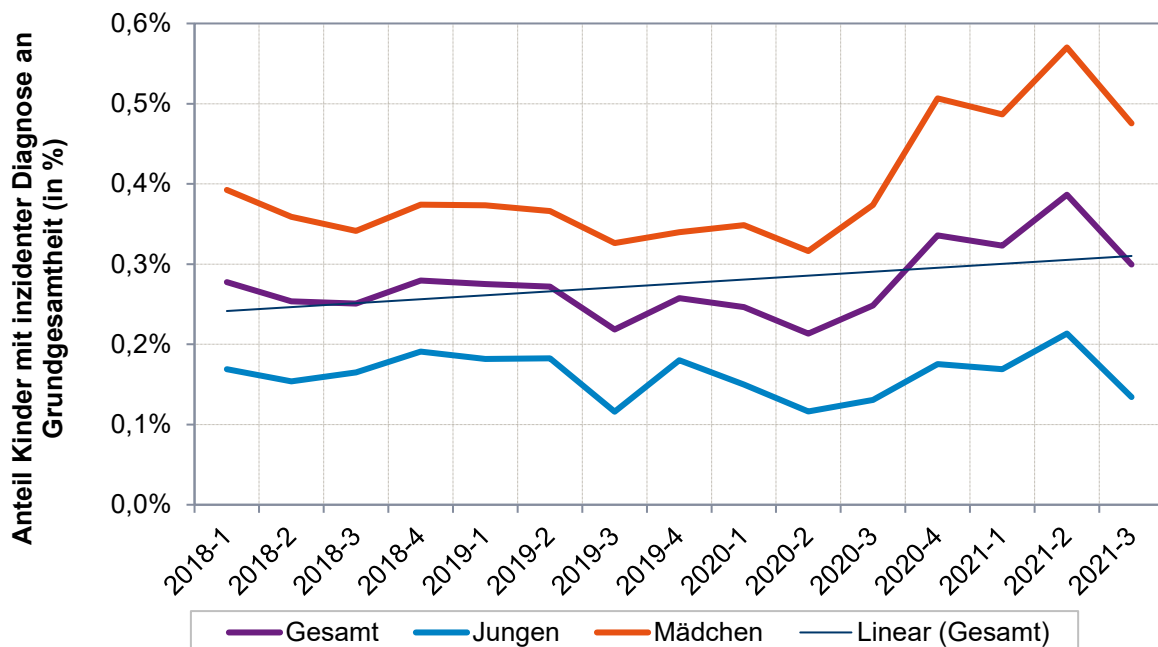
Die differenzierte Betrachtung nach Behandlergruppen zeigt weiter, dass keine wesentlichen Unterschiede bei der Entwicklung der Prävalenz zwischen den Haus- und Kinderärzten auf der einen Seite und den therapeutischen Behandlern (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater) auf der anderen Seite vorliegen. Bezogen auf die Gruppe der therapeutischen Behandler nahm die Prävalenz der Angststörungen während der Pandemie bei Mädchen ein wenig stärker zu (+28 %) als bezogen auf alle Behandlergruppen zusammen (+22 %) und bei Jungen ein wenig schwächer (+4 % vs. +9 %). Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Anstieg der Prävalenz der Angststörungen in einem ähnlichen Maße auch „gesicherte“ Diagnosen, die häufiger von den therapeutischen Behandlern gestellt werden, betrifft.

5.3 Depressive Episoden (F32, F33)

Depressive Episoden (F32, F33) gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen. In der Altersgruppe der 10- bis 16-jährigen Kinder und Jugendlichen spielen depressive Episoden eher eine untergeordnete Rolle. Allerdings lag die Inzidenz in den neun Quartalen vor Pandemiebeginn im Durchschnitt immerhin bei knapp 0,3 %, bei den Mädchen fiel sie mit knapp 0,4 % höher aus als bei den Jungen mit knapp 0,2 %. Damit hatten die depressiven Episoden in der betrachteten Altersgruppe gemessen an der Neuerkrankungsrate eine ähnliche Relevanz wie Störungen des Sozialverhaltens (F91).

Die Entwicklung der Inzidenz der depressiven Episoden folgte über den hier betrachteten Zeitraum der neun Monate vor Pandemiebeginn und ersten sieben Monate nach Pandemiebeginn einem grundsätzlich ähnlichen Verlauf wie die Entwicklung der Inzidenz der Angststörungen. Während sich die Inzidenz der depressiven Episode in den Quartalen 2018-1 bis 2020-1 (vor Pandemiebeginn) bei beiden Geschlechtern kaum veränderte, zeigte sich anschließend eine deutliche Zunahme. Diese Zunahme startete im dritten Quartal 2020 nach dem ersten Lockdown der Pandemie. Im Lockdown des ersten Quartals 2021 ging die Inzidenz leicht zurück und im dritten Quartal 2021 ging sie etwas stärker zurück, blieb aber im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie erhöht. Bei Mädchen fiel der Anstieg der Inzidenz depressiver Episoden deutlich kräftiger aus als bei Jungen, bei denen insgesamt keine trendmäßige Entwicklung der Inzidenz zu beobachten ist (Abbildung 9).

Abbildung 9: Inzidenz der depressiven Episode (F32, F33) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Der Anstieg der Inzidenz depressiver Episoden fiel bei den Mädchen so kräftig aus, dass sich bei ihnen auch eine Zunahme der entsprechenden Prävalenz zeigt. Vor Beginn der COVID-19-Pandemie (t0) lag die Prävalenz der depressiven Episode bei Mädchen über alle drei Altersgruppen zusammen (10 bis 16 Jahre) im Durchschnitt der Quartale bei 1,0 %. Bei Jungen fiel die Prävalenz mit 0,4 % deutlich geringer aus (Tabelle 12). Nach Beginn der Pandemie (t1) nahm die Prävalenz bei Mädchen um 18 % auf 1,2 % zu, während sich bei Jungen keine merkliche Veränderung zeigte. In absoluten Zahlen entspricht dies etwa 230 zusätzlichen Mädchen mit Diagnose im Durchschnitt der Quartale 2020-2 bis 2021-3 (ausgehend von 1.045 Mädchen vor Pandemiebeginn).

Tabelle 12: Veränderung der Prävalenz der depressiven Episode (F32, F33) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	0,7%	0,8%	0,2%	0,2%	0,6%	0,6%	1,5%	1,8%
Mädchen	1,0%	1,2%	0,1%	0,2%	0,7%	0,8%	2,4%	2,8%
Jungen	0,4%	0,4%	0,2%	0,2%	0,4%	0,4%	0,8%	0,7%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

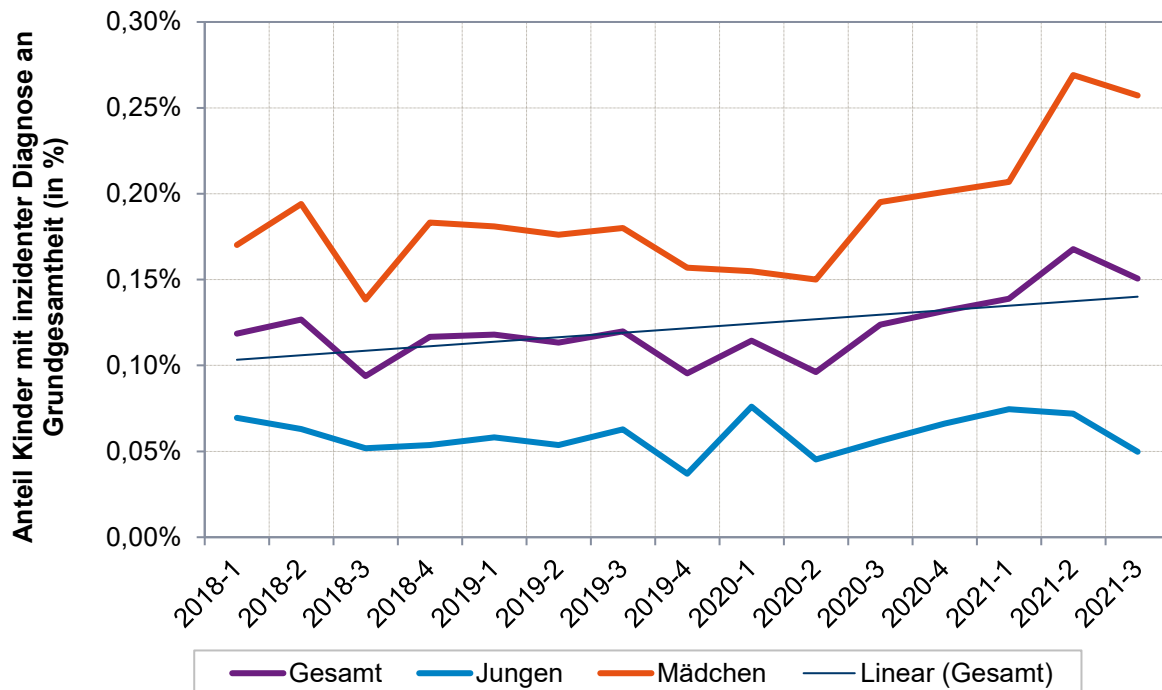
Deutliche Unterschiede zeigen sich bei der differenzierten Betrachtung der Prävalenz der depressiven Episode nach Altersgruppen, insbesondere bei Mädchen. In der Altersgruppe der 10- bis 11-jährigen Mädchen war die Prävalenz generell unterdurchschnittlich ausgeprägt (0,1 %), sie nahm allerdings seit Pandemiebeginn mit 22 % vergleichsweise stark zu. In der Gruppe der 15- bis 16-jährigen Mädchen fällt die Prävalenz mit 2,4 % generell viel höher aus. Seit Pandemiebeginn ist sie mit 20 % in ähnlichem Umfang angestiegen. Vergleichsweise gering fiel der Anstieg in der Gruppe der 12- bis 14-jährigen Mädchen aus. Bei den Jungen zeigte sich in keiner Altersgruppe ein Anstieg der Prävalenz depressiver Episoden.

In der differenzierten Betrachtung nach Behandlergruppen zeigen sich keine merklichen Unterschiede bei der Entwicklung der Prävalenz. Bezogen auf die Gruppe der therapeutischen Behandler nahm die Prävalenz der depressiven Episode während der Pandemie bei Mädchen ein wenig stärker zu (+20 %) als bezogen auf alle Behandlergruppen zusammen (+18 %). Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Anstieg der Prävalenz der depressiven Episode bei Mädchen in einem ähnlichen Maße in Bezug auf „gesicherte“ Diagnosen erfolgt ist wie in Bezug auf alle Diagnosen zusammen.

5.4 Essstörungen (F50)

Auch bei den Essstörungen (F50) zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei den Angststörungen und den depressiven Episoden (Abbildung 10).

Abbildung 10: Inzidenz der Essstörungen (F50) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Die Inzidenz der Essstörungen bewegt sich auf einem etwas niedrigeren Niveau, sie lag in den Quartalen vor Pandemiebeginn bei durchschnittlich 0,11 %, bei Jungen 0,06 % und bei Mädchen 0,17 %. Zwischen dem 2018-1 und dem 2020-2 zeigte sich sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen keine trendmäßig eindeutige Entwicklung der Inzidenz. Ab dem 2020-3 allerdings stieg die Inzidenz der Essstörungen an, bei Mädchen generell deutlich stärker als bei Jungen.

Die Zunahme der Inzidenz der Essstörungen fällt so stark ins Gewicht, dass sich auch bei diesem Krankheitsbild eine ansteigende Prävalenz ergibt. Die Prävalenz der Essstörungen stieg seit Pandemiebeginn von 0,3 % auf 0,4 %, was einem Anstieg um 17 % entspricht (Tabelle 13). Dieser Anstieg ist allerdings ausschließlich auf eine zunehmende Prävalenz bei Mädchen zurückzuführen, die von 0,5 % auf 0,6 % um 20 % zunahm. Dies entspricht etwa 130 zusätzlichen Mädchen mit Diagnose. Hingegen lag die Prävalenz bei Jungen weitestgehend unverändert bei 0,2 %.

Tabelle 13: Veränderung der Prävalenz der Essstörungen (F50) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter Geschlecht	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	0,3%	0,4%	0,2%	0,2%	0,3%	0,4%	0,6%	0,7%
Mädchen	0,5%	0,6%	0,2%	0,2%	0,4%	0,5%	1,0%	1,3%
Jungen	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

In der Differenzierung nach den Altersgruppen zeigt sich, dass eine zunehmende Prävalenz bei beiden älteren Gruppen, den 12- bis 14-jährigen sowie den 15- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen zu beobachten war. Lediglich für die 10- bis 11-jährigen Kinder blieb die Prävalenz der Essstörungen weitestgehend unverändert.

In der Gruppe der 12- bis 14-jährigen Kinder und Jugendlichen waren sowohl Mädchen als auch Jungen von einer zunehmenden Prävalenz betroffen. Seit Pandemiebeginn ist die Prävalenz der Essstörungen bei Mädchen dieser Altersgruppe von 0,4 % auf 0,5 % um 15 % gestiegen, bei Jungen dieser Altersgruppe fiel der Anstieg mit 12 % nur geringfügig kleiner aus.

In der Gruppe der 15- bis 16-jährigen Jugendlichen waren nur Mädchen von einem Anstieg der Prävalenz der Essstörungen betroffen, für sie fiel der Anstieg allerdings vergleichsweise kräftig aus. Bei ihnen nahm die Prävalenz von 1,0 % auf 1,3 % um immerhin 28 % zu. Da bei Jungen in dieser Altersgruppe die Prävalenz der Essstörungen generell wesentlich geringer ausfällt als bei Mädchen, zeigt sich auch für die Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Mädchen und Jungen zusammengenommen ein Anstieg der Prävalenz von 0,6 % auf 0,7 %, was einem Zuwachs um 26 % entspricht.

Bezogen auf die Gruppe der therapeutischen Behandler nahm die Prävalenz der Essstörungen in der Summe über beide Geschlechter und alle betrachteten Altersgruppen noch kräftiger zu (+30 %) als bezogen auf alle Behandlergruppen zusammen (+17 %).⁹ Es kann also davon ausgegangen werden, dass der Anstieg der Prävalenz der Essstörungen in einem mindestens so starkem Maße in Bezug auf „gesicherte“ Diagnosen erfolgt ist wie in Bezug auf alle Diagnosen zusammen, vermutlich sogar noch stärker.

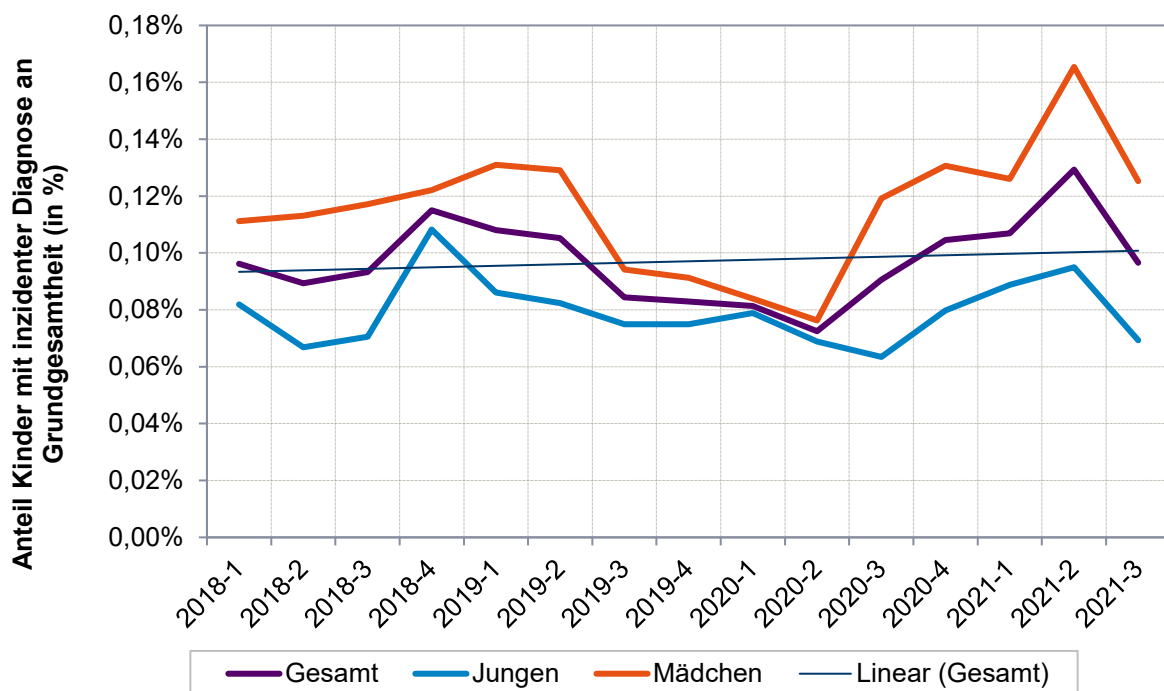
⁹ Nach Geschlecht differenzierte Daten konnten für die Behandlergruppen in Bezug auf diese Diagnose aufgrund geringer Besetzungszahlen nicht ausgewertet werden.

5.5 Symptome, die die Stimmung betreffen (R45)

Die Diagnosegruppe der „Symptome, die die Stimmung betreffen“ (R45) wird generell eher selten bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen gestellt, überwiegend von Haus- und Kinderärzten, von den therapeutischen Behandlergruppen nur sehr selten. Im Jahr 2019 haben rund 240 Jungen und 210 Mädchen dieser Altersgruppe in Sachsen eine solche Diagnose erhalten. Dies entspricht jeweils einer Prävalenz von 0,2 %.

Seit Beginn der Pandemie zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Krankheitsgeschehens, der zumindest bis zum zweiten Quartal des Jahres 2021 anhielt. Die Inzidenz stieg von 0,08 % zu Pandemiebeginn auf über 0,12 %, bei Mädchen verdoppelte sie sich sogar auf über 0,16 % (Abbildung 11).

Abbildung 11: Inzidenz der Symptome, die die Stimmung betreffen (R45) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Der Anstieg der Inzidenz viel bei den Mädchen so kräftig aus, dass auch die Prävalenz der R45 zugenommen hat. Sie stieg bei Mädchen von 0,20 % auf 0,22 % (Zunahme um 9 %), darunter vor allem in der Altersgruppe der 15- bis 16-jährigen Mädchen am stärksten (um 11 %) (Tabelle 14). Bei den Jungen hingegen war ein Anstieg nur in der Altersgruppe „12 bis 14 Jahre“ zu beobachten (+11 %).

Tabelle 14: Veränderung der Prävalenz der Symptome, die die Stimmung betreffen (R45) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Geschlecht	Alter gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	0,21%	0,22%	0,23%	0,22%	0,19%	0,20%	0,23%	0,24%
Mädchen	0,20%	0,22%	0,16%	0,18%	0,18%	0,19%	0,29%	0,32%
Jungen	0,22%	0,22%	0,29%	0,27%	0,19%	0,21%	0,18%	0,17%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

Innerhalb der Diagnosegruppe der „Symptome, die die Stimmung betreffen“ (R45) zeigte sich eine relevante Entwicklung vor allem bei der Diagnose der „sonstigen Symptome, die die Stimmung betreffen (inkl. Suizidalität)“ (R45.8). Im Jahr 2019 haben rund 130 Jungen und Mädchen der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ in Sachsen eine solche Diagnose erhalten. Dies entspricht einer Prävalenz von 0,06 %. Eine weitere Differenzierung nach Altersgruppen und Geschlecht war aufgrund der geringen Fallzahl nicht möglich.

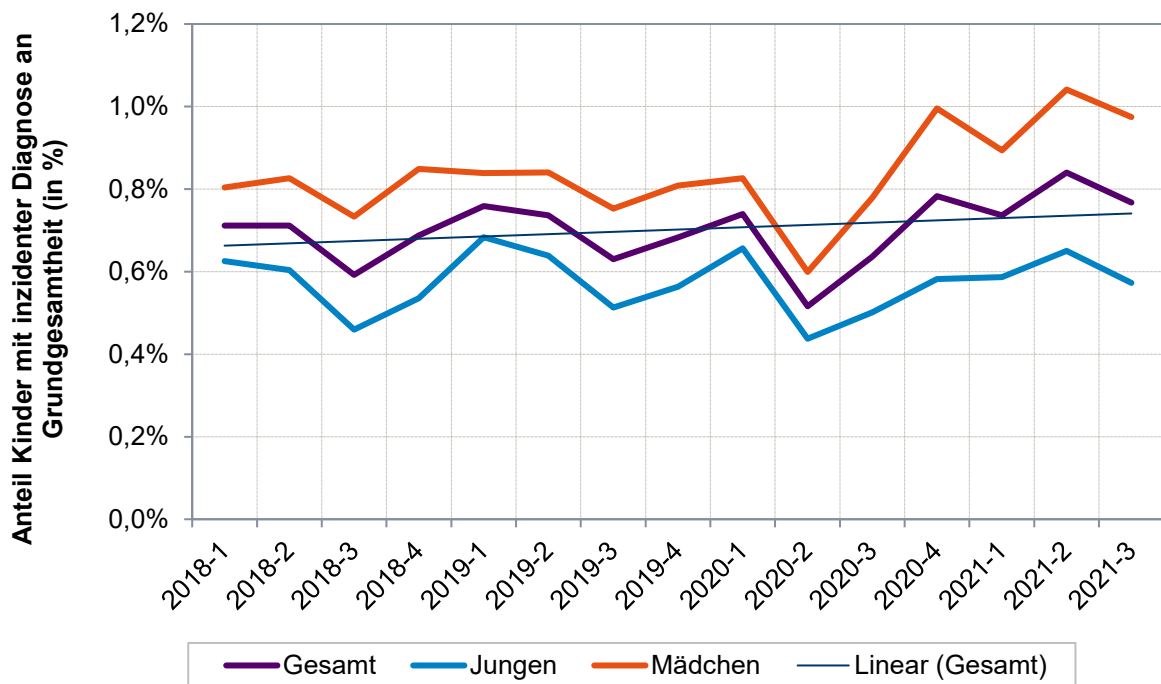
Seit Pandemiebeginn zeigte sich eine leichte Zunahme der Prävalenz auf 0,065 % bzw. durchschnittlich rund 140 betroffenen Jungen und Mädchen. Dieser Anstieg erscheint aufgrund der generellen Seltenheit dieser Diagnosestellung vergleichsweise gering. Allerdings haben die Behandler in den Experteninterviews die Diagnosegruppe der „sonstige Symptome, die die Stimmung betreffen (inkl. Suizidalität)“ (R45.8) im Zusammenhang mit Diagnosen, bei denen zuletzt eine auffällige Zunahme zu beobachten war, angeführt.

5.6 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)

Eine weitere Diagnosegruppe, für die aus den Analysen dieser Studie eine relevante Entwicklung hervorgegangen ist, sind die Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43). Diese Diagnosegruppe befindet sich unter den zehn häufigsten psychischen Erkrankungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Etwa 2 % aller Jungen und Mädchen dieser Altersgruppen in Sachsen haben im Jahr 2019 eine solche Diagnose erhalten.

Seit Beginn der Pandemie zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Krankheitsgeschehens, der vor allem bei Mädchen besonders kräftig ausfiel. Die Inzidenz der F43 stieg bei Mädchen von 0,6 % im Q2/2020 auf über 1,0 % im Q2/2021 (Abbildung 12).

Abbildung 12: Inzidenz der schweren Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Der Anstieg der Inzidenz fiel so kräftig aus, dass auch die Prävalenz der F43 zugenommen hat. Sie stieg bei Mädchen merklich von 2,5 % auf 2,7 % (Zunahme um 8 % bzw. 280 Mädchen), darunter vor allem in den Altersgruppen der 12- bis 14-jährigen (+8 %) und der 15- bis 16-jährigen Mädchen (+9 %) am stärksten (**Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.**). Bei den Jungen war nur in der Altersgruppe „15 bis 16 Jahre“ ein Anstieg zu beobachten (+6 %).

Tabelle 15: Veränderung der Prävalenz der schweren Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	2,3%	2,4%	2,0%	2,0%	2,2%	2,3%	2,6%	2,8%
Mädchen	2,5%	2,7%	1,8%	1,9%	2,3%	2,5%	3,6%	3,9%
Jungen	2,0%	2,1%	2,2%	2,2%	2,1%	2,1%	1,7%	1,8%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)

Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;

t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)

t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

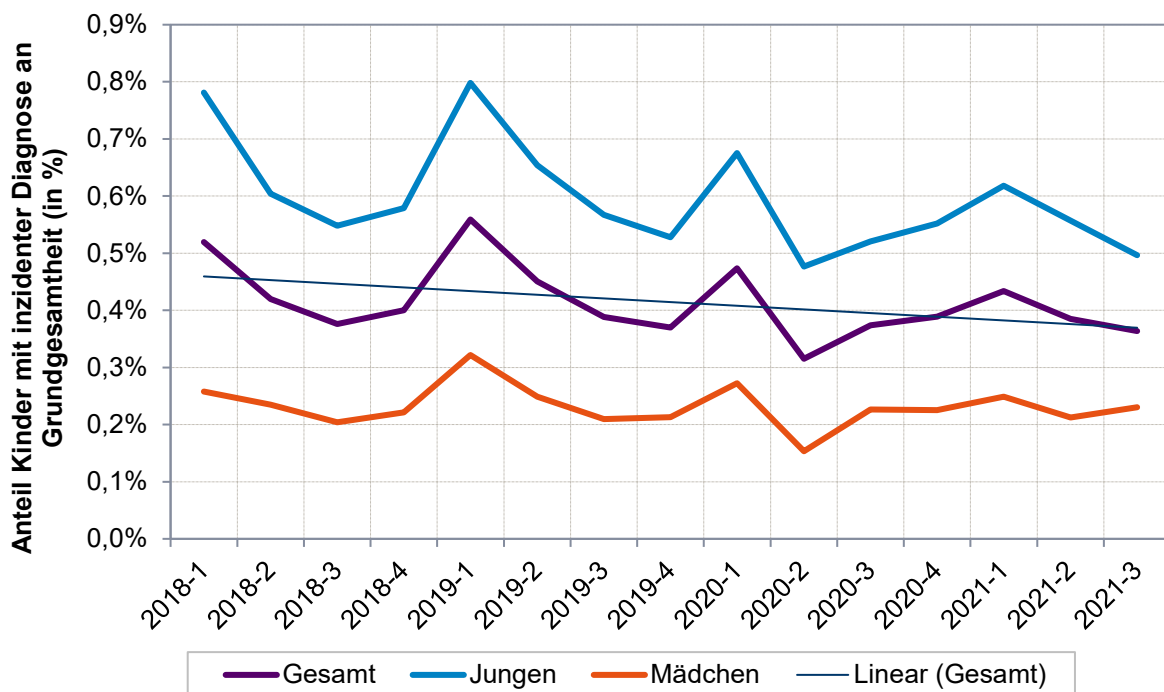
5.7 Hyperkinetische Störungen (F90)

Bis hierhin wurden Ergebnisse für Krankheitsbilder dargestellt, für die eine zunehmende Krankheitslast seit Beginn der COVID-19-Pandemie zu beobachten ist. Darüber hinaus lassen sich auch Hinweise finden, dass nicht alle psychischen Krankheitsbilder von einer zunehmenden Krankheitslast im Zuge der Pandemie betroffen sind. Für einige Erkrankungen zeigen sich Hinweise auf eine umgekehrte Richtung der Veränderung, also eine abnehmende Krankheitslast. Das prominenteste Beispiel sind die hyperkinetischen Störungen (F90).

Hyperkinetische Störungen (F90) sind die häufigste Diagnose psychischer Störungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Sie beinhalten unter anderem die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), die insbesondere bei Jungen dieser Altersgruppe vergleichsweise oft diagnostiziert werden.

In den letzten Jahren zeigte sich bei der Entwicklung der hyperkinetischen Störungen ein leicht rückläufiger Trendverlauf. Die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) der hyperkinetischen Störungen ging vor allem bei Jungen zurück von 0,78 % im Q1/2018 auf 0,50 % im Q3/2021 (Abbildung 13). Bei Mädchen erreichte die Inzidenz im Jahr 2021 ein insgesamt ähnliches Niveau wie im Jahr 2018.

Abbildung 13: Inzidenz der hyperkinetischen Störungen (F90) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Die Prävalenz der hyperkinetischen Störungen ging ebenfalls zurück. Sie lag vor Pandemiebeginn bei 4,6%, Jungen wiesen mit 6,7 % eine deutlich höhere Prävalenz

auf als Mädchen mit 2,4 % (Tabelle 16). Dies entspricht rund 7.300 Jungen und knapp 2.450 Mädchen in Sachsen mit einer Diagnose im Jahr 2019. Während der Pandemie betrug die Prävalenz dann nur noch 4,2 %; dies entspricht einem Rückgang um 8 %, der bei Mädchen und Jungen etwa gleich stark ausgeprägt war. Besonders ausgeprägt war der Rückgang der Prävalenz in der Altersgruppe der 10- und 11-jährigen Kinder (um 11 % von 5,4 % auf 4,8 %), bei Jungen um 10 % (von 7,6 % auf 6,9 %) und bei Mädchen um knapp 14 % (von 3,0 % auf 2,7 %).

Tabelle 16: Veränderung der Prävalenz der hyperkinetischen Störungen (F90) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter Geschlecht	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	4,6%	4,2%	5,4%	4,8%	4,7%	4,4%	3,6%	3,4%
Mädchen	2,4%	2,2%	3,0%	2,7%	2,3%	2,2%	1,8%	1,6%
Jungen	6,7%	6,2%	7,6%	6,9%	7,0%	6,4%	5,4%	5,0%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

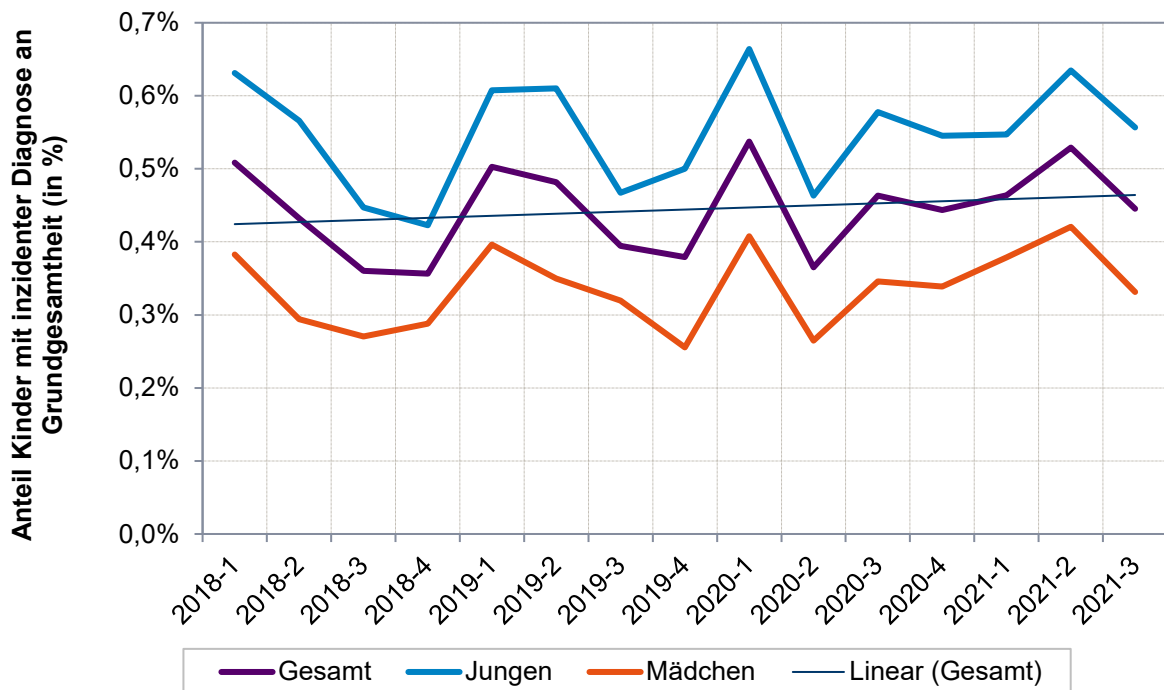
Der Rückgang der Prävalenz der hyperkinetischen Störungen seit Pandemiebeginn bezieht sich ausschließlich auf die Behandlergruppe der Haus- und Kinderärzte. Bezogen auf die Gruppe der therapeutischen Behandler hingegen war die Prävalenz der hyperkinetischen Störungen weitestgehend unverändert (0,5 % bei Mädchen und 2,0 % bei Jungen).

5.8 Sprachstörungen (F80)

Die zweithäufigste Diagnose psychischer Störungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen stellen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) dar. Etwa 5 % aller Jungen und 3 % aller Mädchen dieser Altersgruppen in Sachsen haben im Jahr 2019 eine solche Diagnose erhalten.

In den letzten Jahren zeigt sich ein leicht ansteigender Trendverlauf bei der Entwicklung der Zahl der diagnostizierten Sprachstörungen. Die Neuerkrankungsrate (Inzidenz) der Sprachstörungen ist bei Jungen von etwa 0,5 % im Jahr 2018 auf knapp 0,6 % im Jahr 2021 und bei Mädchen von etwa 0,3 % auf knapp 0,4 % angestiegen (Abbildung 14).

Abbildung 14: Inzidenz der Sprachstörungen (F80) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Die Zunahme der Neuerkrankungsrate ist kräftig genug, um auch die Prävalenz der Sprachstörungen ansteigen zu lassen. Sie nahm von 3,9 % vor Pandemiebeginn auf 4,1 % nach Pandemiebeginn zu (Tabelle 17). Besonders stark fiel der Anstieg in der Gruppe der 15-16-Jährigen aus, in der die Prävalenz sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen zunahm.

Tabelle 17: Veränderung der Prävalenz der Sprachstörungen (F80) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	3,9%	4,1%	6,3%	6,4%	3,5%	3,7%	2,0%	2,1%
Mädchen	3,0%	3,2%	4,9%	5,1%	2,7%	2,8%	1,5%	1,6%
Jungen	4,8%	4,9%	7,7%	7,7%	4,3%	4,5%	2,4%	2,6%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

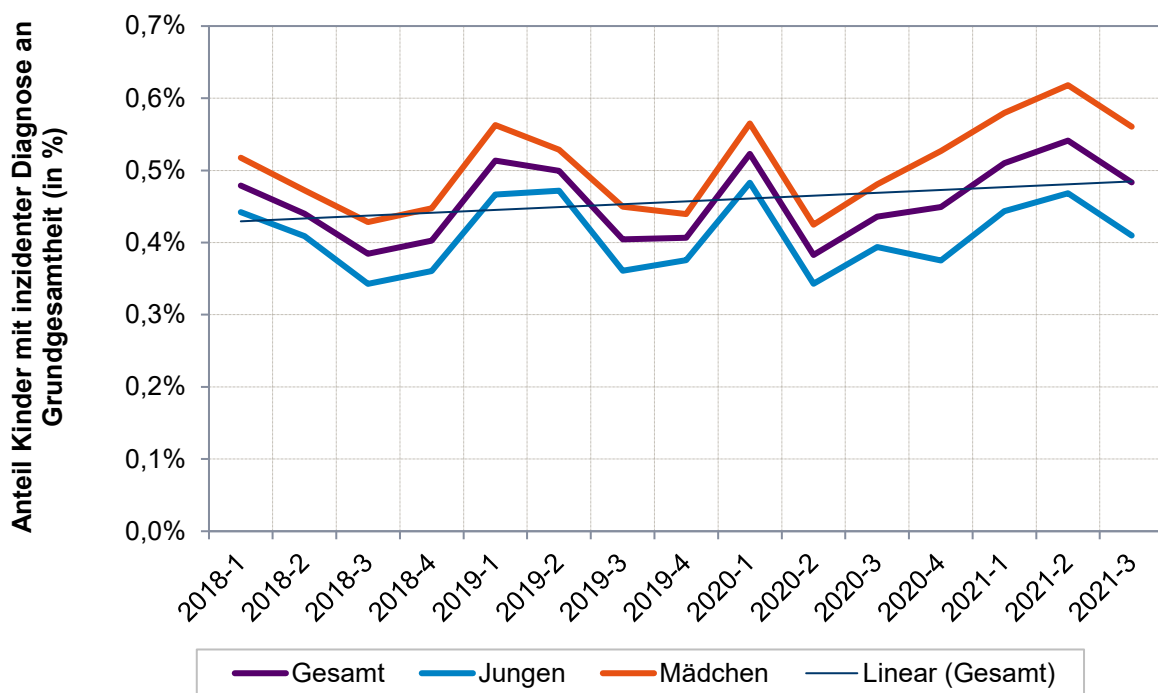
Allerdings lässt sich kein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zwischen dem Anstieg der Prävalenz der Sprachstörungen und dem Pandemiebeginn feststellen. Vielmehr liegt ein generell ansteigender Trendverlauf der Prävalenz bereits vor Beginn der Pandemie vor. Die Prävalenz der Sprachstörungen ist bereits zwischen den Jahren 2018 und 2019 von 3,7 % auf 4,0 % angestiegen.

5.9 Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

Eine weitere Diagnosegruppe, für die aus den Analysen dieser Studie eine relevante Entwicklung hervorgegangen ist, sind die emotionalen Störungen des Kindesalters (F93). Diese Diagnosegruppe wurde mehrfach von Behandlern in den Experteninterviews genannt im Zusammenhang mit Diagnosen, bei denen zuletzt eine auffällige Zunahme zu beobachten war. Emotionale Störungen des Kindesalters (F93) befinden sich unter den zehn häufigsten psychischen Erkrankungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Etwa 2 % aller Jungen und Mädchen dieser Altersgruppen in Sachsen haben im Jahr 2019 eine solche Diagnose erhalten.

Seit Beginn der Pandemie zeigte sich ein deutlicher Anstieg des Krankheitsgeschehens, der bis zum zweiten Quartal des Jahres 2021 anhielt. Die Inzidenz stieg von 0,4 % auf über 0,5 %, bei Mädchen stärker auf 0,6 % (Abbildung 15).

Abbildung 15: Inzidenz der emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht



Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen

Der Anstieg der Inzidenz fiel so kräftig aus, dass auch die Prävalenz der F93 zugenommen hat. Sie stieg vor allem bei Mädchen merklich von 2,1 % auf 2,3 % (Zunahme um 8 %), darunter vor allem in den Altersgruppen der 12- bis 14-jährigen Mädchen und der 15- bis 16-jährigen Mädchen am stärksten (**Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.**). Bei den Jungen war ein größerer Anstieg in der Altersgruppe „10 bis 11 Jahre“ zu beobachten.

Tabelle 18: Veränderung der Prävalenz der emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

Alter	gesamt		10-11 Jahre		12-14 Jahre		15-16 Jahre	
	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Gesamt	2,1%	2,2%	2,5%	2,6%	2,1%	2,3%	1,6%	1,8%
Mädchen	2,1%	2,3%	2,4%	2,4%	2,1%	2,3%	2,0%	2,3%
Jungen	2,1%	2,2%	2,6%	2,8%	2,2%	2,3%	1,3%	1,4%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)

Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe

„10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;

t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)

t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

Allerdings ist, ähnlich wie bei den Sprachstörungen (vgl. Abschnitt 5.8), der Zusammenhang des Anstiegs zum Einsetzen der Pandemie nicht eindeutig zu beurteilen, da die Prävalenz der emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) bereits vor Pandemiebeginn leicht zugenommen hat (von 2,1 % im Jahr 2018 auf 2,2 % im Jahr 2019, was einem Anstieg um 5 % entspricht). Es liegt also ein generell ansteigender Trendverlauf vor, und der Einfluss der Pandemie auf diesen ist nicht unmittelbar auszumachen.

5.10 Weitere Diagnosen mit generell ansteigendem Trend (u.a. Entwicklungsstörungen)

Darüber hinaus gibt es weitere Diagnosegruppen, bei denen sich ähnliche Entwicklungen wie bei den Sprachstörungen (vgl. Abschnitt 5.8) und den emotionalen Störungen des Kindesalters (vgl. Abschnitt 5.9) zeigten: Der Zusammenhang des Anstiegs zum Einsetzen der Pandemie ist nicht eindeutig zu beurteilen, da die Prävalenz bereits vor Pandemiebeginn zugenommen hat. Zu diesen Diagnosegruppen gehören die umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82), die kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen (F83), die Zwangsstörungen (F42), psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54) und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94).

Die Prävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82) ist bei Mädchen von 1,00 % im Jahr 2018, auf 1,05 % im Jahr 2019 und weiter auf 1,09 % im Jahr 2020 und schließlich auf 1,10 % im Jahr 2021 angestiegen. Auch bei Jungen lag ein trendmäßiger Anstieg vor von 2,14 % (2018) auf zunächst 2,28 % (2019) und im Weiteren auf 2,33 % (2020) und schließlich auf 2,36 % (2021). Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83) wiesen im Jahr 2019 eine Prävalenz von 1,2 % bei Mädchen und 2,2 % bei Jungen auf (im Vergleich zu 1,1 % bzw. 2,0 % im Jahr 2018). Seit Beginn der Pandemie gab es einen Anstieg der Prävalenz um jeweils 13 % bei Mädchen (auf 1,4 %) und bei Jungen (auf 2,4 %).

Zwangsstörungen (F42) hatten im Jahr 2018 eine Prävalenz von 0,17 % bei Mädchen und 0,13 % bei Jungen. Im Jahr 2019 ist die Prävalenz bei Mädchen auf 0,18 % angestiegen, und seit Pandemiebeginn setzte sich der Anstieg auf 0,20 % fort. Bei Jungen lag gleichzeitig ein etwas geringerer Anstieg vor.

Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94) wiesen im Jahr 2018 eine Prävalenz von 0,32 % bei Mädchen und 0,50 % bei Jungen auf. Die Prävalenz unterliegt auch hier einem ansteigenden Trendverlauf. Im Jahr 2019 ist die Prävalenz auf 0,36 % bei Mädchen und 0,52 % bei Jungen gestiegen. Seit Pandemiebeginn setzte sich der Anstieg fort auf 0,38 % bei Mädchen und 0,55 % bei Jungen.

Diagnosen der Gruppe „Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54)“ werden nur vergleichsweise gestellt. Im Jahr 2018 betrug die Prävalenz bei Jungen 0,04 % und bei Mädchen 0,06 %. Für beide Geschlechter nahm die Prävalenz im Jahr 2019 leicht zu. Bei Jungen setzte sich der Anstieg nach Pandemiebeginn fort auf 0,05 %, bei Mädchen hingegen zeigte sich keine weitere Zunahme.

Die fünf hier dargestellten Diagnosegruppen unterliegen also einem generell ansteigenden Trendverlauf, und der Einfluss der Pandemie auf diesen ist nicht unmittelbar auszumachen.

5.11 Weitere Diagnosen mit rückläufiger Entwicklung (u.a. Tabakkonsum)

Neben den bereits dargestellten hyperkinetischen Störungen (F90) (vgl. Abschnitt 5.6) zeigten sich in der Analyse weitere Diagnosen bzw. Diagnosegruppen, deren Krankheitsgeschehen von einer über den betrachteten Zeitraum rückläufigen Entwicklung geprägt war. Eine häufige unter diesen Diagnosen sind die somatoformen Störungen (F45). Sie zählen zu den zehn häufigsten Diagnosen psychischer Störungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Ihre Prävalenz ist bei Mädchen von 2,14 % vor Pandemiebeginn auf 1,95 % seit Pandemiebeginn zurückgegangen, bei Jungen von 1,35 % auf 1,16 % (Tabelle 19).

Tabelle 19: Veränderung der Prävalenz seit Pandemiebeginn bei Diagnosen mit rückläufigem Krankheitsgeschehen nach Geschlecht

Diagnose	Bezeichnung	Mädchen		Jungen	
		t0	t1	t0	t1
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	0,04%	0,03%	0,06%	0,05%
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	0,12%	0,10%	0,06%	0,04%
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	0,07%	0,06%	0,08%	0,06%
F39	Nicht näher bezeichnete affektive Störung	0,04%	0,03%	0,05%	0,04%
F45	Somatoforme Störungen	2,14%	1,95%	1,35%	1,16%
F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,27%	0,23%	0,18%	0,15%
F60.3	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiv / Borderline)	0,13%	0,12%	0,05%	0,04%
F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,12%	0,09%	0,13%	0,09%
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	0,34%	0,29%	0,64%	0,54%
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	0,07%	0,06%	0,12%	0,11%
F72	Schwere Intelligenzminderung	0,03%	0,01%	0,05%	0,02%
F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	0,33%	0,29%	0,46%	0,40%
F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	2,08%	2,03%	3,13%	3,11%
F91	Störungen des Sozialverhaltens	0,94%	0,87%	1,91%	1,82%
F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	0,40%	0,39%	0,86%	0,82%
F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2,38%	2,29%	3,94%	3,85%
F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	0,13%	0,10%	0,10%	0,08%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

Eine weitere häufige Diagnose mit einem Rückgang sind andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98). Auch sie zählen zu den zehn häufigsten Diagnosen psychischer Störungen bei 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen. Die Prävalenz ging von 2,38 % auf 2,29 % bei Mädchen

und von 3,94 % auf 3,85 % zumindest leicht zurück. Auch umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81) wiesen eine rückläufige Prävalenz auf (von 2,08 % auf 2,03 % bei Mädchen und von 3,13 % auf 3,11 % bei Jungen).

Unter den seltener gestellten Diagnosen zeigten sich zum einen andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06), psychische und Verhaltensstörungen durch Substanzgebrauch mit einem rückläufigen Verlauf, darunter im Speziellen der Tabakgebrauch (F17) sowie der Gebrauch anderer und multipler Substanzen (F19).

Suchterkrankungen spielen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 16 Jahren generell keine wesentliche Rolle. Lediglich der Tabakgebrauch (F17) sowie der Gebrauch anderer und multipler Substanzen (F19) sind zu nennen. Auch bei diesen Erkrankungen fällt die Prävalenz allerdings vergleichsweise gering aus. Sie hat sich zudem seit Beginn der Pandemie rückläufig entwickelt, bei der F17 von 0,12 % auf 0,10 % bei Mädchen und von 0,06 % auf 0,04 % bei Jungen sowie bei der F19 von 0,07 % auf 0,06 % bei Mädchen und von 0,08 % auf 0,06 % bei Jungen.

Zum anderen wiesen aus dem Bereich der affektiven Störungen die nicht näher bezeichnete affektive Störung (F39) und aus dem Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (F60), die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (impulsiv / Borderline) (F60.3) sowie andere Persönlichkeitsstörungen (F68) und nicht näher bezeichnete (F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen einen Rückgang der Prävalenz auf.

Auch im Bereich der Intelligenzminderungen zeigte sich ein rückläufiges Krankheitsgeschehen, insbesondere bei der mittelgradigen (F71), der schweren (F72) und der nicht näher bezeichneten (F79) Intelligenzminderung. Ebenfalls rückläufig zeigte sich die Prävalenz der Störungen des Sozialverhaltens (F91) und der kombinierten Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92). Darüber hinaus ging auch die Prävalenz psychischen Störungen ohne nähere Angabe (F99) zurück, sie lag allerdings sowohl bei Mädchen (0,13 %) als auch bei Jungen (0,10 %) bereits vor der Pandemie auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Bei der Interpretation der beobachteten Rückgänge des diagnostizierten Krankheitsgeschehens in Bezug auf die angeführten Diagnosen muss unbedingt berücksichtigt werden, dass es sich dabei zunächst nur um das diagnostizierte Krankheitsgeschehen handelt. Zudem gibt es Hinweise, dass das diagnostizierte Krankheitsgeschehen in dem betrachteten Zeitraum das tatsächliche Krankheitsgeschehen untererfassen könnte. Insbesondere in den Quartalen 2020-2 und 2021-1 gab es erhebliche Kontaktbeschränkungen im Zusammenhang mit der Pandemie und die Anzahl der Arzt- und Therapeutenbesuche ist generell deutlich zurückgegangen (vgl. Abbildung 2 in Abschnitt 3.1.2). Diese Einschränkung gilt für alle untersuchten Diagnosen (vgl. die methodischen Einschränkungen in Abschnitt 3.1.3). Sie wird aber hier bei Diagnosen mit rückläufiger Krankheitslast noch einmal hervorgehoben, da hier die potenzielle Unterschätzung der Krankheitslast gerade verdecken könnte, dass die tatsächliche Krankheitslast gestiegen ist, anstatt zurückgegangen.

Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die beobachteten Rückgänge des diagnostizierten Krankheitsgeschehens in Bezug auf die angeführten Diagnosen zumindest zu einem Teil in Zusammenhang mit dieser generellen

Inanspruchnahmezurückhaltung stehen, wie groß dieser Teil ist, kann allerdings nicht ohne Weiteres festgestellt werden. Insofern muss an dieser Stelle offenbleiben, inwiefern genau die Kontaktbeschränkungen im Zusammenhang mit der Pandemie die Entwicklung des Krankheitsgeschehens in Bezug auf die genannten Diagnosen beeinflusst haben.

5.12 Diagnosen mit nicht eindeutiger Entwicklung (u.a. nicht organische Schlafstörungen)

Schließlich wurden im Rahmen dieser Studie weitere Diagnosen bzw. Diagnosegruppen berücksichtigt, bei denen keine eindeutige Entwicklung im betrachteten Zeitraum festgestellt wurde. Darunter fallen solchen Diagnosen, deren Prävalenz sich im betrachteten Zeitraum nicht oder nur kaum verändert hat, und solche Diagnosen, bei denen die Entwicklung zwischen den Geschlechtern uneinheitlich verlief, also beispielsweise mit einer leicht rückläufigen Prävalenz bei Mädchen und einer unveränderten Prävalenz bei Jungen.

Alle Diagnosen, die hierunter gruppiert wurden, werden generell vergleichsweise selten gestellt (Tabelle 20). Die höchsten Prävalenzen unter diesen Diagnosen wiesen tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84) bei Jungen und nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörungen (F89) ebenfalls bei Jungen auf. Die Prävalenz der F84 ging bei Jungen leicht zurück und war bei Mädchen unverändert. Die Prävalenz der F89 nahm bei Jungen geringfügig zu, während sie bei Mädchen leicht rückläufig war.

Tabelle 20: Veränderung der Prävalenz seit Pandemiebeginn bei Diagnosen ohne eindeutige Entwicklung des Krankheitsgeschehens nach Geschlecht

Bezeichnung		Mädchen		Jungen	
		t0	t1	t0	t1
F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	0,04%	0,04%	0,02%	0,02%
F48	Andere neurotische Störungen	0,11%	0,10%	0,09%	0,10%
F51	Nichtorganische Schlafstörungen	0,21%	0,21%	0,20%	0,21%
F59	Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren	0,03%	0,04%	0,06%	0,06%
F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	0,07%	0,07%	0,11%	0,13%
F70	Leichte Intelligenzminderung	0,24%	0,24%	0,39%	0,40%
F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	0,49%	0,49%	1,31%	1,25%
F88	Andere Entwicklungsstörungen	0,08%	0,07%	0,15%	0,16%
F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	0,70%	0,68%	1,13%	1,15%
F95	Ticstörungen	0,23%	0,24%	0,61%	0,58%
R45.1	Ruhelosigkeit und Erregung	0,07%	0,07%	0,13%	0,13%

Quelle: IGES auf Basis von Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung (Zi)
 Anmerkungen: Gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen;
 t0: vor Beginn der COVID-19-Pandemie (2018-1 bis 2020-1)
 t1: nach Beginn der COVID-19-Pandemie (2020-2 bis 2021-3)

5.13 Post-COVID-19-Zustand (U09.9)

Die seit 01.01.2021 abrechenbare ICD U09.9 G (Post-COVID-19-Zustand) taucht zum ersten Mal in den Abrechnungsdaten des Quartals 2021-2 auf. Dort wurde sie für 173 Kinder und Jugendliche der Zielgruppe, also der gesetzlich krankenversicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 10 bis 16 Jahren mit Wohnort in Sachsen, ausgewiesen. Darunter befinden sich 94 Mädchen und 79 Jungen.

In der Altersgruppe der 10- bis 11-jährigen Kinder wurde der Post-COVID-19-Zustand in 35 Fällen diagnostiziert, in der Altersgruppe „12 bis 14 Jahre“ bei 62 Kindern und Jugendlichen und in der Altersgruppe „15 bis 16 Jahre“ bei 76 Kindern und Jugendlichen.

Im Quartal 2021-3 fiel die Anzahl der Kinder und Jugendlichen der Zielgruppe mit diagnostiziertem Post-COVID-19-Zustand mit 130 etwas geringer aus, darunter 82 Mädchen und 48 Jungen. In die Altersgruppe „15 bis 16 Jahre“ fielen davon 58 Kinder und Jugendliche. Eine weitere Aufschlüsselung der Diagnose war aufgrund geringer Besetzungszahlen der Zellen aus Datenschutzgründen nicht möglich.

6 Ergebnisdarstellung der Experteninterviews (AP 400)

Inhalt dieses Kapitels sind die Ergebnisse des qualitativen Studienstranges.¹⁰ Hierzu werden die Ergebnisse der Interviews mit Experten aus Beratungsstellen sowie der kinderärztlichen, psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung vorgestellt. Dargestellt wird, welche Veränderungen die Experten bei Krankheitsbildern, Symptomen und Problemlagen der Kinder und Jugendlichen beobachteten. Zudem wird das Versorgungsgeschehen beschrieben. Die Einschätzung der Experten zum Zusammenhang von Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie mit der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind ebenso Teil des Berichtes. Die unterschiedlichen Perspektiven der verschiedenen Expertengruppen ermöglichen es, über dokumentierte psychische Diagnosen hinausgehend die psychische Gesundheit sächsischer Schüler im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie zu beschreiben.

Die Ergebnisse werden entlang der Fragestellungen der Untersuchung dargestellt und – wo sinnvoll – nach Versorgungsbereichen und Regionen differenziert.

Wie andere Methoden auch, sind die qualitativen Erhebungen mit gewissen Limitationen ihrer Aussagekraft verbunden:

- Durch die zufällig gezogene Stichprobe nach geographischen Kriterien werden nicht alle Regionen und Landkreise des Freistaats Sachsens abgebildet.
- Die Befragung der Experten erfolgt retrospektiv, so dass die Ergebnisse von Erinnerungsschwierigkeiten beeinträchtigt sein können. Dies gilt insbesondere dort, wo auf einzelne Phasen der Pandemie Bezug genommen wird. Methodisch wurde dem durch kognitive Anker entgegengewirkt (vgl. Abschnitt 3.2.3).

¹⁰ Zum methodischen Vorgehen bei der Stichprobenziehung sowie der Auswertung der qualitativen Daten vgl. die Abschnitte 3.2 und 3.3.

6.1 Gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Sachsen

6.1.1 Veränderung der Häufigkeit von Diagnosen

Ein Indikator für die psychische Gesundheit sächsischer Schüler sind Diagnosen, die diese in der ambulanten Versorgung erhalten. Die interviewten Experten berichteten, dass sie seit Pandemiebeginn mehr Diagnosen aus dem Spektrum der internalisierenden Störungen stellten, weniger Diagnosen dagegen aus dem Spektrum der externalisierenden Störungen. Zu den internalisierenden Störungen gehören Angst- und Panikstörungen, Essstörungen, Depressionen, Suizidalität, Anpassungsstörungen und Zwangsstörungen; die externalisierenden Störungen umfassen hyperkinetische Störungen (inkl. ADHS), Störungen des Sozialverhaltens und oppositionellem Verhalten sowie Alkohol- und Substanzmissbrauch und Abhängigkeit. Dies vollzieht sich vor dem Hintergrund einer auch schon vor der Pandemie bestehenden Altersverteilung unter den 10- bis 16-jährigen Kindern und Jugendlichen: Externalisierende Störungen treten häufiger beim jüngeren Teil dieser Altersgruppe auf (10 bis 13 Jahre), internalisierende Störungen häufiger im älteren Teil dieser Altersgruppe (13 bis 16 Jahre). Die Zahl der Diagnosen von internalisierenden Störungen nahm in beiden Geschlechtern seit der Pandemie zu, bei den Mädchen jedoch ausgeprägter als bei Jungen.

Insbesondere die folgenden Diagnosen wurden seit Pandemie laut der interviewten Experten häufiger gestellt: Depression, Angststörung, Anpassungsstörungen, emotionale Störungen im Kindesalter, Essstörungen, Gewichtszunahme und Adipositas sowie Zwangsstörungen.

- **Depressionen:** Depression wurde von den interviewten Experten als die psychische Diagnose genannt, die in Häufigkeit und Schwere seit der Pandemie am stärksten zunahm. Sowohl leichte, mittlere als auch schwere Depressionen wurden seit der Pandemie häufiger diagnostiziert. Bei der Teilgruppe der 13- bis 16- Jährigen war die Zunahme von Depressionsdiagnosen seit der Pandemie besonders ausgeprägt. Die interviewten Experten berichten zudem einen zunehmenden Schweregrad und häufigere Chronifizierungen von Depressionen. Die Zunahme der Betroffenen ist unter den Mädchen größer als bei Jungen. Hierbei könnte auch eine Rolle spielen, dass Mädchen häufiger als Jungen in der ambulanten Versorgung vorstellig wurden. Als einen Indikator für den zunehmenden Schweregrad sahen die interviewten Experten die Zunahme medikamentöser Behandlungen.
- **Angststörungen:** Die Angststörung gehört zu den Diagnosen, die laut interviewter Experten am stärksten seit Pandemie zugenommen haben. Sowohl Jungen als auch Mädchen der hier betrachteten Altersgruppe der 10- bis 16-Jährigen erhielten häufiger als vor der Pandemie eine Angststörung als Diagnose. Die Zunahme dieser Diagnosen war bei den Mädchen allerdings noch stärker als bei den Jungen. Unter den Angststörungen waren es insbesondere die folgenden, die häufiger diagnostiziert wurden: soziale Ängste mit soziophober Ausprägung, generalisierte Angststörungen und Panikstörungen sowie eine Kombination aus Angststörungen und depressiven Störungen.

- **Essstörungen:** Die interviewten Experten berichteten eine Zunahme von Essstörungsdiagnosen – anorektischen Störungen oder Bulimie – bei Mädchen der hier betrachteten Altersgruppe der 10- bis 16-Jährigen seit Pandemiebeginn. Die Diagnose wurde zudem in einem jüngeren Alter der Betroffenen als vor der Pandemie gestellt. Auch berichteten die Interviewpersonen von schnelleren und schwereren Verläufen seit der Pandemie. Die in der Versorgung vorstellig werdenden Mädchen hatten häufiger als vor der Pandemie gefährlich niedriges Gewicht.
- **Anpassungsstörungen:** Die interviewten Expertinnen und Experten berichteten von einer Zunahme der Zahl der Kinder und Jugendlichen in der hier betrachteten Altersgruppe der 10- bis 16-Jährigen, die eine Diagnose Anpassungsstörung erhielten. Anpassungsstörungen wurden häufig im Zuge von Beratungs- und Sprechstundenterminen diagnostiziert. Als Ursache für diese Anpassungsstörungen vermuteten die Experten emotionale Krisen und Belastungszustände, die in Folge der Pandemie auftraten.
- **Emotionale Störung im Kindesalter:** Häufiger als vor der Pandemie stellten die interviewten Experten die Diagnose Emotionale Störungen im Kindesalter.
- **Zwangsstörungen:** Die interviewten Experten der Primärversorgung, akutpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung beobachteten seit Pandemiebeginn häufiger Zwangsstörungen. Diese traten häufig im Zusammenhang mit Essstörungen und als Reaktion auf Hygienemaßnahmen auf (u. a. Waschwänge). Die Zunahme von Zwangsstörungsdiagnosen war bei Mädchen ausgeprägter als bei Jungen. Den Berichten der Kinderärzte zufolge war bei Zwangsstörungsdiagnosen ein noch stärkerer Anstieg zu beobachten als bei den Essstörungen.

Seit Pandemiebeginn wurden bestimmte Diagnose seltener gestellt.

- **Hyperkinetische Störungen und sozial auffälliges Verhalten:** Der Rückgang dieser Diagnosen war insbesondere bei den Jungen im Alter von 10 bis 13 Jahren zu beobachten. Dies gilt umso mehr vor dem Hintergrund, dass Jungen auch schon vor der Pandemie häufiger als Mädchen von den genannten Diagnosen betroffen waren.
- **Schizophrene Erkrankungen:** Kinder- und Jugendpsychiater und Interviewpersonen aus PIA stellten seit der Corona-Pandemie seltener eine Schizophrenie-Diagnose.

Zur **Interpretation des Anstiegs der internalisierenden Störungen** und des Rückgangs der externalisierenden Störungen ist folgendes zu berücksichtigen: Die Häufigkeit von Diagnosen, die in der ambulanten Versorgung gestellt werden, ist kein perfekter Indikator für Morbidität, sondern unterliegt verschiedenen Einflüssen. Dass die externalisierenden Störungen seltener als vor der Pandemie diagnostiziert wurden, liegt (auch) daran, dass die lebensweltlichen Kontexte, in denen diese Störungen typischerweise auffällig und dann bestätigt werden, in der Pandemie zumindest phasenweise nur eingeschränkt „zugänglich“ waren. Schulen, Vereine und andere Bereiche des öffentlichen Lebens waren phasenweise geschlossen. Von externalisierenden Störungen Betroffene wurden so mit geringerer Wahrscheinlichkeit erkannt und eine Inanspruchnahme von (ambulanter) Versorgung erschwert.

6.1.2 Veränderungen der Häufigkeit von Symptomen und Kontaktnlässen

Die zum Kontakt mit der ambulanten Versorgung führenden Anlässe sowie die dort berichteten Symptome verändern sich seit Pandemiebeginn. Diese Veränderungen sind wertvolle Hinweise auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Dies gilt auch dann, wenn bereits Diagnosen als Hinweis für die psychische Gesundheit herangezogen wurden: denn Kontaktnlässe und Symptome geben Hinweise auf psychische Probleme, die nicht zu einer Diagnosestellung führen. Zudem können die Experten aus der Teilgruppe Beratungsstellen nicht oder nur indirekt über Diagnosen berichten, sehr gut aber über Symptome und Kontaktnlässe.

Veränderung von Symptomen

Selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, auffälliges Essverhalten und Schulängste sind Symptome, die seit Pandemiebeginn deutlich stärker durch die interviewten Experten beobachtet wurden. Diese Symptome traten zudem stärker in Verbindung mit depressiven Erkrankungen und Angststörungen auf.

Suizidalität und suizidale Gedanken sowie selbstverletzendes Verhalten haben nach Aussagen der interviewten Experten seit Pandemiebeginn zugenommen. Dazu gehören auch schwere Symptome wie Suizidversuche und schweres selbstverletzendes Verhalten. Auch Fehlwahrnehmungen bzw. Störungen des Denkens und des Fühlens von Kindern und Jugendlichen haben seit Pandemiebeginn zugenommen. Die Zunahme steht nach Einschätzung der Experten im Zusammenhang mit der Pandemie.

Die interviewten Experten berichten von mehr Kindern und Jugendlichen, die einen kontrollbedürftigen Befund erhalten und eine Anschlussbehandlung benötigen.

Kinder und Jugendliche mit den Symptomen Suizidalität und selbstverletzendem Verhalten sind durchschnittlich jünger als vor Pandemie. Eine besonders starke Zunahme beobachten die Interviewpersonen in der Altersgruppe der 10- bis 13-Jährigen.

Auffälliges Essverhalten ist laut Interviewpersonen eines der Symptome, die seit Pandemiebeginn häufiger beobachtet wurden. Kinder und Jugendliche zeigen eine stärkere Neigung zu kontrollierter Reduzierung der Nahrungsaufnahme oder frustriertem unkontrolliertem und ungesundem Essverhalten. Ein Aspekt ist zudem der höhere Schweregrad der Symptome bei gesicherten Diagnosen wie Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating-Störung. Von Anorexie und Bulimie waren Mädchen auch schon vor der Pandemie häufiger betroffen. Sie zeigten nun zusätzlich häufiger extreme Entwicklungen im Krankheitsverlauf und hatten häufiger ein lebensbedrohlich niedriges Gewicht beim Kontaktnlass.

Die interviewten Experten berichten – auch unabhängig von psychischen Störungen – von einer Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen seit Pandemiebeginn. Mit Verweis auf die kinderärztlichen U-Untersuchungen quantifizieren sie diese durchschnittliche Zunahme des Körpergewichts auf 10 bis 15 Prozent. Damit einher geht eine höhere Adipositas-Prävalenz. Dabei spielt, so die Ausführungen der interviewten Experten, auch so genanntes Binge Eating eine Rolle.

Die Experten stellten die Zunahme auffälliger Essgewohnheiten in einen Zusammenhang mit den Bedingungen der Pandemie: die veränderten

Essgewohnheiten sind eine Kompensation in Folge der veränderten Aktivitäten und Tagesroutinen vor dem Hintergrund des eingeschränkten öffentlichen Lebens.

Von **Schul- und Leistungsängsten** waren den interviewten Experten zufolge mehr Kinder und Jugendliche betroffen als vor der Pandemie. Die Zunahme von Schul- und Leistungsängsten zeigte sich sowohl bei Kindern und Jugendlichen, die bereits aus diesem Grund in Behandlung waren, aber auch bei Kindern und Jugendlichen, die erstmals wegen dieser Symptomatik die ambulante Versorgung in Anspruch nahmen. Die Zunahme betraf Mädchen in höherem Maße als Jungen. Die Folgen für den (Schul-)Alltag sind Schulunlust, Schulverweigerung und Schulabsentismus.

Die Zunahme von Schul- und Leistungsängsten stellen die interviewten Experten in einen Zusammenhang mit der Pandemie und den Schutzmaßnahmen: Homeschooling und die damit verbundenen Anforderungen an Selbstorganisation haben bei einigen Kindern und Jugendlichen zu erhöhtem Leistungsdruck geführt und in der Folge Schul- und Leistungsängste mitverursacht. In Zeiten, in denen Schulen den Unterricht im Wechsel von Präsenz- und Homeschooling anbieten mussten, wurde sehr viel Schulstoff für die Präsenzphasen vorgesehen, so dass hieraus mehr Leistungsdruck erwachsen ist. Wenn Schüler aufgrund eines positiven Tests oder einer COVID-19-Infektion in Isolation oder Quarantäne mussten, erlebten sie Phasen der Schulabwesenheit, dies hat zur Verstärkung von Schul- und Leistungsangst geführt.

Schulabsentismus wird von den interviewten Experten aller Versorgungsbereiche genannt: Sie sehen einen ansteigenden Trend seit Pandemiebeginn, in Großstädten sowie städtischen und ländlichen Landkreisen gleichermaßen.

Kontaktanlässe sind seit Pandemiebeginn zunehmend Überforderung und Belastung der Eltern, Medienkonsum sowie Geschlechtsinkongruenz der Kinder und Jugendlichen: Neben den bereits genannten häufigsten Symptomen, die von den Experten aufgeführt wurden, folgen weitere Symptommuster, die in Bezug zum gesundheitlichen Zustand der Kinder und Jugendlichen angeführt wurden.

Veränderung von Kontaktpunkten

Anliegen der Kinder und Jugendlichen und deren Eltern sowie Gründe, die zu einer Konsultation führen, wurden nicht immer eindeutig artikuliert oder zeigen sich mit einem eindeutigen Bild an Symptomen. Die Ergebnisse zeigen jedoch drei Themenbereiche, die von den Versorgenden teils mehrfach genannt und im medizinischen Sinne als Kontaktpunkt hervorgehoben wurden. Auf die Themenkomplexe Belastung der Eltern, des Medienkonsums sowie der Geschlechtsinkongruenz wird folglich näher eingegangen.

Häufiger als vor der Pandemie führten **Überforderung und Belastung der Eltern** dazu, dass sie mit ihren Kindern Beratungsstellen und die ambulante Versorgung aufsuchten. Die interviewten Experten beobachteten hohes Stresserleben, innerfamiliäre Konflikte, Ängste und Sorgen der Eltern und Familien die mindestens teilweise durch die Pandemie und die Schutzmaßnahmen verursacht wurden. Ein erhöhter Bedarf an Beratung, diagnostischer Abklärung und Behandlung sahen die Experten in allen sozioökonomischen Statusgruppen. Es kam zu einer Veränderung der Themen, Häufigkeit und Intensität der Anfragen in Abhängigkeit der Schutzmaßnahmen und Anhalten der pandemischen Situation. Die Schilderungen der interviewten Experten legen nahe, dass die Belastung und Überforderung über die Zeit kumuliert und daher umso stärker wurde, je länger die pandemische Situation

andauerte. Zudem war belastend, den Alltag immer wieder auf neuartige Infektionsschutzmaßnahmen anzupassen.

Vereinzelt sahen die Experten auch Hinweise auf eine Zunahme häuslicher Gewalt, sowohl körperlicher als auch psychischer Gewalt. Während körperliche häusliche Gewalt von den Betroffenen als Kontaktpunkt selbst vorgebracht wurde, wurde psychische Gewalt selten durch die Betroffenen selbst angesprochen, sondern durch die behandelnden bzw. beratenden Personen bemerkt.

Beratungsstellen verzeichneten seit Pandemiebeginn einen Anstieg der Zahl der Anfragen zur Erziehungsberatung sowie Beratung in Trennungs- und Scheidungsfällen. Dazu gehören Erziehungsfragen zur Schul- und Lernsituationen, Kontakt- und Aufenthaltsregelungen vor dem Hintergrund der Infektionsschutzmaßnahmen sowie Trennung der Eltern.

Zu den Kontaktpunkten gehörten den interviewten Experten zufolge **problematischer Medienkonsum**. Seit Pandemiebeginn ist von einem Anstieg des Medienkonsums auszugehen. Zum Teil war der Medienkonsum exzessiv und führte zu vorübergehenden oder anhaltenden Beschwerden wie Konzentrations- und Schlafproblemen, Rückzug und Verhaltensauffälligkeiten sowie körperlichen Beschwerden wie z. B. Rückenschmerzen. Die Mediennutzung, einschließlich der exzessiven Mediennutzung, folgte geschlechtsspezifischen Mustern: Jungen tendieren zu Online-Gaming, Mädchen zur Nutzung sozialer Medien. Exzessiver Medienkonsum tritt häufig in Kombination mit Schulverweigerung und Schulängsten auf. Vereinzelt wurde von den interviewten Experten auch von einer Zunahme von Cyber-Mobbing und der Verbreitung von sexualisierten bis hin zu pornographischen Medieninhalten berichtet.

Die Interviewpersonen berichteten, dass verstärkt seit der Pandemie **Geschlechtsinkongruenz** ein primärer Kontaktpunkt war. Dabei wurde sexuelle Identität und Transgender vor allem von Mädchen der Altersgruppe „13 bis 16 Jahre“ thematisiert. Im Zuge eines solchen Kontaktpunktes thematisieren die Betroffenen Identitätsfragen, soziale Unsicherheit und Selbstwertprobleme. Welcher Zusammenhang hierbei zur Pandemie und den Infektionsschutzmaßnahmen besteht, konnte im Rahmen der Interviews nicht abschließend geklärt werden. Eine mögliche Verbindung könnte darin bestehen, dass der Trend zunehmender Geschlechtsinkongruenz durch eine verstärkte Präsenz des Themas in den Medien mitverursacht wurde. Wenn durch die Pandemie vermehrt Medien konsumiert wurden, kamen Kinder und Jugendliche demnach häufiger mit dem Thema in Berührung. Auch eine durch die Pandemie ggf. mitbeeinflusste emotionale Destabilisierung kann die Zunahme von Geschlechtsinkongruenz mitverursacht haben.

6.2 Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen

In Abschnitt 6.2.1 werden – jeweils für einzelnen Versorgungsbereiche – Veränderungen der Art und Menge der Leistung berichtet sowie auf Geschlecht und Alter der Inanspruchnehmenden eingegangen.

In Abschnitt 6.2.2 wird die Kommentierung und Bewertung der Ergebnisse der Routinedatenauswertung durch die Experten dargestellt. Ausschnitte aus der Routinedatenanalyse wurden den Experten im Rahmen der Interviews mit der Bitte um Kommentierung vorgelegt.

6.2.1 Veränderungen der Inanspruchnahme von Leistungen nach Versorgungsbereich

Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Aus dem Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie kamen die meisten der interviewten Experten. Diese beschrieben eine kontinuierlich hohe Auslastung, die im Vergleich der Auslastung vor der Corona-Pandemie entspricht. Insgesamt ist es zu einer Verschiebung des Inanspruchnahmeverhaltens gekommen. Bereits bestehende Behandlungen wurden meist längere Zeit fortgeführt und der Anteil der Elternberatung hat sich erhöht. Zudem stiegen Anfragen nach Zusatzterminen.

Bei den Neuaufnahmen sind den Befragten zufolge Mädchen überrepräsentiert.

Bei gleichbleibend hoher Auslastung der Kapazität stieg seit Beginn der Pandemie die Zahl der Anfragen kontinuierlich. Hierbei handelt es sich um Neuanfragen sowie um Kinder und Jugendliche, die bereits in Behandlung waren. Soweit die Befragten den Anstieg der Anfragen quantifizieren, gehen sie von einer Verdopplung der Behandlungsanfragen aus. Aus dem Anstieg der Zahl der Anfragen resultierte eine Erhöhung der Wartezeit auf Behandlung.

Ältere Kinder und Jugendliche stellten seit Beginn der Corona-Pandemie häufiger als jüngere eine Anfrage. Zu erkennen sind die deutlich gestiegenen Anfragen der 14- bis 17-Jährigen seit dem Frühjahr 2021. Es stellten mehr Mädchen in dieser Altersgruppe eine Anfrage als Jungen dieser Altersgruppe.

Experten berichteten von einer veränderten Qualität und Dringlichkeit bei Behandlungsanfragen seit Pandemiebeginn. Es waren mehr Kinder und Jugendliche zum Zeitpunkt der Anfrage schwerer betroffen. Dies zeigte sich durch stärkere Ausprägung von Symptomen und der Krankheitslast. Anfragen wurden mit zunehmendem Nachdruck gestellt und mehr Kinder und Jugendliche hatten bereits Konsultationen mit Schulpsychologen und in Beratungsstellen. Bei Behandlungsanfragen waren Mädchen häufiger schwer betroffen.

Die Aufnahme neuer Patienten erfolgte bei den meisten Befragten nach Dringlichkeit. Bei einem Großteil der Experten sind seit der Corona-Pandemie mehr Mädchen als Jungen in Behandlung. Im Vergleich der Angaben der Experten berichten männliche Therapeuten von einer Geschlechterverteilung zu gleichen Anteilen Mädchen wie Jungen. Inwiefern Jungen seit der Pandemie häufiger bei männlichen Therapeuten Anfragen gestellt haben, ist anhand der Ergebnisse nicht zu beurteilen. Ebenso bleibt unklar inwiefern männliche Therapeuten mehr Jungen in Behandlung aufnahmen als

weibliche Therapeuten. Eine mögliche Geschlechterpräferenz der Patienten und weitere Einflüsse auf die Wahl der Therapeuten lassen sich lediglich vermuten.

Erschwerend für den Behandlungsverlauf sahen die Experten fehlende Kapazitäten stationärer Einrichtungen. Mit Beginn der Corona-Pandemie wurde das Angebot der Sprechstundentermine ausgeweitet. Diese wurden im Sinne eines Interventionsangebots (bis zu 10 Terminen) bereitgestellt, ohne dass eine Anschlussbehandlung in Aussicht gestellt werden konnte. Die Inanspruchnahme erfolgte in meist größeren Abständen einzelner Termine und spiegelt laut Experten einen erhöhten Bedarf an Behandlung und Beratung der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Familien während der Corona-Pandemie wider.

Versorgungsbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie

Auch die Kinder- und Jugendpsychiater geben an, dass die Behandlungskapazitäten schon vor der Corona-Pandemie ausgeschöpft waren.

Unter den Kindern und Jugendlichen, die eine Behandlung in Anspruch nahmen, sind häufiger 13- bis 16-Jährige und häufiger Mädchen mit Depressionen, Essstörungen und Ängsten als vor der Pandemie. Auch hat die Komplexität der Konsultationsanlässe zugenommen. Fälle, die keinen psychiatrischen, aber psychotherapeutischen Behandlungsbedarf haben, werden – anders als vor der Corona-Pandemie – seltener in die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung aufgenommen. Die Experten berichten im Umkehrschluss von mehr Fällen mit akutpsychiatrischem Behandlungsbedarf seit Pandemiebeginn.

Im Verlauf der Corona-Pandemie nahm die Zahl der Kinder und Jugendlichen ab, die mit hyperkinetischen Störungen vorstellig wurden. Auch nimmt die Kontinuität der Behandlung bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen ab, dies schließt auch einen Rückgang von Medikamentenverordnungen ein (u. a. Methylphenidat zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)). Zur Behandlung von Depressionen werden mehr Antidepressiva als vor der Corona-Pandemie verordnet. Dies wird mit der Zunahme der Schwere depressiver Erkrankung begründet. Ein Zusammenhang des Anstiegs der Medikamentenverordnung und fehlender psychotherapeutischer Anschlussbehandlungen lässt sich anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigen.

Im Unterschied zum Fachbereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie verzeichneten die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Beginn der Corona-Pandemie eine höhere Fallzahl. Sie gehen von einem Anstieg vom dritten Quartal 2018 zum dritten Quartal 2021 von ca. 40 Prozent aus. Dieser Anstieg der Fallzahl wurde u. a. durch Veränderung der Terminierung von Behandlungen und einer Verringerung von Behandlungsfrequenzen einzelner Fälle möglich. Andere Experten leiteten aus einem Vergleich der Wartezeit vor und seit der Pandemie einen gestiegenen Bedarf ab. So konnten Termine für Neuanmeldungen vor der Corona-Pandemie innerhalb von vier bis sechs Wochen vergeben werden, wohingegen die Wartezeit während der Pandemie auf sechs Monate anstieg und bis heute anhält. Kinder aus Familien mit höherem sozioökonomischem Status nahmen Leistungen der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie häufiger und zu einem früheren Zeitpunkt in Anspruch als Kinder aus Familien mit niedrigerem sozioökonomischen Status. Betroffene Kinder und Jugendliche aus Familien, die Unterstützung durch das Jugendamt bekamen, erhielten häufiger eine stationäre Behandlung.

Versorgungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen

Für die ambulant-stationäre Schnittstelle der Versorgung waren im Rahmen der Untersuchung Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanzen (PIA) vertreten. PIA mussten in besonderem Maße Infektionsschutzmaßnahmen umsetzen, wodurch während der Corona-Pandemie die Kapazitäten reduziert wurden. Hierzu zählten u. a. die Limitierung der Bettenbelegung, um Kontaktbeschränkungen und Quarantänemaßnahmen umsetzen zu können. Zum anderen kam es mit der Einhaltung des Arbeitsschutzes auch zu personellen Ausfällen von Mitarbeitenden vulnerabler Gruppen, u. a. Schwangeren. Die Limitierung der Kapazitäten führte zu Behandlungsabbrüchen bei weniger schwer betroffenen Kindern und Jugendlichen während der Lockdowns. Familien standen zudem vor der Entscheidung, die Behandlung fortzusetzen und dabei erhebliche Einschränkungen der Besuchsmöglichkeiten in Kauf zu nehmen oder die Behandlung auszusetzen. Häufig entschieden sich Familien für das Aussetzen der Behandlung.

Die Fallzahl im Sinne der Anzahl an Behandlungen blieb in den meisten Einrichtungen seit der Corona-Pandemie unverändert. Jedoch war ein Anstieg an Terminanfragen zu verzeichnen, worauf vereinzelt mit einer Erhöhung des Personals reagiert werden konnte. Einrichtungen der Großstadt bezifferten einen doppelten bis dreifachen Anstieg der Behandlungsanfragen. Insgesamt kam es im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie zu mehr Akutvorstellungen, insbesondere von Kindern und Jugendlichen mit schweren anorektischen Erkrankungen, Suizidalität, soziophobem Verhalten und Depressivität. Dabei waren Mädchen häufig schwerer erkrankt als vor der Pandemie. Insgesamt erkannten die Befragten bei den behandelten Kindern und Jugendlichen neben dem Anstieg der Schwere der Erkrankungen, eine höhere Chronifizierung mit einhergehenden längeren Behandlungszeiten und häufigeren Rezidiven. Zudem wurden Kinder und Jugendliche häufiger im fortgeschrittenen Krankheitsverlauf erstmalig vorstellig.

Mit dem Ausmaß an Schwere und Bedarf der Krankheitsfälle erfolgte eine schnellere Aufnahme der Behandlung. Dieser Trend wurde mit einer „Garantie eines Termins“ betitelt. Insgesamt hat sich der Schwerpunkt der Kinder und Jugendliche auf die Altersgruppe der 12- bis 16-Jährigen verlagert. Unter den vorstelligen Kindern waren zudem häufiger Fälle, in denen Familien Hilfe zur Erziehung des Jugendamtes erhielten. Für die Koordinierung der Behandlung wurde festgehalten, dass im Sinne eines Clearing-Verfahrens vorstellige Kinder und Jugendliche häufiger an den stationären oder tagesklinischen Bereich verwiesen wurden. Die Initiierung der ambulanten Anschlussbehandlung gestaltete sich aufgrund langer Wartezeiten schwierig.

Versorgungsbereich Beratungsstellen

Die Beratungsstellen waren von einer zeitweisen Schließung betroffen. Im Verlauf der Corona-Pandemie wurde das Format der Angebote angepasst, sodass häufiger Beratungen über Videokonferenzen und Telefonate geführt wurden. Die Anzahl der Anfragen variierte dabei in zeitlicher Abhängigkeit der Corona-Pandemie.

Alle der befragten Einrichtungen berichteten einen generellen Anstieg der Anfragen von Beratungsterminen. Es wurde seit der Corona-Pandemie kein Anstieg der Beratungsfälle pro Mitarbeitende verzeichnet, jedoch sank die durchschnittliche

Aufnahme neuer Fälle. Demnach war zu beobachten, dass Beratungen in höherer Frequenz und über einen längeren Zeitraum erfolgten.

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor der Pandemie meldeten sich mehr Kinder und Jugendliche selbst und erfragten Unterstützung. Die Experten berichteten, dass Mädchen im Alter ab 12 Jahren und einzelne Eltern häufiger den Kontakt zur Beratungsstelle aufgenommen haben als vor der Corona-Pandemie. Demnach nahmen seit Frühjahr 2021 merklich mehr Eltern das Angebot der Erziehungsberatung und Beratung in Trennungs- und Scheidungssituationen wahr. Termine wurden häufiger von den Eltern alleine wahrgenommen bzw. wurde häufiger darum gebeten, zusätzliche Termine zu vereinbaren. Die Experten beobachteten während der Corona-Pandemie den Trend, dass sich das Selbstverständnis Hilfe in Anspruch zu nehmen sowohl bei den Kindern als auch den Eltern legitimiert hat.

Seit Beginn der Corona-Pandemie hat sich der Beratungsbedarf thematisch verändert. Im Verlauf der Corona-Pandemie berichteten die Kinder und Jugendlichen in Beratungssituationen zunehmend von Druck, Zukunftsängsten, sozialer Unsicherheit und Suizidgedanken. Zudem nahmen laut Experten Essstörungen, hoher Medienkonsum, Schulunlust, Schulverweigerung und depressive Verstimmungen im Verlauf der Pandemie zu. Auf Seiten der Eltern nahmen neben Beziehungsthemen, Probleme hinsichtlich innerfamiliärer Konflikte, Belastungssituationen, eigenen Ängsten und Sorgen sowie deren Auswirkung auf die Familie zu. Experten berichteten von erschwerten Anforderungen der Beratung durch den Wegfall von Hilfesystemen, wie aufsuchende Hilfen des Jugendamtes, Kriseninterventionsstellen und langen Wartezeiten auf psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung. Die Experten resümieren, dass Anfragen und Themen häufiger die fachlichen Kompetenzen der Beratungsstellen überstiegen und keine bedarfsgerechte Betreuung erfolgen konnte.

Versorgungsbereich der Kinderärzte

Im Gegensatz zu den bisher aufgeführten Versorgungsbereichen beschrieben die befragten Kinderärzte deutlich höhere Schwankungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen seit Beginn der Corona-Pandemie. Während Konsultationen auf Grund grippaler Effekte und Regeltermine für U-Untersuchungen in den ersten Monaten der Corona-Pandemie deutlich abnahmen, gab es mit der Entwicklung des Infektionsgeschehens im Herbst 2020 eine anhaltende Zunahme von Konsultationen aufgrund der Corona-Infektionen. Es wurde eine Verschiebung des Schwerpunktes von Infektionen hin zu psychischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen beobachtet. Die Kinderärzte erkannten im Verlauf der Pandemie sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen in der Altersgruppe „10 bis 15“ Jahre einen Anstieg psychischer Belastung. Mädchen waren nach den Aussagen tendenziell häufiger betroffen als Jungen.

Die Experten beobachteten seit Beginn der Corona-Pandemie mehr psychosomatische Leiden bei Mädchen (Panikattacken, Erbrechen, Herzrasen, Ängste, Kopfschmerzen). Als Reaktionen im Alltag benannten die Experten häufigere Schulverweigerung und Isolation bzw. Rückzugsverhalten. Bei Jungen hingegen wurde häufiger der Leistungsabfall in der Schule, Medienkonsum und Schulverweigerung beobachtet. Insgesamt habe sich der Leidensdruck bei Kindern und Jugendlichen erhöht. Die Befragten merkten an, dass aufsuchende Kontakte nicht immer in einer Diagnosestellung mündeten. Häufiger wurde auf Beratungsstellen und Schulpsychologen verwiesen. Vielmehr wurde darauf aufmerksam gemacht, dass bis

zur Diagnosestellung einige Zeit verging und mehrere Instanzen aufgesucht wurden. Die Veränderung der Inanspruchnahme von Leistungen der kinderärztlichen Versorgung zeigte sich nach Aussagen der Experten in der Zunahme von Beratung und Zusammenarbeit in Netzwerken. Nicht immer erfolgte hierbei die Vergabe einer Diagnose.

Versorgungsbereich Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren bilden als Einrichtungen eine besondere Rolle der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Das multiprofessionelle Versorgungsangebot richtet sich an Kinder vom ersten bis zum 18. Lebensjahr. Insgesamt liegt nach Schätzung der Experten der Anteil von Kindern und Jugendlichen der Altersgruppe der Untersuchung bei 10 bis 30 Prozent. Darüber hinaus berichteten die Experten, dass die jeweiligen Einrichtungen auf Fachbereiche spezialisiert sind und oftmals Kinder und Jugendliche mit (schweren) frühkindlichen Erkrankungsbildern über lange Zeiträume behandeln. Dies sei in den regionalen Netzwerken bekannt, sodass keine allgemeingültige Aussage zu einer Zunahme der Inanspruchnahme von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen getroffen werden konnte.

Ausgenommen ist eine Einrichtung einer Großstadt, die einen deutlichen Anstieg an Neuanmeldungen (Anstieg der Wartezeit, inzwischen bei 6 bis 12 Monaten) und psychosomatischen Kontaktanlässen bei Kindern ab 10 Jahren verzeichnete. Mit Zunahme der Schwere der Erkrankungen und Dringlichkeit wurde von einer Aufnahme nach Triage-System gesprochen. Beobachtungen dieser Einrichtung decken sich mit den Beobachtungen vorangegangener Versorgungsbereiche hinsichtlich des Anstiegs der Nachfrage, Symptomen und Diagnosen.

Die übrigen Einrichtungen vermerkten weniger Veränderungen einzelner Diagnosen, jedoch ein höheres Belastungsempfinden der Eltern. Es wurde einrichtungsintern häufiger an Sozialpädagogen und Psychologen vermittelt.

Viele der Kinder und Jugendlichen, die in der Altersgruppe von „10 bis 16“ Jahre im SPZ eine Behandlung erhalten, sind gesundheitlich schwerer betroffen und erhalten zusätzliche ambulante Hilfen. In diesem Zusammenhang sahen die Experten seit Beginn der Corona-Pandemie Einschränkungen der Versorgung. So konnten beispielsweise Behandlungen durch Heilmittelerbringende oder Familien- bzw. Einzelfallhilfen nicht kontinuierlich fortgeführt werden. Dies führte nach Aussagen der Vorsorgenden bei einigen Kindern zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und zu einer starken Belastung der Familien.

6.2.2 Bewertung der Routinedaten aus Sicht der Experten

Im Rahmen der Interviews wurden die Experten gebeten, die folgenden Ergebnisse der Routinedatenanalyse zu beurteilen:

- Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) (2018-1 bis 2021-3)
- Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht
- Veränderung der Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht

In überwiegender Mehrheit beurteilen die Experten die Darstellungen und Verläufe der **Inzidenz psychischer Erkrankungen** als nachvollziehbar. Mehrheitlich hätten die Befragten im Vergleich zum Praxisalltag tendenziell einen stärkeren Anstieg erwartet. Den unregelmäßigen Verlauf der Inzidenz über die Quartale begründeten die Befragten mit den pandemischen Ereignissen. Es ist von einem doppelt verzögerten Effekt auszugehen. Zum einen zeigte sich die verzögerte Inanspruchnahme (Reaktion meist drei bis vier Monate nach Inkrafttreten der Schutzmaßnahme), zum anderen die Verzögerung durch Abrechnungsverfahren. Die interviewten Experten gehen davon aus, dass der Bedarf, der sich in PIAs, Praxen und Beratungsstellen durch eine große Zahl von Anfragen und langen Wartelisten zeigt, durch die Routinedatenanalyse nicht ausreichend abgebildet wird.

Die **Entwicklung der Inzidenz nach Alter und Geschlecht** wird bei den Jungen mit einem Rückgang der hyperkinetischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bestätigt. Die Experten interpretieren die Daten folgendermaßen: Demnach handelt es sich tendenziell um häufige Diagnosen von männlichen Kindern und jüngeren Jugendlichen. Auffälligkeiten dieser Diagnosen kommen vor allem im sozialen und schulischen Umfeld zum Tragen. Ferner werden Behandlungen häufig von außenstehenden Personen wie Lehrenden initiiert. Durch Veränderungen seit der Corona-Pandemie fielen betroffene Jungen seltener auf. Jungen zeigten nach Aussagen der Experten zudem meist ausweichende Bewältigungsstrategien und forderten seltener Unterstützung ein. Der Trend der Zunahme von Diagnosen und Behandlungen bei Mädchen der Altersgruppe „10 bis 16“ Jahre wurde bestätigt. Die Ausführungen zu Veränderungen der Diagnosen (vgl. Abschnitt 6.1.1) bekräftigen diese Beobachtung. Die Zunahme der Diagnosen und Krankheitslast der Mädchen wurde mit der Disposition zu internalisierenden Störungen und dem stärkeren Bedürfnis begründet, sich über das soziale Umfeld zu definieren. Gegenteilig zum Gesundheitsverhalten von Jungen, gelingt es Mädchen eher über das eigene Befinden zu sprechen und Hilfe zu erfragen.

Als **Interpretation der quantitativen Ergebnisse** führen die Experten weiter an, dass durch die Limitierung der Ressourcen von Leistungen, eine Selektion nach Schwere und Auffälligkeit der Erkrankung erfolgte. Zwar kam es nicht zu einem Anstieg von Behandlungen aber einer deutlichen Verschiebung der Verteilung vorhandener Ressourcen. Hierdurch ergibt sich, dass Mädchen in der Versorgung überrepräsentiert sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies nach Einschätzung der Befragten jedoch nicht, dass Jungen seltener erkrankten. Eher wird davon ausgegangen, dass die Dunkelziffer der betroffenen unbehandelten Fälle bei Jungen hoch ist und ein Effekt der Dekompensation nach den Quartalen 2021 erwartet wird.

6.3 Schutzmaßnahmen als Risikofaktor

Hatten die Infektionsschutzmaßnahmen einen (negativen) Einfluss auf die psychische Gesundheit der Schüler? Stellen sie einen Risikofaktor dar? Dies ist selbstverständlich nicht durch Experteninterviews zu beantworten, gleichwohl lassen sich einige gut begründete Hypothesen über die Beziehung von Infektionsschutzmaßnahmen wie Schulschließungen, Maskenpflicht, Hygienekonzepte in bspw. psychiatrischen Kliniken oder Massentestung einerseits, und psychischer Gesundheit andererseits ableiten.

Die Experten schätzten die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske (Mund-Nasen-Bedeckung), medizinischen ffp2-Maske oder anderer Atemschutzmasken in großer Übereinstimmung als unbedenklich für die psychische Gesundheit ein. Die Wirkung verpflichtender (Massen-)Tests hängt laut der Experten von der begleitenden Kommunikation, der Einstellung des Umfeldes und der Art der Umsetzung dieser Maßnahmen ab. Negative Wirkungen konnten in diesem Zusammenhang von der Angst vor der Konsequenz eines positiven Testergebnisses ausgehen (Quarantäne, Ausschluss vom Unterricht, Stigmatisierung). Im Großen und Ganzen gehen die Interviewpersonen allerdings davon aus, dass der Großteil der Kinder und Jugendlichen ein hohes Maß an Anpassungsfähigkeit und Toleranz zeigte.

Schulschließungen wurden dagegen von den Experten übereinstimmend mit Verweis auf die schädlichen Folgen für die psychische Gesundheit eindeutig abgelehnt. Negative Wirkungen gingen u. a. vom Homeschooling, von der Einschränkung sozialer Kontakte und der Wirkung auf Familiensysteme aus. Hieraus erwachsen Belastungen, welche die Entstehung psychischer Erkrankungen begünstigen konnten.

Schädliche Folgen, so einige Experten, sind zudem durch die Dauer und die Übergänge von Inkrafttreten und der Aufhebung von Maßnahmen zu erwarten. Ein großer Teil der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Entwicklungen von Diagnosehäufigkeiten, Symptomen und Kontaktanlässen wurden von den Experten mit den Schulschließungen und Kontaktbeschränkungen in Verbindung gebracht, die zu einem Anstieg von sozialer Unsicherheit, von Rückzugstendenzen, von Inaktivität, Ängsten und des Medienkonsums beigetragen haben.

Neben diesen direkten – vermuteten – Wirkungen der Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gehen die interviewten Experten auch von indirekten Wirkungen insbesondere in den SPZ und PIA aus: Die geforderten Hygienemaßnahmen einschließlich Abstands- und Besuchsregeln führten zu einer Verringerung der Versorgungskapazität dieser Einrichtungen und zu einem verringerten Personalbestand (durch Isolationspflichten). Diese Einrichtungen mussten schwere und dringend behandlungsbedürftige Fälle priorisieren und weniger schwere Fälle in andere Bereiche der Versorgung hin verweisen. In der Folge wurden diese „leichteren“ Fälle nicht oder nicht optimal versorgt, was mutmaßlich zu einer Verschlimmerung oder zumindest einem Fortbestehen der Krankheit oder einer Behandlungsbedürftigkeit führte. Zudem waren Eltern mit ihrem Kind vor dem Hintergrund eingeschränkter Besuchsmöglichkeiten vor die Entscheidung gestellt entweder die Behandlung fortzusetzen, aber nur seltene Besuche unternehmen zu können, oder die Behandlung auszusetzen und so den Eltern-Kind-Kontakt aufrechtzuerhalten.

7 Ergebnisse der Fokusgruppe (AP 500)

Mit der Einschätzung und Bewertung der bisherigen Ergebnisse aus aktueller und professionsübergreifender Perspektive kommt der Fokusgruppe eine besondere Rolle zu. Neben Vertretern der bereits berücksichtigten Versorgungsbereiche waren Personen aus dem Bereich „Schule“ (Schulpsychologie, Landesschülerrat), Vertreter von Netzwerken sowie der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung (Ambulanter sozialer Dienst der Jugendämter, Vertretung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Rentenversicherung) anwesend. In Abweichung zur Konzeptplanung wurde nicht die Beurteilung der bisherigen Schutzmaßnahmen als Risikofaktoren (F4) in die Diskussion einbezogen, sondern in Rücksprache die perspektivischen Maßnahmen aus Sicht der Teilnehmenden diskutiert.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppen bestätigen sowohl die quantitativen Ergebnisse (Auswertung der Routinedaten) als auch die Ergebnisse der Experteninterviews. Der geringfügig ansteigende Trend der Inanspruchnahme bildet nach Urteil der Teilnehmenden nicht den tatsächlichen Behandlungsbedarf der Kinder und Jugendlichen ab, der sich in den einzelnen Versorgungsbereichen gezeigt hat. Auch Regionen mit guten Versorgungsstrukturen verzeichneten eine hohe Auslastung und einen Anstieg an Anmeldungen neuer und bereits bekannter Kinder und Jugendlicher. Weiter wurde ausgeführt, dass nicht mehr Neudiagnosen und Verdachtsdiagnosen gestellt werden konnten, da die Kapazitäten für eine sorgfältige Diagnostik fehlten. Das „saubere“ Diagnostizieren wird im Kindes- und Jugendalter herausfordernd bewertet und die Einschränkungen zeitlicher Kapazitäten der Versorgenden sowie die Veränderungen der einzelnen Lebensbereiche (Schule, Freizeit) erschwerte die Diagnostik zusätzlich. Hinzu kamen begrenzte Möglichkeiten der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dies führte in Summe zu Einschränkungen in der Versorgungsqualität.

So wirkte sich die Pandemiesituation auf die Versorgung mit einem „Brennglas-Effekt“ aus. Bei bereits vor der Corona-Pandemie vulnerablen Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern (Personen mit Prädisposition) zeigte sich ein pathogener Effekt. Insgesamt gibt es demnach eine höhere Krankheitslast aufgrund der fehlenden Versorgungskapazitäten und der Effekte durch die Corona-Pandemie. Davon sind nicht nur psychisch erkrankte und von psychischer Erkrankung bedrohte Kinder und Jugendliche betroffen, sondern im besonderen Maße auch das Bezugssystem Familie. Aus Sicht der Fokusgruppe werden infolge der Pandemie Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern aus sozial benachteiligten Familien weniger gut erreicht. Insgesamt wird die Verschiebung in den einzelnen Entwicklungskontexten, wie sie in den Interviews ausgeführt wurden, bestätigt. So liegt der Fokus im Lebensbereich Schule verdichtet auf Leistung und weniger auf Schule als sozialer Ort. Zudem wurden der Kontext Freizeit und Aktivitäten massiv beschränkt.

Neben den überwiegenden negativ konnotierten Veränderungen und Effekten der Corona-Pandemie wird auch bestätigt, dass nicht alle Kinder gleichermaßen betroffen waren. Einige der Kinder und Jugendlichen haben einen persönlichen Gewinn aus den Veränderungen ziehen können, der sich positiv auf Selbstständigkeit, Sozialverhalten und Lernkompetenzen auswirkte.

Die Teilnehmenden der Fokusgruppe bestätigten die Veränderungen der Diagnosen, Inanspruchnahme und psycho-sozialer Aspekte und weisen zusätzlich auf

Limitationen der Versorgung hin. Die Teilnehmenden der Experteninterviews sowie der Fokusgruppe schätzen Atemschutzmasken und Corona-Schnelltest als vertretbare Schutzmaßnahmen ein, wenn es um die Risikobewertung zur Entstehung psychischer Erkrankungen geht. Es wurde eher die Abhängigkeit von der Kommunikation und Art der Umsetzung angeführt, die bei Kindern und Jugendlichen zu einer kognitiven Dissonanz führten. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe stimmten den interviewten Personen zu und sahen Schulschließungen im hohen Maße risikobehaftet. Insgesamt wurde dieser Schutzmaßnahme der größte negative Effekt auf Kinder, Jugendliche und deren Eltern zugeschrieben. Zur Einschätzung eines „echten Pandemieeffektes“ ist es nach Einschätzung der Teilnehmenden jedoch erforderlich, die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen über einen längeren Raum zu beobachten.

In Ergänzung zur Bewertung der Ergebnisse wurden mögliche zukünftige Maßnahmen zur Stärkung und Sicherstellung der psychischen Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Freistaat Sachsen eruiert. Diese wurden in Abschnitt 8.2 als Bestandteil der Handlungsempfehlungen festgehalten.

8 Ergebnissynthese und Ableitung von Handlungsempfehlungen (AP 600)

Die Ergebnisse der beiden Studienstränge (quantitative und qualitative Analyse) wurden im Folgenden in Form einer Ergebnissynthese zu einer Gesamtbetrachtung zusammengeführt. Auf Basis der Ergebnisse der beiden Studienstränge, insbesondere auch der Diskussionen im Rahmen der Fokusgruppe, sowie der Ergebnissynthese wurden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

8.1 Ergebnissynthese

Für alle psychischen Erkrankungen zusammen (F-Kapitel insgesamt) zeigte sich im Rahmen der Auswertung von Routinedaten (Abschnitt 5) bei gesetzlich krankenversicherten Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe „10 bis 16 Jahre“ mit Wohnort in Sachsen (der Zielgruppe) seit Pandemiebeginn (Q2/2020 bis Q3/2021) keine auffällige Zunahme bei Betrachtung des gesamten diagnostizierten Krankheitsgeschehens im Vergleich zum Zeitraum vor Pandemiebeginn (Q1/2018 bis Q1/2020). Eine leichte Zunahme zeigt sich bei Mädchen in den Altersgruppen „12 bis 14“ und „15 bis 16“, während sich bei Jungen sogar eher ein leichter Rückgang zeigt, insbesondere in der Altersgruppe „10 bis 11“.

Dieser Befund fügt sich ein in das Bild der trendmäßigen Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahren in den Jahren bis 2017, also vor dem Zeitraum, der im Fokus der vorliegenden Untersuchung lag. In den Jahren 2015 bis 2017 zeigte sich nämlich bereits ein Abflachen des zuvor über mehrere Jahre beobachteten Anstiegs der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (vgl. Abschnitt 4).

Betrachtet man jedoch das Krankheitsgeschehen nach Diagnosen bzw. Diagnosegruppen differenziert, zeigen sich seit dem Jahr 2018 gegenläufige Entwicklungen in relevanter Ausprägung. Auf der einen Seite zeigt sich ein Rückgang des Krankheitsgeschehens bei der häufigsten Diagnose in der Zielgruppe, den hyperkinetischen Störungen (F90), und zwar bei allen betrachteten Altersgruppen beider Geschlechter. Ein rückläufiges Krankheitsgeschehen zeigt sich darüber hinaus bei einer ganzen Reihe weiterer Diagnosen, mitunter vergleichsweise häufiger wie beispielsweise bei den somatoformen Störungen (F45). Auf der anderen Seite zeigt sich ebenfalls eine größere Zahl an Diagnosen, bei denen das Krankheitsgeschehen über den betrachteten Zeitraum seit Pandemiebeginn ein höheres Niveau erreichte als vor Pandemiebeginn.

Innerhalb dieser Gruppe von Diagnosen mit zunehmendem Krankheitsgeschehen zeigen sich des Weiteren Unterschiede in Bezug auf die zeitliche Dimension des Anstiegs. Bei einem Teil der Diagnosen kann ein eindeutiger zeitlicher – wenn auch kein kausaler – Zusammenhang zum Beginn der Pandemie und den damit verbundenen Kontaktbeschränkungen festgestellt werden. Vor Pandemiebeginn verlief das Krankheitsgeschehen unauffällig, doch seit Beginn der Pandemie zeigte sich ein deutlicher Anstieg. Dies trifft auf die Angststörungen (F40, F41), die depressiven Episoden (F32, F33), die Essstörungen (F50), die Symptome, die die Stimmung betreffen (R45) und die Reaktionen auf schwere Belastungen und

Anpassungsstörungen (F43) zu. Zunehmend von Angststörungen sowie auch von Essstörungen betroffen sind vor allem Mädchen in den Altersgruppen „12 bis 14“ und „15 bis 16“. Sie sind des Weiteren öfter von Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen betroffen. Auch depressive Episoden zeigen sich vor allem bei Mädchen seit Pandemiebeginn zunehmend, hier insbesondere in den Altersgruppen „10 bis 11“ und „15 bis 16“. Mädchen in der Altersgruppe „15 bis 16“ leiden zudem öfter unter Symptomen, die die Stimmung betreffen, diese zeigen sich allerdings auch bei Jungen der Altersgruppe „12 bis 14“ zunehmend.

Diese Ergebnisse bestätigen sich in der differenzierten Betrachtung nach Behandlergruppen, sie zeigen sich in ähnlicher Ausprägung bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiatern, die häufiger „gesicherte“ Diagnosen stellen, und auch bei Kinder- und Hausärzten.

Bei einem anderen Teil der Diagnosen mit zunehmendem Krankheitsgeschehen lässt sich kein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang zum Pandemiebeginn feststellen. Sie kennzeichnet ein unabhängig von der Pandemie über den betrachteten Zeitraum generell ansteigenden Trend des Krankheitsgeschehens, also bereits vor Pandemiebeginn. Zu diesen Diagnosen zählen in erster Linie die Sprachstörungen (F80) und die emotionalen Störungen des Kindesalters (F93). Beide Geschlechter, vor allem in der Altersgruppe „15 bis 16“ sind zunehmend von Sprachstörungen betroffen, eine Zunahme zeigte sich allerdings bereits vor Pandemiebeginn. Emotionale Störungen des Kindesalters nehmen vor allem wieder bei Mädchen in den Altersgruppen „12 bis 14“ und „15 bis 16“ zu, jedoch auch hier bereits vor Pandemiebeginn. Ein ansteigender Trendverlauf des Krankheitsgeschehens in ähnlicher Form liegt vor bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82), kombinierten umschriebenen Entwicklungsstörungen (F83), Zwangsstörungen (F42), psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (F54) und Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94).

Schließlich wurden noch einige Diagnosen identifiziert, bei denen sich keine eindeutige Entwicklung über den betrachteten Zeitraum zeigt, entweder für beide Geschlechter keine merkliche Veränderung des Krankheitsaufkommens oder nur für ein Geschlecht eine geringfügige Veränderung. Darüber hinaus ergab sich eine signifikante Anzahl an vergleichsweise selten gestellten Diagnosen, für die eine Analyse im Rahmen dieser Studie nicht möglich war, da für eine Auswertung keine hinreichend große Fallzahl vorlag.

Für alle diese Befunde gelten jedoch generelle Einschränkungen. Eine wesentliche Einschränkung ist, dass es sich um das diagnostizierte Krankheitsgeschehen handelt. Dabei gibt es Hinweise, dass das diagnostizierte Krankheitsgeschehen in dem betrachteten Zeitraum das tatsächliche Krankheitsgeschehen untererfassen könnte. Insbesondere in den Quartalen 2020-2 und 2021-1 gab es erhebliche Kontaktbeschränkungen im Zusammenhang mit der Pandemie, währenddessen die Anzahl der Arzt- und Therapeutenbesuche generell deutlich zurückgegangen (vgl. Abbildung 2 in Abschnitt 3.1.2) ist. Eine weitere relevante Einschränkung der Befunde ist, dass sie überwiegend auf beobachteten Veränderungen bei Inzidenzen und Prävalenzen diagnostizierter psychischer Erkrankungen beruhen. Wenn diese in den Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und ihren Kontaktbeschränkungen gebracht werden, handelt es sich zunächst lediglich um statistische Zusammenhänge von sich zeitlich überlagernden Ereignissen. Kausale Zusammenhänge zwischen den

Kontaktbeschränkungen im Rahmen der COVID-19-Pandemie und der Entwicklung der betrachteten Inzidenzen und Prävalenzen können mit dem Ansatz der vorliegenden Studie nicht identifiziert werden.

Die Ergebnisse der Experteninterviews und der Fokusgruppe bestätigten die Befunde der Routinedatenanalysen insbesondere in Bezug auf das zunehmende Krankheitsgeschehen bei Angststörungen (F40, F41), depressiven Episoden (F32, F33) und Essstörungen (F50). Ebenso wurde der Rückgang der Diagnosestellung von hyperkinetischer Störung (F90) bei Kindern und Jugendlichen bestätigt. Der Anstieg der Inzidenz, der sich seit der Pandemie in den Routinedaten zeigt, wird von den befragten Experten nicht bestätigt.

Konfrontiert mit dem vergleichsweise geringen Anstieg der Prävalenz psychischer Erkrankungen in den Routinedaten weisen die interviewten Experten darauf hin, dass diese das reale Morbiditätsgeschehen nicht vollständig abbilden. Die gestiegenen Anmeldezahlen und langen Wartelisten für einen Behandlungs- oder Beratungstermin legen eine stärkere Zunahme der Inzidenz und Prävalenz nahe als er durch die Routinedatenanalyse gezeigt wird. Ein Grund hierfür ist, dass die Versorgungskapazitäten bereits vor der Pandemie weitgehend ausgeschöpft waren, und sich daher ein Anstieg der Morbidität nicht uneingeschränkt in mehr Diagnosen in der ambulanten Versorgung niederschlagen kann.

Zum vollständigen Bild gehört zudem, dass von einer Zunahme der Schwere und häufigeren Chronifizierung der Erkrankungen auszugehen ist, was zu längeren Behandlungszeiten führt. Während der Corona-Pandemie wurde bei hohem angemeldetem Bedarf die Vergabe der Therapieplätze nach Dringlichkeit und Schwere der Erkrankung praktiziert. In Summe kam es demnach nicht zu mehr Behandlungsfällen, jedoch zu einer Verschiebung bei Krankheitsbildern. Den Befragten zufolge sind Mädchen sowohl bei laufenden Behandlungen als auch bei Neuaufnahmen überrepräsentiert. Für die Interpretation der Routinedaten ist auch die Qualität der Diagnosestellung bedeutsam. Die interviewten Experten verweisen darauf, dass seltener eine Leistungsdiagnostik durchgeführt werden konnte und bestehende Diagnosen selten korrigiert wurden, auch wenn sich die Leitsymptomatik veränderte.

Ergänzend zu Ergebnissen der Routinedatenauswertung und deren Einschätzung durch die Experten geben die Experteninterviews Auskunft zur Veränderung der Gesundheitssituation der Kinder und Jugendlichen im zeitlichen Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. Unter anderem wurden Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten und auffälliges Essverhalten häufiger beobachtet. Seit Beginn der Pandemie zeigt sich ein starker Anstieg von Schulängsten und Schulverweigerung sowie Schulabsentismus. Dieser Trend ist sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen zu beobachten und wird von den Experten in Zusammenhang mit Schulschließungen und Einschränkungen des öffentlichen Lebens gesehen.

Inwiefern die Infektionsschutzmaßnahmen eine Rolle für die Entwicklung der Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen spielten, wird von den interviewten Experten folgendermaßen eingeschätzt: Bei den meisten Maßnahmen ist nicht von einer schädlichen Wirkung für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen auszugehen (u. a. Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung oder ffp2-Maske, Testung an Schulen). Schulschließungen und die Einschränkungen des öffentlichen Lebens im Rahmen des Infektionsschutzes werden jedoch übereinstimmend als schädlich für die psychische Gesundheit eingeschätzt.

8.2 Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Ergebnissynthese der beiden Studienstränge - Routinedatenanalyse auf der einen Seite sowie Experteninterviews und Fokusgruppe auf der anderen - wurden im Folgenden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Die Grundlage für die Empfehlungen stellten dabei die Befunde der Routinedatenanalysen und ihre Einordnung durch die Experten im Rahmen der Interviews dar. Die Handlungsempfehlungen wurden schließlich auf dieser Grundlage gemeinsam mit den Teilnehmenden der Fokusgruppe abgeleitet und diskutiert. Sie werden im Folgenden beschränkt auf den engeren Zusammenhang der vorliegenden Studie, also die Entwicklung der psychischen Gesundheit von Schülern im Freistaat Sachsen während der Corona-Pandemie sowie relevante Einflussfaktoren in diesem Kontext. Darüber hinaus werden Hinweise zu Maßnahmen angeführt, die aus Sicht der Teilnehmenden der Fokusgruppe relevante Aspekte der Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen betreffen.

Die beiden zentralen Handlungsempfehlungen dieser Studie zielen ab zum einen auf die umgesetzten Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und ihre Wirkung auf die psychische Gesundheit der Schüler sowie zum anderen auf die zur Behandlung psychischer Erkrankungen in dieser Gruppe vorgehaltenen ärztlichen und therapeutischen Kapazitäten.

8.2.1 Prüfung der Schutzmaßnahmen

Die während der COVID-19-Pandemie in Deutschland und im Spezifischen in Sachsen umgesetzten Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung wurden von den Experten hinsichtlich ihres Gefährdungspotenzials für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen unterschiedlich beurteilt. Auf der einen Seite kommen die Experten zu der Einschätzung, dass das Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske oder einer anderweitigen Atemschutzmaske durch die Kinder und Jugendlichen ebenso wie das regelmäßige Testen mittels eines Schnelltests für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen im Allgemeinen als weitgehend unschädlich anzusehen ist. Auf der anderen Seite sind sich die Experten einig, dass die Schließung von Schulen und anderen gesellschaftlichen Räumen für Freizeitaktivitäten (u. a. Vereine) über einen längeren Zeitraum folgeschwer für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist. Dies gilt ebenfalls für die Aufhebung der Schulbesuchspflicht. Vor diesem Hintergrund zielt die erste zentrale Handlungsempfehlung darauf ab, im Zusammenhang mit einer potenziellen zukünftigen Umsetzung von Schutzmaßnahmen diese Erkenntnisse zu berücksichtigen und nach Möglichkeit die Rangfolge der Umsetzung unter anderem nach dem Kriterium der potenziellen Folgen für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zu priorisieren.

Handlungsempfehlungen:

- Betrieb der Bildungseinrichtungen mit so wenig Einschränkungen wie nötig – Schulschließungen sollten nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn der Infektionsschutz nicht auch auf andere Weise geleistet werden kann.
- Das öffentliche Leben, auf das Kinder und Jugendliche angewiesen sind, sollte ebenfalls so wenig wie möglich eingeschränkt werden.

8.2.2 Sicherstellung der Gesundheitsversorgung

Ebenfalls in hohem Maße einheitlich berichteten die Experten von der Auslastung ihrer Behandlungskapazitäten im Zusammenhang mit der Nachfrage nach Behandlungsterminen während der COVID-19-Pandemie. Die Experten berichteten weit überwiegend von einer vor allem nach dem zweiten Lockdown stark erhöhten Nachfrage nach Behandlungsterminen, die ihre Behandlungskapazitäten mitunter deutlich überstieg. Die zweite zentrale Handlungsempfehlung dieser Studie zielt vor diesem Hintergrund darauf ab, die ärztlichen und therapeutischen Kapazitäten für die Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Sachsen zumindest in Bezug auf bestimmte Erkrankungen zu überprüfen. Im Mittelpunkt stehen sollten dabei Kapazitäten für die Behandlung solcher Erkrankungen, bei denen im Zusammenhang mit der Pandemie ein deutlicher Anstieg des Krankheitsgeschehens beobachtet wurde, also den Angststörungen (F40, F41), depressiven Episoden (F32, F33) und Essstörungen (F50). Bei der Überprüfung sollten Vertreter der Versorgung und der Beratungsstellen einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang sollte zudem der Befund, dass das diagnostizierte Krankheitsgeschehen während der Pandemie insgesamt kaum größer geworden ist, mit Vorsicht interpretiert werden. Eine Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme infolge der Kontaktbeschränkungen könnte den Morbiditätsanstieg kompensiert haben. Die Experten haben Hinweise auf ungedeckten Bedarf geliefert, denn sie berichteten von stark zunehmenden Zahlen an Behandlungsanfragen, die sie längst nicht alle bedienen konnten, und entsprechend langen Wartelisten.

Handlungsempfehlung:

- Überprüfung der ärztlichen und therapeutischen Kapazitäten für die Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen, v. a. in Bezug auf hervorstechende Erkrankungen wie Angststörungen, depressiven Episoden und Essstörungen.

Die Ergebnisse der Fokusgruppe präzisieren die Empfehlungen in Bezug auf die Stärkung der psychotherapeutischen sowie psychiatrischen Versorgung in ländlichen Regionen. Darüber hinaus gilt es Angebote therapeutischer Gruppen und Selbsthilfe attraktiv auszubauen. Zudem wurde angeregt Familien nach Bedarf finanziell bei anfallenden Fahrtkosten zu unterstützen.

Im Zusammenhang mit der Auslastung der ärztlichen und therapeutischen Behandlungskapazitäten sollte für zukünftige vergleichbare Ereignisse mit Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen die Erkenntnis gewonnen werden, dass solche Ereignisse zusätzliche Engpässe bei den Behandlungskapazitäten auslösen können. Dies gilt insbesondere, wenn die Versorgung des Behandlungsbedarfs infolge von Kontaktbeschränkungen aufgeschoben wird und dann im Anschluss an die Aufhebung der Beschränkungen nachgeholt wird. Die Experten berichteten, dass sie in der Zeit von Nachfragespitzen nach dem zweiten Lockdown die Behandlungszeiträume ausdehnen mussten, um die erhöhte Nachfrage annähernd bedienen zu können, dies allerdings zur Folge hatte, dass sie über einen längeren Zeitraum keine Kapazitäten für die Aufnahme von Neupatienten hatten. Diese Effekte des Aufschubs von Behandlungen sollten bei der Vorbereitung auf potenzielle ähnliche Ereignisse mit Folgen für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen zukünftig berücksichtigt werden.

Handlungsempfehlung:

- Präventive Versorgungsplanung – Entwicklung von Strategien für Krisen-Szenarien zur Sicherstellung der ärztlichen und therapeutischen Behandlungskapazitäten.

8.2.3 Anpassung von Angeboten und Maßnahmen der Lebenswelt

Weitere Handlungsempfehlungen zielen ab auf Angebote und Maßnahmen, die Kontexte und Lebenswelten außerhalb des kurativen Sektors betreffen. Sie sind zum einen an das **Setting der Schule** als außerfamiliäre Kontaktangebote gerichtet. Empfohlen wird, präventive Maßnahmen an den Schulen auszubauen, um die Früherkennung von psychischen Problemlagen bei Schülern und das allgemeine Bewusstsein für die psychische Gesundheit zu stärken. Denkbar sind in diesem Zusammenhang entsprechende Fortbildungen für Lehrkräfte bzw. für Ansprechpartner an den Schulen mit Beratungsangeboten bei psychischen Problemlagen oder die Schulung von Lehrkräften, um sie direkt als Ansprechpersonen mit Beratungsfunktion zu qualifizieren. Auch eine Aufstockung der Schulpsychologen und Sozialarbeiter sowie der Kapazitäten ist in diesem Zusammenhang in Betracht zu ziehen. Im Jahr 2020 kam im Freistaat Sachsen ein Schulpsychologe auf 8.812 Schüler (vgl. BDP, 2020). Die Fokusgruppe empfiehlt ein Verhältnis von einem Schulpsychologen auf 1.000 Schüler. Außerdem sollte jede Schule einen Schulsozialarbeiter als Ansprechpartner vor Ort haben. Zudem ist die Präventionskultur an den Schulen zu stärken. Schüler, Lehrkräfte und auch Eltern sind verstärkt für psychische Problemlagen zu sensibilisieren. Aufklärungsarbeit erfolgt bislang überwiegend ehrenamtlich, sie sollte umfangreicher und verlässlicher finanziert werden sowie Bestandteil von entsprechenden Angeboten werden. Darüber hinaus sollten Best-Practice-Modelle entwickelt werden. Diese sollten auf die Prävention psychischer Problemlagen im Setting Schule sowie die Früherkennung und den Ausbau von Behandlungspfaden abzielen. Auf diese Weise können frühzeitig passende Interventionen eingeleitet, sowie Versorgung systemisch betrachten werden, um den Blick auf Netzwerke zu lenken, anstatt auf einzelne Behandler.

Weitere Handlungsempfehlungen richten sich an die politischen Entscheidungsträger. Es wird empfohlen, die Zusammenarbeit der Ressorts Gesundheit und Bildung im Sinne des Health-in-all-Policies-Ansatzes (HiAP) zu stärken. Es sollte geprüft werden, inwieweit die Ministerien für Gesundheit und Bildung gemeinsam mit Vertretungen der Schulen, der Schülervertretung sowie weiteren Akteuren der Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGF), wie den Krankenkassen oder auch der Landesrahmenvereinbarung, Ansätze entwickeln können, um die Lebenswelt Schule gesundheitsförderlich(er) zu gestalten. Insgesamt sollte zukünftig der Fokus verstärkt auf Schule als sozialer Ort und nicht primär auf Leistungserbringung liegen. Hierzu gilt es die Stunden- und Lehrpläne inhaltlich zu prüfen und anzupassen. Es sollte das Thema mentale Gesundheit in den Lehrplan aufgenommen und entsprechend Personal geschult werden.

Des Weiteren sollte das **familiäre Umfeld** der Kinder und Jugendlichen gestärkt werden, um Familien im Umgang mit psychischen Problemlagen bei Kindern und Jugendlichen zu stärken und deren Entstehung vorzubeugen. Dabei sind auf der einen Seite die Bedarfe einzelner Zielgruppen zu prüfen und auf der anderen Seite verschiedene Angebote wie Familienhilfen, Selbsthilfegruppen und Elterntreffpunkte wie Elterncafés attraktiv zu gestalten. Zudem sind Netzwerke auszubauen, um Kinder und Jugendliche sowie ihre Familien bedarfs- und zielgruppenspezifisch im Sinne einer Kanalisierung niedrigschwelliger Angebote zuzuleiten.

Insgesamt ist auf **kommunaler Ebene** die Sicherstellung von flächendeckenden Angeboten in den Fokus zu nehmen, um Familien aller Bildungsschichten und Regionen zu erreichen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppe heben hervor, dass insbesondere Maßnahmen zu entwickeln sind, die isolierte und benachteiligte Familien niedrigschwellig erreichen können. Dafür sind beratende und aufsuchende Hilfen auszubauen. Die Versorgung in ländlichen Regionen ist generell zu stärken. Schließlich bietet sich – mit dem Ziel der Stärkung sozialer Gemeinschaft – ein Ausbau der Jugendarbeit an. Dabei sind Möglichkeiten der Begegnung im öffentlichen Raum, der Freizeitgestaltung und Kulturangebote zu stärken, Treffpunkte als Orte zur Begegnung und Freizeitgestaltung für Jugendliche sind sowohl als organisierte Angebote als auch als freie, offene Angebote ebenfalls auszubauen.

Anhang

Abbildungsverzeichnis	80
Tabellenverzeichnis	81
Literaturverzeichnis	82

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Studiendesign mit zwei Studiensträngen	5
Abbildung 2:	Vergleich Anzahl der Kinder in der Grundgesamtheit mit Anzahl der Kinder mit einem Arztkontakt (2018-1 bis 2021-3)	12
Abbildung 3:	Zeitstrahl mit Beispielankern der Corona-Pandemie	19
Abbildung 4:	Entwicklung der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bis unter 18 Jahren mit einem Arztkontakt (niedergelassener Bereich, 2009-2017).....	26
Abbildung 5:	Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen im Alter von 10 bis 14 Jahren (stationärer Bereich, 2009-2019)	28
Abbildung 6:	Die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern der Zielgruppe	30
Abbildung 7:	Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	31
Abbildung 8:	Inzidenz der Angststörungen (F40, F41) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	34
Abbildung 9:	Inzidenz der depressiven Episode (F32, F33) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	36
Abbildung 10:	Inzidenz der Essstörungen (F50) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	38
Abbildung 11:	Inzidenz der Symptome, die die Stimmung betreffen (R45) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	40
Abbildung 12:	Inzidenz der schweren Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht.....	42
Abbildung 13:	Inzidenz der hyperkinetischen Störungen (F90) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	44
Abbildung 14:	Inzidenz der Sprachstörungen (F80) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht	46
Abbildung 15:	Inzidenz der emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) (2018-1 bis 2021-3) nach Geschlecht.....	48

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Abfragedesign	7
Tabelle 2:	Auswertungskonzept	8
Tabelle 3:	Anzahl der Kinder in der Grundgesamtheit (2018 bis 2021)	11
Tabelle 4:	Zielgruppen der Experteninterviews (vorläufig).....	16
Tabelle 5:	Mengengerüst Experteninterviews	17
Tabelle 6:	Exemplarische thematische Struktur des Interviewleitfadens.....	18
Tabelle 7:	Auswahl der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen	23
Tabelle 8:	Auswahl der Sozialpädiatrischen Zentren.....	23
Tabelle 9:	Mengengerüst der finalen Stichprobe	24
Tabelle 10:	Veränderung der Inzidenz psychischer Erkrankungen (F-Kapitel gesamt) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	32
Tabelle 11:	Veränderung der Prävalenz der Angststörungen (F40, F41) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	35
Tabelle 12:	Veränderung der Prävalenz der depressiven Episode (F32, F33) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	37
Tabelle 13:	Veränderung der Prävalenz der Essstörungen (F50) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	39
Tabelle 14:	Veränderung der Prävalenz der Symptome, die die Stimmung betreffen (R45) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht.....	41
Tabelle 15:	Veränderung der Prävalenz der schweren Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	43
Tabelle 16:	Veränderung der Prävalenz der hyperkinetischen Störungen (F90) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	45
Tabelle 17:	Veränderung der Prävalenz der Sprachstörungen (F80) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht	47
Tabelle 18:	Veränderung der Prävalenz der emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) seit Pandemiebeginn nach Alter und Geschlecht..	49
Tabelle 19:	Veränderung der Prävalenz seit Pandemiebeginn bei Diagnosen mit rückläufigem Krankheitsgeschehen nach Geschlecht.....	52
Tabelle 20:	Veränderung der Prävalenz seit Pandemiebeginn bei Diagnosen ohne eindeutige Entwicklung des Krankheitsgeschehens nach Geschlecht	55

Literaturverzeichnis




Davis KA, Sudlow CL & M Hotopf (2016): 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

Statistisches Bundesamt [destatis] (2021): Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten des Statistischen Bundesamts.

Steffen A, Akmatov MK, Holstiege J & J Bätzing J (2018): 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> (Abruf 16.06.2022)

Herausgeber:

Sächsisches Staatsministerium
für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt
Referat 53 | Psychiatrische Versorgung, Suchtfragen
Albertstraße 10, 01097 Dresden
E-Mail: redaktion@sms.sachsen.de
www.sms.sachsen.de

 facebook.com/SozialministeriumSachsen
 twitter.com/sms_sachsen
 instagram.com/sms_sachsen

Redaktion:

Jörg Marschall, Richard Ochmann, Aileen Hommel (IGES Institut GmbH)
Konzeption und Durchführung der Studie:
IGES Institut GmbH

Redaktionsschluss:

Januar 2023

Verteilerhinweis

Diese Informationsschrift wird von der Sächsischen Staatsregierung im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Information der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidaten oder Helfern im Zeitraum von sechs Monaten vor einer Wahl zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist auch die Weitergabe an Dritte zur Verwendung bei der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinahme des Herausgebers zu Gunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte.

Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist. Erlaubt ist jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

Copyright

Diese Veröffentlichung ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte, auch die des Nachdruckes von Auszügen und der fotomechanischen Wiedergabe, sind dem Herausgeber vorbehalten.