



Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

Entwicklung der Häufigkeit von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen
in Deutschland – Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports

Datum: 17.11.2025

Erstellt für: DAK-Gesundheit

Autorinnen Alena Zeitler, Vandage GmbH

und Autoren: Jana Diekmannshemke, Vandage GmbH

Dr. Julian Witte, Vandage GmbH

Dr. Lisa Wandschneider, Vandage GmbH

Lena Hasemann, Vandage GmbH



1 Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen rückte in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus von Forschung, Politik und Gesellschaft. Insbesondere die Corona-Pandemie betonte die Vulnerabilität der jungen Bevölkerung, für die sich in dieser Zeit eine deutliche Zunahme psychischer Auffälligkeiten zeigte (Schlack et al. 2023). Mit dem Klimawandel, dem Ukraine-Krieg und der Inflation gehören weitere Krisen, welche die mentale Gesundheit belasten können, zur Lebensrealität von Kindern und Jugendlichen (Koletzko 2023). Der DAK Kinder- und Jugendreport (KJR) aus dem Jahr 2023 setzte hier bereits an und legte einen Schwerpunkt auf die Analyse von Depressionen, Angststörungen und Essstörungen als häufige psychische Erkrankungsbilder. Betrachtet wurde die Entwicklung des Diagnose- und Versorgungsgeschehens vor, während und nach der Pandemie (2018-2022) unter zusätzlicher Berücksichtigung der sozialen Lage (German Index of Socioeconomic Deprivation, GISD (Kroll et al. 2017; Michalski et al. 2022)). Da jugendliche Mädchen besonders häufig von psychischen Erkrankungen betroffen waren und deren Krankenhausbehandlungen während der Pandemie zugenommen haben, lag auch im KJR 2023 der Fokus auf jugendlichen Mädchen. Daraus konnten Impulse für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung abgeleitet werden.

Um die Folgen der Pandemie aufzuarbeiten, wurde von der Bundesregierung die Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ eingerichtet (IMA „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ 2023). Diese fordert insbesondere, potenzielle Risikofaktoren für die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie schützende Faktoren in politischen Maßnahmen zu berücksichtigen (ebd.). Weitere Forderungen für eine Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen richteten verschiedene Verbände an das Bundesministerium für Gesundheit (Belling et al. 2024). Es folgten Maßnahmen des Ministeriums, wie die Sonderbedarfszulassung für Psychotherapeuten (Ärzteblatt 2023) und eine Aufforderung zur Weiterentwicklung der Jugendgesundheitsuntersuchungen an den Gemeinsamen Bundesausschuss (Koletzko 2023). Entsprechend dem Leitgedanken der IMA, dass Angebote für alle Kinder und Jugendlichen zugänglich und deshalb an Regelstrukturen angebunden sein sollen, bietet sich die Schule als ein ganz zentraler Ort an. Das Bundesministerium für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hat deshalb ab dem Schuljahr 2023/24 das Modellvorhaben „Mental Health Coaches“ als Teil des im Koalitionsvertrag vereinbarten Bundesprogramms „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ gestartet (<https://www.mental-health-coaches.de/>; (Rodney-Wolf et al. 2025; Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2023)).

Ausgangspunkt für die politische Diskussion und die daraus abgeleiteten Maßnahmen sind oftmals die Ergebnisse wissenschaftlicher Studien und Analysen von Versorgungsdaten. So liefert auch der DAK-KJR jährlich grundlegende Daten und Impulse für Akteure rund um das Thema Kinder- und Jugendgesundheit. Der vorliegende Report aus dem Jahr 2025 konzentriert sich auf die psychische Gesundheit jugendlicher Mädchen. Im Vergleich zu gleichaltrigen Jungen und jüngeren Altersgruppen sind Angststörungen, Depressionen und Essstörungen bei ihnen am häufigsten verbreitet und zeigen Veränderungen im Diagnosegeschehen. Es wird untersucht, wie sich die Häufigkeit der Dokumentation von Diagnosen dieser psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei jugendlichen Mädchen, in den Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit von 2019 bis 2024 entwickelt haben. Die Zeitreihe ermöglicht dabei auch eine Betrachtung aktueller Veränderungen des Erkrankungsgeschehens nach dem Pandemieende im Jahr 2022. Zudem wirft der



Report einen Blick auf die Erkrankungshäufigkeit in Abhängigkeit der sozioökonomischen Lage des Elternhauses der Kinder. Ein weiteres Ziel ist eine kurze Beschreibung der Inanspruchnahme der Versorgung im ambulanten und stationären Setting sowie die Entwicklung der Arzneimittelverschreibungen.



2 Kernergebnisse

Im Jahr 2024 erhielten 22 je 1.000 DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen im Alter von 5 bis 17 Jahren die Diagnose Angststörungen. Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendliche in Deutschland entspricht das 230.000 Fällen. Die Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen ist von 2019 bis 2024 angestiegen (**Abbildung 1**). Verglichen mit dem Vorpandemiejahr 2019 zeigt sich für 2024 ein Anstieg in Höhe von + 17 %. Dieser Trend ist zum großen Teil auf die Mädchen zurückzuführen, denn bei den Jungen zeigt sich eine gleichbleibende Prävalenz (ca. 15 Fälle je 1.000 Jungen) über den gesamten Zeitraum. Bei Mädchen hingegen ist von 2019 bis 2021 ein stetiger Anstieg zu beobachten, welcher sich 2021 bis 2024 auf einem gleichbleibend erhöhten Plateau stabilisiert. 2024 hatten 30 je 1.000 Mädchen eine diagnostizierte Angststörung, und waren damit doppelt so häufig betroffen wie Jungen.

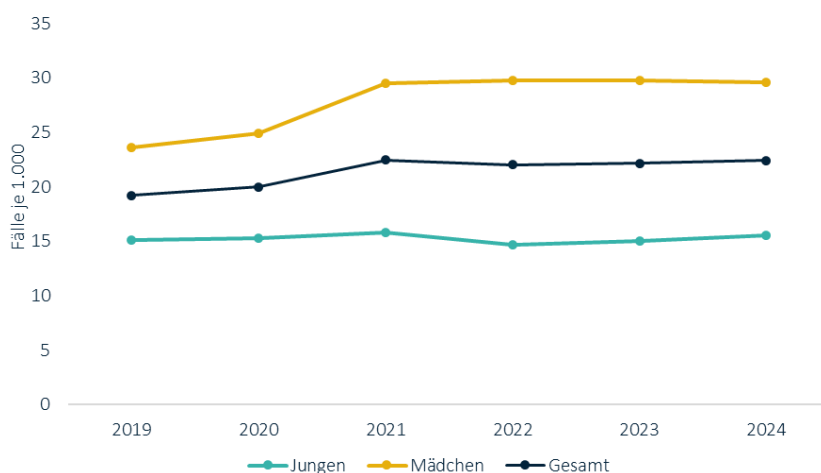


Abbildung 1 Administrative Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendliche.

Jugendliche (15 bis 17 Jahre) weisen unter den Kindern und Jugendlichen am häufigsten Angststörungen auf (**Abbildung 2**). Zusätzlich sind die Diagnosen für Angststörungen bei den Jugendlichen am stärksten angestiegen, von 31 im Jahr 2019 auf 44 je 1.000 Kindern und Jugendlichen im Jahr 2024. Bei den Kindern im Grundschulalter (5 bis 9 Jahre) ist eine gleichbleibende Entwicklung zu beobachten, mit 11 je 1.000 Kindern und Jugendlichen in 2024. Für die Schulkinder (10 bis 14 Jahre) ist ein marginaler Anstieg im Zeitverlauf erkennen (2024: 21 je 1.000 Kindern und Jugendlichen), der jedoch deutlich unter dem der Jugendlichen zurückbleibt.

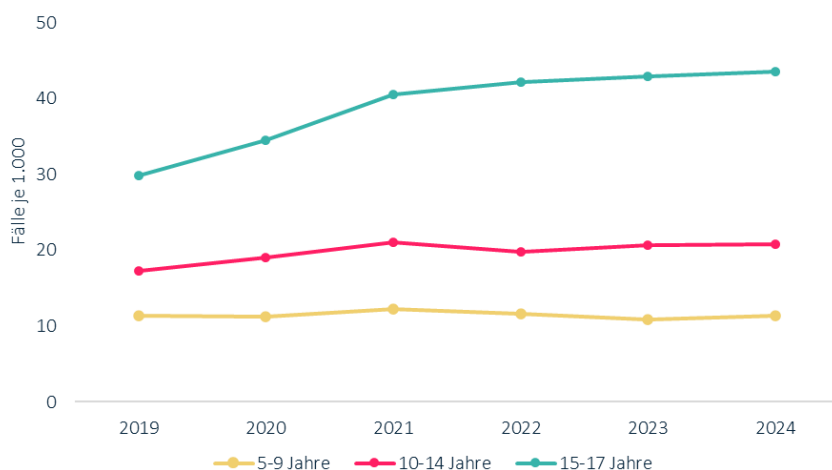


Abbildung 2 Administrative Prävalenz von Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren nach Altersgruppen.
Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlichen.

Der Großteil der Krankheitslast durch Angststörungen entfällt auf **jugendliche Mädchen**, verglichen mit gleichaltrigen Jungen. Daher stehen sie im Mittelpunkt dieses Reports. Die Diagnoserate von Angststörungen bei jugendlichen Mädchen stieg von 44 je 1.000 (2019) auf 67 (2024) – ein Plus von 53 %. Hochgerechnet betrifft das rund 75.500 Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren (**Tabelle 7**, siehe Datenanhang).



3 Detailergebnisse

3.1 Überblick zu psychischen Erkrankungen bei jugendlichen Mädchen

Entwicklung der behandelten psychischen Erkrankungen (Prävalenz)

Psychische Störungen werden im Kapitel F der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision (ICD-10) erfasst. Bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) wird im Jahr 2024 am häufigsten die spezifische Gruppe der „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (154 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen) dokumentiert, gefolgt von „affektiven Störungen“ (76 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen), siehe **Tabelle 1**. Angststörungen (ICD-Codes: F40/41) zählen zu den „neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ und machen an diesen etwa 43 % aus. Depressionen (ICD-Codes: F32/33) tragen zu 97 % zu den „affektiven Störungen“ bei und Essstörungen (ICD-Code: F50) machen 71 % aller Diagnosen der „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aus.

Neben den Angststörungen, Depressionen und Essstörungen, welche im Fokus dieses Reports stehen, sind zwei weitere Erkrankungsbilder häufig bei jugendlichen Mädchen dokumentiert: Reaktionen auf Belastungen/Anpassungsstörungen (F43) werden bei 72 je 1.000 diagnostiziert. Diese sind eine häufige temporäre Reaktion auf psychosoziale Belastungen (z. B. familiäre Konflikte), welche übergehen können in eine Depression oder Angststörungen. Somatoforme Störungen (F45) sind ebenfalls häufig, mit einer Prävalenz von 44 je 1.000. Diese beschreiben körperliche Beschwerden ohne organischen Befund, meist Ausdruck innerer psychischer Belastung. Diese Diagnosen zeigen die enge Verbindung zwischen psychischen, sozialen und körperlichen Faktoren bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen.

Tabelle 1 Administrative Prävalenz von ausgewählten psychischen Störungen (F3/F4/F5) bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024

Häufigste Gruppen von psychischen Störungen bei jugendlichen Mädchen in 2024	Prävalenz 2024 (Fälle je 1.000)
F30-F39: Affektive Störungen	76,4
F30: Manische Episode	0,1
F31: Bipolare affektive Störung	0,5
F32/F33 Depressionen	73,9
F34: Anhaltende affektive Störungen	2,6
F38: Andere affektive Störungen	0,1
F39: Nicht näher bezeichnete affektive Störungen	1,4
F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	154,3
F40/F41 Angststörungen	66,5
F42: Zwangsstörung	7,1
F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	72,3
F44: Dissoziative Störungen	1,7
F45: Somatoforme Störungen	44,3
F48: Andere neurotische Störungen	7,7



F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	28,1
F50: Essstörungen	20,1
F51: Nichtorganische Schlafstörungen	4,6
F52: Sexuelle Funktionsstörungen	0,8
F53: Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett	0,0
F54: Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	2,0
F55: Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeitserzeugenden Substanzen	0,4
F59: Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten	0,7

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen von ausgewählten psychischen Störungen (ICD-10 Code: F3/4/5) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendliche Mädchen.

Angststörungen, Depressionen und Essstörungen zählen zu den zehn häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024. Die zeitliche Entwicklung der Prävalenz von ärztlich diagnostizierten Angststörungen und Depressionen bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) verläuft vergleichbar zu Essstörungen (**Abbildung 3**). Im Jahr 2024 sind gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 weiterhin erhöhte Fallzahlen zu beobachten. Zwischen 2019 und 2021 lassen sich steigende Fallzahlen feststellen. In den Jahren 2021 bis 2024 stabilisieren sich die Fallzahlen der Angststörungen, Depressionen sowie Essstörungen gegenüber den Vorjahren 2019 und 2020 auf einem erhöhten Niveau, sodass sich in der grafischen Darstellung der Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit eine Plateau-Bildung der Prävalenz erkennen lässt.

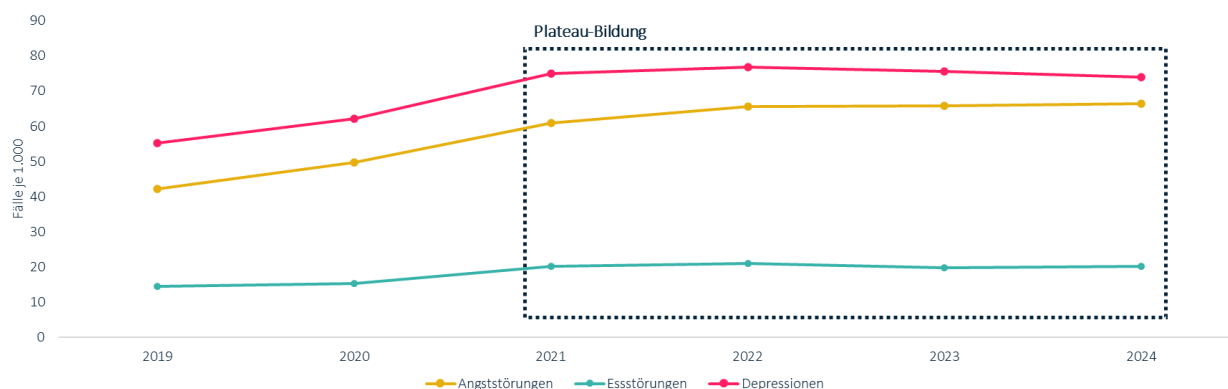


Abbildung 3 Administrative Prävalenz von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahre. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen [ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41), Depressionen (F32, F32), Essstörungen (F50)] in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendlichen Mädchen.



Komorbidität von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen

Das gleichzeitige Auftreten der Diagnosen Angststörungen und Depressionen ist über den Beobachtungszeitraum am häufigsten und betrifft 2024 29 je 1.000 jugendliche Mädchen (**Abbildung 4**). Darauf folgen Angststörungen und Essstörungen (15 je 1.000) und Depressionen und Angststörungen (10 je 1.000). Die Komorbidität dieser Erkrankungsbilder nimmt seit 2020 bei jugendlichen Mädchen deutlich zu. Verglichen mit dem Vorpandemiejahr 2019 lässt sich eine Steigerung von + 90 % für Angststörungen und Depressionen feststellen. Das gleichzeitige Auftreten von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen ist vergleichsweise selten (< 1 je 1.000 jugendliche Mädchen).

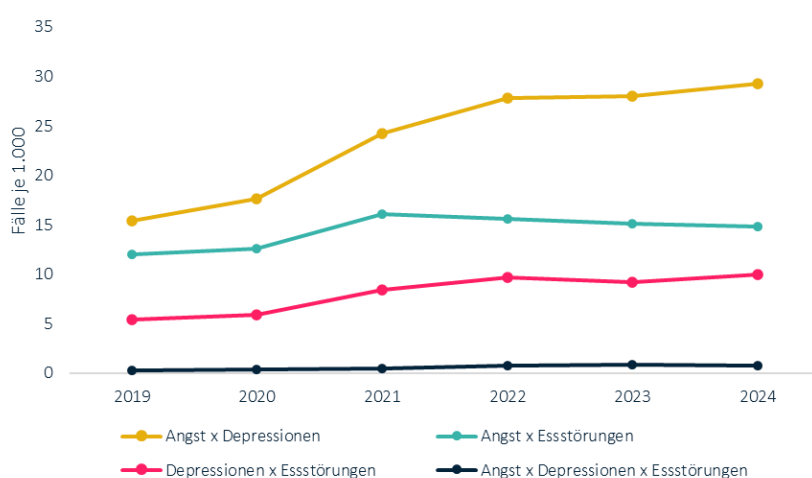


Abbildung 4 Administrative Prävalenz der Komorbidität von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahre. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen [ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41), Depressionen (F32, F32), Essstörungen (F50)] in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendlichen Mädchen.

Entwicklung der neudiagnostizierten psychischen Erkrankungen (Inzidenz)

Die zeitliche Entwicklung der Neuerkrankungen bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre) verläuft bei diagnostizierten Angststörungen, Depressionen und Essstörungen vergleichbar (**Abbildung 5**). Im Jahr 2024 sind gegenüber dem Vorpandemiezeitraum weiterhin erhöhte Fallzahlen zu beobachten. Zwischen 2019 und 2021 lassen sich steigende Fallzahlen feststellen. Zwischen 2021 und 2024 gehen die Fallzahlen der neudiagnostizierten Angststörungen, Depressionen sowie Essstörungen tendenziell zurück. Im Jahr 2023 liegt bei jugendlichen Mädchen innerhalb des Beobachtungszeitraums die Neuerkrankungsrate von Angststörungen erstmals auf dem Niveau von Depressionen (37 je 1.000 jugendliche Mädchen)

Im Jahr 2024 sind die neudiagnostizierten psychischen Störungen bei jugendlichen Mädchen leicht rückläufig. Bei den hier näher betrachteten Erkrankungen ist der relative Rückgang bei Angststörungen und Depressionen mit - 5 % und - 6 % marginal. Die Fallzahlen für neudiagnostizierte Essstörungen bleiben unverändert von 2023 zu 2024.

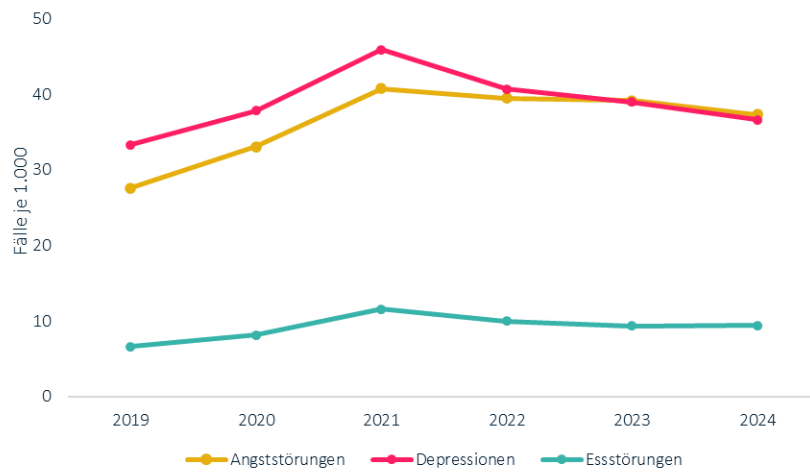


Abbildung 5 Administrative Inzidenz von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Alter von 15-17 Jahre. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2018-2023, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen [ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41), Depressionen (F32, F32), Essstörungen (F50)] in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q) und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr, Fälle je 1.000 jugendlichen Mädchen.



3.2 Angststörungen

Entwicklung der behandelten Angststörungen (Prävalenz)

Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren in Deutschland wiesen im Jahr 2024 ca. 75.500 jugendlichen Mädchen eine Angststörung auf (**Tabelle 7**). Während 2019 44 je 1.000 jugendlichen Mädchen eine Angststörung diagnostiziert bekamen, waren es im Jahr 2024 67 je 1.000 (**Abbildung 6**). Dies entspricht für 2024 einem relativen Anstieg in Höhe von + 53 %. Gegenüber dem Vorjahr 2023 ist die Zahl unverändert geblieben. In den Jahren 2021 bis 2024 lassen sich erhöhte Prävalenzen feststellen, sodass sich gegenüber den Jahren 2019 und 2020 ein Plateau in der Entwicklung der Erkrankungshäufigkeit aufbaut.

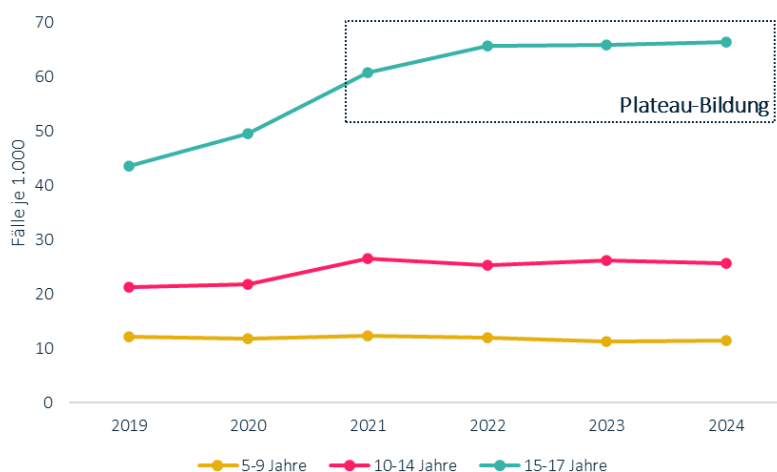


Abbildung 6 Administrative Prävalenz von Angststörungen bei Mädchen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.

Arten von Angststörungen

Angststörungen können spezifisch differenziert werden. Der Diagnosecode „F40: Phobische Störungen“ setzt sich aus drei näher bezeichnenden Diagnosen und zwei weiteren (sonstigen und nicht näher bezeichneten) Diagnosen zusammen: Agoraphobie kennzeichnet die Angst vor öffentlichen Orten oder Menschenmengen. Soziale Phobien werden durch Angst in Situationen unter Menschen charakterisiert. Spezifische (isolierte) Phobien markieren, dass Personen vor etwas Bestimmten (z. B. bestimmten Tieren oder Situationen) mehr Angst haben. Der Diagnosecode „F41: Andere Angststörungen“ setzt sich aus vier näher bezeichneten Diagnosen und zwei weiteren (sonstigen und nicht näher bezeichneten) Diagnosen zusammen: Das Auftreten von Panikattacken ist typisch für Panikstörungen. Generalisierte Angststörung erfassen eine Angststörung. Zudem kann eine Mischung aus einer Angst- und einer depressiven Störung auftreten. Bei anderen gemischten Angststörungen tritt die Angststörung zusammen mit weiteren seelischen Erkrankungen auf.

Seit 2019 lässt sich über den Zeitraum der COVID-19-Pandemie hinweg ein deutlicher Anstieg der dokumentierten spezifischen Phobien als auch spezifischen Angststörungen bei jugendlichen Mädchen feststellen (**Tabelle 2**). Im Vergleich zu



dem Vorpandemiejahr 2019 steigen die Diagnosen bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024 von spezifischen Phobien um 97 % und von spezifischen Angststörungen um 51 % an. Diagnosen mit sonstigen, nicht näher bezeichneten Phobien und Angststörungen zeigen ebenfalls erhöhte Diagnosezahlen (+ 28 %), jedoch auf einem geringeren Niveau.

Tabelle 2 Administrative Prävalenz von spezifischen und sonstigen, nicht näher bezeichneten Angststörungen jugendlicher Mädchen

Diagnose	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Gesamt Spezifische Phobien u. Angststörungen	32,8	37,9	47,9	53,4	54,3	55,1	+68 %	+1 %
Spezifische Phobien	15,1	17,6	23,1	27,1	28,2	29,8	+97 %	+6 %
Spezifische Angststörungen	20,9	24,0	29,7	32,5	32,5	31,7	+51 %	-3 %
Gesamt Sonstige, nicht näher bezeichnete Phobien und Angststörungen	15,9	18,1	20,9	20,4	19,5	20,3	+28 %	+4 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000.

Am häufigsten werden bei Angststörungen von jugendlichen Mädchen soziale Phobien, Panikstörungen und nicht näher bezeichnete Angststörungen dokumentiert (**Abbildung 7**). Während nicht näher bezeichnete Angststörungen in den Jahren 2019 bis 2021 noch häufiger waren als soziale Phobien und Panikstörungen, dreht sich dieser Trend im Jahr 2022 um: 2024 erhalten 18 von 1.000 jugendlichen Mädchen die Diagnose Panikstörungen und 21 je 1.000 die Diagnose soziale Phobien. Im Vergleich zu dem Vorpandemiejahr 2019 entspricht dies einem Anstieg der Diagnosen um 138 % bei sozialen Phobien und 90 % bei Panikstörungen. Seit 2019 lässt sich über den Zeitraum der COVID-19-Pandemie hinweg ein deutlicher Anstieg der dokumentierten sozialen Phobien und Panikstörungen bei jugendlichen Mädchen feststellen.

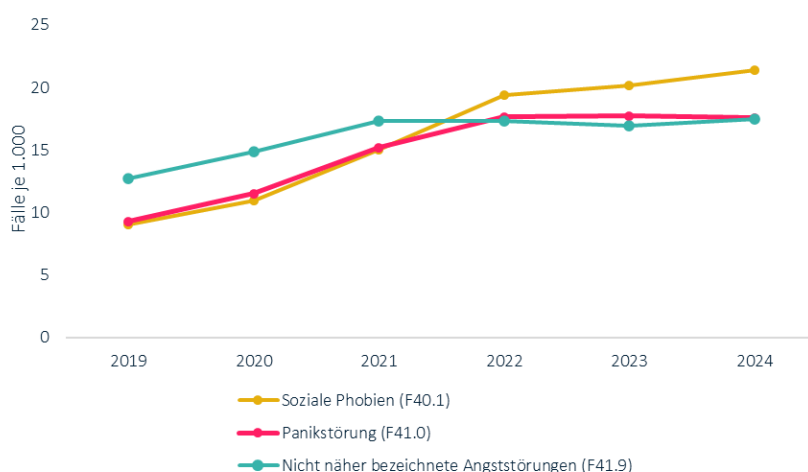


Abbildung 7 Administrative Prävalenz von Angststörungen (4-Steller ICD-10 Diagnosen) bei jugendlichen Mädchen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.

Chronifizierung von Angststörungen

Jugendliche Mädchen mit Angststörung erhalten im Jahr 2024 gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 häufiger im Kalenderjahr eine wiederholte Diagnose von Angststörungen (**Abbildung 8**). Im Jahr 2024 erhalten 67 von 1.000 jugendlichen Mädchen in mindestens einem Quartal die Diagnose einer Angststörung. In mindestens zwei Quartalen ist bei ca. 40 von 1.000 jugendlichen Mädchen eine Angststörung diagnostiziert. In jedem Quartal des Jahres lässt sich bei knapp 17 von 1.000 jugendlichen Mädchen eine Angststörungsdiagnose feststellen. Im Vergleich dazu sind es im Vorpandemiejahr 2019 acht je 1.000 jugendlicher Mädchen. Der Jahresvergleich weist damit für Diagnosen in jedem Quartal eine relative Veränderungsrate in Höhe von 106 % aus.

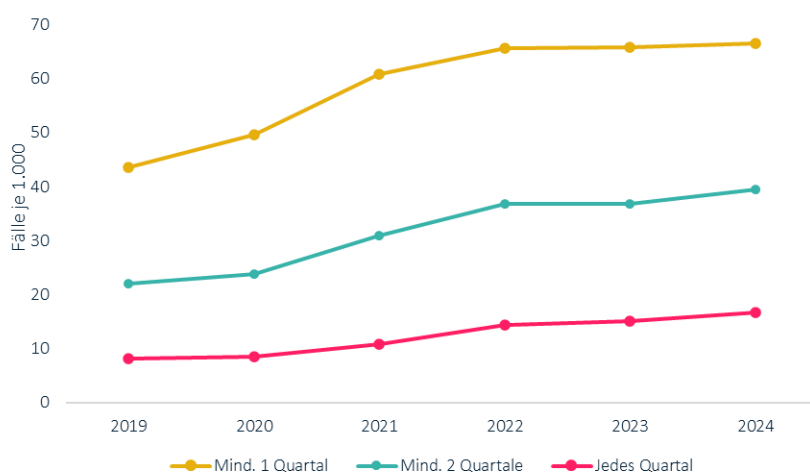


Abbildung 8 Administrative Prävalenz von Diagnosen bei Angststörungen von jugendlichen Mädchen, differenziert nach Diagnosehäufigkeit. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41) in mindestens einem/zwei/vier Quartal(en) im Beobachtungsjahr, Fälle je 1.000 Mädchen.



Soziale Lage

Angststörungen werden am häufigsten bei jugendlichen Mädchen festgestellt, die einen hohen sozioökonomischen Status (bzw. eine niedrige Deprivation) aufweisen (70 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen im Jahr 2024), gefolgt von Mädchen, denen ein mittlerer sozioökonomischer Status zugeordnet wird (66 je 1.000). Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status erhalten weniger oft die Diagnose einer Angststörung (64 je 1.000) (**Tabelle 3**). Die Prävalenz von Angststörungen bei jugendlichen Mädchen mit hohem sozioökonomischem Status ist im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 (+ 55 %) gestiegen. Bei jugendlichen Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg von diagnostizierten Angststörungen im Zeitverlauf 2019 bis 2024 (+ 50 %). Im Vergleich zu 2022 zeigt sich in 2024 kaum eine Veränderung.

Tabelle 3 Administrative Prävalenz von Angststörungen jugendlicher Mädchen nach sozioökonomischem Status

Soziale Lage							Relative Entwicklung	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Niedrig	43	53,1	60,6	65,6	59,5	63,8	+48 %	+7 %
Mittel	44,1	48,9	59,3	65,6	65,7	66,0	+50 %	0 %
Hoch	45,2	49,5	65,1	65,9	70,7	69,9	+55 %	-1 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000. Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD).

Entwicklung der neudiagnostizierten Angststörungen (Inzidenz)

Im Jahr 2024 wurde bei 37 von 1.000 jugendlichen Mädchen eine Angststörung neu diagnostiziert (**Abbildung 9**). Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren in Deutschland erhielten im Jahr 2024 ca. 42.500 jugendlichen Mädchen die neue Diagnose einer Angststörung (**Tabelle 10**). Dies entspricht einem deutlichen Anstieg gegenüber dem Vorpandemiezeitraum: Im Jahr 2019 wurden 28 je 1.000 jugendlichen Mädchen neu mit einer Angststörung diagnostiziert. Dies entspricht einer relativen Steigerung von 35 %. Somit zeigt sich auch für die neudiagnostizierten Angststörungen bei jugendlichen Mädchen eine Plateau-Bildung für die Jahre 2021 bis 2024 auf einem erhöhten Niveau. Wenn auch weniger stark ausgeprägt, zeigt sich die Plateau-Bildung ebenfalls für die Mädchen im Schulalter. Auch hier ist eine Steigerung im Jahr 2024 zu dem Vorpandemiejahr 2019 um 18 % zu beobachten.

Im Gegensatz zu den weiteren Schwerpunktthemen der vorliegenden Analyse (Depressionen und Essstörungen) spielen Angststörungen bereits bei Mädchen im Grundschulalter (5 bis 9 Jahre) eine Rolle: 9 von 1.000 Grundschulmädchen wiesen im Jahr 2024 eine neu aufgetretene Angststörung auf. Zudem unterscheidet sich auch die Entwicklung im Jahresvergleich: Insgesamt erscheinen die Fallzahlen bei den Mädchen im Grundschulalter auf einem gleichbleibenden Niveau im Zeitverlauf. 2024 gehen die neudiagnostizierten Angststörungen geringfügig zurück im Vergleich zu 2019 (- 5 %). Im Vergleich zu 2023 ist im Jahr 2024 ein geringer Anstieg von 2 % zu verzeichnen.

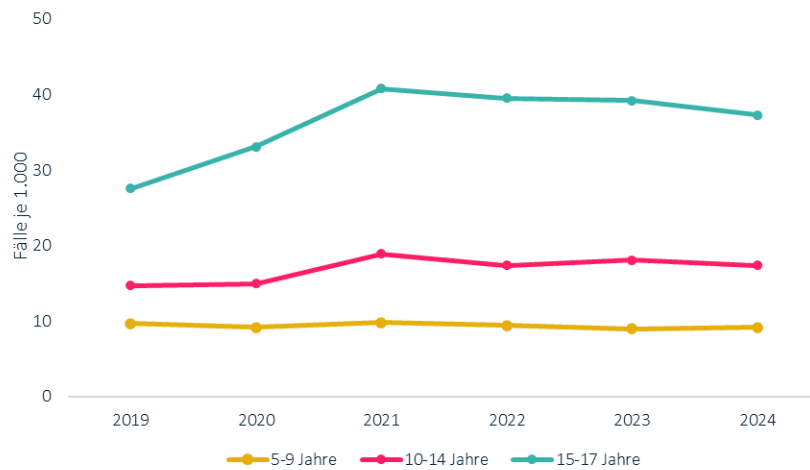


Abbildung 9 Neudiagnostizierte Angststörungen bei Mädchen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2018-2023, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen ICD-10 Code: Angststörungen (F40, F41) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q) und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr, Fälle je 1.000 Mädchen.



3.3 Depressionen

Entwicklung der behandelten Depressionen (Prävalenz)

Während die Prävalenz von Depressionen bei Jungen im Beobachtungszeitraum auf einem gleichbleibenden Niveau verbleibt, stiegen die ohnehin vergleichsweise höheren Fallzahlen bei Mädchen an. Im Gesamttrend zeigt sich für alle 5- bis 17-Jährigen ein Anstieg um 10 % im Jahr 2024 gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 (**Abbildung 10**). Depressionen treten am häufigsten bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren auf; im Jahr 2024 liegt die Prävalenz bei 48 Fällen je 1.000 Jugendlicher. Damit bleibt diese Altersgruppe deutlich stärker betroffen als Schulkinder im Alter von 10 bis 14 Jahren (knapp 13 Fälle je 1.000 Schulkinder) und Grundschulkinder zwischen 5 und 9 Jahren (ein Fall je 1.000 Kinder). Im Vergleich zu 2019 ist bei den Jugendlichen ein Anstieg um 20 % zu verzeichnen, während sich von 2023 auf 2024 ein leichter Rückgang um 2 % zeigt.

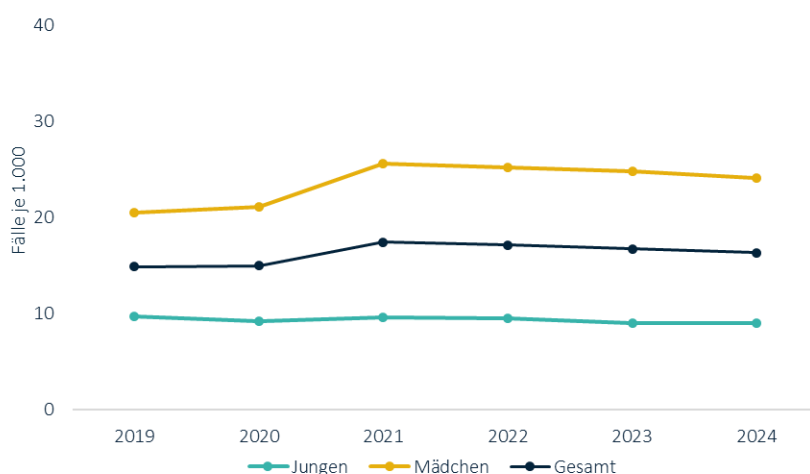


Abbildung 10 Administrative Prävalenz von Depressionen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.

Die Erkrankungshäufigkeit jugendlicher Mädchen an Depressionen verbleibt in den Jahren 2021 bis 2024 auf einem erhöhten Niveau (**Abbildung 11**). Im Jahr 2024 wiesen 74 von 1.000 jugendlichen Mädchen eine Depression auf. Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren in Deutschland erhielten im Jahr 2024 ca. 84.000 jugendlichen Mädchen die Diagnose einer Depression (**Tabelle 8**, siehe Datenanhang). Im Vorjahr 2023 waren es 76 von 1.000 jugendlichen Mädchen, sodass sich ein leichter Rückgang der Prävalenz um - 2 % ableiten lässt. Depressionen werden gegenwärtig immer noch häufiger diagnostiziert als noch im Vorpandemiezeitraum, wobei sich im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 ein Anstieg der Prävalenz in Höhe von + 27 % beobachten lässt. Auch bei Mädchen im Schulalter ist eine leichte, jedoch weniger stark ausgeprägte Plateaubildung von 2021 bis 2024 zu beobachten. 2024 erhielten 17 von 1.000 Mädchen in diesem Alter die Diagnose einer Depression, während es 2019 14 je 1.000 waren. Depressionen bei Mädchen im Grundschulalter sind deutlich seltener im Vergleich, mit einem Fall je 1.000 Mädchen.

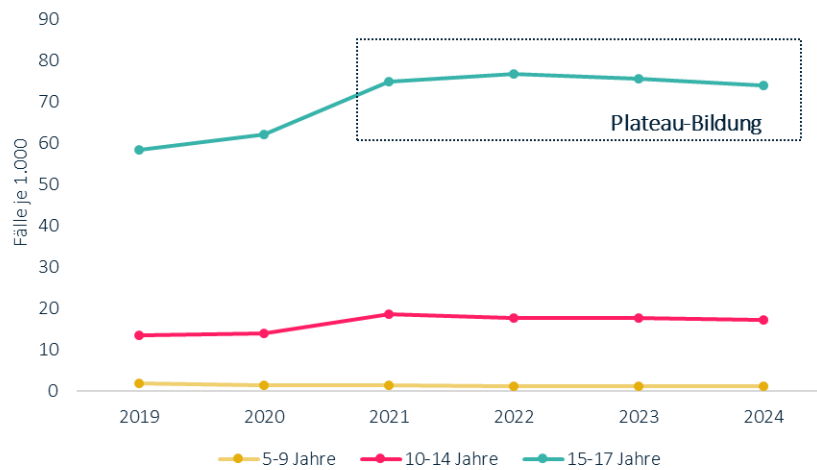


Abbildung 11 Administrative Prävalenz von Depressionen bei Mädchen nach Alter. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.



Arten der Depressionen

Mittelgradige Depressionen werden bei jugendlichen Mädchen am häufigsten festgestellt (**Abbildung 12**). Diese Art der Depression weist unter allen Schweregraden den deutlichsten Anstieg auf. Im Jahr 2024 lag die Prävalenz bei 42 Fällen je 1.000 jugendlicher Mädchen und blieb damit auf dem Niveau des Vorjahres. Im Vergleich zu 2019 zeigt sich ein markanter Zuwachs von 43 %. Unspezifische Depressionen folgen als zweithäufigste Diagnose bei jugendlichen Mädchen, mit 35 je 1.000 jugendlicher Mädchen im Jahr 2024. Auch hier zeigt sich ein deutlicher Anstieg von 23 % im Vergleich zu 2019 (28 je 1.000). Für leichte Depressionen ist ein moderater, aber kontinuierlicher Anstieg auf einem niedrigeren Niveau zu erkennen: 2024 erhielten 16 je 1.000 jugendlicher Mädchen die Diagnose einer leichten Depression. Selten sind schwere Depressionen bei jugendlichen Mädchen, die ebenfalls leicht angestiegen sind (2024: 8 je 1.000).

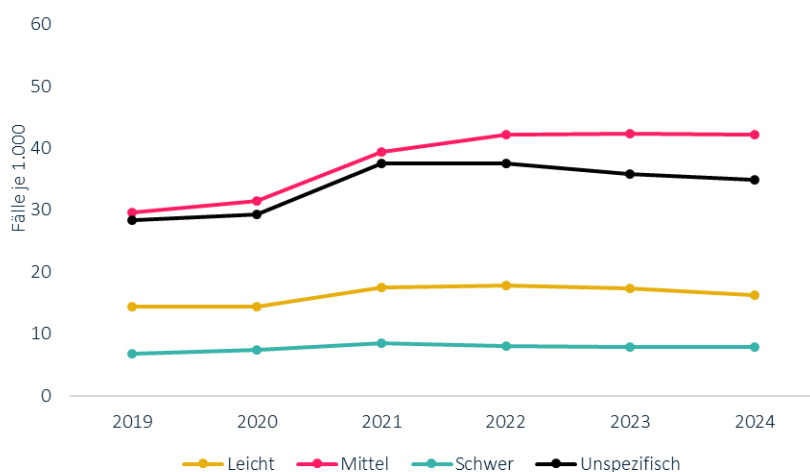


Abbildung 12 Schweregrad von Depressionen bei jugendlichen Mädchen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q). Leichte Schwere: ICD-10 F32.0, F33.0; mittlere Schwere: F32.1, F33.1; hohe Schwere: F32.2, F32.3, F33.2, F33.3; unspezifische Schwere: F32.8, F32.9, F33.4, F33.8, F33.9, Fälle je 1.000 jugendlichen Mädchen. Hinweis: Bei einem Kind/Jugendlichen können in einem Jahr auch variierende Depressionsgrade diagnostiziert werden.

Chronifizierung

Jugendliche Mädchen erhalten seit 2019 häufiger eine wiederholte Diagnose von Depressionen (**Abbildung 13**). Im Jahr 2024 erhielten knapp 74 von 1.000 jugendlichen Mädchen in mindestens einem Quartal die Diagnose einer Depression. In mindestens zwei Quartalen wurden ca. 49 von 1.000 jugendlichen Mädchen mit einer Depression diagnostiziert. Die Prävalenz von Depressionen, die jedes Quartal behandelt werden, liegt bei 23 je 1.000 jugendlicher Mädchen im gleichen Beobachtungsjahr. Im Vergleich dazu sind es im Vorpandemiejahr 14 je 1.000 jugendliche Mädchen (+ 61 %).

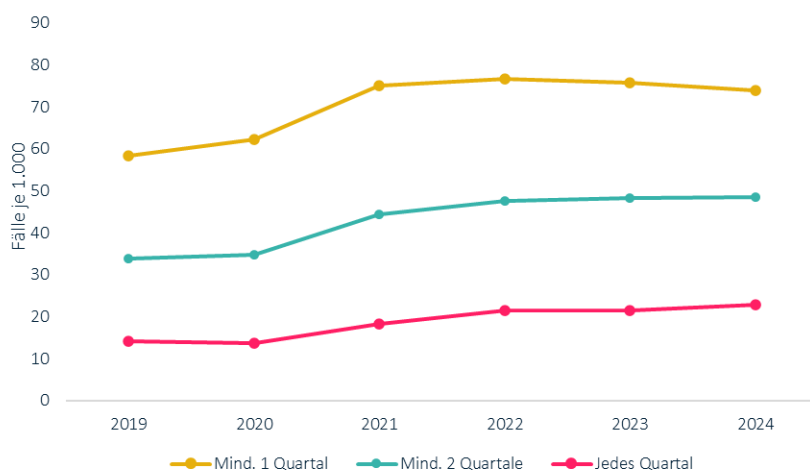


Abbildung 13 Administrative Prävalenz von Diagnosen von Depressionen bei jugendlichen Mädchen, differenziert nach Diagnosehäufigkeit. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.

Soziale Lage

Depressionen werden, ebenso wie Angststörungen, am häufigsten bei jugendlichen Mädchen festgestellt, die einen hohen sozioökonomischen Status aufweisen (77 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen im Jahr 2024), gefolgt von Mädchen, denen ein mittlerer sozioökonomischer Status zugeordnet wird (75 je 1.000) (**Tabelle 4**). Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status erhalten weniger oft die Diagnose einer Depression (67 je 1.000). Die Diagnosehäufigkeit von Depressionen bei jugendlichen Mädchen mit niedriger und mittlerer Deprivation ist im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 am stärksten gestiegen (+ 27 % und + 28 %). Für den gleichen Zeitraum ist der Anstieg bei Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status weniger stark angestiegen (+ 15 %).

Tabelle 4 Behandelte Depressionen nach sozioökonomischer Deprivation bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre)

Soziale Lage							Relative Entwicklung	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Niedrig	57,7	59,8	68,7	67,1	62,2	66,6	+15 %	+7 %
Mittel	58,3	61,9	75,1	77,6	76,5	74,8	+28 %	-2 %
Hoch	60,4	64,4	79,0	81,1	82,7	76,9	+27 %	-7 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendliche Mädchen. Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD).



Entwicklung der neudiagnostizierten Depressionen (Inzidenz) inkl. Hochrechnungen

Die Zahl der neudiagnostizierten Depressionen bei Mädchen zwischen 10 und 17 Jahren ist im Jahr 2024 gegenüber dem Vorpandemiejahr 2019 erhöht (**Abbildung 14**). Insbesondere jugendliche Mädchen sind am häufigsten betroffen, mit 37 Fällen je 1.000 jugendlichen Mädchen. Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen in Deutschland entspricht das 41.500 neudiagnostizierten Depressionen (**Tabelle 11**, siehe Datenanhang). Im Vergleich zu 2019 entspricht dies einem relativen Anstieg von 10 %.

Während von 2019 bis 2021 ein deutlicher Anstieg der neudiagnostizierten Depressionen zu beobachten ist, zeigt sich ab 2021 eine rückläufige Entwicklung bei jugendlichen Mädchen. Eine ähnliche Entwicklung im Zeitverlauf ist für die Mädchen im Schulalter (10 bis 14 Jahre) zu beobachten, jedoch auf einem niedrigeren Niveau (2023: 13 neudiagnostizierte Depressionen je 1.000 Mädchen in diesem Alter). Depressionen bei Mädchen im Grundschulalter (5 bis 9 Jahre) werden selten neudiagnostiziert mit konstant unter 2 Fällen je 1.000 Mädchen.

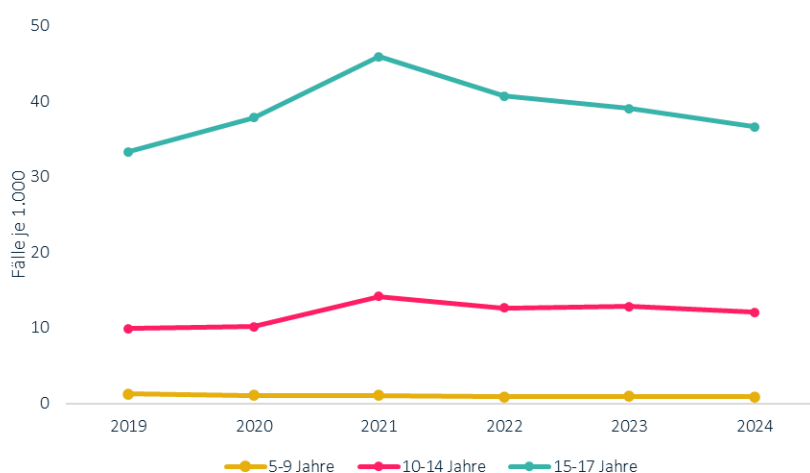


Abbildung 14 Neudiagnostizierte Depressionen bei Mädchen nach Alter. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2018-2023, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F32 oder F33) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q) und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr, Fälle je 1.000 Mädchen.



3.4 Essstörungen

Entwicklung der behandelten Essstörungen (Prävalenz)

Im Jahr 2024 wiesen 20 von 1.000 jugendlichen Mädchen eine Essstörung auf (**Abbildung 15**). Im Vergleich zum Vorjahr 2023 bleibt die Prävalenz damit fast unverändert (+ 2 %). Die Erkrankungshäufigkeit jugendlicher Mädchen an Essstörungen stabilisiert sich in den Jahren 2021 bis 2024 auf einem erhöhten Niveau. Essstörungen werden gegenwärtig immer noch häufiger diagnostiziert als noch im Vorpandemiezeitraum, wobei sich im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 (15 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen) ein Anstieg der Prävalenzrate in Höhe von + 38 % beobachten lässt. Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen zwischen 15 und 17 Jahren in Deutschland erhielten im Jahr 2024 ca. 23.000 jugendlichen Mädchen die Diagnose einer Essstörung (**Tabelle 9**, siehe Datenanhang).

Bei jüngeren Mädchen werden Essstörungen seltener diagnostiziert verglichen mit jugendlichen Mädchen. Für die 10–14-Jährigen ist ebenfalls ein leichter Anstieg in 2021 zu erkennen, wobei sich die Häufigkeit der diagnostizierten Essstörungen seit 2021 auf gleichbleibendem Niveau stabilisiert (2024: ca. 6 je 1.000 Mädchen im Schulalter). Die Diagnosen für Mädchen im Grundschulalter sind im Zeitverlauf leicht rückläufig auf einem niedrigen Niveau. Im Jahr 2024 ist ein Rückgang um 4 % zum Vorjahr zu beobachten (für den Vergleich mit dem Vorpandemiejahr liegt der Rückgang bei 14 %).

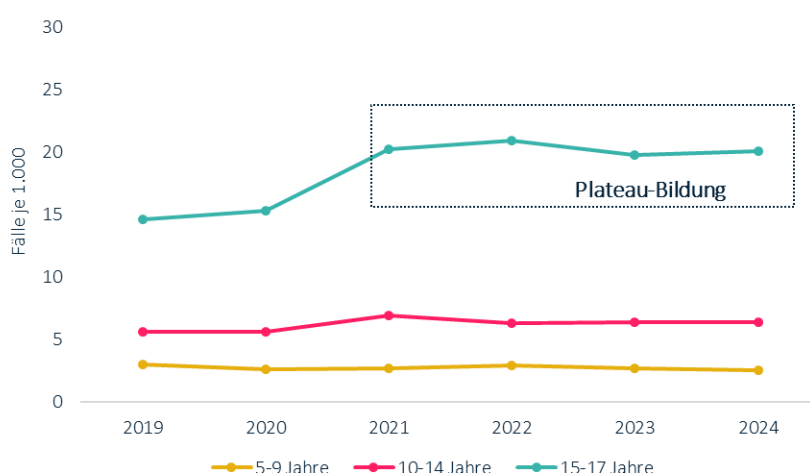


Abbildung 15 Administrative Prävalenz von Essstörungen bei Mädchen. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F50) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Mädchen.

Arten der Essstörungen

Der Diagnosecode „F50: Essstörungen“ setzt sich aus sechs näher bezeichnenden Diagnosen und zwei weiteren (sonstigen und nicht näher bezeichneten) Diagnosen zusammen. Die einzelnen Essstörungen sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar. **Magersucht** (Anorexia nervosa) ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust gekennzeichnet. Die **Ess-Brech-Sucht** (Bulimie, Bulimia nervosa) ist durch wiederholte Anfälle



von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts (z. B. durch Erbrechen oder Abführmittel) charakterisiert. Eine **Binge-Eating-Störung** (BES) zeichnet sich durch übermäßiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse aus.

Die häufigste näher bezeichnete Essstörung bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024 ist Magersucht, gefolgt von Ess-Brech-Sucht (**Abbildung 16**). Die häufigsten Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024 sind nicht näher bezeichnete und sonstige Essstörungen gefolgt von Magersucht (Anorexia nervosa). Seit 2019 lässt sich über den Zeitraum der COVID-19-Pandemie hinweg ein deutlicher Anstieg der dokumentierten Magersucht als auch sonstigen/nicht näher bezeichneten Essstörungen bei jugendlichen Mädchen feststellen. Im Vergleich zu dem Vorpandemiejahr 2019 steigen die Diagnosen bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024 von Magersucht um 59 % und sonstigen/nicht näher bezeichneten Essstörungen um 42 % an. Bulimie steigt ebenfalls leicht um 11 % im Zeitraum von 2019 bis 2024 an, jedoch auf einem niedrigeren Fallzahlniveau (zwei Fälle je 1.000 jugendliche Mädchen in 2024). Dokumentierte Fälle von Binge-Eating-Störungen bei jugendlichen Mädchen gehen um 19 % zurück und liegen 2024 bei 0,4 Fällen je 1.000.

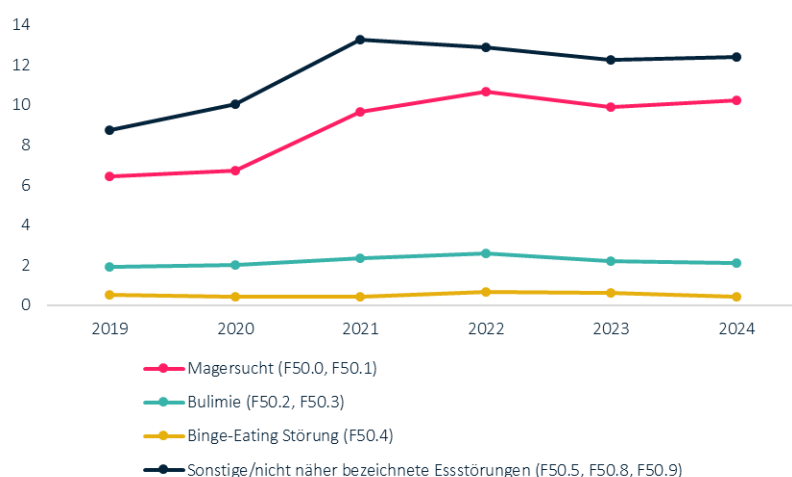


Abbildung 16 Administrative Prävalenz von Essstörungen jugendlicher Mädchen, differenziert nach Art der Essstörung. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F50-) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen.

Chronifizierung

Jugendliche Mädchen erhalten häufiger eine wiederholte Diagnose von Essstörungen seit 2019 (**Abbildung 17**). Im Jahr 2024 erhielten ca. 20 von 1.000 jugendlichen Mädchen in mindestens einem Quartal die Diagnose einer Essstörung. In mindestens zwei Quartalen wurden ca. 13 von 1.000 jugendlichen Mädchen mit einer Essstörung diagnostiziert. Sechs je 1.000 jugendlicher Mädchen sind jedes Quartal mit einer Essstörung behandelt. Im Vergleich dazu sind es im Vorpandemiejahr vier je 1.000 jugendlicher Mädchen. Dies entspricht einer relativen Veränderungsrate in Höhe von 50 %.

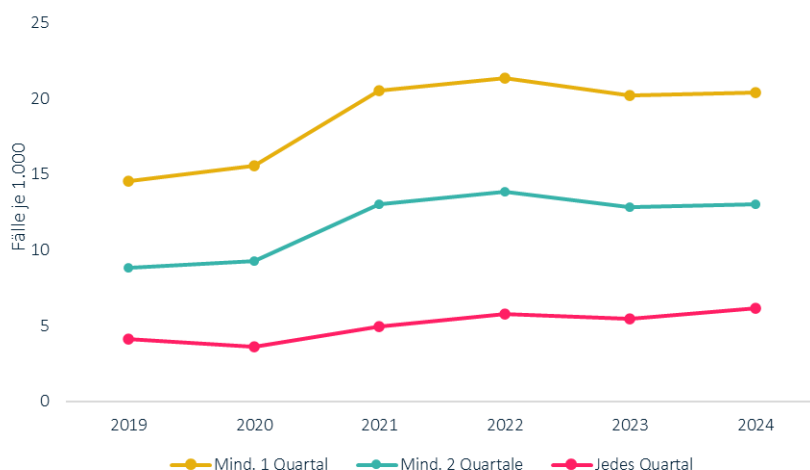


Abbildung 17 Administrative Prävalenz von Essstörungen jugendlicher Mädchen, differenziert nach Diagnosehäufigkeit. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F50-) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen.

Soziale Lage

Auch Essstörungen werden im Jahr 2024, ebenso wie Angststörungen und Depressionen, häufiger bei jugendlichen Mädchen festgestellt, die einen hohen sozioökonomischen Status aufweisen (22 Fälle je 1.000 jugendlicher Mädchen), gefolgt von Mädchen, denen ein mittlerer sozioökonomischer Status zugeordnet wird (20 je 1.000) (**Tabelle 5**). Mädchen mit niedrigem sozioökonomischem Status erhalten weniger oft die Diagnose einer Essstörung (18 je 1.000). Die Diagnosehäufigkeit von Essstörungen bei jugendlichen Mädchen mit mittlerer Deprivation ist im Jahr 2024 gegenüber dem Jahr 2019 stark angestiegen (+ 43 %), bei niedriger und hoher Deprivation ist die relative Steigerung etwas geringer (+ 39 % und + 35 %).

Tabelle 5 Behandelte Essstörungen nach sozioökonomischer Deprivation bei jugendlichen Mädchen (15-17 Jahre)

Soziale Lage	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Entwicklung	
							2024-2019	2024-2023
Niedrig	12,9	15,1	18,2	18,9	18,2	17,9	+39 %	-2 %
Mittel	14,2	14,8	20,0	20,9	19,7	20,3	+43 %	+3 %
Hoch	16,6	17,8	23,5	24,1	23,3	22,4	+35 %	-4 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F50) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 jugendliche Mädchen. Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD).



Entwicklung der neudiagnostizierten Essstörungen (Inzidenz)

Mädchen im Alter von 15 bis 17 Jahren wiesen über den gesamten Zeitraum hinweg die höchsten Fallzahlen für neudiagnostizierte Essstörungen auf (**Abbildung 18**). Der Höchststand zeigt sich in 2021 mit über elf neudiagnostizierten Essstörungen je 1.000 jugendlicher Mädchen. In den Jahren 2022 bis 2024 sanken die Werte leicht auf neun je 1.000 Fälle. Hochgerechnet auf alle jugendlichen Mädchen in Deutschland entspricht das 10.500 Mädchen (**Tabelle 12**, siehe Datenanhang). Im Vergleich zu dem Vorpandemiejahr 2019 sind die neudiagnostizierten Essstörungen bei jugendlichen Mädchen im Jahr 2024 mit einer Steigerung von 41 % weiterhin deutlich erhöht. In der Altersgruppe der 10-14-jährigen Mädchen bekamen 3,3 bis 4,7 je 1.000 Mädchen eine neue Essstörung diagnostiziert. Bei den 5-9-jährigen Mädchen sind konstant die niedrigsten Neudiagnosen für Essstörungen zu verzeichnen. Die Fallzahlen bewegten sich über den gesamten Zeitraum von etwa zwei Fällen je 1.000, mit nur geringen Schwankungen.

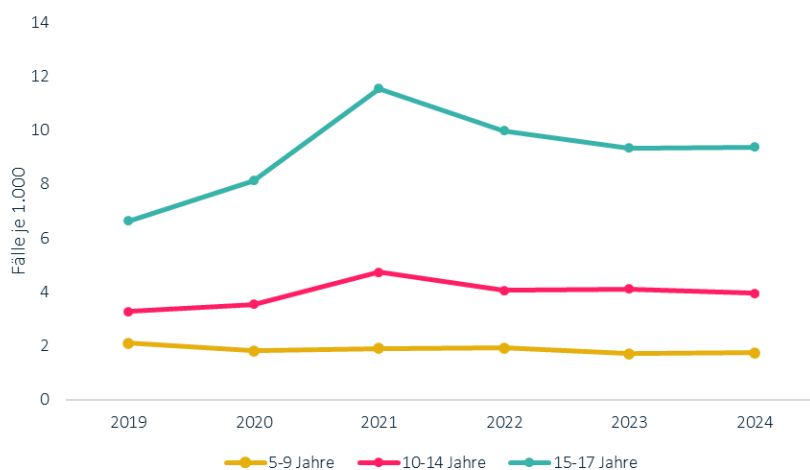


Abbildung 18 Neudiagnostizierte Essstörungen bei Mädchen, nach Alter. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2018-2023, Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche Diagnose und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10 Code: F50) in mindestens einem Quartal im Beobachtungsjahr (M1Q) und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr, Fälle je 1.000 Mädchen.

3.5 Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung

3.5.1 Stationäre Versorgung

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt ist im Zeitverlauf von 2019 bis 2024 für alle Altersgruppen rückläufig (**Abbildung 19**). Jugendliche haben häufiger mindestens einen Krankenhausaufenthalt im Vergleich zu den zwei weiteren Altersgruppen. Anfang 2020 ist ein deutlicher Rückgang zu beobachten, danach steigen die Fallzahlen für alle Fallzahlen jedoch wieder an – bleiben aber hinter dem Vorpandemiejahr zurück.

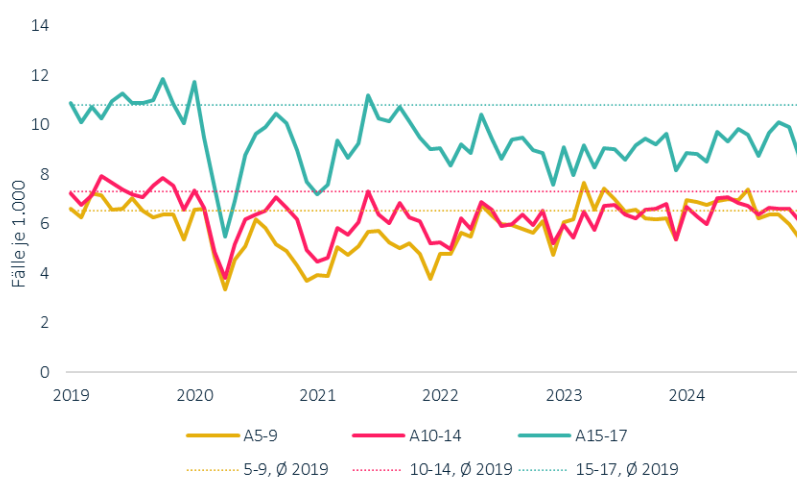


Abbildung 19 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit mindestens einem Krankenhausaufenthalt je Monat im Beobachtungsjahr nach Alter. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: mindestens einem Krankenhausaufenthalt je Monat im Beobachtungsjahr (M1Q).

3.5.2 Ambulante Versorgung

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen hat im Beobachtungszeitraum mindestens einmal jährlich einen ambulant-ärztlichen/therapeutischen Versorgungskontakt, mit 93 % der Grundschulkinder, 87 % der Schulkinder und 89 % der Jugendlichen. Im Zeitverlauf ist der jährliche ambulante Versorgungskontakt marginal rückläufig. Monatlich betrachtet variieren die ambulanten Versorgungskontakte saisonal (**Abbildung 20**). Im Zeitverlauf weisen Grundschulkinder und Jugendliche den höheren Anteil (zwischen 23 % und 40 %) verglichen mit Schulkindern mit mindestens einem ambulanten Versorgungskontakt je Monat.

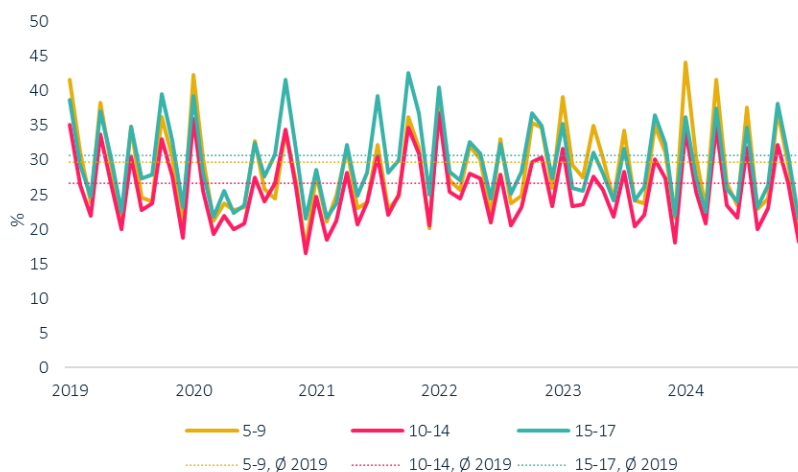


Abbildung 20 Anteil der Kinder und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren mit mindestens einem ambulanten Versorgungskontakt. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens ein ambulant-ärztlicher/therapeutischer Kontakt je Monat im Beobachtungsjahr, lebenslange Arztnummer (LANR) 34, 38, 40, 46.

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Besuch bei Fachärzten und Fachärztinnen für Psychotherapie/Psychiatrie liegt deutlich niedriger, zwischen 6 bis 10 %. Die höchsten Anteile zeigen sich bei Jugendlichen. Im Vergleich zu 2019 ist bei den Jugendlichen ein relativer Anstieg von 18 % mit Besuch bei Fachärzten und Fachärztinnen für Psychotherapie/Psychiatrie im Jahr 2024 zu beobachten (**Abbildung 21**).

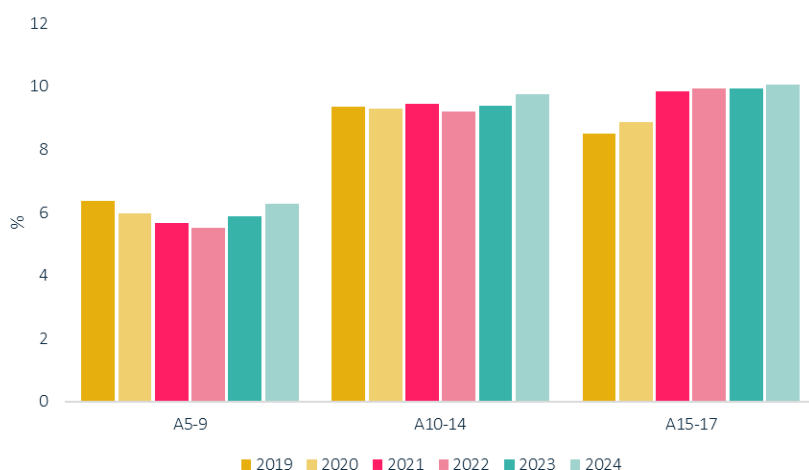


Abbildung 21 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Besuch bei Fachärzten und Fachärztinnen für Psychotherapie/Psychiatrie. Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: Mindestens ein ambulant-ärztlicher Kontakt bei Fachärzten und Fachärztinnen für Psychotherapie/Psychiatrie im Beobachtungsjahr, lebenslange Arztnummer (LANR) 44, 47, 51, 58, 59, 60, 61, 68, 69.



3.5.3 Arzneimittelverschreibungen

Bei jährlichen Arzneimittelverschreibungen zeigt sich ebenfalls ein Altersgradient (**Tabelle 6**). Den höchsten Anteil mindestens einer Arzneimittelverschreibung im Beobachtungsjahr ist konsistent bei den Grundschulkindern (zwischen 65 % und 78 %) zu beobachten, gefolgt von den Schulkindern und Jugendlichen auf einem ähnlich hohen Niveau (zwischen 52 % und 64 %). Im Jahr 2024 ist ein relativer Rückgang der jährlichen Arzneimittelverschreibungen von - 2% zu beobachten im Vergleich zu 2019, welcher besonders auf einen Rückgang bei Schulkindern und Jugendlichen zurückzuführen ist.

Tabelle 6 Anteil der Kinder und Jugendlichen im Alter von 5-17 Jahren mit mindestens einer Arzneimittelverschreibung je Beobachtungsjahr nach Alter

Alter							Relative Entwicklung	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul- kinder: 5-9 Jahre	77 %	70 %	65 %	75 %	77 %	78 %	+1 %	+1 %
Schulkinder: 10-14 Jahre	64 %	56 %	52 %	57 %	59 %	62 %	-3 %	+5 %
Jugendliche: 15-17 Jahre	63 %	57 %	55 %	57 %	57 %	58 %	-8 %	+2 %
Gesamt: 5-17	68 %	61 %	58 %	64 %	65 %	67 %	-2 %	+3 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024, Falldefinition: mindestens eine Arzneimittelverschreibung im Beobachtungsjahr, Fälle in %.



4 Methodik

4.1 Studienpopulation

Für die vorliegenden Analysen wurden bundesweite anonymisierte Abrechnungs- bzw. Routinedaten aller im Zeitraum zwischen 2019 und 2024 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kinder und Jugendlichen ausgewertet. Dem zugrunde liegen alle zu Abrechnungszwecken dokumentierten Versicherungs- und Leistungsdaten. Diese umfassen Informationen zur:

- Mitgliederstatistik (Stammdaten)
- stationären Versorgung (§ 301 Abs. 1 fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V))
- vertragsärztlichen Versorgung (§ 295 Abs. 2 SGB V)
- Arzneimittelversorgung (§ 300 Abs. 1 SGB V)
- Vorsorge und stationären Rehabilitation (§ 301 Abs. 4 SGB V)
- Heilmittelversorgung (§ 302 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 302 SGB V)
- Arbeitsunfähigkeit (der Eltern, § 295 Abs. 1 SGB V)

Der Kinder- und Jugendreport zur psychischen Gesundheit fokussiert auf Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 5 und 17 Jahren. Jüngere Kleinkinder und Säuglinge (0 bis 4 Jahre) sind nicht Gegenstand von diesem Themenschwerpunkt, da die Fallzahlen dieser Altersgruppe in Bezug auf die Themenschwerpunkte der vorliegenden Analyse (Angststörungen, Depressionen und Essstörungen) gering sind. Bis zu 578.000 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Deutschland im Alter von 5 bis 17 Jahren, die in den Jahren 2019 bis 2024 bei der DAK-Gesundheit versichert waren, gehen somit in die vorliegende Analyse des DAK-Kinder- und Jugendreportes ein.

Die Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist weitestgehend mit dem Bundesdurchschnitt vergleichbar. Kinder im Alter von <1 bis 8 Jahren sind geringfügig unterrepräsentiert, Kinder im Alter von 9 bis 17 Jahren geringfügig überrepräsentiert. Die Geschlechtsverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist repräsentativ zur bundesweiten Verteilung. Der Anteil der DAK-Gesundheit-versicherten Mädchen (0-17 Jahre) an allen Kindern/Jugendlichen liegt im Jahr 2024 bei 48,7 %. Der bundesweite Anteil der Mädchen liegt laut aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes bei 48,5 %. Je Bundesland bildet der DAK-Kinder- und Jugendreport zwischen 2,9 % (Sachsen) und 10,3 % (Brandenburg) aller dort lebenden Kinder und Jugendliche ab. Kinder aus neuen Bundesländern sind unter DAK-Versicherten im bundesweiten Vergleich leicht überrepräsentiert. Eine ausführliche Beschreibung der Repräsentativität der DAK-Kinder- und Jugendreport Versichertenpopulation, zu den berechneten Kennzahlen sowie zum Datenschutz findet sich unter: https://www.dak.de/dak/unternehmen/reporte-forschung_28136



4.2 Klassifikation von Erkrankungen auf Basis des ICD-10-Codes

In den vorliegenden Analysen werden psychische Erkrankungen über dreistellige ICD-10-Codes aufgegriffen: Angststörungen (F40 oder F41), Depressionen (F32 oder F33) sowie Essstörungen (F50). Kinder bzw. Jugendliche gelten in einem Quartal als erkrankt, sofern mindestens eine dokumentierte Diagnose in den Abrechnungsdaten der DAK-Gesundheit im untersuchten Quartal vorliegt. Analog erfolgt die Identifikation von Neudiagnosen: Kinder bzw. Jugendliche gelten als neu diagnostizierter Fall in einem bestimmten Beobachtungsjahr, wenn in mindestens einem Quartal des Beobachtungsjahres die dokumentierte Diagnose vorliegt und im Vorbeobachtungsjahr keine entsprechende Diagnose dokumentiert wurde.

4.3 Operationalisierung von sozialer Lage

Als Surrogatparameter für die in den Sekundärdaten einer gesetzlichen Krankenkasse nur sehr eingeschränkt enthaltenen Angaben zum individuellen sozioökonomischen Status eines Kindes wird der German Index of Social Deprivation (GISD) als Index zur räumlichen Sozialstruktur herangezogen (Kroll et al. 2017; Michalski et al. 2022). Der GISD ist ein multidimensionaler und kleinräumiger Deprivationsindex für das Bundesgebiet, der auf Gemeinde-, Kreis- und Postleitzahlebene vorliegt. Für die vorliegenden Analysen wird der GISD auf Kreisebene in der Version von 2021 genutzt. Der Index setzt sich aus neun Indikatoren zusammen: Pro-Kopf-Einkommen, Arbeitslosenquote, Anteil Beschäftigter ohne Ausbildung, kommunale Steuereinnahmen pro Kopf, Wanderungsbilanz, Bundestagswahlbeteiligung, Bodenversiegelung, Rate der Straßenverkehrsunfälle und die Rate der polizeilich erfassten Straftaten. Hohe Indexwerte bedeuten hierbei eine hohe Deprivation, also sozial-ökonomische Benachteiligung. Alternativ wird nachfolgend der Kehrwert genutzt und von einem hohen sozioökonomischen Status gesprochen, wenn die Deprivation niedrig ist.

In den vorliegenden Analysen wird der GISD auf Postleitzahlenebene angewendet. Die Implementierung des GISD auf dieser granularen Ebenen ist mit gewissen Unschärfen verbunden, da einzelne Indikatoren ausschließlich auf Kreisebene vorliegen. Beispielsweise werden durch den GISD auch Versicherte von Privaten Krankenversicherungen (PKV) erfasst. Für den Vergleich mit den Daten der DAK-Gesundheit wird die regionale Verteilung der gesetzlich krankenversicherten Personen des Bundesamtes für Soziale Sicherung (BAS) genutzt, um den Anteil der PKV-Versicherten aus den regionalen Verteilungsdaten des GISD-Index herauszurechnen und so eine realistischere Vergleichsgröße zur Beurteilung der Repräsentativität der DAK-Daten zu erhalten.

Der überwiegende Teil (ca. 63 %) der DAK-versicherten Kinder und Jugendlichen ist einem mittleren sozioökonomischen Familienstatus zuzuordnen. Dies entspricht tendenziell auch den deutschlandweiten Daten, welche besagen, dass ca. 58 % der Kinder und Jugendlichen einen mittleren Status aufweisen. Gut abgebildet ist die Gruppe, die einen niedrigen Status hat: Den DAK-Daten nach umfasst diese Gruppe ca. 28 %, den bundesweiten Daten nach ca. 29 %. Auch die Gruppe mit einem hohen sozioökonomischen Status ist gut repräsentiert, da laut DAK-Daten 10 % der Kinder und Jugendlichen dieser Statusgruppe zugeordnet werden können, deutschlandweit sind es 13 %.



4.4 Hochrechnungen

Die Hochrechnungen basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes für die Altersgruppe 5-17 Jahre im jeweiligen Beobachtungsjahr. Die errechnete Prävalenz/Inzidenz der DAK-Gesundheit wird mit den Referenzdaten der deutschen Bevölkerung (je 1.000) multipliziert für das jeweilige Beobachtungsjahr, nach Altersgruppe und Geschlecht (**Abbildung 22**). Hochgerechnete Zahlen stellen immer Rundungswerte dar, sodass diese keine geeignete Grundlage für die Berechnung von relativen Veränderungsraten bzw. Trendberechnungen darstellen. Daher werden in dem Zusammenhang mit Hochrechnungen nur die Differenzen der hochgerechneten Zahlen zwischen den betrachteten Jahren angegeben.

STATIS Statistisches Bundesamt Daten Deutschland			DAK Gesundheit Daten Kinder- und Jugendreport		Hochrechnung Daten Kinder- und Jugendreport	
5-17 Jahre	N : 1.000 =	y	5-17 Jahre	n * y = HR	5-17 Jahre	HR
Jungen	7.361.522	7.361	Jungen	308,5	Jungen	2.271.000
Mädchen	6.941.841	6.942	Mädchen	246,3	Mädchen	1.710.000
Gesamt	14.303.363	14.303	Gesamt	278,2	Gesamt	3.979.000
Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), 2023, Kinder/Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren, absolute Anzahl Falldefinition: Absolute Anzahl im Beobachtungsjahr			Daten: DAK-Gesundheit, 2023, Kinder/Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Prävalente Fälle je 1.000 Falldefinition: Min1 Psychische Störung (F) im Beobachtungsjahr		Daten: DAK-Gesundheit und Destatis, 2023, Kinder/Jugendliche im Alter von 0-17 Jahren mit psychischen Störungen Falldefinition: Hochrechnung der Prävalenz im Beobachtungsjahr; Rundung auf 500er-Stellen	

Abbildung 22 Vorgehensweise der Hochrechnungen. Eigene Darstellung.

4.5 Datenschutz

Routinemäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten gesetzlicher Krankenversicherungen stehen der Öffentlichkeit nicht in Form eines „Public Use Files“ frei zur Verfügung. Während Interessierte zum Beispiel beim Statistischen Bundesamt auf zumindest einen Teil der dort verfügbaren Daten zugreifen können, ist für die (wissenschaftliche) Verwendung von Sozialdaten ein individueller und umfangreicher Antrags- und Freigabeprozess erforderlich. Die DAK-Gesundheit und Vandage GmbH nehmen den Schutz personenbezogener Daten sehr ernst. Gesundheitsdaten zählen zu den am höchsten schutzwürdigen Informationen. Aus diesem Grund durchlaufen die Datengenerierungs- und Analyseprozesse zahlreiche Prüf- und Freigabeschleifen.

Die Übermittlung von Sozialdaten für die Forschung regelt der Gesetzgeber in § 75 SGB X, insbesondere unter welchen Bedingungen und auf welchem Wege eine Übermittlung von Sozialdaten im Rahmen von Forschungsprojekten möglich ist. Die Einwilligung der bei einer Krankenkasse versicherten Personen ist dabei entgegen allgemeinen datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht erforderlich (§ 75 Abs. 1 SGB V). Allerdings müssen die zur Analyse benötigten Daten unverzichtbar für den jeweiligen Forschungszweck sein, d. h. nur unter Verwendung der vorhandenen Sozialdaten können, wie im vorliegenden Fall, relevante Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Zudem muss das öffentliche Interesse an der Forschung das private Interesse der Betroffenen an der Geheimhaltung



ihrer Daten erheblich überwiegen. Insbesondere die Möglichkeit zur weitestgehend verzerrungsfreien Wiedergabe eines Spiegelbildes aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.

Unter Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Grundsätze obliegt der gesamte Prozess der Abfrage und Generierung von Datensätzen zur wissenschaftlichen Analyse der DAK-Gesundheit. Dabei sind sämtliche vonseiten der DAK-Gesundheit zu Analysezwecken bereitgestellte Daten so weit bereinigt und pseudonymisiert, sodass eine Rückführung auf einzelne Person unmöglich ist. Im Gegensatz zu einer Anonymisierung ist für den vorliegenden Forschungsgegenstand jedoch nur eine Pseudonymisierung der versicherten Personen möglich, um die Zuordnung einer Person im Längsschnitt zu ermöglichen. Im Rahmen der Pseudonymisierung werden bestimmte Personen Identifikatoren aus den Daten gelöscht (u. a. Name, Adresse) bzw. durch neutrale nicht sprechende Studien Identifikatoren (wie Schlüssel Identifikatoren) ersetzt und sichtbare Merkmale vergrößert (z. B. Geburtsdatum TT/MM/JJJJ zu Geburtsjahr JJJJ).



5 Datenanhang

5.1 Hochrechnungen auf Basis der Prävalenzen

Tabelle 7 Entwicklung der Prävalenz von Angststörungen (ICD-10-Code: F40/F41) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul-kinder	Jungen	21.000	20.500	24.000	23.000	22.000	23.000	+2.000	+1.000
	Mädchen	21.000	21.500	23.500	23.000	22.000	22.500	+1.500	+500
5-9 Jahre	Gesamt	41.500	42.500	47.500	46.000	43.500	46.000	+4.500	+2.500
Schulkinder	Jungen	28.500	31.500	30.500	28.000	30.000	32.000	+3.500	+2.000
	Mädchen	35.500	39.500	48.000	47.000	49.000	48.500	+13.000	-500
10-14 Jahre	Gesamt	64.000	71.000	78.500	75.000	79.000	80.500	+16.500	+1.500
Jugendliche	Jungen	21.500	23.500	25.000	24.000	26.000	27.000	+5.500	+1.000
	Mädchen	47.000	54.500	66.500	73.000	74.000	75.500	+28.500	+1.500
15-17 Jahre	Gesamt	68.500	78.000	91.500	97.000	100.500	102.500	+34.000	+2.000
Gesamt	Jungen	71.000	77.000	80.500	75.500	78.500	82.500	+11.500	+4.000
	Mädchen	103.500	118.500	141.500	145.500	147.000	148.000	+44.500	+1.000
5-17 Jahre	Gesamt	174.000	195.000	222.000	221.000	225.500	230.000	+56.000	+4.500

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

Tabelle 8 Entwicklung der Prävalenz von Depressionen (ICD-10-Code: F32/F33) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul-kinder	Jungen	3.500	3.000	3.000	2.500	2.500	2.500	-1.000	0
	Mädchen	3.000	2.500	2.500	2.000	2.000	2.000	-1.000	0
5-9 Jahre	Gesamt	6.500	5.500	5.000	4.500	4.500	5.000	-1.500	+500
Schulkinder	Jungen	16.500	15.500	16.000	16.500	15.000	16.000	-500	+1.000
	Mädchen	24.500	25.000	33.500	32.500	32.500	32.500	+8.000	0
10-14 Jahre	Gesamt	40.500	40.500	50.000	49.000	48.000	48.500	+8.000	+500
Jugendliche	Jungen	25.500	26.000	28.000	28.500	28.500	28.500	+3.000	0
	Mädchen	64.500	68.500	82.000	85.500	85.000	84.000	+19.500	-1.000
15-17 Jahre	Gesamt	90.000	94.500	110.000	114.000	114.000	112.500	+22.500	-1.500
Gesamt	Jungen	45.500	46.500	49.000	49.000	47.500	48.000	+2.500	+500
	Mädchen	92.000	100.500	123.500	123.500	123.000	120.000	+28.000	-3.000
5-17 Jahre	Gesamt	137.000	146.500	172.500	172.500	170.500	168.000	+31.000	-2.500

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.



Tabelle 9 Entwicklung der Prävalenz von Essstörungen (ICD-10-Code: F50) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul- kinder 5-9 Jahre	Jungen	5.500	5.500	5.500	5.500	5.500	5.000	-500	-500
	Mädchen	5.500	5.000	5.000	5.500	5.500	5.000	-500	-500
	Gesamt	11.000	10.000	10.500	11.000	11.000	10.000	-1.000	-1.000
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	7.000	6.000	6.500	6.500	6.000	6.000	-1.000	0
	Mädchen	10.500	10.000	12.500	11.500	12.000	12.000	+1.500	0
	Gesamt	17.500	16.000	19.000	18.000	17.500	18.000	+500	+500
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	4.000	4.000	4.000	4.000	3.500	4.000	0	+500
	Mädchen	17.500	17.000	22.000	23.000	22.000	23.000	+5.500	+1.000
	Gesamt	21.500	21.000	26.000	27.000	26.000	27.000	+5.500	+1.000
Gesamt 5-17 Jahre	Jungen	16.500	15.000	16.000	16.000	15.500	15.000	-1.500	-500
	Mädchen	33.500	32.500	41.000	41.500	40.000	40.500	+7.000	+500
	Gesamt	50.000	48.000	57.000	57.500	55.500	55.500	+5.500	0

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.



5.2 Hochrechnungen auf Basis von Inzidenzen

Tabelle 10 Entwicklung der Inzidenz von Angststörungen (ICD-10-Code: F40/F41) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

		Hochrechnung der Fälle						Differenz	
Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul- kinder 5-9 Jahre	Jungen	16.500	16.500	19.500	18.000	17.500	18.000	+1.500	+500
	Mädchen	17.500	17.000	18.500	18.000	17.500	18.000	+500	+500
	Gesamt	34.000	33.500	38.000	36.000	35.000	36.500	+2.500	+1.500
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	19.000	19.500	19.000	17.500	19.500	20.500	+1.500	+1.000
	Mädchen	26.500	27.000	34.500	32.000	33.500	32.500	+6.000	-1.000
	Gesamt	45.500	46.500	53.500	49.500	53.000	53.500	+8.000	+500
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	14.000	14.000	15.500	14.000	15.500	15.000	+1.000	-500
	Mädchen	30.500	36.500	44.500	44.000	44.000	42.500	+12.000	-1.500
	Gesamt	44.500	50.500	60.000	57.500	60.000	57.500	+13.000	-2.500
Gesamt 5-17 Jahre	Jungen	50.000	50.500	54.500	49.500	52.500	54.000	+4.000	+1.500
	Mädchen	76.000	82.000	99.500	95.500	96.500	94.000	+18.000	-2.500
	Gesamt	126.000	132.500	154.000	145.000	149.000	147.500	+21.500	-1.500

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

Tabelle 11 Entwicklung der Inzidenz von Depressionen (ICD-10-Code: F32/F33) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

		Hochrechnung der Fälle						Differenz	
Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul- kinder 5-9 Jahre	Jungen	2.500	2.500	2.000	2.000	2.000	2.500	0	+500
	Mädchen	2.500	2.000	2.000	1.500	2.000	1.500	-1.000	-500
	Gesamt	5.000	4.500	4.500	3.500	4.000	4.000	-1.000	0
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	11.000	9.500	10.500	11.000	10.000	11.000	0	+1.000
	Mädchen	18.000	18.500	26.000	23.500	24.000	23.000	+5.000	-1.000
	Gesamt	28.500	28.000	36.000	34.000	33.500	33.500	+5.000	0
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	17.000	16.000	17.500	17.500	17.000	17.000	0	0
	Mädchen	37.000	41.500	50.000	45.000	44.000	41.500	+4.500	-2.500
	Gesamt	53.500	57.500	67.500	62.500	61.000	58.500	+5.000	-2.500
Gesamt 5-17 Jahre	Jungen	31500	29000	31000	31000	29500	30000	-1500	500
	Mädchen	59500	64500	81500	72000	71000	67000	7500	-4000
	Gesamt	91000	93500	112500	103000	100500	97000	6000	-3500

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.



Tabelle 12 Entwicklung der Inzidenz von Essstörungen (ICD-10-Code: F50) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Grundschul- kinder 5-9 Jahre	Jungen	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	3.000	-500	-500
	Mädchen	4.000	3.500	3.500	3.500	3.500	3.500	-500	0
	Gesamt	7.500	6.500	7.000	7.500	7.000	6.000	-1.500	-1.000
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	3.500	3.500	4.000	3.500	3.000	3.000	-500	0
	Mädchen	6.000	6.500	8.500	7.500	7.500	7.500	+1.500	0
	Gesamt	9.500	10.000	13.000	11.000	10.500	10.500	+1.000	0
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	2.000	2.000	2.500	2.000	2.000	2.000	0	0
	Mädchen	7.500	9.000	12.500	11.000	10.500	10.500	+3.000	0
	Gesamt	9.500	11.000	15.000	13.000	12.500	12.500	+3.000	0
Gesamt 5-17 Jahre	Jungen	9.500	9.000	10.000	9.000	8.500	8.000	-1.500	-500
	Mädchen	17.500	19.000	25.500	22.500	22.000	21.500	+4.000	-500
	Gesamt	27.000	28.000	35.500	32.000	30.000	29.500	+2.500	-500

Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.



6 Literaturverzeichnis

- Ärzteblatt (2023): Bundeskabinett beschließt Empfehlungen zur Kindergesundheit, 2023. Online verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/140825/Bundeskabinett-beschliesst-Empfehlungen-zur-Kindergesundheit>.
- Belling, Reinhard; Jung, Martin; F X Rster, Gerhard; Romanos, Marcel; Bomke, Paul (2024): Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 52 (1), S. 65–68. DOI: 10.1024/1422-4917/a000967.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023): Rahmenkonzept zum Modellvorhaben „Mental Health Coaches“. Online verfügbar unter https://www.mental-health-coaches.de/fileadmin/user_upload/onepager/25092023_RahmenkonzeptModellvorhabenMentalHealthCoaches.pdf.
- IMA „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ (Hg.) (2023): Abschlussbericht.
- Koletzko, B. (2023): Kindergesundheitsbericht 2023. Fokus Jugendliche in Deutschland. Hg. v. Stiftung Kindergesundheit. Online verfügbar unter <https://www.tness.de/wp-content/uploads/kindergesundheitsbericht-2023.pdf>.
- Kroll, Lars Eric; Schumann, Maria; Hoebel, Jens; Lampert, Thomas (2017): Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. Unter Mitarbeit von Robert Koch-Institut.
- Michalski, Niels; Reis, Marvin; Tetzlaff, Fabian; Herber, Meik; Kroll, Lars Eric; Hövener, Claudia et al. (2022): D-German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. DOI: 10.25646/10640.
- Rodney-Wolf, K.; Bauch, J.; Focken, G.; Santel, A.; Schmitz, J. (2025): Evaluation des Modellprogramms „Mental Health Coaches an Schulen“. Hg. v. Universität Leipzig. Wilhelm-Wundt-Institut für Psychologie, Klinische Kinder- und Jugendpsychologie. Online verfügbar unter https://www.mental-health-coaches.de/fileadmin/user_upload/onepager/News/Januar_2025/Evaluationsbericht/MHC-Evaluationsbericht_Jan2025.pdf.
- Schlack, Robert; Neuperdt, Laura; Junker, Stephan; Eicher, Sophie; Hölling, Heike; Thom, Julia et al. (2023): Changes in mental health in the German child and adolescent population during the COVID-19 pandemic - Results of a rapid review. In: *Journal of health monitoring* 8 (Suppl 1), S. 2–72. DOI: 10.25646/10761.