

Analyse und Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie

Abschlussbericht

Überarbeitete Version

16.05.2023

Forschungsteam Universitätsklinikum Ulm

Prof. Jörg M. Fegert

Prof. Vera Clemens

Jun.-Prof. Andreas Jud

Dr. Stephanie Lange

Emily Gossmann

Forschungsteam Universität Hamburg

Prof. Eva-Maria Wild

Vanessa Ress

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhaltsverzeichnis

x1. Einleitung.....	1
1.1 Ziel	5
2. Versorgungssysteme und die Herausforderungen durch die COVID-19 Pandemie.....	6
2.1 Versorgungsstrukturen im Bereich der Gesundheit.....	7
2.2 Versorgungsstrukturen im Bereich der sozialen Sicherung	8
3. Forschungsstand zu psychosozialen Belastungen und Kostenfolgen im Kontext der COVID-19 Pandemie.....	10
3.1 Ausgewählte Krankheitsbilder.....	10
3.2 Systematische Literaturübersicht zu psychosozialen Belastungen im Kontext der Pandemie15	
3.2.1 Methodisches Vorgehen	15
3.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	19
3.2.2.1 Studientyp: Systematische Literaturübersichten und Meta-Analysen	20
3.2.2.1.1 Depressionen und Angststörungen.....	20
3.2.2.1.2 Adipositas, Übergewicht und Bewegungsmangel	22
3.2.2.2 Studientyp: Empirische Studien	23
3.3 Systematische Sichtung und Aufarbeitung bestehender internationaler Studien zu Folgekosten ausgewählter Störungsbilder	23
3.3.1 Methodisches Vorgehen	23
3.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	25
4. Kindeswohlgefährdung.....	28
4.1 Systematische Literaturübersicht zu Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie.....	31
4.1.1 Methodisches Vorgehen	31
4.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	33
4.1.2.1 Studientyp: Systematische Literaturübersichten	33
4.1.2.2 Studientyp: Empirische Studien	34
4.2 Systematische Sichtung und Aufarbeitung bestehender internationaler Studien zu Folgekosten von Kindeswohlgefährdung	34
4.2.1 Methodisches Vorgehen	35
4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse	36
5. Schätzung von Gesundheitskosten und gesellschaftlichen Kosten zu ausgewählten psychischen Krankheitsbildern und Kindesmisshandlung	37
5.1 Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten (DAK-Daten)	39
5.1.1 Zielsetzung und Studiendesign.....	39

5.1.2	Datengrundlage	39
5.1.3	Analysen	41
5.1.4	Ergebnisse	42
5.1.5	Diskussion und Einordnung der Ergebnisse	43
5.2	Approximation von gesellschaftlichen Kosten im Erwachsenenalter	47
5.2.1	Transitionsraten der Störungsbilder ins Erwachsenenalter	47
5.2.2	Gesundheitskosten im Erwachsenenalter	53
5.2.3	Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter	59
5.2.4	Gesamtfiskalische Kosten durch Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter	64
6.	Herausforderungen der Folgekostenschätzung im Kontext SGB VIII	71
7.	Diskussion und Ableitung von Handlungsempfehlungen	76
7.1	Systematische Literaturübersichten zu psychosozialen Belastungen, Kindeswohlgefährdung und Kostenfolgen im Kontext der Pandemie	80
7.2	Datenlücken im Kontext Kindeswohlgefährdung und Kinder- und Jugendhilfe	82
8.	Empfehlungen und Ausblick	84
9.	Literatur	94
A.	Anhang	111
A.1	Tabellen zur Literaturübersicht (in Ergänzung zu Kapitel 3)	111
A.2	Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten (retrospektiven Kohortenstudie, GWQ-Daten)	123
A.2.1	Zielsetzung und Studiendesign	123
A.2.2	Datengrundlage	123
A.2.3	Analysen	136
A.2.4	Ergebnisse	138
A.1.5	Diskussion und Einordnung der Ergebnisse	144

1. Einleitung

Zwar sind Kinder weit weniger als ältere Personen von den körperlichen Folgen der Erkrankung mit COVID-19 betroffen, nach nun mehr dreijährigem Verlauf der Pandemie werden jedoch zahlreiche psychosoziale Belastungen bei Kindern und Jugendlichen offensichtlich, die auch im Zusammenhang mit den Maßnahmen zur Einschränkung der Verbreitung des Coronavirus stehen. In einem frühen, mittlerweile weltweit fast 800 Mal in wissenschaftlichen Publikationen zitiertem Manuskript (Fegert et al., 2020) hatten wir auf mögliche Belastungen und den zu befürchtenden langen Weg zurück zur Normalität hingewiesen. Ausgangspunkt für unsere damaligen Analysen waren Beobachtungen aus Wirtschaftskrisen und lokalen Epidemien (Lange et al., 2022). Ebenfalls relativ früh hat der Wissenschaftliche Beirat für Familienfragen sich in einer Artikelserie auf faz.net und in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (Fegert et al., 2021) mit der schwierigen Situation von Familien, insbesondere mit belasteten Kindern, auseinandergesetzt und hat Unterstützung für individuelle Ansatzpunkte unter dem Motto „Weg von der Gießkanne“ gefordert. Die Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats „Erholung und gezielte Unterstützung“ ist auf der Homepage des BMFSJF¹ abzurufen. Einige damalige Forderungen wurden mit dem sogenannten „Aufholprogramm“ des Bundes in der 19. Legislaturperiode auch eingelöst, wobei dessen Umsetzung in den Ländern und auf kommunaler Ebene teilweise kritisiert wurde. In der Alltagspraxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wurde – trotz der raschen Ermöglichung z.B. von videogestützten Therapieangeboten – über die Gesetzliche Krankenversicherung (GVK) ein deutlicher Anstieg der Wartezeiten und Therapiebedarfe beobachtet (Plötner et al., 2022). Inzwischen weisen verschiedene deutsche Studien auf signifikante pandemiespezifische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen hin, etwa auf mangelnde soziale Interaktion, die Zunahme häuslicher Gewalt, mangelnde Bewegung (Clemens et al., 2020; Ravens-Sieberer et al., 2022; Ravens-Sieberer et al., 2021; Schlack et al., 2020) sowie gestiegenen Medienkonsum (Ravens-Sieberer et al., 2022). Diese Belastungen können sich bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen in emotionalen oder Verhaltensproblemen bis hin zu psychischen Erkrankungen mit langfristigen und möglicherweise lebenslangen Folgen manifestieren. Nachfolgend werden unter anderem die gestiegenen Häufigkeiten depressiver Symptome und eine signifikante Zunahme von Angstsymptomen bei Kindern und Jugendlichen, im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie, besprochen (Ravens-Sieberer et al., 2022). Darüber hinaus zeichnet sich in der Jugendhilfestatistik 2020 und 2021² eine Zunahme von Verdachtsfällen von Kindswohlgefährdung bei gleichzeitigem Absinken der Hilfsangebote, insbesondere

¹ Download unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/178726/cd4d0a672490daaae24d65b2c0202acf/202103-erholung-und-gezielte-unterstuetzung-wissenschaftlicher-beirat-data.pdf>.

² Jahresberichte verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/_inhalt.html#.

auch der Inobhutnahmen, aufgrund der erheblichen Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit der Institutionen, ab. Die interministeriellen Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (IMA Kindergesundheit, 2023) unterstreicht im kürzlich erschienen Abschlussbericht auf Basis vorhandener Evidenz die durch die Pandemie stark gestiegenen Belastungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und leitet fachliche und politische Forderungen zu verbesserter Prävention und Intervention ab. Die Empfehlungen des Expert:innengremiums werden von uns im Diskussionsteil aufgegriffen und integriert.

Neben dem individuellen Leid, das durch eine psychische Erkrankung oder Kindeswohlgefährdung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen kurz-, mittel- und langfristig entstehen kann, manifestieren sich die finanziellen Folgen solcher Erkrankungen auch auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. So beziffert beispielsweise die "Traumafolgekostenstudie" aus dem Jahr 2012 die jährlich anfallenden Folgekosten von Misshandlung im Kindesalter in Deutschland auf 11 Mrd. Euro (Habetha et al., 2012). Dabei sind nicht nur Behandlungskosten für Therapie oder psychosoziale Beratung zu berücksichtigen. Auch das Zurechtkommen im Alltag der Betroffenen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist mitunter deutlich eingeschränkt. Führen psychische Störungen zu erheblichen Teilhabebeeinträchtigungen, haben die Betroffenen Rechtsansprüche auf Hilfen zur Teilhabe nach § 35 a SGB VIII. Die Jugendhilfe ist insofern der Reha-Träger bei chronischen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Zusätzlich können beispielsweise in einer frühen Lebensphase verlängerte Schul- und Ausbildungszeiten entstehen. Erschwerend tritt hinzu, dass die ohnehin herausfordernde Phase des Übertritts ins Berufsleben (Transition) während der Pandemie zusätzlich erschwert wurde (Fegert et al., 2022): Die Unterstützung zur beruflichen Orientierung für Jugendliche wurde während der Pandemie stark reduziert, zahlreiche Praktikumsplätze wurden gestrichen und Informationsveranstaltungen abgesagt (Barlovic et al., 2020). Der Berufsbildungsbericht 2022 des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) zeigt, dass während der Pandemie deutlich weniger Ausbildungsverträge im Vergleich zu Vorjahren geschlossen wurden (BMBF, 2022). Wie in einem „Teufelskreis“ kann die Situation auf dem Ausbildungsmarkt während der Pandemie die psychosozialen Belastungen für Jugendliche nochmals verstärken. Die ungünstige Verknüpfung von fortdauernder Belastung durch eine psychische Erkrankung und Beschränkungen in der Teilhabe an Bildung und Berufsleben kann einen „Rattenschwanz“ an weiteren Kosten nach sich ziehen: Verspäteter Eintritt in die Phase der Berufstätigkeit und verstärkte Erwerbsausfälle führen zu einem Rückgang an Steuereinnahmen, Sozialabgaben und privaten Vorsorgemöglichkeiten und somit zu einer höheren Inanspruchnahme von Sozialleistungen (siehe Abbildung 1). Durch die steigenden Belastungen in der Kindheit und Jugend ist entsprechend längerfristig mit erheblichen Mehrausgaben für Behandlungskosten und Sozialleistungen, bei gleichzeitig erwartbaren Mindereinnahmen, zu rechnen.

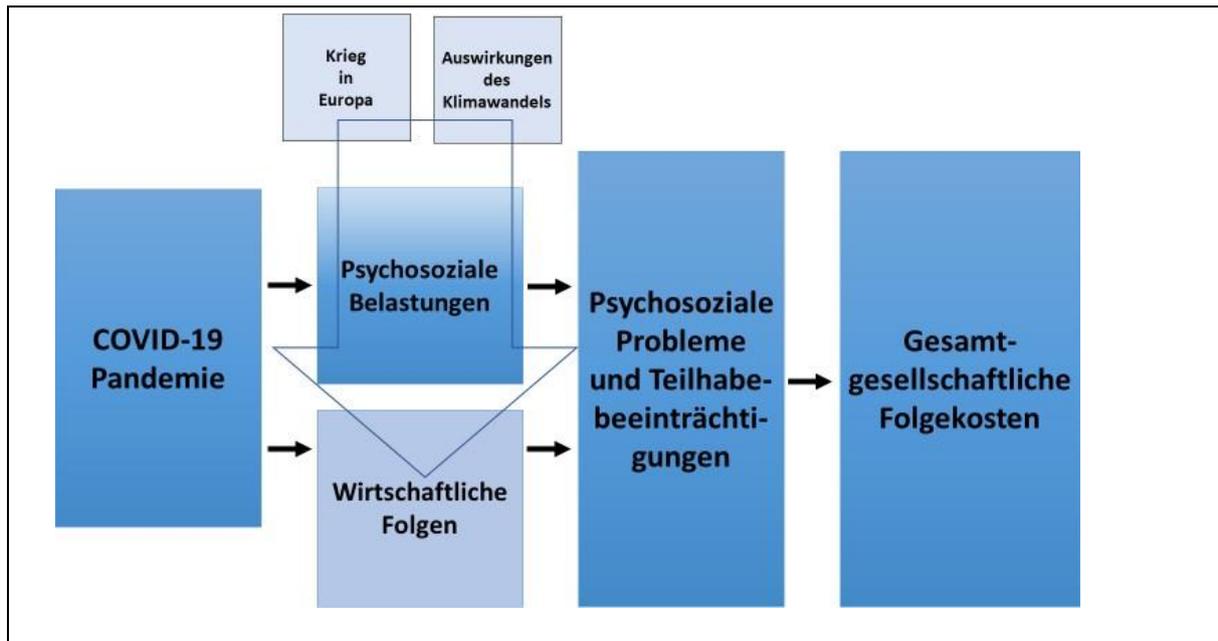


Abbildung 1: Auswirkungen aktueller Entwicklungen auf die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten

Abbildung 1 bietet einen Überblick über mögliche Zusammenhänge. Sie weist außerdem darauf hin, dass die gestiegenen Belastungen im Kontext der Pandemie nicht isoliert dastehen: Der Krieg in der Ukraine, drohende Energieknappheit und Klimawandel steigern die psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen und verschlechtern die wirtschaftliche Lage vieler Familien. Die aktuelle gesamtwirtschaftliche Entwicklung, die von der stärksten Inflation seit Jahrzehnten, steigenden Zinsen und der Angst vor Energieversorgungsengpässen gekennzeichnet ist, belastet insbesondere Familien mit geringen Einkommen und verschärft die „Spreizung der Schere“ zwischen arm und reich, die bereits durch die COVID-19 Pandemie gestiegen ist: Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten Familien waren besonders während der Lockdown-Phasen durch beengte Wohnverhältnisse und den Wegfall von bzw. geringeren Möglichkeiten für Aktivitäten außer Haus stark belastet. Während solche außerfamiliären Ressourcen normalerweise zu einer Kompensation innerfamiliärer oder persönlicher Belastungen beitragen können, wurde das Wiederherstellen der Balance durch die Akkumulation von Stressoren und den Wegfall wichtiger Ressourcen auch im Bereich der psychosozialen Hilfen zunehmend erschwert (vgl. Abbildung 2).

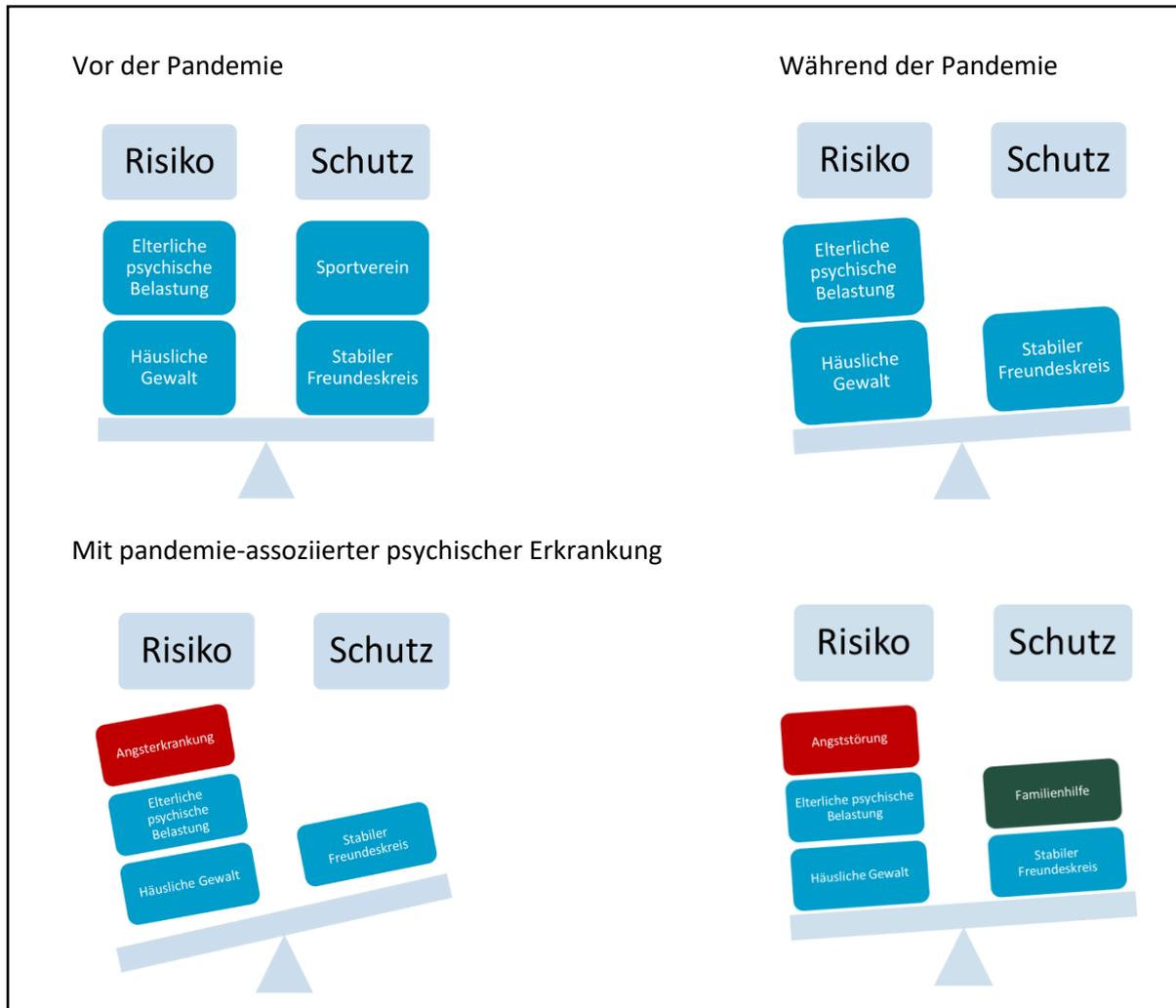


Abbildung 2: Beispiel zur Veranschaulichung einer fehlenden Balance zwischen Risiken und Schutzfaktoren vor und während der COVID-19 Pandemie

Die „Theorie der kumulativen Ungleichheit“ (Ferraro et al., 2009) weist darauf hin, dass soziale Systeme Ungleichheiten erzeugen, die sich im Laufe des Lebens manifestieren – ein Nachteil erhöht das Risiko, ein Vorteil erhöht die Chancen. Durch die COVID-19 Pandemie wurde Ungleichheit verstärkt. So sind etwa in Familien mit sozioökonomisch niedrigem Status Eltern oft in sogenannten „systemrelevanten Berufen“³ wie bspw. dem Verkauf von Lebensmitteln oder der Care-Arbeit tätig. Während der Lockdowns waren ihre Möglichkeiten eingeschränkt, im Home-Office zu arbeiten sowie die Schularbeiten der Kinder zu beaufsichtigen – häufig bei gleichzeitig eingeschränktem Zugang zu technischem Equipment für den Fernunterricht (IMA Kindergesundheit, 2023). Die Ungleichheit weiter verstärkend tritt hinzu, dass sozioökonomisch Benachteiligte durchschnittlich schwerer an COVID-19 erkrankten (Wachtler et al., 2020). Ziel der Politik muss es sein, durch Prävention und Intervention Vorteile zu

³ Der Begriff systemrelevant wird uneinheitlich genutzt, oft im Kontext der jeweiligen Krise. Die genannten Beispiele sind im Kontext der COVID-19 Pandemie zu verstehen.

schaffen, die Chancen erhöhen und so weitere Manifestationen der zunehmenden Ungleichheit im Lebenslauf der heutigen Kinder und Jugendlichen zu verhindern (vgl. IMA Kindergesundheit, 2023). Trotz der hohen Relevanz der pandemiebedingt verstärkten Belastungen von Kindern und Jugendlichen und ihrer anzunehmenden gesamtgesellschaftlichen Folgen gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Studie, welche die durch die COVID-19 Pandemie entstandenen und zukünftig noch entstehenden Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen auf gesamtgesellschaftlicher Basis abbildet. Die Bezifferung gesellschaftlicher Kosten ist alleine schon deshalb essentiell, um in der angespannten Haushaltslage eine kosteneffiziente sowie nachhaltige Planung und Investition im Bereich des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems und der Kinder- und Jugendhilfe zu gewährleisten. Neben der Verfolgung ökonomischer und ökologischer Nachhaltigkeitsziele sollte dabei auch die soziale Nachhaltigkeit (UN-Nachhaltigkeitsziel 16 „Friedliche und inklusive Gesellschaften“, insbesondere Ziel 16.2 gewaltfrei Aufwachsen) nicht aus dem Fokus geraten. Denn die gesellschaftlichen Kosten der während der COVID-19 Pandemie psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, werden voraussichtlich die nächsten vier Generationen tragen.

1.1 Ziel

Ziel der vorliegenden Expertise ist es, die durch die Pandemie für die unterschiedlichen Versorgungssysteme entstandenen und entstehenden gesamtgesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen über deren Lebenszeit hinweg zu quantifizieren. Basierend auf einer Folgekostenabschätzung können Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger aus der Politik sowie der psychiatrischen- und psychotherapeutischen und insbesondere der rehabilitativen Teilhabe unterstützenden Versorgung abgeleitet werden, da bisherige wissenschaftliche Recherchen nur eine limitierte Datenbasis zur Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie lieferten. Der Fokus wurde auf eine Auswahl an Störungsbildern und Problemlagen gelegt: Angststörungen, Depressionen, Essstörungen und Kindeswohlgefährdung. Angststörungen und Depressionen sind mit die am meisten verbreiteten psychiatrischen Krankheitsbilder in der Kindheit und Jugend (vgl. Kapitel 3.1). Entsprechend aussagekräftig ist ihre Erfassung und Beschreibung im Kontext von Folgekosten für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich. Für die Jugend sind Austausch mit Gleichaltrigen, das Sammeln von Erfahrungen und Bilden von sozialen Bezügen außerhalb der Kernfamilie bedeutsame Entwicklungsmeilensteine. Kontaktbeschränkungen als Maßnahme zur Eindämmung der Verbreitung des SARS-CoV2-Virus wiegen als Barriere einer altersgerechten Entwicklung daher besonders schwer. Entsprechend wurde die Auswahl an Störungsbildern um Essstörungen, einem für die Altersgruppe besonders typischen Störungsfeld ergänzt. Als weiteres Konglomerat wurde Kindeswohlgefährdung berücksichtigt. Gewalt an Kindern und Jugendlichen durch Bezugspersonen ist auch in modernen Gesellschaften weiterhin hoch

verbreitet, internationale und deutsche Studien berichten wiederholt Prävalenzen im zweistelligen Prozentbereich für die untersuchten Stichproben (Stoltenborgh et al., 2015; Witt et al., 2017; Witt et al., 2020). Beengte Verhältnisse während Lockdowns, gestiegene Anforderungen an die Verfügbarkeit von Eltern bspw. im Kontext von Homeschooling können bestehende Konflikte verstärkt oder neue getriggert haben.

Maßnahmen zur Kontaktbeschränkungen sind außerdem eng mit eingeschränkten Möglichkeiten zur Bewegung verbunden. Die systematische Literaturrecherche wird daher zudem auf die Überprüfung von Bewegungsmangel in Verbindung mit Adipositas ausgeweitet. Die Bedeutung dieser Diagnose ist auch im Kontext der verstärkten Ungleichheit von Relevanz, da ein Zusammenhang von Adipositas und geringem sozioökonomischem Status für Gesellschaften in einkommensstarken Staaten gut belegt ist (Devaux & Sassi, 2013; Hoebel et al., 2019).

2. Versorgungssysteme und die Herausforderungen durch die COVID-19 Pandemie

Für die Organisationen der Versorgungssysteme im Bereich der Gesundheit und sozialen Sicherheit führte die COVID-19 Pandemie zu verschiedenen Herausforderungen, die oft mit einem gestiegenen Unterstützungsbedarf bei den Adressaten einhergingen. Durch mehrere Wellen der Verbreitung des Sars-CoV2-Virus waren die Organisationen regelmäßig oder gar dauerhaft durch einen hohen Krankenstand beim Personal herausgefordert, der die Versorgungsengpässe bei erhöhtem Bedarf verstärkte und beim nicht-krankgeschriebenen Personal oft zu hohen Belastungen führte (Drupp et al., 2021; Meyer & Alsago, 2021). Zur Ermöglichung von Homeoffice-Tätigkeit und digitalisierten Therapieangeboten waren rasche und umfangreiche Investitionen in die Informatik der Organisationen notwendig, die mit einem Anpassungs- und Lernbedarf für die Mitarbeitenden verknüpft waren (cf., Lange et al., submitted). Die Umsetzung von Hygienemaßnahmen wie Abstandsregelungen und Maskentragepflicht für den Teil der Versorgung, der weiterhin in direktem Kontakt mit den Betroffenen stattfand (und stattfindet), ist einerseits mit zusätzlichem zeitlichem Aufwand neben den üblichen Aufgaben verbunden, andererseits waren Mitarbeitende in Organisationen durch mangelnde Bereitschaft der Umsetzung bei einem Teil der Adressaten resp. potenziell auch bei einem Teil der Belegschaft herausgefordert (cf., Lange et al., submitted). Schließlich waren verschiedene Organisationen in den Versorgungssystemen der Gesundheit und sozialen Sicherheit mit zunehmender Dauer der Pandemie durch Engpässe bei den eigenen Finanzen herausgefordert (Heßdörfer, 2021, Februar). Da die verschiedenen beschriebenen Herausforderungen nicht isoliert, sondern oft multipel kombiniert auftraten, führte das zu einer additiven oder mitunter auch multiplikativen Verstärkung der Belastungen für Personal und Organisationen. Spezifische Herausforderungen für die unterschiedlichen Versorgungsbereiche sind in einem Abriss über die jeweiligen Versorgungssysteme beschrieben.

2.1 Versorgungsstrukturen im Bereich der Gesundheit

Die Corona-Pandemie und die damit assoziierten Schutzmaßnahmen wirkten sich umfassend auf die Versorgung im Gesundheitsbereich, gesetzlich geregelt im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), aus. Das Gesundheitswesen war mit vielen Herausforderungen konfrontiert. Bereiche wurden umstrukturiert und zusammengelegt, und elektive Behandlungen wurden abgesagt, um mehr Kapazität für die Behandlung von COVID-19-erkrankten Patient:innen zu schaffen. Besuche von Angehörigen waren nicht mehr möglich, Erkrankungen und Quarantäne der Beschäftigten führten zu einer Reduzierung des einsetzbaren Personals. Hygienekonzepte gingen mit einem deutlich erhöhten Zeitaufwand für Schutzmaßnahmen einher. Andererseits wurden mit viel Motivation und Kreativität neue Behandlungsmöglichkeiten geschaffen, wie z.B. digitale Sprechstunden.

Die psychische Belastung für Beschäftigte im Gesundheitswesen nahm durch die Pandemie zu. Faktoren wie die erhöhte Arbeitsbelastung und das eigene Infektionsrisiko führten zu einem erhöhtem Stressniveau und vermehrter Angst, bis hin zu Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Mulfinger et al., 2020). Die erhöhte psychische Belastung wirkte sich auch auf die Versorgung aus. Bei Fachkräften aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigte sich während des Winter-Lockdowns 2020/2021, dass Burnout-Symptomatik einen Einfluss auf die Fluktuationsneigung, den Präsentismus sowie die Qualität der Arbeitsleistung der Fachkräfte hat (Hähnle et al., 2022).

Die tiefgreifenden Veränderungen durch die Pandemie und die assoziierten Maßnahmen wirkten sich deutlich auf die Belegung aus. Werden alle stationär behandelten Fälle in Deutschland betrachtet, so gab es zu Beginn der COVID-19-Pandemie von Beginn des ersten Lockdowns Mitte März bis Ende Mai 2020 30% weniger stationäre Fälle (Augurzky et al., 2021)

Im psychiatrischen Bereich wurden tagesklinische Stationen vorübergehend teilweise ganz geschlossen, die Anzahl von Patient:innen, die stationär behandelt wurden, wurde häufig reduziert um das Infektionsrisiko zu vermindern. Nicht verwunderlich, dass auch hier ein deutlicher Rückgang der Behandlungen zu verzeichnen ist. So fanden im Jahr 2020 12% weniger psychiatrische Klinikbehandlungen als zuvor statt, was v.a. an dem Rückgang der tagesklinischen Behandlungen lag (Augurzky et al., 2021). Auch die Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Akutvorstellungen nahm zu Beginn der Pandemie im März/April 2020 im Vergleich zum März/April des Vor-Corona-Jahres 2019 gemäß einer internationalen Metaanalyse deutlich ab (Ougrin et al., 2022a). Nach diesem Rückgang im Jahr 2020 kehrte sich der Trend im Jahr 2021 um. Seit dem Sommer 2021 liegt auch eine erhöhte Inanspruchnahme für die Versorgung psychischer Erkrankungen vor.

Psychische Erkrankungen waren auch schon vor der Pandemie von herausragender Bedeutung für die Gesundheit der deutschen Bevölkerung und verursachen die höchste Anzahl an Krankheitstagen. Die Corona-Pandemie hat die Relevanz der psychischen Gesundheit sichtbarer gemacht. Dem nochmals

gestiegenen Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer und –psychotherapeutischer Versorgung muss in der Realität Rechnung getragen werden.

2.2 Versorgungsstrukturen im Bereich der sozialen Sicherung

Entscheidender Akteur im Bereich der sozialen Sicherung für Kinder und Jugendliche, gesetzlich geregelt im achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII), ist das Jugendamt. Es ist die Fachbehörde der Landkreise und kreisfreien Städte als öffentliche Träger der Kinder- und Jugendhilfe und in dieser Funktion stets zuständig für die sogenannten hoheitlichen Aufgaben: Im Rahmen des staatlichen Wächteramts hat das Jugendamt bei einer (drohenden) Gefährdung des Kindeswohls zu entscheiden, ob die Gefährdung gemeinsam mit und für die Familie abzuwenden ist oder durch eine Anrufung des Familiengerichts. Das Jugendamt ist entsprechend verpflichtet, Verdachtsfälle von Kindesmisshandlung zu prüfen, um gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten. Die dazu geführten nationalen Statistiken sind über das statistische Bundesamt als Jahreszahlen verfügbar.⁴ Zum Schutz vor einer Gefährdung hat das Jugendamt die Möglichkeit, mit einer Inobhutnahme das Kind kurzfristig – im Umfang von Stunden oder Tagen – aus dem gefährdenden Umfeld herauszunehmen und an einem anderen, sicheren Ort unterzubringen. Dauerhafte Fremdplatzierungen müssen durch das Familiengericht entschieden werden. Weitere hoheitliche Aufgaben umfassen die Aufsicht über Tages- und Vollzeitpflege, die Mitwirkung in gerichtlichen Verfahren mit Kindern und Jugendlichen sowie die Umsetzung von Beistandschaften, Pflegerschaften und Vormundschaften. Zur Gewährleistung der Umsetzung der hoheitlichen Aufgaben besteht eine definierte regionale Zuständigkeit im Einzugsgebiet. Überwiegend sind Jugendämter für Landkreise oder kreisfreie Städte als Einzugsgebiet zuständig.

Freiwillige, erzieherische Hilfen können hingegen nicht nur durch das Jugendamt, sondern, bei Verfügbarkeit auch durch freie Träger der Kinder- und Jugendhilfe, d.h. nicht-staatliche Organisationen umgesetzt werden; große freie Träger mit einer Vielzahl an Organisationen und Angeboten sind der Deutsche Kinderschutzbund (als Teil des Paritätischen Gesamtverbands), Arbeiterwohlfahrt AWO, Caritas, Diakonie und Deutsches Rotes Kreuz.

Fachkräfte im Kontakt mit Kindern sind – anders als in einer Mehrheit europäischer Staaten (Katz et al., 2021) – **nicht** verpflichtet bei jedem Verdacht auf Kindeswohlgefährdung ohne vorherige Abwägung eine Meldung ans Jugendamt zu machen.⁵ Denn das SGB VIII kann nur die Träger der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe unmittelbar dazu verpflichten, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen. Daher gibt § 8a Abs. 4 Satz 1 SGB VIII den Trägern der öffentlichen Kinder- und

⁴ Die Publikationen sind zum Download verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/_inhalt.html#_wxbvjq5.

⁵ Die Meldepflicht ohne vorherige Abwägung wird international unter dem Begriff des „mandatory reporting“ beschrieben (z.B. Katz et al., 2021).

Jugendhilfe – bzw. dem Jugendamt als der zuständigen Behörde des Trägers der öffentlichen Kinder- und Jugendhilfe – auf, den autonomen Auftrag freier Träger mit dem Schutzauftrag des Jugendamts zu verknüpfen. Die freien Träger übernehmen im Hinblick auf die von ihnen betreuten Kinder und Jugendlichen Schutzpflichten im Rahmen ihrer vertraglichen Vereinbarung mit den Eltern. Grundlage für die Wahrnehmung des originären Schutzauftrags freier Träger ist damit der privatrechtliche Betreuungsvertrag, nicht eine Aufgabenzuweisung durch § 8a SGB VIII bzw. eine Delegation öffentliche Aufgaben an freie Träger. Im Hinblick auf das verfassungsrechtlich verankerte Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit wird jedoch die Freiheit der Vertragsgestaltung dadurch begrenzt, dass mit der Vereinbarung nach § 8a Abs. 4 SGB VIII der privatrechtliche Schutzauftrag des freien Trägers und dem öffentlich-rechtlichen Schutzauftrag verbunden werden. Berufsgruppen wie Fachkräfte in der Kita und Kindertagespflegepersonen haben bei gewichtigen Anhaltspunkten zunächst selbst eine Gefährdungseinschätzung vorzunehmen, hierbei eine insoweit erfahrene Fachkraft hinzuziehen, die Erziehungsberechtigten sowie das Kind in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und ggf. auf die Inanspruchnahme (weitergehender) Hilfe hinzuwirken (§ 8a Abs. 4 Satz 1, Abs. 5 Satz 1 u. 2 SGB VIII).⁶ Eine Pflicht zur Information des Jugendamts ergibt sich dann, wenn die Inanspruchnahme von Hilfe für erforderlich gehalten wird oder die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann." Diese Pflicht ergibt sich bei Kitas in freier Trägerschaft und Kindertagespflegepersonen aus den Vereinbarungen mit dem Jugendamt bzw. den Betriebserlaubnissen (§ 8a Abs. 4 Satz 3, Abs. 5 Satz 3 SGB VIII). Für alle Berufsgruppen besteht jedoch bei gewichtigen Anhaltspunkten auf eine Gefährdung eine Meldebefugnis, die auch gegebenenfalls vorhandene Berufsgeheimnisse „aussticht“ (§ 4 Abs. 3 KKG).

Anders als in (somatischen) Kliniken und Krankenhäusern wurde während der Lockdowns im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ein umfangreicher Teil der Hilfen in den digitalen Raum verlagert (Indolfo, 2021, Juli; Jentsch & Schnock, 2020; Katz et al., 2021). Mit dem Mangel an Hilfen und Beratung vor Ort geht eine potenziell eingeschränkte Erreichbarkeit von Familien einher, die ungenügend mit digitalen Ressourcen ausgestattet sind. Dieser Mangel ist oft auch mit einer erhöhten Vulnerabilität verknüpft, was in der Literatur ausführlich diskutiert wurde (Jud & Lange, in press). Zusätzlich herausfordernd ist, dass das Jugendamt als staatlicher Akteur im Kinderschutz in Teilen der Bevölkerung und medial oft deutlich negativ wahrgenommen wird (Enders, 2013). Die Notwendigkeit, dass auch beim Kontakt mit dem Jugendamt teils strikte Hygienemaßnahmen umgesetzt werden mussten, mag für Adressatengruppe mit Widerständen gegen die staatliche Corona-Politik teils bereits vorhandene Widerstände gegen das Jugendamt als Akteur mit staatlichem Machtmonopol noch verstärkt haben.

⁶ Die Ausführungen wurden mit Unterstützung von Dr. Thomas Meysen, SOCLES, Tübingen, formuliert.

3. Forschungsstand zu psychosozialen Belastungen und Kostenfolgen im Kontext der COVID-19 Pandemie

3.1 Ausgewählte Krankheitsbilder

Essstörungen⁷

Essstörungen sind Krankheitsbilder, die häufig im jugendlichen Alter auftreten und Mädchen häufiger betreffen als Jungen. Die Anorexia Nervosa ist charakterisiert durch einen selbst herbeigeführten Gewichtsverlust beziehungsweise eine unzureichende entwicklungsgemäße Gewichtszunahme und aktive Verhaltensweisen, um diese Gewichtsreduktion herbeizuführen oder aufrecht zu erhalten. Die Bulimia Nervosa ist charakterisiert durch wiederholte Essattacken, während derer große Mengen an Nahrung aufgenommen werden. Die Patient:innen zeigen häufig ein beeinträchtigtes Hunger- und Sättigungsgefühl, und steuern einer Gewichtszunahme durch die Essanfälle aktiv entgegen, meist mittels selbstinduziertem Erbrechen.

Die Lebenszeitprävalenz der Anorexia Nervosa wird auf 0,5-3,7 % geschätzt, die der Bulimia Anorexia auf 1,1-4,4 %. Die Inzidenz von Essstörungen lag bei den 15- bis 17-Jährigen im Jahr 2019 bei 3,9 Fällen je 1000 Jugendlichen der Altersgruppe, im Jahr 2020 bei 4,8 pro 1000 und im Jahr 2021 bei 5,6 pro 1000. Das entspricht einer Zunahme von 41% (Witte et al., 2022).

Die Behandlung von Essstörungen ist aufgrund der häufigen somatischen Komplikationen sehr komplex. Wichtigstes Behandlungsziel ist die Wiedererlangung eines gesunden Gewichtes (bei Jugendlichen ≥ 25 . BMI-Altersperzentile, bei Erwachsenen $\text{BMI} \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$). Hierzu können verschiedene Interventionen, wie ein Essensplan mit regelmäßigen Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten, bis hin zum Einsatz einer Magensonde indiziert sein. Die Gewichtszunahme muss engmaschig kontrolliert werden. Aufgrund von möglichen somatischen Komplikationen sind neben der ausführlichen körperlichen Diagnostik zu Beginn der Behandlung oft engmaschige Kontrollen, unter anderem des Blutbildes, während der Gewichtszunahme notwendig. Der Einbezug der Familien als ein Baustein der Therapie ist zentral. Unter anderem spielt hier die Identifizierung von Faktoren, die die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Erkrankung begünstigt haben können, sowie die umfassende Aufklärung über das Krankheitsbild, die Symptome, Behandlungsoptionen, Risiken und die Prognose eine große Rolle. In der Einzelpsychotherapie steht u.a. das gestörte Essverhalten im Fokus, sowie die Angst vor Gewichtszunahme, negative Gedanken gegenüber dem eigenen Körper, und das Selbstwertgefühl. Auch die Verbesserung der sozialen Kompetenz und Möglichkeiten im Umgang mit Konflikten sind häufig Thema. Insbesondere in der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper können noch nonverbale Therapien,

⁷ Die Quelle für die Angaben zu den in diesem Artikel beschriebenen Krankheitsbildern ist, sofern nicht anders angegeben: Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Herausgeber:innen: Michael Kölch, Miriam Rassenhofer, Jörg M. Fegert, Springer Berlin, Heidelberg, ISBN: 978-3-662-58417-0

wie zum Beispiel Musik- und Kunsttherapeutische Verfahren wichtige Bausteine darstellen. Während der individualisierten Psychotherapie ist eine enge Elternarbeit unerlässlich.

Esstörungen, insbesondere die Anorexia Nervosa, weisen eine hohe Chronifizierungstendenz auf. Nur etwa 30-50% der an Anorexia Nervosa Erkrankten erfüllen nach 10 bis 15 Jahren nicht mehr die Kriterien für die Erkrankung, ca. 20% der noch nicht Gesunden erfüllen dann die Kriterien einer atypischen Essstörung. Die Anorexia Nervosa ist die psychische Erkrankung mit der höchsten Mortalität. Das sogenannte standardisierte Mortalitätsverhältnis, also das Verhältnis zwischen der Sterbehäufigkeit bei an Anorexia Nervosa erkrankten im Vergleich altersadjustierten Gesamtbevölkerung liegt bei 5,35 (Fichter & Quadflieg, 2016). Bei der Bulimia Nervosa verlaufen ca. 30% der Fälle chronisch. Aufgrund der hohen Chronizität von Essstörungen und der damit einhergehenden starken psychosozialen Beeinträchtigung können sozialtherapeutische Maßnahmen, wie Hilfen über das SGB VIII notwendig werden.

Angststörungen

Angststörungen treten häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Die Symptome sind bei einer generalisierten Angststörung u.a. diffuse Ängste und eine ängstliche Erwartungshaltung. Bei einer Phobie ist das Objekt oder die Situation der Angst konkreter, wie z.B. Angst vor Spinnen oder Angst in bestimmten sozialen Situationen. Eine Panikstörung zeichnet sich durch das Auftreten nicht vorhersehbarer wiederkehrender Angstattacken mit Panik und körperlichen Symptomen, wie z.B. Herzrasen aus. Die im Kindesalter auftretende Emotionale Störung mit Trennungsangst geht mit einer unrealistischen Besorgnis, aus irgendwelchen Gründen von der Bezugsperson getrennt zu sein, einher.

Die Prävalenz von Angststörungen lag im Jahr 2017 in der Altersgruppe der 5 bis 17-jährigen bei 18,8 Fällen pro 1000 Kindern und Jugendlichen. Mädchen sind insgesamt häufiger von Angststörungen betroffen als Jungen (Greiner et al., 2019). In der Altersgruppe der 15 bis 17-Jährigen lag die Inzidenz von Angststörungen im Jahr 2019 bei 20,3 Fällen je 1000 Jugendlichen, im Jahr 2020 bei 23,2 Fällen je 1000 und im Jahr 2021 bei 23,0 Fällen je 1000 Jugendlichen. Das entspricht einer Zunahme von 13% (Witte et al., 2022).

Viele Angststörungen sind gut behandelbar. Die multimodale Therapie besteht aus mehreren Bausteinen. Einer ist die Psychoedukation (Aufklärung und Beratung) des Kindes und der Eltern. Diese Gespräche finden sowohl gemeinsam als auch getrennt mit unterschiedlichem Beratungsschwerpunkt statt. Inhalt der Psychoedukation sind Informationen zu der Erkrankung, also zu der klassischen Symptomatik, den vermuteten Ursachen, dem anzunehmenden Verlauf, Behandlungsmöglichkeiten und zu der Prognose. Gemeinsam wird versucht, Bedingungen in der Familie, die die Störung aufrechterhalten oder begünstigen, herauszuarbeiten. Ein wichtiger Aspekt in der Entstehung von Angsterkrankungen

ist, dass wenn angstbesetzte Situationen vermieden werden, die Patient:innen eine Erleichterung verspüren und die Vermeidung somit positiv verstärkt wird. Für die Angsttherapie ist es daher wichtig, Vermeidungsverhalten zu reduzieren. Es ist zentral, dass sowohl die Patient:innen als auch die Eltern dieses Prinzip verstehen. Insbesondere wenn es sich um schulbezogene Ängste handelt, ist es wichtig, dass auch Gespräche mit der Schule stattfinden. Ein weiterer wichtiger Baustein der Therapie von Angststörungen ist die kognitive Verhaltenstherapie. Hier spielt die Auseinandersetzung und nach ausreichender Vorbereitung die Exposition mit angstbesetzten Situationen eine wichtige Rolle. Häufig werden im Vorfeld hierzu Entspannungstechniken erlernt. Neben der Psychoedukation ist die Elternarbeit auch während der Psychotherapie zentral, um die Erfolge in der Psychotherapie zu flankieren und zu verstärken. Eine Pharmakotherapie ist nur bei schwerer Symptomatik beziehungsweise nicht ausreichendem Ansprechen auf die Psychotherapie als Zusatztherapie indiziert.

Der Verlauf von Angststörungen ist unterschiedlich. Viele Patient:innen mit Angsterkrankung sprechen zunächst gut auf die beschriebene Behandlung an. Bei einem Teil der Patient:innen treten im Anschluss jedoch neue Ängste auf, die wiederum eine Behandlung notwendig machen. Bei schweren Angsterkrankungen kann es auch zu persistierenden Verläufen kommen, die die gesunde Entwicklung und das Meistern von Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen sowie ihre Teilhabe stark beeinträchtigen. Je nach Ausprägung des Erkrankungsbildes können sozialtherapeutische Maßnahmen, wie Hilfen über das SGB VIII notwendig werden.

Depressionen

Depressionen können schon im Kindesalter auftreten, werden jedoch im Jugendalter häufiger. Während im Kindesalter Jungen und Mädchen gleich häufig betroffen sind, tritt die Erkrankung im Jugendlichenalter häufiger bei Mädchen auf. Depressionen zeichnen sich u.a. häufig durch eine gedrückte Stimmungslage, Interessen- und Freudlosigkeit, einen verringerten Antrieb und sozialem Rückzug aus. Im Jugendalter kann es zudem vermehrt zu ausgeprägter Gereiztheit und schnellen Stimmungswechseln sowie Todesgedanken kommen.

Die Prävalenz von Depressionen lag im Jahr 2017 bei der Altersgruppe der 5- bis 17-Jährigen bei 15,2 Fällen je 1000 Kindern und Jugendlichen (Greiner et al., 2019). Die Inzidenz lag im Jahr 2019 in der Altersgruppe der 15- bis 17-Jährigen bei 23,8 Fälle pro 1000 Jugendlichen, im Jahr 2020 bei 25,8 Fällen je 1000 und im Jahr 2021 bei 25,7 Fällen 1000. Dies entspricht einer Zunahme um 8 % (Witte et al., 2022).

Bestandteile der psychotherapeutischen Behandlung sind unter anderem das verbesserte Erkennen von Gefühlen. Hier können Interventionen wie ein Stimmungstagebuch unterstützen. Das Erkennen der Beeinflussbarkeit von Gefühlen durch z.B. angenehme Aktivitäten ist hier zentral. Bei Patient:innen mit einer Depression kommt es häufig vor, dass sie zu negativen Gedankenkaskaden neigen, die sich

negativ auf ihre Gefühle auswirken, die dann wiederum ihre Handlungen beeinflussen, z.B., indem sie nicht zu sozialen Aktivitäten gehen. Es ist wichtig, Patient:innen diesen Zusammenhang deutlich zu machen. Neben der Einzelpsychotherapie können auch gruppentherapeutische Angebote, z.B. zur Stärkung sozialer Kompetenzen, sinnvoll sein. Die Elternarbeit ist wie bei allen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Neben der Psychoedukation ist wichtig, potentielle dysfunktionale familiäre Beziehungen und Muster, die die Depression begünstigen oder mit aufrechterhalten, aufzudecken und hier zu intervenieren. Bei stärker ausgeprägter Depression bzw. beim Nichtansprechen auf die alleinige Psychotherapie kann eine zusätzliche Therapie mit Medikamenten sinnvoll sein. Weitere Maßnahmen können zum Beispiel die Schlafhygiene und Sport betreffen.

Durch eine Verringerung des Antriebs sowie Freudlosigkeit kommt es häufig zu einer Reduktion von sozialen Aktivitäten sowie einem Leistungsabfall. Beides wirkt sich deutlich auf die Teilhabe von Patient:innen aus und kann die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben stark beeinträchtigen. Je nach Ausprägung des Erkrankungsbildes können sozialtherapeutische Maßnahmen, wie Hilfen über das SGB VIII notwendig werden.

Patient:innen mit einer Depression haben ein höheres Risiko für andere psychische Erkrankungen, wie zum Beispiel Suchterkrankungen und langfristige soziale Probleme, wie ein niedriger Schulabschluss. Bei akuter Suizidalität kann beim Vorliegen einer Depression eine stationäre Krisenintervention notwendig sein. Je nach Schwere der Erkrankung und Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus ist eine ambulante oder stationäre Therapie anzustreben.

Der Verlauf einer Depression ist häufig chronisch. Innerhalb des ersten Jahres nach dem Auftreten der Depression remittiert die Erkrankung bei 50 % der Betroffenen. Nach einem Jahr haben jedoch 20-60 % der Betroffenen erneut eine depressive Phase erlebt, nach fünf Jahren sogar 70 %. Die mittlere Dauer einer Episode liegt bei acht Monaten im Jugendlichenalter.

Folgen von Bewegungsmangel und Fehlernährung

Adipositas ist charakterisiert durch übermäßiges Körpergewicht. Ein Krankheitswert ergibt sich durch funktionelle und individuelle Einschränkungen, die psychosoziale Beeinträchtigung und ein erhöhtes Risiko für eine Vielzahl anderer Erkrankungen. Bei Kindern und Jugendlichen liegt eine Adipositas vor, wenn der Body Mass Index (BMI) von 97% der gleichgeschlechtlichen Altersgenoss:innen unter dem BMI des betreffenden Kindes liegt, die sogenannte „BMI Perzentile“ also bei 97 oder höher liegt (AGA & DGKJ, 2019). Für einen 11-jährigen Jungen mit einer Körpergröße von 1,44 m und einem Gewicht von 51 kg läge der BMI beispielsweise mit $24,6 \text{ kg/m}^2$ auf der 97. Perzentile.

Die Prävalenz von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen lag im Jahr 2020 bei 36,9 Fällen je 1000 Kindern und Jugendlichen (Witte et al., 2021). Die Inzidenz von Adipositas lag in der Altersgruppe der

15 bis 17-Jährigen im Jahr 2019 bei 18,7 Fällen je 1000 Jugendlichen, im Jahr 2020 bei 19,0 Fällen je 1000 und im Jahr 2021 bei 20,7 Fällen je 1000. Das entspricht einer Zunahme von 11% (Witte et al., 2022).

Die Folgen von Adipositas für die Gesundheit sind umfassend. Adipositas an sich ist eine Erkrankung und zudem ein Risikofaktor für multiple Erkrankungen, die den gesamten Körper betreffen können. Diese beinhalten sowohl mechanische Folgen von Übergewicht, wie z.B. muskuloskeletale Komplikationen und kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch Effekte auf die psychische Gesundheit und metabolische Effekte, wie zum Beispiel Diabetes mellitus Typ 2 (Kluge, 2022). Adipositas erhöht bei Kindern und Erwachsenen das Risiko für erhöhten Blutdruck, für erhöhte Cholesterinkonzentrationen im Blut und das Risiko für Diabetes Typ zwei - alles wichtige Risikofaktoren für Herzerkrankungen - sowie das Risiko für Atemprobleme wie Asthma und Schlafapnoe, das Risiko für Gelenkprobleme wie Arthritis, und das Risiko für Probleme mit den Gallenwegen. Adipositas im Kindesalter ist weiterhin assoziiert mit psychologischen Problemen wie Angsterkrankungen und Depressionen, einem geringeren Selbstwert und geringerer Lebensqualität, sowie sozialen Problemen wie Mobbing oder Stigmatisierung (Centers for Disease Control and Prevention, 2022, Juli). Erwachsene mit Adipositas haben ein erhöhtes Risiko für Schlaganfall, für viele Formen von Krebserkrankungen wie Krebs im Magen- Darm-Trakt, der weiblichen Geschlechtsteile inklusive Brustkrebs, Nierenkrebs, Krebs der Schilddrüse und Leukämie (Afshin et al., 2017), für psychische Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen und Angststörungen, sowie für einen früheren Tod (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

Körperliche Aktivität ist definiert als jede Körperbewegung, die durch die Skelettmuskeln hervorgerufen wird und die mit einem Energieverbrauch einhergeht. Körperliche Aktivitäten sind beispielsweise Laufen, Fahrradfahren oder Schwimmen. Für Kinder unter vier Jahren sind gemäß der WHO mindestens 180 Minuten pro Tag körperliche Aktivität empfohlen, Kinder und Jugendliche zwischen fünf und 17 Jahren sollten sich mindestens 60 Minuten am Tag bewegen (World Health Organization, 2022, Oktober).

Regelmäßige körperliche Aktivität bei Kindern und Jugendlichen ist mit einer besseren Knochenentwicklung und -gesundheit, mit einem geringeren Risiko für Adipositas, mit einer besseren Fitness hinsichtlich der Muskeln und des Herzlungensystems, mit einer besseren kardiometabolischen Gesundheit, mit einer besseren Denkfähigkeit sowie mit einem niedrigen Risiko für Depressionen verbunden. Im Erwachsenenalter ist regelmäßige körperliche Aktivitäten mit einem niedrigen Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, für viele Krebserkrankungen, für Diabetes Typ 2, für Stürze, sowie mit einem reduzierten Risiko für Angsterkrankungen und Depressionen, einem besseren Denkvermögen, einem besseren Schlaf, einem geringeren Risiko für Adipositas sowie einer erniedrigten allgemeinen Sterblichkeit assoziiert (World Health Organization, 2022).

Eine gesunde Ernährung bildet die Grundlage für die gesunde kindliche Entwicklung. Bei einer gesunden Ernährung liegt die Kalorienaufnahme in einem ausgewogenen Verhältnis zum Energieverbrauch. Der Anteil von Fetten an der Gesamtenergiezufuhr sollte bei Kindern bei 30 % liegen (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., 2013), wobei der Anteil von gesättigten Fettsäuren nicht über 10 % der Gesamtenergiezufuhr und von Transfetten nicht über 1 % (World Health Organization, 2020).

Die Adipositas macht, wie jede chronische Erkrankung, eine kontinuierliche langfristige Behandlung notwendig. Bei der Behandlung handelt es sich um kombinierte, verhaltensorientierte Lebensstilinterventionen. Herauszustellen ist, dass die Therapieeffekte eher gering sind (AGA & DGKJ, 2019; Wabitsch & Moß, 2019). Wenn bereits im Kindesalter eine Adipositas vorliegt, ist also das Risiko, das gesamte Leben adipös zu bleiben, erhöht. Bei adipösen Kindern und Jugendlichen ist die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter adipös zu sein, um das Fünffache erhöht. Mehr als 50 % der adipösen Kinder werden auch im Jugendalter adipösen sein, und etwa 80 % der adipösen Jugendlichen werden auch im Erwachsenenalter adipös sein (Simmonds et al., 2016). Die Prävention von Adipositas nimmt daher einen besonders hohen Stellenwert ein.

Die Therapie von Adipositas sollte individuell auf die Betroffenen und deren familiäres Umfeld zugeschnitten sein. Sie sollten die Familie einbeziehen, durch geschultes Personal interdisziplinär erfolgen, Therapiemaßnahmen zu Ernährung und Bewegung erhalten und zudem verhaltenstherapeutische Maßnahmen umfassen. Neben der ambulanten Behandlung können stationäre Behandlungen in spezialisierten Rehabilitationskliniken indiziert sein (AGA & DGKJ, 2019). Neben der Therapie der Adipositas selbst spielt die Behandlung der Adipositas-assoziierten Erkrankungen eine wichtige Rolle.

3.2 Systematische Literaturübersicht zu psychosozialen Belastungen im Kontext der Pandemie

Im Folgenden soll ein systematischer Literaturüberblick zu den fokussierten psychosozialen Belastungen (Angststörung, Essstörung, Depression, Fehlernährung/Übergewicht/Bewegungsmangel) während der Pandemie gegeben werden. Zunächst wird das methodische Vorgehen beschrieben. Im Anschluss werden die inhaltlichen Ergebnisse dargestellt.

3.2.1 Methodisches Vorgehen

Die Methodik zur Literatursuche folgt der PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses) Methodik. Die PRISMA Methodik ist ein evidenzbasierter und etablierter Ansatz zur Systematisierung des Literaturrechercheprozesses (Moher et al., 2011).

Die Literatursuche wurde im Zeitraum von November bis Dezember 2022 durchgeführt. Folgende Datenbanken wurden für die systematische Recherche verwendet: APA Psych Net, EBSCO, Ovid, PubMed, Web of Science. Für die Literatursuche wurden deutsch- und englischsprachige Schlagworte aus den

drei Themenbereichen psychosoziale Belastungen, Kinder und Jugendliche sowie COVID-19 Pandemie (siehe Tabelle 1) abgeleitet. Darüber hinaus wurde die Literaturrecherche auf empirische Studien, systematische Literaturüberblicke und Meta-Analysen beschränkt. Um ausschließlich Studien zu erfassen, die nach Beginn der Corona-Pandemie veröffentlicht wurden, wurde der Beginn des Suchzeitraums auf das Jahr 2020 festgelegt.

Die in Tabelle 1 dargestellten deutsch- und englischsprachigen Begriffe wurden mittels Booleschen Operatoren zu insgesamt 8 Suchtermini⁸ verknüpft. Diese wurden in jeder der oben genannten Datenbanken mittels Titel- und Abstract-Suche eingegeben, sodass insgesamt 40 Suchläufe durchgeführt wurden. Nach einer ersten Sichtung der Ergebnisse, zeigte sich, dass Studien zu unpassenden Themenfeldern bei den Suchverläufen mit englischsprachigen Termini systematisch exkludiert werden konnten. Diese unterschieden sich entsprechend unterschiedlicher Suchlogik zwischen den Datenbanken leicht.

⁸ (1) depression AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR virus OR "Corona virus" OR pandem* OR corona OR SARS-CoV-2) AND (empirical OR meta OR systematic review); (2) anxiety AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR virus OR "Corona virus" OR pandem* OR corona OR SARS-CoV-2) AND (empirical OR meta OR systematic review); (3) eating AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR virus OR "Corona virus" OR pandem* OR corona OR SARS-CoV-2) AND (empirical OR meta OR systematic review); (4) („lack of exercise“ OR „lack of movement“ OR „physical inactivity“ OR sports OR malnutrition OR malnourishment OR misnutrition OR obesity OR obese) AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR virus OR "Corona virus" OR pandem* OR corona OR SARS-CoV-2) AND (empirical OR meta OR systematic review); (5) Depression AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR Virus OR "Corona Virus" OR "Corona-Virus" OR pandem* OR Corona OR SARS-CoV-2) AND (systematisch* OR meta OR empir*); (6) Angststörung AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR Virus OR "Corona Virus" OR "Corona-Virus" OR pandem* OR Corona OR SARS-CoV-2) AND (systematisch* OR meta OR empir*); (7) Essstörung AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR Virus OR "Corona Virus" OR "Corona-Virus" OR pandem* OR Corona OR SARS-CoV-2) AND (systematisch* OR meta OR empir*); (8) (Bewegungsmangel OR Übergewicht OR Fehlernährung) AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR Virus OR "Corona Virus" OR "Corona-Virus" OR pandem* OR Corona OR SARS-CoV-2) AND (systematisch* OR meta OR empir*).

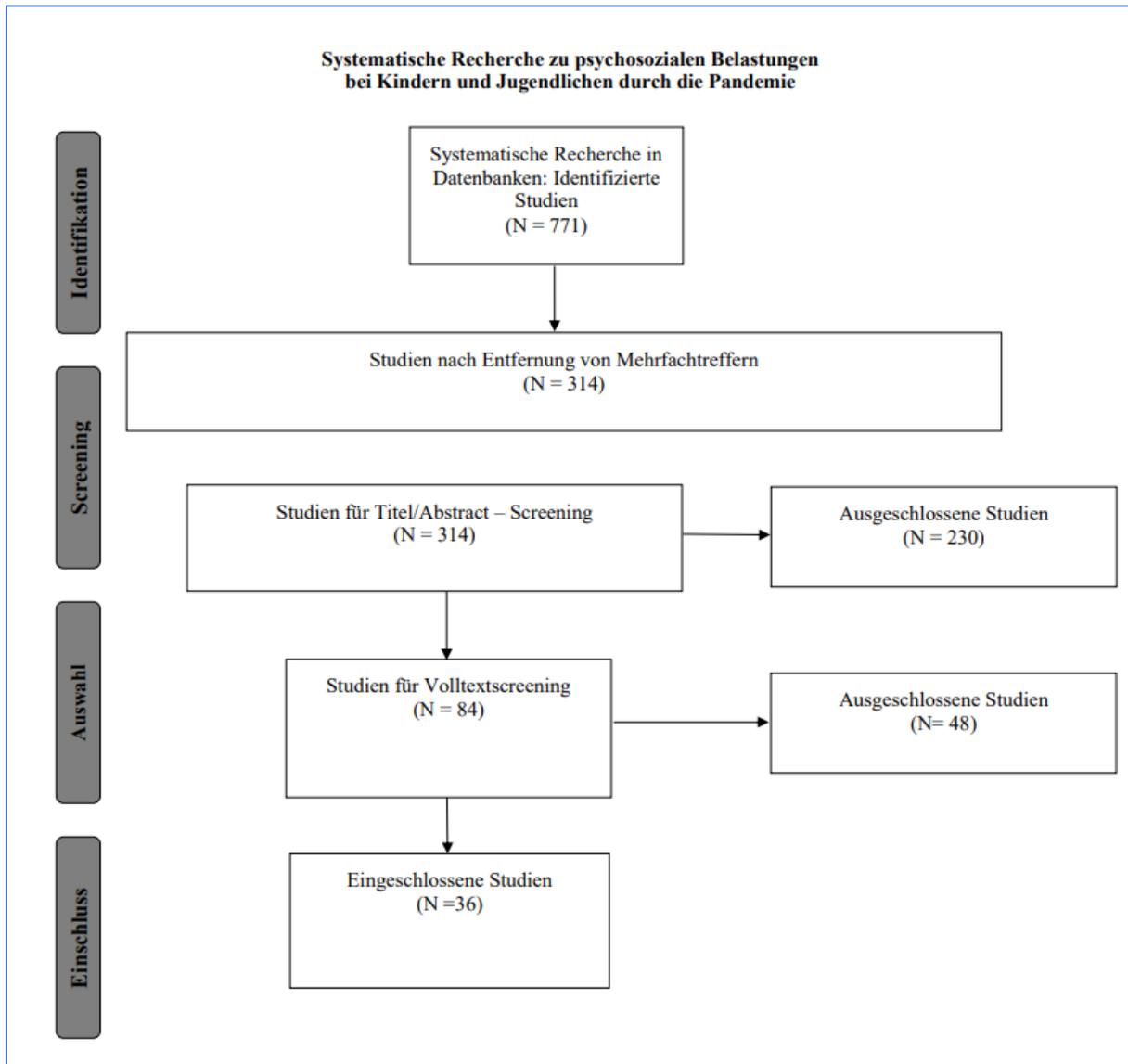


Abbildung 3: PRISMA-Chart zur systematischen Recherche zu psychosozialen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie

Folgende Booleschen NOT-Operatoren wurden bei den englischsprachigen Suchverläufen bei den einzelnen Datenbanken hinzugefügt: PubMed (+ NOT (pregnan* OR "substance use" OR alcohol)); Web of Science (NOT: (postpartum OR pregnan* OR "substance use" OR alcohol)); EBSCO (NOT: (pregnan* OR intervention* OR "substance use" OR alcohol)). Folgende Trefferzahlen (siehe auch PRISMA-Chart in Abbildung 3) ergaben sich für die deutsch (d)- und englischsprachigen (e) Suchtermini nach Datenbank: Pubmed (d: 4 Treffer; e: 260 Treffer); Web of Science (d: 5; e: 301); EBSCO (d: 4 ; e: 183); Ovid (d: keine Ergebnisse; e: 5); APA (d: keine Ergebnisse; e: 9). Somit ergaben sich insgesamt 771 Treffer. Im Anschluss wurden mehrfach aufgeführte Publikationen entfernt. Die finale Anzahl an Studien belief sich schließlich auf 314. Im Anschluss wurden Titel und Abstract der ermittelten Studien von zwei Mitarbeitenden unabhängig auf Passung bezüglich vorab festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien geprüft

("double-screening process"). Die Ausschlusskriterien (E) umfassten dabei die im Folgenden beschriebenen Merkmale. E1 (Publikationstyp): Andere Publikationstypen als empirische Studien, Meta-Analysen und systematische Literaturreviews; E2 (Suchzeitraum): Veröffentlichungen vor dem Jahr 2020; E3 (Demographie): Studien mit fokussierter demographischer Struktur ab 18 Jahren; E4 (Inhalt/Kontext): andere Erkrankungen bzw. Belastungen als Depression, Angststörung, Essstörungen und Fehlernährung/Übergewicht/Bewegungsmangel; sowie alle Erkrankungen ohne Bezug zur COVID-19 Pandemie; E5 (Population/Zielgruppe): Studien, die sich ausschließlich auf Erwachsene ab 18 Jahren beziehen; E6 (Unabhängige Variable): Kein Bezug zur COVID-19 Pandemie sowie damit einhergehenden Regularien; E7 (Design der Primärstudie/Stichprobe): Andere Stichprobe als 0-17 Jahre sowie $N < 50$; E8 (Vergleichsgruppe): Andere Vergleichsgruppen als Kinder- und Jugendliche ohne genannte psychosoziale Belastungen; E9 (Outcome): Andere Erkrankungen/psychosoziale Belastungen als Depression, Angststörung, Essstörung; Fehlernährung/Übergewicht/Bewegungsmangel; E10 (Sprache): Studien, die in anderen Sprachen verfasst wurden als in Deutsch oder Englisch. Nach Abschluss der Prüfung von Ein- und Ausschlusskriterien auf Basis von Titel und Abstract verblieben insgesamt 84 Studien. Diese wurden im Rahmen eines daran anschließenden Volltextscreenings auf oben genannte Ein- bzw. Ausschlusskriterien geprüft. Final verblieben 36 relevante Artikel, die in den systematischen Literaturüberblick aufgenommen wurden. Im Rahmen des Volltextscreenings wurden weiterhin Artikel im Bereich der grauen Literatur ausgeschlossen. Darüber hinaus war es bei einigen Studien nicht möglich, die Auswirkungen der Pandemie für die Altersgruppe von Kindern und Jugendlichen zu extrahieren, da übergreifende Altersklassen bis hin ins Erwachsenenalter analysiert wurden oder der Analysefokus auf der Gesamtbevölkerung lag. Diese Studien wurden ebenfalls ausgeschlossen. Weiterhin konnten Artikel, bei denen kein Zugriff auf den Volltext bestand, nicht für den Literaturreview berücksichtigt werden.

Psychosoziale Belastungen	Kinder und Jugendliche	Covid-19 Pandemie	Studientyp
Englisch: depression Deutsch: Depression	Englisch: child* adolesc* youth teenager* "young people" minor* offspring	Englisch: COVID-19 Covid-19 Virus "Corona virus" pandem* Corona SARS-CoV-2 Deutsch: COVID-19 Covid-19 Virus "Corona Virus" "Corona-Virus" pandem* Corona SARS-CoV-2	Englisch: empirical meta "systematic review" Deutsch: systematisch* meta empir*
Englisch: anxiety Deutsch: Angststörung	Deutsch: Kind* Jugendlich* Adolesz* Heranwachsend* Minderjaehr*		
Englisch: eating Deutsch: Essstörung			
Englisch: „lack of exercise“ „lack of movement“ „physical inactivity“ sports malnutrition malnourishment misnutrition obesity obese Deutsch: Bewegungsmangel Übergewicht Fehlernährung			

Tabelle 1: Suchtermini zur systematischen Recherche im Themenfeld "psychosozialen Belastungen"

3.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Von den final identifizierten 36 Studien zu psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die Corona-Pandemie sind 29 Artikel selbst systematische Literaturüberblicksartikel. Davon haben sechs Artikel zusätzlich noch eine Meta-Analyse durchgeführt. Darüber hinaus gibt es drei weitere Artikel, die allein eine Meta-Analyse als Studiendesign nutzen. Ein Artikel ist als „Umbrella Review“ einzuordnen und drei Artikel basieren auf eigenen empirischen Erhebungen. Der inhaltliche Fokus liegt über alle Studientypen in den inkludierten Studien hinweg auf Depressionen und Angststörungen bzw. deren Symptomatik. Einige Artikel befassen sich auch mit Adipositas, Übergewicht und Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen durch COVID-19. Unter den eingeschlossenen wissenschaftlichen Artikeln befindet sich keiner, der sich mit Essstörungen von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Corona-Pandemie befasst hat.

3.2.2.1 Studientyp: Systematische Literaturübersichten und Meta-Analysen

Tabelle 2 fasst alle inkludierten Artikel, die als systematische Literaturübersichtsartikel bzw. Meta-Analysen identifiziert wurden, für einen Überblick zusammen. Die Artikel beinhalten meist eine Synthese von Publikationen bzw. Daten zu Befunden aus einzelnen Ländern, die auf Grund der sprachlichen Ausschlusskriterien in der vorliegenden systematischen Recherche nicht berücksichtigt wurden. Der inhaltliche Fokus liegt meist auf der Analyse von Prävalenzdaten zu einzelnen Störungsbildern auf nationaler bzw. internationaler Ebene.

3.2.2.1.1 Depressionen und Angststörungen

Wie eben erwähnt, sind die dabei am häufigsten betrachteten Störungsbilder Depressionen und Angststörungen oder Symptome von Angst und Depressionen (Racine et al., 2021; Wang et al., 2022).

Ein Umbrella-Review von Hossain et al. (2022) fasst weltweite Prävalenzdaten von psychischen Belastungen wie z.B. Depression und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie zusammen. Auch weitere systematische Literaturüberblicke analysieren Prävalenzdaten zu Angststörungen und Depressionen weltweit bzw. ohne Einschränkung auf bestimmte geographische Regionen (De Oliveira et al., 2022; Djurdjevic et al., 2022; Panda et al., 2021; Racine et al., 2021). Kumar et al., (2022) und Nearchou et al. (2020) stellen bei Jugendlichen anhand der Sichtung internationaler Studien zum Ausbruch der Corona-Pandemie und damit verbundenen Maßnahmen hohe Raten von Angstsymptomen und depressiven Symptomen fest. Zu demselben Ergebnis kamen weitere systematische Literaturübersichten hinsichtlich der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (Gabriel et al., 2022; Naff et al., 2022; Russo et al., 2021; Theberath et al., 2022). Schließlich kommt die Meta-Analyse von Raccanello et al. (2022) auf Basis internationaler Studien zu dem Ergebnis, dass die gepoolte Prävalenz von psychischen Störungen und/oder Symptomen (darunter Depressionen und Angststörungen) bei Kindern und Jugendlichen, die vor Ausbruch der Pandemie nicht von psychischen Störungen betroffen waren, nach den ersten 18 Monaten der Pandemie bei 20% liegt.

Eine Studie von Wang et al. (2022) vergleicht Studien zu Prävalenzdaten von Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie und stellt einen deutlichen Anstieg beider Störungsbilder während der Pandemie fest. Bezüglich der Corona-Pandemie als traumatisches Ereignis an sich verzeichnen auch Kaubisch et al. (2022) in ihrem systematischen Review internationaler Literatur deskriptiv höhere Prävalenzdaten depressiver Symptome und von Angstsymptomen bei Kindern und Jugendlichen als bei Studien, die vor der Pandemie durchgeführt wurden. Diese Tendenzen spiegeln sich auch in weiteren Artikeln wieder, die internationale Studien mit pre-post-Designs im Rahmen der Corona-Pandemie (Kauhanen et al., 2022; Samji et al., 2022) systematisch erhoben haben.

Innerhalb eines systematischen Überblicks internationaler Literatur zur Beeinflussung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch das Tragen von Gesichtsmasken im öffentlichen Raum zur Prävention von Infektionskrankheiten berichten Freiberg et al. (2021) hinsichtlich der COVID-19-Pandemie über Ängste und Angststörungen von Kindern. Schließlich lassen sich auch in dem systematischen Review von Panchal et al. (2021) zusammenfassend weltweit hohe Raten von Angstsymptomen und depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen, die einem Corona-Lockdown ausgesetzt waren, feststellen. Dieses Ergebnis findet sich auch bei Viner et al. (2022) hinsichtlich des Auftretens pandemiebedingter Schulschließungen wieder.

Auf internationaler Ebene haben Loades et al. (2020) Studien zum Zusammenhang von sozialer Isolation und/oder Einsamkeit im Kontext der Corona-Pandemie und der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zusammengefasst. Durch die soziale Isolation und Einsamkeit stieg das Risiko von Depressionen und Angstsymptomatiken. Eine systematische Literaturübersicht auf internationaler Ebene verzeichnet generell einen Einfluss der Corona-Pandemie auf Symptome von Depressionen und Angst bei Kindern und Jugendlichen (Meherali et al., 2021).

Durch eine systematische Sichtung bestehender Studien auf europäischer Ebene analysieren Di Fazio et al. (2022) die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit der europäischen Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen unter Berücksichtigung von Risikofaktoren. Es konnte beobachtet werden, dass die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen am meisten durch die COVID-19-Pandemie beeinflusst wurde. Bei einem Großteil der in den Studien befragten Kindern und Jugendlichen konnten während pandemiebedingten Einschränkungen sowohl Angstsymptomatiken als auch depressive Symptome festgestellt werden. Bei Kindern deuten die Ergebnisse zusätzlich auch auf klinisch relevante Angststörungen hin.

Auf nationaler Ebene analysieren drei systematische Literaturüberblicke und Meta-Analysen Prävalenzdaten zu psychosozialen Belastungen wie Depressionen und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen in China (Chai et al., 2021; Chen et al., 2022; Ma et al., 2021). Auch Elharake et al. (2022) analysieren in ihrem systematischen Literaturüberblick die pandemiebedingten psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen in China unter Berücksichtigung von Risikofaktoren. Die Autor:innen kommen zu dem Ergebnis, dass Kinder und Jugendliche in China während der Pandemie häufiger davon berichten, sich depressiv oder ängstlich zu fühlen als vor der Pandemie. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch das systematische Review von Chawla et al. (2021), in dem überwiegend Studien aus China zu den psychologischen Auswirkungen der Corona-Pandemie analysiert wurden. In der Mehrheit der Studien konnten in einem großen Teil der Studienpopulation (10-30%) depressive Symptome und Angstsymptomatiken festgestellt werden. Für Spanien analysieren Amorós-Reche et al. (2022) in ihrem systematischen Literaturüberblick auf nationaler Ebene die unmittelbaren psychologischen Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche. Die Mehrheit der inkludierten Studien

stellt einen Anstieg von emotionalen Problemen, darunter Angstsymptome und depressive Symptomaten, während der Corona-Lockdowns fest.

3.2.2.1.2 Adipositas, Übergewicht und Bewegungsmangel

Innerhalb der systematischen Literaturrecherche ließ sich kein Artikel identifizieren, der sich mit Essstörungen von Kindern und Jugendlichen im Kontext der Corona-Pandemie befasst. In den meisten systematischen Literaturübersichten liegt der Fokus eher auf dem Essverhalten (Brakspear et al., 2022). Für die systematische Literaturrecherche in diesem Abschlussbericht wurden die Studien mit dem inhaltlichen Schwerpunkt auf das Essverhalten nicht berücksichtigt, da sie keine Rückschlüsse auf konkrete psychische Belastungen im Rahmen einer Essstörung zulassen. Allerdings ließen sich systematische Literaturübersichtsartikel und Meta-Analysen identifizieren, die sich mit dem Körpergewicht, Adipositas und Bewegungsmangel bei Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie beschäftigen (siehe Tabelle 2). Im Folgenden werden ihre inhaltlichen Ergebnisse zusammengefasst.

Brakspear et al. (2022) stellen in ihrem systematischen Überblick internationaler Literatur fest, dass der Body-Mass-Index (BMI) der Kinder und Jugendlichen während der Corona-Pandemie signifikant angestiegen ist. Dies wird auch anhand von pre-pandemischen Erhebungen verdeutlicht. Es konnte auch ein Zusammenhang zwischen der Gewichtszunahme der Kinder und Jugendlichen und einem Mangel an Bewegung festgestellt werden. Schließlich zeigen die Ergebnisse auch, dass Schlankheit und extreme Schlankheit in der Zielgruppe während der Pandemie abgenommen haben. Eine Abnahme der physischen Aktivität von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie konnten auch weitere systematische Literaturüberblicke feststellen (Chawla et al., 2021; Mayra et al., 2022; Viner et al., 2022). Mit speziellem Fokus auf die Corona-Lockdown-Maßnahmen konstatieren Chang et al. (2021) in ihrer systematischen Literaturrecherche und Meta-Analyse, dass der Lockdown signifikant mit einer Zunahme des Körpergewichts und des BMI bei Kindern und Jugendlichen zusammenhängt. Es wurden auch Effekte des Lockdowns auf das Verhältnis von übergewichtigen oder adipösen Kindern beobachtet. Demnach hatten mehr Kinder während des Lockdowns Adipositas und Übergewicht als vorher. Bei Kindern mit vorbestehender Adipositas-Erkrankung konnte kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Auch La Fauci et al. (2022) fanden in ihrer systematischen Literaturrecherche und Meta-Analyse Anhaltspunkte für eine signifikante Gewichtszunahme von Kindern und Jugendlichen während eines Corona-Lockdowns. Die Reduktion körperlicher Aktivität erwies sich dabei als eine Ursache davon. Schließlich beobachteten auch Karatzi et al. (2021) in ihrem systematischen Literaturübersichtsartikel einen negativen Einfluss der Corona-Maßnahmen auf das Körpergewicht von Kindern und Jugendlichen. Demnach hängen die pandemiebedingt veränderte Lebensführung und Nahrungsaufnahme mit einer Zunahme des Körpergewichts zusammen.

3.2.2.2 Studientyp: Empirische Studien

Es konnten auch drei Artikel innerhalb der systematischen Literaturrecherche identifiziert werden, die empirische Studien zu psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie mit einem Fokus auf die für uns relevanten Störungsbilder durchgeführt haben. Zwei der Studien befassen sich mit Depressionen und depressiven Symptomen bei Jugendlichen und eine Studie hat Symptome von Angst bei Kindern und Jugendlichen erfasst (siehe Tabelle 3). Alle Studien stellten Anstiege der Belastungen während der Pandemie fest.

Aleksandrov und Okhrimenko (2020) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen den Quarantänemaßnahmen während der Pandemie und einem Anstieg des Risikos von Depressionen bei Jugendlichen zwischen 15 und 17 Jahren in der Ukraine. Mansfield et al. (2022) stellten in ihrer Studie einen positiven Einfluss der Corona-Pandemie auf depressive Symptome bei Jugendlichen in den Schulklassen sieben bis neun im Vereinigten Königreich fest. Sowohl depressive Symptome als auch schwere depressive Symptome sind während der Pandemie im Vergleich zum Messzeitpunkt vor der Pandemie angestiegen. Die Anstiege von depressiven Symptomen waren höher als bei den Jugendlichen in der Kontrollgruppe, deren depressive Symptomatik zu zwei Messzeitpunkten vor der Pandemie erhoben wurde. Clemens et al. (2021) konnten in Deutschland nach Einschätzung der Eltern sowohl bei Kindern und Jugendlichen, die Gewalt zwischen ihren Eltern erleben und denen, die keine Gewalt zwischen ihren Eltern erleben, signifikante Anstiege von Ängstlichkeit während der Pandemie im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie feststellen.

3.3 Systematische Sichtung und Aufarbeitung bestehender internationaler Studien zu Folgekosten ausgewählter Störungsbilder

Im Folgenden soll ein systematischer Literaturüberblick zu den Folgekosten der fokussierten psychosozialen Belastungen (Angststörung, Essstörung, Depression, Fehlernährung/Übergewicht/Bewegungsmangel) gegeben werden. Zunächst wird das methodische Vorgehen beschrieben. Im Anschluss werden die inhaltlichen Ergebnisse dargestellt.

3.3.1 Methodisches Vorgehen

Um eine umfassende Übersicht zu bestehenden nationalen und internationalen Studien zu Folgekosten der beschriebenen psychosozialen Belastungen erstellen zu können, wurde eine weitere systematische Literaturrecherche durchgeführt. Das methodische Vorgehen entspricht der oben beschriebenen PRISMA-Methodik. Es wurden Suchbegriffe aus den Themenfeldern psychosoziale Belastung, Kinder und Jugendliche sowie Kosten kombiniert (siehe Tabelle 4) und mittels Booleschen Operatoren zu

insgesamt 8 Suchtermini⁹ verknüpft. Folgende Datenbanken wurden für die systematische Recherche verwendet: APA Psych Net, EBSCO, Ovid, PubMed, Web of Science. Neben den oben genannten Datenbanken wurde auch graue Literatur über die Suchmaschine "google" gesucht. Die Notwendigkeit dieser Erweiterung wurde einerseits aus der geringen Trefferanzahl (mit final 87 Quellen) der systematischen Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken und andererseits aus der Datenrecherche für den Zwischenbericht deutlich. Insbesondere deutschsprachige Kostenanalysen zu verschiedenen relevanten Störungsbildern, die beispielsweise durch Krankenkassen publiziert wurden (wie beispielsweise der Kinder- und Jugendreport 2019 zur Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland mit dem Schwerpunkt Ängste und Depressionen), konnten über die Recherche in den wissenschaftlichen Datenbanken nicht gefunden werden. Pro Suchlauf zur grauen Literatur über "google" wurden (wenn verfügbar) maximal 10 Trefferseiten gespeichert und gescreent. Folgende Ausschlusskriterien wurden zur Studienauswahl herangezogen: E1 (Publikationstyp) und E7 (Design): andere Publikationsform/ anderes Design als Kostenanalyse; E2 (Suchzeitraum): keine Einschränkungen; E3 (Demographie): Psychosoziale Belastung begann nicht in Kindheit oder Jugend (0-17 Jahre); E4 (Inhalt/Kontext): Folgekostenstudien zu anderen psychosozialen Belastungen bzw. psychischen Erkrankungen; E5 (Population/Zielgruppe): siehe E3; E6 (unabhängige Variable): andere psychosoziale Belastung/ psychische Erkrankung als Essstörung, Angststörung, Depression, Adipositas/Übergewicht; E9 (Outcome): keine Operationalisierung von Folgekosten; E10 (Sprache): andere Sprachen als Englisch oder Deutsch. Bei Vorliegen von Vergleichsgruppen im Studiendesign, wurden nur die Studien eingeschlossen, bei denen die Vergleichsgruppe Personen ohne Belastungen umfasste. Ausgeschlossen wurden analog Studien mit anderen Vergleichsgruppen (E8). Schließlich konnten aus der systematischen Literatursuche in wissenschaftlichen Datenbanken von ursprünglich 87 Treffern (ohne Mehrfachtreffer) 2 Artikel und in der Suche nach grauer Literatur 17 Artikel als relevant identifiziert werden.

⁹ (1) (depression AND disorder) AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND cost*; (2) "anxiety disorder" AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND cost*; (3) "eating disorder" AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND cost*; (4) obesity AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND cost*; (5) Depression AND (Kind* OR Jugendlichen* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND Kosten; (6) Angststörung AND (Kind* OR Jugendlichen* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND Kosten; (7) Essstörung AND (Kind* OR Jugendlichen* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND Kosten; (8) (Adipositas OR Übergewicht) AND (Kind* OR Jugendlichen* OR Adolez* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND Kosten.

Psychosoziale Belastungen	Kinder und Jugendliche	Kosten
<p>Englisch: depression AND disorder</p> <p>Deutsch: Depression</p>	<p>Englisch: child* adolesc* youth teenager* "young people" minor* offspring</p> <p>Deutsch: Kind* Jugendlich* Adolesz* Heranwachsend* Minderjaehr*</p>	<p>Englisch: cost</p> <p>Deutsch: Kosten</p>
<p>Englisch: anxiety disorder</p> <p>Deutsch: Angststörung</p>		
<p>Englisch: eating disorder</p> <p>Deutsch: Essstörung</p>		
<p>Englisch: obesity</p> <p>Deutsch: Adipositas Übergewicht</p>		

Tabelle 4: Suchtermini zur systematischen Recherche zu Kostenstudien zu psychosozialen Belastungen

3.3.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Zusammenfassend konnten durch die Kombination zweier systematischer Literaturrecherchen in wissenschaftlichen Datenbanken und in Google Studien und Berichte ausgemacht werden, die sich mit den Folgekosten der fokussierten psychosozialen Belastungen im Kindes- und Jugendalter beschäftigen. Tabelle 5 ermöglicht einen Überblick über die als relevant identifizierte Literatur.

Der inhaltliche Fokus ist relativ ausgeglichen. Meistens handelt es sich um Kostenanalysen, die auf nationaler Ebene durchgeführt wurden. Auch die Stichproben sind relativ heterogen. In den meisten Fällen bezogen sich die Daten direkt auf Kinder und Jugendliche. In mehreren Studien wurden jedoch Studienteilnehmer sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter eingeschlossen. In einigen dieser Studien werden die analysierten Folgekosten der fokussierten psychosozialen Belastung nicht explizit für die verschiedenen Altersgruppen dargestellt (Beswick et al., 2020; Bodden et al., 2008; Bodden et al., 2022; Crane et al., 2013; Dams et al., 2019). Daher lassen sich aus diesen Studien nicht direkt die Folgekosten einer psychosozialen Belastung mit Beginn im Kindes- und Jugendalter subsumieren, sondern werden im Folgenden jeweils für die gesamte Studienpopulation dargestellt. Auch wurden in den identifizierten Studien nicht immer die durch die psychosoziale Belastung zusätz-

lichen entstehenden Krankheitskosten mit den Kosten einer Kontrollgruppe oder einer statistisch vergleichbaren Population ohne entsprechende Diagnose verglichen (Exzess-Kosten). Deshalb ist es nicht immer möglich, die analysierten Kosten in diesen Studien als Mehr- bzw. Folgekosten der psychosozialen Belastung zu interpretieren. Für die Kostenanalysen wurden in den als relevant identifizierten Studien unterschiedliche Methoden, Ansätze und nationale Stichproben verwendet. Die Kosten beziehen sich über die Studien hinweg auf unterschiedliche Bezugsgrößen sowie Bezugsjahre und es werden unterschiedliche Messgrößen berichtet. Auf Basis dessen sowie aufgrund von bestehenden Unterschieden in den nationalen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystemen sowie auf dem Arbeitsmarkt (Zugänge, Versorgungsangebote, Versicherungen, Leistungen, Ausgaben, etc.) und in den kulturellen Kontexten (gesellschaftlicher Umgang mit psychischen Erkrankungen, Verbreitung von Stigmatisierung, förderliche und hinderliche Faktoren zur Inanspruchnahme von Hilfen, etc.), in denen die hier präsentierten Analysen erhoben wurden, ist es nicht möglich, die Studien und darin enthaltenen Krankheitsfolgekosten miteinander zu vergleichen. Aus diesem Grund ist auch eine Übertragung der Ergebnisse aus anderen Ländern auf Deutschland und auf den jetzigen Zeitpunkt nicht gewährleistet, da alle in den Studien genutzten Variablen dementsprechend mit den deutschen aktuellen Gegebenheiten verglichen und verrechnet werden müssten (z.B. Inflationsraten). Darüber hinaus sind diese Details nicht vollumfänglich den publizierten Studien zu entnehmen. Auch Ergebnisse von Studien, die sich auf EU-Mitgliedsstaaten beziehen (z.B. Bodden et al., 2008; 2022) sind nicht direkt mit den Folgekosten der jeweiligen psychischen Erkrankung in Deutschland in Bezug zu setzen. Denn auch in Europa gibt es beträchtliche Unterschiede in den jeweiligen Gesundheitssystemen, etc., selbst im Vergleich mit den direkten Nachbarländern (Müller, 2020).

Zusammenfassend zeigen die in der vorliegenden systematischen Literaturrecherche identifizierten Studien jedoch eindrücklich, welche massiven Kosten durch Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter sowohl für die Betroffenen und ihre Familien als auch für die Gesellschaft entstehen können.

Einige der Studien ohne Kontrollgruppe stützen sich bei ihrer Kostenanalyse auf die direkten Kosten der psychosozialen Belastung, die z.B. allein durch die Behandlung und benötigte Medikamente entstehen (Beswick et al., 2020; Crane et al., 2013; Dams et al., 2019; Tully, L., Sorensen, J., O'Malley, G., 2021). So berechneten beispielsweise Dams et al. (2019) die direkten 6-Monats-Kosten der Primärdiagnose einer sozialen Angststörung von Jugendlichen im Alter von 14 bis 20 Jahren in Deutschland aus der Kostenträgerperspektive, die sich in der Studie auf 809€ belaufen. Crane et al. (2013) berechneten die Kosten verschiedener Therapieangebote zur Behandlung von Depressionen in den USA. Es ließen sich Kosten zwischen 248.65 U.S. Dollar und 631.69 U.S. Dollar ausmachen. Für West-Australien führten Beswick et al. (2020) eine Analyse zu den direkten Kosten für die stationäre Versorgung von Übergewicht durch und stellen Kosten in Höhe von 338.7 Millionen Australischen Dollar in den Jahren 2015

bis 2016 für das Gesundheitssystem fest (entspricht einem Vergleichswert von ca. 229.207.552 EUR mit einem durchschnittlichen jährlichen Wechselkurs von 1 EUR = 1.4777 AUD im Jahr 2015; für das Jahr 2016 ca. 227.575.085 EUR bei einem durchschnittlichen Wechselkurs von 1 EUR = 1.4883 AUD; Deutsche Bundesbank, 2023).

Allerdings konnten innerhalb der systematischen Literaturrecherche durchaus auch Studien identifiziert werden, die Interpretationen zu Folgekosten von Krankheitsbildern bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Kosten bei einer Stichprobe ohne entsprechende Diagnose zulassen (Greiner et al., 2019; Johnson et al., 2006; Tkacz & Brady, 2021; Ward et al., 2021). König et al. (2020) kommen anhand ihrer systematischen Recherche internationaler Literatur und Meta-Analyse zu den Exzess-Kosten von Depressionen zu dem Ergebnis, dass Depressionen bei Jugendlichen mit höheren direkten Kosten (Behandlung, Versorgung, Medikation, etc.) verbunden sind als bei Gleichaltrigen ohne depressive Störung. Für die in Deutschland bei der gesetzlichen Krankenkasse DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren, die im Jahr 2017 an einer Depression litten, berechneten Greiner et al. (2019) Exzess-Kosten von 2.530€ für Jungen und 3.018€ für Mädchen. Für Angststörungen schlussfolgern sie in derselben Altersgruppe Exzess-Kosten in Höhe von 2.287€ für Jungen respektive 2.519€ für Mädchen. Bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen in den USA stellen Johnson et al. (2006) jährliche Exzess-Kosten in Millionen-Höhe fest.

Einige der Studien analysieren die Folgekosten psychosozialer Belastungen im Kindes- und Jugendalter aus gesellschaftlicher Perspektive und beziehen dementsprechend auch die indirekt anfallenden Kosten durch die Belastung ein, wie z.B. Arbeitsausfälle der Eltern durch Abwesenheit, Verlust von Freizeit, Unterbrechungen in der schulischen Bildung, und durch Care-Arbeit (Bodden et al., 2008; Bodden et al., 2022; Deloitte Access Economics, 2020; Hamilton et al., 2017; Pella et al., 2020; Perry et al., 2017; Sonntag et al., 2016; Streatfeild et al., 2021; Tannous et al., 2021). Bodden et al. (2008) konstatieren, dass die Kosten einer Familie mit einem an einer Angststörung erkrankten Kind in den Niederlanden 21 Mal so hoch sind wie im Vergleich zu den Kosten einer Familie, in denen eine solche Belastung nicht existiert. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass Angststörungen in Kindheit und Jugend die niederländische Bevölkerung mehr als 20 Millionen Euro pro Jahr kosten. In einer weiteren Studie aus dem Jahr 2022 untersuchten Bodden et al. die gesellschaftlichen Folgekosten von depressiven Symptomen bei Jugendlichen in den Niederlanden (Bodden et al., 2022). Zwar wurde hier keine Vergleichsgruppe herangezogen, allerdings schlussfolgern die Autor:innen, dass depressive Symptome bei Jugendlichen die niederländische Gesellschaft mehr als 42 Millionen Euro im Jahr kosten. Beat (2015) analysierten die individuellen und gesellschaftlichen Kosten im Vereinigten Königreich, die durch eine Essstörung entstehen. Obwohl in dieser Befragung lediglich Erwachsene erhoben wurden, gaben 62% von ihnen an, dass erste Symptome der Erkrankung bereits vor dem 16. Lebensjahr auftraten und 24% berichteten, dass sich erste Symptome im Alter von 16 bis 19 Jahren bemerkbar machten. Die Autor:innen kommen

zu dem Ergebnis, dass eine Essstörung sowohl für die Betroffenen als auch ihre Fürsorgenden mit erheblichen jährlichen Kosten hinsichtlich direkter finanzieller Belastungen aber auch durch Bildungs- und Arbeitsausfälle einhergehen. Tannous et al. (2022) berichten in ihrer Kostenschätzung von Essstörungen in Südaustralien ab einem Alter von 15 Jahren von rund 84 Milliarden Australischen Dollar jährlich (Vergleichswert ca. 53.174.653.415 EUR bei einem durchschnittlichen jährlichen Wechselkurs im Jahr 2018 von 1 EUR = 1.5797 AUD; Deutsche Bundesbank, 2023). Hamilton et al. (2017) schlussfolgern aus ihrer systematischen Recherche internationaler Literatur zu den Kosten von Adipositas im Kindes- und Jugendalter, dass bei Jungen durchschnittlich mit Kosten in Höhe von 149.206€ auf die gesamte Lebensdauer zu rechnen ist und bei Mädchen mit bis zu 148.196€. Innerhalb der systematischen Literaturrecherche von Hamilton et al. (2017) wurden zwei Studien identifiziert, die sich auf Kostendaten aus Deutschland beziehen. Eine der beiden Studien ist ebenfalls auch in der vorliegenden systematischen Literaturrecherche eingeschlossen (Sonntag et al., 2016) und zweite bezieht sich auf eine Vorarbeit derselben Autor:innen aus dem Jahr 2015. Während letztere nur die direkten Kosten von Übergewicht und Adipositas analysierten und auf Kosten von 4.680€ für Jungs und 7.718€ für Mädchen in Deutschland kommen, berichtet die Studie aus 2016 von indirekten Exzess-Kosten (z.B. durch verlorene Arbeitstage) auf Lebensdauer durch Übergewicht und Adipositas in der Kindheit in Höhe von 4.209€ für Jungs und 2.445€ für Mädchen, ebenso wie von insgesamt Folgekosten von 145€ Milliarden für die Bevölkerungsanzahl in Deutschland zur Zeit der Datenerhebung (Sonntag et al., 2016).

4. Kindeswohlgefährdung

Im Grundgesetz regelt Artikel 6 Abs. 2 Satz 1 GG das Abwehrrecht der Eltern gegenüber staatlichen Eingriffen in Fragen von Kinderpflege und -erziehung. und das privilegierte Elternrecht in der Erziehung und Fürsorge für die Kinder. Diese Rechtsposition findet ihre Grenze an der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung. Deshalb betont das Grundgesetz in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG das „staatliche Wächteramt“ („Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.“). Im Bürgerlichen Gesetzbuch BGB ist Kindeswohlgefährdung unter § 1666 Abs. 1 BGB beschrieben: „Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.“ Die Elemente des Kindeswohlgefährdungs-Begriff sind in der Anwendung ausfüllungsbedürftig und können sozialwissenschaftlich nicht als operationalisiert beschrieben werden. Die Anwendung des Begriffs Kindeswohlgefährdung deckt sich in weiten Teilen mit Definitionen zum Begriff Kindesmisshandlung, welcher üblicherweise Formen der Vernachlässigung, sexuellen Missbrauchs, körperliche und psychische Misshandlung umfasst, in der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Literatur gängiger und international anschlussfähiger ist (Leeb et al., 2008; World Health Organization, 2022, Oktober). Die Problematik uneinheitlicher Begriffe und variabler Definitionen im disziplinären und interdisziplinären Kontext von Gewalt an Kindern und Kinderschutz wird an

verschiedenen Orten ausführlich diskutiert (Jud & Voll, 2019; Wapler, 2015); für Deutschland wird eine Konsensus-Prozess hin zu vergleichbaren Definitionen über Versorgungsbereiche und Disziplinen angeregt (Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen., 2021).

Zwar fehlen für Deutschland umfangreiche Bevölkerungsstudien zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung, die Betroffenheit direkt bei Jugendlichen erfragen, verschiedene national-repräsentative Bevölkerungsstudien mit vorwiegend retrospektiv zu Erfahrungen in der Kindheit befragten Erwachsenen weisen jedoch auf das riesige Ausmaß an Misshandlungserlebnissen in der deutschen Bevölkerung hin (Jud et al., 2016): In einer Studie mit Zahlen von 2016 geben 13,9% der Befragten an, niemals sexuelle Missbrauchserfahrungen erlebt zu haben (Witt et al., 2018) für emotionale und körperliche Vernachlässigung berichten gar knapp über 40% der Befragten die entsprechende Erfahrungen. Werden als „milder“ eingestufte Handlungen wie bspw. einmalige Berührungen der sekundären Geschlechtsmerkmale über den Kleidern ausgeschlossen und nur mittlere bis schwere Formen der Misshandlung berücksichtigt, bleiben die Prävalenzen weiterhin hoch und liegen in der entsprechenden Studie (Witt et al., 2018) bei 7,6% für sexuellen Missbrauch und 22,6% für körperliche Vernachlässigung. Die Diskrepanz dieser Zahlen aus dem „Dunkelfeld“ zu bekannt gewordenen Fällen von Kindesmisshandlung ist augenfällig. So wurden bspw. bundesweit im präpandemischen Jahr 2019 16.038 Verdachtsfälle von Vernachlässigung, 9.081 Verdachtsfälle von körperlicher Misshandlung, 9.183 Verdachtsfälle von psychischer Misshandlung und 1.836 Verdachtsfälle von sexuellem Missbrauch durch die Jugendämter bestätigt. Das entspricht rund 0.01% der rechtlich minderjährigen Bevölkerung für sexuellen Missbrauch resp. 0.06% der rechtlich minderjährigen Bevölkerung für Vernachlässigung. Eine vergleichbare Diskrepanz ergibt sich für Anzeigen zu sexuellem Missbrauch von Kindern nach § 176 StGB, ausgewiesen in der polizeilichen Kriminalstatistik und grafisch dargestellt in Abbildung 4.

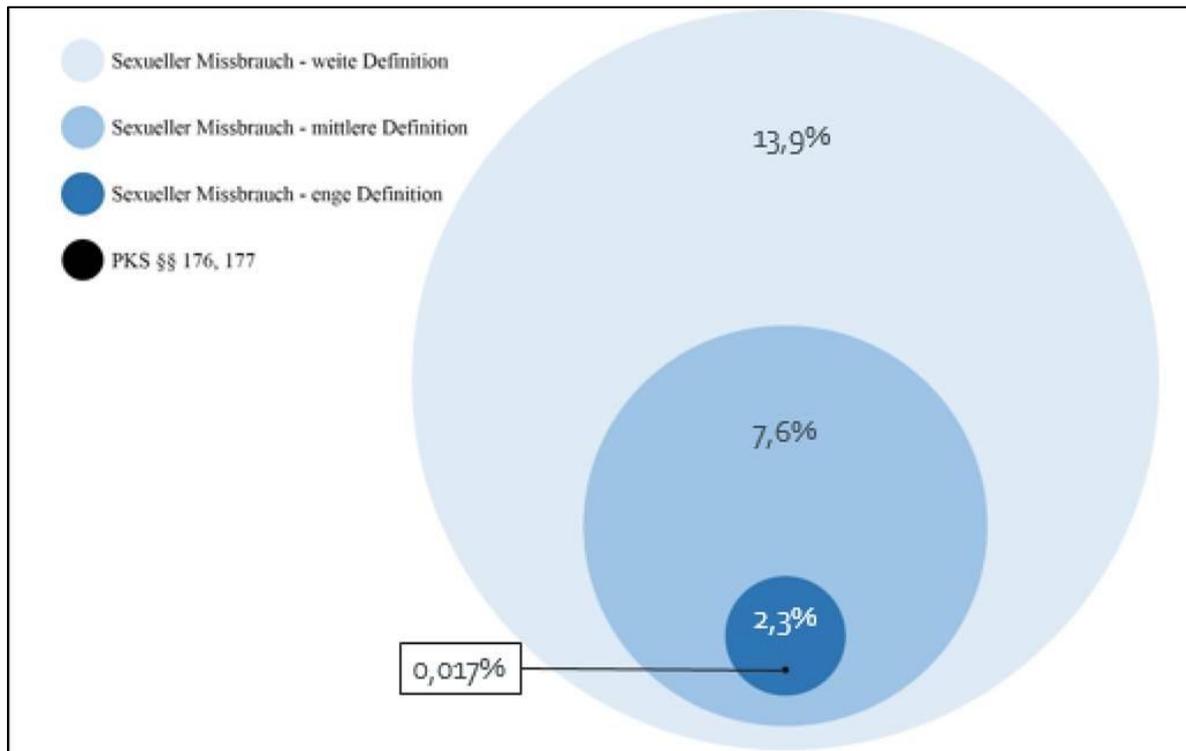


Abbildung: 4: Relation zwischen Dunkelfeld und bekannt gewordenen Fällen von strafrechtlich angezeigten Fällen von sexuellem Missbrauch nach § 176 StGB

Anmerkung: Die Prävalenzen sind Witt et al., 2018 entnommen.

Zum Schutz vor weiterer Gefährdung und als Hilfen bei der Bewältigung der Misshandlungserfahrungen ist ein breites Spektrum an Leistungen vorgesehen. Bei Verdacht auf eine Kindeswohlgefährdung findet im Rahmen des Schutzauftrags nach § 8a SGB VIII durch das Jugendamt in einem ersten Schritt eine Abklärung statt. Wird eine Kindeswohlgefährdung bestätigt, kann die Familie durch ein umfangreiches Instrumentarium an Hilfen und Maßnahmen unterstützt werden (dazu detailliert, z.B. BVKE e.V. Deutscher Caritasverband e.V., 2021; Kindler et al., 2006; Nonninger & Meysen, 2012; 2015; 2019), was entsprechend mit unterschiedlichen Folgekosten verknüpft ist. Detaillierte Überlegungen zur Verknüpfung der Leistungen bei Kindeswohlgefährdung resp. dem Fehlen entsprechender Daten folgen im weiteren Text.

Abbildung 5 zeigt Daten zur Summe akuter und latenter Kindeswohlgefährdung der Jahre 2014 bis 2021 auf Basis der Kinder- und Jugendhilfestatistik des Statistischen Bundesamtes. Seit dem Jahr 2018 ist ein steiler Anstieg an Verfahren zu verzeichnen mit einer Trendwende im Jahr 2020 und einem Rückgang an Verfahren im zweiten Pandemiejahr 2021.

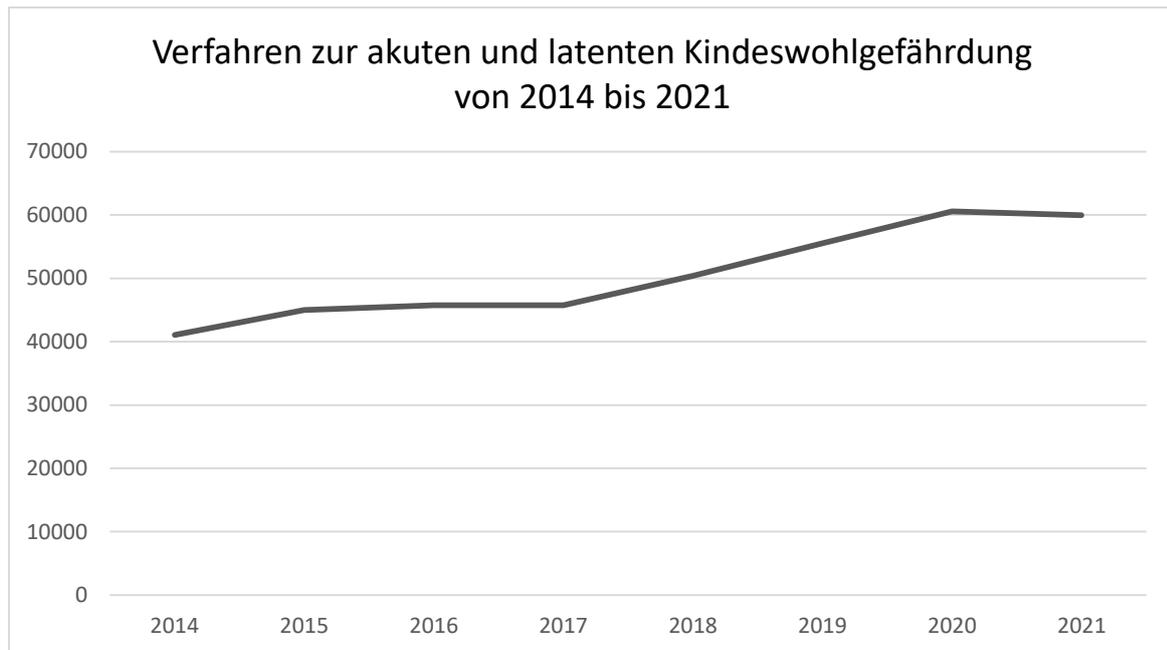


Abbildung 5: Anzahl der Verfahren zu Kindeswohlgefährdung nach Jahren (Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2015-2022; Statistisches Bundesamt)

4.1 Systematische Literaturübersicht zu Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie

Im Folgenden soll ein systematischer Überblick über Studien zu Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie gegeben werden.

4.1.1 Methodisches Vorgehen

Auch hier entspricht das methodische Vorgehen der oben genannten PRISMA-Methodik (Abbildung 6). Es wurden deutsch- und englischsprachige Suchbegriffe aus den Themenbereichen Kindeswohlgefährdung, Kinder und Jugendliche, Covid-19 Pandemie (siehe Tabelle 6) mittels Boolescher Operatoren zu zwei Suchtermini¹⁰ verknüpft.

¹⁰ (1) (maltreat* OR abuse OR abusive OR violence) AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring); (2) (Misshandlung OR Missbrauch OR Gewalt) AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolesz* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND (COVID-19 OR Covid-19 OR Virus OR "Corona Virus" OR Corona-Virus" OR pandem* OR Corona OR SARS-CoV-2) AND (systematisch* OR meta OR empir*).

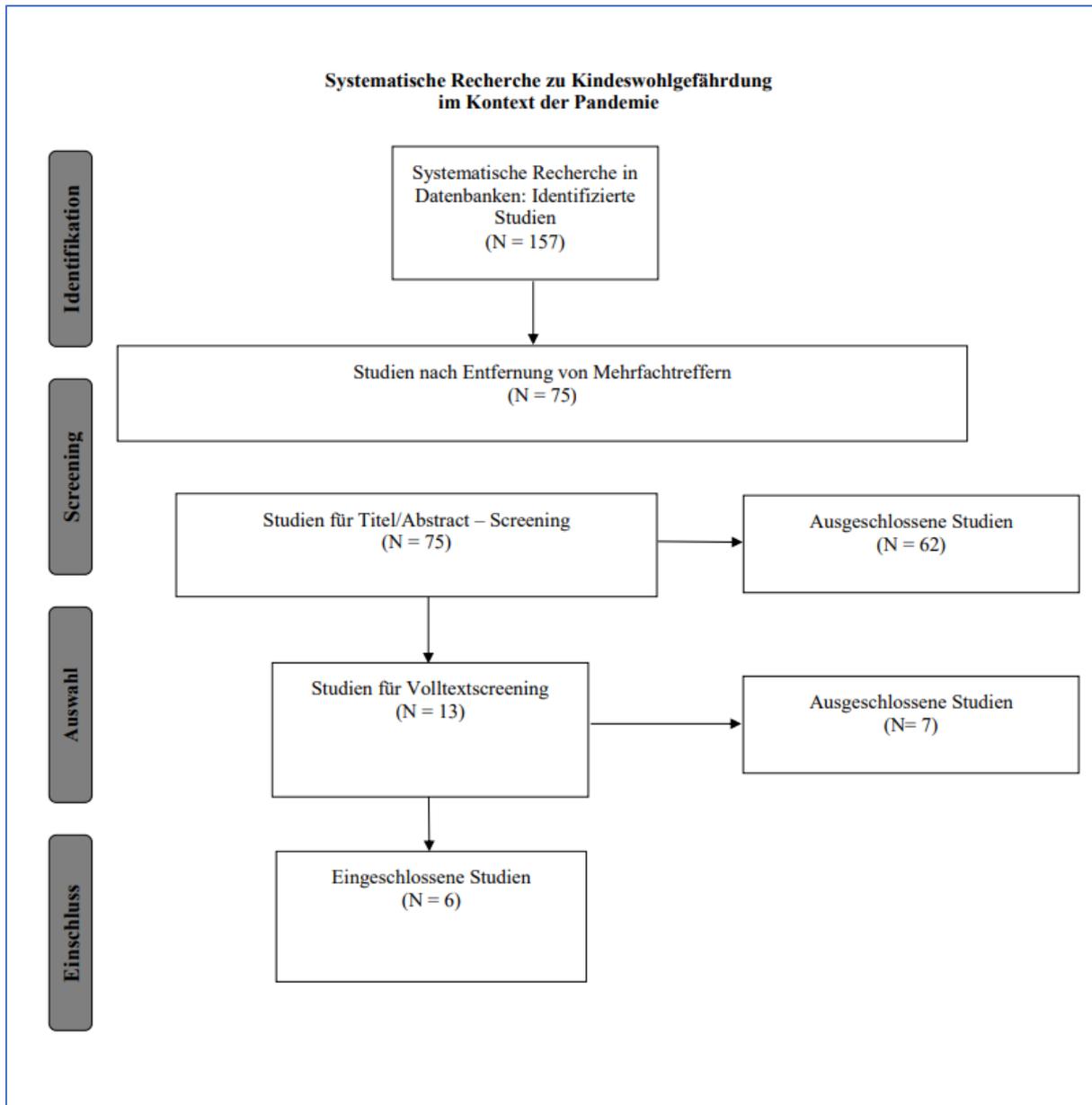


Abbildung 6: PRISMA-Chart zur systematischen Literaturrecherche zu Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie

Weiterhin wurde die Suche auf empirische Studien, systematische Literaturübersichten und Meta-Analysen begrenzt. Die Literatursuche erfolgte im Zeitraum von November bis Dezember 2022 in den folgenden wissenschaftlichen Datenbanken: APA Psych Net, EBSCO, Ovid, PubMed, Web of Science. Die Suche ergab insgesamt 157 Treffer; nach Beseitigung von Mehrfachtreffern verblieben für den ersten Screening-Durchlauf 75 Artikel. Diese wurden auf Basis von Titel und Abstract anhand folgender Ausschlusskriterien gesichtet: E1 (Publikationstyp): Andere Publikationstypen als empirische Studien, Meta-Analysen und systematische Literaturrückblicke; E2 (Suchzeitraum): Veröffentlichungen vor dem Jahr 2020; E3 (Demographie): Studien mit fokussierter demographischer Struktur ab 18 Jahren; E4 (Inhalt/Kontext): andere Inhalte als Misshandlung und Missbrauch; sowie Misshandlung und Missbrauch ohne Bezug zur COVID-19 Pandemie; E5 (Population/Zielgruppe): Studien, die sich ausschließlich auf

Erwachsene ab 18 Jahren beziehen; E6 (Unabhängige Variable): Kein Bezug zur COVID-19 Pandemie sowie damit einhergehenden Regularien; E7 (Design der Primärstudie/Stichprobe): Andere Stichprobe als 0-17 Jahre sowie N<50; E8 (Vergleichsgruppe): Andere Vergleichsgruppen als Kinder- und Jugendliche, die keine Misshandlung/Missbrauch erlebt haben; E9 (Outcome): Andere Belastungen als Misshandlung/Missbrauch; E10 (Sprache): Studien, die in anderen Sprachen verfasst sind als in Deutsch oder Englisch. Auf Basis der ersten Sichtung wurden 13 Studien als relevant kategorisiert. Diese wurden anschließend auf Basis eines Volltext-Screenings gesichtet. Dabei wurden weitere 7 Studien ausgeschlossen. Somit wurden final 6 relevante Studien in die folgende systematische Literaturübersicht zur Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie eingeschlossen.

Kindeswohlgefährdung	Kinder und Jugendliche	Covid-19 Pandemie	Studientyp
<p>Englisch: maltreat* abuse abusive violence</p> <p>Deutsch: Misshandlung Missbrauch Gewalt</p>	<p>Englisch: child* adolesc* youth teenager* "young people" minor* offspring</p> <p>Deutsch: Kind* Jugendlich* Adolesz* Heranwachsend* Minderjaehr*</p>	<p>Englisch: COVID-19 Covid-19 Virus "Corona virus" pandem* Corona SARS-CoV-2</p> <p>Deutsch: COVID-19 Covid-19 Virus "Corona Virus" "Corona-Virus" pandem* Corona SARS-CoV-2</p>	<p>Englisch: empirical meta "systematic review"</p> <p>Deutsch: systematisch* meta empir*</p>

Tabelle 6: Suchtermini zur systematischen Recherche im Themenfeld "Kindeswohlgefährdung"

4.1.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Innerhalb der als relevant identifizierten wissenschaftlichen Publikationen zu Kindesmisshandlungen und Kindeswohlgefährdungen im Kontext der Corona-Pandemie befassen sich vier systematische Literaturüberblicke mit der Thematik und zwei Artikel basieren auf eigenen empirischen Erhebungen.

4.1.2.1 Studientyp: Systematische Literaturübersichten

Anhand der Sichtung der vier eingeschlossenen systematischen Reviews (siehe Tabelle 7) wird deutlich, dass die Datenlage hinsichtlich der Fragestellung unklar ist und eine konkrete Aussage zu Veränderungen des Auftretens von Kindesmisshandlungen während der Corona-Pandemie erschwert.

Kourti et al. (2021) und Marmor et al. (2021) kommen zu dem Ergebnis, dass Studien, die auf offiziellen Daten zu Kindesmisshandlungen, wie z.B. polizeilichen Aufzeichnungen oder Meldungen des Sozialwesens basieren, einen generellen Rückgang der Meldungen zu Kindesmisshandlungen verzeichnen. Viner et al. (2022) kommt zu einem ähnlichen Ergebnis und konstatiert, dass Meldungen von Kindesmisshandlung auch im medizinischen und schulischen Setting während pandemiebedingter Schulschließungen gesunken sind. Expert:innenschätzungen gehen allerdings von einem Anstieg der Fälle aus. So schlussfolgert Marmor et al. (2021) anhand von Studien, die sich auf andere Daten beziehen (z.B. Anrufe bei Hilfe-Telefonen), dass diese auf einen Anstieg von Kindesmisshandlungen während der Corona-Pandemie hindeuten. Die unklare Datenlage lässt sich auch anhand des von Rapp et al. (2021) veröffentlichten systematischen Literaturüberblick mit Studien unterschiedlicher Datenquellen verdeutlichen. In fünf Artikeln konnten Anstiege von Kindesmisshandlungen festgestellt werden, in sechs Artikeln eine Abnahme und ein Artikel fand keine signifikanten Unterschiede im Pre- und Post-Vergleich. Hier zeigte sich, dass die Daten, die im medizinischen Setting erhoben wurden, Anstiege in den Inzidenzen von Kindesmisshandlung vermerkten, wohingegen die Studien basierend auf polizeilichen Aufzeichnungen oder Reporten der Kinderschutzbehörden allesamt einen Rückgang der Inzidenzen während der Corona-Pandemie feststellten.

4.1.2.2 Studientyp: Empirische Studien

Beide empirischen Studien, die sich mit Kindesmisshandlungen im Kontext der Corona-Pandemie beschäftigen (siehe Tabelle 8), stellen erhöhte Vorkommnisse von Kindesmisshandlungen während der Corona-Pandemie fest.

Calvano et al. (2022) konnten in ihrer repräsentativen Umfrage in Deutschland prozentuale Anstiege des Vorkommens von verbaler emotionaler Misshandlung, non-verbaler emotionaler Misshandlung, emotionaler Vernachlässigung, physischer Misshandlung und einer Vernachlässigung der Aufsichtspflicht beobachten. Musser et al. (2021) kamen anhand von Daten dokumentierter Fälle von Kindesmisshandlung in Florida zu dem Ergebnis, dass in Florida zwar die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die zur Pflege untergebracht wurden, während der Corona-Pandemie insgesamt gesunken ist. Allerdings sind die Fälle von Pflegeunterbringung aufgrund von Kindesmisshandlung während der Corona-Pandemie prozentual gestiegen.

4.2 Systematische Sichtung und Aufarbeitung bestehender internationaler Studien zu Folgekosten von Kindeswohlgefährdung

Eine weitere systematische Literaturrecherche wurde durchgeführt, um eine umfassende Übersicht zu bestehenden Publikationen zu den Folgekosten von Kindeswohlgefährdung erstellen zu können.

4.2.1 Methodisches Vorgehen

Das methodische Vorgehen entspricht auch hier der in vorherigen Kapiteln beschriebenen PRISMA-Methodik. Es wurden Suchbegriffe aus den Themenfeldern Kindeswohlgefährdung, Kinder und Jugendliche sowie Kosten kombiniert (siehe Tabelle 9) und mittels Boolescher Operatoren zu 2 Suchtermini¹¹ verknüpft. Die systematische Literatursuche wurde in den Datenbanken APA Psych Net, EBSCO, Ovid, PubMed, Web of Science durchgeführt.

Kindeswohlgefährdung	Kinder und Jugendliche	Kosten
<p>Englisch: maltreat* abuse violence</p> <p>Deutsch: Misshandlung Missbrauch Gewalt</p>	<p>Englisch: child* adolesc* youth teenager* "young people" minor* offspring</p> <p>Deutsch: Kind* Jugendlich* Adolesz* Heranwachsend* Minderjaehr*</p>	<p>Englisch: cost*</p> <p>Deutsch: Kosten</p>

Tabelle 9: Suchtermini zur systematischen Recherche zu Kostenstudien zu Kindesmisshandlung

Die systematische Suche wurde durch eine Recherche von grauer Literatur über die Suchmaschine "google" ergänzt. Pro Suchlauf wurden (wenn verfügbar) maximal 10 Ergebnisseiten berücksichtigt. Für die Studienausswahl wurden sowohl für die Recherche in den wissenschaftlichen Literaturdatenbanken wie auch für die graue Literatur folgende Ausschlusskriterien herangezogen: E1 (Publikationstyp) und E7 (Design): Andere Publikationsform/Anderes Design als Kostenanalyse; E2 (Suchzeitraum): keine Einschränkung; E3 (Demografie) und E5 (Population/Zielgruppe): Misshandlung/Missbrauch/Gewalt hat nicht in Kindheit oder Jugend (0-17 Jahre) begonnen/stattgefunden; E4 (Inhalt/Kontext): Folgekosten zu anderen psychischen Belastungen als Misshandlung/Missbrauch/Gewalt; E6 (Unabhängige Variable): andere psychische Belastungen als Misshandlung/Missbrauch/Gewalt; Lagen bei den

¹¹ (1) (maltreat* OR abuse OR violence) AND (child* OR adolesc* OR youth OR teenager* OR "young people" OR minor* OR offspring) AND cost*; (2) (Misshandlung OR Missbrauch OR Gewalt) AND (Kind* OR Jugendlich* OR Adolesz* OR Heranwachsend* OR Minderjaehr*) AND Kosten

Studien Vergleichsgruppen vor, so wurden nur diejenigen Studien eingeschlossen, die als Vergleichsgruppe Personen ohne Belastungen einbezogen haben (E8). E9 (Outcome): Keine Operationalisierung von Folgekosten; E10 (Sprache): andere Sprachen als Englisch oder Deutsch. Die Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken führte zu 87 Treffern (ohne Mehrfachtreffer) von denen 1 Studie als relevant eingeschlossen wurde. Aus der Recherche zur Grauen Literatur wurden 18 Studien in die Literaturübersicht eingeschlossen.

4.2.2 Zusammenfassung der Ergebnisse

Ein Überblick über Tabelle 10 zeigt, dass nur eine Kostenstudie zu Kindeswohlgefährdung im Rahmen der Suche in wissenschaftlichen Datenbanken gefunden wurde. Alle anderen Studien wurden durch die Recherche von Grauer Literatur über die Suchmaschine "google" identifiziert. Ein Großteil der Studien bezieht sich dabei auf länderspezifische Analysen wie z.B. Australien, Kanada oder Japan (Bowlus et al., 2003; Mo et al., 2020; Taylor et al., 2008).

Einige Studien mit dem Fokus auf die Folgekosten von Kindesmisshandlung haben eine Kostenanalyse durchgeführt, die die Kosten von Kindesmisshandlung aus sozialer, gesellschaftlicher (Peterson et al., 2018) oder wirtschaftlicher Perspektive (Conti et al., 2021) betrachten. Bei diesen Studien werden anfallende Kosten auf Lebenszeit betrachtet, z.B. solche, die durch Arbeitslosigkeit aufgrund von Misshandlung und/oder Missbrauch in Kindheit und Jugend entstehen. Andere Studien beziehen sich hingegen auf die Betrachtung von Gesundheitskosten (z.B. Mo et al., 2020).

Da sich die Kostenstudien hinsichtlich des betrachteten Zeitraums, der fokussierten Kosten (z.B. direkte Kosten, indirekte Kosten und Opportunitätskosten) und den länderspezifischen Gegebenheiten (z.B. Hilfesysteme) stark unterscheiden, sind explizite Kostenvergleiche und eine Übertragung auf den deutschen Kontext (siehe dazu ausführlich auch Kap. 3.3.2) auf Basis eines systematischen Literaturrückblicks kaum umsetzbar. Um vergleichende Analysen durchführen zu können, wäre aus methodischer Sicht eine Meta-Analyse erforderlich. Dennoch gibt eine Studie von Perezniето et al. (2014), welche eine Annäherung der globalen Kosten von Kindesmisshandlung abbildet und diese auf rund 7 Billionen U.S. Dollar (Vergleichswert in EUR mit dem Bezugsjahr 2013 ca. 5.270.687.448.234 EUR bei einem durchschnittlichen jährlichen Wechselkurs von 1 EUR = 1.3281 USD; Deutsche Bundesbank, 2023) beziffert, einen Eindruck von der Größenordnung der entstehenden Kosten. Hinsichtlich der Höhe der Kosten auf nationaler Ebene können zwei Studien zu Daten aus den USA sowie England und Wales zu sexuellem Missbrauch herangezogen werden. Letourneau et al. (2018) schätzen die ökonomischen Folgekosten von sexuellem Kindesmissbrauch in den USA. Die Autor:innen inkludieren die Gesundheitskosten, Arbeitsausfälle, Kosten der Jugendhilfe, Kosten durch Gewaltdelikte und Kriminalität, Kosten einer speziellen Bildung und entstehende Kosten durch Suizide in ihrer Analyse. Sie schätzen die

wirtschaftliche Belastung von sexuellem Kindesmissbrauch auf die gesamte Lebensdauer auf 9.3 Milliarden U.S. Dollar (Vergleichswert in EUR mit Bezugsjahr 2015 ca. 8.382.154.123 EUR bei einem durchschnittlichen jährlichen Wechselkurs von 1 EUR = 1.1095 USD; Deutsche Bundesbank, 2023) und die Lebenszeitkosten für weibliche Betroffene auf 1.128.334 USD (Vergleichswert in EUR mit Bezugsjahr 2015 und obigem Wechselkurs ca. 1.016.975 EUR; Deutsche Bundesbank, 2023) und für männliche Betroffene auf 1.482.933 USD (Vergleichswert 2015 ca. 1.336.577 EUR; Deutsche Bundesbank, 2023). Radakin et al. (2021) kommen in England und Wales zu einem ähnlichen Ergebnis. Die Kosten sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen über die gesamte Lebenszeit belaufen sich in ihrer Analyse auf 10.1 Milliarden Pfund (Vergleichswert in EUR mit Bezugsjahr 2018 ca. rund 11.416.170.270 EUR bei einem jährlichen durchschnittlichen Wechselkurs von 1 EUR = 0.88471 GBP; Vergleichswert mit Bezugsjahr 2019 ca. 11.506.431.069 EUR bei einem jährlichen durchschnittlichen Wechselkurs von 1 EUR = 0.87777 GBP; Deutsche Bundesbank, 2023).

5. Schätzung von Gesundheitskosten und gesellschaftlichen Kosten zu ausgewählten psychischen Krankheitsbildern und Kindesmisshandlung

Zur Schätzung von Gesundheitskosten und gesellschaftlichen Kosten zu ausgewählten psychischen Krankheitsbildern und Kindesmisshandlung durch die COVID-19 Pandemie wurden im Rahmen dieser Expertise drei unterschiedliche Ansätze dargestellt. Die Ansätze unterscheiden sich im Hinblick auf die Datengrundlage, Erfassung der Erkrankten (Inzidenz- vs. Prävalenzansatz), den Kostenbegriff sowie die Analysemethode. Die Ansätze liefern damit unterschiedliche Erkenntnisse zur Quantifizierung der (gesellschaftlichen) Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie. Die unterschiedlichen Ansätze wurden gewählt, um angesichts der ausgeprägten Limitationen in der Datenverfügbarkeit durch die Triangulation verschiedener Datenquellen und damit verbundener Analysemöglichkeiten, einen möglichst umfassenden Erkenntnisgewinn zu erzielen. Jeder Ansatz weist unterschiedliche Limitationen auf, die explizit genannt werden. Zudem wird für jede Teilanalyse eine kritische Einordnung der Ergebnisse gegeben. In der nachfolgenden Tabelle 11 wird ein Überblick über die zentralen Charakteristika und Unterscheidungsdimensionen der einzelnen Ansätze gegeben. Aufgrund der Übersichtlichkeit der Ausführungen wird die weiterführende detaillierte Kostenschätzung basierend auf einem Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten (retrospektiven Kohortenstudie, GWQ-Daten) im Anhang dargestellt (siehe Anhang A.2).

Teilstudie	Krankheitsbilder	Zeitspanne	Altersgruppe	Erfassung Erkrankte (Indizenz/Prävalenz)	Datenbasis Erkrankte	Kostenbegriff	Datenbasis Kosten	Analysemethode	Interpretation / Aussage Ergebnisse
5.1 Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten	(1) Angststörungen (2) Depressionen (3) Essstörungen	2019-2021	0-17	Inzidenzen	DAK Kinder- und Jugendreport	Depression und Angststörung: Krankheitsbedingte direkte zusätzliche Versorgungskosten 2017 der 5-17 Jährigen (Exzess-Kosten) Essstörung: direkte als auch indirekte Krankheitskosten (Erwachsene)	DAK Kinder- und Jugendreport Eisenmann et al., 2017 (Daten der Deutschen Rentenversicherung und deutscher Krankenkassen)	Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten und den damit assoziierten Kosten für die Jahre 2019-2021	Approximative GKV-Kostenschätzung der drei Krankheitsbilder für die Altersgruppe der 10 bis 17-Jährigen basierend auf Inzidenzentwicklung 2019 (prä COVID), 2020-2021 (COVID). Zur Quantifizierung des Anteils der Veränderung in den Inzidenzen, der kausal auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen ist, liegen keine belastbaren Daten vor. Entsprechend wurden verschiedene Szenarien aufgezeigt.
5.2 Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten (retrospektiven Kohortenstudie, GWQ-Daten)	(1) Angststörungen (2) Depressionen (3) Essstörungen (4) Kindesmisshandlungen	2010-2023	0-17 bis 0-21 (variierende Altersgruppen je nach Referenzjahr)	Prävalenzen	GWQ ServicePlus AG	Krankheitsbedingte direkte Versorgungskosten der 0-17 (-21) Jährigen. Die Kostenschätzung erfolgte pro Jahr auf Ebene der einzelnen Krankheitsbilder. Die Kosten zu den jeweiligen Krankheitsbildern wurden zunächst für die einzelnen Leistungsbereiche (ambulante und stationäre Leistungen, Direktabrechnenden) ermittelt und anschließend im Sinne eines Gesamtkostenansatzes aggregiert.	GWQ ServicePlus AG	Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten und den damit assoziierten Kosten für die Jahre 2010-2023. Hierzu wurde basierend auf den prä-pandemischen Jahren 2010-2019 mithilfe einer Trendfortschreibung die erwartete Prävalenz der Jahre 2020-2023 ohne Pandemie-Effekt ermittelt. Anhand von Differenzberechnungen der erwarteten Prävalenz ohne Pandemie-Effekt und der beobachteten Prävalenz bzw. der möglichen weiteren Entwicklung der Prävalenz wurden pandemiebedingte Veränderungen der Prävalenzen analysiert.	Approximative GKV-Kostenschätzung der vier Krankheitsbilder für die Altersgruppe der 0 bis 21-Jährigen basierend auf Prävalenzentwicklung 2010-19 (prä COVID), 2020-2023 (COVID). Es werden pandemiebedingte krankheitsbildspezifische GKV-Zusatzkosten, welche auf die COVID-19 bedingten Veränderungen in den Prävalenzraten zurückzuführen sind, ermittelt (Szenarienanalysen).
5.3 Approximation von gesellschaftlichen Kosten im Erwachsenenalter	(1) Angststörungen (2) Depressionen (3) Essstörungen	Grobe jährliche Approximation	Erwachsene	Inzidenzen	DAK Kinder- und Jugendreport	(1) Krankheitsbedingte direkte Versorgungskosten 18+ (2) Produktionsausfallkosten je AU-Tag; Ausfall an Bruttowertschöpfung je AU-Tag (3) Kosten pro Arbeitslosenfall/Jahr	(1) GWQ ServicePlus AG (2) BAuA (2022) (3) IAQ (2022)	Grobe multiplikative Approximation	Basierend auf Inzidenzen und Transitionsraten werden durch multiplikative Verknüpfungen grobe Kostenapproximationen bei fortbestehender Erkrankung im Erwachsenenalter erstellt

Tabelle 11: Übersicht Ansätze zur Kosteneinschätzung

5.1 Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten (DAK-Daten)

5.1.1 Zielsetzung und Studiendesign

Ziel dieser zur Erstellung des Zwischenberichtes entstandenen vorläufigen Teilanalyse war es mit der vorhandenen Datenbasis eine **vorläufigen Kostenschätzung** von ausgewählten **Kosten im Gesundheitsbereich**, die als Folgekosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie in Deutschland anfallen, abzubilden. Die Analysen fokussierten sich auf einen **Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten** dreier psychiatrischer Krankheitsbilder und den damit assoziierten **Kosten** für die Jahre 2019-2021.

5.1.2 Datengrundlage

Für die Analysen wurden öffentlich zugängliche Daten aus unterschiedlichen Quellen trianguliert. Die für einen Prä-Post Vergleich erforderliche Daten zu Inzidenzen und Kosten über die Jahre 2019-2021 waren lediglich für die Störungsbilder (1) Essstörungen, (2) Depressionen und (3) Angststörungen verfügbar. Folglich beschränken sich die nachfolgenden Analysen auf diese drei ausgewählten Störungsbilder.

Die **Inzidenzwerte** (Zahl der Neuerkrankungen) basieren auf Daten des Kinder- und Jugendreports der DAK-Gesundheit (Witte et al., 2022). Die DAK-Gesundheit zählt bundesweit 5,7 Millionen Versicherte (Greiner et al., 2019). Für den Kinder- und Jugendreport 2019 und 2022 wurden jeweils bundesweite anonymisierte Abrechnungsdaten aller bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren berücksichtigt (Greiner et al. 2019; Witte et al., 2022). Basierend auf diesen Vollerhebungen belief sich die Stichprobengröße pro Jahr auf jeweils knapp 800.00 Kinder und Jugendliche (Greiner et al., 2019; Witte et al., 2022). Für das Jahr 2021 entsprach dies beispielsweise einer Stichprobe von 5,7 Prozent aller in Deutschland lebenden Kinder im Alter von 0 bis 17 Jahren (Witte et al., 2022). Zudem zeigte ein Abgleich der Altersverteilung aller DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren mit der Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Mikrozensus in beiden Analysen eine annähernde Repräsentativität der DAK-Versicherten zu allen in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen (Greiner et al., 2019; Witte et al., 2022). Die Inzidenzwerte sind in Tabelle 12 dargestellt.

Aufgrund von Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit mussten für die **Kostenschätzung** zu den drei Störungsbildern unterschiedliche Kostendefinitionen (Exzess-Kosten sowie direkte und indirekte Krankheitskosten) und daraus resultierende Operationalisierungen verwendet werden. Für die Störungsbilder **Depression und Angststörung** werden **krankheitsbedingte direkte Versorgungskosten**

(Exzess-Kosten) aus dem DAK Kinder- und Jugendreport 2019¹² herangezogen (Greiner et al., 2019). Die Daten basieren auf DAK-Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2017 und wurde für die Altersgruppe 5 bis 17 Jahre ausgewiesen. Exzess-Kosten sind als die durch das Auftreten einer bestimmten Erkrankung zusätzlich entstehenden Krankheitskosten definiert. Zur Berechnung der Exzess-Kosten wurden die Versorgungsausgaben erkrankter Kinder mit den Ausgaben für statistisch vergleichbare Kinder (statistische Zwillinge) ohne entsprechende Diagnose verglichen (Greiner et al., 2019). Zu berücksichtigen ist, dass Kinder, für die auf Grund anderer sehr schwerer Erkrankungen Gesamtausgaben von mehr als einer Million Euro anfielen, nicht in die Berechnung miteinbezogen wurden (Greiner et al., 2019). Die Daten aus 2017 wurden auf der Grundlage des offiziellen Verbraucherpreisindex (VPI) für Deutschland für die Analysejahre 2019-2021 inflationsangepasst (siehe Tabelle 12).

Die Schätzung der **Krankheitskosten von Essstörungen**¹³ basiert auf den Daten aus dem Bericht zur "Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primärprävention von Essstörungen" (Eisenmann et al., 2017), der sich auf Berechnungen von Krauth et al. (2002) bezieht. Die Kosten basieren auf Daten der Deutschen Rentenversicherung und deutscher Krankenkassen und umfassen sowohl **direkte als auch indirekte Krankheitskosten**. Bei den direkten Kosten wurden Kosten für stationäre Behandlung und Rehabilitation bzw. Rekonvaleszenz berücksichtigt. Kosten für Medikamente und ambulante Behandlungen sind nicht enthalten. Bei den indirekten Kosten wurden Produktivitätsverluste sowie Kosten durch vorzeitigen Tod und Arbeitsunfähigkeit miterfasst (Eisenmann et al., 2017). Die für Anorexie und Bulimie erfolgten Schätzungen für das Jahr 2013 wurden für das Störungsbild Essstörung gemittelt und für die Analysejahre 2019-2021 mittels Verbraucherpreisindex (VPI) für Deutschland inflationsangepasst. Die Kostendaten pro Fall pro Jahr sind in Tabelle 12 abgebildet. Abgestimmt auf die im DAK Kinder- und Jugendreport 2019 (Greiner et al., 2019) zu Verfügung stehenden Inzidenzen bildet die den Analysen zu Grunde liegende **Grundgesamtheit** die Zahlen zur Bevölkerung an Kindern und Jugendlichen für die Altersgruppe 10-17 für die Jahre 2019-2021 ab (siehe Tabelle 12). Daten zur Grundgesamtheit in den relevanten Jahren wurden den entsprechenden Quellen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) entnommen¹⁴.

¹² Aktuellere Zahlen liegen nicht vor, da nicht in jedem DAK Kinder- und Jugendreport die ausgewählten Störungsbilder untersucht werden.

¹³ Exzess-Kostendaten zu dem Störungsbild Essstörungen sind in dem DAK Kinder- und Jugendreport (2019) nicht verfügbar. Die Daten aus dem Bericht zur "Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen zur Primärprävention von Essstörungen" beziehen sich nicht ausschließlich auf die Gruppe Kinder- und Jugendliche. Dies ist als Limitation bei der Interpretation der Daten zu beachten.

¹⁴ Daten verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=12411#abreadcrumb>.

Jahr	Inzidenz pro Tausend (10-17 Jahre)	Delta Inzidenz pro Tausend im Vergleich zu 2019	Grundgesamtheit (10-17 Jahre)	Anzahl der Neuerkrankungen Gesamt	Kosten pro Fall pro Jahr
Essstörungen					Indirekte und direkte Kosten ¹⁾
2019	3,2		5.989.556	19.167	4.083,18 €
2020	3,7	+ 0,5	5.991.238	22.168	4.102,57 €
2021	4,3	+ 1,1	5.999.785	25.799	4.230,53 €
Angststörungen					Exzess-Kosten ²⁾
2019	29,15		5.989.556	174.596	2.480,74 €
2020	30,75	+ 1,6	5.991.238	184.231	2.492,52 €
2021	30,4	+ 1,25	5.999.785	182.393	2.570,27 €
Depressionen					Exzess-Kosten ²⁾
2019	23,3		5.989.556	139.557	2.863,75 €
2020	24	+ 0,7	5.991.238	143.790	2.877,35 €
2021	25,2	+ 1,9	5.999.785	151.195	2.967,09 €

¹⁾ Krankheitsdurchschnittskosten nach Eisenmann et al., 2017

²⁾ Exzess-Kosten (durchschnittlich; gewichtet), DAK Kinder- und Jugendreport 2019 (Altersgruppe 5-17 Jahre)

Tabelle 12: Inzidenzen, Grundgesamtheit und Kosten je Störungsbild

5.1.3 Analysen

Die Analysen fokussieren sich auf einen Prä-Post COVID-19 Vergleich der Inzidenzraten und den damit assoziierten Kosten für die Jahre 2019-2021. Anhand von Differenzberechnungen der Jahre 2020/2021 zum prä-pandemischen Jahr 2019 werden **pandemiebedingte Veränderungen in den Inzidenzen**, d.h. Anzahl der Neuerkrankungen, der drei Störungsbilder analysiert. Die Veränderungen über die Jahre werden dabei über das Gesamtjahr hinweg analysiert und erfolgen auf Ebene der einzelnen Störungsbilder. Aufgrund von Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit erfolgt keine Differenzierung zwischen Schweregraden. Durch Multiplikation der ermittelten Inzidenz-Differenzen mit der jeweiligen Grundgesamtheit lässt sich die Anzahl der im Vergleich zum Referenzjahr 2019 zusätzlichen Neuerkrankungen bestimmen. Um zu quantifizieren, welcher Anteil der ermittelten Veränderung in den Inzidenzen kausal auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen ist, liegen derzeit keine belastbaren Daten vor. Auch Inzidenzdaten aus weiter zurückliegenden Jahren (z.B. 2015-2018) sind zur Trendanalyse nicht verfügbar. Folglich werden im Rahmen umfassender Sensitivitätsanalysen unterschiedliche Szenarien modelliert. Demnach wird in verschiedenen Szenarien angenommen, dass die Veränderungen in den zusätzlichen Neuerkrankungen (Inzidenzen) zu 25, 50, 75, 90 oder 100 Prozent durch die COVID-19 Pandemie verursacht wurden (siehe Tabelle 13, S1-S5). Die **Schätzung der auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführenden Folgekosten** erfolgt durch die Multiplikation der im Rahmen der unterschiedlichen Szenarien ermittelten Neuerkrankungen im Vergleich zum Referenzjahr 2019 mit den

durchschnittlichen Kosten pro Fall pro Jahr¹⁵. Damit lassen sich für die unterschiedlichen Szenarien die Folgekosten pandemiebedingter Neuerkrankungen für die Jahre 2020/2021 modellieren. Die Kosten umfassen zunächst lediglich Krankheitskosten für die Pandemiejahre 2020/2021. Eine Modellierung der Lebenszeitkosten wird für den Schlussbericht angestrebt (vorbehaltlich Datenverfügbarkeit und Datenqualität).

Die Berechnungen entfolgten entsprechend folgender Formel 1:

$$COVID\ Folgekosten_{i,t}(s) = \frac{Inzidenz_{i,t} - Inzidenz_{i,2019}}{1000} * Grundgesamtheit_t * s * Kosten_{i,t}$$

mit Indikation $i \in \{Essstörungen, Angststörungen, Depressionen\}$ und

Jahr $t \in \{2020, 2021\}$

und Definitionsbereich für die Szenarien s von $D = [0\%, 100\%]$.

Formel 1: Berechnung Folgekosten 2020 und 2021

5.1.4 Ergebnisse

In Tabelle 13 sowie Abbildungen 7-9 wird die approximative **Kostenschätzung im Gesundheitsbereich** für die Störungsbilder **(1) Essstörungen, (2) Angststörungen und (3) Depressionen** für die Altersgruppe der 10 bis 17-Jährigen entsprechend der unterschiedlichen Szenarien zum Anteil des durch die COVID-19 Pandemie zu erklärenden Inzidenzanstiegs dargestellt. Bei dem konservativsten Szenario (S1), dass lediglich 25 Prozent der im Vergleich zu 2019 zusätzlichen Neuerkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind, belaufen sich die Kostenschätzungen im Gesundheitsbereich für das Störungsbild Essstörungen auf 3.072.434 Euro im Jahr 2020 und 6.980.124 Euro im Jahr 2021. Bei der Annahme, dass 90 Prozent der im Vergleich zu 2019 zusätzlichen Neuerkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind, belaufen sich die Kostenschätzungen auf 11.060.763 Euro im Jahr 2020 und 25.128.448 Euro im Jahr 2021 (siehe Tabelle 13). Die über alle Störungsbilder aggregierten pandemiebedingten Gesamtkosten durch Neuerkrankungen für die Jahre 2020 und 2021 variieren je nach Szenario zwischen 32.317.663 Euro (Szenario 1: 25 Prozent Pandemieeffekt) und 129.270.653 Euro (Szenario 5: 100 Prozent Pandemieeffekt).

¹⁵ Abweichend zu den Inzidenzdaten (10-17 Jahre) liegen die Kostendaten für die Störungsbilder Angststörungen und Depressionen für die Altersgruppe 5-17 Jahre vor. Folglich werden in der Bewertung der mit den zunehmenden Inzidenzen assoziierten Kosten, auch Kosten für die Altersgruppe 5-9 miteingeschlossen. Im Rahmen der Approximation der Kosten, wird eine mögliche Verzerrung jedoch als vernachlässigbar und nicht vermeidbar eingestuft.

5.1.5 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

Im Hinblick auf die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse sind folgende Punkte einschränkend zu erwähnen: Die **Inzidenzwerte** sind möglicherweise unterschätzt. Die Inzidenz beschreibt Mengen von Zugängen (Inzidenzfälle) in einen Bestand von Kranken/Betroffenen (Prävalenz). In den im Rahmen der Analysen genutzten Daten handelt es sich um Inzidenzen aus dem GKV-System, demnach werden in den ausgewiesenen Inzidenzen lediglich ambulant oder stationär erfasste Diagnosen abgebildet. Angesichts der Überlastungen des Gesundheitswesens während der Pandemie sowie aufgrund der Lockdown Restriktionen, ist jedoch davon auszugehen, dass die Anzahl tatsächlicher Neuerkrankungen und des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs noch gar nicht bekannt ist. Internationale und nationale Daten weisen auf stärkere pandemie-assoziierte Anstiege z.B. von Depressionen im Kindes- und Jugendalter hin (Ludwig-Walz et al., 2022). Da die Gesamtzahl der Behandlungsplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungsplätze limitiert ist und somit nur ein Teil Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem hat, ist eine Diskrepanz zwischen den vorliegenden Helfelddaten und der tatsächlichen Inzidenz der Erkrankungen zu erwarten. Das Problem der „verschleppten Diagnosen“ wird in Fachkreisen diskutiert. Ärztliche Fachgesellschaften und Verbände fürchten, dass unbehandelte Beschwerden und verschleppte Diagnosen bald zu drastischen Problemen führen können. Insgesamt könnten die pandemie-assoziierten Gesundheitskosten in diesen Analysen aufgrund einer Unterschätzung der tatsächlichen Inzidenz daher als zu gering angenommen werden.

Zur Quantifizierung des **Anteils der Veränderung in den Inzidenzen, der kausal auf die COVID-19 Pandemie** zurückzuführen ist, liegen keine belastbaren Daten vor. Entsprechend wurden verschiedene Szenarien aufgezeigt. Ausschlaggebend ist jedoch, dass unabhängig von dem relativen Anteil der durch die COVID-19 Pandemie tatsächlich verursachten Neuerkrankungen alle Patient:innen versorgt werden müssen. Unabhängig davon, welcher Anteil im Anstieg der Inzidenzen mit der COVID-19 Pandemie verknüpft ist, weist die eindeutige Zunahme der Inzidenzen auf eine deutliche Erhöhung des Behandlungsbedarfes hin.

Die dargestellten **Kosten umfassen lediglich Krankheitskosten für die Pandemiejahre 2020 und 2021 und sind limitiert auf die jährlichen Behandlungskosten. Die Daten berücksichtigen keine mittel- und langfristigen Auswirkungen, keine Auswirkungen im SGB VIII Bereich wie Hilfen zur Teilhabe, Hilfen zur Erziehung bzw. Beeinträchtigungen der genannten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter** (z.B. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit erwerbstätiger Personen aufgrund der betrachteten Störungsbilder). Zahlreiche Studien zeigen eine steigende Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen (z.B. IGES Institut GmbH, o. J.).

	Anteil Delta Inzidenzen durch COVID-19					Kosten durch pandemiebedingte Neuerkrankungen				
	Referenzjahr 2019					Referenzjahr 2019				
	Szenarioanalysen					Szenarioanalysen				
	S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %	S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Essstörungen										
2020	749	1.498	2.247	2.696	2.996	3.072.434 €	6.144.868 €	9.217.302 €	11.060.763 €	12.289.737 €
2021	1.650	3.300	4.950	5.940	6.600	6.980.124 €	13.960.249 €	20.940.373 €	25.128.448 €	27.920.497 €
Angststörungen										
2020	2.396	4.793	7.189	8.627	9.586	5.973.312 €	11.946.624 €	17.919.937 €	21.503.924 €	23.893.249 €
2021	1.875	3.750	5.625	6.750	7.500	4.819.084 €	9.638.167 €	14.457.251 €	17.348.701 €	19.276.334 €
Depressionen										
2020	1.048	2.097	3.145	3.774	4.194	3.016.806 €	6.033.611 €	9.050.417 €	10.860.500 €	12.067.222 €
2021	2.850	5.700	8.550	10.260	11.400	8.455.903 €	16.911.807 €	25.367.710 €	30.441.253 €	33.823.614 €
Gesundheitskosten (aggregiert über alle Störungsbilder; 2020-2021)						32.317.663 €	64.635.327 €	96.952.990 €	116.343.588 €	129.270.653 €

Tabelle 13: Kostenschätzungen für die Altersgruppe 10 bis 17-Jährige

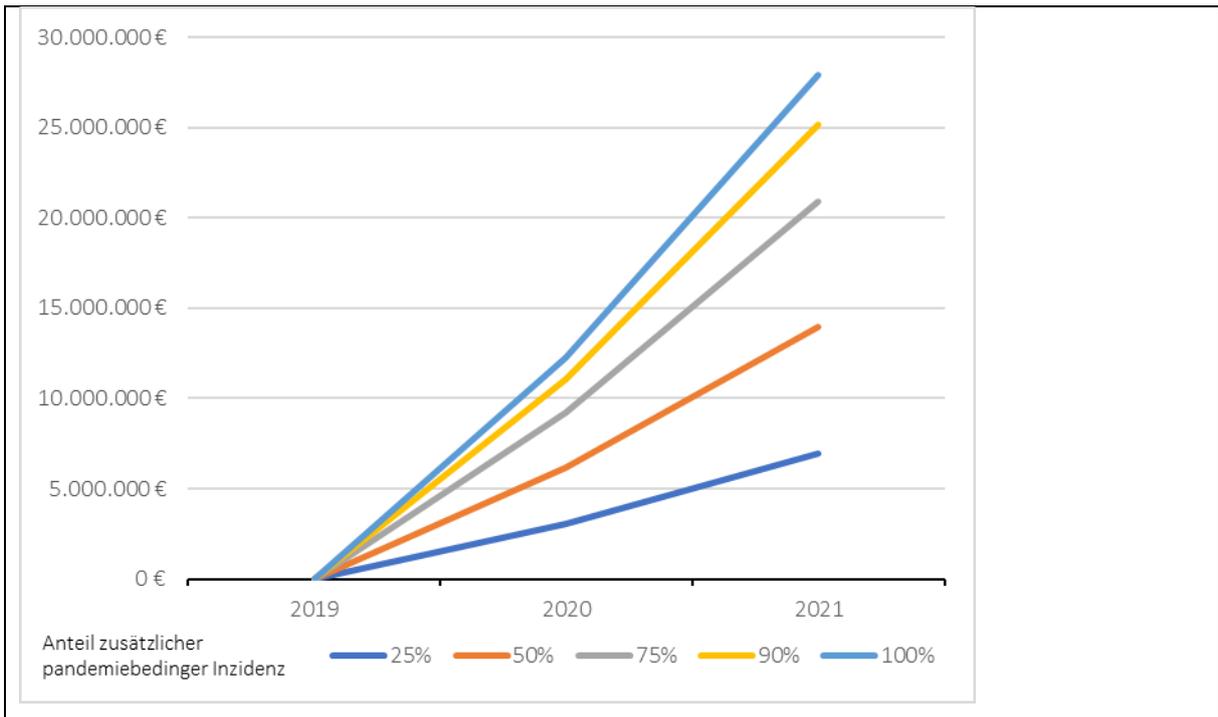


Abbildung 7: Kostenschätzung Essstörung

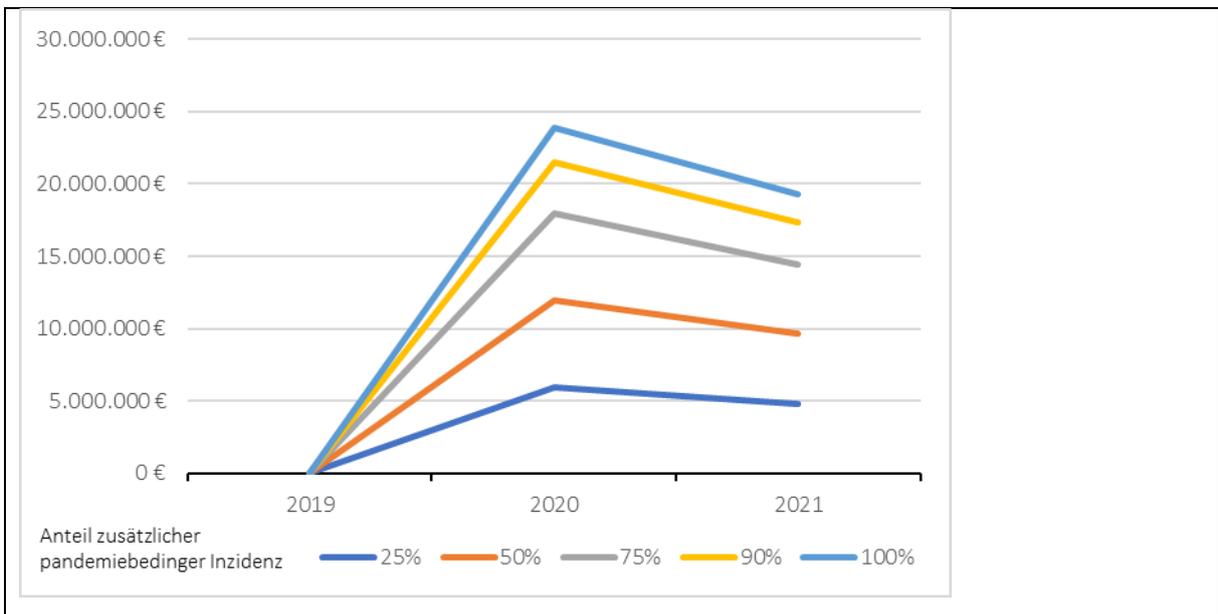


Abbildung 8: Kostenschätzung Angststörung

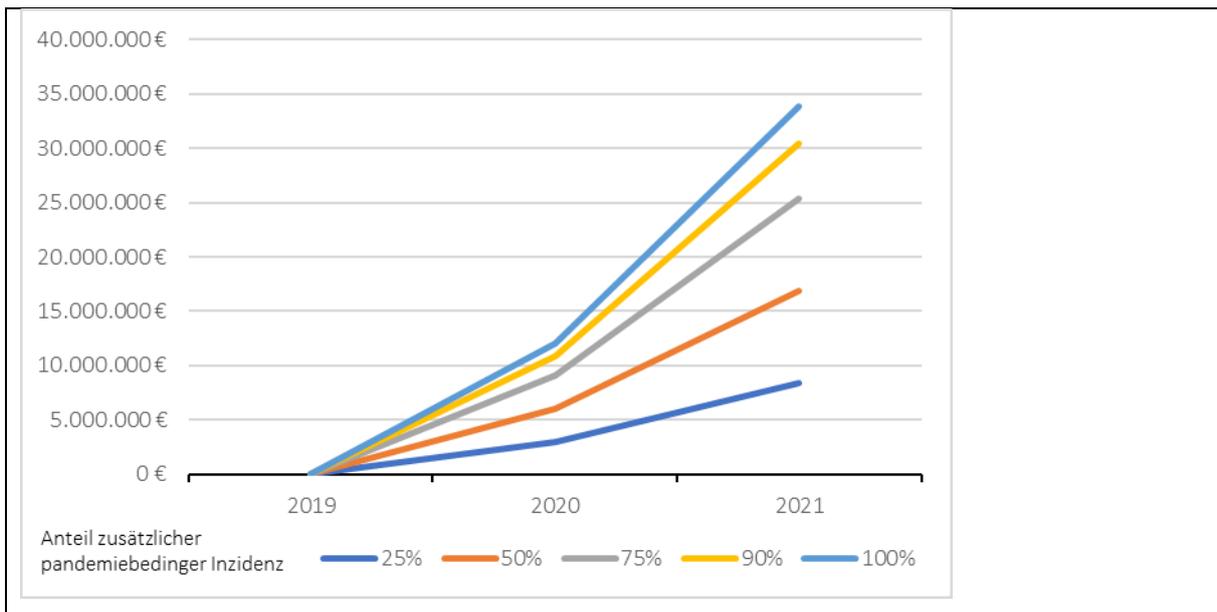


Abbildung 9: Kostenschätzung Depression

5.2 Approximation von gesellschaftlichen Kosten im Erwachsenenalter

Im Folgenden sollen gesellschaftliche Kosten durch fortbestehende Erkrankung im Erwachsenenalter approximiert werden. Basierend auf den Inzidenzen aus Kapitel 5.1 werden mittels Transitionsraten der Anteil der Kinder mit einer erwarteten fortbestehenden Erkrankung im Erwachsenenalter ermittelt. Auf dieser Basis werden anschließend Kosten für das Gesundheitswesen, volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit sowie gesellschaftliche Kosten durch Arbeitslosigkeit geschätzt und eine bestmögliche Gesamtbetrachtung der jährlichen Kosten dargestellt. Die Möglichkeiten für Modellierungen sind jedoch eingeschränkt. Auf Grund einer unzureichenden Datenbasis können für alle Versorgungsbereiche nur grobe, aggregierte Schätzungen mittels multiplikativer Verknüpfung auf jährlicher Basis erfolgen. Umfangreiche statistische Modellierungen zu Lebenszeitverläufen sind nicht möglich. Ebenso kann auf Grund fehlender verlässlicher Daten zur Anzahl von Krankheitsepisoden für einzelne Krankheitsbilder im Erwachsenenalter nicht geschätzt werden, wie häufig diese jährlichen Kosten über eine Lebenszeit hinweg für jede betroffene Person anfallen. Eine Ausnahme bildet Depression: Hier lässt sich mit valideren und reliableren Daten auch eine grobe Approximation über die Lebenszeit vornehmen.

5.2.1 Transitionsraten der Störungsbilder ins Erwachsenenalter

Im vorherigen Kapitel wurden die Gesundheitskosten, die für Kinder und Jugendliche entstehen, berechnet. Psychische Erkrankungen und deren Auswirkungen können jedoch auch im Erwachsenenalter fortbestehen. Daten zu den sogenannten "Transitionsraten" also dem Fortbestehen eines Krankheitsbildes vom Kindes- bzw. Jugendalter bis ins Erwachsenenalter sind für einzelne Krankheitsbilder mit Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem nach aktueller Recherche nicht in ausreichender Qualität vorhanden. Eine Datenerhebung auf Basis von Krankenkassendaten zu solchen Verlaufsdaten ist einerseits schwierig, da Versicherte im Laufe ihres Lebens möglicherweise mehrmals die Krankenkasse wechseln: Einer Umfrage aus dem Jahr 2019 in Deutschland zu Folge gaben circa 15% aller Befragten an, die Krankenversicherung in den letzten 5 Jahren einmal gewechselt zu haben (Kunst, 2019). Andererseits sind einer Analyse kassenübergreifender Daten zu einzelnen Verläufen datenschutzrechtliche Grenzen gesetzt. Auch auf internationaler Ebene gibt es bisher nur wenige Studien, die eine geeignete Datenbasis aufweisen, Transitionsraten einzelner Störungsbilder zu quantifizieren. Verfügbare Daten basieren häufig auf sehr kleinen Stichproben und sind damit in ihrer Aussagekraft begrenzt. Darüber hinaus lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht abschätzen, ob die während der COVID-19 Pandemie entstandenen psychischen Erkrankungen möglicherweise andere Langzeitverläufe aufzeigen, als Erkrankungen, die vor der Pandemie aufgetreten sind. Insbesondere, da es während der Pandemie zu einer deutlichen Verzögerung der Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter kam, was zu einer deutlichen Verlängerung und Erhöhung der Krankheitslast führen

kann, darf eine erhöhte Transitionsrate angenommen werden (Karow et al., 2013). Belastbare Zahlen zu den durch die COVID-19 Pandemie entstandenen Transitionsraten in Deutschland – und international – wird es erst in den nächsten Jahrzehnten geben.

Da auch für den prä-pandemischen Kontext in Deutschland belastbare Werte für Transitionsraten fehlen, muss für eine Approximation der Transitionsraten, die durch Erkrankungen während der Pandemie entstanden sind auf internationale Daten zurückgegriffen werden. Zur Quantifizierung der Transitionsrate von Depressionen resp. Angststörungen vom Kindes- bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter schienen Daten zweier Studien von Copeland et al. (2013) sowie Monk et al. (2021) auf Basis eines methodisch belastbaren Vorgehens und einer im Vergleich zu anderen Studien umfangreicheren Stichprobe am besten geeignet. Da jedoch in beiden Publikationen nicht die notwendigen Prozentangaben der Transitionsraten beschrieben waren, wurden diese bei den Erstautoren angefragt. Auf Grund der freundlichen Unterstützung beider Autoren, kann in dieser Approximation erstmalig auf bislang unveröffentlichte Transitionsraten zurückgegriffen werden. Obschon dem internationalen „State-of-the-art“ zum Thema entsprechend, ist bei der Anwendung für den deutschen Kontext kritisch zu berücksichtigen, dass die Übertragbarkeit der Transitionsraten auf Grund der Unterschiedlichkeit der Versorgungssysteme, Behandlungscharakteristika, Dokumentation, Datenerhebung sowie kulturspezifischen Unterschieden im Umgang mit psychischen Erkrankungen, nicht vorausgesetzt werden kann. Durch Daten aus westlichen Nationen mit hohem mittlerem Einkommen sind aber die Quellen der Varianz zumindest in einigen Bereichen limitiert.

Im Folgenden werden Transitionsraten zu den psychischen Erkrankungen Depression, Angststörung und Essstörung beschrieben, wobei teils neben den Daten von Copeland et al. (2013) sowie Monk et al. (2021) zur Absicherung noch weitere Studie hinzugezogen wurden. Kindesmisshandlung kann bereits im Kindes- und Jugendalter mit einer Vielzahl an psychischen Erkrankungen verknüpft sein, darunter auch die hier berücksichtigten Syndrome der Angststörungen, Depressionen und Essstörungen (LeMoult et al., 2020). Entsprechend berücksichtigen die Berechnungen der Folgekosten für diese Krankheitsbilder im Erwachsenenalter auch einen bedeutsamen Teil der Gesundheitskosten von Kindesmisshandlung (Braithwaite et al., 2017; Gallo et al., 2018; Gardner et al., 2019; Humphreys et al., 2020; Li et al., 2016). Auch für eine Vielzahl weiterer psychischer und somatischer Krankheitsbilder besteht Evidenz einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Eintretens bei Misshandlungserfahrungen in der Kindheit: Meta-Analysen fassen so bspw. die Verbindung von Misshandlung und Schizophrenie zusammen (Matheson et al., 2013) oder auch die Evidenz zu koronaren Herzkrankheiten und Krebs (Hughes et al., 2017). Misshandlung ist auch mit verschiedenen Formen schädlichen Gesundheitsverhaltens verknüpft wie mangelnder körperlicher Betätigung, Rauchen, übermäßigem Alkohol- und Drogenkonsum usw. (Hughes et al., 2017; Norman et al., 2012) und wirkt auch über beeinträchtigen Schlaf

(Yu et al., 2022) oder Veränderung der Genexpression (Warrier et al., 2021) auf die Gesundheit im Erwachsenenalter ein. Da der Einfluss von Misshandlung auf die Gesundheit oft über weitere, teils beschriebene Variablen moderiert wird, ist die Forschung zu den Anteilen der Erkrankungen, die kausal auf Misshandlung zurückzuführen sind – in der epidemiologischen Forschung als attributale Fraktionen bezeichnet – noch wenig fortgeschritten. Da mit Angststörungen, Depressionen und Essstörungen einerseits wichtige Folgen von Kindesmisshandlung bereits abgedeckt sind und für die Vielzahl weiterer potenzieller Folgen von Kindesmisshandlung deren Bedeutsamkeit noch zu wenig erforscht ist und eine Auswahl damit ungenügend begründet werden kann, werden im Folgenden keine zusätzlichen Modellierungen von Gesundheitskostenfolgen von Kindesmisshandlung im Erwachsenenalter beschrieben.

Tabelle 14 gibt eine Übersicht zu Transitionsraten verschiedener Störungsbilder aus unterschiedlichen Quellen. Als Basis-Transitionsraten werden jeweils die in den Originalquellen genannten prozentualen Anteile beschrieben. Im Anschluss daran werden die Transitionsraten mit Anstiegen um 10, 20 und 30 Prozent beschrieben. Diese drei Szenarien bilden die Annahme ab, dass die Transitionsraten durch die COVID-19-Pandemie in unterschiedlichen Maßen gestiegen sein könnten. Basierend auf den vier unterschiedlichen Transitionsraten werden im Anschluss Approximationen der Fälle zukünftiger Erwachsener mit anhaltender Erkrankung ermittelt. Diese basieren auf Inzidenzangaben (DAK; siehe Tabelle 14), der während der COVID-19-Pandemie im Kindes- bzw. Jugendalter Erkrankten.

Angststörungen

Die Basis-Transitionsrate nach Monk et al. (2021) beläuft sich auf 55,5%. Diese Daten basieren auf der „Christchurch Health and Development Study“ aus Neuseeland. Hierbei handelt es sich um eine Längsschnittstudie einer repräsentativen Population aus 1265 Kindern, die in Christchurch Mitte der 1970er-Jahre während einer definierten Periode von vier Monaten geboren sind. Die Kohorte wird regelmäßig befragt und untersucht. Bei einer aktuellen Befragung nach 40 Jahren nahmen immer noch 74% (N=904) der ursprünglichen Mitglieder der Kohorte teil. Die Transitionsraten, die für die hier vorliegende Analyse genutzt werden, basieren auf einer früheren Erhebung der Kohortenstudie, als die Teilnehmenden 7 bis 9 Jahre alt waren. Ihre Eltern und Lehrer:innen beurteilten damals Auffälligkeiten der Kinder in Bezug auf ängstliches bzw. zurückgezogenes Verhalten. Grundlage für die Transitionsraten sind demnach die Daten derjenigen Kohortenmitglieder, in der Kindheit als ängstlich bzw. zurückgezogen beurteilt wurden (N=1044) und für die aus späteren Erhebungen im Jugend- (n=982) bzw. und/oder Erwachsenenalter (n=944) Daten in Bezug auf das (Nicht-)Vorhandensein einer Angststörung verfügbar sind (Monk et al., 2021).

Die Basis-Transitionsrate nach Copeland et al. (2013) beträgt 41,7%. Die Daten wurden im Rahmen der „Great Smoky Mountain Study (GSMS)“ in den USA erhoben. Die GSMS-Studie ist eine repräsentative Längsschnittuntersuchung von Kindern in 11 südöstlichen Bezirken im Bundesstaat North Carolina mit Beginn im Jahr 1993. Dafür wurden drei Kohorten mit Kindern im Alter von 9, 11 und 13 Jahren gebildet (N=1420), die bis ins Alter von 16 Jahren jährlich befragt wurden, ebenso wie ihre erwachsenen Bezugspersonen. Danach wurde der oder die Teilnehmende nochmals im Alter von 19, 21 und 24/25/26 Jahren befragt. Über alle Erhebungswellen hinweg, betrug die Rücklaufquote für die Interviews durchschnittlich 82% (Copeland et al., 2013). Studienergebnisse der GSMS-Studie zu Transitionswahrscheinlichkeiten (Odds Ratios) psychischer Erkrankungen von der Kindheit bis in die Jugend bzw. ins junge Erwachsenenalter wurden zusammen mit Daten aus der „Christchurch Health and Development Study“ und der „Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study“ im Jahr 2013 wissenschaftlich publiziert. Die für die vorliegende Kostenanalyse genutzten und notwendigen Prozentangaben für Transitionsraten basieren hingegen auf unveröffentlichte Daten von Copeland et al., die vom Erstautor zur Verfügung gestellt wurden. Die Raten basieren auf den Kohortenerhebungen der GSMS-Studie in der Kindheit der Teilnehmenden im Alter von 9, 10, 11 und 12 Jahren (N=1009), in ihrer Jugend (13, 14, 15 und 16 Jahre; N=1297) und im Erwachsenenalter von 19, 21, 24/25/26 Jahren (N=1273; Copeland et al., 2013).

Für die Kostenanalysen der folgenden Kapitel werden auf Grund des Fehlens zusätzlicher vergleichbarer Studien, die eine Validierung der Varianz der prozentualen Anteile ermöglichen, Szenarien für beide Transitionsraten nach Copeland et al. (2013) und Monk et al. (2021) berechnet. Basierend auf den unveröffentlichten Daten von Copeland et al. (2013) werden darüber hinaus Transitionsszenarien für den Übergang von Angststörungen im Kindes- bzw. Jugendalter auf andere psychische Erkrankungen (inklusive Suchterkrankungen, affektive Störungen, psychotische Störungen und Angststörungen) berechnet. Ein entsprechender Transitionswert von 53,74% zeigt, dass davon auszugehen ist, dass Personen mit Angststörungen in der Kindheit im Erwachsenenalter nicht nur (weiterhin) durch Angststörungen belastet sind, sondern auch durch andere psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter, was sich mit zusätzlichen Kosten auf das Gesundheits- und Sozialsystem auswirken dürfte.

Depressionen

Auch zur Beschreibung der Transitionsrate von Depressionen vom Kindes-bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter werden die unveröffentlichten Daten von Copeland et al. (2013) berücksichtigt. Hier wird eine Transitionsrate von Depression im Kindes-bzw. Jugendalter zu affektiven Störungen im Erwachsenenalter von 12,71% berichtet. Da dies der betragsmäßig kleinste Wert unter vergleichbaren Studien ist, wird dieser in den folgenden Analysen als untere Grenze in die Berechnungen einbezogen.

Zwei veröffentlichte Studien, ebenfalls von Copeland et al. (2021) sowie McLeod et al. (2016) liegen mit 26,7% und 33,1% in einer vergleichbaren Größenordnung, so dass für die folgenden Analysen der Mittelwert dieser beider Raten als obere Grenze der Transition berücksichtigt wird. Die Analyse von Copeland et al. (2021) basiert wiederum auf dem Datensatz der GSMS-Studie. In der Analyse von 2021 wurde nun auch eine weitere Erhebungswelle einbezogen, bei der die Kohortenmitglieder im Alter von 30 Jahren nochmals befragt wurden, was in einer Stichprobe von 1336 Teilnehmenden mündete. Die Grundlage für die Analyse von McLeod et al. (2016) ist die „Christchurch Health and Development Study“ aus Neuseeland, deren Datensatz schon bei der von Monk et al. (2021) berichteten Transitionsrate von Angststörungen beschrieben wurde (s.o.). Die Analyse von McLeod et al. (2016) fußt auf den in Neuseeland erhobenen Daten von 995 Kohortenmitgliedern, die im Alter von 14 bis 16 Jahren hinsichtlich einer Depression beurteilt wurden kombiniert mit späteren Daten zu den psychosozialen Outcomes der Teilnehmenden im Alter von 30 und/oder 35 Jahren. Die Rücklaufquote bei der im Alter von 30 Jahren befragten Kohortenmitgliedern betrug 81% (McLeod et al., 2016).

Analog zu Angststörungen werden auch die Transitionsszenarien für den Übergang von Depression im Kindes- bzw. Jugendalter auf andere psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter basierend auf den unveröffentlichten Daten von Copeland et al. beschrieben. Mit 71,85% ist der Übergang auf andere psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter sehr hoch und wird voraussichtlich zu zusätzlichen hohen gesellschaftlichen Kosten, bei aktuell noch nicht spezifizierbaren Erkrankungsbildern führen.

Essstörungen

Zur Beschreibung der Transitionsrate von Essstörungen vom Kindes- bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter wird eine Studie von Steinhausen (2002) herangezogen, die für Anorexie einen Wert von 16,9% beziffert. Steinhausen (2002) untersuchte 119 Studien mit insgesamt 5.590 PatientInnen, die an Anorexia nervosa leiden. Er schloss Studien ein, die englisch- oder deutschsprachig erschienen sind und analysierte sie hinsichtlich ihrer Ergebnisse zu Mortalität, Chronifizierung, Erholung, Verbesserung, etc. der Erkrankung. Es wurden insgesamt 15 Outcome-Variablen in den Studien ermittelt, aus denen jeweils der prozentuale, gewichtete Mittelwert gebildet wurde.

Quelle	Störungsbild Kind/Jugend -> Erwachsener	Transition Basis	Transition +10%	Transition +20%	Transition +30%	Inzidenzen 2020 + 2021 (DAK)	N (Inzi- denz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Monk et al. (un- veröffentlicht)	Angststö- rung -> Angststö- rung	55,5%	61,05%	66,6%	72,15%	366.624	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22
Copeland et al. (unveröffent- licht)	Angststö- rung -> Angststö- rung	41,7%	45,87%	50,04%	54,21%	366.624	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87
Copeland et al. (unveröffent- licht)	Depression -> Psychische Erkrankung	71,85%	79,04%	86,22%	93,41%	294.985	211.946,72	233.156,14	254.336,07	275.545,49
Copeland et al. (unveröffent- licht)	Angststö- rung -> Psychische Erkrankung	53,74%	59,11%	64,49%	69,86%	366.624	197.023,74	216.711,45	236.435,82	256.123,53
Copeland et al. (unveröffent- licht)	Depression -> Mood Disor- der	12,71%	13,98%	15,25%	16,52%	294.985	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52
Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	Depression -> Depression	(26,7%; 33,1%) Ø 29,9%	32,89%	35,88%	38,87%	294.985	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67
Steinhausen (2002)	Essstörung -> Essstörung	16,9%	18,59%	20,28%	21,97%	47.967	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35

Tabelle 14: Transitionsraten verschiedener Störungsbilder vom Kindes- bzw. Jugendalter ins Erwachsenenalter

5.2.2 Gesundheitskosten im Erwachsenenalter

Basierend auf den im vorherigen Kapitel beschriebenen Transitionsraten soll im Folgenden eine grobe Approximation möglicher Gesundheitskosten im Erwachsenenalter erfolgen. Auf Grund des Fehlens von Verlaufsdaten zur Entwicklung von Gesundheitskosten einzelner Störungsbilder über eine Lebensspanne hinweg können an dieser Stelle keine detaillierten statistischen Modellierungen zu Verläufen erfolgen. Die Datenlage lässt lediglich eine Kostenbeschreibung mittels multiplikativer Verknüpfung unter Berücksichtigung verschiedener in der Literatur verfügbarer Transitionsraten und deren Anpassung an mögliche pandemiebedingte Entwicklungen zu. Die Transitionsraten und Transitionsszenarien sind für die einzelnen Störungsbilder dem Abschnitt "Transitionsraten der Störungsbilder ins Erwachsenenalter" entnommen. Die Kostenschätzung der Gesundheitskosten im Erwachsenenalter (Kostenbegriffe A und B) erfolgte analog zum Vorgehen für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (Beschreibung siehe Anhang) auf Basis der Daten GWQ-Versicherter ab 18 Jahren (vgl. Anhang A.2). Für die folgenden Analysen wird der Fokus auf die Approximation der Kosten über die Kostenschätzung A gelegt. Die Kosten wurden auf Ebene der einzelnen Störungsbilder für das Jahr 2017 geschätzt. Im Anschluss erfolgte eine Inflationsanpassung für das Jahr 2019. Die Sensitivitätsanalysen mit den Kosten B wurden aus Vollständigkeitsgründen auch für das Erwachsenenalter durchgeführt. Auf Grund von Komorbiditäten und Chronifizierung ist die Interpretierbarkeit der Ergebnisse allerdings eingeschränkt. Die Ergebnisse zu den Gesundheitskosten im Erwachsenenalter auf Basis der Kosten B sind im Anhang dargestellt.

Depressionen

Tabelle 15 gibt eine Übersicht zur Approximation der Gesundheitskosten bei Depression im Erwachsenenalter. Diese erfolgte in drei Schritten: Basierend auf den unterschiedlichen Transitionsszenarien wurde zuerst die Anzahl der Betroffenen ermittelt, die im Erwachsenenalter voraussichtlich an einer fortbestehenden Depression leiden (N (Inzidenz) Transition). Im Anschluss daran wurden die Kosten berechnet, die pro Jahr für diese an Depression erkrankten Erwachsenen im Gesundheitssystem anfallen. Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass diese Kosten nicht über alle Jahre der Lebensdauer hinweg anfallen. Vielmehr sind die Kosten abhängig von den individuellen Verläufen und Chronifizierungsraten. Unter der Annahme, dass der von Transition betroffene Anteil der Erwachsenen an mindestens einer depressiven Episode im Erwachsenenalter erkrankt, die in der Regel mit einer Behandlungsdauer, welche die eigentliche depressive Episode überdauert, verbunden ist, scheint eine Annäherung der Jahreskosten eine geeignete erste Approximation. Es wurden nun im Sinne einer Sensitivitätsanalyse verschiedene Szenarien gerechnet, woraus hier eine untere Grenze möglicher Kostenfol-

gen sowie eine obere Grenze dargestellt werden. Unter Berücksichtigung der geringeren Basis-Transitionsrate von 12,71% (Copeland, unv.) und unter Annahme, dass diese trotz der COVID-19 Pandemie konstant bleibt entstehen als untere Grenze jährliche Kosten (Kostenbegriff A) in Höhe von **39.610.546,41 Euro**. Wird demgegenüber die mittlere Transitionsrate der Studien von Copeland et al. (2021) und McLeod et al. (2016) von 29,9% den Approximationen zu Grunde gelegt und wird die Annahme getroffen, dass die Transitionsrate durch die Belastungen der COVID-19 Pandemie um 30% steigt, so entstehen als Szenario obere Grenze Kosten in Höhe von **121.137.851,20 Euro** (Kostenbegriff A).

Die ersten beiden hier beschriebene Schritte beschreiben jedoch die Kostenfolgen von Depression im Erwachsenenalter noch unvollständig: Nach Angabe eines Berichtes des RKI erleiden mindestens 60% der Betroffenen mindestens eine weitere depressive Episode in ihrer Lebenszeit. Über die Lebensdauer hinweg werden bei rezidivierenden Depressionen durchschnittlich sechs depressive Episoden berichtet (Wittchen et al., 2010). Unter Berücksichtigung, dass bei den gegebenen Transitionsraten mindestens eine depressive Episode im Kindes- und Jugendalter erfolgt ist, werden in Tabelle 15 zusätzlich die Gesundheitskosten für 5 weitere Jahre bei einem Anteil von 60% chronifizierenden Erwachsenen berechnet, um rezidivierende Depressionen abzubilden. Dadurch ergeben sich über die Lebenszeit zusätzliche Kosten in einem Bereich zwischen **118.831.639,20 Euro** (untere Grenze) und **363.413.553,60 Euro** (obere Grenze, jeweils Kostenbegriff A).

Angststörungen

Einen Überblick über die Approximation von Gesundheitskosten bei Angststörungen im Erwachsenenalter gibt Tabelle 16. Abhängig von den Transitionsraten nach Copeland et al. (unv.) von 41,7% sowie der etwas höheren Rate von Monk et al. (unv.) von 55,5% sowie der Abweichung der Transitionsraten durch die COVID-19 Pandemie ergeben sich hier jährliche Kosten zwischen **112.140.629,90 Euro** (untere Grenze) und **194.027.493,10 Euro** (obere Grenze). Auf Grund der Verschiedenartigkeit von Angststörungen bzgl. ihrer Symptomatik, dem Verlauf und der Therapie¹⁶ und die damit verbundene große Varianz in den Verläufen können an dieser Stelle keine näheren Kostenschätzungen basierend auf Verläufen und Chronifizierungsraten vorgenommen werden. So kommt bspw. eine umfassende systematische Literaturübersicht von Hovenkamp-Hermelink et al. (2021) zu dem Ergebnis, dass der Anteil der Betroffenen mit anhaltenden Angststörungen zwischen 10 und 98% variiert. Die Bildung eines Mittel-

¹⁶ Während bspw. spezifische Phobien bspw. gut behandelbar sind und eher selten rezidivieren, chronifizieren Generalisierte Angststörungen deutlich häufiger.

werts daraus ist nicht zulässig, für eine Schätzung sind umfangreichere Daten zu den einzelnen Störungsbildern innerhalb der Angststörungen notwendig, die auch ihre jeweilige Prävalenz mitberücksichtigen.

Essstörungen

Tabelle 17 gibt einen Überblick über die jährliche Kostenschätzung bei Anorexia nervosa im Erwachsenenalter basierend auf der Transitionsrate nach Steinhausen (2002) von 16,9%. Nach dem Kostenbegriff A entstehen hier jährliche Kosten zwischen **9.982.650,91 Euro** (untere Grenze) und **12.977.451,11 Euro** (obere Grenze). Basierend auf einer Chronifizierungsrate von 13,7% (Steinhausen, 2002) wird in Tabelle 17 zusätzlich die Anzahl Erwachsener mit einem chronischen Verlauf angegeben, die basierend auf den Transitionsszenarien je Szenario angenommen werden kann. Wie häufig für diese Behandlungskosten im Gesundheitswesen über eine Lebensspanne hinweg anfallen, ist auf Grund der fehlenden Langzeitstudien mit hinreichend aussagekräftiger Stichprobengröße im internationalen sowie nationalen Raum an dieser Stelle nicht näher quantifizierbar.

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67
GWQ Datensatz	Kosten A (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 1.056,49 Euro (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	39.610.546,41 Euro	43.568.485,46 Euro	47.526.424,51 Euro	51.484.363,56 Euro
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	93.182.967,37 Euro	102.501.262,00 Euro	111.819.556,60 Euro	121.137.851,20 Euro
RKI (2010)	Mind. 60% der Betroffenen mit weiteren depressiven Episoden über Lebenszeit: Anzahl der Erwachsenen mit weiteren depressiven Episoden			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	22.495,55	24.743,34	26.991,13	29.238,91
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	52.920,31	58.212,34	63.504,37	68.796,40
RKI (2010)	Durchschnittlich 5 weitere depressive Episoden über Lebenszeit: 5-Jahreskosten bei Chronifizierung (60%) im Erwachsenenalter			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	118.831.639,20 Euro	130.705.456,40 Euro	142.579.273,50 Euro	154.453.090,70 Euro
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	279.548.902,10 Euro	307.503.786,00 Euro	335.458.669,87 Euro	363.413.553,60 Euro

Tabelle 15: Gesundheitskosten (Kosten A) bei Depression im Erwachsenenalter

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Monk et al. (unv.)	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22
Transition nach Copeland et al. (unv.)	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87
GWQ Datensatz	Kosten A (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 733,51 Euro (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Monk et al. (unv.)	149.251.915,50 Euro	164.177.105,60 Euro	179.102.295,60 Euro	194.027.493,10 Euro
Transition nach Copeland et al. (unv.)	112.140.629,90 Euro	123.354.692,10 Euro	134.568.754,40 Euro	145.782.816,60 Euro

Tabelle 16: Gesundheitskosten (Kosten A) bei Angststörungen im Erwachsenenalter

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Steinhausen (2002)	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35
GWQ Datensatz	Kosten A (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 1231,45 Euro (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Steinhausen (2002)	9.982.650,91 Euro	10.980.925,85 Euro	11.979.188,48 Euro	12.977.451,11 Euro
Steinhausen (2002)	Chronifizierung > 10 Jahre: 13,7%			
	Anzahl der Erwachsenen mit Chronifizierung			
Transition nach Steinhausen (2002)	1.110,58	1.221,64	1.332,70	1.443,75

Tabelle 17: Gesundheitskosten (Kosten A) bei Essstörung im Erwachsenenalter

5.2.3 Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter

Mit Eintritt in das Berufsleben können Kosten durch Arbeitsunfähigkeit entstehen. Im Folgenden werden volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeitstage im Erwachsenenalter bei Transition von Angststörungen (Tabelle 18), Depression (Tabelle 19) und Essstörungen (Tabelle 20) geschätzt. Auch hier sind auf Grund fehlender Daten zum Einfluss der Störungsbilder auf die Arbeitsfähigkeit im Lebenszeitverlauf keine detaillierten statistischen Modellierungen möglich. Analog zu den Gesundheitskosten erfolgt eine Kostenschätzung daher auf Basis multiplikativer Verknüpfungen.

Angststörungen

Für alle Störungsbilder werden durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage für die Kostenapproximation herangezogen. Die geschlechterspezifischen durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage bei verschiedenen Arten von Angststörungen (Spezifische Phobie, Agoraphobie, Generalisierte Angststörung, Panikstörung, Soziale Phobie) werden in einem Bericht des RKI basierend auf Selbstberichten angegeben (Wittchen & Jacobi, 2004). Aus diesen Daten konnte ein geschlechterübergreifender Durchschnitt von 45,24 Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr berechnet werden. Diese wurden mit der jeweiligen Anzahl der Erwachsenen (N(Inzidenz) Transition) mit anhaltender Angststörung im Erwachsenenalter multipliziert. Der resultierende Wert wurde einmal mit den Produktionsausfallkosten anhand der Lohnkosten je Arbeitsunfähigkeitstag berechnet. Eine zweite Modellierung berücksichtigt den Ausfall an Bruttowertschöpfung (Verlust an Arbeitsproduktivität) je Arbeitsunfähigkeitstag basierend auf Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) für das Jahr 2021 (BAuA, 2022). Den Schätzungen der BAuA liegen Daten über Krankschreibungen von GKV-Mitgliedern der gesetzlichen Krankenkassen AOK, BKK und SVLFG aus dem Jahr 2021 sowie Daten der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung des Statistischen Bundesamtes zur Verfügung (BAuA, 2022). Für die Berechnung der Mitgliedszahlen wurden Mitgliedsjahre herangezogen, sodass insgesamt 31 Millionen GKV-Mitgliedsjahre in die Analyse der BAuA eingeflossen sind. Die Produktionsausfallkosten liegen in Abhängigkeit der Transitionsrate und deren Entwicklung zwischen **885.298.071,09 Euro** (untere Grenze) und **1.531.756.737,64 Euro** (obere Grenze). Der Ausfall an Bruttowertschöpfung kann auf Werte zwischen **1.514.689.668,51 Euro** (untere Grenze) und **2.620.740.043,30 Euro** (obere Grenze) geschätzt werden (siehe Tabelle 18).

Depressionen

In einem Bericht des RKI wird zur Annäherung der Arbeitsunfähigkeitstage für Depression auf die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage bei psychischen Erkrankungen verwiesen (Wittchen et al., 2010). Um für die Berechnungen einen aktuellen Wert zu verwenden, wird daher auf Daten aus dem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2021 zurückgegriffen (Techniker

Krankenkasse, 2022). Der Gesundheitsreport der TK (2022) betrachtet insgesamt routinemäßig erfasste und anonymisierte Daten von innerhalb des Jahres 2021 5,5 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten oder arbeitslos gemeldeten Mitgliedern. Damit bezieht sich der Gesundheitsreport nur auf bei der TK versicherte Erwerbspersonen. 5,43 Millionen der versicherten Erwerbspersonen waren im Alter von 15 und 64 Jahren. Insgesamt werden 22 Kalenderjahre in den Gesundheitsreport der TK einbezogen (2000-2021). Es wird jedoch ein Schwerpunkt auf das Jahr 2021 in dem Bericht gelegt. Dieser berichtet geschlechterspezifische durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitstage je Fall nach ICD-10 Diagnosekapiteln für psychische und Verhaltensstörungen. Der berechnete geschlechterübergreifende Durchschnitt beträgt 48 Tage. Analog zur Berechnung für Angststörungen ergeben sich damit für fortbestehende Depression im Erwachsenenalter Produktionsausfallkosten zwischen **230.354.472,96 Euro** (untere Grenze) und **704.475.156,48 Euro** (obere Grenze) sowie ein Ausfall an Bruttowertschöpfung zwischen **394.122.106,08 Euro** (untere Grenze) und **1.205.312.963,04 Euro** (obere Grenze).

Essstörungen

Tabelle 20 gibt einen Überblick über die Approximation volkswirtschaftlicher Kosten durch Arbeitsunfähigkeit bei fortbestehender Essstörung im Erwachsenenalter. In einer ersten Berechnung werden die Kosten basierend auf den oben berechneten jährlichen 48 Arbeitsunfähigkeitstagen für psychische und Verhaltensstörungen auf Basis der Angaben der Techniker Krankenkasse berechnet (TK, 2022), da keine geschlechterübergreifenden Angaben zu durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstagen bei Essstörungen verfügbar sind. Die Produktionsausfallkosten liegen bei dieser Schätzung zwischen **49.805.844,48 Euro** (untere Grenze) und **64.747.622,40 Euro** (obere Grenze), der Ausfall an Bruttowertschöpfung zwischen **85.214.687,04 Euro** (untere Grenze) und **110.779.135,20 Euro** (obere Grenze). Darüber hinaus berichtet der Gesundheitsreport der Technikerkrankenkasse die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage für Frauen, die deutlich häufiger von Essstörungen betroffen sind als Männer (DGPM, 2018), mit einer ICD-10 Diagnose Essstörung im Jahr 2021: Dieser Wert beträgt 105,9 Tage. Er ist damit mehr als doppelt so hoch verglichen mit der oben berichteten Anzahl an durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstagen bei psychischen und Verhaltensstörungen, deren zugeordnete Kosten damit deutlich unterschätzt sein dürften, da der größte Teil der Erkrankung bei Essstörungen auf Frauen fällt. Daher werden die Kosten zusätzlich auf Basis der Angaben zu Arbeitsunfähigkeitstagen für Frauen geschätzt. Basierend auf dieser Approximation liegen die Produktionsausfallkosten zwischen **109.884.144,38 Euro** (untere Grenze) und **142.849.441,92 Euro** (obere Grenze) sowie der Ausfall an Bruttowertschöpfung zwischen **188.004.903,28 Euro** (untere Grenze) und **244.406.467,04 Euro** (obere Grenze).

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Monk et al. (unv.)	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22
Transition nach Copeland et al. (unv.)	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87
Wittchen und Jacobi (2004)	Berechnete durchschnittliche geschlechterübergreifende Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr: 45,24							
BAuA (2022)	Produktionsausfallkosten je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 128 Euro							
BAuA (2022)	Ausfall an Bruttowertschöpfung je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 219 Euro							
	Produktionsausfallkosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)				Ausfall an Bruttowertschöpfung pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Monk et al. (unv.)	1.178.274.395,75 Euro	1.296.101.823,74 Euro	1.413.929.251,74 Euro	1.531.756.737,64 Euro	2.015.953.848,98 Euro	2.217.549.214,06 Euro	2.419.144.579,15 Euro	2.620.740.043,30 Euro
Transition nach Copeland et al. (unv.)	885.298.071,09 Euro	973.827.872,41 Euro	1.062.357.673,73 Euro	1.150.887.475,05 Euro	1.514.689.668,51 Euro	1.666.158.625,45 Euro	1.817.627.582,39 Euro	1.969.096.539,34 Euro

Tabelle 18: Jährliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter bei Angststörungen

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Cope-land et al. (unv.)	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52
Transition nach Co-peland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67
TK (2022)	AU-Tage je Fall (geschlechterübergreifend) im Jahr 2021 nach ICD-10-Diagnosekapiteln für psychische und Verhaltensstörungen: 48 Tage							
BAuA (2022)	Produktionsausfallkosten je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 128 Euro							
BAuA (2022)	Ausfall an Bruttowertschöpfung je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 219 Euro							
	Produktionsausfallkosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)				Ausfall an Bruttowertschöpfung pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Cope-land et al. (unv.)	230.354.472,96 Euro	253.371.801,60 Euro	276.389.130,24 Euro	299.406.458,88 Euro	394.122.106,08 Euro	433.503.316,80 Euro	472.884.527,52 Euro	512.265.738,24 Euro
Transition nach Co-peland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	541.903.994,88 Euro	596.094.382,08 Euro	650.284.769,28 Euro	704.475.156,48 Euro	927.163.866,24 Euro	1.019.880.231,84 Euro	1.112.596.597,44 Euro	1.205.312.963,04 Euro

Tabelle 19: Jährliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter bei Depression

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Steinhausen (2002)	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35
BAuA (2022)	Produktionsausfallkosten je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 128 Euro							
BAuA (2022)	Ausfall an Bruttowertschöpfung je Arbeitsunfähigkeitstag (Bezugsjahr 2021): 219 Euro							
	Produktionsausfallkosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)				Ausfall an Bruttowertschöpfung pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
TK (2022)	AU-Tage je Fall (geschlechterübergreifend) im Jahr 2021 nach ICD-10-Diagnosekapiteln für psychische und Verhaltensstörungen: 48 Tage							
Transition nach Steinhausen (2002)	49.805.844,48 Euro	54.786.478,08 Euro	59.767.050,24 Euro	64.747.622,40 Euro	85.214.687,04 Euro	93.736.239,84 Euro	102.257.687,52 Euro	110.779.135,20 Euro
TK (2022)	AU-Tage je Fall bei Frauen mit ICD-10 Diagnose Essstörung im Jahr 2021: 105,9 Tage							
Transition nach Steinhausen (2002)	109.884.144,38 Euro	120.872.667,26 Euro	131.861.054,59 Euro	142.849.441,92 Euro	188.004.903,28 Euro	206.805.579,15 Euro	225.606.023,09 Euro	244.406.467,04 Euro

Tabelle 20: Jährliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter bei Essstörung

5.2.4 Gesamtfiskalische Kosten durch Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter

Der Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen zeigt, dass schwere seelische oder psychische Probleme die Teilhabe am Erwerbstätigkeitsleben beeinträchtigt (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021). Im Folgenden sollen entsprechend die gesamtgesellschaftlichen Kosten durch Arbeitslosigkeit bei fortbestehender Angststörung (siehe Tabelle 21), Depression (siehe Tabelle 22) und Essstörung (siehe Tabelle 23) im Erwachsenenalter approximiert werden. Auch für diese Approximation sind keine umfassenden statistischen Analysen möglich, da Daten zu Häufigkeit und Dauer von Arbeitslosenperioden während des Erwerbstätigkeitsalters zu einzelnen Störungsbildern fehlen. Somit werden auch an dieser Stelle multiplikative Schätzungen verwendet.

Aus gesamtfiskalischer Sicht entstehen durch Arbeitslosigkeit einerseits Mehrausgaben der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungsträger. Andererseits führt Arbeitslosigkeit zu einer Verminderung der Einnahmen von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern (Institut für Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (IAQ), 2022). Dies betrifft beispielsweise Beiträge zur Pflege-, Renten- und Krankenversicherung. Schätzungen des IAQ (2022) zu Folge betragen die gesamtfiskalischen Kosten pro Arbeitslosenfall im Jahr 2019 circa 22.300 Euro.

Angststörungen

Tabelle 21 gibt eine Übersicht zur Approximation der jährlichen Kosten bei fortbestehender Angststörung im Erwachsenenalter. Auf Grund der mangelhaften Datenlage zur Bezifferung der Arbeitslosenquote einer Stichprobe von an Angststörungen erkrankten Erwachsenen in Deutschland, wurde auf die Angaben einer Studie aus den USA zurückgegriffen. Die Daten basieren auf dem „National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)“, einer jährlich, face-to-face durchgeführten Befragung der US-amerikanischen Bevölkerung ab dem Alter von 12 Jahren in 50 Staaten und im District of Columbia (Hauptstadt Washington). In den Jahren 2008 bis 2012 wurde ein Teil der Stichprobe der NSDUH-Umfrage ausgesucht, um in einer klinischen Studie, der „Mental Health Surveillance Study (MHSS)“ an Telefoninterviews teilzunehmen (Karg et al., 2014). Dabei wurden klinische Bewertungen bezüglich der Präsenz von ausgesuchten psychischen Erkrankungen vorgenommen. Die Daten von Karg et al. (2014), die in dem vorliegenden Bericht genutzt werden, basieren somit sowohl auf der MHSS-Erhebung als auch auf den NSDUH-Daten für die demografischen Angaben. Die betrachtete Stichprobe umfasste 5.653 Teilnehmende (Karg et al., 2014). Die dort angegebenen Zahlen führen zur Berechnung einer Arbeitslosenquote von 8,07% (Karg et al., 2014). Nachdem in der Angabe zu arbeitslosen Erkrankten jedoch die Anzahl derjenigen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen und gleichzeitig keine Anstellung möch-

ten, sowie die Anzahl derjenigen, die sich in den letzten 30 Tagen nicht aktiv um eine Anstellung bemüht hatten, nicht berücksichtigt ist, bleibt anzunehmen, dass die Arbeitslosenquote unterschätzt ist. Nachdem jedoch konkrete Angaben fehlen, welche Anzahl die beschriebenen nicht berücksichtigten Betroffenen umfasst, lässt sich die Abweichung nicht quantifizieren. Es wird daher in einem alternativen Szenario mit einem Anstieg der Arbeitslosenquote um 20% auf 9,7% gerechnet. Die Kosten belaufen sich unter Berücksichtigung der Transitionsszenarien bei einer Arbeitslosenquote von 8,07% auf Werte zwischen **275.128.257 Euro** (untere Grenze) und **476.031.410 Euro** (obere Grenze). Bei Berücksichtigung einer Arbeitslosenquote von 9,7% liegen die Kosten entsprechend höher zwischen **330.699.411 Euro** (untere Grenze) und **572.181.428 Euro** (obere Grenze).

Depressionen

Die Approximation der jährlichen Kosten durch Arbeitslosigkeit bei bestehender Depression im Erwachsenenalter wird in Tabelle 22 beschrieben. Der "Depressionsbericht Österreich" verweist unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 auf eine Arbeitslosenquote bei Personen mit Depression von 21,2% (Nowotny et al., 2019). Basierend auf dieser Angabe entstehen in Abhängigkeit der berücksichtigten Transitionsraten und Transitionsszenarien jährliche Kosten zwischen **177.249.989 Euro** (untere Grenze) und **542.069.738 Euro** (obere Grenze).

Essstörungen

Tabelle 23 gibt eine Übersicht zur Approximation der jährlichen Kosten bei Arbeitslosigkeit auf Grund fortbestehender Essstörung im Erwachsenenalter. Eine Literaturübersichtsarbeit von Herpetz-Dahlmann et al. (2011) beziffert die Arbeitslosenquote bei Essstörungen auf 25%. Unter Berücksichtigung der Transitionrate nach Steinhausen (2002) ergeben sich unter Berücksichtigung der verschiedenen Transitionsszenarien Kosten zwischen **45.193.403,00 Euro** (untere Grenze) und **58.751.357,00 Euro** (obere Grenze).

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Monk et al. (unv.)	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22
Transition nach Copeland et al. (unv.)	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87
Karg et al. (2014)	Arbeitslosenquote (AL-Quote): 8,07%				Arbeitslosenquote +20%: 9,7%			
	Arbeitslosenfälle N(AL)							
Transition nach Monk et al. (unv.)	16.420,54	18.062,59	19.704,65	21.346,70	19.737,20	21.710,92	23.684,64	25.658,36
Transition nach Copeland et al. (unv.)	12.337,59	13.571,35	14.805,11	16.038,87	14.829,57	16.312,53	17.795,49	19.278,45
IAQ (2022)	Kosten pro Arbeitslosenfall (Bezugsjahr 2019): circa 22.300 Euro							
	Kosten für Arbeitslosenfälle bezugnehmend auf Kosten pro AL-Fall des Jahres 2019							
Transition nach Monk et al. (unv.)	366.178.042,00 Euro	402.795.757,00 Euro	439.413.695,00 Euro	476.031.410,00 Euro	440.139.560,00 Euro	484.153.516,00 Euro	528.167.472,00 Euro	572.181.428,00 Euro
Transition nach Copeland et al. (unv.)	275.128.257,00 Euro	302.641.105,00 Euro	330.153.953,00 Euro	357.666.801,00 Euro	330.699.411,00 Euro	363.769.419,00 Euro	396.839.427,00 Euro	429.909.435,00 Euro

Tabelle 21: Approximation jährliche Kosten Arbeitslosigkeit bei Angststörungen

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67
Nowotny et al. (2019)	Arbeitslosenquote (AL-Quote): 21,2%			
	Arbeitslosenfälle N(AL)			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	7.948,43	8.742,65	9.536,86	10.331,08
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	18.698,51	20.568,36	22.438,21	24.308,06
IAQ (2022)	Kosten pro Arbeitslosenfall (Bezugsjahr 2019): circa 22.300 Euro			
Kosten für Arbeitslosenfälle bezugnehmend auf Kosten pro AL-Fall des Jahres 2019				
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	177.249.989,00 Euro	194.961.095,00 Euro	212.671.978,00 Euro	230.383.084,00 Euro
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	416.976.773,00 Euro	458.674.428,00 Euro	500.372.083,00 Euro	542.069.738,00 Euro

Tabelle 22: Approximation jährliche Kosten Arbeitslosigkeit bei Depression

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Steinhausen (2002)	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35
Herpertz-Dahlmann et al. (2011)	Arbeitslosenquote (AL-Quote): 25%			
	Arbeitslosenfälle N(AL)			
Transition nach Steinhausen (2002)	2026,61	2229,27	2431,93	2634,59
IAQ (2022)	Kosten pro Arbeitslosenfall (Bezugsjahr 2019): circa 22.300 Euro			
Kosten für Arbeitslosenfälle bezugnehmend auf Kosten pro AL-Fall des Jahres 2019				
Transition nach Steinhausen (2002)	45.193.403,00 Euro	49.712.721,00 Euro	54.232.039,00 Euro	58.751.357,00 Euro

Tabelle 23: Approximation jährliche Kosten Arbeitslosigkeit bei Essstörung

Zusammenschau der dargestellten Kostendaten

Für die Gesundheitskosten im Kindes- und Jugendalter werden für die ausgewählten psychiatrischen Krankheitsbilder bei der konservativen Annahme, dass 25 Prozent der zusätzlichen Neuerkrankungen pandemiebedingt sind, zusätzliche Kosten in Höhe von 32.317.663 Euro geschätzt. Wird davon ausgegangen, dass 100 Prozent der zusätzlichen Neuerkrankungen pandemiebedingt sind, liegen die geschätzten zusätzlichen Kosten durch die Pandemie bei 129.270.653 Euro. Diese Kostenschätzung basiert auf dem Zeitraum der ersten beiden Pandemiejahre 2020 und 2021, also auf 2 Jahren.

Die zusätzlichen jährlichen pandemiebedingten Gesundheitskosten im Erwachsenenalter werden aus der Kombination der in Kapitel 5.3 dargestellten Transitionsraten und den Kostendaten GWQ-Versicherter ab 18 Jahren für die drei ausgewählten psychiatrischen Krankheitsbilder auf zwischen 161.733.827 Euro (Minimalszenario) und 328.142.795 (Maximalszenario) geschätzt.

Die Approximation der jährlichen pandemiebedingten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter berechneten Ausfall an Bruttowertschöpfung auf Basis der Transitionsdaten und den Schätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA, 2022). Die Kosten werden über die drei Krankheitsbilder hinweg auf zwischen 2.096.816.678,00 Euro (Minimalszenario) und 4.070.459.473,00 Euro (Maximalszenario) jährlich geschätzt.

Die zusätzlichen pandemiebedingten Kosten durch Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter – basierend auf den hier dargestellten Transitionsdaten und Daten des Instituts für Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen (IAQ) – werden für die drei ausgewählten psychiatrischen Krankheitsbilder auf zwischen 553.142.803,00 Euro (Minimalszenario) und 1.173.002.523,00 Euro (Maximalszenario) pro Jahr geschätzt (sh. Tabelle 24).

Gesundheitskosten Kinder und Jugendliche (Inzidenzansatz/ 2 Jahre: 2020 und 2021)		
	Min	Max
Angststörung	10.792.396,00 Euro	43.169.583,00 Euro
Depression	11.472.709,00 Euro	45.890.836,00 Euro
Essstörung	10.052.558,00 Euro	40.210.234,00 Euro
Gesamt	32.317.663,00 Euro	129.270.653,00 Euro
Gesundheitskosten Erwachsene (1 Jahr)		
Angststörung	112.140.629,90 Euro	194.027.493,10 Euro
Depression	39.610.546,41 Euro	121.137.851,20 Euro
Essstörung	9.982.650,91 Euro	12.977.451,11 Euro
Gesamt	161.733.827,20 Euro	328.142.795,40 Euro
Kosten durch Arbeitsunfähigkeit (Ausfall Bruttowertschöpfung) (1 Jahr)		
Angststörung	1.514.689.668,51 Euro	2.620.740.043,30 Euro
Depression	394.122.106,08 Euro	1.205.312.963,04 Euro
Essstörung	188.004.903,28 Euro	244.406.467,04 Euro
Gesamt	2.096.816.678,00 Euro	4.070.459.473,00 Euro
Kosten durch Arbeitslosigkeit (1 Jahr)		
Angststörung	330.699.411,00 Euro	572.181.428,00 Euro
Depression	177.249.989,00 Euro	542.069.738,00 Euro
Essstörung	45.193.403,00 Euro	58.751.357,00 Euro
Gesamt	553.142.803,00 Euro	1.173.002.523,00 Euro

Tabelle 24: Kostenübersicht der unterschiedlichen Bereiche

Die hier zusammengefassten Kosten für die drei untersuchten Krankheitsbilder umfassen auch Teile der Folgekosten von Kindeswohlgefährdung im Erwachsenenalter.

Interpretation der Ergebnisse und Limitationen

Alle approximierten Werte sind grobe Näherungen, die auf aktuell verfügbaren Daten basieren. Sämtliche verwendete Daten stammen aus verschiedenen Datenquellen bzw. Datensätzen und haben somit keinen originären Zusammenhang. Die Gesamtkosten für alle Versorgungsbereiche sind folglich mit Vorsicht zu interpretieren, da die einzelnen zur Approximation herangezogenen Werte jeweils selbst

zahlreichen Annahmen und Limitationen unterliegen. Für eine präzisere Kostenschätzung wären statistische Modellierungen zu Krankheitsverläufen über die Lebenszeit, die damit kausal in Verbindung stehenden Arbeitsunfähigkeitstage sowie Arbeitslosigkeitsperioden notwendig, die auf Grund der aktuellen Datenlage nicht möglich sind. Darüber hinaus werden die Kosten im Erwachsenenalter erst in mehreren Jahren bzw. Jahrzehnten anfallen, da die Betroffenen zum aktuellen Zeitpunkt noch Kinder und Jugendliche sind. Je nach Inflationsentwicklung werden sich somit auch die Kosten verändern, so dass schon zum jetzigen Zeitpunkt unter Verwendung der aktuellen Kostengrößen von einer Unterschätzung ausgegangen werden kann. Darüber hinaus wurden die Folgekosten auf Basis der Transitionsraten von Krankheitsbild zu Krankheitsbild, also bspw. von Depression im Kindes- und Jugendalter zu Depression im Erwachsenenalter berechnet. Da auch Transitionen von Depressionen im Kindes- und Jugendalter zu anderen psychischen Krankheitsbildern im Erwachsenenalter vorkommen (vgl. Tabelle 14), werden die Folgekosten dadurch unterschätzt. Auch fehlen Daten zu Transitionen bei Personen mit komorbiden Krankheitsbildern (z.B. Angststörung und Depression). Diese sind entsprechend nicht berücksichtigt. Durch den Fokus auf die Transition innerhalb des jeweiligen Krankheitsbild mit den beschriebenen Limitationen kann das Aufsummieren innerhalb der Kategorien der Gesundheits-, Arbeitsunfähigkeits- und Arbeitslosigkeitskosten über die drei Krankheitsbilder hinweg als Approximation genutzt werden.

6. Herausforderungen der Folgekostenschätzung im Kontext SGB VIII

Im Rahmen des Projektplans sollten die Kosten psychosozialer Belastungen, die für Kinder und Jugendliche durch die COVID-19 Pandemie entstanden sind, auch auf Basis der anfallenden Kosten im Bereich des Kinder- und Jugendhilfesystems operationalisiert werden. Auch hierfür sollten Kosten für die einzelnen Krankheitsbilder Depression, Angststörung, Essstörung, Adipositas sowie die Folgen von Kindesmisshandlung abgebildet werden. Umfassende Recherchen ergaben, dass keine geeignete Literatur existiert, welche die Zuordnung von Kosten einzelner Hilfen in Deutschland zu den oben genannten Störungsbildern bzw. Folgen von Kindesmisshandlung ermöglicht. Daher wurden in einem nächsten Schritt verfügbare Daten der Kinder- und Jugendhilfe gesichtet und gesammelt. Es sollte anschließend geprüft werden, ob auf Basis dieser Daten und unter Berücksichtigung von Inzidenzwerten zu den oben genannten Störungsbildern sowie Fällen von Kindeswohlgefährdung, die Möglichkeit besteht, Kosten für zuordenbare Hilfemaßnahmen zu approximieren. Das Repertoire der Kinder- und Jugendhilfe weist ein vielfältiges Angebotsspektrum zur Unterstützung bei psychosozialen Belastungen wie Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Adipositas auf. Dabei reichen mögliche Hilfemaßnahmen von

niedrigschwelligen bis zu hochschwelligen Angeboten. Ein sehr niedrigschwelliges Angebot nach dem achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) in der Kinder- und Jugendhilfe ist beispielsweise die Förderung der Erziehung in der Familie (Ziegenhain et al., 2022). Dieses Angebot richtet sich überwiegend an Eltern (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2022). In verschiedenen Einrichtungen und durch unterschiedliche Formate (Informationsabende, Kurse, Beratungsstunden, etc.) werden Eltern wissenschaftlich fundiertes Wissen, Tipps und Hinweise über die Erziehung von Kindern in unterschiedlichen Lebensphasen vermittelt (BMFSFJ, 2022). Neben der Stärkung der Erziehungskompetenz ist oft auch die Gesundheitsförderung ein zentrales Thema (BMFSFJ, 2022). Diese beinhaltet auch die Sensibilisierung zur Früherkennung psychischer Belastungen von Kindern und Jugendlichen und Hinweise zur Unterstützung. Die Hilfen zur Erziehung und die Erziehungsberatung sind demgegenüber weiterführende Angebote u.a. für Eltern mit psychisch belasteten Kindern, die im Falle eines intensiveren Unterstützungsbedarfs in Erziehungsfragen in Anspruch genommen werden können (Ziegenhain et al., 2022). Von zentraler Relevanz zur Unterstützung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher im SGB VIII sind die Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung. Alle Kinder und Jugendlichen, deren seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate beeinträchtigt und ihre gesellschaftliche Teilhabe bedroht ist oder solche, die aufgrund einer erwarteten Beeinträchtigung von einer seelischen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe (KVJS, 2023). Unter Hinzunahme eines Arztes oder einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, eine:r Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:in oder eine:r psychologischen Psychotherapeut:in soll der individuelle Unterstützungsbedarf der psychisch belastete Kinder und Jugendlichen festgelegt und geleistet werden (SGB VIII, § 35 a, 2022). Dies kann in ambulanter Form, in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen, durch geeignete Pflegepersonen, in Einrichtungen über Tag und Nacht oder sonstige Wohnformen geleistet werden (SGB VIII, § 35 a, 2022). Demnach sind die Eingliederungshilfen der Kinder- und Jugendhilfe relativ hochschwellige Angebote, die gleichzeitig auch mit den Hilfen zur Erziehung gewährt werden können (SGB VIII, § 35 a, 2022). Auch die sozialpädagogische Familienhilfe kann Unterstützung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche bieten. Da die Hilfe hierbei auf einen längeren Zeitraum angelegt ist und eine intensivere, aufsuchende Art der Betreuung und Begleitung von belasteten Familien erfordert, ist sie ebenfalls ein exemplarisches Beispiel für ein hochschwelliges Angebot in der Kinder- und Jugendhilfe (Ziegenhain et al., 2022).

Um die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zu den einzelnen Störungsbildern zuordnen zu können, sind Daten zur Quantifizierung der Häufigkeiten notwendig. Eine umfassende Literaturrecherche (s.o.) führte jedoch zu dem Ergebnis, dass eine quantifizierbare Zuordnung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen zu einzelnen Störungsbildern nicht verfügbar ist. Somit scheint eine Kostenanalyse für die Störungsbilder Angststörung, Essstörung, Depression und Adipositas auf Basis der Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik nicht möglich, weil die Inanspruchnahme einzelner Hilfemaßnahmen zu den genannten Störungsbildern nicht wissenschaftlich belastbar für alle Formen von Hilfsmaßnahmen zuordenbar ist. Exemplarisch kann dies so nachvollzogen werden: Zwar kann der Kinder- und Jugendhilfestatistik entnommen werden, welche Art der Hilfe in einem Beobachtungsjahr wie oft gewährt wurde (z.B. Eingliederungshilfen bei (drohender) seelischer Behinderung, sozialpädagogische Familienhilfe, Hilfen zur Erziehung, etc.) und auch welche persönlichen Merkmale den Hilfeempfänger:innen sind (z.B. Alter, wirtschaftliche Situation, etc.) zuzuordnen sind (Statistisches Bundesamt, 2021a). Es werden sogar auch die Gründe für die Hilfgewährung statistisch dargestellt, darunter z.B. „Gefährdung des Kindeswohls“ und auch „Entwicklungsauffälligkeiten/seelische Probleme des jungen Menschen“ (vgl. ebd., S. 44). Die letztere Kategorie verdeutlicht, dass psychische Belastungen in der Kinder- und Jugendhilfestatistik demnach nur allgemein erhoben werden, was die Zuordenbarkeit einer Hilfgewährung und deren Kosten zu einem einzelnen Störungsbild, wie einer Angststörung oder einer Depression nicht möglich macht.

Auf Grund einer differenzierteren Aufschlüsselung der Hilfeleistungen im Bereich Kindeswohlgefährdung in Rahmen der Kinder- und Jugendhilfestatistik, folgte eine Fokussierung auf eine Kostenanalyse in diesem Bereich. Nach einer ersten Sichtung schien jedoch die direkte Zuordenbarkeit der Hilfemaßnahmen zu einzelnen Kostenstellen fraglich. Diese Herausforderung wurde im Rahmen eines Expertenworkshops¹⁷ (am Deutschen Jugendinstitut im Dezember 2022), der sich mit der Umsetzung einer Neuauflage der „Deutschen Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr – kein(e) Trauma(kosten) mehr?“ (Habetha et al., 2012) aus dem Jahr 2012 beschäftigte, diskutiert. Nachdem eine Neuauflage der Traumafolgekostenstudie ähnliche Analysebereiche beinhalten würde, war die Problematik der Ermittlung von Kosten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe in dieser Diskussionsrunde bekannt. Unter den anwesenden Experten aus u.a. den Bereichen Gesundheitsökonomie und Kinderschutz bestand

¹⁷ Beteiligung von Expert:innen aus unterschiedlichen Disziplinen wie z.B. Kinderschutz, Psychische Gesundheit, Gesundheitsökonomie, Ökonomie, Quantitative Methoden.

schnell Konsens darüber, dass eine eindeutige Zuordnung von Kosten zu einzelnen Hilfemaßnahmen unter Verwendung der Daten aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik nicht möglich ist und auch darüber hinaus keine geeigneten Datenquellen existieren. Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch eine Expertise zu Kosten und Nutzen Früher Hilfen, die bezüglich einer möglichen Folgekostenberechnung bei Kindeswohlgefährdung beschreibt, dass die Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik keine fallbezogene Erfassung aufweisen und damit auch die Abbildung von Hilfeverläufen sowie deren Kosten auf Grund der fehlenden Information nicht möglich ist (Meier-Gräwe & Wagenknecht, 2011).

Die Daten der Kinder- und Jugendhilfestatistik bilden die Anzahl der Verfahren zu akuten und latenten Kindeswohlgefährdungen nach Jahren ab (siehe Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe des Statistischen Bundesamtes (Destatis) von 2015 bis 2022) (Statistisches Bundesamt, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021b, 2022). Seit dem Jahr 2018 zeigt sich eine starke Zunahme der Verfahren (siehe graue Datenlinie in Abbildung 10). Diese bricht jedoch im zweiten Jahr der Covid-19 Pandemie 2021 ab bzw. zeigt rückläufige Zahlen. Ob sich hier ein Wendepunkt abzeichnet oder möglicherweise ein Anstieg des Dunkelfeldes bzw. unerkannter Kinderschutzfälle vorliegt, kann den Daten aktuell nicht entnommen werden (Statistisches Bundesamt, 2022). Sollte sich der ansteigende Trend aus dem Jahr 2018 allerdings auch in den Jahren 2021 sowie 2022 fortgesetzt haben (siehe blaue Linie in Abbildung 10), dürften die zukünftigen Kosten für die Kinder- und Jugendhilfe, die durch die Diskrepanz zwischen gemeldeten und tatsächlichen Fällen entstehen, deutlich höher ausfallen als über die aktuelle Statistik abgebildet. Eine Erhebung von Daten zu Gefährdungseinschätzungen durch Jugendämter im Zeitraum von Mai 2020 bis März 2021 gibt in dieser Hinsicht Anhaltspunkte für einen Anstieg der bearbeiteten Verfahren um 9% verglichen mit diesem Zeitraum im Jahr 2019 (Erdmann & Mühlmann, 2021).

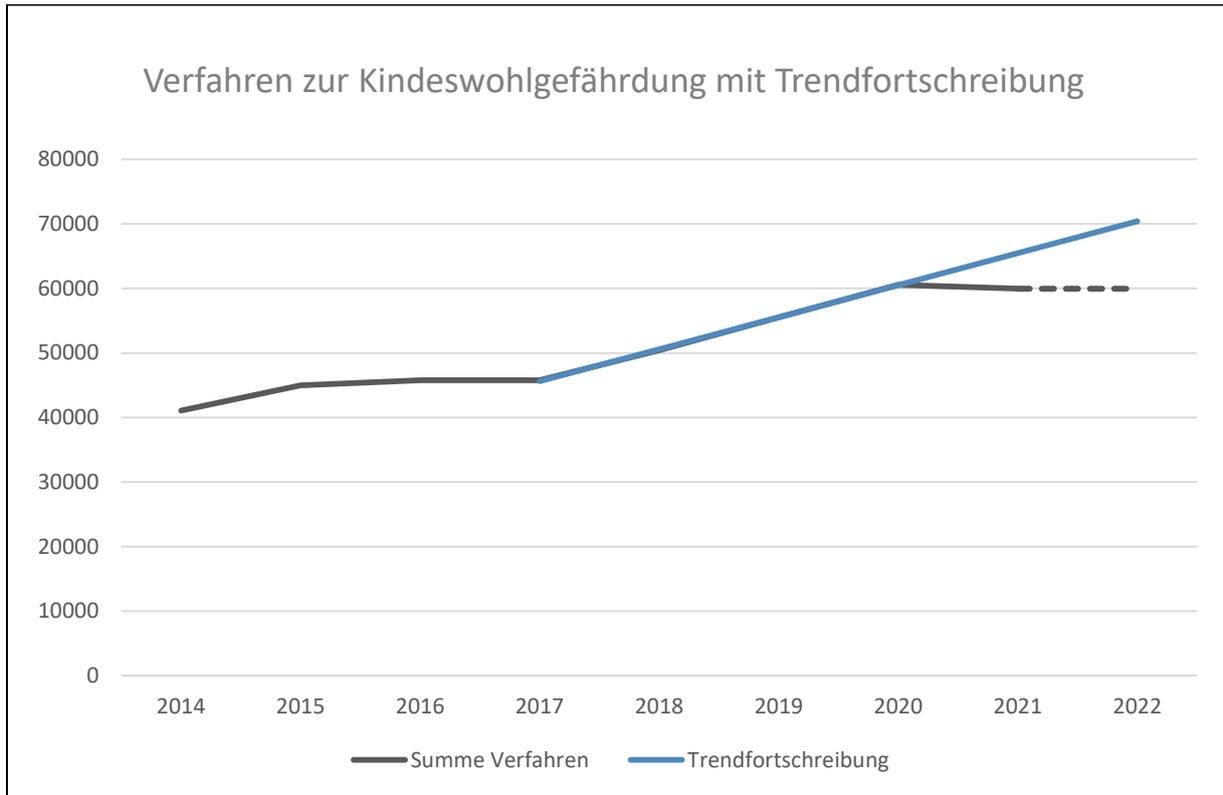


Abbildung 10: Summe der akuten und latenten Verfahren zu Kindeswohlgefährdungen nach Jahren mit Trendfortschreibung (Anmerkung: für das Jahr 2022 liegen zum Zeitpunkt der Erstellung noch keine Daten vor; Quelle: Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe 2015-2022; Statistisches Bundesamt)

7. Diskussion und Ableitung von Handlungsempfehlungen

Zwar ist eine Abschätzung der gesamtgesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie durch Datenlücken noch erschwert. So wird sich bspw. erst in den nächsten Jahren zeigen, ob durch die Pandemie Kinder und Jugendliche mit Angststörungen und Depressionen auch im Erwachsenenalter deutlich häufiger als bisherige Generationen unter den psychiatrischen Krankheiten leiden. Für das politische Handeln und für die möglichst frühe Vermeidung irreversibler Belastungen (vgl. Deutscher Ethikrat, 2022) sind aber jetzt – im Sinne einer ausgleichenden Generationengerechtigkeit – Hinweise auf das erwartbare Szenario unbedingt erforderlich. Insofern werden hier, auf der Basis aller verfügbaren, in der Expertise dargestellte Quellen, Schätzungen zu den sich abzeichnenden immensen gesamtgesellschaftlichen Folgekosten dargestellt – sowohl in Kindheit und Jugend als auch im Erwachsenenalter. Da bei der Modellierung von Kostenfolgen verschiedene Annahmen unterstellt wurden, die nicht oder nur ungenügend empirisch untermauert werden konnten, wird für die Schätzungen zu Kostenfolgen stets eine Bandbreite möglicher Kosten angegeben, die eine untere Grenze und eine obere Grenze umfassen. Kostenfolgen werden für die psychiatrischen Krankheitsbilder der Angststörungen, Depressionen und Essstörungen beschrieben. Diese Krankheitsbilder sind – sowohl im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter – zu bedeutsamen Anteilen mit den Folgen der Erfahrung von Kindesmisshandlung verknüpft (Braithwaite et al., 2017; Gallo et al., 2018; Gardner et al., 2019; Humphreys et al., 2020; Li et al., 2016) und enthalten damit auch einen entscheidenden Teil der Schätzung von Kostenfolgen bei Kindeswohlgefährdung. Beschrieben werden nachfolgend die Gesundheitskosten im Kindes- und Jugendalter, Gesundheitskosten im Erwachsenenalter, volkswirtschaftliche Kosten im Erwachsenenalter durch Arbeitsunfähigkeit und gesamtfiskalische Kosten durch Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter.

Gesundheitskosten im Kindes- und Jugendalter

Ein Zugang zur Schätzung der Gesundheitskosten im Kindes- und Jugendalter umfasst die Daten zu den Neuerkrankungen (Inzidenzen) der Krankheitsbilder Angststörungen, Depressionen und Essstörungen. Ein anderer, umfangreicherer Zugang berücksichtigt die Prävalenz, d.h. neben den Neuerkrankungen auch pandemiebedingte Auswirkungen auf bereits Erkrankte. Im Maximalszenario werden für den Prävalenzzugang Kosten von 27.526.540,60 € geschätzt (vgl. Abschnitt 5.5). Die Schätzungen konnten auf Basis der dokumentierten resp. erfassten Prävalenzen erfolgen. Diese sind im Vergleich zu den Prävalenzen vor der COVID19-Pandemie im zugrundeliegenden Datensatz in den Jahren 2020 und 2021 nicht angestiegen, die Schätzungen der Kostenfolgen fallen tiefer als im nachfolgend beschriebenen

Zugang über die Neuerkrankungen aus. Die tatsächliche Prävalenz wird aber wohl unterschätzt, da auch durch den teils eingeschränkten Zugang zum Gesundheitssystem aufgrund von Hygienemaßnahmen und der Fokussierung auf die Behandlung von COVID19-Patienten die Erfassung von Diagnosen zu den psychiatrischen Krankheitsbildern verschleppt wurden. Für die kommenden Jahre sind daher „Nachholeffekte“ aufgrund verschleppter Diagnosen und damit assoziierte Kostensteigerungen zu erwarten. Zwar lassen sich für die Prävalenzen die Kosten während und vor der Pandemie vergleichen, sollen jedoch die Folgekosten für das Erwachsenenalter abgeleitet werden, lassen sich die pandemie-spezifischen Effekte auf die Kosten durch den Zugang über die Inzidenzen deutlich besser abbilden, da diese ausschließlich die Neuerkrankungen umfassen. Eine Annäherung auf Basis von Prävalenzen würde Krankheitsfälle aus Vorjahren miterfassen. Deshalb und da die tatsächliche Prävalenz durch Verschleppung von Diagnosen vermutlich unterschätzt wurde, wird für die Modellierung der Kosten im Erwachsenenalter der Ansatz über die Neuerkrankungen verwendet.

Zwar ist empirisch nicht belegt, welcher Anteil der Neuerkrankungen (Inzidenzen) kausal auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen ist, jedoch wurden selbst bei der konservativen Annahme, dass lediglich 25 Prozent der zusätzlichen Neuerkrankungen pandemiebedingt sind, als untere Grenze zusätzliche Gesundheitskosten für die drei Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen in Höhe von 32.317.663 Euro berechnet. Als obere Grenze wird das Szenario berücksichtigt, dass 100 Prozent der Neuerkrankungen auf COVID-19 zurückzuführen sind. Die pandemiebedingten Kosten im Gesundheitsbereich für die ausgewählten psychiatrischen Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter werden in diesem Szenario auf 129.270.653 Euro geschätzt. Plausibler scheint ein Wert zwischen den beiden Extremszenarien, etwa die Annahme, dass 50 Prozent der im Vergleich zu 2019 zusätzlichen Neuerkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind. Hier belaufen sich die Kostenschätzungen auf 96.952.990 Euro.

Zum besseren Verständnis wird die Erweiterung der Kostenfolgen im Erwachsenenalter grafisch beispielhaft dargestellt (vgl. Abbildung 11). Die berechneten Kosten für die jeweiligen Bereiche werden nachfolgend schriftlich zusammengefasst.

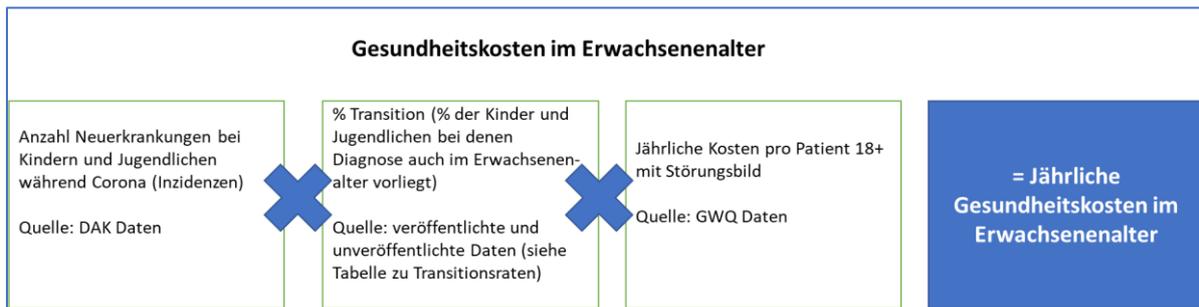


Abbildung 11: Approximation der Gesundheitskosten im Erwachsenenalter.

Gesundheitskosten im Erwachsenenalter

Entscheidend für die Schätzung der Gesundheitskosten im Erwachsenenalter sind die Transitionsraten, d.h. die Beschreibung jenes Anteils an Personen, die in der Kindheit/Jugend ein entsprechendes Krankheitsbild aufwiesen und auch im Erwachsenenalter weiterhin darunter leiden. Noch fehlen für diese Transitionsraten belastbare deutsche Daten und Daten dazu, ob und wie sich die Transitionsraten im Kontext der COVID19-Pandemie verändert haben. Daher wird für die untere Grenze der Kostenfolgen von gleichbleibenden Transitionsraten wie vor der Pandemie ausgegangen. Für die obere Grenze wird eine Steigerung der Transitionsraten um 30% angenommen, da die „Verschleppung“ der Behandlung psychischer Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko der Chronifizierung einhergeht. Für Angststörungen ergeben sich unter dieser Annahme durch die COVID-19 jährliche Kosten zwischen 112.140.630 Euro (untere Grenze) und 194.027.493 Euro (obere Grenze). Noch umfangreicher ist die modellierte Zunahme bei Depressionen: Die jährlichen Gesundheitskosten belaufen sich auf Werte zwischen 39.610.546,41 Euro (untere Grenze) und 121.137.851,20 Euro (obere Grenze). Auf Grund von Chronifizierung kann über die weitere Lebensspanne mit zusätzlichen 5-Jahreskosten in einem Bereich zwischen 118.831.639 Euro (untere Grenze) und 363.413.554 Euro (obere Grenze) gerechnet werden. Auch für die Essstörungen ergeben sich zusätzlich Kosten im Milliardenbereich: Hier werden jährliche Kosten zwischen 9.982.650,91 Euro (untere Grenze) und 12.977.451,11 Euro (obere Grenze) geschätzt. Für alle Krankheitsbilder zusammen ergeben sich damit jährliche Kosten von 161.733.827 Euro als untere Grenze und 328.142.795 Euro als obere Grenze.

Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit im Erwachsenenalter

Hier werden zwei Zugänge zu Kosten berücksichtigt, einmal die Produktionsausfallkosten anhand der Lohnkosten je Arbeitsunfähigkeitstag, dazu, als zweite Modellierung der Ausfall an Bruttowertschöpfung. Die berechneten Werte für den Ausfall an Bruttowertschöpfung liegen meist fast doppelt so hoch

wie jene für die Produktionsausfallkosten. Im Sinne einer übersichtlichen, knappen Darstellung werden hier die höheren Kosten für den Ausfall an Bruttowertschöpfung berichtet. Sie liegen für Angststörungen bei jährlich 1.514.689.669 Euro (untere Grenze) und 2.620.740.043 Euro (obere Grenze), bei Depressionen jährlich zwischen 394.122.106 Euro (untere Grenze) und 1.205.312.963 Euro (obere Grenze) und für Essstörungen bei einem Ausfall an Bruttowertschöpfung jährlich zwischen 188.004.903 Euro (untere Grenze) und 244.406.467 Euro (obere Grenze). Über die drei Krankheitsbilder hinweg ergeben sich damit zusätzliche, pandemiebedingte Kosten von 2.096.816.678 Euro (untere Grenze) und 4.070.459.473 Euro (obere Grenze) pro Jahr.

Gesamtfiskalische Kosten durch Arbeitslosigkeit im Erwachsenenalter

Für die gesamtgesellschaftliche Perspektive sind neben den Kosten durch Arbeitsunfähigkeit die Kosten durch Arbeitslosigkeit entscheidend. Gesamtfiskalisch entstehen durch Arbeitslosigkeit sowohl Mehrausgaben der öffentlichen Haushalte und der Sozialversicherungsträger. Sie führt darüber hinaus auch zu einer Verminderung der Einnahmen von Sozialversicherungsbeiträgen und Steuern. Für den Wert einer Arbeitslosenquote von 9,7% bei Angststörungen fallen jährliche Kosten zwischen 330.699.411 Euro (untere Grenze) und 572.181.428 Euro (obere Grenze) an. Für Depressionen werden jährliche Kosten zwischen 177.249.989 Euro (untere Grenze) und 542.069.738 Euro (obere Grenze) berechnet; für Essstörungen schließlich Kosten zwischen 45.193.403 Euro (untere Grenze) und 58.751.357 Euro (obere Grenze) pro Jahr. Aufsummiert ergibt das jährlich zusätzliche Kosten zwischen 553.142.803 Euro (untere Grenze) und 1.173.002.523 Euro (obere Grenze).

Die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten durch Belastungen in der Kindheit und Jugend durch die psychiatrischen Krankheitsbilder der Depression, Angststörungen und Essstörungen und die darin zu einem großen Teil mitenthaltenen Folgen von Kindeswohlgefährdung sind immens. Zusätzlich zu Gesundheitskosten im Kindesalter von maximal 129.270.653,00 Euro und im Erwachsenenalter von maximal 328.142.795,40 Euro sind jährliche Folgekosten durch Arbeitsunfähigkeit von maximal 4.070.459.473,00 Euro und gesamtfiskalische Folgekosten durch Arbeitslosigkeit von maximal 1.173.002.523,00 Euro pro Jahr zu berücksichtigen. Auch wenn von einem Minimalszenario ausgegangen wird, sind die Kosten immer noch hoch bedeutsam: Neben Gesundheitskosten im Kindes- und Jugendalter von 32.317.663,00 Euro sowie im Erwachsenenalter von 194.051.490,20 Euro pro Jahr sind Folgekosten durch Arbeitsunfähigkeit von 2.096.816.678,00 Euro pro Jahr und gesamtfiskalische jährliche Folgekosten durch Arbeitslosigkeit von 553.142.803,00 Euro zu berücksichtigen (Tabelle 25).

	Min	Max
Gesundheitskosten Kinder und Jugendliche (Inzidenzansatz/2020 und 2021)		
Gesamt	32.317.663,00 Euro	129.270.653,00 Euro
Gesundheitskosten Erwachsene (1 Jahr)		
Gesamt	161.733.827,20 Euro	328.142.795,40 Euro
Kosten durch Arbeitsunfähigkeit (Ausfall Bruttowertschöpfung) (1 Jahr)		
Gesamt	2.096.816.678,00 Euro	4.070.459.473,00 Euro
Kosten durch Arbeitslosigkeit (1 Jahr)		
Gesamt	553.142.803,00 Euro	1.173.002.523,00 Euro

Tabelle 25: Kostenübersicht der unterschiedlichen Bereiche

Da die approximierten Kosten auf unterschiedlichen Versorgungssystemen und Analyseebenen beruhen, sind zur Einordnung und Interpretation deren Relationen und Bezugsgrößen von Bedeutung. Träfe bspw. für zusätzliche jährliche pandemiebedingte Kosten durch Arbeitslosigkeit bei den drei Krankheitsbildern Angststörungen, Depressionen und Essstörungen die obere Grenze von 1.173.002.523 Euro zu, entspräche das 0,3% des deutschen Bruttoinlandprodukts von 2022 (Statistisches Bundesamt, o.D.) bei einer unteren berechneten Grenze von 553.142.803 Euro entspräche das immer noch 0,14% des deutschen Bruttoinlandprodukts von 2022. Und das ist lediglich ein Teil der berechneten, gesamtgesellschaftlichen Folgekosten. Damit werden durch akute Corona-spezifische Belastungen der Kinder und Spätfolgen hiervon Deutschland Kosten entstehen, die nicht nur aus ethischen Überlegungen stärker vermieden werden sollte, sondern auch in einer der wirtschaftsstärksten Nationen keinen unbedeutenden Umfang einnehmen.

Die hier zusammengefassten wichtigsten Erkenntnisse zu Kostenfolgen werden im Folgenden mit einem Abschnitt zu den Ergebnissen der systematische Literaturübersichten sowie den Herausforderungen und Datenlücken im Kontext Kinder- und Jugendhilfe ergänzt. Anschließend werden in einem Ausblick übergreifende Erkenntnisse formuliert und mit Empfehlungen verknüpft.

7.1 Systematische Literaturübersichten zu psychosozialen Belastungen, Kindeswohlgefährdung und Kostenfolgen im Kontext der Pandemie

Im Rahmen von zwei systematischen Literaturübersichten wurde ein Überblick zu psychosozialen Belastungen und Kindeswohlgefährdung im Kontext der Pandemie gegeben. Im Bereich der Kindeswohlgefährdung wurden insgesamt 157 Studien identifiziert von denen 6 Artikel als relevant eingeschlossen

wurden. Im Themenbereich der psychosozialen Belastungen wurden insgesamt 771 Studien identifiziert, von welchen final 36 Studien als relevant in die Übersicht eingeschlossen wurden. Ein Großteil dieser Studien sind systematische Literaturreviews und Meta-Analysen, die sich meist auf die Aggregation von Studien zu Daten einzelner Länder wie z.B. China, USA oder Spanien beziehen. Die meisten Analysen fokussieren dabei Symptomatik von Angststörungen und Depression. Studien zu diagnostizierten Erkrankungen waren hingegen kaum vorhanden. Dabei zeigte sich durchgängig, dass sowohl Angstsymptomaten als auch depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie angestiegen sind. Darüber hinaus gibt es empirische Studien explizit aus Deutschland, die sich mit Anstiegen psychosozialer Belastungen (Ravens-Sieberer et al., 2021, 2022) und auch diagnostizierten psychischen Erkrankungen (Witte et al., 2021; 2022) bei Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie befassen, welche die Ergebnisse der vorliegenden systematischen Literaturrecherche stützen. Allerdings können innerhalb dieses Abschnitts nur die Ergebnisse der Studien dargestellt werden, die durch die abgestimmte Suchwortkombination der systematischen Literaturrecherche (vgl. Abschnitt 3.2.1) und festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien identifiziert wurden. Vergleichsweise wenige Studien beziehen sich auf Bewegungsmangel oder Übergewicht. Studien zu Essstörungen waren in den als relevant identifizierten Artikeln nicht enthalten. Kritisch ist zudem festzuhalten, dass eine Vielzahl der Studien auf Fremdbereichten z.B. der Eltern, kaum jedoch auf Basis von Selbstberichten Jugendlicher beruht. Aus methodischer Sicht werden häufig ausschließlich Prävalenzdaten bzw. Trends berichtet, kaum jedoch kausale Zusammenhänge mit der COVID-19 Pandemie sowie den damit einhergehenden Regularien zur Beschränkung der Verbreitung. Hinsichtlich der Studien zu Kindeswohlgefährdung zeigt sich ein Anstieg der Fälle nur bei Daten aus nicht offiziellen bzw. nicht behördlicher Erfassung wie z.B. Hilfetelefonen. Bei offiziellen Daten zu Kindesmisshandlung hingegen war während der Pandemie oft eine Stagnation oder ein Rückgang der Fälle zu verzeichnen.

In zwei weiteren systematischen Literaturübersichten wurden Kostenfolgenstudien zu den fokussierten psychosozialen Belastungen sowie Misshandlungs-, Missbrauchs- und Gewalterfahrung im Kindes- bzw. Jugendalter dargestellt. Die systematische Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken wurde durch Recherchen zu grauer Literatur ergänzt. Die Notwendigkeit dazu ergab sich einerseits durch die geringe Trefferanzahl im Bereich der wissenschaftlichen Datenbanken und andererseits durch die Rechercheerfahrungen zur Erstellung des Zwischenberichtes, bei der sich gezeigt hat, dass z.B. Daten von Krankenkassen häufig in Berichten verfasst und nicht in wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht

sind. Die final eingeschlossenen Artikel bestätigten diesen Eindruck – so konnten mehr relevante Artikel aus der Recherche zur grauen Literatur eingeschlossen werden als aus den Treffern in wissenschaftlichen Datenbanken. Die als relevant kategorisierten Artikel bezogen sich dabei häufig auf Essstörungen und Übergewicht. Hinsichtlich der analysierten Kosten unterscheiden sich die Artikel meist hinsichtlich zweier Schwerpunkte: Einerseits werden die direkten Gesundheitskosten zur Behandlung der Krankheitsbilder kalkuliert, andererseits werden Kostenschätzungen auf gesellschaftlicher bzw. sozialer Ebene in Lebenszeitbetrachtung durchgeführt. Ein Teil der Studien wurde dabei ohne Vergleichsgruppe durchgeführt, sodass die Interpretation der Kosten als Mehr- bzw. Folgekosten in diesen Fällen nicht möglich ist. Insgesamt zeigt sich aber, dass durch die fokussierten psychischen Krankheitsbilder sowie durch Kindesmisshandlung hohe Folgekosten für die Betroffenen wie auch die Gesellschaft entstehen, die im Kontext der Pandemie noch verstärkt wurden.

7.2 Datenlücken im Kontext Kindeswohlgefährdung und Kinder- und Jugendhilfe

In einer Expertise für den Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs weisen Jud und Kindler (2022) auf die ungenügenden Daten zur Häufigkeit von bekannt gewordenem sexuellem Missbrauch in unterschiedlichen Versorgungsfeldern hin, die sich nahezu identisch auch auf die weiteren Formen der Kindeswohlgefährdung übertragen lassen. Die Datenlücken zu Kosten im Bereich der Kindeswohlgefährdung, die durch Abklärung, Interventionen und präventive Maßnahmen sind nahezu desaströs: Umfangreiche Recherchen zum Thema und ein im Zeitraum der Studie erfolgreicher Workshop am Deutschen Jugendinstitut DJI zum Thema der Kosten von Kindeswohlgefährdung mit umfangreicher nationaler Expertise zum Thema bestätigen das nahezu vollständige Fehlen verlässlicher Kostendaten, welches über Sozialbudgets von Ländern und Kommunen hinausgeht und eine Analyse des Anteils der Kosten von Kindeswohlgefährdung zulässt. Ebenso lassen sich keine Kosten im Kontext der Kinder- und Jugendhilfe eruieren, welche mit Hilfen und Unterstützung bei kinderpsychiatrischen Störungsbildern wie Angststörungen, Depressionen oder Essstörungen verknüpft wären. Es fehlen Daten zur Zuordnung der Inanspruchnahme von Hilfemaßnahmen bei einzelnen Störungsbildern, zur Häufigkeit der Inanspruchnahme einzelner Unterstützungsleistungen im Verlauf der Erkrankung und zur Entwicklung des Störungsbildes nach Inanspruchnahme. Bei Empfehlungen zur Erfassung von Kostenfolgen im Kontext Kindeswohlgefährdung und Kinder- und Jugendhilfe ist dabei auch mit Widerstand gegen „Ökonometrie“ und die finanzielle Vermessung des Leids von Kindern zu rechnen. Selbstverständlich muss sich Kinderschutz primär am Wohl der Kinder messen lassen und an dessen

Ziel, Kinder vor (weiterer) Misshandlung zu schützen. Das bessere Verständnis von Kostenfolgen als sekundärem Ziel kann aber zum primären Ziel eines verbesserten Kindeswohls beitragen, indem bspw. die enormen Kostenfolgen durch Kindeswohlgefährdung identifiziert werden und aufgezeigt werden könnte, dass selbst bei umfangreichen Investitionen in verbesserte Prävention und Intervention die Kostenreduktion deutlich und nachhaltig ist. Dies kann als ein mitunter entscheidendes Argument für Investitionen in den Kinderschutz in der Kommunikation mit politischen Entscheidungsträger:innen genutzt werden. Weiterhin kann das verbesserte Verständnis von Kostenfolgen dazu beitragen, in einem ressourcenknappen Feld unter den wirksamen Zugängen auch die kosteneffizienten zu identifizieren, womit mehr Mittel für die Population vulnerabler Kinder als gesamt übrigbleiben. Dies ist nicht zuletzt deshalb entscheidend, da bei knappen Ressourcen Tendenzen bestehen, primär Aufwand in „gute Risiken“ zu investieren, d.h. in Fälle, wo die Fachkräfte mehr Potenzial für eine positive Entwicklung sehen, während Fälle mit einer als ungünstig wahrgenommenen Prognose mit weniger Aufwand bemessen werden (Jud et al., 2011).

Nationale Expert:innen in einem Workshop zu Folgekosten von Kindeswohlgefährdung am DJI im Dezember 2022 waren sich einig, dass ein erster Schritt zu einem besseren Verständnis von Kostenfolgen bei Kindeswohlgefährdung ein national-repräsentativer Survey sein muss, da Schritte zur Anpassung administrativer Daten von umfangreichen, in ihrem Ergebnis schwer abwägbaren Konsultationsprozessen verschiedenster Gremien begleitet werden, die oft auch mehrere Jahre bis hin zu einer tatsächlichen Anpassung in Anspruch nehmen. Eine Verknüpfung von Leistungen im Kontext des Kinderschutzes mit Kosten über einen Survey kann bis dahin wichtige Erkenntnisse zu den oben umrissenen Zielen eines verbesserten Kindeswohl durch Verständnis von Kostenfolgen beitragen.

Gleichzeitig soll eine Anpassung administrativer Daten in Angriff genommen werden. Bis jetzt werden primär Leistungen in Verknüpfungen mit einigen demografischen Angaben standardisiert dokumentiert. Als Voraussetzung der Ermittlung von Folgekosten für Problemlagen von Kindern und Jugendlichen ist es entscheidend besser zu verstehen, mit welchen Leistungen worauf reagiert wird; zu Leistungen wären entsprechend standardisiert die wahrgenommenen Problemlagen zu dokumentieren. Aktuell ist auch die Annäherung an mittlere Kosten pro Fall von Kindeswohlgefährdung über eingesetzte Stellenprozente von Fachkräften nicht standardisiert vorhanden und analysierbar. Zum besseren Verständnis von Bedarfen, zur Beantwortung der Frage, ob die vorhandenen, knappen Ressourcen auch sinnvoll für die bedürftigsten Kinder und Jugendlichen eingesetzt werden ist längerfristig eine Verknüpfung administrativer Daten im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe mit Kosten für Leistungen

anzustreben. Hierzu ist jedoch einiges an Vorarbeit und Überzeugungsarbeit zu leisten. Kosten für Leistungen müssen exploriert, Bandbreiten für übliche Kosten im Bereich der Leistung empirisch ermittelt werden. Sowohl die politischen Entscheidungsträger:innen, vor allem aber auch die Fachkräfte im direkten Kontakt mit den betroffenen Familien müssen vom Nutzen überzeugt sein.

8. Empfehlungen und Ausblick

Der vorliegende Bericht weist – national und international – auf anhaltend hohe und gesteigerte psychosoziale Belastungen bei Kindern und Jugendlichen seit Beginn der Corona-Pandemie hin. So kommt bspw. eine kürzlich erschienene Meta-Analyse von Ludwig-Walz et al. (2022) zum Ergebnis, dass depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen unter 19 Jahren in Europa während der Corona-Pandemie signifikant um 36% angestiegen sind im Vergleich zu vorher. Diese zunehmenden Belastungen bei den Kindern und Jugendlichen sind mit hohen gesamtgesellschaftlichen Kosten verbunden: Zusätzliche, Corona-spezifische Gesundheitskosten von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen in Kindheit und Jugend auf mind. 32 Mio Euro resp. auf bis zu 129 Mio Euro. Bedeutende Anteile dieser psychiatrischen Krankheitsbilder sind auch mit den Folgen von Kindesmisshandlung verknüpft und umfassen damit auch durch diese Form der Gewalt verursachte Kosten. Die Folgen von psychiatrischen Krankheitsbildern und Gewalt im Kindesalter schlagen auch im Erwachsenenalter zu Buche: Für eine Transition der Angststörungen, Depressionen und Essstörungen ins Erwachsenenalter werden für die Gesundheitskosten im Erwachsenenalter mindestens zusätzliche Kosten von 237.759.855 Euro erwartet. Hinzu kommen mindestens erwartete Kosten Ausfall an Bruttowertschöpfung wegen Arbeitsunfähigkeit sowie ein Minimum von jährlich zusätzlichen gesamtfiskalischen Kosten von 553.142.803 Euro durch Arbeitslosigkeit. Die Kosten sind auch wirtschaftlich, im Vergleich zum deutschen Bruttoinlandsprodukt essenziell.

Im Ländervergleich waren die Zunahmen der Belastungen für die Kinder signifikant höher waren, wenn pandemiebedingte Restriktionen strenger waren oder es zu Schulschließungen kam. Unter Berücksichtigung, dass in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Ländern, die pandemiebedingten Restriktionen hinsichtlich Umfang und Strenge deutlich über dem Durchschnitt lagen, ist von einem noch höheren Anstieg als dem in der Meta-Analyse von Ludwig-Walz et al. (2022) berichteten auszugehen. Basierend auf den Abrechnungstagen der GKV (siehe Kapitel 5.2) ist für die untersuchten Krankheitsbilder in den ersten Pandemie Jahren eher eine Unterdiagnostizierung anzunehmen, da die dokumentierten Prävalenzen im Bereich der vorpandemischen Jahre verharrten. Für die Jahre 2022 und 2023 ist jedoch auch unabhängig von der Pandemie basierend auf einer Trendfortschreibung von einem

Prävalenzanstieg auszugehen. Dieser Anstieg wird aufgrund pandemiebedingter Nachholeffekte deutlich stärker ausfallen. Auch mittel- bis längerfristig scheint das Ankommen einer „Bugwelle“ an im Kontext der Pandemie verstärkt aufgetretenen Fällen psychosozialer Belastungen in den Versorgungssystemen zumindest plausibel. Für die hier besprochenen psychischen Krankheitsbilder ist dabei zu beachten, dass sich bei fehlender rechtzeitiger Intervention durch das Gesundheitssystem die Krankheitslast potenziell verstärkt und die Krankheiten sich chronifizieren (Karow et al., 2013). Folglich ist mittel- und längerfristig nicht nur mit einer Zunahme von Fällen, sondern auch mit einer Zunahme an schwereren Fällen psychischer Störungen, höherer Rückfallwahrscheinlichkeit und schlechteren Heilungschance zu rechnen. Damit ist auch mit einer Zunahme der mit diesen Krankheitsbildern verbundenen und aus ihren Funktionseinschränkungen resultierenden Teilhabebeeinträchtigungen zu rechnen. Dies bedeutet, dass bei den zuständigen Reha-Trägern im Kontext einer (drohenden) seelischen Behinderung (d.h. bei Kindern und Jugendlichen nach § 35a SGB VIII bei der Jugendhilfe, bei Erwachsenen im BTHG Kontext SGB IX) deutlich vermehrte Hilfebedarfe auftreten werden. Dazu passt auch die Meldung des Statistischen Bundesamts, dass bereits im Zeitraum von 2009 bis 2019 die gewährten Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung um 156% gestiegen sind (Statistisches Bundesamt, 2021). Vor dem Hintergrund der in Deutschland vergleichsweise restriktiven Corona-Maßnahmen und wiederholten Schulschließungen sollte folglich auch damit gerechnet werden, dass sich der steigende Trend in der Gewährung von Eingliederungshilfen weiter, vermutlich sogar verstärkt, fortsetzt. Auch aus dem Bereich der Kindeswohlgefährdung liegen den Autor:innen aktuell aus verschiedenen Landkreisen Berichte über zunehmend steigende Inobhutnahmen vor, die jedoch erst 2024 in den entsprechenden nationalen Statistiken abgebildet sein werden und in ihrer deutschlandweiten Bedeutsamkeit erst noch zu belegen wären.

Ohnehin muss festgehalten werden, dass – wie auch in den einleitenden Kapiteln ausgeführt – die psychischen Krankheitsbilder der Depression, Angststörungen, Essstörungen sowie die Kindeswohlgefährdung auch präpandemisch weit verbreitet waren.

Insgesamt ist ein politisches Commitment gefordert, nach dem gesamtgesellschaftlichen Fokus auf den Schutz der älteren Generation in den Pandemie Jahren, nun den Fokus ganz eindeutig auf Kindheit und Jugend zu setzen, wie es auch durch die IMA Kindergesundheit (2023) dezidiert und zurecht gefordert wird. Der Nationale Ethikrat hat in seiner Stellungnahme Ende 2022 auch eindeutig auf diese Notwendigkeit im Kontext der Generationengerechtigkeit hingewiesen. Ein entscheidender, weiter zu stärkender Pfeiler ist die Schulsozialarbeit, die im Feld der Schule – dem nur schon zeitlich neben der Familie

bedeutsamsten Kontext des Aufwachsens von Kindern – ein niederschwelliges Angebot sowohl für Formen der Prävention als auch der Früherkennung bietet. Zur Schulsozialarbeit liegt zudem für Deutschland eine durchaus rege Forschungstätigkeit vor, welche auf die Nützlichkeit dieses Angebots verweist (einen zu aktualisierenden Überblick für die Praxis bieten bspw. Speck & Olk, 2010). Weiter ist im Einklang mit der IMA Kindergesundheit (2023) eine Stärkung und ein Ausbau bei den Fachkräften notwendig, da für die verschiedenen Versorgungsbereiche, besonders auch für die Kindertagesbetreuung und die Jugend- und Familienhilfe, das Problem eines ausgeprägten Fachkräftemangels schon jetzt zu erheblichen Einschränkungen führt. Bessere Rahmenbedingungen und längerfristige Jobperspektiven werden als entscheidende Stellschrauben für die Attraktivität von Arbeitsplätzen identifiziert (IMA Kindergesundheit, 2023). Mit dem KiTa-Qualitätsgesetz sind bspw. im Kontext der Kindertagesbetreuung hier bereits Maßnahmen in der Umsetzung. Das KiTa-Qualitätsgesetz soll noch in dieser Legislaturperiode gemeinsam mit den Ländern in ein Qualitätsentwicklungsgesetz mit bundesweiten Standards überführt werden (IMA Kindergesundheit, 2023, S. 22). Weitere im Rahmen der IMA Kindergesundheit konsensuell und interdisziplinär entwickelte Forderungen werden im Ausblick nach Empfehlungen aufgegriffen, die mit Erkenntnissen aus den hier besprochenen Auswertungen verknüpft sind. Verschiedene Beispiele legen in Kombination mit der einleitenden eingeführten „Theorie der kumulativen Ungleichheit“ (Ferraro et al., 2009; vgl. Kapitel 1) nahe, dass sich die Schere zwischen benachteiligt-vulnerablen und mit starken Ressourcen ausgestatteten Familien noch stärker auftun wird, obgleich hier die in den Literaturübersichten zusammengefassten Studien dazu noch keine deutlichen Hinweise geben. Dies mag einerseits mit einer ungenügenden Erfassung der Thematik in den zusammengefassten Studien verknüpft sein, kann andererseits aber zumindest teilweise auch mit einer Selektionsverzerrungen in den untersuchten Stichproben begründet werden: Naheliegenderweise fanden gerade benachteiligte Gruppen mit geringen Ressourcen während der Pandemie viel weniger den Zugang zu Hilfen, da auch die Gatekeeper wie Erzieher:innen, Lehrer:innen und insbesondere Familienhelfer:innen, Schulbegleiter:innen und andere assistenzleistende Berufe durch Restriktionen und Schließungen ganz oder teilweise für längere Zeit ausgefallen sind. Es ist damit zu rechnen, dass diese Fälle nun mit der „Bugwelle“ in den Systemen eintreffen und damit weiter auch zu steigenden Kosten beitragen werden. Armut ist einer der bedeutendsten Faktoren, der auch den Zugang und die Inanspruchnahme von Hilfen im Gesundheitswesen mit beeinflusst. Die als zentrales Vorhaben im Koalitionsvertrag geplante Kindergrundsicherung ist ein notwendiges Instrument, um gerade benachteiligte Familien soweit zu unterstützen, dass sie überhaupt erst wieder die Ressourcen besitzen, um für ihre

Kinder Hilfen bei psychischen Störungen adäquat in Anspruch zu nehmen und Zugang zu den Versorgungssystemen zu finden.

Um den Zugang zu den Versorgungssystemen zu verbessern und um die Versorgungssysteme für psychisch belastete Kinder und Jugendliche insgesamt langfristig zu stärken, müssen die bestehenden Ressourcen, Kapazitäten und Leistungen in den Systemen stärker miteinander verknüpft werden. Da unterschiedliche Sozialsysteme an der Versorgung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher mitwirken, können Schnittstellenproblematiken auftreten, die die Zugangswege zu geeigneten Behandlungsmaßnahmen für Betroffene erschweren. Diese Problematik der unverbundenen Hilfen und Sozialsysteme, die in der Praxis schon lange beklagt wird, wurde auch in der durch die vom BMG beauftragte Bestandsaufnahme und Bedarfsanalyse der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK, 2017), klar beschrieben. Schließlich wurde auf Basis dessen in dem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Weiterentwicklung der Versorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche“ (2022) eine engere Verzahnung und Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer über die Ressortgrenzen hinweg, im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgung, empfohlen. Zentral ist demnach eine gemeinsame Hilfeplanung der beteiligten Systeme, insbesondere des Gesundheitswesens (SGB V) und der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), sowie eine koordinierte und enge Anpassung der Teilhabeleistungen der Kinder- und Jugendhilfe auf die besonderen Bedarfe der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen in Kooperation mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie (APK, 2022). Eine solche Verknüpfung und Kooperation der beiden genannten Sektoren und ihrer Leistungen macht sowohl die Realisierung der im Koalitionsvertrag (2021) forcierten Einführung von Verfahrenslotsen im Sinne der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe im SGB VIII dringend notwendig als auch die der Gesundheitslotsen für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung. Die Lotsen sollten sowohl innerhalb des jeweiligen Sektors Orientierung bieten für Hilfesuchende aber gleichzeitig auch als Lotsen zu anderen Professionen, Angeboten und Leistungen fungieren. Schließlich kann durch eine koordinierte Zusammenarbeit innerhalb eines Sozialsystems eine bedarfsgerechte leistungsträgerübergreifende Kooperation stattfinden und der von der Interministeriellen Arbeitsgruppe Kindergesundheit (2023) empfohlene „Health in all policies“-Ansatz Anwendung finden.

Wir gehen, wie beschrieben, davon aus, dass sich der aus den steigenden Prävalenzen an psychosozialen Belastungen resultierende Bedarf zeitversetzt zeigen wird. Dies ist jedoch, da in der Zukunft liegend, mit den aktuell vorliegenden Daten nur unzureichend abbildbar. Durch die Modellierung von Szenarien, bspw. der Annahme, dass durch die Pandemie eine um 30% gesteigerte Transitionsrate für

den Übergang psychiatrischer Krankheiten vom Kindes- ins Erwachsenenalter angenommen wird, berücksichtigen wir plausible Annahmen und setzen sie in Vergleich zu weiteren möglichen Szenarien. Verantwortungsvolle Politikberatung muss die logischen Konsequenzen aus den erwartbaren Trends und modellierten Kosten aufgreifen, denn es wäre unverantwortlich zu warten bis im weiteren Verlauf, in einigen Jahren, eindeutige Befunde zu den Annahmen vorliegen. Dennoch sind weitere Untersuchungen dringend notwendig, um in den Folgejahren der Pandemie konsequent Folgen zu erfassen, Zusammenhänge zu analysieren und die modellierten Annahmen mit empirischen Daten zu untermauern. Die Datenbasis in Deutschland ist – wie in den vorangehenden Kapiteln umfangreich beschrieben – in vielen Bereichen nicht ausreichend und teilweise auch deutlich unzureichend, um die Frage der Quantifizierung der gesellschaftlichen Kosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie zu beantworten. Eine verbesserte Datenbasis, die bessere Verknüpfung von Daten und die Implementierung von systematischen Monitorings ist für eine valide Schätzung der Folgekosten genauso unabdingbar wie dafür, die Problemlage besser zu verstehen und angemessene Interventionen zu entwickeln. Insofern ist eine der zentralen Empfehlungen dieser Analyse auch jetzt für eine verbesserte Datengrundlage, insbesondere im Bereich der Jugendhilfe, zu sorgen. Die nachfolgend formulierten Empfehlungen greifen in die in Kapitel 7 beschriebene Erkenntnisse und Lücken auf.

Empfehlungen

Die **psychosoziale Belastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist weiterhin hoch**, von einer Steigerung im Kontext der COVID-19 Pandemie ist trotz teilweise eingeschränkt belastbarer Daten auszugehen. Eine Ausweitung der Ressourcen zur Behandlung psychischer Störungen und frühzielgenaue Hilfen bei drohender seelischer Behinderung sind dringend notwendig, um mittel- und langfristige Folgen, insbesondere erhebliche Teilhabedefizite zu minimieren. Eine bessere Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe und die Unterstützung von besonders belasteten Kinder und Jugendlichen und ihren Familien durch entsprechende Lotsen kann, gerade in Benachteiligungssituationen, eine Orientierung im „Hilfeschungel“ erleichtern.

Um belastbare Aussagen zum **kausalen Einfluss der COVID-19 Pandemie** auf die Entwicklung von psychosozialen Belastungen und Kindeswohlgefährdung und damit assoziierten Kosten treffen zu können, sind kausale Forschungsmethoden sowie umfassende Längsschnittdaten erforderlich.

Zur **Abschätzung der Kosten, die durch die Corona-Pandemie für die nächsten Generationen** entstehen, bedarf es (1) der Modellierung von Lebenszeitkosten und (2) einer differenzierten Analyse unter Berücksichtigung von moderierenden Faktoren auf System- sowie Individualebene. So sind für (1) umfassende Daten zu Krankheitsverläufen und Chronifizierungswahrscheinlichkeiten erforderlich. Eine differenzierte Analyse (2) erfordert beispielsweise die Berücksichtigung von pandemiebedingten individuellen Stressfaktoren, wie finanzielle Probleme oder Einsamkeit, auf das Entstehen und den Verlauf von psychischen Störungen. Hierfür sind zeitnahe Weichenstellungen bei der Datenerhebung erforderlich.

Darüber hinaus ist grundsätzlich mehr Forschung zu Kostenfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit und Jugend notwendig. Zur Verringerung der **massiven Datenlücken im Kontext der Kosten von Kindeswohlgefährdung muss in der Kinder- und Jugendhilfe** eine bessere Datengrundlage für ein regelmäßiges Monitoring geschaffen werden. Erster Ansatz, vor einem regelhaft implementierten Monitoring, welches mit Krankenkassendaten im Gesundheitswesen vergleichbar wäre, könnte eine **national-repräsentative Studie** zu erbrachten Leistungen bei unterschiedlichen Problemlagen wie z.B. Teilhabedefiziten, Bedarf an Hilfen zur Erziehung und Misshandlungssituation bringen.

Die Verknüpfung standardisiert erfasster administrativer Daten zu Leistungen mit Kosten im Kontext Kindeswohlgefährdung und in der Kinder- und Jugendhilfe kann nur längerfristig umgesetzt werden. Fachliche Grundlagen müssen geschaffen, Überzeugungsarbeit geleistet werden. Bereits jetzt können jedoch Schritte unternommen werden, um **administrativen Daten zu Leistungen in der Kinder- und Jugendhilfe vermehrt standardisiert mit Problemfeldern** wie psychischen Krankheitsbildern und Kindeswohlgefährdung zu verknüpfen. Dies dient dem Ziel besser verstehen zu können, auf welche Problemlagen wie reagiert werden und wo allenfalls Lücken bestehen, und ist eine Voraussetzung, um administrative Daten zum verbesserten Verständnis von Kosten für Problemfelder nutzen zu können.

Um das tatsächliche Ausmaß psychosoziale Belastung von Kindern und Jugendlichen und Kindeswohlgefährdung während der Pandemie und darüber hinaus abzubilden, ist ein **regelmäßiges Monitoring im Bereich des Dunkelfeldes** durch Bevölkerungsstudien mit vergleichbarem methodischem Zugang notwendig; die aktuell beschriebenen Diagnosen und Symptomaten bilden nur einen Bruchteil der entstanden psychosozialen Belastungen und von Kindeswohlgefährdung im Gesundheitssystem und

der Kinder- und Jugendhilfe ab. Erst ein regelmäßiger Abgleich von Hell- und Dunkelfeld ermöglicht festzuhalten, ob sich die Differenz verringert und Maßnahmen zur Früherkennung eine entsprechende Auswirkung haben. Eine verbesserte Datenlage in Deutschland zur Transition und zum langfristigen Verlauf von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen ins Erwachsenenalter ist notwendig.

Darüber hinaus ist ein verbessertes Monitoring von Kindesmisshandlung im Hellfeld der Gesundheitsversorgung durch **Verbesserung der Abbildung von Kindesmisshandlung in medizinischen Diagnosecodes** notwendig. In den nächsten Jahren erfolgt der Wechsel vom Diagnosesystem ICD-10 der WHO auf die ICD-11, die deutlich verbesserten Möglichkeiten zur Erfassung von Misshandlung beinhaltet. Dieses Fenster muss genutzt werden, um auch die Fachkräfte im Gesundheitssystem weiterzubilden, die Möglichkeiten zur Dokumentierung auch tatsächlich zu nutzen. Das EU-geförderte Entwicklungsprojekt TICANDAC in Deutschland und Schweden schafft hier Grundlagen.

Die hier analysierten Daten zu Kostenfolgen psychischer Erkrankungen bilden nur einen kleinen, zeitlich eingeschränkten Teil der GKV-Leistungsausgaben ab. Um gesamtgesellschaftliche Kosten vollständig abbilden zu können, wird es zukünftig im weiteren Verlauf einer Analyse von **Gesundheitsdaten und damit assoziierten Kosten im Lebensverlauf** brauchen, die den Zeitraum von der ersten Diagnose im Kindes-/Jugendalter bis zum Krankheitsverlauf im Erwachsenenalter umfasst. Jetzt ist der Anfang einer Entwicklung zu beobachten, deren Verlauf über Jahre hinweg konsequent studiert werden muss.

Von der jungen Generation sind große Opfer durch restriktive Corona-Maßnahmen zum Schutz der älteren Generation erbracht worden. Im Sinne der Generationengerechtigkeit sollte nun systematisch ein Fokus auf die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und ihren Familien gesetzt werden. Hierbei geht es vor allem um **Stärkung und bessere Vernetzung von Infrastrukturen** zwischen den Versorgungsbereichen Gesundheit und Soziales, die gemeinsam dazu beitragen psychosoziale Probleme zu erkennen und drohende seelische Behinderung (vgl. § 35a SGB VIII) zu vermeiden, aber in ihren gesetzlichen Grundlagen und in der Verwaltung getrennt sind. Auch verstärkte politische Planung ist hier zentral (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2009). Das Referat „Kinder- und Jugendgesundheit, Unterstützung für Betroffene sexueller Gewalt“ im BMFSFJ wurde

auch gegründet, um im Familienministerium der Kinder- und Jugendgesundheit eine stärkere strategische Verankerung zu geben.

Die hier veröffentlichte Expertise unterstreicht die Dringlichkeit der Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der IMA Kindergesundheit (2023), welche im kürzlich veröffentlichten Schlussbericht vorgestellt wurden, oder auch in Sonderausgaben wissenschaftlicher Zeitschriften zur COVID19-Pandemie unterstrichen wurden (Fegert et al., im Druck). Sie betreffen Maßnahmen in den Bereichen Frühe Hilfen, Kindertagesbetreuung, Schulen, Gesundheitswesen sowie Jugend- und Familienhilfe, die auch unmittelbar relevant für Kostenfolgen sind.

Im System der Gesundheitsversorgung nehmen die vorsorgenden Untersuchungen („U-Untersuchungen“) bereits eine breit anerkannte, akzeptierte und wichtige Funktion in der Früherkennung und Frühintervention ein, die auch während der Pandemie weiterhin von Familien aller Einkommensgruppen genutzt wurden (vgl. IMA Kindergesundheit, 2023, S. 35). Bei den Jugendlichen bietet sich hier ein Ausbau und eine Stärkung der vorsorgenden Untersuchungen, die bisher noch eher auf die frühe und mittlere Kindheit fokussiert waren.

Neben Früherkennung ist jedoch auch ein Ausbau allgemein im Bereich der Intervention notwendig. Kommen Kinder und Jugendliche nicht oder nicht rechtzeitig an therapeutische Hilfen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit, können die Beschwerden chronifizieren, zusätzliche Beschwerden hinzutreten und damit längerfristig auch zu deutlich erhöhten Gesundheitskosten beitragen. Vielversprechend um lange Wartezeiten auf Psychotherapien insbesondere im ländlichen Raum zu verringern ist hier die Stärkung empirisch bewährter gruppenpsychotherapeutischer Verfahren (IMA Kindergesundheit, 2023, S. 36).

Die psychosozialen Belastungen der Corona-Pandemie trafen besonders Kinder, Jugendliche und deren Familien, in denen schon vorher Belastungen oder Risiken aufgetreten sind (Fegert et al., 2022). Zu den vorbestehenden Vulnerabilitäten zählt gerade auch ein niedriger sozioökonomischer Status (Fegert et al., 2022). Der Koalitionsvertrag von 2021 zwischen SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP hat die Einführung der Kindergrundsicherung vorgesehen.

In einigen Jahren wird die heutige Jugend tragende Säule der deutschen Gesellschaft. Durch die Corona-Pandemie war und ist sie mit umfangreichen Einschränkungen in einer Lebensphase konfrontiert, für die ein hohes Maß an sozialer Interaktion besonders relevant ist. Die psychischen Beschwer-

den, die mitunter aus den Einschränkungen erwachsen, sind nicht nur für die Individuen hoch belastend, sie sind auch mit erwartbaren hohen Kostenfolgen für die Gesellschaft verknüpft – aktuell und in weiteren, folgenden Jahrzehnten. Viele Versorgungsprobleme und Risikolagen waren schon vor der Pandemie erkannt und beschrieben worden. Die Kumulation von Belastungen durch z.B. lokale Klimaereignisse und generelle Folgen der Klimakrise durch den Krieg in der Ukraine und der damit verbundenen ökonomischen Situation macht es jetzt erforderlich lange geplante Reformprojekte umzusetzen. Dies bedeutet eine klare Priorisierung von Reformprojekten zum Wohle von Kindern und Jugendlichen nicht zuletzt um tangible Kosten für die Gesellschaft und intangible Kosten bei den Individuen zu reduzieren. Die vorliegende Analyse nimmt nicht nur direkte Kosten der Corona-Krise in Bezug auf psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen in den Blick. Sie verweist mit den hohen, zusätzlichen jährlichen Corona-spezifischen Spätfolgekosten durch Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit als Folge von psychiatrischen Erkrankungen in Kindheit und Jugend auch auf die indirekten Kosten durch verloren gegangene Chancen und Ressourcen. Diese sind mit individuellen Schicksalen durch erlittenes Leid und reduzierte gesundheitsbezogene Lebensqualität verknüpft. Hier bietet es sich an, neben der Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung im Kindes- und Erwachsenenalter, politisch gezielt in selektive oder indizierte Prävention zur Vermeidung dieser beruflichen Spätfolgekosten zu investieren, bspw. über verstärkte Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung bei der entsprechenden Zielgruppe. Gleichzeitig ist in der Kommunikation aber darauf zu achten, dass nicht eine ganze Generation junger Menschen quasi als verlorene Generation stigmatisiert wird, wie es der in der Presse zunehmende genutzte Begriff der Generation Corona suggerieren mag. Der politische Impuls und die von unserer Expertise belegte Notwendigkeit ist, diese Generation verstärkt zu fördern und zu stützen. Sehr viele junge Menschen und ihre Familien sind stark oder sogar gestärkt aus den Belastungen hervorgegangen (Fegert et al., im Druck). Die zentrale gesellschaftliche Stellung der Familie hat sich im Abfangen und im Umgang mit den Belastungen hat sich in der COVID19-Pandemie gerade angesichts der eingeschränkten Funktionalität von Kinderbetreuung, Schule und Assistenzsystemen gezeigt. Die insgesamt zu würdigenden Pflege- und Betreuungsleistungen, welche viele Familien im Rahmen einer coronabedingten Flexibilisierung der Arbeitsbedingungen erbracht haben, sollten zukünftig durch eine gesetzliche Rahmung abgesichert werden – z.B. in einem Arbeitsrecht, welches Pflege- und Betreuungsleistungen tatsächlich berücksichtigt. Überall da, wo Familien schon vorbestehende Probleme hatten oder durch die Pandemie in problematische Situationen gekommen sind, waren aber Kinder und Jugendliche diesen Belastungen auch besonders ausgeliefert. Dies führt zu einem Effekt der

als Auseinandergehen der Schere beschrieben werden kann, so dass manche Familien insgesamt eher gestärkt und resilient aus der Pandemie hervorgegangen sind, während andere, häufig schon vorbelastete Familien, mit noch mehr Entwicklungsrisiken zu kämpfen haben. Insofern ist es wichtig, zielgenaue Reaktionen in der Kinder- und Jugendhilfe und im Gesundheitssystem zu entwickeln. Armut erweist sich als zentraler Risikofaktor, wie von uns schon sehr früh in den ersten Monaten der Pandemie postuliert wurde (Fegert et al. 2020). Hier tatsächlich durch eine Kindergrundsicherung eine Basis dafür zu schaffen, dass die Schere nicht immer weiter auseinander geht, ist, vor dem Hintergrund dieser Expertise, für die nächsten Jahre und Jahrzehnte zentral. Hier wird nämlich deutlich, dass jeder Euro, der jetzt nicht in die Kindergesundheit investiert wird, erhebliche Folgekosten nach sich ziehen wird, welche die Gesellschaft über Jahre und Jahrzehnte begleiten wird.

9. Literatur

- Afshin, A., Forouzanfar, M. H., Reitsma, M. B., Sur, P., Estep, K., Lee, A [Alex], Marczak, L., Mokdad, A. H., Moradi-Lakeh, M., Naghavi, M., Salama, J. S., Vos, T., Abate, K. H., Abbafati, C., Ahmed, M. B., Al-Aly, Z., Alkerwi, A., Al-Raddadi, R., Amare, A. T., . . . Murray, C. J. L. (2017). Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *The New England journal of medicine*, 377(1), 13–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614362>
- AGA & DGKJ (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter: Version 4.0*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/050-002>
- Aleksandrov, D. & Okhrimenko, I. (2020). Psychological Risk Factors of the Neurotization of Adolescents under the Conditions of Quarantine Measures of the COVID-19 Epidemic. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2sup1), 29–36. <https://doi.org/10.18662/brain/11.2Sup1/91>
- Amorós-Reche, V., Belzunegui-Pastor, À., Hurtado, G. & Espada, J. P. (2022). Emotional Problems in Spanish Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Clínica y Salud*, 33(1), 19–28. <https://doi.org/10.5093/clysa2022a2>
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. de, Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M. & Kessler, R. C. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3–21.
- Augurzky, B., Busse, R., Haering, A., Nimptsch, U., Pilny, A. & Werbeck, A. (2021). *Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise: Ergebnisse für den Zeitraum Januar bis Dezember 2020* (RWI Projektberichte). Essen: RWI Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.econstor.eu/handle/10419/234020>
- Australian Government. (2018). *The economic costs of child abuse and neglect*. <https://aifs.gov.au/resources/policy-and-practice-papers/economic-costs-child-abuse-and-neglect>
- Barlovic, I., Ullrich, D. & Wieland, C. (2020). Ausbildungsperspektiven in Zeiten von Corona: Eine repräsentative Befragung von Jugendlichen. *Bertelsmann Stiftung*. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/2020_Jugendbefragung_Corona.pdf
- Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (2013). *Kinderernährung: Fett sparsam verwenden und auf Qualität achten*. <https://www.kinderaerzte-im-netz.de/news-archiv/meldung/article/kinderernaehrung-fett-sparsam-verwenden-und-auf-qualitaet-achten/>
- Beswick, A. Z., Ambrosini, G. L., Radomiljac, A., Tomlin, S., Chapman, A. M., Maticевич, J., Winstanley, M. & Kirkland, L. (2020). *The burden and cost of excess body mass in Western Australian adults and children*.
- Bodden, D. H. M., Dirksen, C. D. & Bögels, S. M. (2008). Societal burden of clinically anxious youth referred for treatment: a cost-of-illness study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 487–497. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9194-4>
- Bodden, D. H. M., van den Heuvel, M. W. H., Engels, R. C. M. E. & Dirksen, C. D. (2022). Societal costs of subclinical depressive symptoms in Dutch adolescents: a cost-of-illness study. *Journal of*

- child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(7), 771–780. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13517>
- Bowlus, A., McKenna, K., Day, T. & Wright, D. (2003). *The Economic Costs and Consequences of Child Abuse in Canada: Report to the Law Commission of Canada*.
- Braithwaite, E. C., O'Connor, R. M., Degli-Esposti, M., Luke, N. & Bowes, L. (2017). Modifiable predictors of depression following childhood maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *Translational psychiatry*, 7(7), e1162. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.140>
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U. & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>
- Brakspear, L., Boules, D., Nicholls, D. & Burmester, V. (2022). The Impact of COVID-19-Related Living Restrictions on Eating Behaviours in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Nutrients*, 14(17). <https://doi.org/10.3390/nu14173657>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2022). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2021*. https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit_node.html
- Bundesbank, D. (2022). Perspektiven der deutschen Wirtschaft für die Jahre 2023 bis 2025.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2021). *Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung*. https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (2022). Berufsbildungsbericht 2022. https://www.bmbf.de/SharedDocs/Downloads/de/2022/berufsbildungsbericht-2022.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009). *13. Kinder- und Jugendbericht*. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/13-kinder-und-jugendbericht-87246>
- BVKE e.V. Deutscher Caritasverband e.V. (2021). *SBG VIII - Kinder- und Jugendhilfe nach der Reform durch das KJSG: Gesetzestext mit gekennzeichneten Änderungen, Überblick und Stellungnahmen*. Lambertus.
- Calvano, C., Engelke, L., Di Bella, J., Kindermann, J., Renneberg, B. & Winter, S. M. (2022). Families in the COVID-19 pandemic: parental stress, parent mental health and the occurrence of adverse childhood experiences-results of a representative survey in Germany. *European child & adolescent psychiatry*, 31(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01739-0>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022, Juli). *Causes and Consequences of Childhood Obesity*. <https://www.cdc.gov/obesity/basics/consequences.html#:~:text=Obesity%20in%20children%20and%20adults,for%20the%20following%20health%20conditions.&text=High%20blood%20pressure%20and%20high,as%20asthma%20and%20sleep%20apnea>.
- Chai, J., Xu, H., An, N., Zhang, P., Liu, F., He, S., Hu, N., Xiao, X., Cui, Y. & Li, Y [Ying] (2021). The Prevalence of Mental Problems for Chinese Children and Adolescents During COVID-19 in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in pediatrics*, 9, 661796. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.661796>

- Chang, T.-H., Chen, Y.-C., Chen, W.-Y., Chen, C.-Y., Hsu, W.-Y., Chou, Y. & Chang, Y.-H. (2021). Weight Gain Associated with COVID-19 Lockdown in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, *13*(10). <https://doi.org/10.3390/nu13103668>
- Chawla, N., Tom, A., Sen, M. S. & Sagar, R. (2021). Psychological Impact of COVID-19 on Children and Adolescents: A Systematic Review. *Indian journal of psychological medicine*, *43*(4), 294–299. <https://doi.org/10.1177/02537176211021789>
- Chen, J., Yang, K., Cao, Y., Du, Y., Wang, N. & Qu, M. (2022). Depressive Symptoms Among Children and Adolescents in China During the Coronavirus Disease-19 Epidemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 870346. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.870346>
- Clemens, V., Deschamps, P., Fegert, J. M [Jörg M.], Anagnostopoulos, D., Bailey, S., Doyle, M., Eliez, S., Hansen, A. S., Hebebrand, J., Hillegers, M., Jacobs, B., Karwautz, A., Kiss, E., Kotsis, K., Kumperscak, H. G., Pejovic-Milovancevic, M., Christensen, A. M. R., Raynaud, J.-P., Westerinen, H. & Visnapuu-Bernadt, P. (2020). Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *European child & adolescent psychiatry*, *29*(6), 739–742. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01549-w>
- Clemens, V., Köhler-Dauner, F., Keller, F., Ziegenhain, U., Fegert, J. M [Jörg M.] & Kölch, M. (2021). Gewalt in intimen Partnerschaften und psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen: Online-Survey während der COVID-19-Pandemie [Violence in intimate partnerships and mental problems in children and adolescents]. *Psychotherapeut*, *66*(3), 209–216. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00501-w>
- Conrad, C. (2006). Measuring costs of child abuse and neglect: a mathematic model of specific cost estimations. *Journal of health and human services administration*, *29*(1), 103–123.
- Conti, G., Pizzo, E., Morris, S. & Melnychuk, M. (2021). The economic costs of child maltreatment in UK. *Health economics*, *30*(12), 3087–3105. <https://doi.org/10.1002/he.4409>
- Copeland, W. E., Adair, C. E., Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Colman, I., Fergusson, D., Horwood, J., Poulton, R., Costello, E. J. & Angold, A. (2013). Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *54*(7), 791–799. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12062>
- Copeland, W. E., Alaie, I., Jonsson, U. & Shanahan, L. (2021). Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *60*(5), 604–611. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.895>
- Crane, D. R., Christenson, J. D., Dobbs, S. M., Schaalje, G. B., Moore, A. M., Pedal, F. F. C., Ballard, J. & Marshall, E. S. (2013). Costs of treating depression with individual versus family therapy. *Journal of marital and family therapy*, *39*(4), 457–469. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00326.x>
- Dams, J., Kronmüller, K.-T., Leibing, E., Steil, R., Henningsen, P., Leichsenring, F., Peseschkian, H., Rosner, R., Salzer, S., Stefini, A., Vonderlin, E. & König, H.-H. (2019). Direkte Kosten sozialer Angststörung bei Jugendlichen und Kosteneffektivität der Psychotherapie [Direct Costs of Social Phobia in Adolescents and Cost-Effectiveness of Psychotherapy]. *Psychiatrische Praxis*, *46*(3), 148–155. <https://doi.org/10.1055/a-0733-4999>

- De Oliveira, J. M. D., Butini, L., Pauletto, P., Lehmkuhl, K. M., Stefani, C. M., Bolan, M., Guerra, E., Dick, B., Luca Canto, G. de & Massignan, C. (2022). Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews on evidence-based nursing*, 19(2), 130–137. <https://doi.org/10.1111/wvn.12566>
- Deloitte Access Economics. (2018). *The economic cost of violence against children and young people Advocate for Children and Young People*.
- Deloitte Access Economics. (2019). *The economic cost of violence against children and young people Advocate for Children and Young People*. <https://www2.deloitte.com/au/en/pages/economics/articles/economic-cost-violence-against-children-young-people.html>
- Deloitte Access Economics. (2020). *The Social and Economic Cost of Eating Disorders in the United States of America: A Report for the Strategic Training Initiative for the Prevention of Eating Disorders and the Academy for Eating Disorders*. <https://www.hsph.harvard.edu/striped/report-economic-costs-of-eating-disorders/>
- Destatis. (2022). *GENESIS-Online: Statistik: 12421*. <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=previous&levelindex=0&step=0&titel=Statistik+%28Tabellen%29&levelid=1677063044969&acceptscookies=false#abreadcrumb>
- Deutsche Bundesbank (2023). Wechselkursstatistik. Aktualisierte Ausgabe. Statistische Fachreihe. <https://www.bundesbank.de/resource/blob/907794/3263242d3495e9599fcf2b57185ee105/mL/2023-04-17-12-16-34-wechselkursstatistik-data.pdf>
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.). (2013). *Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen*.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (Hrsg.). (2018). *S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/051-026l_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf
- Deutscher Ethikrat. (2022). *Pandemie und psychische Gesundheit Aufmerksamkeit, Beistand und Unterstützung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in und nach gesellschaftlichen Krisen: Ad-Hoc-Empfehlung*. Berlin: Autor.
- Di Fazio, N., Morena, D., Delogu, G., Volonnino, G., Manetti, F., Padovano, M., Scopetti, M., Frati, P. & Fineschi, V. (2022). Mental Health Consequences of COVID-19 Pandemic Period in the European Population: An Institutional Challenge. *International journal of environmental research and public health*, 19(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph19159347>
- Djurdjevic, S., Conde, G., Dukanac, V. & Djurdjevic, A. (2022). Anxiety and depressive symptomatology among children and adolescents exposed to the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Vojnosanitetski pregled*, 79(4), 389–399. <https://doi.org/10.2298/VSP210521092D>
- Domhardt, M., Münzer, A [Annika], Fegert, J. M [Jörg M.] & Goldbeck, L. (2015). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse: A Systematic Review of the Literature. *Trauma, violence & abuse*, 16(4), 476–493. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>
- Drupp, M., Meyer, M. & Winter, W. (2021). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) für Pflegeeinrichtungen und Krankenhäuser unter Pandemiebedingungen. In *Pflege-Report 2021* (S. 71–89). Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2_5

- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J. & Zandi, P. (2008). Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513–520. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.5.513>
- Elharake, J. A., Akbar, F., Malik, A. A., Gilliam, W. & Omer, S. B. (2022). Mental Health Impact of COVID-19 among Children and College Students: A Systematic Review. *Child psychiatry and human development*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01297-1>
- Enders, S. (2013). *Das Jugendamt im Spiegel der Medien: Zerrbild zwischen Verantwortung und Versagen?* Weinheim: Beltz Juventa.
- Erdmann, J. & Mühlmann, T. (2021). Werkstattbericht zur Zusatzerhebung der Gefährdungseinschätzungen gemäß § 8a Abs. 1 SGB VIII anlässlich der SARS-CoV-2-Pandemie. *Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik*.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S. & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child Abuse & Neglect*, 36(2), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Fegert, J. M. , Ludwig-Walz, H., Witt, A. & Bujard, M. (im Druck). Children’s Rights and Restrictive Measures During the COVID-19 Pandemic: Implications for Politicians, Mental Health Experts and Society. *Child and adolescent psychiatry and mental health*.
- Fegert, J. M. , Schuler-Harms, M. & Spieß, C. K. (2021). Dazugehören und zusammenhalten. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(5), 163–168. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000799>
- Fegert, J. M., Vitiello, B., Plener, P. L. & Clemens, V. (2020). Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00329-3>
- Fegert, J. M., Gossmann, E., Sophie, H. & Clemens, V. (2022). Herausforderungen psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Was hat sich durch die COVID-19-Pandemie verändert und wie kann die Situation verbessert werden? In *30 Jahre UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland – Eine Bilanz, UNICEF*. <https://www.unicef.de/informieren/materialien/30-jahre-kinderrechtskonvention/265966>
- Ferraro, K. F., Shippee, T. P. & Schafer, M. H. (2009). Kumulative Ungleichheitstheorie für die Erforschung des Alterns und des Lebensverlaufs. In Bengtson, V. L., Silverstein, M., Putney, N. M., Gans, D. (Hrsg.), *Handbuch der Theorien des Alterns*. New York: Springer.
- Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders - results of a large prospective clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders*, 49(4), 391–401. <https://doi.org/10.1002/eat.22501>
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., Crosby, R. D. & Koch, S. (2017). Long-term outcome of anorexia nervosa: Results from a large clinical longitudinal study. *The International journal of eating disorders*, 50(9), 1018–1030. <https://doi.org/10.1002/eat.22736>
- Finkelhor, D [D.], Saito K. & Jones L. (2015). *Updated trends in child maltreatment, 2013*. Durham, NH: Crimes against Children Research Center.

- Finkelhor, D [David], Turner, H., Ormrod, R. & Hamby, S. L. (2010). Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from 2 national surveys. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(3), 238–242. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.283>
- Freiberg, A., Horvath, K., Hahne, T. M., Drössler, S., Kämpf, D., Spura, A., Buhs, B., Reibling, N., Bock, F. de, Apfelbacher, C. & Seidler, A. (2021). Beeinflussung der psychosozialen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen durch das Tragen von Gesichtsmasken im öffentlichen Raum zur Prävention von Infektionskrankheiten: Ein systematischer Review [Impact of wearing face masks in public to prevent infectious diseases on the psychosocial development in children and adolescents: a systematic review]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(12), 1592–1602. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03443-5>
- Gabriel, I. W. d. M., Lima, D. G. S., Pires, J. P., Vieira, N. B., Brasil, A. A. G. d. M., Pereira, Y. T. G., Oliveira, E. G. de, Menezes, H. L. de, Lima, N. N. R., Reis, A. O. A., Alves, R. N. P., da Silva, U. P., Gonçalves Junior, J. & Rolim-Neto, M. L. (2022). Impacts of COVID-19 on children and adolescents: A systematic review analyzing its psychiatric effects. *World journal of psychiatry*, 12(11), 1313–1322. <https://doi.org/10.5498/wjp.v12.i11.1313>
- Gallo, E. A. G., Munhoz, T. N., Loret de Mola, C. & Murray, J. (2018). Gender differences in the effects of childhood maltreatment on adult depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 79, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.003>
- Gardner, M. J., Thomas, H. J. & Erskine, H. E. (2019). The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
- Gelles, R. J. & Perlman, S. (2012). *Estimated Annual Cost of Child Abuse and Neglect*.
- Gilsbach, S., Herpertz-Dahlmann, B. & Konrad, K. (2021). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on children and adolescents with and without mental disorders. *Frontiers in public health*, 9, 679041.
- Greiner, W., Witte, J. & Batram, M. (2019). *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung: Bd. 31. Kinder- und Jugendreport 2019. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern* (A. Storm, Hg.). Heidelberg. medhochzwei Verlag.
- GWQ Service Plus AG. (2022a). *Das Geschäftsjahr 2020 im Rückblick - GWQ GB2020*. <https://www.gwq-geschaeftsbericht.de/2020/entwicklung-der-bereiche/das-geschaeftsjahr-2020-im-rueckblick/>
- GWQ Service Plus AG. (2022b). *GWQ ServicePlus AG - Startseite*. <https://www.gwq-serviceplus.de/>
- GWQ Service Plus AG. (2022c). *Health Data Lab*. <https://www.gwq-serviceplus.de/leistungsbereiche/health-data-lab>
- Habetha, S., Bleich, S., Sievers, C., Marschall, U., Weidenhammer, J. & Fegert, J. M. (2012). Deutsche Traumafolgekostenstudie: Kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr? Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung.
- Hähle, S., Fegert, J. M [Jörg M.], König, E. & Hoffmann, U. (2022). Burnout-Symptome bei Fachkräften in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie während des Winter-Lockdowns 2020/2021 der COVID-19-Pandemie [Burnout Symptoms Among Child and Adolescent Psychiatric/Psychotherapy Professionals During the 2020/2021 Winter Lockdown of the Covid-19 Pandemic]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 50(4), 300–311. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000876>

- Hamilton, D., Dee, A. & Perry, I. J. (2017). The lifetime costs of overweight and obesity in childhood and adolescence: a systematic review. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(4), 452–463. <https://doi.org/10.1111/obr.12649>
- Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, K. & Seitz, J. (2011). Kindliche und adoleszente Anorexia nervosa : Verlauf und Bedeutung für das Erwachsenenalter [Anorexia nervosa in childhood and adolescence: course and significance for adulthood]. *Der Nervenarzt*, 82(9), 1093–1099. <https://doi.org/10.1007/s00115-010-3231-1>
- Heßdörfer, N. (2021, Februar). *Auswirkungen der Corona-Pandemie in der Sozialwirtschaft*. <https://jugendhilfeportal.de/artikel/auswirkungen-der-corona-pandemie-in-der-sozialwirtschaft>
- Hoffmann, F. & Icks, A. (2012). Unterschiede in der Versichertenstruktur von Krankenkassen und deren Auswirkungen für die Versorgungsforschung: Ergebnisse des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors. *Das Gesundheitswesen*, 74(05), 291–297.
- Hoffmann, F. & Koller, D. (2017). Verschiedene Regionen, verschiedene Versichertenpopulationen? Soziodemografische und gesundheitsbezogene Unterschiede zwischen Krankenkassen. *Das Gesundheitswesen*, 79(01), e1-e9.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Megen, H. J., Penninx, B. W., Cath, D. C., van den Hout, M. A. & van Balkom, A. J. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: a report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of affective disorders*, 137(1-3), 106–112.
- Hossain, M. M., Nesa, F., Das, J., Aggad, R., Tasnim, S., Bairwa, M., Ma, P. & Ramirez, G. (2022). Global burden of mental health problems among children and adolescents during COVID-19 pandemic: An umbrella review. *Psychiatry Research*, 317, 114814. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114814>
- Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., Myroniuk, S., Riese, H. & Schoevers, R. A. (2021). Predictors of persistence of anxiety disorders across the lifespan: a systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 428–443. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30433-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30433-8)
- Huber, J., Lampert, T [T.] & Mielck, A [A.] (2012). Unterschiede bei Gesundheitsrisiken, Morbidität und gesundheitlicher Versorgung zwischen Kindern GKV-bzw. PKV-versicherter Eltern: Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Das Gesundheitswesen*, 74(10), 627–638.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Butchart, A [A.], Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*.
- Humphreys, K. L., LeMoult, J., Wear, J. G., Piersiak, H. A., Lee, A [Aaron] & Gotlib, I. H. (2020). Child maltreatment and depression: A meta-analysis of studies using the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104361>
- IGES Institut GmbH. (o. J.). *Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen: Entwicklungen der Jahre 1997-2019*. DAK-Gesundheit. <https://www.dak.de/dak/download/folien-2335938.pdf>
- IMA Kindergesundheit. (2023). *Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (IMA Kindergesundheit): Abschlussbericht*. Berlin/Bonn: Autor.
- Institut Arbeit und Qualifikation der Universität Duisburg-Essen. (2022). *Gesamtfiskalische Kosten der Arbeitslosigkeit 2006 und 2021*.

- Indolfo, S. (2021, Juli). *Auswirkungen der Pandemie – vielfältige Forschungsergebnisse nach Themen sortiert*. <https://jugendhilfeportal.de/artikel/auswirkungen-der-pandemie-vielfaeltige-forschungsergebnisse-nach-themen-sortiert>
- Jenkins. (2020). *Economic Costs of Abuse in Care: Final Report*.
- Jentsch, B. & Schnock, B. (2020). Child welfare in the midst of the coronavirus pandemic—Emerging evidence from Germany. *Child Abuse & Neglect*, 110, 104716. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104716>
- Johnson, E., McInnes, M. M. & Shinogle, J. A. (2006). What is the Economic Cost of Overweight Children? *Eastern Economic Journal*, 32(1), 171–187. <https://ideas.repec.org/a/eej/eeconj/v32y2006i1p171-187.html>
- Jud, A., Fegert, J. M [Jörg M.] & Finkelhor, D [David] (2016). On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 10(1), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0105-8>
- Jud, A. & Lange, S. (im Druck). Kinderschutz und Corona. *Consilium Pädiatrie*.
- Jud, A., Perrig-Chiello, P. & Voll, P. (2011). Less effort in worsening child protection cases? The time-course of intensity of services. *Children and Youth Services Review*, 33(10), 2027–2033. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2011.05.032>
- Jud, A., Rassenhofer, M., Witt, A [A.], Münzer, A [A.] & Fegert, J. M [J. M.]. (2016). *Häufigkeitsangaben zum sexuellen Missbrauch: Internationale Einordnung, Bewertung der Kenntnislage in Deutschland, Beschreibung des Entwicklungsbedarfs*. Berlin: Unabhängiger Beauftragter für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs.
- Jud, A. & Voll, P. (2019). The Definitions Are Legion: Academic Views and Practice Perspectives on Violence Against Children. *Victim, Perpetrator, or What Else?* <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Definitions-Are-Legion%3A-Academic-Views-and-on-Jud-Voll/7ae00dd95b3fec31b987f2b7388a08900a4ee74b>
- Karatzí, K., Poulia, K.-A., Papakonstantinou, E. & Zampelas, A. (2021). The Impact of Nutritional and Lifestyle Changes on Body Weight, Body Composition and Cardiometabolic Risk Factors in Children and Adolescents during the Pandemic of COVID-19: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(12). <https://doi.org/10.3390/children8121130>
- Karg, R. S., Bose, J., Batts, K. R., Forman-Hoffman, V. L., Liao, D., Hirsch, E., Pemberton, M. R., Colpe, L. J. & Hedden, S. L. (2014). *Past Year Mental Disorders among Adults in the United States: Results from the 2008-2012 Mental Health Surveillance Study*. Rockville (MD). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27748100/>
- Karow, A., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A., Degkwitz, P., Schulte, B., König, H. H., Konnopka, A., Bauer, M., Bechdorf, A., Correll, C., Juckel, G., Klosterkötter, J., Leopold, K., Pfennig, A. & Lambert, M. (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen--Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von "Early Intervention Services" [Mental health of children, adolescents and young adults--part 2: burden of illness, deficits of the German health care system and efficacy and effectiveness of early intervention services]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81(11), 628–638. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1355840>
- Katz, I., Katz, C., Andresen, S., Bérubé, A., Collin-Vezina, D., Fallon, B., Fouché, A., Haffeejee, S., Masrawa, N., Muñoz, P., Priolo Filho, S. R., Tarabulsky, G., Truter, E., Varela, N. & Wekerle, C.

- (2021). Child maltreatment reports and Child Protection Service responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa. *Child Abuse & Neglect*, 116, 105078. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105078>
- Kaubisch, L. T., Reck, C., Tettenborn, A. von & Woll, C. F. J. (2022). The COVID-19 pandemic as a traumatic event and the associated psychological impact on families - A systematic review. *Journal of affective disorders*, 319, 27–39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.109>
- Kauhanen, L., Wan Mohd Yunus, W. M. A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J. S. L. & Sourander, A. (2022). A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *European child & adolescent psychiatry*, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02060-0>
- Kindler, H., Lillig, S., Blüml, H., Meysen, T. & Werner, A. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Kindeswohlgefährdung nach [Para] 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)*. Deutsches Jugendinstitut.
- Kluge, H. H. P. (2022). *WHO European regional obesity report 2022* [World Health Organization].
- Kostev, K., Weber, K., Riedel-Heller, S., Vultée, C. von & Bohlken, J. (2021). Increase in depression and anxiety disorder diagnoses during the COVID-19 pandemic in children and adolescents followed in pediatric practices in Germany. *European child & adolescent psychiatry*, 1–7. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01924-1>
- Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergerantanis, T. N. & Tsitsika, A. (2021). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380211038690. <https://doi.org/10.1177/15248380211038690>
- Kreienbrock, L., Pigeot, I. & Ahrens, W. (2012). *Epidemiologische Methoden*. Springer-Verlag.
- Kriwy, P. & Mielck, A [Andreas] (2006). Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV): Unterschiede in Morbidität und Gesundheitsverhalten. *Das Gesundheitswesen*, 68(05), 281–288.
- Kumar, M., Akbarialiabad, H., Kouhanjani, M. F., Kiburi, S., Shidhaye, P., Taghrir, M. H. & Shidhaye, R. (2022). Association of Major Disease Outbreaks With Adolescent and Youth Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Scoping Review. *JAMA psychiatry*, 79(12), 1232–1240. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.3109>
- Kunst, A. (2019). *Umfrage zu Krankenversicherungswechsel in den letzten fünf Jahren in Deutschland 2019*. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/667966/umfrage/umfrage-zu-krankenversicherungswechsel-in-den-letzten-fuenf-jahren-in-deutschland/>
- KVJS. (2023). *Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche*. <https://www.kvjs.de/jugend/hilfe-zur-erziehung/eingliederungshilfe-fuer-seelisch-behinderte-kinder-und-jugendliche>
- La Fauci, G., Montalti, M., Di Valerio, Z., Gori, D., Salomoni, M. G., Salussolia, A., Soldà, G. & Guaraldi, F. (2022). Obesity and COVID-19 in Children and Adolescents: Reciprocal Detrimental Influence-Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19137603>
- Lange, S., Altrock, C.-M., Gossmann, E., Fegert, J. M [Jörg M.] & Jud, A. (2022). COVID-19-What Price Do Children Pay? An Analysis of Economic and Social Policy Factors. *International journal of environmental research and public health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19137604>

- Leeb, R.T., Pauloizzi, L., Melanson, C., Simon, T., Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA).*
- LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J.-A., Ip, E. & Gotlib, I. H. (2020). Meta-analysis: Exposure to Early Life Stress and Risk for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(7), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011>
- Letourneau, E. J., Brown, D. S., Fang, X., Hassan, A. & Mercy, J. A. (2018). The economic burden of child sexual abuse in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 79, 413–422. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.020>
- Li, M., D'Arcy, C. & Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M. N., Borwick, C. & Crawley, E. (2020). Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218–1239.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009>
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M. & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: A systematic review and meta-analysis. Manuscript submitted for publication.
- Ma, L., Mazidi, M., Li, K., Li, Y [Yixuan], Chen, S., Kirwan, R., Zhou, H., Yan, N., Rahman, A., Wang, W. & Wang, Y. (2021). Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 293, 78–89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.021>
- Mansfield, R., Santos, J., Deighton, J., Hayes, D., Velikonja, T., Boehnke, J. R. & Patalay, P. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on adolescent mental health: a natural experiment. *Royal Society open science*, 9(4), 211114. <https://doi.org/10.1098/rsos.211114>
- Marmor, A., Cohen, N. & Katz, C. (2021). Child Maltreatment During COVID-19: Key Conclusions and Future Directions Based on a Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 15248380211043818. <https://doi.org/10.1177/15248380211043818>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R. & Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(2), 225–238. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000785>
- Mayra, S. T., Kandiah, J. & McIntosh, C. E. (2022). COVID-19 and health in children and adolescents in the US: A narrative systematic review. *Psychology in the schools*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1002/pits.22723>
- McCarthy, M. M., Taylor, P., Norman, R. E., Pezzullo, L., Tucci, J. & Goddard, C. (2016). The lifetime economic and social costs of child maltreatment in Australia. *Children and Youth Services Review*, 71, 217–226. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.11.014>
- McLeod, G. F. H., Horwood, L. J. & Fergusson, D. M. (2016). Adolescent depression, adult mental health and psychosocial outcomes at 30 and 35 years. *Psychological Medicine*, 46(7), 1401–1412. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002950>

- Meherali, S., Punjani, N., Louie-Poon, S., Abdul Rahim, K., Das, J. K., Salam, R. A. & Lassi, Z. S. (2021). Mental Health of Children and Adolescents Amidst COVID-19 and Past Pandemics: A Rapid Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073432>
- Meier-Gräwe, U., Wagenknecht, I. (2011). *Kosten und Nutzen früherer Hilfen. Eine Kosten-Nutzen-Analyse im Projekt »Guter Start ins Kinderleben«*. Köln.
- Meyer, N. & Alsago, E. (2021). Soziale Arbeit am Limit? *Sozial Extra*, 45(3), 210–218. <https://doi.org/10.1007/s12054-021-00380-0>
- Mo, X., Gai, R. T., Tachibana, Y., Bolt, T., Takahashi, Y. & Nakayama, T. (2020). The burden of disease and the cost of illness attributable to child maltreatment in Japan: long-term health consequences largely matter. *BMC Public Health*, 20(1), 1296. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09397-8>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. & Altman, D. (2011). Bevorzugte Report Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement. *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136(15), e25-e25. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1272982>
- Monk, N. J., McLeod, G. F. H., Mulder, R. T., Spittlehouse, J. K. & Boden, J. M. (2021). Childhood anxious/withdrawn behaviour and later anxiety disorder: a network outcome analysis of a population cohort. *Psychological Medicine*, 53(4), 1343–1354. <https://doi.org/10.1017/S0033291721002889>
- Mulfinger, N., Lampl, J., Dinkel, A., Weidner, K., Beutel, M. E., Jarczok, M. N., Hildenbrand, G., Kruse, J., Seifried-Dübon, T., Junne, F., Beschoner, P. & Gündel, H. (2020). Psychische Belastungen durch Epidemien bei Beschäftigten im Gesundheitswesen und Implikationen für die Bewältigung der Corona-Krise: eine Literaturübersicht [Psychological stress caused by epidemics among health care workers and implications for coping with the corona crisis: a literature review]. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 66(3), 220–242. <https://doi.org/10.13109/zptm.2020.66.3.220>
- Musser, E. D., Riopelle, C. & Latham, R. (2021). Child maltreatment in the time of COVID-19: Changes in the Florida foster care system surrounding the COVID-19 safer-at-home order. *Child Abuse & Neglect*, 116(Pt 2), 104945. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.104945>
- Naff, D., Williams, S., Furman-Darby, J. & Yeung, M. (2022). The Mental Health Impacts of COVID-19 on PK–12 Students: A Systematic Review of Emerging Literature. *AERA Open*, 8, 233285842210847. <https://doi.org/10.1177/23328584221084722>
- Nationaler Rat gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen. (2021). *Gemeinsame Verständigung des Nationalen Rates gegen sexuelle Gewalt an Kindern und Jugendlichen*. Berlin.
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. S. & Hennessy, E. (2020). Exploring the Impact of COVID-19 on Mental Health Outcomes in Children and Adolescents: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph17228479>
- Nonninger, S. & Meysen, T. (2019, 2015, 2012). Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII). In J. Merchel (Hrsg.), *Handbuch Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)* (S. 88–104). Ernst Reinhardt Verlag.

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A [Alexander], Scott, J. & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien.
- Ougrin, D., Wong, B. H., Vaezinejad, M., Plener, P. L., Mehdi, T., Romaniuk, L., Barrett, E., Hussain, H., Lloyd, A., Tolmac, J., Rao, M., Chakrabarti, S., Carucci, S., Moghraby, O. S., Elvins, R., Rozali, F., Skouta, E., McNicholas, F., Kuruppuaracchi, N., . . . Landau, S. (2022a). Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01741-6>
- Ougrin, D., Wong, B. H., Vaezinejad, M., Plener, P. L., Mehdi, T., Romaniuk, L., Barrett, E., Hussain, H., Lloyd, A., Tolmac, J., Rao, M., Chakrabarti, S., Carucci, S., Moghraby, O. S., Elvins, R., Rozali, F., Skouta, E., McNicholas, F., Kuruppuaracchi, N., . . . Landau, S. (2022b). Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(7), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01741-6>
- Panchal, U., Salazar de Pablo, G., Franco, M., Moreno, C., Parellada, M., Arango, C. & Fusar-Poli, P. (2021). The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 1–27. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w>
- Panda, P. K., Gupta, J., Chowdhury, S. R., Kumar, R., Meena, A. K., Madaan, P., Sharawat, I. K. & Gulati, S. (2021). Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of tropical pediatrics*, 67(1). <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa122>
- Pella, J. E., Slade, E. P., Pikulski, P. J. & Ginsburg, G. S. (2020). Pediatric Anxiety Disorders: A Cost of Illness Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(4), 551–559. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00626-7>
- Pereznieto, P., Montes, A., Routier, S. & Langston, L. (2014). *The costs and economic impact of violence against children*.
- Perry, I. J., Millar, S.R., Balanda, K.P., Dee, A., Bergin, D., Carter, L., Doherty, E., Fahy, L., Hamilton, D., Jaccard, A., Knuchel-Takano, A., McCarthy, L., McCune, A., O'Malley, G., Pimpin, L., Queally, M., Webber, L. (2017). *What are the estimated costs of childhood overweight and obesity on the island of Ireland?* <https://www.safefood.net/research-reports/estimated-costs-childhood-obesity>
- Peterson, C., Florence, C. & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse & Neglect*, 86, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.018>
- Pitzer, M. (2016). Kinder- und jugendpsychiatrische Pharmakotherapie – Was sollten Kinder- und Hausärzte davon wissen? *Arzneiverordnung in der Praxis*. <https://www.akdae.de/arzneimittelthe>

rapie/arzneiverordnung-in-der-praxis/ausgaben-archiv/ausgaben-ab-2015/ausgabe/artikel/2016/2016-03/kinder-und-jugendpsychiatrische-pharmakotherapie-was-sollten-kinder-und-hausarzte-davon-wissen

- Plötner, M., Moldt, K., In-Albon, T. & Schmitz, J. (2022). Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Die Psychotherapie*, 67(6), 469–477. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y>
- Raccanello, D., Rocca, E., Vicentini, G. & Brondino, M. (2022). Eighteen Months of COVID-19 Pandemic Through the Lenses of Self or Others: A Meta-Analysis on Children and Adolescents' Mental Health. *Child & youth care forum*, 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09706-9>
- Racine, N., McArthur, B. A., Cooke, J. E., Eirich, R., Zhu, J. & Madigan, S. (2021). Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 175(11), 1142–1150. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>
- Radakin, F., Scholes, A., Soloman, K., Thomas-Lacroix, C., Davies, A. (2021). *The economic and social cost of contact child sexual abuse*. <https://www.gov.uk/government/publications/the-economic-and-social-cost-of-contact-child-sexual-abuse/the-economic-and-social-cost-of-contact-child-sexual-abuse>
- Rapp, A., Fall, G., Radomsky, A. C. & Santarossa, S. (2021). Child Maltreatment During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Rapid Review. *Pediatric Clinics of North America*, 68(5), 991–1009. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.006>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Devine, J., Löffler, C., Reiß, F., Napp, A.-K., Gilbert, M., Naderi, H., Hurrelmann, K., Schlack, R., Hölling, H. & Erhart, M. (2022). The Mental Health and Health-Related Behavior of Children and Parents During the COVID-19 Pandemic. *Deutsches Ärzteblatt international*, 119(25), 436–437. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0173>
- Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Otto, C., Adedeji, A., Napp, A.-K., Becker, M., Blanck-Stellmacher, U., Löffler, C., Schlack, R., Hölling, H., Devine, J., Erhart, M. & Hurrelmann, K. (2021). Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der Copsy-Studie [Mental health and psychological burden of children and adolescents during the first wave of the COVID-19 pandemic-results of the Copsy study]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 64(12), 1512–1521. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03291-3>
- Reed, S., F. (k.A.). *Total Estimated Cost of Child Abuse and Neglect in the United States Statistical Evidence*.
- Revet, A., Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Kehoe, L. A., Gradl-Dietsch, G. & Klauser, P. (2021). Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1–8.
- Russo, G., Jesus, T. S., Deane, K., Osman, A. Y. & McCoy, D. (2021). Epidemics, Lockdown Measures and Vulnerable Populations: A Mixed-Methods Systematic Review of the Evidence of Impacts on Mother and Child Health in Low-and Lower-Middle-Income Countries. *International journal of health policy and management*, 11(10), 2003–2021. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.155>
- Salk, R. H., Petersen, J. L., Abramson, L. Y. & Hyde, J. S. (2016). The contemporary face of gender differences and similarities in depression throughout adolescence: Development and chronicity. *Journal of affective disorders*, 205, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.071>

- Samji, H., Wu, J., Ladak, A., Vossen, C., Stewart, E., Dove, N., Long, D. & Snell, G. (2022). Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. *Child and adolescent mental health*, 27(2), 173–189. <https://doi.org/10.1111/camh.12501>
- Schlack, R., Neuperdt, L., Hölling, H., Bock, F. de, Ravens-Sieberer, U., Mauz, E., Wachtler, B. & Beyer, A.-K. (2020). *Auswirkungen des COVID-19-Pandemiegeschehens und behördlicher Infektionsschutzmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. <https://doi.org/10.25646/7173>
- Sedgwick, P. (2014). Retrospective cohort studies: advantages and disadvantages. *Bmj*, 348.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. & Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95–107. <https://doi.org/10.1111/obr.12334>
- Sonntag, D., Ali, S. & Bock, F. de (2016). Lifetime indirect cost of childhood overweight and obesity: A decision analytic model. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 24(1), 200–206. <https://doi.org/10.1002/oby.21323>
- Sozialministerium Baden-Württemberg. (2022). *Abschlusserklärung der Task Force zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Coronapandemie vom 7. April 2022*. https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Anhang_PM/Abschlusserklaerung_Taskforce_Kinde_und_Jugendliche.pdf
- Ssegonja, R., Sampaio, F., Alaie, I., Philipson, A., Hagberg, L., Murray, K., Sarkadi, A., Langenskiöld, S., Jonsson, U. & Feldman, I. (2020). Cost-effectiveness of an indicated preventive intervention for depression in adolescents: a model to support decision making. *Journal of affective disorders*, 277, 789–799.
- Statistisches Bundesamt. (o.D.). *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen Bruttoinlandsprodukt (BIP)*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Volkswirtschaftliche-Gesamtrechnungen-Inlandsprodukt/Tabellen/bip-bubbles.html>
- Statistisches Bundesamt. (2015). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2014*.
- Statistisches Bundesamt. (2016). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2015*.
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2016*.
- Statistisches Bundesamt. (2018). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2017*.
- Statistisches Bundesamt. (2019). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2018*.
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2019*.
- Statistisches Bundesamt. (2021a). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Erzieherische Hilfe, Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen, Hilfe für junge Volljährige*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Publikationen/Downloads-Jugendarbeit/erzieherische-hilfe-5225112207004.pdf?__blob=publication-file

- Statistisches Bundesamt. (2021b). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VIII -2020*.
- Statistisches Bundesamt. (2022). *Statistiken der Kinder- und Jugendhilfe Gefährdungseinschätzungen nach § 8a Absatz 1 SGB VII -2021*.
- Steinhausen, H.-C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(1), 225–242. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.07.013>
- Steinhausen, H. C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1284–1293.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S. & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *The International journal of eating disorders*, 54(5), 851–868. <https://doi.org/10.1002/eat.23486>
- Svendsen, V. G., Lokkerbol, J., Danner, U. N., Jansingh, A., Evers, S. M. & Wijnen, B. F. (2022). Design and testing of a health economic Markov model for treatment of anorexia nervosa. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 22(8), 1243–1251. <https://doi.org/10.1080/14737167.2022.2119130>
- Tannous, W. K., Hay, P., Girosi, F., Heriseanu, A. I., Ahmed, M. U. & Touyz, S. (2021). The economic cost of bulimia nervosa and binge eating disorder: a population-based study. *Psychological Medicine*, 52(16), 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000775>
- Taylor, P., Moore, P., Pezzullo, L., Tucci, J., Goddard, C., De Bortoli, L. (2008). *The Cost of Child Abuse in Australia*.
- Techniker Krankenkasse. (2022). *Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten*.
- Theberath, M., Bauer, D., Chen, W., Salinas, M., Mohabbat, A. B., Yang, J., Chon, T. Y., Bauer, B. A. & Wahner-Roedler, D. L. (2022). Effects of COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents: A systematic review of survey studies. *SAGE open medicine*, 10, 20503121221086712. <https://doi.org/10.1177/20503121221086712>
- Tkacz, J. & Brady, B. L. (2021). Increasing rate of diagnosed childhood mental illness in the United States: Incidence, prevalence and costs. *Public Health in Practice*, 2, 100204. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2021.100204>
- Tully, L., Sorensen, J., O'Malley, G. (2021). Pediatric Weight Management Through mHealth Compared to Face-to-Face Care: Cost Analysis of a Randomized Control Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, Artikel 9. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.2196/31621>
- Viner, R., Russell, S., Saulle, R., Croker, H., Stansfield, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A.-L., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Ward, J., Schwalbe, N., Morgan, A. & Minozzi, S. (2022). School Closures During Social Lockdown and Mental Health, Health Behaviors, and Well-being Among Children and Adolescents During the First COVID-19 Wave: A Systematic Review. *JAMA pediatrics*, 176(4), 400–409. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5840>
- Wabitsch, M. & Moß, A. (2019). Evidenzbasierte (S3-) Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) und der Deut-

- schen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ): Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. In Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes und Jugendalter (AGA), Deutsche Adipositas Gesellschaft (Hrsg.), *S3-Leitlinie Therapie und Prävention der Adipositas im Kindes- und Jugendalter*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/050-002I_S3_Therapie-Praevention-Adipositas-Kinder-Jugendliche_2019-11.pdf
- Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M., Santos-Hövenner, C., Lampert, T [Thomas] & Hoebel, J. (2020). Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.25646/7058>
- Wang, S., Chen, L., Ran, H., Che, Y., Fang, D., Sun, H., Peng, J., Liang, X [Xuemeng] & Xiao, Y. (2022). Depression and anxiety among children and adolescents pre and post COVID-19: A comparative meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, *13*, 917552. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.917552>
- Wapler, F. (2015). *Kinderrechte und Kindeswohl: Eine Untersuchung zum Status des Kindes im Öffentlichen Recht*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Ward, Z. J., Bleich, S. N., Long, M. W. & Gortmaker, S. L. (2021). Association of body mass index with health care expenditures in the United States by age and sex. *PLOS ONE*, *16*(3), e0247307. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247307>
- Warrier, V., Kwong, A. S. F., Luo, M., Dalvie, S., Croft, J., Sallis, H. M., Baldwin, J., Munafò, M. R., Nievergelt, C. M., Grant, A. J., Burgess, S., Moore, T. M., Barzilay, R., McIntosh, A., van IJzendoorn, M. H. & Cecil, C. A. M. (2021). Gene-environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *The Lancet Psychiatry*, *8*(5), 373–386. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30569-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30569-1)
- Witt, A., Brown, R. C., Plener, P. L., Brähler, E. & Fegert, J. M [Jörg M.] (2017). Child maltreatment in Germany: prevalence rates in the general population. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *11*, 47. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0185-0>
- Witt, A., Glaesmer, H., Jud, A., Plener, P. L., Brähler, E., Brown, R. C. & Fegert, J. M [Jörg M.] (2018). Trends in child maltreatment in Germany: comparison of two representative population-based studies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *12*, 24. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0232-5>
- Witt, A., Jud, A., Finkelhor, D., Brähler, E. & Fegert, J. M. (2020). Monitoring recent trends: The prevalence of disclosure of sexual abuse in a representative sample of the German population based on indicator 16.2.3 of the UN Sustainable Development Goals (SDG). *Child Abuse & Neglect*, *107*, 104575. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104575>
- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2004). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Angststörungen* (Nr. 21). https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3171/25uDLpnVUj7Y_51.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Kloese, M. & Ryl, L. (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Depressive Erkrankungen* (Nr. 51). https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/depression.pdf?__blob=publicationFile
- World Health Organization. (2020). *Healthy diet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- World Health Organization. (2022, Oktober). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

- Yu, H.-J., Liu, X., Yang, H.-G., Chen, R. & He, Q.-Q. (2022). The association of adverse childhood experiences and its subtypes with adulthood sleep problems: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Sleep medicine*, 98, 26–33. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.06.006>
- Ziegenhain, U., Henn, K. & Hoffmann, T. (2022). *Interdisziplinäre Unterstützung und Versorgung von Kindern psychisch und suchterkrankter Eltern in den Frühen Hilfen: Impulse zur Netzwerkarbeit* 7. Köln. <https://doi.org/10.17623/NZFH:IN-KpkE>

A. Anhang

A.1 Tabellen zur Literaturübersicht (in Ergänzung zu Kapitel 3)

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/ Fokussierte Fragestellung
Amorós-Reche et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse der unmittelbaren psychologischen Auswirkungen der Pandemie auf Kinder und Jugendliche in Spanien
Brakspear et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körpergewicht ▪ Bewegungsmangel 	Einfluss der pandemiebedingten Lebenseinschränkungen auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen
Chai et al.	2021	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse der Prävalenzdaten von Depression und Angststörung bei Kindern und Jugendlichen in China
Chang et al.	2021	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas ▪ Übergewicht/Körpergewicht 	Einfluss der Lockdown-Maßnahmen auf Gewicht und BMI bei Kindern und Jugendlichen
Chawla et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression ▪ Reduktion von körperlicher Bewegung 	Zusammenfassung der Literatur zu psychologischen Auswirkungen der Pandemie für Kinder und Jugendliche
Chen et al.	2022	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression 	Analyse der Prävalenzdaten zu depressiven Symptomen unter Kindern und Jugendlichen in China
De Oliveira et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse der weltweiten Prävalenz von Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Di Fazio et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Altersabhängige Analyse der Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit unter Berücksichtigung von Risikofaktoren in der europäischen Bevölkerung
Djurdjević et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Auswirkung der Pandemie auf die Prävalenz von Angststörungen und Depression bei Kindern und Jugendlichen
Elharake et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse der pandemiebedingten psychischen Belastungen unter Berücksichtigung von Risikofaktoren
Freiberg et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung 	Einfluss des Tragens von Gesichtsmasken auf psychosoziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen
Gabriel et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Hossain et al.	2022	Umbrella Review	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Synthese weltweiter Prävalenzdaten zu psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen durch die Pandemie
Karatzí et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körpergewicht 	Einfluss der pandemiebedingt veränderten Lebensführung und Nahrungsaufnahme auf das Körpergewicht und cardio-metabolische Risikofaktoren bei Kindern und Jugendlichen
Kaubisch et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf psychische Gesundheit in Familien
Kauhanen et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Vergleich von Daten zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen vor und während der Pandemie

Kumar et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse des Zusammenhangs zwischen mentaler Gesundheit und einem Pandemieausbruch bei Jugendlichen
La Fauci et al.	2022	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht/Körpergewicht ▪ Bewegungsmangel 	Analyse des Ausmaßes und der Risikofaktoren für Gewichtszunahme während der Lockdown-Maßnahmen
Loades et al.	2020	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss sozialer Isolation auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Ma et al.	2021	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Analyse von Prävalenzdaten zu psychischen Belastungen während der Pandemie von Kindern und Jugendlichen in China
Mayra et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Körperliche Bewegung 	Analyse des Einflusses der Pandemie auf mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den USA
Meherali et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss von Pandemien auf psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie Bewertung der Effektivität von Interventionsmaßnahmen
Naff et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Nearchou et al.	2020	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Jugendlichen
Panchal et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Lockdown-Maßnahmen auf die mentale Gesundheit von Kindern und Ju-

				gendlichen unter Berücksichtigung von Risiko- und Schutzfaktoren
Panda et al.	2020	Systematische Literaturübersicht und Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss von Lockdown- und Quarantänemaßnahmen auf Prävalenzen von psychischen Belastungen bei Kindern, Jugendlichen und Betreuungspersonen
Raccanello et al.	2022	Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Racine et al.	2021	Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Weltweite Prävalenzdaten von Depression und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen während der Pandemie
Russo et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss von Lockdown Maßnahmen auf die mentale Gesundheit von Kindern und Müttern in Ländern mit niedrigem Einkommen und niedrigem mittleren Einkommen
Samji et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Theberath et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Einfluss der Pandemie auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Viner et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression ▪ Körperliche Bewegung 	Einfluss von Schulschließungen auf die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen
Wang et al.	2022	Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung ▪ Depression 	Vergleich von Prävalenzdaten zu Depression und Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen vor und während der Pandemie

Tabelle 2: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie mit dem Studientyp „Systematische Literaturüberblicke und Meta-Analysen“

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/Fokussierte Fragestellung
Aleksandrov & Okhrimenko	2020	Empirische Studie	<ul style="list-style-type: none"> Depression 	Analysieren den Zusammenhang zwischen Quarantänemaßnahmen während der Pandemie und dem Anstieg des Risikos neurotischer Erkrankungen bei Jugendlichen in der Ukraine
Clemens et al.	2021	Empirische Studie	<ul style="list-style-type: none"> Ängstlichkeit 	Analysieren psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen in Abhängigkeit vom Auftreten von Gewalt zwischen Eltern vor und während der Pandemie in Deutschland
Mansfield et al.	2022	Empirische Studie	<ul style="list-style-type: none"> Depressive Symptome 	Analysieren den Einfluss der Corona-Pandemie auf depressive Symptome bei Jugendlichen im Vereinigten Königreich

Tabelle 3: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu psychosozialen Belastungen von Kindern und Jugendlichen während der Corona-Pandemie mit dem Studientyp „Empirische Studie“

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/Fokussierte Fragestellung	Datenbank
Beat	2015	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> Essstörung 	Analyse der individuellen und gesellschaftlichen Kosten einer Essstörung im Vereinigten Königreich	Systematische Suche in Google
Beswick et al.	2020	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> Übergewicht 	Schätzung von Gesundheitskosten bei Kindern und Erwachsenen	Systematische Suche in Google

				in West-australien	
Bodden et al.	2008	Kostenanalyse	▪ Angststörung	Durchführung einer prävalenzbasierten Studie zu Kosten einer klinisch relevanten Angststörung von Kindern und Jugendlichen in den Niederlanden	Systematische Suche in Google
Bodden et al.	2022	Kostenanalyse	▪ Depression	Durchführung einer prävalenzbasierten Studie zu Kosten depressiver Symptome von Jugendlichen in den Niederlanden	Systematische Suche in Google
Crane et al.	2013	Kostenanalyse	▪ Depression	Analysieren die Kosten der Behandlung einer Depression durch individuelle Therapie vs. Familientherapie in verschiedenen Altersgruppen in den USA	Systematische Suche in Google
Dams et al.	2019	Kostenanalyse	▪ Angststörung	Analysieren die direkten Kosten einer sozialen Angststörung bei Jugendlichen und die	Systematische Suche in wissenschaftlichen Datenbanken

				Kosteneffektivität der Psychotherapie in Deutschland	
Deloitte Access Economics	2020	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essstörung 	Schätzungen der sozialen und ökonomischen Auswirkungen von Essstörungen in der U.S.-amerikanischen Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen	Systematische Suche in Google
Greiner et al.	2019	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression ▪ Angststörung 	Analyse der Exzess-Kosten von Depressionen und Angststörungen bei GKV-versicherten (DAK) Kindern und Jugendlichen in Deutschland	Systematische Suche in Google
Hamilton et al.	2017	Kostenanalyse; systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht ▪ Adipositas 	Literaturübersicht zu Lebenszeitkosten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen	Systematische Suche in Google
Johnson et al.	2006	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht 	Schätzung von Gesundheitskosten durch Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in den USA	Systematische Suche in Google

König et al.	2020	Kostenanalyse/Meta-Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression 	Analysieren die Exzess-Kosten einer Depression bei Jugendlichen und anderen Altersgruppen weltweit	Systematische Suche in Google
Pella et al.	2020	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angststörung 	Analysieren die direkten und indirekten Kosten einer Angststörung bei Kindern und Jugendlichen in Connecticut, USA	Systematische Suche in Google
Perry et al.	2017	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht ▪ Adipositas 	Schätzung von jährlichen Kosten und Lebenszeitkosten für Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Irland und Nordirland	Systematische Suche in Google
Sonntag et al.	2015	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewicht ▪ Adipositas 	Schätzung indirekter Lebenszeitkosten von Übergewicht und Adipositas bei Kindern in Deutschland	Systematische Suche in Google
Streatfeild et al.	2021	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essstörung 	Schätzungen der Kosten von Essstörungen in der U.S.-amerikanischen Bevölkerung in verschiedenen Altersgruppen	Systematische Suche in Google

Tannous et al.	2022	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Essstörung 	Schätzungen der Kosten von Essstörungen in Südastralien	Systematische Suche in Google
Tkacz & Brady	2021	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Depression ▪ Angststörung ▪ Essstörung 	Analysieren die jährlichen Prävalenzen und direkten medizinischen Kosten von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in den USA	Systematische Suche in Google
Tully et al.	2021	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas 	Vergleichen die Kosten einer Face-to-Face Behandlung zum Gewichtsmanagement mit den Kosten einer mHealth-Behandlung bei Jugendlichen in Irland	Systematische Suche in wissenschaftlichen Datenbanken
Ward et al.	2021	Kostenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adipositas 	Gesundheitskosten von Adipositas bei Kindern und Erwachsenen in den USA	Systematische Suche in Google

Tabelle 5: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu den Folgekosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/Fokussierte Fragestellung
Kourti et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kindesmisshandlung 	Identifikation internationaler Trends von Kindesmisshandlung während der Coronapandemie

Marmor et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	▪ Kindesmisshandlung	Zusammenfassung der Literatur zu Kindesmisshandlung während der Corona-Pandemie
Rapp et al.	2021	Systematische Literaturübersicht	▪ Kindesmisshandlung	Synthese internationaler Trends von Kindesmisshandlung während der Corona-Pandemie
Viner et al.	2022	Systematische Literaturübersicht	▪ Kindesmisshandlung	Einfluss von Schulschließungen auf die physische und mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Tabelle 7: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu Kindesmisshandlungen während der Corona-Pandemie mit dem Studientyp „Systematische Literaturübersichten“

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/Fokussierte Fragestellung
Calvano et al.	2022	Empirische Studie	▪ Kindesmisshandlung	Analysieren Veränderungen im Vorkommen belastender Kindheitserfahrungen während der COVID-19-Pandemie im Vergleich zu vorher
Musser et al.	2021	Empirische Studie	▪ Kindesmisshandlung	Analysieren Veränderungen festgestellter Fälle von Kindesmisshandlung, die in einer Pflegeunterbringung resultierten, in Florida während der Corona-Pandemie im Vergleich zu vorher

Tabelle 8: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu Kindesmisshandlungen während der Corona-Pandemie mit dem Studientyp „Empirische Studien“

Autor	Jahr	Studientyp	Fokussierte psychosoziale Belastung	Analysierter Zusammenhang/Fokussierte Fragestellung	Datenbank
Australian Government	2018	Kostenanalyse	Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	Schätzung der ökonomischen Kosten von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung	Systematische Suche in Google

Bowlus et al.	2003	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der ökonomischen Kosten von Kindesmiss-handlung für das Jahr 1998 in Kanada	Systematische Suche in Google
Conrad	2006	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung	Modellierung von direkten, indirekten und Opportunitätskosten von Misshandlung und Vernachlässigung in den USA	Systematische Suche in Google
Conti et al.	2021	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der ökonomischen Kosten von Kindesmiss-handlung in UK	Systematische Suche in Google
Deloitte Access Economics	2018	Kostenanalyse	Gewalt gegen Kinder	Schätzung der ökonomischen Kosten von Gewalt gegen Kinder und junge Erwachsene in New South Wales	Systematische Suche in Google
Deloitte Access Economics	2019	Kostenanalyse	Gewalt gegen Kinder	Schätzung der ökonomischen Kosten von Gewalt gegen Kinder und junge Erwachsene in New South Wales	Systematische Suche in Google
Fang et al.	2012	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der durchschnittlichen und aggregierten Lebenszeitkosten pro betroffenem Kind bezugnehmend auf Fälle aus dem Jahr 2008 in den USA	Systematische Suche in Google
Gelles & Perlman	2012	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung	Schätzung der jährlichen Kosten von Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung in den USA	Systematische Suche in Google
Jenkins	2020	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der Kosten von Kindesmiss-handlung von Kindern in Fremdunderbringung in Neuseeland zwischen 1950 und 2019	Systematische Suche in Google
Letourneau et al.	2018	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der ökonomischen Folgekosten von sexuellem Kindesmissbrauch auf Lebenszeit in den USA	Systematische Suche in wissenschaftlichen Datenbanken
McCarthy et al.	2016	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der Lebenszeitkosten von Kindesmiss-handlung in Australien	Systematische Suche in Google

Mo et al.	2020	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der Gesundheitskosten von Kindesmiss-handlung in Japan auf gesellschaftlicher Ebene	Systematische Suche in Google
Noor et al.	2003	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der Kosten von Kindesmiss-handlung und von Präventionsmaßnahmen in Michigan	Systematische Suche in Google
Pereznieto et al.	2014	Kostenanalyse	Gewalt gegen Kinder	Schätzung der Kosten von Gewalt gegen Kinder auf globaler und länderspezifischer Ebene	Systematische Suche in Google
Peterson et al.	2018	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Aktualisierung früherer Kostenschätzungen zu Lebenszeitkosten für Betroffene und jährlichen gesellschaftlichen Kosten von Kindesmiss-handlung in den USA	Systematische Suche in Google
Radakin et al.	2021	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzungen der finanziellen und nicht-finanziellen Kosten von sexuellem Kindesmissbrauch in England und Wales	Systematische Suche in Google
Reed	Keine Angabe	Kostenkalkulation	Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung	Schätzung der direkten und indirekten Kosten von Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung in den USA bezugnehmend auf Daten von 1993 und späteren Jahren	Systematische Suche in Google
San Francisco Child Abuse Prevention Center & Berkeley Haas	2017	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung	Schätzung der jährlichen ökonomischen Kosten von Kindesmiss-handlung in San Francisco im Jahr 2015	Systematische Suche in Google
Taylor et al.	2008	Kostenanalyse	Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung	Gesellschaftliche (Lebenszeit-) Kosten von Kindesmiss-handlung und Vernachlässigung von Kindern in Australien im Jahr 2007	Systematische Suche in Google

Tabelle 10: Überblick über die Treffer der systematischen Literaturrecherche zu Folgekosten von Kindesmiss-handlungen

A.2 Kostenschätzung basierend auf Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten (retrospektiven Kohortenstudie, GWQ-Daten)

A.2.1 Zielsetzung und Studiendesign

Ziel dieser Analysen ist, die durch die Pandemie für das GKV-System entstandenen und entstehenden direkten Versorgungskosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen zu quantifizieren. Die Analysen fokussieren sich auf einen Prä-Post COVID-19 Vergleich der **Prävalenzraten** der psychischen Krankheitsbilder (1) Angststörungen, (2) Depressionen, (3) Essstörungen, sowie (4) Kindesmisshandlungen und den damit assoziierten GKV- Leistungsausgaben für die **Jahre 2020-2023**.

Die Studie folgt dem Ansatz einer retrospektiven Kohortenstudie (Sedgwick, 2014). Die untersuchte Gruppe (Kohorte) bilden Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene der Altersgruppe 0 bis 21 Jahre, welche unter einem oder mehreren der oben genannten Krankheitsbilder leiden und im jeweiligen Betrachtungsjahr durchgängig versichert waren. Die Studie folgt einem **Prävalenzansatz**. Demnach werden Veränderungen in der Anzahl an psychischen Erkrankungen in dem Zeitraum 2010 bis 2023 sowie den damit assoziierten Kosten betrachtet.

A.2.2 Datengrundlage

Die nachfolgenden Analysen basieren auf (1) Abrechnungsdaten gesetzlicher Krankenkassen der GWQ ServicePlus AG (GWQ Service Plus AG, 2022a, 2022b, 2022c) und (2) öffentlich zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021b, 2022).

Die Datengrundlage zur Bestimmung der Prävalenzen und Versorgungskosten bildet ein anonymisierter Datenpool der GWQ ServicePlus AG. Als Gemeinschaftsunternehmen gesetzlicher Krankenkassen betreibt die GWQ aus dem Datenbestand von 19 teilnehmenden Betriebs- und Innungskrankenkassen einen fortlaufend aktualisierten anonymisierten Datenpool mit derzeit rund 5 Mio. Versicherten. Dieser umfasst Abrechnungsdaten in Bezug auf die ambulant-ärztliche und stationäre Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung der Jahre 2010 bis 2021. Die zu diesem Versichertenkollektiv vorliegenden Daten entsprechen ca. 6,8 Prozent aller gesetzlichen Krankenversicherten und ca. 6 Prozent der Bevölkerung Deutschlands (Stand 2021). Für das Jahr 2021 entsprach dies beispielsweise einer Stichprobe von 5,9 Prozent aller in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 0 bis 21 Jahren.

Für die Analysen werden die Abrechnungsdaten aller GWQ-Versicherten in der Altersgruppe 0 bis 21 Jahre herangezogen. Informationen zum Geburtsjahr liegen in dem anonymisierten Datenpool in 5-Jahres Altersscheiben vor (z.B. 2000, 2005 etc.). Folglich können in den retrospektiven Kohortenanalysen die Altersgruppen nicht jahresgenau abgebildet werden. Für jedes Referenzjahr werden im Querschnitt mindestens die Altersgruppe 0-17 Jahre abgebildet. Diese Gruppe macht den Großteil des gesamt N aus und treibt damit die beobachteten Effekte. Je nach Referenzjahr wird damit eine unterschiedliche Altersgruppe betrachtet (siehe Tabelle 33). Hierdurch ist die Vergleichbarkeit zwischen den Kohorten eingeschränkt und die berechneten Werte sind mit entsprechender Berücksichtigung zu interpretieren. Durch den Einschluss von 18-21-Jährigen in einzelnen Jahren kann es zu Verzerrungen in Form von Über- oder Unterschätzungen der Prävalenzen und Kosten kommen. Die Verzerrungen sind jedoch als gering einzustufen. Die Limitation lässt sich jedoch aufgrund von Einschränkungen im Datensatz nicht beheben. Die Analysen sind dennoch interpretierbar und geben eine Tendenz an. Die Einschränkungen in der Vergleichbarkeit der Jahre sind lediglich bei einem direkten Jahresvergleich zu berücksichtigen.

Berechnung Prävalenz

Unter der Prävalenz wird allgemein der Anteil der Erkrankten an allen untersuchten Personen verstanden (Kreienbrock et al., 2012). Bei GKV-Routinedaten gilt für Prävalenzbestimmungen die generelle Einschränkung, dass das Vorliegen einer Erkrankung anhand der Routinedaten abbildbar sein muss. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um die *dokumentierte Prävalenz* der Krankheitsbilder handelt, die näherungsweise die tatsächliche Prävalenz der psychischen Erkrankungen beschreibt. Unentdeckte bzw. nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen können auf Basis dieser Daten nicht erfasst werden. Dies führt möglicherweise zu einer Unterschätzung tatsächlicher Prävalenz. Zur Bestimmung der Prävalenz ist es nötig, sowohl den Zähler – also die erkrankten Personen – als auch den Nenner – die Personen der Grundgesamtheit – zu ermitteln. Bei der Bestimmung der Grundgesamtheit in GKV-Routinedaten ist zu beachten, dass die Versichertenpopulation eine dynamische, offene Kohorte darstellt. Aufgrund natürlicher Bevölkerungsbewegungen (Geburten, Todesfälle) wie auch Versichertenbewegungen (Ein- und Austritte) gibt es stetig Zu- und Abgänge im Versichertenkollektiv. Um unterjährigen Veränderungen im Versichertenkollektiv zu isolieren, werden in den Analysen lediglich Versicherte betrachtet, welche im Referenzjahr durchgängig versichert waren. Die erkrankten

Personen mit psychischen Erkrankungen im Zähler werden anhand der GKV-Leistungsdaten unter Verwendung spezifischer Falldefinitionen ermittelt. Dabei werden ärztlich dokumentierte Diagnosen (ICD-10-GM) aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie von Direktabrechnenden verwendet (siehe Tabelle 26). Es werden alle Fälle erfasst, die innerhalb des Referenzjahres mindestens eine der relevanten Diagnosen in einer der Leistungskategorien aufweisen. Dabei werden ausschließlich gesicherte Diagnosen oder Hauptdiagnosen herangezogen. Die ermittelte Anzahl an erkrankten Personen wird durch die Gesamtzahl der Personen der relevanten Alterskategorien dividiert, um die GWQ-spezifische Prävalenz zu bestimmen (siehe Formel 2). Zur Angabe der Prävalenz pro Tausend wird die zuvor bestimmte Prävalenz mit 1000 multipliziert.

$$\text{Prävalenz}_{t,i} = \frac{\text{Anzahl Personen mit relevanter Diagnose für Störungsbild } i \text{ in Jahr } t}{\text{Gesamtzahl Personen im Jahr } t} * 1000$$

mit Jahr $t \in \{2010, \dots, 2021\}$ und

Indikation $i \in \{\text{Depression, Essstörung, Angststörung, Kindesmisshandlung}\}$

Formel 2: Berechnung Prävalenz

Die auf Basis der GWQ-Routinedaten ermittelten Krankheitsprävalenzen sollen genutzt werden, um Aussagen für die Gesamtheit aller Kinder- und Jugendlichen in Deutschland zu treffen. Da das Versichertenkollektiv einzelner Krankenkassen jedoch keine Zufallsstichprobe der Bundesbevölkerung darstellt, ist mitunter keine Repräsentativität gewährleistet (Hoffmann & Icks, 2012; Hoffmann & Koller, 2017; Huber et al., 2012; Kriwy & Mielck, 2006). Zur Überprüfung der Repräsentativität wurden die Alters- und Geschlechterverteilung mit der Verteilung in der Bundesbevölkerung verglichen. Der Abgleich der Quoten für die Alters-Geschlechtsgruppen in den Daten des Statistischen Bundesamtes und den GWQ-Daten ergab eine maximale Differenz von 0,8 Prozentpunkten. Für die meisten Jahre lag die Differenz deutlich unter 0,8 Prozentpunkten. Folglich wurde unter der Annahme einer annähernd repräsentativen Stichprobe die ermittelte Ein-Jahres-Prävalenz auf Basis der GWQ-Routinedaten für die Bundesbevölkerung hochgerechnet. Daten zur Grundgesamtheit an Kindern und Jugendlichen für die

entsprechenden Altersgruppe für die Jahre 2010–2021 wurden den entsprechenden Quellen des Statistischen Bundesamtes (Destatis) entnommen¹⁸. Für die Hochrechnungen der Grundgesamtheit für die Jahre 2022 und 2023 wurde das Szenario moderater Entwicklungen von Geburten, Lebenserwartung und Wanderungssaldo verwendet (Destatis, 2022). Die GWQ-Prävalenz wurden mit der Gesamtzahl an Personen der relevanten Altersgruppe im jeweiligen Jahr auf Basis der Destatis-Daten multipliziert. Eine Visualisierung der Entwicklung der Prävalenzraten über die Jahre 2010–2023 findet sich im Anhang.

Krankheitsbild	ICD-10 / OPS
Essstörungen	F50.x
Angststörungen	F40.x, F41.x, F93.x
Depressionen	F32.x, F33.x, F34.x
Kindesmisshandlung	T74.x, Y05, Y06.x, Yo7.X, Z61, Z61.2, Z61.4, Z61.5, Z61.6, Z61.7

Tabelle 26: Fallbestimmung psychischer Störungsbilder und Kindesmisshandlung

Berechnung Kostenschätzer

Die Kostenschätzung erfolgte pro Jahr auf Ebene der einzelnen Krankheitsbilder. Die Kosten zu den jeweiligen Krankheitsbildern wurden zunächst für die einzelnen Leistungsbereiche (ambulante und stationäre Leistungen, Direktabrechnenden) ermittelt und anschließend im Sinne eines Gesamtkostenansatzes aggregiert. Arzneimittelkosten wurden in den vorliegenden Analysen aufgrund ihrer untergeordneten Therapie- und Kostenbedeutung für die betrachteten Krankheitsbilder für die Altersgruppe 0–21 nicht inkludiert. So existiert für die Behandlung von Depressionen bei Kindern unter 8 Jahren keinerlei Evidenz für die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie bei Depression. Auch bei älteren Kindern und Jugendlichen mit Depression ist die Psychotherapie der Pharmakotherapie vorzuziehen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2013). Analog fehlt es für Essstörungen an Evidenz für eine pharmakologische Behandlung (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie [DGPM], 2018), weswegen sie eine untergeordnete Rolle spielt. Auch für Angststörungen im Kindesalter ist die Psychotherapie der Pharmakotherapie vorrangig (Pitzer, 2016).

¹⁸ Daten verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=statistikTabellen&selectionname=12411#abreadcrumb>.

GKV-Kosten im ambulanten Bereich

Die Berechnung der Kosten im ambulanten Bereich erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Im ersten Schritt wurden basierend auf allen Personen mit einer gesicherten Diagnose des jeweiligen Krankheitsbildes im Referenzjahr (siehe Tabelle 27) die durchschnittliche Anzahl an Quartalen mit einer ambulanten Diagnose des Krankheitsbildes ermittelt. Im zweiten Schritt wurden basierend auf den Fällen, welche neben der Diagnose des jeweiligen Krankheitsbildes keine weitere gesicherte Diagnose aufweisen, die durchschnittlichen krankheitsspezifischen Kosten pro Quartal berechnet und dann auf einen Jahreswert aggregiert. Hierdurch sollen die unmittelbar mit der jeweiligen psychiatrischen Diagnose assoziierten Kosten möglichst isoliert erfasst werden, um die entstandenen Kosten ursachegerecht zurechnen zu können. Dieser enge Kostenbegriff (Kostenbegriff A) könnte jedoch zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Versorgungskosten führen, da mit den jeweiligen Krankheitsbildern assoziierte Folge- und/oder Begleiterkrankungen in der Kostenerfassung unberücksichtigt bleiben. Folglich wurde eine Sensitivitätsanalyse mit einer erweiterten Kostendefinition durchgeführt. Die erweiterte Kostendefinition (Kostenbegriff B) umfasst die Kosten aller Fälle, einschließlich solcher, welche neben der Diagnose des jeweiligen Krankheitsbildes auch weitere Diagnose aufweisen. Die ambulanten Gesamtkosten ergeben sich aus der Multiplikation der durchschnittlichen Zahl an Quartalen mit der relevanten Diagnose und den durchschnittlichen Kosten für ein Quartal mit relevanter Diagnose. Das Vorgehen für die Berechnung der Kosten im Bereich Direktabrechnenden erfolgt analog.

Kosten $b_{t,i}$ = Durchschnittliche Anzahl Quartale mit Diagnose für Störungsbild i in Jahr t

* Durchschnittliche Kosten für Quartal mit Störungsbild i in Jahr t

mit Leistungsfeld $b \in \{\textit{ambulant}, \textit{Direktabrechnende}\}$ und

Jahr $t \in \{2010, \dots, 2021\}$ und

Indikation $i \in \{\textit{Depression}, \textit{Essstörung}, \textit{Angststörung}, \textit{Kindesmisshandlung}\}$

Formel 3: Berechnung GKV-Kosten im ambulanten Bereich

GKV-Kosten im stationären Bereich

Das Vorgehen zur Berechnung der GKV-Kosten im stationären Bereich erfolgt analog zur Berechnung der Kosten im ambulanten Bereich. Im ersten Schritt werden basierend auf allen Personen mit einer gesicherten Diagnose oder einer relevanten Hauptdiagnose des jeweiligen Krankheitsbildes im Referenzjahr (siehe Tabelle 27) die durchschnittliche Anzahl an stationären Aufenthalten ermittelt. Im zweiten Schritt wurden basierend auf den Fällen, welche neben der Diagnose des jeweiligen Krankheitsbildes keine weitere gesicherten Diagnose oder Hauptdiagnosen aufweisen, die durchschnittlichen Kosten pro Aufenthalt berechnet (Kostenbegriff A). Auch hier wurden als Sensitivitätsanalyse die Kosten zusätzlich basierend auf Fällen, welche neben der Diagnose des jeweiligen Krankheitsbildes auch weitere Diagnose aufweisen, analysiert (Kostenbegriff B). Die Gesamtkosten ergeben sich aus der Multiplikation der durchschnittlichen Zahl an Krankenhausaufenthalten mit relevanter Diagnose und den durchschnittlichen Kosten für einen Aufenthalt mit relevanter Diagnose. Das Vorgehen für ambulante Krankenhaufälle erfolgte analog.

Kosten $b_{t,i}$ = Durchschnittliche Anzahl Aufenthalte mit Diagnose für Störungsbild i in Jahr t

* Durchschnittliche Kosten für Aufenthalt mit Störungsbild i in Jahr t

mit Leistungsfeld $b \in \{\text{Krankenhaus ambulant}, \text{Krankenhaus stationär}\}$ und

Jahr $t \in \{2010, \dots, 2021\}$ und

Indikation $i \in \{\text{Depression}, \text{Essstörung}, \text{Angststörung}, \text{Kindesmisshandlung}\}$

Formel 4: Berechnung GKV-Kosten im stationären Bereich

Gesamtkosten

Die durchschnittlichen Gesamtkosten für eine Person mit relevanter Diagnose in einem Jahr ergeben sich aus der Summe über die verschiedenen Leistungsbereiche.

$Gesamtkosten = \text{Kosten ambulant}_{t,i} + \text{Kosten Direktabrechnende}_{t,i}$

$+ \text{Kosten Krankenhaus ambulant}_{t,i} + \text{Kosten Krankenhaus stationär}_{t,i}$

mit Jahr $t \in \{2010, \dots, 2021\}$ und

Indikation $i \in \{\text{Depression}, \text{Essstörung}, \text{Angststörung}, \text{Kindesmisshandlung}\}$

Formel 5: Berechnung GKV-Gesamtkosten

Die Kostendaten liegen für die Jahre 2010-2021 vor. Folglich wurde für die Jahre 2022 und 2023 eine Hochrechnung der Kosten vorgenommen. Die Hochrechnung erfolgt basierend auf den Prognosen der Deutschen Bundesbank für den harmonisierten Verbraucherpreisindex (Bundesbank, 2022). Der harmonisierten Verbraucherpreisindex wird in zahlreichen Analysen im Gesundheitswesen (so auch DAK Kinder- und Jugendreport, 2019) verwendet. Für das Jahr 2022 ergibt sich eine Kostenerhöhung von 8,6% gegenüber dem Vorjahr, für das Jahr 2023 ergibt sich eine Kostenerhöhung von 7,2% gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 27 gibt einen Überblick über die aus den GWQ-Daten berechnete Entwicklung der Prävalenzen sowie GKV-Kosten für die Jahre 2010-2021 und fasst damit die Basisdaten der nachfolgenden Kostenabschätzung zusammen.

Jahr	Altersgruppe	Sample (N)	GWQ-Prävalenz pro Tsd	Grundgesamtheit BRD	Anzahl der Betroffenen BRD	Kosten A pro Fall pro Jahr ¹⁾
Angststörungen						
2010	0-20	879.461	30,48	16.068.694	489.829	727,85 €
2011	0-21	976.982	32,33	16.655.460	538.457	764,05 €
2012	0-17	773.221	34,73	13.090.887	454.647	933,85 €
2013	0-18	824.264	36,91	13.868.819	511.956	959,82 €
2014	0-19	876.634	41,26	14.753.511	608.714	940,52 €
2015	0-20	935.568	42,19	15.935.949	672.412	1.019,62 €
2016	0-21	1.001.475	43,15	17.002.177	733.582	1.067,32 €
2017	0-17	796.260	44,67	13.538.146	604.801	1.110,26 €
2018	0-18	845.434	46,44	14.433.190	670.244	1.216,95 €
2019	0-19	898.244	47,44	15.330.502	727.335	1.302,62 €
2020	0-20	944.981	48,89	16.200.517	792.075	1.280,68 €
2021	0-21	1.008.840	52,15	17.149.637	894.336	1.328,74 €
Depressionen						
2010	0-20	879.461	12,72	16.068.694	204.435	986,08 €
2011	0-21	976.982	15,95	16.655.460	265.572	1.018,36 €
2012	0-17	773.221	8,08	13.090.887	105.781	1.731,88 €
2013	0-18	824.264	10,92	13.868.819	151.448	1.716,22 €
2014	0-19	876.634	14,21	14.753.511	209.715	1.737,94 €
2015	0-20	935.568	17,31	15.935.949	275.908	1.774,01 €
2016	0-21	1.001.475	20,68	17.002.177	351.681	1.815,34 €
2017	0-17	796.260	10,45	13.538.146	141.424	2.912,84 €
2018	0-18	845.434	13,95	14.433.190	201.278	2.579,91 €
2019	0-19	898.244	16,76	15.330.502	256.895	2.713,89 €
2020	0-20	944.981	20,25	16.200.517	328.080	2.540,38 €
2021	0-21	1.008.840	25,82	17.149.637	442.867	2.689,43 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 27: Überblick über die aus den GWQ-Daten berechneten Entwicklung der Prävalenzen sowie GKV-Kosten für die Jahre 2010-2021

Jahr	Altersgruppe	Sample (N)	GWQ-Prävalenz pro Tsd	Grundgesamtheit BRD	Anzahl der Betroffenen BRD	Kosten A pro Fall pro Jahr ¹⁾
Essstörungen						
2010	0-20	879.461	5,37	16.068.694	86.367	1.297,05 €
2011	0-21	976.982	5,58	16.655.460	93.013	1.185,14 €
2012	0-17	773.221	5,32	13.090.887	69.601	1.506,60 €
2013	0-18	824.264	5,93	13.868.819	82.177	1.326,00 €
2014	0-19	876.634	6,38	14.753.511	94.112	1.774,67 €
2015	0-20	935.568	6,12	15.935.949	97.482	1.918,14 €
2016	0-21	1.001.475	6,27	17.002.177	106.582	2.046,30 €
2017	0-17	796.260	5,36	13.538.146	72.531	2.577,42 €
2018	0-18	845.434	5,47	14.433.190	79.009	2.095,19 €
2019	0-19	898.244	5,54	15.330.502	84.875	2.225,10 €
2020	0-20	944.981	5,81	16.200.517	94.102	2.588,62 €
2021	0-21	1.008.840	6,51	17.149.637	111.618	3.138,48 €
Kindesmisshandlungen						
2010	0-20	879.461	1,05	16.068.694	16.846	147,70 €
2011	0-21	976.982	1,12	16.655.460	18.650	113,75 €
2012	0-17	773.221	1,32	13.090.887	17.235	181,14 €
2013	0-18	824.264	1,46	13.868.819	20.191	156,57 €
2014	0-19	876.634	1,48	14.753.511	21.895	214,41 €
2015	0-20	935.568	1,51	15.935.949	24.017	243,88 €
2016	0-21	1.001.475	1,46	17.002.177	24.821	205,06 €
2017	0-17	796.260	1,81	13.538.146	24.534	218,20 €
2018	0-18	845.434	1,76	14.433.190	25.386	323,59 €
2019	0-19	898.244	1,81	15.330.502	27.734	243,38 €
2020	0-20	944.981	1,77	16.200.517	28.613	209,26 €
2021	0-21	1.008.840	1,75	17.149.637	30.038	247,50 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 27: Fortsetzung

Tabellen 28-31 stellen die GKV-Kosten für die Jahre 2019-2021 getrennt nach den einzelnen Leistungsbereichen für die einzelnen Krankheitsbilder dar.

Angststörung

Kosten GKV-Leistungsbereich	Notation	Kostenspalten	Ambulant			Krankenhaus stationär			Krankenhaus ambulant			Direktabrechner			Kosten A pro Person pro Jahr	Kosten B pro Person pro Jahr
			Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B		
2019	Anzahl gesamt	Mittelwert	77245	476,81 €	284,41 €	803	16.314,12 €	16.244,21 €	9500	575,14 €	527,87 €	1831	63,86 €	68,82 €	1.302,62 €	942,23 €
		Min		1,30 €	0,16 €		311,46 €	311,46 €		0,00 €	0,00 €		10,00 €	0,00 €		
	Max		4.146,73 €	6.458,14 €		91.930,00 €	91.930,00 €		7.325,83 €	38.826,42 €		2.620,00 €	2.620,00 €			
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	1,81	430,84 €	351,96 €	0,02	14.845,17 €	14.884,40 €	0,22	428,01 €	569,35 €	0,04	178,03 €	124,57 €			
		n		4580	77245		754	803		3595	9500		426	1831		
2020	Anzahl gesamt	Mittelwert	83294	512,74 €	308,39 €	710	14.200,54 €	14.623,99 €	9867	621,86 €	546,12 €	2039	119,72 €	95,59 €	1.280,68 €	901,56 €
		Min		0,67 €	0,02 €		114,02 €	114,02 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		
	Max		3.226,10 €	4.195,02 €		93.990,48 €	111.165,59 €		3.202,79 €	12.994,66 €		1.835,00 €	2.760,00 €			
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	1,80	455,53 €	385,49 €	0,02	13.615,01 €	14.386,46 €	0,21	444,47 €	448,78 €	0,04	261,94 €	191,83 €			
		n		5229	83294		660	710		3699	9867		501	2039		
2021	Anzahl gesamt	Mittelwert	97907	507,15 €	313,93 €	829	15.420,72 €	15.835,96 €	11018	645,52 €	572,30 €	1982	179,34 €	134,35 €	1.328,74 €	958,68 €
		Min		0,82 €	0,04 €		362,69 €	362,69 €		0,00 €	0,00 €		0,50 €	0,00 €		
	Max		3.431,02 €	6.560,43 €		92.313,71 €	92.313,71 €		3.088,06 €	17.712,78 €		1.830,00 €	2.915,00 €			
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	1,86	462,73 €	400,24 €	0,02	13.946,40 €	14.372,48 €	0,21	461,76 €	514,21 €	0,04	4.330,23 €	259,84 €			
		n		5916	97907		759	829		3959	11018		514	1982		

Tabelle 28: GKV-Kosten für Angststörungen

Depression

Kosten GKV-Leistungsbereich	Notation	Kostenspalten	Ambulant			Krankenhaus stationär			Krankenhaus ambulant			Direktabrechner			Kosten A pro Person pro Jahr	Kosten B pro Person pro Jahr
			Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B		
2019	Anzahl gesamt	Mittelwert	28179	439,51 €	327,01 €	1876	13.737,41 €	13.988,19 €	5006	514,62 €	497,56 €	1036	112,82 €	90,76 €	2.713,89 €	2.527,33 €
		Min		1,30 €	0,04 €		125,78 €	125,78 €		0,00 €	0,00 €		10,00 €	0,00 €		
	Max		3.633,31 €	4.097,75 €		346.433,42 €	346.433,42 €		25.560,91 €	25.560,91 €		2.140,00 €	2.140,00 €			
	Standardabweichung	1,87	437,61 €	412,02 €	0,12	17.083,83 €	17.157,10 €	0,33	677,21 €	564,25 €	0,07	272,58 €	105,60 €			
	n		1363	28179		1688	1876		2221	5006		111	1036			
2020	Anzahl gesamt	Mittelwert	36273	504,81 €	363,70 €	2083	12.736,09 €	13.085,85 €	5918	570,57 €	535,12 €	1288	309,33 €	135,33 €	2.540,38 €	2.288,31 €
		Min		1,15 €	0,02 €		293,58 €	293,58 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		
	Max		3.063,49 €	5.952,12 €		162.773,20 €	162.773,20 €		3.105,69 €	9.952,25 €		2.107,00 €	2.899,00 €			
	Standardabweichung	1,90	489,66 €	455,52 €	0,11	14.795,51 €	15.339,05 €	0,31	470,28 €	488,58 €	0,07	442,74 €	254,22 €			
	n		1881	36273		1897	2083		2558	5918		145	1288			
2021	Anzahl gesamt	Mittelwert	51583	484,42 €	364,82 €	3109	12.706,19 €	13.244,59 €	8360	570,27 €	553,34 €	1738	463,77 €	192,94 €	2.689,43 €	2.493,37 €
		Min		1,34 €	0,15 €		125,78 €	125,78 €		0,00 €	0,00 €		0,00 €	0,00 €		
	Max		2.959,60 €	4.299,47 €		176.438,36 €	176.438,36 €		16.809,90 €	16.809,90 €		2.578,00 €	3.615,00 €			
	Standardabweichung	1,98	486,37 €	461,56 €	0,12	14.000,92 €	14.670,20 €	0,32	547,74 €	581,48 €	0,07	541,46 €	340,18 €			
	n		2465	51583		2818	3109		3642	8360		251	1738			

Tabelle 29: GKV-Kosten für Depressionen

Esstörung

Kosten GKV-Leistungsbereich	Notation	Kostenspalten	Ambulant			Krankenhaus stationär			Krankenhaus ambulant			Direktabrechner			Kosten A pro Person pro Jahr	Kosten B pro Person pro Jahr
			Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B		
2019	Anzahl gesamt	Mittelwert	8501	373,97 €	245,93 €	366	20.512,60 €	20.573,04 €	802	445,39 €	489,01 €	656	32,80 €	45,69 €	2.225,10 €	2.019,41 €
		Min		1,30 €	0,33 €		94,08 €	94,08 €		0,94 €	0,94 €		10,00 €	5,00 €		
	Max		1.785,62 €	3.463,64 €		124.606,12 €	124.606,12 €		2.851,68 €	3.992,34 €		180,00 €	372,34 €			
	Standardabweichung	1,71	375,64 €	364,09 €	0,07	23.007,15 €	22.996,34 €	0,16	456,59 €	455,92 €	0,13	26,16 €	42,40 €			
2020	Anzahl gesamt	Mittelwert	9470	457,43 €	284,22 €	460	20.200,20 €	20.265,20 €	956	560,76 €	514,77 €	751	65,09 €	77,64 €	2.588,62 €	2.288,93 €
		Min		1,07 €	0,02 €		247,03 €	247,03 €		0,00 €	0,00 €		10,00 €	5,00 €		
	Max		2.716,35 €	3.545,92 €		189.196,12 €	189.196,12 €		10.878,00 €	10.878,00 €		1.503,00 €	2.974,00 €			
	Standardabweichung	1,73	496,76 €	418,82 €	0,08	26.385,29 €	26.136,63 €	0,17	769,05 €	577,76 €	0,14	184,13 €	224,63 €			
2021	Anzahl gesamt	Mittelwert	12322	521,14 €	311,54 €	660	20.186,11 €	20.771,06 €	1495	538,60 €	566,16 €	514	112,38 €	121,92 €	3.138,48 €	2.810,95 €
		Min		1,12 €	0,11 €		94,08 €	94,08 €		11,64 €	11,64 €		15,00 €	0,00 €		
	Max		3.493,78 €	4.336,96 €		208.652,07 €	208.652,07 €		2.494,33 €	5.696,07 €		1.478,00 €	1.478,00 €			
	Standardabweichung	1,88	533,65 €	437,28 €	0,10	25.724,39 €	25.948,18 €	0,23	448,62 €	511,56 €	0,08	253,25 €	233,43 €			
		n		362	12322		637	660		568	1495		197	514		

Tabelle 30: GKV-Kosten für Esstörungen

Kindesmisshandlungen

Kosten GKV-Leistungsbereich Jahr	Notation	Kostenspalten	Ambulant			Krankenhaus stationär			Krankenhaus ambulant			Direktabrechner			Kosten A pro Person pro Jahr	Kosten B pro Person pro Jahr
			Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B	Häufigkeit	Kosten A	Kosten B		
2019	Anzahl gesamt	Mittelwert	2434	83,81 €	116,23 €	0			323,47 €	395,72 €	29			59,47 €	243,38 €	319,31 €
		Min		1,30 €	1,30 €				74,00 €	51,96 €				10,00 €		
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	Max	1,50	386,79 €	2.870,41 €	0,00		620,00 €	1.314,35 €	0,02			146,50 €			
		Standardabweichung n		109,49 €	176,52 €			172,27 €	151,61 €				34,12 €			
2020	Anzahl gesamt	Mittelwert	2516	73,32 €	131,92 €	0			292,21 €	449,34 €	41			49,00 €	209,26 €	350,70 €
		Min		9,67 €	0,51 €				79,00 €	44,59 €				30,00 €		
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	Max	1,51	495,56 €	2.089,80 €	0,00		508,14 €	5.363,57 €	0,02			87,00 €			
		Standardabweichung n		105,69 €	198,06 €			135,93 €	309,28 €				61,27 €			
2021	Anzahl gesamt	Mittelwert	2728	105,76 €	133,94 €	0			229,54 €	423,56 €	42			51,00 €	247,50 €	361,59 €
		Min		9,79 €	1,34 €				72,90 €	0,00 €				45,00 €		
	Häufigkeit pro Person pro Jahr	Max	1,54	876,38 €	2.145,37 €	0,00		654,71 €	5.371,80 €	0,02			57,00 €			
		Standardabweichung n		194,25 €	196,67 €			144,24 €	319,10 €				8,49 €			
				20	2728			41	639			2	42			

Tabelle 31: GKV-Kosten für Kindesmisshandlungen

A.2.3 Analysen

Ziel dieser Teilstudie ist die Quantifizierung der durch die COVID-19 Pandemie für das GKV-System entstandenen und entstehenden direkten Versorgungskosten psychosozialer Belastungen von Kindern und Jugendlichen. Es sollen damit pandemiebedingte krankheitsbildspezifische GKV-Zusatzkosten, welche auf die COVID-19 bedingten Veränderungen in den Prävalenzraten zurückzuführen sind, ermittelt werden.

Die Analysen fokussieren sich auf einen Prä-Post COVID-19 Vergleich der Prävalenzraten der psychischen Krankheitsbilder (1) Angststörungen, (2) Depressionen, (3) Essstörungen, sowie (4) Kindesmisshandlungen und den damit assoziierten GKV-Kosten für die Jahre 2020-2023.

Hierzu wurde basierend auf den prä-pandemischen Jahren 2010-2019 mithilfe einer Trendfortschreibung die erwartete Prävalenz der Jahre 2020-2023 ohne Pandemie-Effekt ermittelt (vgl. Abbildungen 31-34). Anhand von Differenzberechnungen der erwarteten Prävalenz ohne Pandemie-Effekt und der beobachteten Prävalenz bzw. der möglichen weiteren Entwicklung der Prävalenz wurden pandemiebedingte Veränderungen der Prävalenzen analysiert. Die Veränderungen über die Jahre wurden dabei über das Gesamtjahr hinweg analysiert und erfolgten auf Ebene der einzelnen Krankheitsbilder. Aufgrund von Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit erfolgte keine Differenzierung zwischen Schweregraden der einzelnen Krankheitsbilder.

Für die Jahre 2020 und 2021 wurde die Differenz aus den in den GWQ-Daten beobachteten Prävalenzen und den basierend auf Vergangenheitswerten prädizierten Werten für die Jahre 2020 und 2021 gebildet. Hierzu wurde basierend auf den Prävalenzraten der Jahre 2010-2019 die erwartete Prävalenz ohne den Einfluss durch die COVID-19 Pandemie für die Jahre 2020-2023 mittels linearer Regressionsgleichungen ermittelt. Es wurde für jede Altersgruppe eine eigene Regression unter Einbeziehung der verfügbaren Vergangenheitswerte der relevanten Altersgruppe berechnet, um Prävalenzunterschiede zwischen den verschiedenen Altersgruppen zu berücksichtigen. Durch Differenzbildung der erwarteten und beobachteten Prävalenz für die **Jahre 2020 und 2021** kann der **Pandemie-Effekt** auf die Veränderung der assoziierten Kosten der jeweiligen Krankheitsbilder analysiert werden.

Für die **Jahre 2022 und 2023** ist dieses Vorgehen zur Ermittlung des Pandemie-Effektes aufgrund der fehlenden beobachteten Prävalenzwerte in den GWQ-Daten nicht möglich. Aufgrund der unzureichenden Datenlage hinsichtlich der Abschätzung der Prävalenzentwicklungen für psychische Erkrankungen für die Jahre 2022 und 2023, wurden folglich unterschiedliche **Szenarien (d)** für die Entwicklung der Prävalenz im Verhältnis zur erwarteten Prävalenz betrachtet: die Prävalenz liegt 0, 5, 10, 15, 20 Prozent

über der erwarteten Prävalenz. Die Entwicklung der Prävalenz in den Jahren 2022 und 2023 könnte aufgrund der gehäuften Praxisschließungen und anderen Einschränkungen des öffentlichen Lebens während der Lockdowns 2020 und 2021 deutlich von der retrospektiven Trendfortschreibung abweichen.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, welcher Anteil der Veränderung der Prävalenzraten im Vergleich zu den prä-pandemischen Jahren monokausal auf die Pandemie zurückzuführen ist? Zeitgleich erfolgte gesellschaftliche und soziale Entwicklungen könnten ebenso einen Einfluss auf die Entwicklung von psychischen Erkrankungen haben. Um zu quantifizieren, welcher Anteil der abweichenden Veränderung in den Prävalenzen kausal auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen ist, liegen derzeit keine belastbaren Daten vor. Expert:innen weisen darauf hin, dass multiple Faktoren zur Entwicklung relevanter Störungsbilder beitragen und damit die pandemiebedingte Kausalität schwer belegbar ist. Folglich wurden im Rahmen umfassender Sensitivitätsanalysen unterschiedliche Szenarien modelliert. Demnach wird in verschiedenen Szenarien angenommen, dass die Veränderungen in den Prävalenzen zu 25, 50, 75, 90 oder 100 Prozent durch die COVID-19 Pandemie verursacht wurden (siehe Tabellen 32-35, S1-S5).

Die Schätzung der auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführenden Folgekosten erfolgt durch die Multiplikation der im Rahmen der unterschiedlichen Szenarien ermittelten Prävalenzen im Vergleich zur erwarteten Prävalenz mit der jeweiligen Grundgesamtheit sowie mit den durchschnittlichen Kosten pro Fall pro Jahr (Kostenbegriff A). Damit lassen sich für die unterschiedlichen Szenarien die Folgekosten pandemiebedingter Erkrankungen für die Jahre 2020-2023 modellieren.

$$\begin{aligned}
 & \text{COVID Folgekosten}_{i,t}(s) \\
 &= \frac{\text{Prävalenz_beobachtet}_{i,t} - \text{Prävalenz_erwartet}_{i,t}}{1000} * \text{Grundgesamtheit}_t * s \\
 & * \text{Kosten}_{i,t}
 \end{aligned}$$

mit Indikation $i \in \{\text{Depression, Essstörung, Angststörung, Kindesmisshandlung}\}$ und
Jahr $t \in \{2020, 2021\}$ und

Szenarien für den auf COVID zurückzuführenden Effekt $s \in \{25\%, 50\%, 75\%, 90\%, 100\%\}$

Formel 6: Berechnung Folgekosten für die Jahre 2020 und 2021

$$COVID\ Folgekosten_{i,t}(d, s) = \frac{Prävalenz_erwartet_{i,t} * d}{1000} * Grundgesamtheit_t * s * Kosten_{i,t}$$

mit Indikation $i \in \{\text{Depression, Essstörung, Angststörung, Kindesmisshandlung}\}$ und
 Jahr $t \in \{2022, 2023\}$ und
 Szenarien für den auf COVID zurückzuführenden Effekt $s \in \{25\%, 50\%, 75\%, 90\%, 100\%\}$ und
 Szenarien für die Entwicklung der Prävalenz $d \in \{0\%, 5\%, 10\%, 15\%, 20\%\}$

Formel 7: Berechnung Folgekosten für die Jahre 2022 und 2023

A.2.4 Ergebnisse

In Tabellen 32-35 sowie Abbildungen 11-30 wird die approximative Kostenschätzung im Gesundheitsbereich für die Krankheitsbilder (1) Angststörungen, (2) Depressionen, (3) Essstörungen, sowie (4) Kindesmisshandlungen für die variierenden Altersgruppen im Bereich der 0 bis 21-Jährigen entsprechend der unterschiedlichen Szenarien zur Entwicklung der erwarteten Prävalenzen in den Jahren 2022 und 2023 und der unterschiedlichen Szenarien zum Anteil des durch die COVID-19 Pandemie zu erklärenden Prävalenzunterschiedes dargestellt. Die ermittelten Kosten sind dabei als pandemiebedingte krankheitsbildspezifische GKV-Zusatzkosten zu verstehen, welche auf die COVID-19 bedingten Veränderungen in den Prävalenzraten zurückzuführen sind. Die Kostenschätzung bildet damit die direkten (zu erwartenden) Versorgungskosten ab, die sich ergeben, weil sich durch die Pandemie die Prävalenzen anderes entwickeln als basierend auf einer Trendfortschreibung aus der Vergangenheit erwartet. Bei dem konservativsten Szenario ($d_1; S_1$), dass sich die Prävalenzen entwickeln wie erwartet, d.h. keine „Nachholeffekte“ aufgrund verschleppter Diagnosen während der COVID-Einschränkungen angenommen werden, und der Annahme, dass lediglich 25 Prozent der von der Erwartung abweichenden Erkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind, belaufen sich die Kostenschätzungen im Gesundheitsbereich aggregiert über alle Störungsbilder für die Jahre 2020-2023 auf **-2.140.546,43 €**. Demnach wäre kurzfristig von einer pandemiebedingten Kostenreduktion auszugehen. Aussagen zu mittel- bis längerfristigen Effekten können basierend auf den vorliegenden Analysen nicht getroffen werden. Der Anstieg der Prävalenzraten im Jahr 2021 für die Krankheitsbilder Depressionen und Kindesmisshandlungen deutet jedoch darauf hin, dass mit einem Kostenanstieg zu rechnen ist. Bei der Annahme, dass sich die Prävalenzen um 20 Prozent stärker steigen als erwartet und der Annahme, dass 100 Prozent der im Vergleich zu 2019 zusätzlichen Erkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind, belaufen sich die Kostenschätzungen aggregiert über alle Störungsbilder für die Jahre 2020-2023 auf **27.526.540,60 €**.

Unter Verwendung des erweiterten Kostenbegriffs B (Tabellen 36-42) ergibt sich folgendes, ähnliches Bild: Bei dem konservativsten Szenario (d1; S1), belaufen sich die Kostenschätzungen im Gesundheitsbereich aggregiert über alle Störungsbilder für die Jahre 2020-2023 auf - **1.576.091,65 €**. Demnach wäre von einer pandemiebedingten Kostenreduktion auszugehen. Bei der Annahme, dass sich die Prävalenzen um 20 Prozent stärker steigen als erwartet und der Annahme, dass 100 Prozent der im Vergleich zu 2019 zusätzlichen Erkrankungen auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen sind, belaufen sich die Kostenschätzungen aggregiert über alle Störungsbilder für die Jahre 2020-2023 auf **20.590.203,14 €**.

Tabellen 32-35 Kosten zu den einzelnen Störungsbildern

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Angststörungen									
2020	0-20	48,89	53,91	-5,01	-1.271.533,61 €	-2.543.067,23 €	-3.814.600,84 €	-4.577.521,01 €	-5.086.134,45 €
2021	0-21	52,15	53,96	-1,81	-539.080,27 €	-1.078.160,55 €	-1.617.240,82 €	-1.940.688,99 €	-2.156.321,10 €
2022	0-17		54,62						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	54,62	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2022</i>		d2: 5 %	57,35	2,73	804.722,81 €	1.609.445,62 €	2.414.168,43 €	2.897.002,12 €	3.218.891,24 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	60,08	5,46	1.686.085,89 €	3.372.171,77 €	5.058.257,66 €	6.069.909,19 €	6.744.343,55 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	62,81	8,19	2.644.089,23 €	5.288.178,46 €	7.932.267,70 €	9.518.721,24 €	10.576.356,93 €
		d5: 20 %	65,54	10,92	3.678.732,85 €	7.357.465,69 €	11.036.198,54 €	13.243.438,24 €	14.714.931,38 €
2023	0-17		56,61						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	56,61	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2023</i>		d2: 5 %	59,44	2,83	935.399,63 €	1.870.799,26 €	2.806.198,89 €	3.367.438,67 €	3.741.598,52 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	62,27	5,66	1.959.884,94 €	3.919.769,88 €	5.879.654,81 €	7.055.585,78 €	7.839.539,75 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	65,10	8,49	3.073.455,93 €	6.146.911,85 €	9.220.367,78 €	11.064.441,33 €	12.293.823,70 €
		d5: 20 %	67,93	11,32	4.276.112,59 €	8.552.225,18 €	12.828.337,78 €	15.394.005,33 €	17.104.450,37 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 32: Kosten für Angststörungen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Depressionen									
2020	0-20	20,25	21,90	-1,65	-344.490,67 €	-688.981,34 €	-1.033.472,00 €	-1.240.166,41 €	-1.377.962,67 €
2021	0-21	25,82	25,42	0,40	119.034,64 €	238.069,28 €	357.103,92 €	428.524,71 €	476.138,57 €
2022	0-17		12,81						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	12,81	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2022</i>		d2: 5 %	13,45	0,64	89.628,61 €	179.257,21 €	268.885,82 €	322.662,98 €	358.514,42 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	14,09	1,28	187.793,27 €	375.586,54 €	563.379,81 €	676.055,77 €	751.173,08 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	14,73	1,92	294.493,99 €	588.987,98 €	883.481,97 €	1.060.178,37 €	1.177.975,97 €
		d5: 20 %	15,37	2,56	409.730,77 €	819.461,54 €	1.229.192,31 €	1.475.030,77 €	1.638.923,08 €
2023	0-17		13,29						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	13,29	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2023</i>		d2: 5 %	13,95	0,66	104.287,50 €	208.575,00 €	312.862,50 €	375.435,00 €	417.150,00 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	14,61	1,33	218.507,14 €	437.014,28 €	655.521,42 €	786.625,71 €	874.028,57 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	15,28	1,99	342.658,93 €	685.317,85 €	1.027.976,78 €	1.233.572,14 €	1.370.635,71 €
		d5: 20 %	15,94	2,66	476.742,85 €	953.485,71 €	1.430.228,56 €	1.716.274,28 €	1.906.971,42 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 33: Kosten für Depressionen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Essstörungen									
2020	0-20	5,81	6,86		-63.993,20 €	-127.986,40 €	-191.979,59 €	-230.375,51 €	-255.972,79 €
2021	0-21	6,51	6,95		-38.927,95 €	-77.855,91 €	-116.783,86 €	-140.140,64 €	-155.711,82 €
2022	0-17		5,40						
Szenarien		d1: 0 %	5,40	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2022		d2: 5 %	5,67	0,27	18.568,84 €	37.137,68 €	55.706,51 €	66.847,82 €	74.275,35 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	5,94	0,54	38.906,14 €	77.812,27 €	116.718,41 €	140.062,09 €	155.624,55 €
Prävalenz		d4: 15 %	6,21	0,81	61.011,90 €	122.023,79 €	183.035,69 €	219.642,83 €	244.047,59 €
		d5: 20 %	6,48	1,08	84.886,12 €	169.772,23 €	254.658,35 €	305.590,02 €	339.544,47 €
2023	0-17		5,41						
Szenarien		d1: 0 %	5,41	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2023		d2: 5 %	5,68	0,27	20.155,02 €	40.310,03 €	60.465,05 €	72.558,06 €	80.620,07 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	5,95	0,54	42.229,56 €	84.459,12 €	126.688,68 €	152.026,41 €	168.918,24 €
Prävalenz		d4: 15 %	6,22	0,81	66.223,63 €	132.447,25 €	198.670,88 €	238.405,06 €	264.894,51 €
		d5: 20 %	6,49	1,08	92.137,22 €	184.274,44 €	276.411,66 €	331.693,99 €	368.548,88 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 34: Kosten für Essstörungen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Kindesmisshandlungen									
2020	0-20	1,77	1,97	-0,20	-298,88 €	-597,76 €	-896,64 €	-1.075,97 €	-1.195,52 €
2021	0-21	1,75	1,80	-0,05	-89,96 €	-179,92 €	-269,88 €	-323,86 €	-359,84 €
2022	0-17		2,31						
Szenarien		d1: 0 %	2,31	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2022		d2: 5 %	2,42	0,12	267,64 €	535,28 €	802,91 €	963,50 €	1.070,55 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	2,54	0,23	560,76 €	1.121,53 €	1.682,29 €	2.018,75 €	2.243,06 €
Prävalenz		d4: 15 %	2,65	0,35	879,38 €	1.758,76 €	2.638,14 €	3.165,77 €	3.517,53 €
		d5: 20 %	2,77	0,46	1.223,49 €	2.446,97 €	3.670,46 €	4.404,55 €	4.893,95 €
2023	0-17		2,41						
Szenarien		d1: 0 %	2,41	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2023		d2: 5 %	2,53	0,12	315,04 €	630,08 €	945,11 €	1.134,14 €	1.260,15 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	2,65	0,24	660,08 €	1.320,16 €	1.980,24 €	2.376,29 €	2.640,32 €
Prävalenz		d4: 15 %	2,77	0,36	1.035,12 €	2.070,25 €	3.105,37 €	3.726,45 €	4.140,50 €
		d5: 20 %	2,89	0,48	1.440,17 €	2.880,35 €	4.320,52 €	5.184,62 €	5.760,69 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 35: Kosten für Kindesmisshandlungen

A.1.5 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

Die Analysen zeigen, dass die in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 beobachteten Prävalenzraten für die Krankheitsbilder Angststörungen, Essstörungen und Misshandlungen unter den basierend auf Vergangenheitswerten prädiktierten Prävalenzen lagen. Für die Jahre 2022 und 2023 wird ein Anstieg der Prävalenzen für alle Störungsbilder prädiktiert. Dies könnte darauf hinweisen, dass in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 aufgrund der COVID-Einschränkungen Diagnosen zu den betrachteten Störungsbildern nicht erfasst wurden. Inwieweit in den kommenden Jahren „Nachholeffekte“ aufgrund verschleppter Diagnosen und damit assoziierte Kostensteigerungen eintreten lässt sich basierend auf den vorliegenden Daten nicht belastbar bestimmen. Bei der Annahme, dass sich die Prävalenzen um 20 Prozent stärker steigen als erwartet belaufen sich die Kostenschätzungen aggregiert über alle Störungsbilder für die Jahre 2020-2023 auf **27.526.540,60 €**. Aussagen zu mittel- bis längerfristigen Effekten können basierend auf den vorliegenden Analysen jedoch nicht getroffen werden. Bei Verwendung der Abrechnungsdaten von Krankenkassen kann nur die dokumentierte Prävalenz der psychischen Krankheitsbilder ermittelt werden, demnach werden in den ausgewiesenen Prävalenzen lediglich ambulant oder stationär erfasste Diagnosen abgebildet. Unentdeckte bzw. nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen können auf Basis dieser Daten nicht erfasst werden. Dies führt möglicherweise zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz. Insgesamt könnten die pandemie-assoziierten Gesundheitskosten basierend auf den GKV-Daten aufgrund einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz daher als zu gering angenommen werden. Die dargestellten Kosten umfassen zunächst lediglich Krankheitskosten für die Jahre 2020-2023 und sind limitiert auf die jährlichen Behandlungskosten. Die Daten berücksichtigen noch keine mittel- und langfristigen Auswirkungen und Beeinträchtigungen der genannten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter (z.B. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit erwerbstätiger Personen aufgrund der betrachteten Krankheitsbilder).

Die im Vergleich zu den Analysen in Kapitel 5.1 umfassende Datenbasis durch den GWQ-Datenzugang ermöglichte eine genauere Annäherung bei der Ermittlung der pandemiebedingten Folgekosten. Der Prävalenzansatz berücksichtigt im Vergleich zum Inzidenzansatz nicht nur Neuerkrankungen, sondern auch pandemiebedingte Auswirkungen auf bereits Erkrankte, z.B. langsamere Genesung und / oder Rückfälle. Die verfügbare Zeitreihe von 2010-2021 ermöglichte eine Trendfortschreibung der Prävalenzraten und damit eine Vorhersage der erwarteten Prävalenzen für die Jahre 2020-2023 für den Fall, dass die COVID-19 Pandemie nicht eingetreten wäre. Durch den Abgleich der erwarteten mit den

beobachteten Prävalenzen lässt sich der Pandemie-Effekt zielgerichteter ermitteln als durch einen reinen prä-post-Vergleich des Jahres 2019 mit den Folgejahren. Zudem werden in den vorliegenden Analysen Veränderungen in den Prävalenzen sowie in den krankheitsspezifischen Kosten über den Zeitverlauf vor/unabhängig von der COVID-19 Pandemie berücksichtigt. Ferner erlauben die Daten eine bestmögliche Kostenapproximation der mit den jeweiligen Krankheitsbildern unmittelbar assoziierten direkten Leistungsausgaben.

Limitationen

Ogleich der Stärken des GWQ-Datensatzes bestehen Limitationen, welche die Belastbarkeit der Analysen einschränken und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Im Hinblick auf die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse sind folgende Punkte einschränkend zu erwähnen:

- (1) Die auf Basis der GWQ-Routinedaten ermittelten Krankheitsprävalenzen wurden genutzt, um Aussagen für die Gesamtheit aller Kinder- und Jugendlichen in Deutschland zu treffen. Zwar ist für die Stichprobe eine Repräsentativität für die Alters- und Geschlechtsgruppen gewährleistet, jedoch konnte keine Aussagen bzgl. der Repräsentativität der Stichprobe im Hinblick auf Morbidität und Krankheitslast möglich.
- (2) Bei Verwendung der Abrechnungsdaten von Krankenkassen kann nur die *dokumentierte Prävalenz* der Krankheitsbilder ermittelt werden, demnach werden in den ausgewiesenen Prävalenzen lediglich ambulant oder stationär erfasste Diagnosen abgebildet. Unentdeckte bzw. nicht diagnostizierte psychische Erkrankungen können auf Basis dieser Daten nicht erfasst werden. Dies führt möglicherweise zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz. Studien, welche beispielsweise auf selbstberichteten Daten basieren, kommen daher häufig zu anderen Ergebnissen. Die Forschungsakademie der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ESCAP) und der ESCAP-Vorstand zeigten beispielsweise basierend auf einer Fragebogenerhebung im Februar/März 2021 in Europa (CovCAP-Längsschnittstudie), dass die wahrgenommenen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und Psychopathologie von Kindern und Jugendlichen von "mittel" (> 50 %) im Jahr 2020 auf "stark" oder "extrem" (80 %) im Jahr 2021 gestiegen ist (Revet et al., 2021). Dabei waren folgende Krankheitsbilder besonders betroffen: Suizidkrisen, Angststörungen, Essstörungen und schwere depressive Episoden. Dies zeigte sich auch in einem deutlichen Anstieg

der Zahl der Überweisungen oder der Anträge auf Begutachtung einher (91 % meldeten einen Anstieg im Jahr 2021, während 61 % einen Rückgang im Jahr 2020 meldeten; Revet et al., 2021). Angesichts der Überlastungen des Gesundheitswesens während der Pandemie sowie aufgrund der Lockdown Restriktionen, ist davon auszugehen, dass die Anzahl tatsächlicher Erkrankungen und des daraus resultierenden Behandlungsbedarfs noch gar nicht bekannt ist. Internationale und nationale Daten weisen auf stärkere pandemie-assoziierte Anstiege z.B. von Depressionen im Kindes- und Jugendalter hin (Kostev et al., 2021; Ludwig-Walz et al., 2022; Ougrin et al., 2022b). Da die Gesamtzahl der Behandlungsplätze für Kinder- und Jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Behandlungsplätze limitiert ist und somit nur ein Teil Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem hat, ist eine Diskrepanz zwischen den vorliegenden Hellfelddaten und der tatsächlichen Anzahl der Erkrankungen zu erwarten. Das Problem der „verschleppten Diagnosen“ wird in Fachkreisen diskutiert, also die unzureichende Versorgung der durch die Pandemie angestiegenen psychischen Belastung und daraus resultierenden Anstieg psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Ärztliche Fachgesellschaften und Verbände fürchten, dass unbehandelte Beschwerden und verschleppte Diagnosen bald zu drastischen Problemen führen können. Eine Erhöhung der Behandlungskapazitäten wird angestrebt (Sozialministerium Baden-Württemberg, 2022). Insgesamt könnten die pandemie-assoziierten Gesundheitskosten basierend auf den GKV-Daten aufgrund einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz daher als zu gering angenommen werden. Insbesondere bei der Kindesmisshandlung wird nur ein minimaler Anteil mit den untersuchten Codes erfasst. Vor dem Hintergrund der Anzahl an Meldungen der Jugendhilfestatistik (s. Kapitel „Herausforderungen der Folgekostenschätzung im Kontext SGB VIII“), die ebenfalls nur die bekanntgewordenen Misshandlungsfälle dokumentiert, ist die Folgekostenschätzung für den Bereich Kindesmisshandlung für die Gesamtprävalenz von Kindemisshandlung in Deutschland und deren Folgekosten nicht aussagekräftig, da zwei maßgebliche Probleme eine akkurate Schätzung der Differenz zwischen Hell- und Dunkelfeld erschweren und eine allfällige Schätzung willkürlich erscheinen lassen: Bisherige Bevölkerungsstudien zur Prävalenz von Kindesmisshandlung haben die entsprechenden Erfahrungen primär bei erwachsenen Personen befragt (Witt et al., 2018; Witt et al., 2020), Studien mit direkter Befragung von Kindern und Jugendlichen fehlen (Jud, Rassenhofer et al., 2016). Damit würde ein aktuelles Hellfeld mit Daten zum Dunkelfeld vor teils mehreren Dekaden verglichen, obschon zumindest Daten aus den USA eine teils deutliche Abnahme sexuellem Missbrauch und körperlicher Misshandlung nahelegen (Finkelhor et al., 2010, 2015). Außerdem

fehlen Daten aus Prävalenzstudien, die Hinweise umfassen, wie umfangreich jener Anteil an Menschen mit Misshandlungserfahrungen ist, der tatsächlich einer Unterstützung durch Einrichtungen des Kinderschutzes bedarf. Epidemiologische Studien erfassen auch wenig invasive Formen der Misshandlung und Vernachlässigung, etwa wenn im Instrument CTQ, das in mehreren Studien eingesetzt wurde (Witt et al., 2018), markiert wird, dass es lediglich einige Male vorgekommen ist, dass es jemanden gab, der sich um einen gekümmert hat und einen beschützt hat. So sind bspw. die Prävalenzwerte in der repräsentativen deutschen Studie für 2016 bei 41,9% für irgendeine Form der körperlichen Vernachlässigung und auch wenn die milden Formen nicht berücksichtigt werden immer noch bei 22,6% aller Befragten (Witt et al., 2018). Wie viele davon resilient waren und keiner Intervention bedurften ist nicht dokumentiert, ohnehin sind aktuell vor allem Studien zur Resilienz bei sexuellen Missbrauchserfahrungen vorhanden (Domhardt et al., 2015).

- (3) Informationen zum Geburtsjahr liegen in dem anonymisierten GWQ-Datenpool in 5-Jahres Altersscheiben vor (z.B. 2000, 2005 etc.). Folglich können in den retrospektiven Kohortenanalysen die Altersgruppen nicht jahresgenau abgebildet werden. Je nach Referenzjahr wird damit eine unterschiedliche Altersgruppe betrachtet. Hierdurch ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit der Prävalenzraten zwischen den Jahren gegeben. Die beobachteten Prävalenzraten sollten demnach vorrangig mit den erwarteten Prävalenzraten verglichen werden, da diese auf den Daten der gleichen Altersgruppe basieren und pandemieunabhängige Zeittrends berücksichtigen.
- (4) Zur Quantifizierung des Anteils der Veränderung in den Prävalenzen, der kausal auf die COVID-19 Pandemie zurückzuführen ist, liegen keine belastbaren Daten vor. Hierzu wurde im Zeitraum vom Dezember 2022 bis Januar 2023 eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Schwerpunktmäßig wurde zuerst das Cochrane COVID-19 Study Register genutzt. Ergänzend wurde die vom RKI empfohlene semantische Suchmaschine für COVID-19-bezogene Preprints „preVIEW: COVID-19“ herangezogen. Literaturdatenbanken, welche im Rahmen der weiteren Recherche aufgesucht wurden waren u. a.: PubMed; nature.com; ScienceDirect, JAMA Network, SpringerLink, frontiersin, EconBiz, Google Scholar und SAGE Journals. Im Suchalgorithmus wurden explizit Begriffe zu kausalen Forschungsmethoden aufgenommen (z.B. Quasi-experimental, Difference in Differences). Die Relevanz der Ergebnisse wurde nach dem Kriterium der Kausalität der verwendeten Methodik festgelegt. Zahlreiche aus nationalen und internationalen Daten basierenden Studien berichten zwar einen Inzidenz- bzw. Prävalenzanstieg bei psychischen Erkrankungen, die verwendeten Forschungsmethoden lassen jedoch allenfalls die Ableitung pandemiebedingte Assoziationen, jedoch

nicht die Ableitung kausaler Effekte zu. Die Studien verwenden meist ein (retrospektives) Querschnittsdesign und vergleichen Inzidenz- oder Prävalenzansteige lediglich zwischen 2019 und 2020 (Kostev et al., 2021; Ougrin et al., 2022b). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse aus diesen Studien ist zudem aufgrund von Unterschieden in den Stichproben, Falldefinitionen und Analysemethoden eingeschränkt. Im Rahmen einer weiteren Recherche nach Interviews mit Expert:innen zum kausalen Einfluss der COVID-19 Pandemie auf psychische Belastungsstörungen bei Kindern- und Jugendlichen wurde verschiedene Archive sowohl der deutschen- als auch die englischsprachige Tagespresse gezielt nach relevanten Aussagen abgefragt. Schwerpunktmäßig wurde der Dienst des Anbieters LexisNexis genutzt. Ergänzend wurde die Datenbanken von factiva, wiso Wirtschaftspraxis, pressreader, Gale Academic OneFile und der Suchmaschine Google genutzt. Der grundlegende Tenor der Einschätzungen der Expert:innen ist, dass multiple Faktoren zur Entwicklung relevanter Störungsbilder beitragen (Brakemeier et al., 2020). Die pandemiebedingte Kausalität ist somit schwer belegbar. Die COVID Pandemie wirkte, laut der Expert:innen, wie ein Multiplikator ("Brennglas") auf Kinder und Jugendliche, welche schon vor der Pandemie psychosoziale Probleme hatten. Zu diesem Ergebnis kommt auch eine deutsche Studie, welche zeigte, dass Kinder und Jugendliche (6-18 Jahren) mit einer psychischen Erkrankung eine deutlich höhere psychische Belastung hatten als ihre psychisch gesunden Altersgenossen. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit einer depressiven Störung zeigten ein höheres Maß an psychischer Belastung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (Gilsbach et al., 2021). Demnach bedarf es einer differenzierten Betrachtung pandemiebedingten Stressfaktoren, wie finanzielle Probleme, lange Bildschirmzeiten oder Einsamkeit.

Entsprechend der mangelnden Datenlage zur Kausalität des Pandemieeffektes wurden verschiedene Szenarien aufgezeigt (siehe Tabellen 36-39). Ausschlaggebend ist jedoch, dass unabhängig von dem relativen Anteil der durch die COVID-19 Pandemie tatsächlich verursachten Erkrankungen alle Patient:innen versorgt werden müssen. Unabhängig davon, welcher Anteil im Anstieg der Prävalenzen mit der COVID-19 Pandemie verknüpft ist, weist der Anstieg in den Jahren 2022 und 2023 auf eine deutliche Erhöhung des Behandlungsbedarfes hin.

- (5) Die dargestellten Kosten umfassen zunächst lediglich Krankheitskosten für die Jahre 2020-2023 und sind limitiert auf die jährlichen Behandlungskosten. Die Daten berücksichtigen noch keine mittel- und langfristigen Auswirkungen und Beeinträchtigungen der genannten psychischen Erkran-

kungen im Erwachsenenalter (z.B. Angaben zur Arbeitsunfähigkeit erwerbstätiger Personen aufgrund der betrachteten Krankheitsbilder). Zahlreiche Studien zeigen beispielsweise eine steigende Entwicklung von Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Erkrankungen (IGES Institut GmbH, o. J.). Darüber hinaus weisen nationale und internationale Studien auf Chronifizierungen von psychischen Erkrankungen hin. Eine auf amerikanischen Daten basierende Studie aus dem Jahr 2009 ermittelt eine Chronifizierungsrate von 13,70 Prozent bei Kindern (> 10 Jahre) mit Anorexia Nervosa (Steinhausen, 2009). Zu ähnlichen Ergebnissen kommen weitere internationale Studien (Fichter et al., 2017; Hofmeijer-Sevink et al., 2012; Svendsen et al., 2022). Auch für Depressionen und Angststörungen belegen Studien ein hohes Chronifizierungspotenzial bei Kindern- und Jugendlichen (Andrade et al., 2003; Eaton et al., 2008; Hofmeijer-Sevink et al., 2012; Salk et al., 2016; Sregonja et al., 2020).

Abbildungen (11-31) zu Tabellen 32-35

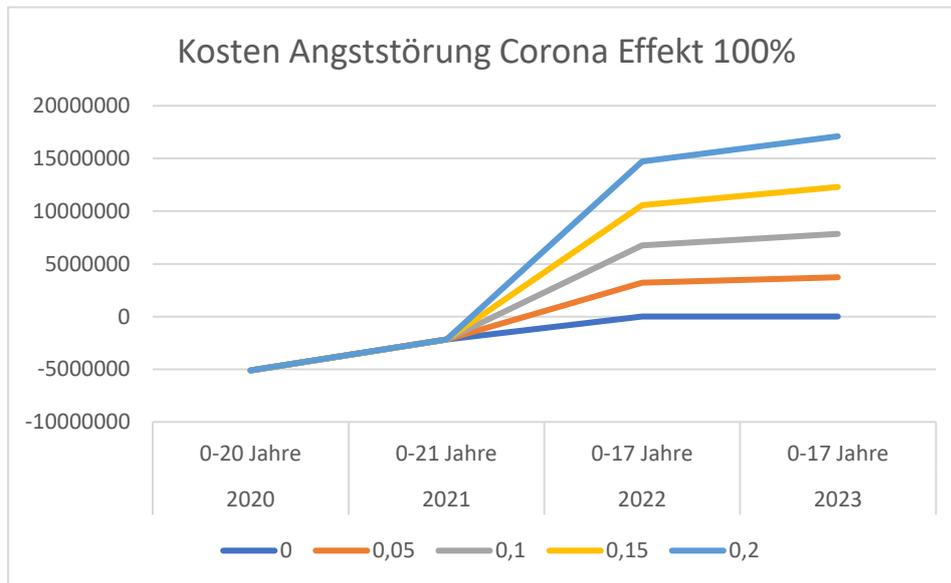


Abbildung 11: Kosten Angststörung Corona Effekt 100%

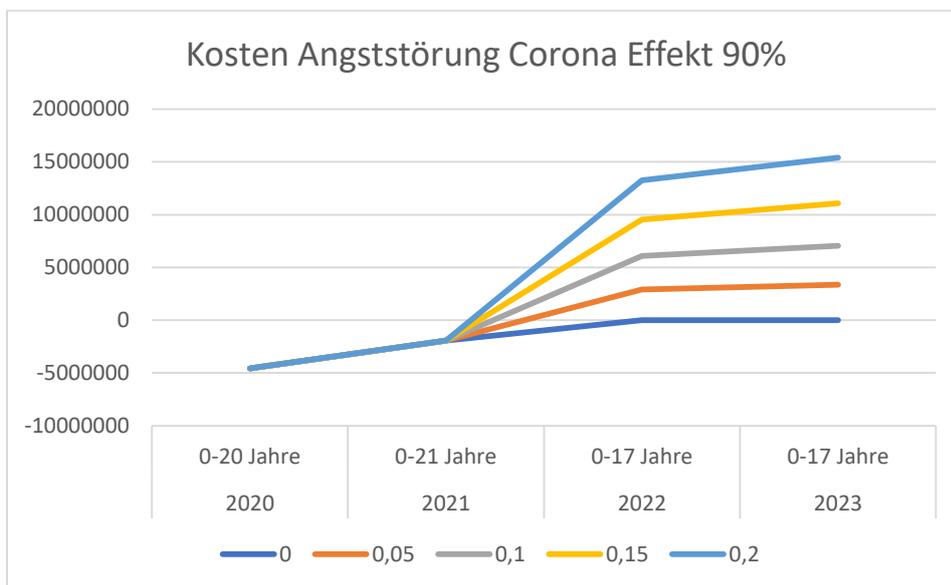


Abbildung 12: Kosten Angststörung Corona Effekt 95%

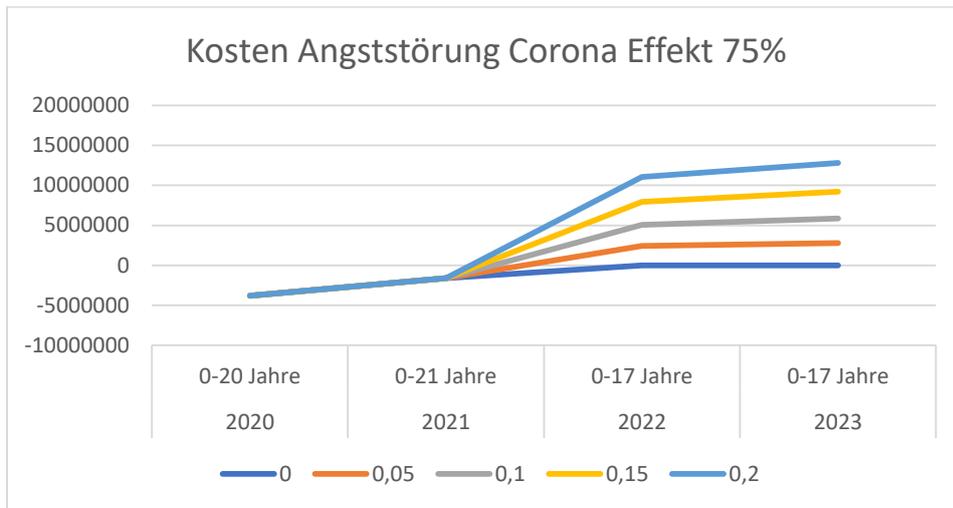


Abbildung 13: Kosten Angststörung Corona Effekt 75%

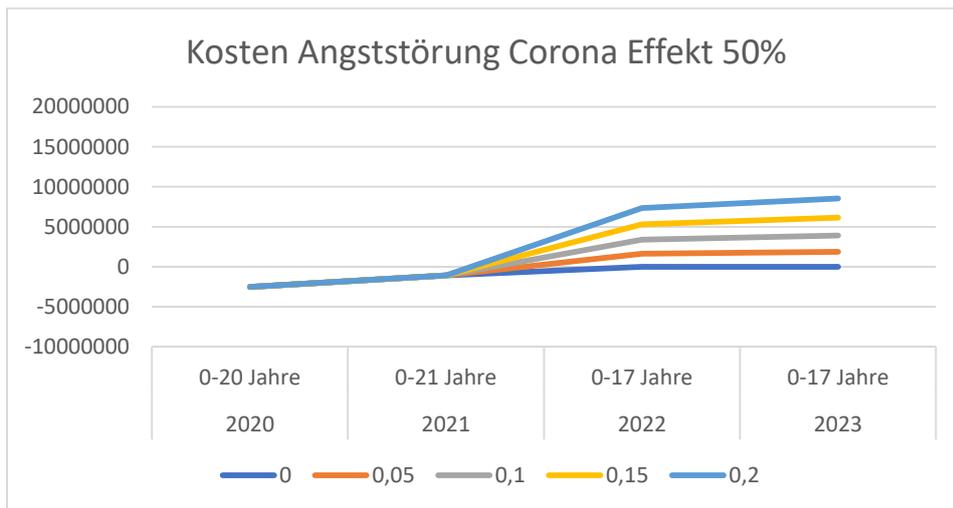


Abbildung 14: Kosten Angststörung Corona Effekt 50%

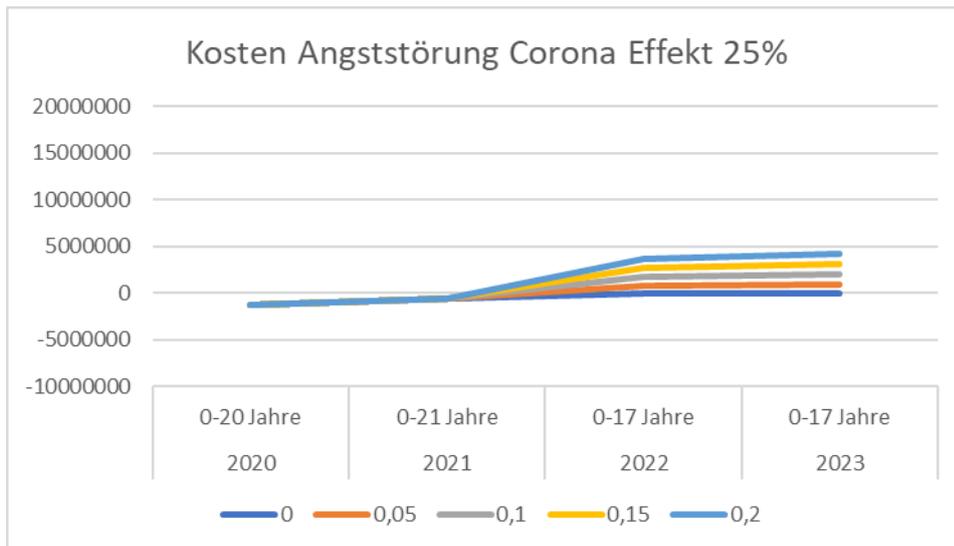


Abbildung 15: Kosten Angststörung Corona Effekt 25%

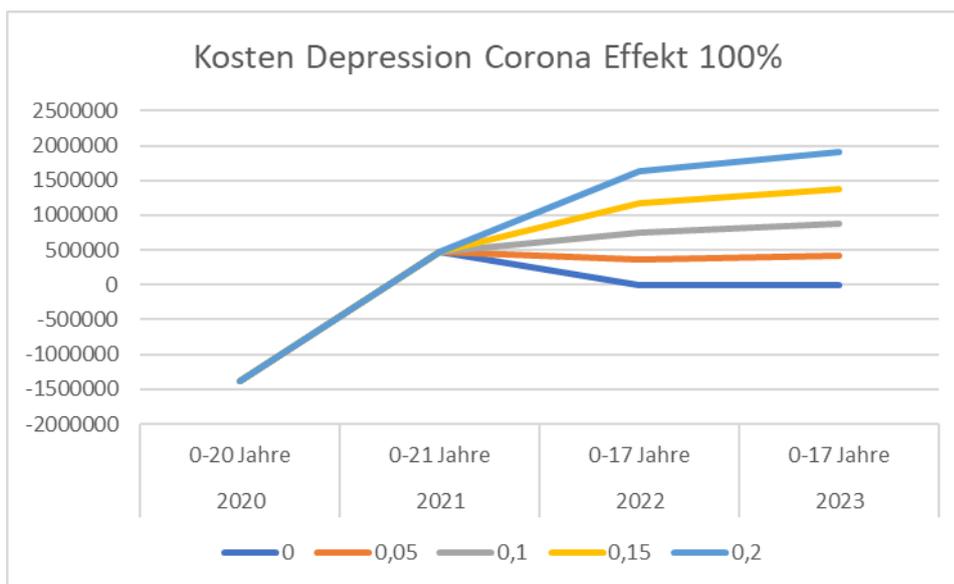


Abbildung 16: Kosten Depression Corona Effekt 100%

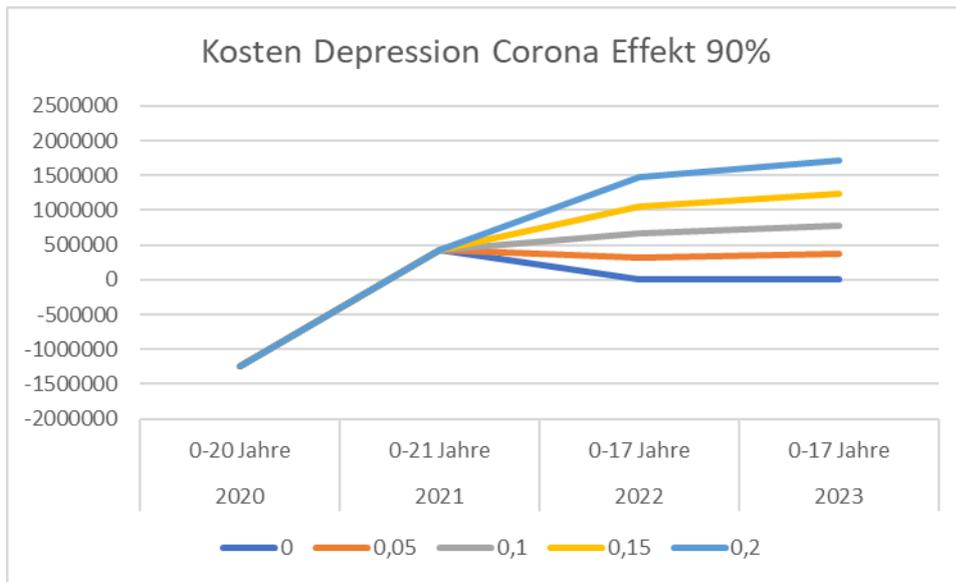


Abbildung 17: Kosten Depression Corona Effekt 90%

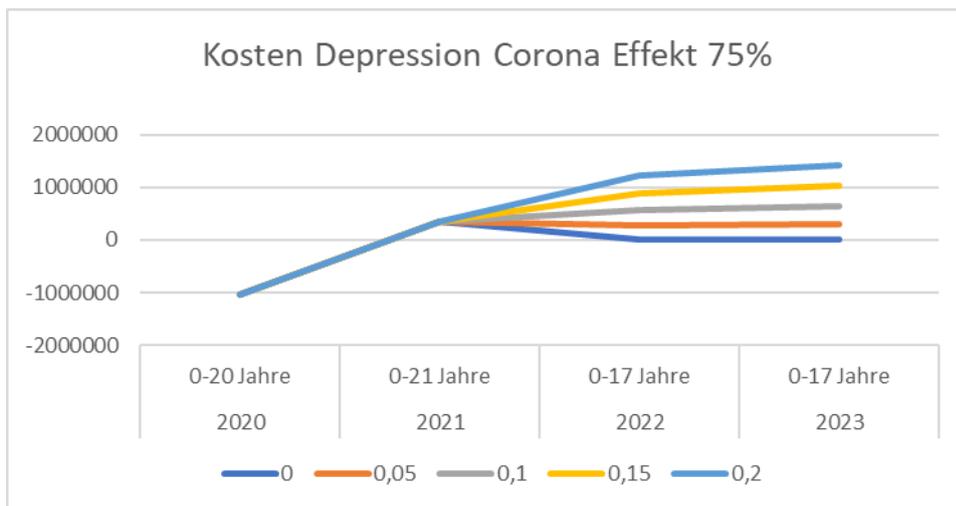


Abbildung 18: Kosten Depression Corona Effekt 75%

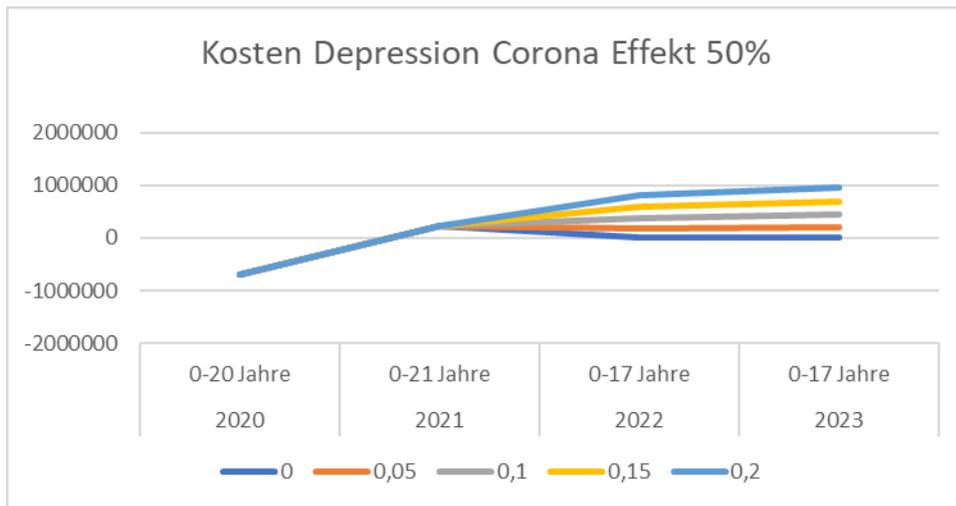


Abbildung 19: Kosten Depression Corona Effekt 50%

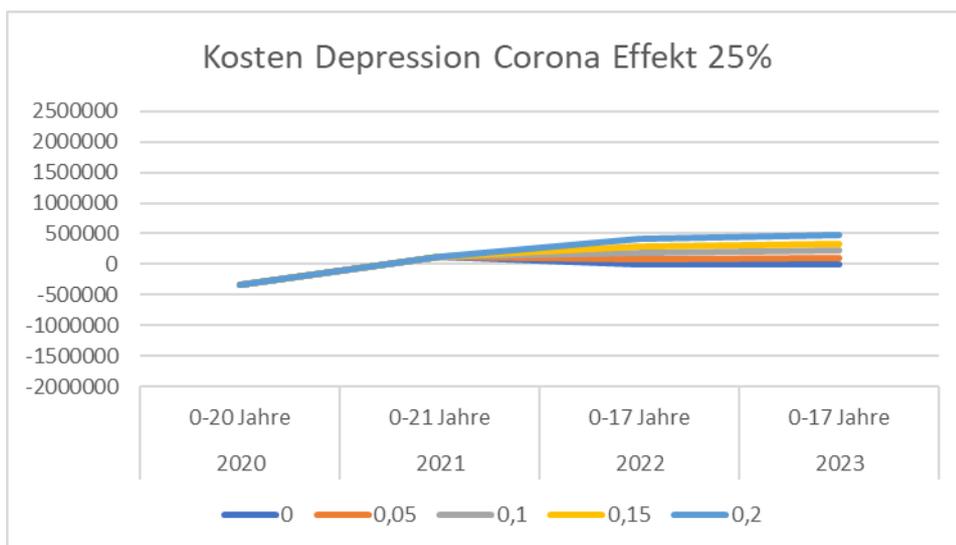


Abbildung 20: Kosten Depression Corona Effekt 25%

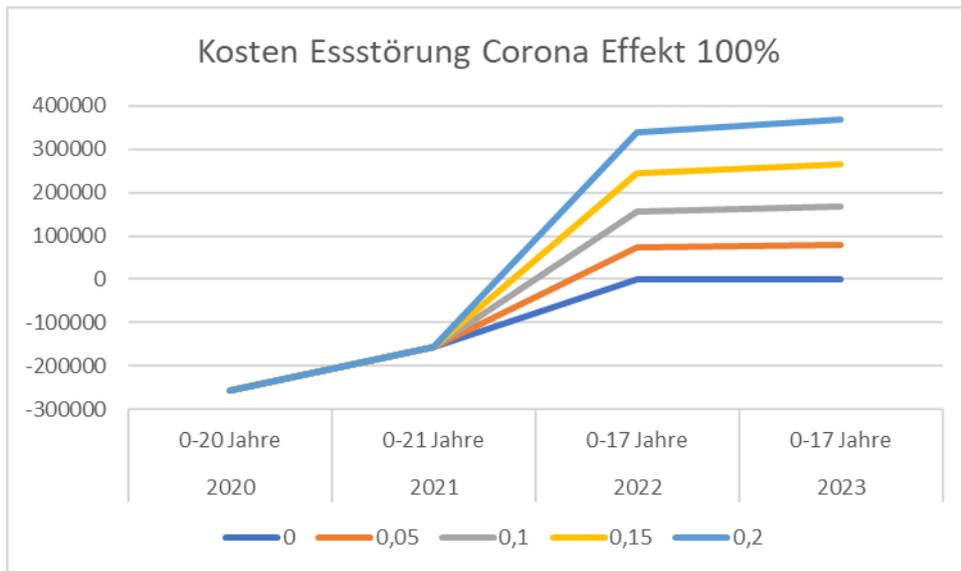


Abbildung 21: Kosten Esstörung Corona Effekt 100%

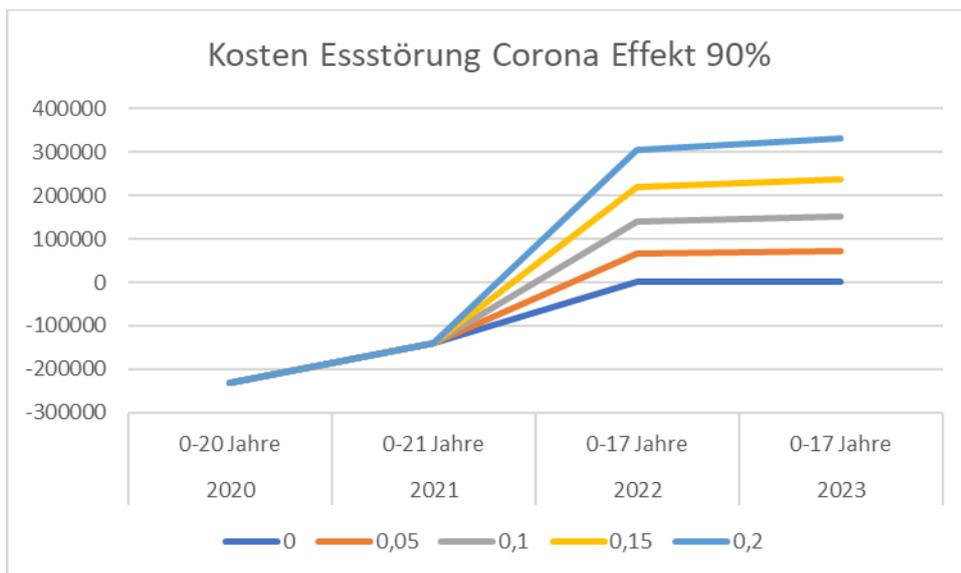


Abbildung 22: Kosten Esstörung Corona Effekt 90%

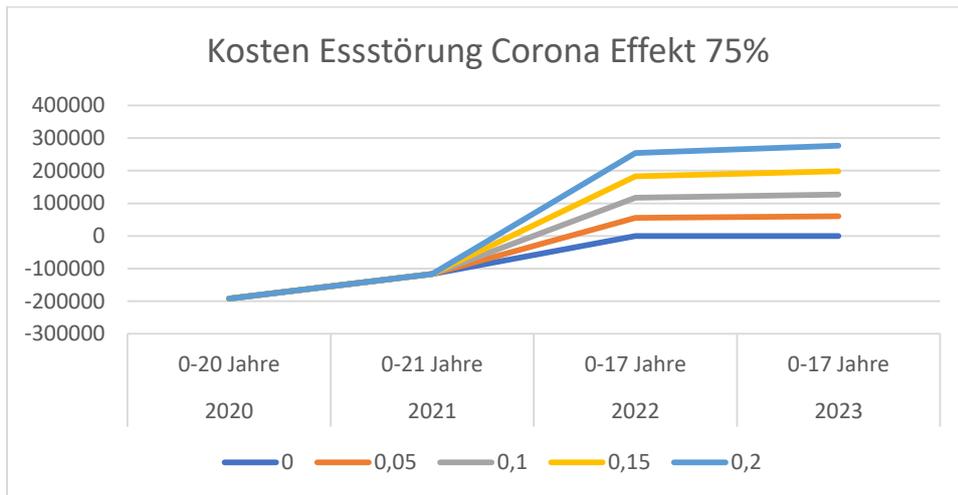


Abbildung 23: Kosten Esstörung Corona Effekt 75%

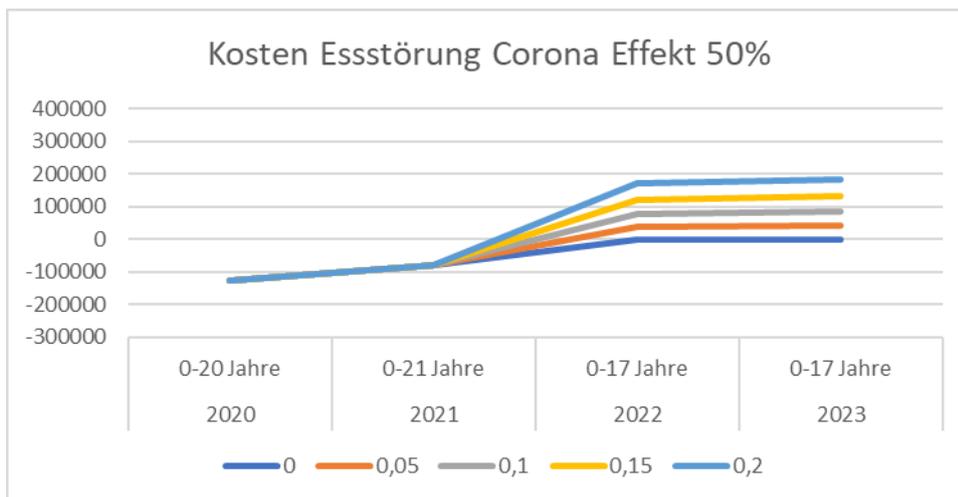


Abbildung 24: Kosten Esstörung Corona Effekt 50%

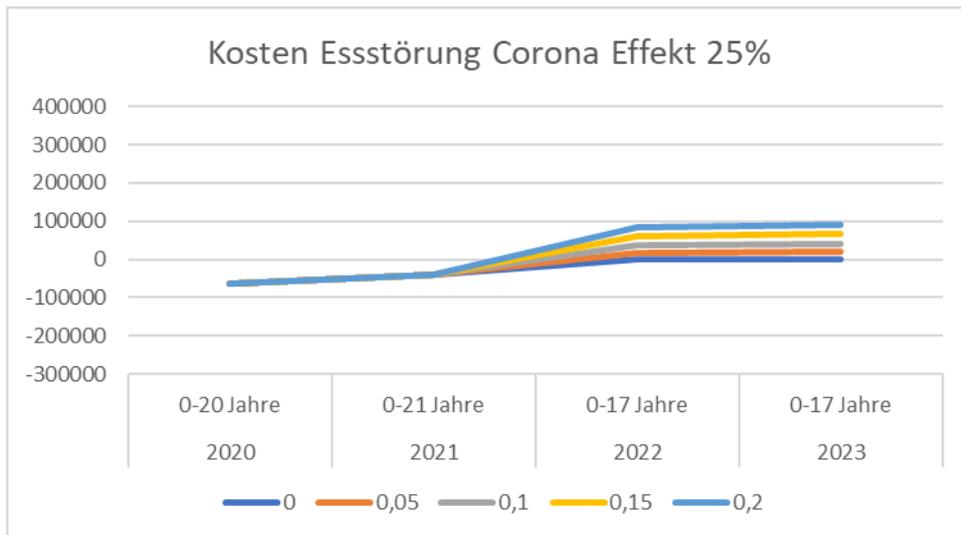


Abbildung 25: Kosten Esstörung Corona Effekt 25%

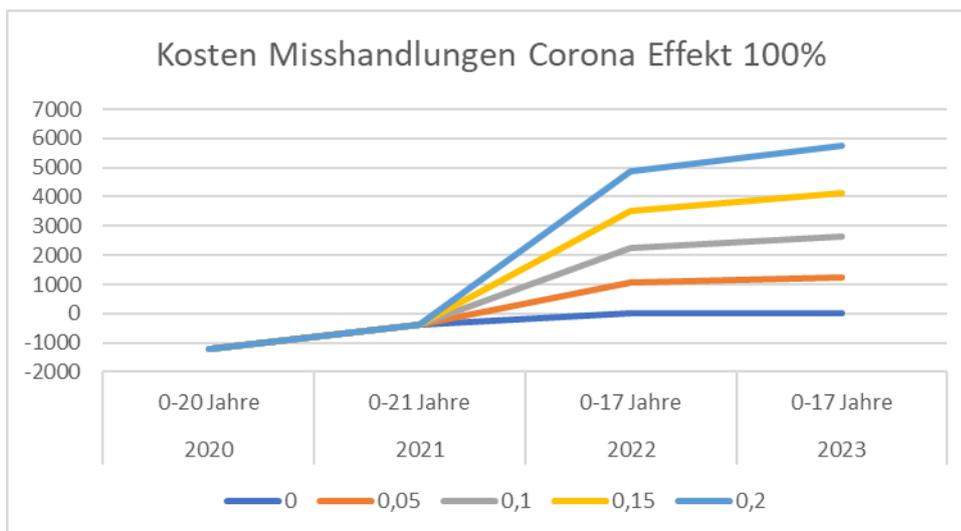


Abbildung 26: Kosten Misshandlungen Corona Effekt 100%

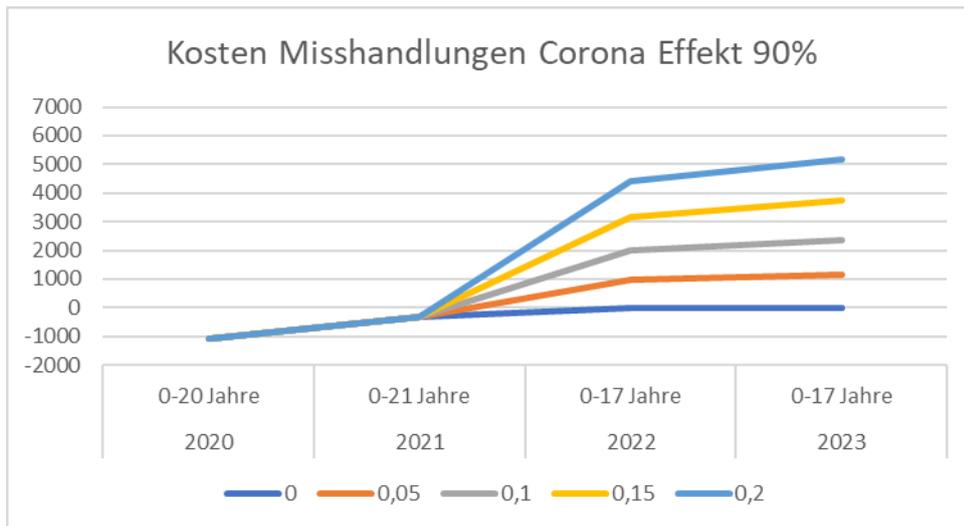


Abbildung 27: Kosten Misshandlungen Corona Effekt 90%

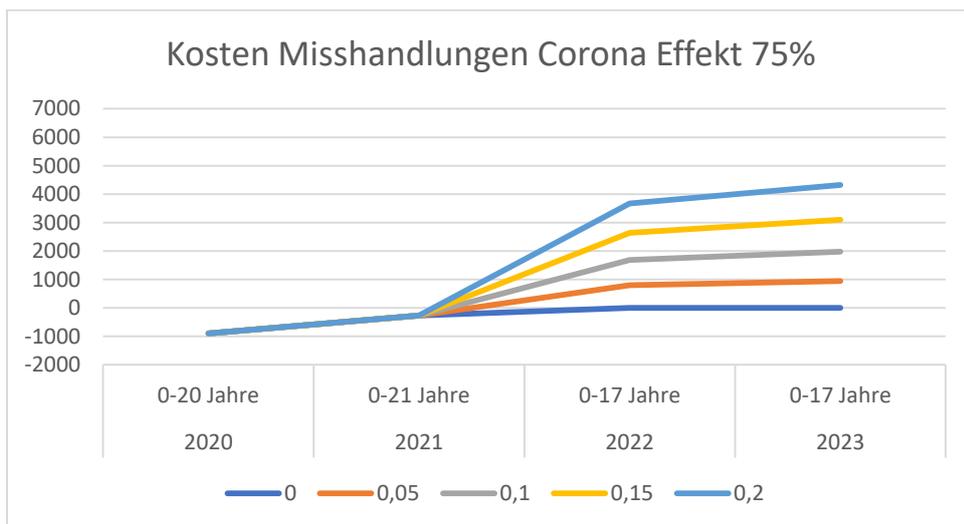


Abbildung 28: Kosten Misshandlungen Corona Effekt 75%

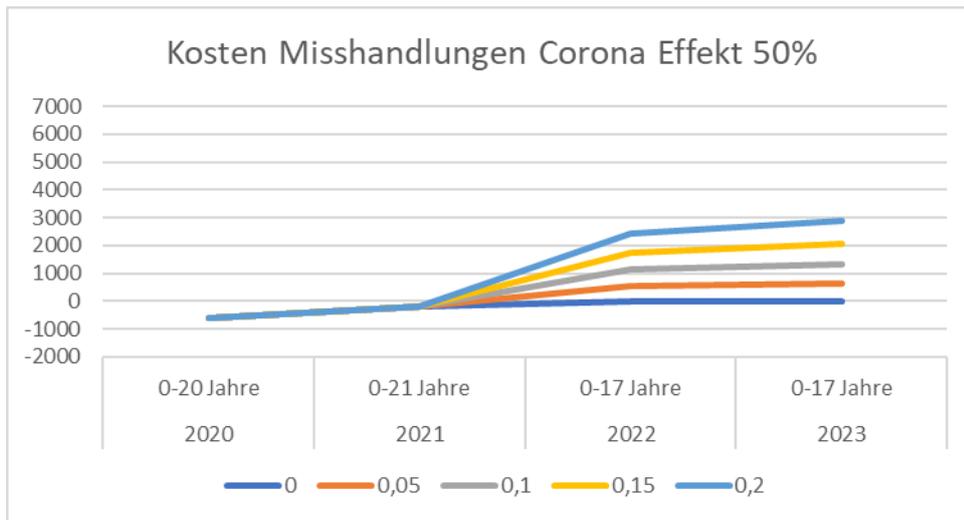


Abbildung 29: Kosten Misshandlungen Corona Effekt 50%

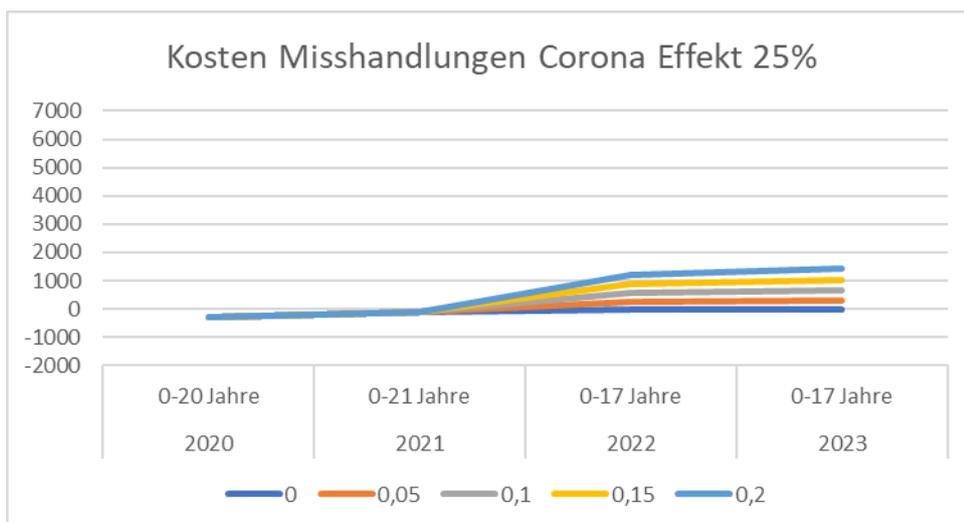


Abbildung 30: Kosten Misshandlungen Corona Effekt 25%

Abbildungen 31-34 zu der Entwicklung der Prävalenzraten im Zeitverlauf

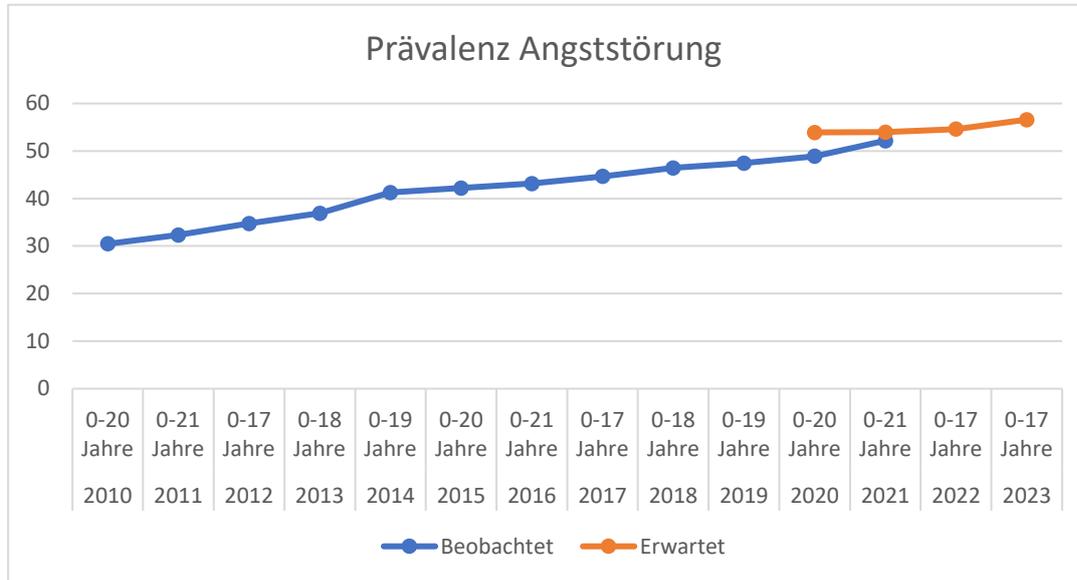


Abbildung 31: Prävalenz Angststörung

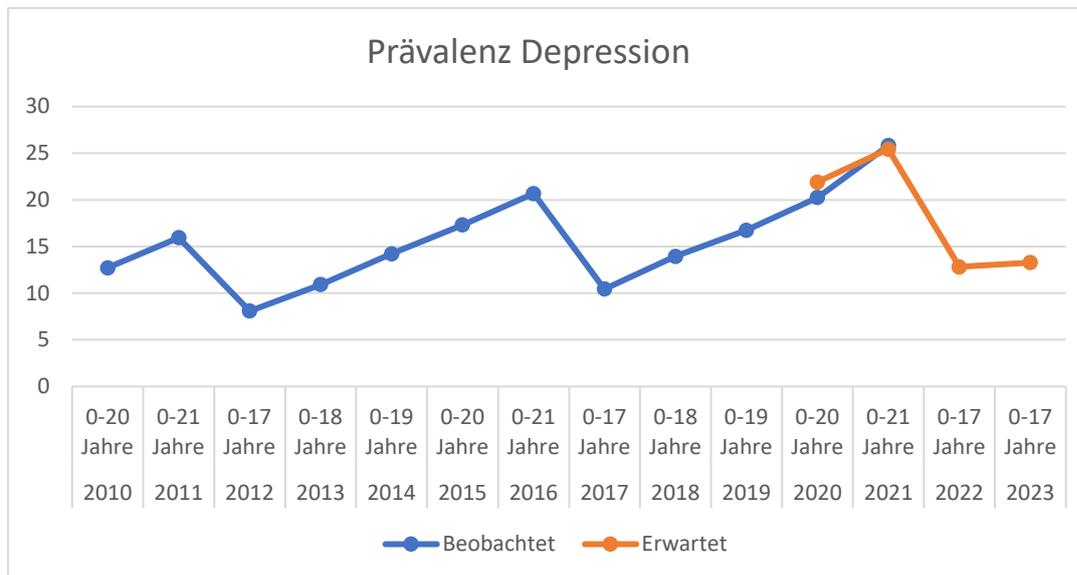


Abbildung 32: Prävalenz Depression

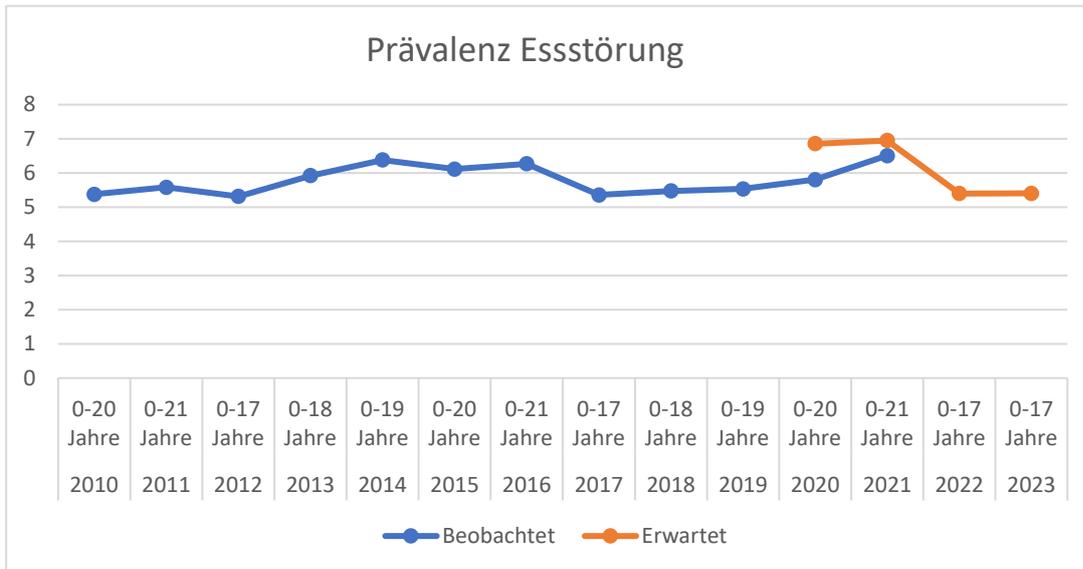


Abbildung 33: Prävalenz Essstörung

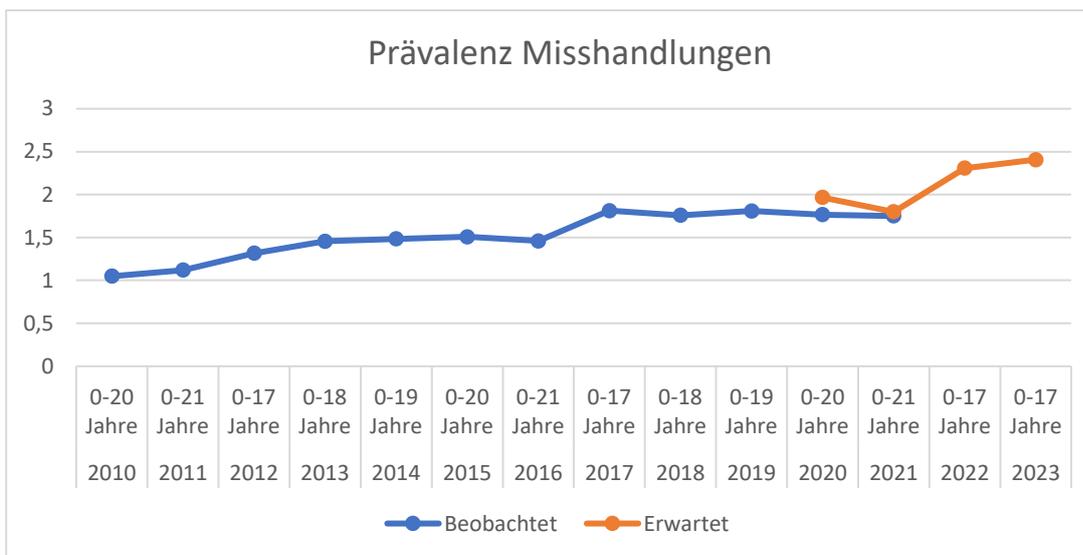


Abbildung 34: Prävalenz Misshandlung

Tabellen 36-42 zur Kosten B Sensitivitätsanalyse

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Angststörungen									
2020	0-20	48,89	53,91	-5,01	-895.116,44 €	-1.790.232,87 €	-2.685.349,31 €	-3.222.419,17 €	-3.580.465,74 €
2021	0-21	52,15	53,96	-1,81	-388.941,70 €	-777.883,40 €	-1.166.825,11 €	-1.400.190,13 €	-1.555.766,81 €
2022	0-17		54,62						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	54,62	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2022</i>		d2: 5 %	57,35	2,73	580.600,47 €	1.161.200,93 €	1.741.801,40 €	2.090.161,68 €	2.322.401,87 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	60,08	5,46	1.216.496,22 €	2.432.992,43 €	3.649.488,65 €	4.379.386,38 €	4.865.984,87 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	62,81	8,19	1.907.687,25 €	3.815.374,50 €	5.723.061,75 €	6.867.674,10 €	7.630.748,99 €
		d5: 20 %	65,54	10,92	2.654.173,56 €	5.308.347,13 €	7.962.520,69 €	9.555.024,83 €	10.616.694,25 €
2023	0-17		56,61						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	56,61	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2023</i>		d2: 5 %	59,44	2,83	674.882,65 €	1.349.765,30 €	2.024.647,95 €	2.429.577,54 €	2.699.530,60 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	62,27	5,66	1.414.039,84 €	2.828.079,67 €	4.242.119,51 €	5.090.543,41 €	5.656.159,34 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	65,10	8,49	2.217.471,56 €	4.434.943,12 €	6.652.414,68 €	7.982.897,62 €	8.869.886,25 €
		d5: 20 %	67,93	11,32	3.085.177,82 €	6.170.355,65 €	9.255.533,47 €	11.106.640,17 €	12.340.711,30 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 36: Kosten B für Angststörungen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Depressionen									
2020	0-20	20,25	21,90	-1,65	-310.308,29 €	-620.616,57 €	-930.924,86 €	-1.117.109,83 €	-1.241.233,14 €
2021	0-21	25,82	25,42	0,40	110.357,07 €	220.714,15 €	331.071,22 €	397.285,46 €	441.428,29 €
2022	0-17		12,81						
Szenarien		d1: 0 %	12,81	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2022		d2: 5 %	13,45	0,64	83.094,72 €	166.189,45 €	249.284,17 €	299.141,01 €	332.378,90 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	14,09	1,28	174.103,23 €	348.206,46 €	522.309,69 €	626.771,63 €	696.412,93 €
Prävalenz		d4: 15 %	14,73	1,92	273.025,52 €	546.051,04 €	819.076,57 €	982.891,88 €	1.092.102,09 €
		d5: 20 %	15,37	2,56	379.861,60 €	759.723,19 €	1.139.584,79 €	1.367.501,75 €	1.519.446,38 €
2023	0-17		13,29						
Szenarien		d1: 0 %	13,29	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Prävalenzentwicklung 2023		d2: 5 %	13,95	0,66	96.684,99 €	193.369,98 €	290.054,97 €	348.065,97 €	386.739,96 €
im Verhältnis zur erwarteten		d3: 10%	14,61	1,33	202.578,08 €	405.156,15 €	607.734,23 €	729.281,08 €	810.312,31 €
Prävalenz		d4: 15 %	15,28	1,99	317.679,26 €	635.358,51 €	953.037,77 €	1.143.645,32 €	1.270.717,03 €
		d5: 20 %	15,94	2,66	441.988,53 €	883.977,06 €	1.325.965,59 €	1.591.158,71 €	1.767.954,12 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 37: Kosten B für Depressionen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 <i>Szenarioanalysen</i>				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Essstörungen									
2020	0-20	5,81	6,86		-56.584,48 €	-113.168,97 €	-169.753,45 €	-203.704,14 €	-226.337,93 €
2021	0-21	6,51	6,95		-34.865,49 €	-69.730,98 €	-104.596,47 €	-125.515,76 €	-139.461,96 €
2022	0-17		5,40						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	5,40	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2022</i>		d2: 5 %	5,67	0,27	16.631,02 €	33.262,04 €	49.893,06 €	59.871,68 €	66.524,08 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	5,94	0,54	34.845,95 €	69.691,90 €	104.537,85 €	125.445,42 €	139.383,80 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	6,21	0,81	54.644,78 €	109.289,57 €	163.934,35 €	196.721,22 €	218.579,14 €
		d5: 20 %	6,48	1,08	76.027,53 €	152.055,05 €	228.082,58 €	273.699,09 €	304.110,10 €
2023	0-17		5,41						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	5,41	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2023</i>		d2: 5 %	5,68	0,27	18.051,67 €	36.103,34 €	54.155,01 €	64.986,01 €	72.206,67 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	5,95	0,54	37.822,54 €	75.645,09 €	113.467,63 €	136.161,16 €	151.290,18 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	6,22	0,81	59.312,63 €	118.625,25 €	177.937,88 €	213.525,45 €	237.250,50 €
		d5: 20 %	6,49	1,08	82.521,91 €	165.043,83 €	247.565,74 €	297.078,89 €	330.087,66 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 38: Kosten B für Essstörungen

Jahr	Alters- gruppe	Beobachtete Prävalenz pro Tsd	Erwartete Prävalenz pro Tsd	Delta Prävalenz pro Tsd	GKV-Kosten ¹⁾ durch pandemiebedingte Erkrankungen				
					Referenzjahr 2019 Szenarioanalysen				
					S1: 25 %	S2: 50 %	S3: 75 %	S4: 90 %	S5: 100 %
Kindesmisshandlungen									
2020	0-20	1,77	1,97	-0,20	-500,89 €	-1.001,79 €	-1.502,68 €	-1.803,22 €	-2.003,57 €
2021	0-21	1,75	1,80	-0,05	-131,43 €	-262,86 €	-394,29 €	-473,14 €	-525,72 €
2022	0-17		2,31						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	2,31	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2022</i>		d2: 5 %	2,42	0,12	391,01 €	782,01 €	1.173,02 €	1.407,62 €	1.564,02 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	2,54	0,23	819,25 €	1.638,50 €	2.457,75 €	2.949,30 €	3.277,00 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	2,65	0,35	1.284,73 €	2.569,47 €	3.854,20 €	4.625,04 €	5.138,93 €
		d5: 20 %	2,77	0,46	1.787,45 €	3.574,91 €	5.362,36 €	6.434,84 €	7.149,82 €
2023	0-17		2,41						
<i>Szenarien</i>		d1: 0 %	2,41	0,00	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
<i>Prävalenzentwicklung 2023</i>		d2: 5 %	2,53	0,12	460,25 €	920,51 €	1.380,76 €	1.656,92 €	1.841,02 €
<i>im Verhältnis zur erwarteten</i>		d3: 10%	2,65	0,24	964,34 €	1.928,69 €	2.893,03 €	3.471,64 €	3.857,37 €
<i>Prävalenz</i>		d4: 15 %	2,77	0,36	1.512,27 €	3.024,53 €	4.536,80 €	5.444,16 €	6.049,06 €
		d5: 20 %	2,89	0,48	2.104,02 €	4.208,04 €	6.312,06 €	7.574,48 €	8.416,09 €

1) Kosten A: enger Kostenbegriff, unmittelbar mit der jeweiligen psychosozialen Diagnose assoziierten direkte GKV-Kosten

Tabelle 39: Kosten B für Kindesmisshandlungen

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Monk et al.	203.476,32	223.823,95	244.171,58	264.519,22
Transition nach Copeland et al.	152.882,21	168.170,43	183.458,65	198.746,87
GWQ Datensatz	Kosten B (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 462,18 Euro (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Monk et al.	94.042.685,58 Euro	103.446.953,21 Euro	112.851.220,84 Euro	122.255.493,10 Euro
Transition nach Copeland et al.	70.659.099,82 Euro	77.725.009,34 Euro	84.790.918,86 Euro	91.856.828,38 Euro

Tabelle 40: Gesundheitskosten (Kosten B) bei Angststörungen im Erwachsenenalter.

N Quelle	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	37.492,59	41.238,90	44.985,21	48.731,52
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	88.200,52	97.020,57	105.840,62	114.660,67
GWQ Datensatz	Kosten B (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 758,60 € (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	28.441.878,77 Euro	31.283.829,54 Euro	34.125.780,31 Euro	36.967.731,07 Euro
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	66.908.914,47 Euro	73.599.804,40 Euro	80.290.694,33 Euro	86.981.584,26 Euro
Wittchen et al. (2010)	Mind. 60% der Betroffenen mit weiteren depressiven Episoden über Lebenszeit: Anzahl der Erwachsenen mit weiteren depressiven Episoden			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	22.495,55	24.743,34	26.991,13	29.238,91
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	52.920,31	58.212,34	63.504,37	68.796,40
RKI (2010)	Durchschnittlich 5 weitere depressive Episoden über Lebenszeit: 5-Jahreskosten bei Chronifizierung (60%) im Erwachsenenalter			
Transition nach Copeland et al. (unveröffentlicht)	85.325.636,32 Euro	93.851.488,62 Euro	102.377.340,92 Euro	110.903.193,22 Euro
Transition nach Copeland et al. (2021); McLeod et al. (2016)	200.726.743,42 Euro	220.799.413,21 Euro	240.872.083,00 Euro	260.944.752,79 Euro

Tabelle 41: Gesundheitskosten (Kosten B) bei Depression im Erwachsenenalter.

Quelle \ N	N (Inzidenz) Transition Basis	N (Inzidenz) Transition +10%	N (Inzidenz) Transition +20%	N (Inzidenz) Transition +30%
Transition nach Steinhausen (2002)	8.106,42	8.917,07	9.727,71	10.538,35
GWQ Datensatz	Kosten B (Erwachsene) pro Person pro Jahr: 837,31 Euro (Bezugsjahr 2017 mit Inflationsanpassung für 2019)			
	Kosten pro Jahr (Annahme N (Inzidenz)=100%)			
Transition nach Steinhausen (2002)	6.787.586,53 Euro	7.466.351,88 Euro	8.145.108,86 Euro	8.823.865,84 Euro
Steinhausen (2002)	Chronifizierung > 10 Jahre: 13,7%			
	Anzahl der Erwachsenen mit Chronifizierung			
Transition nach Steinhausen (2002)	1.110,58	1.221,64	1.332,70	1.443,75

Tabelle 42: Gesundheitskosten (Kosten B) bei Essstörung im Erwachsenenalter.