



ADHS bei Kindern und Jugendlichen

Entwicklung der Häufigkeit von Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung in Deutschland – Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports

Datum: 25.08.2026

Erstellt für: DAK-Gesundheit

Autorinnen Dr. Lisa Wandschneider, Vandage GmbH

und Autoren: Dr. Laura Naumann, Vandage GmbH

Jana Diekmannshemke, Vandage GmbH

Dr. Julian Witte, Vandage GmbH

Inhaltsverzeichnis

<i>Abbildungsverzeichnis</i>	<i>IV</i>
<i>Tabellenverzeichnis</i>	<i>VI</i>
1 ADHS im Kindes- und Jugendalter	1
2 Kernergebnisse	3
3 Detailergebnisse	6
3.1 ADHS im Kontext der häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen	6
3.2 Neuerkrankungen von ADHS	7
3.2.1 Sozioökonomische Deprivation	7
3.2.2 Diagnosestellende Fachdisziplin	9
3.3 Prävalenz von ADHS	11
3.3.1 ADHS-Prävalenz nach Alter	11
3.3.2 Sozioökonomische Deprivation	13
3.4 Ausgewählte Komorbiditäten von ADHS	15
3.4.1 Sprachentwicklungsstörungen.....	15
3.4.2 Angststörungen	17
3.4.3 Depressionen	19
3.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung bei diagnostizierter ADHS	21
3.5.1 Verschreibungen für ADHS-zugelassene Arzneimittel.....	21
3.5.2 Versorgungskontakte mit Fachärztinnen und Fachärzten im Bereich Psychotherapie, Psychiatrie und Psychologie	25
3.5.3 Psychotherapeutische Maßnahmen.....	27
3.5.4 Multimodale Therapie.....	30
3.6 Abgrenzung ADHS und ADS	32
4 Methodik	34
4.1 Studienpopulation	34
4.2 Operationalisierungen	35
4.2.1 Klassifikation von Erkrankungen auf Basis des ICD-10-Codes	35
4.2.2 Identifikation der Fachdisziplinen mit Hilfe der lebenslangen Arztnummer (LANR)	36
4.2.3 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen	37

4.2.4	Psychotherapeutische Maßnahmen.....	37
4.2.5	Operationalisierung von sozialer Lage	38
4.3	Hochrechnungen.....	39
4.4	Datenschutz.....	39
5	<i>Datenanhang</i>	41
5.1	Datentabellen zu der Erkrankungshäufigkeit von ADHS	41
5.2	Hochrechnungen von ADHS.....	43
5.3	Datentabellen zu der Erkrankungshäufigkeit von ADS (approximiert über „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“)	45
7	<i>Literaturverzeichnis</i>	47

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Administrative Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	3
Abbildung 2 Administrative, altersspezifische Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren	4
Abbildung 3 Administrative Inzidenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.	8
Abbildung 4 Diagnosestellende Fachdisziplin von erstmalig dokumentierten ADHS-Diagnosen bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren.	9
Abbildung 5 Diagnosestellende Fachdisziplin von erstmalig dokumentierten ADHS-Diagnosen bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren.	10
Abbildung 6 Administrative Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	11
Abbildung 7 Administrative, altersspezifische Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.	12
Abbildung 8 Administrative Prävalenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	14
Abbildung 9 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen.	16
Abbildung 10 Venn-Diagramm zu der Komorbidität von ADHS und Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen im Alter von 3-17 Jahren.	17
Abbildung 11 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Angststörungen.	18
Abbildung 12 Venn-Diagramm zu der Komorbidität von ADHS und Angststörungen bei Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.	19
Abbildung 13 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Depressionen.	20
Abbildung 14 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren mit mind. einer ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibung (in %).	22
Abbildung 15 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).	23
Abbildung 16 Wirkstoffe ADHS-spezifischer Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-	

Diagnose (in %, 2024).....	24
Abbildung 17 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose (im Alter von 3 bis 17 Jahren) mit mind. einem Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.	25
Abbildung 18 Anteil (in %) der Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 3-17 Jahren mit mind. 1 Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.....	26
Abbildung 19 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose (in %).	27
Abbildung 20 Altersspezifische Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose nach Alter (in %).	29
Abbildung 21 Kombination von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).	30
Abbildung 22 Kombination von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).	31
Abbildung 23 Administrative Prävalenz von ADHS- und ADS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen.....	33
Abbildung 24 Vorgehensweise der Hochrechnungen. Eigene Darstellung.	39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Administrative, altersspezifische Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	4
Tabelle 2 Durchschnittliches Alter bei der erstmaligen Dokumentation einer ADHS-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	5
Tabelle 3 Prävalenz der zehn häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren im Jahr 2024.....	6
Tabelle 4 Administrative Inzidenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren	7
Tabelle 5 Administrative, altersspezifische Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	12
Tabelle 6 Administrative Prävalenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren	13
Tabelle 7 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren mit mind. einer ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibung (in %)	22
Tabelle 8 Anteil (in %) der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 3-17 Jahren mit mind. 1 Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.....	26
Tabelle 9 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose nach Alter (in %).	28
Tabelle 10 Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %)	31
Tabelle 11 Identifikation der Fachdisziplinen im ambulanten Versorgungssektor mit Hilfe der lebenslangen Arztnummer (LANR).....	36
Tabelle 12 Operationalisierung von Verschreibungen für ADHS-zugelassene Arzneimittel	37
Tabelle 13 Identifikation von psychotherapeutischen Maßnahmen mit Hilfe von EBM-Ziffern.....	38
Tabelle 14 Administrative Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	41
Tabelle 15 Administrative Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	42
Tabelle 16 Entwicklung der Prävalenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre).	43

Tabelle 17 Entwicklung der Inzidenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre).....	44
Tabelle 18 Administrative Prävalenz von ADS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	45
Tabelle 19 Administrative Inzidenz von ADS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.	46

1 ADHS im Kindes- und Jugendalter

Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine neurologische Entwicklungsstörung, die sich häufig im Kindes- und Jugendalter manifestiert. In Deutschland sind ca. 5 % der Kinder und Jugendlichen betroffen, sodass ADHS zu einer der am häufigsten im Kindesalter diagnostizierten psychischen Erkrankungen zählt (Robert Koch-Institut, 2022). Charakteristische Symptome sind z. B. persistente Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und/oder Impulsivität, die mit Beeinträchtigungen im sozialen und schulischen Umfeld und verringerter Lebensqualität einhergehen können (Jonsson et al., 2017). Zudem haben betroffene Kinder und Jugendliche ein erhöhtes Risiko für weitere psychologische Erkrankungen wie bspw. Depression (Banaschewski et al., 2017). Die Behandlung von ADHS bei Kindern und Jugendlichen erfolgt gemäß nationalen und internationalen Leitlinien multimodal, das bedeutet psychotherapeutische Interventionen in Kombination mit Arzneimitteln (Banaschewski, 2021; Coghill et al., 2023; Drechsler et al., 2020). Die Therapie gilt es an Symptomausprägung, Ressourcen und Lebensalter anzupassen. Bei Kindern erfolgt die Behandlung primär mit Psychoedukation und Arzneimitteltherapie, eventuell ergänzt durch Psychotherapie. Im Jahr 2026 wird eine überarbeitete Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF) zu ADHS bei Kindern und Jugendlichen erwartet (ebd.). Neben den individuellen Belastungen hat ADHS auch eine hohe gesellschaftliche Relevanz – aufgrund einer möglichen Chronifizierung im Erwachsenenalter sowie der Belastung für Eltern und Sorgeberechtigte betroffener Kinder (Belling et al., 2024).

Der Kinder- und Jugendreport (KJR) 2026 schließt inhaltlich an vorangegangene DAK-Kinder- und Jugendreporte an. Der KJR 2023 analysierte die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen und der KJR 2025 stellte den starken Anstieg von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen insbesondere bei jugendlichen Mädchen – in den Fokus. Der KJR 2026 erweitert die Perspektive um ADHS. Während die bisher betrachteten psychischen Erkrankungen häufiger bei jugendlichen Mädchen als bei gleichaltrigen Jungen diagnostiziert werden, ist für ADHS ein gegenteiliges Muster zu erkennen: Jungen haben eine fast dreimal so hohe Prävalenz von ADHS (Robert Koch-Institut, 2022). Zudem ist ADHS vermehrt Gegenstand gesellschaftlicher und fachlicher Diskussion (Bachmann et al., 2017; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2009). Der vorliegende Themenschwerpunkt des KJR zu ADHS ergänzt damit die bisherige Berichterstattung um eine neue geschlechterbezogene Dimension.

Die Forschungsziele des Reports sind folgende:

- ▼ Bestimmen der Krankheitslast von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen nach soziodemographischen Merkmalen (z. B. Alter, Geschlecht, und soziale Lage)
- ▼ Die mit ADHS verbundene Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen beschreiben

Ergänzend wird auf das Forschungsprojekt INTEGRATE ADHD verwiesen, an dem die DAK-Gesundheit als Konsortialpartner beteiligt war. Ziel des Projekts war es, Handlungsfelder zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu identifizieren und Empfehlungen für die Regelversorgung abzuleiten. Erste Ergebnisse des Projekts wurden bereits veröffentlicht, darunter Analysen zum Vergleich und zur Integration administrativer ADHS-Diagnosen mit

elternberichteten Diagnosen (Pfeifer et al., 2024; Schlack et al., 2024) sowie Untersuchungen zu den Versorgungskosten diagnostizierter ADHS bei Kindern und Jugendlichen (Hasemann et al., 2024).

2 Kernergebnisse

Neuerkrankungen von ADHS nehmen im Zeitverlauf bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren zu, insbesondere seit dem Jahr 2022. Im Jahr 2024 wurden bei 17,0 von 1.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren erstmals ADHS diagnostiziert (**Abbildung 1**). Im Vergleich zum Jahr 2020 entspricht dies einem Anstieg um 28 %. Gegenüber dem Vorjahr 2023 nahm die Inzidenz um 16 % zu.

Neuerkrankungen von ADHS sind im Analysezeitraum bis zu 2,4-mal so häufig bei Jungen zu beobachten, verglichen mit gleichaltrigen Mädchen. Im Jahr 2024 erhielten 22,4 von 1.000 Jungen und 11,3 von 1.000 Mädchen erstmals eine ADHS-Diagnose. Der relative Zuwachs fällt bei Mädchen mit 46 % deutlich stärker aus (vs. Jungen mit +21 %). Auch im Jahresvergleich 2023 zu 2024 ist der Anstieg bei Mädchen (+21 %) ausgeprägter als bei Jungen (+14 %).

Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland erhielten im Jahr 2024 rund 202.000 Kinder und Jugendliche eine ADHS-Neudiagnose. Hochgerechnet auf alle Jungen und Mädchen in Deutschland wiesen im Jahr 2024 rund 136.500 Jungen und 65.000 Mädchen eine ADHS-Neuerkrankung auf (Hochrechnungen sind gerundet auf die 500er-Stelle, rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz möglich, siehe Kapitel 4.3).

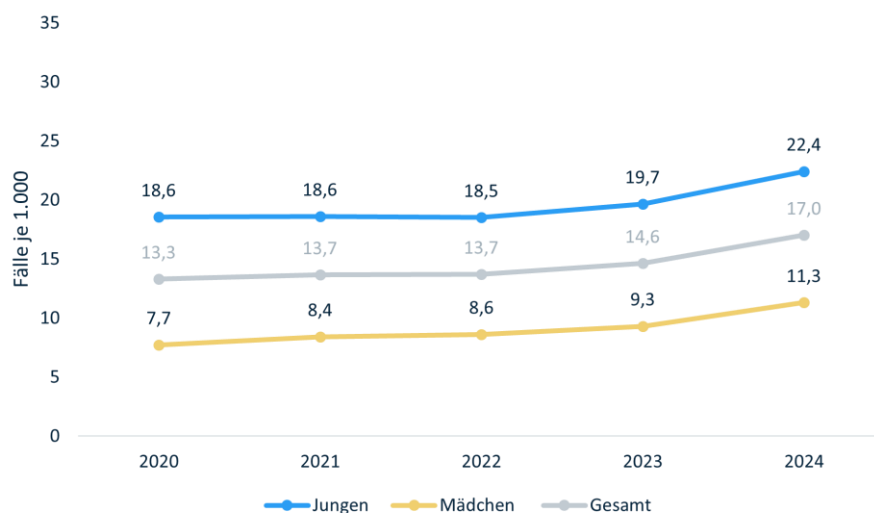


Abbildung 1 Administrative Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

ADHS-Neuerkrankungen nehmen seit 2020 in allen Altersgruppen bei Kindern und Jugendlichen zu (**Tabelle 1**). Am häufigsten sind ADHS-Neuerkrankungen bei Grundschulkindern, gefolgt von Schulkindern. Im Jahr 2024 wurden 23,8 Neuerkrankungen je 1.000 Grundschulkindern und 18,3 je 1.000 Schulkinder dokumentiert. Auch bei Jugendlichen steigt die Inzidenz an (2024: 11,0 je 1.000), während Kleinkinder weiterhin die niedrigsten Werte aufweisen (2024: 6,1 je 1.000).

Tabelle 1 Administrative, altersspezifische Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Altersgruppe	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
						2024-2020	2024-2023
Kleinkinder 3-4 Jahre	5,8	5,6	5,5	5,7	6,1	+5 %	+7 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	19,6	19,8	19,3	21,3	23,8	+21 %	+12 %
Schulkinder 10-14 Jahre	13,7	13,8	14,2	14,9	18,3	+33 %	+22 %
Jugendliche 15-17 Jahre	7,9	9,3	9,4	9,2	11,0	+39 %	+20 %
Gesamt 3-17 Jahre	13,3	13,7	13,7	14,6	17,0	+28 %	+16 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlichen.

Für Jungen und Mädchen ist die Altersverteilung der Neuerkrankungen vergleichbar, jedoch auf unterschiedlichem Fallzahlniveau. Jungen im Grundschulalter erhalten am häufigsten eine erstmalige ADHS-Diagnose (32,8 je 1.000 im Jahr 2024), gefolgt von Jungen im Schulalter (10 bis 14 Jahre: 23,8 je 1.000) (**Abbildung 2**). In beiden Altersgruppen zeigt sich seit 2020 eine Zunahme der neudiagnostizierten ADHS-Fälle (+19 % bzw. +22 %). Von den jugendlichen Jungen erhielten im Jahr 2024 12,4 je 1.000 eine erstmalige ADHS-Diagnose. Bei Jungen im Kleinkindalter (3–4 Jahre) bleibt die Entwicklung im Zeitverlauf auf einem niedrigeren Fallzahlniveau stabil (+3 %).

Mädchen im Grundschulalter (5–9 Jahre) erhalten am häufigsten eine erstmalige ADHS-Diagnose (14,5 je 1.000 im Jahr 2024), gefolgt von Mädchen im Schulalter (10–14 Jahre) mit 12,4 je 1.000. In beiden Altersgruppen zeigt sich seit 2020 eine deutliche Zunahme der neudiagnostizierten ADHS-Fälle (+28 % bzw. +63 %). Bei jugendlichen Mädchen (15–17 Jahre) erhielten im Jahr 2024 9,5 je 1.000 erstmals eine ADHS-Diagnose. In dieser Altersgruppe fällt der relative Anstieg seit 2020 besonders ausgeprägt aus (+73 %).

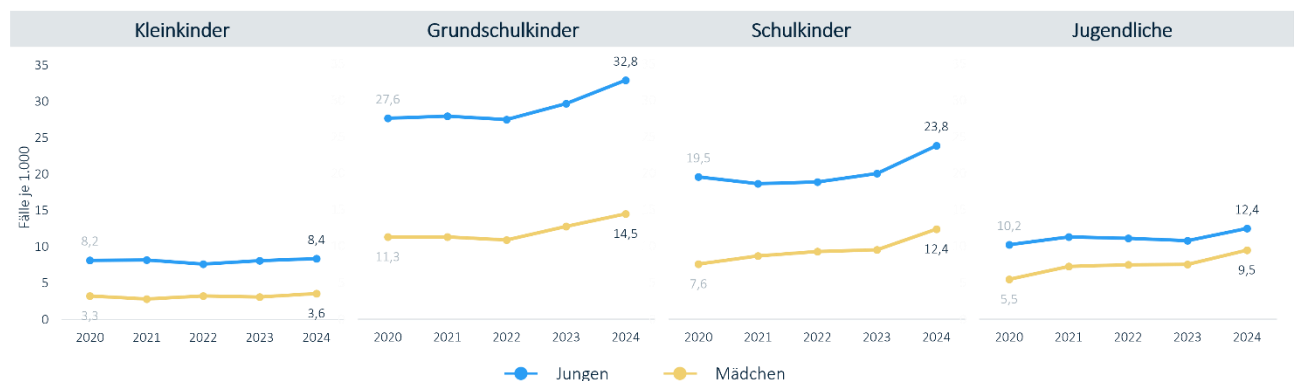


Abbildung 2 Administrative, altersspezifische Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Jungen/Mädchen.

Das durchschnittliche Alter bei der erstmaligen Dokumentation einer ADHS-Diagnose bleibt im Zeitverlauf weitgehend stabil (**Tabelle 2**). Im Jahr 2024 lag es insgesamt bei 9,8 Jahren. Zwischen den Geschlechtern zeigen sich leichte Unterschiede. Jungen erhalten ihre erste ADHS-Diagnose im Durchschnitt etwas früher als Mädchen. Im Jahr 2024 betrug das durchschnittliche Alter bei 9,6 Jahren bei Jungen und bei 10,3 Jahren bei Mädchen. Im Zeitverlauf bleibt das durchschnittliche Alter bei der erstmaligen Dokumentation einer ADHS-Diagnose nahezu unverändert für Mädchen und Jungen.

Tabelle 2 Durchschnittliches Alter bei der erstmaligen Dokumentation einer ADHS-Diagnose bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Geschlecht	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
						2024-2020	2024-2023
Jungen	9,7	9,7	9,7	9,6	9,6	-1 %	+1 %
Mädchen	9,9	10,3	10,3	10,1	10,3	+3 %	+2 %
Gesamt	9,8	9,8	9,9	9,7	9,8	+1 %	+1 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlichen.

3 Detailergebnisse

3.1 ADHS im Kontext der häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen

ADHS zählte im Jahr 2024 zu den häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren. Mit einer Prävalenz von 52,1 Fällen je 1.000 Kinder und Jugendlicher lag ADHS auf Rang zwei der am häufigsten dokumentierten Diagnosen. Damit trat ADHS deutlich häufiger auf als weitere psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, darunter emotionale Störungen des Kindesalters (38,2 je 1.000) oder Störungen des Sozialverhaltens (20,7 je 1.000). Nur umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache wurden noch häufiger dokumentiert (143,3 je 1.000). Dies unterstreicht die gesundheitliche und versorgungsbezogene Bedeutung von ADHS im Kindes- und Jugendalter.

Tabelle 3 Prävalenz der zehn häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren im Jahr 2024

Rang	ICD-Code	Prävalenz 2024 (Fälle je 1.000)
1	F80: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	143,3
2	F90: Hyperkinetische Störungen	52,1
3	F98: Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	48,8
4	F82: Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	40,2
5	F93: Emotionale Störungen des Kindesalters	38,2
6	F83: Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	32,1
7	F43: Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	31,0
8	F81: Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	25,2
9	F89: Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	21,4
10	F91: Störungen des Sozialverhaltens	20,7

Daten: DAK-Gesundheit, 2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. Falldefinition: Min1 Diagnose von psychischen und Verhaltensstörungen (ICD-10-Code: F.-) im Beobachtungsjahr.

3.2 Neuerkrankungen von ADHS

3.2.1 Sozioökonomische Deprivation

Die ADHS-Neuerkrankungen steigen unabhängig vom sozioökonomischen Deprivationsniveau des Wohnortes – am stärksten bei Kindern und Jugendlichen, die in Regionen mit geringer Deprivation leben (**Tabelle 4**). Die Abstände der ADHS-Neuerkrankungen zwischen den Deprivationsniveaus vergrößern sich im Beobachtungszeitraum.

Im Jahr 2024 betrug die Inzidenz bei Kindern und Jugendlichen in Regionen mit geringer Deprivation 18,2 je 1.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen. Gegenüber dem Jahr 2020 entspricht dies einer Zunahme um 37 %. Auch im Vergleich zum Vorjahr 2023 zeigt sich ein deutlicher Anstieg (+18 %). In Regionen mit mittlerem Deprivationsniveau lag die Inzidenz im Jahr 2024 bei 17,3 je 1.000 Kindern und Jugendlichen. Seit 2020 ergibt sich hier ein Anstieg um 29 %, im Jahresvergleich 2023 zu 2024 um 17 %. Für Kinder und Jugendliche, die in Regionen mit hoher Deprivation lebten, wurde im Jahr 2024 eine Inzidenz von 14,4 je 1.000 dokumentiert und blieb damit geringer als bei Kindern und Jugendlichen, die in Regionen mit geringer oder mittlerer sozioökonomischer Deprivation lebten. Der Anstieg seit 2020 fällt mit +12 % moderater aus, zeigt jedoch ebenfalls eine zunehmende Entwicklung.

Tabelle 4 Administrative Inzidenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren

Sozioökonomische Deprivation	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
						2024-2020	2024-2023
Gering	13,4	13,8	14,9	15,5	18,2	+37 %	+18 %
Mittel	13,4	13,9	13,7	14,8	17,3	+29 %	+17 %
Hoch	12,8	12,6	12,0	13,0	14,4	+12 %	+11 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Die ADHS-Neuerkrankungen steigen bei Jungen und Mädchen über alle regionalen Deprivationsniveaus hinweg – bei Mädchen jedoch deutlich dynamischer (**Abbildung 3**). Bei Jungen, die in Regionen mit geringer Deprivation lebten, stieg die Inzidenz von 18,6 je 1.000 im Jahr 2020 auf 23,7 je 1.000 im Jahr 2024 (+27 %). Auch für Jungen in Regionen mit mittlerer Deprivation zeigt sich ein deutlicher Anstieg auf 23,0 je 1.000 (+23 %) (verglichen mit 2020: 18,6 je 1.000). Bei Jungen, die in Regionen mit hoher Deprivation leben, verändert sich die Zahl der ADHS-Neuerkrankungen hingegen kaum. Die Inzidenz sinkt zunächst bis 2022, steigt anschließend wieder leicht an und erreichte im Jahr 2024 mit 18,7 je 1.000 nahezu das Niveau des Jahres 2020 (18,3 je 1.000).

Bei Mädchen zeigt sich eine deutlich stärkere Dynamik. Mädchen, die in Regionen mit geringer sozioökonomischer Deprivation lebten, wiesen im Jahr 2024 eine Inzidenz von 12,6 je 1.000 auf (+60 % gegenüber 2020: 7,9 je 1.000). In Regionen mit mittlerer Deprivation steigt die Inzidenz auf 11,2 je 1.000 (+43 %, 2020: 7,9 je 1.000), in Regionen mit hoher Deprivation auf 9,8 je 1.000 (+39 %, 2020: 7,1 je 1.000).

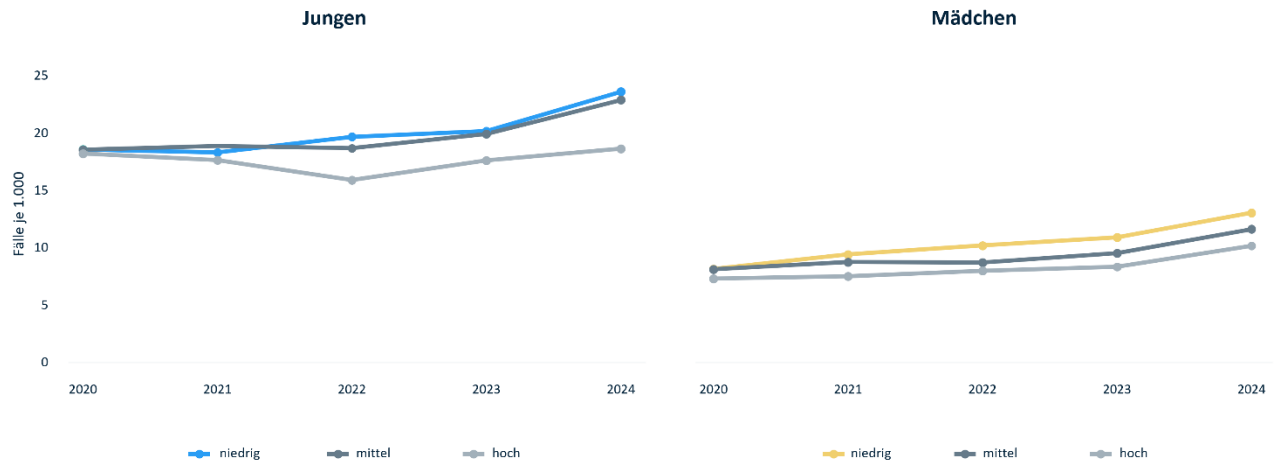


Abbildung 3 Administrative Inzidenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD). Fälle je 1.000 Jungen und Mädchen.

3.2.2 Diagnosestellende Fachdisziplin

Die erstmalige Diagnose von ADHS erfolgt überwiegend im ambulanten Bereich und primär durch Fachärztinnen und Fachärzte der Pädiatrie (**Abbildung 4**). Im Jahr 2024 wurden 44 % der erstmaligen ADHS-Diagnosen durch Pädiaterinnen und Pädiater gestellt. Damit bleibt diese Fachgruppe die wichtigste diagnostische Instanz, auch wenn der Anteil gegenüber 2021 leicht rückläufig ist.

An zweiter Stelle folgen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapie mit einem Anteil von 30 % (2024). Ihr Anteil nimmt im Zeitverlauf leicht zu (2021: 27 %). Hausärztinnen und Hausärzte stellen 7 % der Erstdiagnosen und spielen damit eine untergeordnete Rolle. 11 % der erstmalig dokumentierten ADHS-Diagnosen erfolgen unter Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen. Der stationäre Bereich trägt mit 3 % nur in geringem Umfang zur Erstdiagnostik bei.

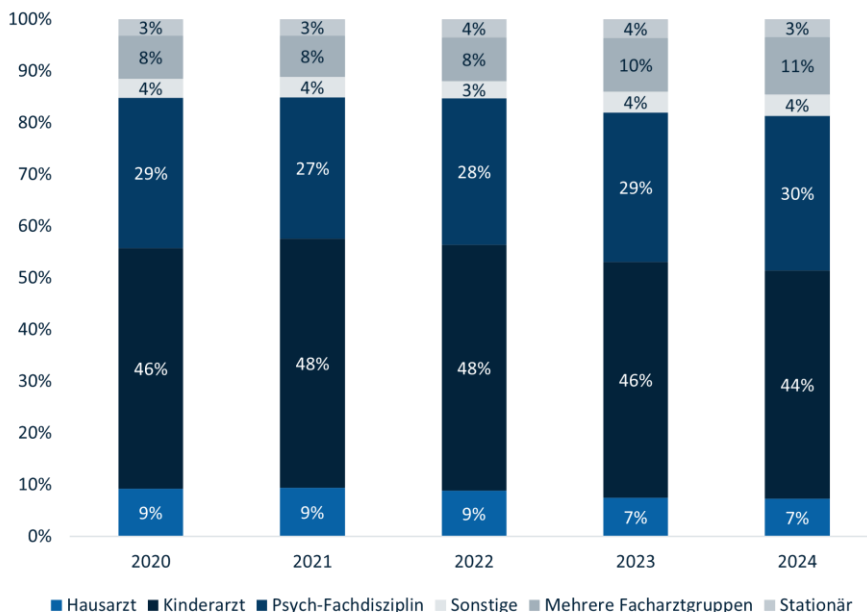


Abbildung 4 Diagnosestellende Fachdisziplin von erstmalig dokumentierten ADHS-Diagnosen bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Diagnosestellende Fachdisziplin definiert über die Lebenslange Arztnummer (LANR). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Mit zunehmendem Alter verlagert sich die Erstdiagnostik von ADHS von der Pädiatrie hin zu spezialisierten psychischen Fachdisziplinen – besonders deutlich im Jugendalter (**Abbildung 5**). Bei Jungen stellten 2024 Pädiaterinnen und Pädiater im Kleinkindalter mit 72 % den weitaus größten Anteil der Erstdiagnosen. Mit zunehmendem Alter sinkt dieser Anteil deutlich (Jugendliche: 37 %). Parallel dazu steigt der Anteil der Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapie von 8 % im Kleinkindalter auf 27 % im Jugendalter. Auch Hausärztinnen und Hausärzte gewinnen im Jugendalter an Bedeutung (19 %). Bei Mädchen zeigte sich für das Jahr 2024 ein ähnliches Muster. Im Kleinkindalter erfolgte die

Erstdiagnose überwiegend durch die Pädiatrie (75 %). Im Jugendalter sank dieser Anteil auf 24 %, während Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie bzw. Psychotherapie mit 36 % die größte Rolle übernahmen. Zudem stieg bei Mädchen 2024 der Anteil stationärer Erstdiagnosen im Jugendalter auf 9 %.

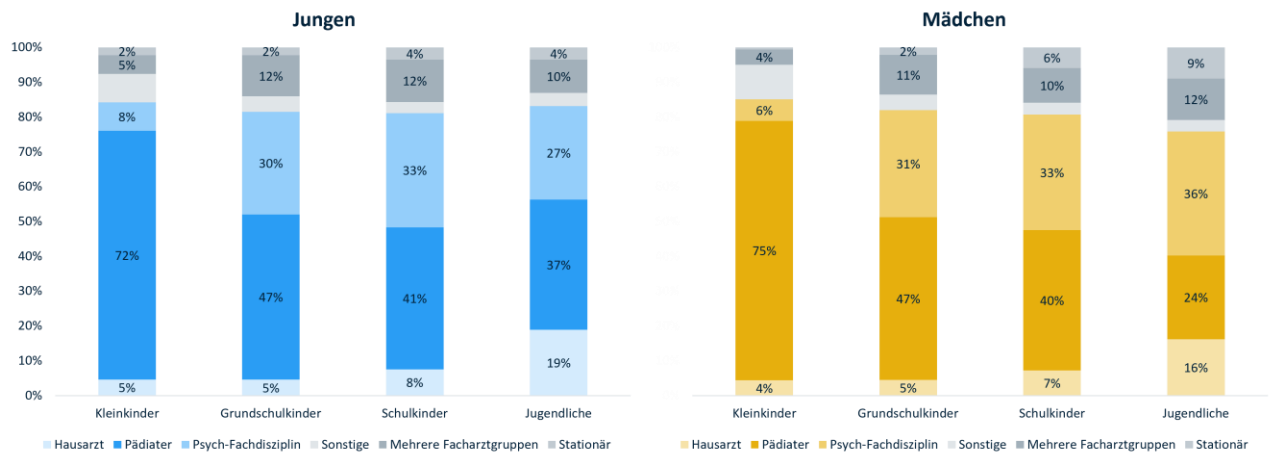


Abbildung 5 Diagnosestellende Fachdisziplin von erstmalig dokumentierten ADHS-Diagnosen bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3 bis 17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Diagnosestellende Fachdisziplin definiert über die LANR. Fälle je 1.000 Jungen und Mädchen.

3.3 Prävalenz von ADHS

Im Jahr 2024 lag bei 52,1 je 1.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine ADHS-Diagnose vor. Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen in Deutschland in diesem Alter entspricht das 617.000 Fällen (**Abbildung 6**).

ADHS wird bei Jungen deutlich häufiger diagnostiziert als bei Mädchen. Im Jahr 2024 wiesen 72,8 je 1.000 Jungen eine ADHS-Diagnose auf, gegenüber 30,2 je 1.000 Mädchen. Bei Jungen zeigt sich nach einer leichten Abnahme bis 2021 ab dem Jahr 2022 wieder ein Anstieg der Prävalenz, der sich bis 2024 fortsetzt. Mädchen weisen seit 2021 eine kontinuierliche Zunahme der ADHS-Prävalenz auf. Die relative Zunahme von 2019 bis 2024 fällt bei den Mädchen mit +17 % stärker aus als bei Jungen (+2 %). Hochgerechnet auf alle Jungen und Mädchen in Deutschland im Alter von 3-17 Jahren entspricht dies im Jahr 2024 rund 443.500 Jungen und 174.000 Mädchen mit einer ADHS-Diagnose.

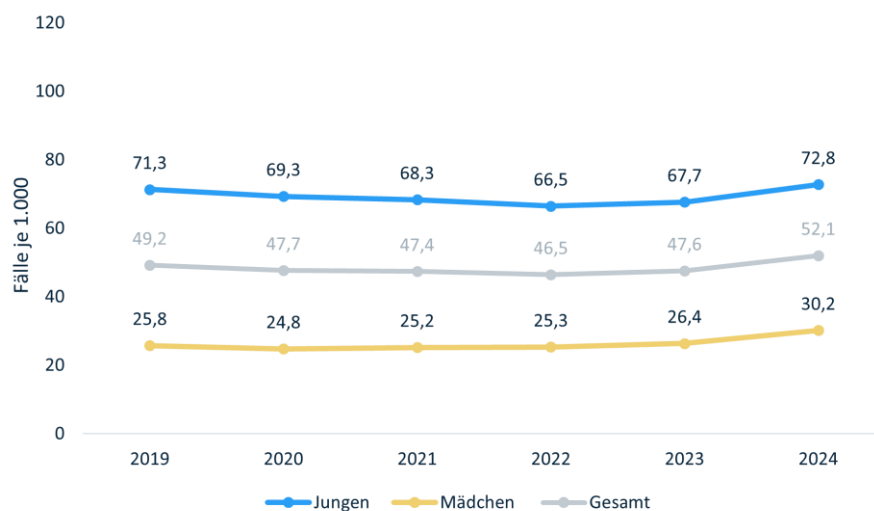


Abbildung 6 Administrative Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

3.3.1 ADHS-Prävalenz nach Alter

Am häufigsten betroffen sind Schulkinder im Alter von 10-14 Jahren von ADHS. Im Jahr 2024 wiesen 74,0 von 1.000 Schulkindern eine ADHS-Diagnose auf. Gegenüber 2019 (68,4 je 1.000) nimmt die Prävalenz damit leicht zu (**Tabelle 5**). Auch bei Jugendlichen und Grundschulkindern ist ADHS vergleichsweise häufig. Im Jahr 2024 wiesen 55,3 von 1.000 Jugendlichen eine ADHS-Diagnose auf, mehr als noch im Jahr 2019 (49,5 je 1.000). Bei Grundschulkindern lag die Prävalenz im Jahr 2024 bei 47,0 je 1.000. Nach einem Rückgang in den Jahren bis 2022 steigt sie zuletzt wieder an. Am seltensten wird ADHS bei Kleinkindern festgestellt (2024: 7,6 von 1.000 Kleinkindern).

Tabelle 5 Administrative, altersspezifische Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Altersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Kleinkinder 3-4 Jahre	7,4	7,4	7,3	7,2	7,3	7,6	+4 %	+4 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	45,7	42,8	41,6	40,1	42,6	47,0	+3 %	+10 %
Schulkinder 10-14 Jahre	68,4	67,7	67,4	66,8	67,6	74,0	+8 %	+9 %
Jugendliche 15-17 Jahre	49,5	49,0	50,8	50,1	51,0	55,3	+12 %	+9 %
Gesamt 3-17 Jahre	49,2	47,7	47,4	46,5	47,6	52,1	+6 %	+9 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr, Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Insgesamt zeigt sich bei Jungen seit 2019 ein weitgehend stabiles Niveau der ADHS-Prävalenz in allen Altersgruppen, mit einer leichten Zunahme in den letzten Jahren ab 2022 (**Abbildung 7**). Besonders häufig betroffen sind Jungen im Schulalter. Im Jahr 2024 hatten 104,6 von 1.000 Schulkinder eine ADHS-Diagnose. Damit lag die Prävalenz höher als im Jahr 2019 (99,4 je 1.000). Auch im Jugendalter bleibt ADHS bei Jungen weit verbreitet. Im Jahr 2024 wiesen 74,1 von 1.000 jugendlichen Jungen eine ADHS-Diagnose auf. Bei Jungen im Grundschulalter lag die Prävalenz im Jahr 2024 bei 66,3 je 1.000. Deutlich seltener trat ADHS bei Jungen im Kleinkindalter auf (2024: 10,8 von 1.000 Jungen).

Im Schulkindalter zeigt sich auch für die Mädchen die höchste Erkrankungshäufigkeit von ADHS. Im Jahr 2024 wiesen 41,7 von 1.000 Schulkinder eine ADHS-Diagnose auf; im Vergleich zu 2019 entspricht dies einer Zunahme von 19 % (2019: 35,3 je 1.000). Auch im Jugendalter nimmt die Prävalenz deutlich zu. Im Jahr 2024 wurden 35,3 von 1.000 jugendlichen Mädchen mit ADHS behandelt, verglichen mit 26,0 je 1.000 im Jahr 2019 (+36 %). Bei Grundschulkinder lag die Prävalenz 2024 bei 26,6 je 1.000 und stieg nach einem Rückgang bis 2022 zuletzt wieder an. Am seltensten tritt ADHS bei Mädchen im Kleinkindalter auf; hier blieb die Prävalenz mit 4,3 je 1.000 im Jahr 2024 auf einem niedrigen Niveau.

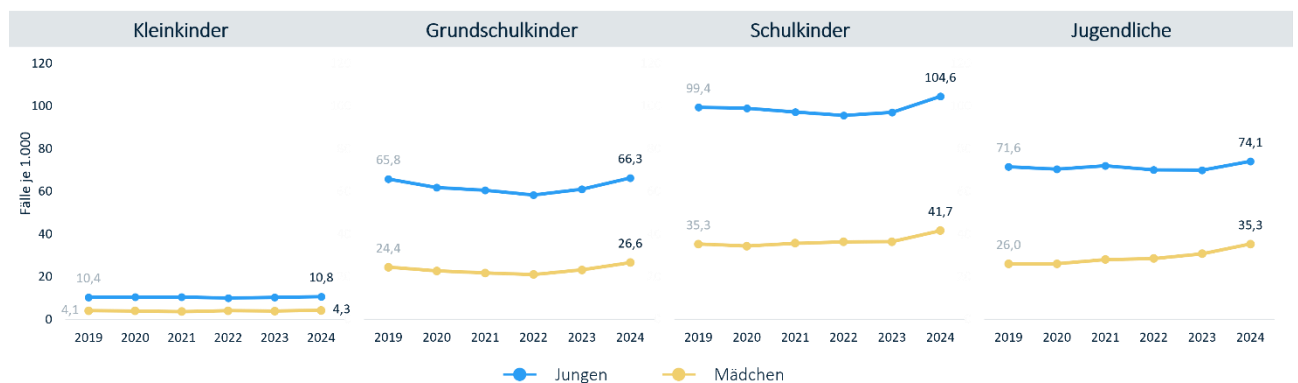


Abbildung 7 Administrative, altersspezifische Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt-

und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr (M1Q), Fälle je 1.000 Jungen/Mädchen.

3.3.2 Sozioökonomische Deprivation

Die ADHS-Prävalenz entwickelt sich unterschiedlich – je nach sozioökonomischer Deprivation der Region, in der die Kinder und Jugendlichen leben (**Tabelle 6**). Kinder und Jugendliche, die in Regionen mit niedriger sozioökonomischer Deprivation leben, wiesen im Jahr 2024 eine Prävalenz von 54,7 je 1.000 auf. Gegenüber 2019 entspricht dies einem Anstieg um 17 %. Im Zeitverlauf zeigt sich der Anstieg insbesondere seit 2022, sodass auch im Vergleich zu 2023 eine deutliche Zunahme zu beobachten ist (+12 %). Für Kinder und Jugendliche, die in Regionen mit mittlerem Deprivationsniveau leben, betrug die Prävalenz im Jahr 2024 52,7 je 1.000. Seit 2019 ergibt sich hier ein leichter Anstieg um 5 %, gegenüber dem Vorjahr um 9 %. Kinder und Jugendliche, die in Regionen mit hoher Deprivation leben, wiesen 2024 eine Prävalenz von 46,1 je 1.000 auf. Damit liegt der Wert unter dem Niveau von 2019 (48,3 je 1.000), was einer relativen Abnahme um 5 % entspricht. Im Jahresvergleich 2023 zu 2024 zeigt sich jedoch wieder ein leichter Anstieg (+6 %).

Tabelle 6 Administrative Prävalenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren

Sozioökonomische Deprivation	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Niedrig	46,7	45,6	45,9	47,3	48,9	54,7	+17 %	+12 %
Mittel	50,3	48,8	48,5	47,2	48,2	52,7	+5 %	+9 %
Hoch	48,3	46,0	44,9	42,6	43,4	46,1	-5 %	+6 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr. Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Zu Beginn des Beobachtungszeitraums unterscheiden sich Jungen und Mädchen hinsichtlich der ADHS-Prävalenz in den jeweiligen Deprivationsregionen nur moderat – im Zeitverlauf entwickeln sich die Werte jedoch zunehmend auseinander, und nehmen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zu, die in Regionen mit niedriger Deprivation leben (**Abbildung 8**).

Bei Jungen, die in Regionen mit niedriger Deprivation leben, stieg die Prävalenz von 67,3 je 1.000 im Jahr 2019 auf 75,3 je 1.000 im Jahr 2024 (+12 %). In Regionen mit mittlerer Deprivation bleibt sie über den Gesamtzeitraum nahezu stabil (+1 %) und lag 2024 bei 74,0 je 1.000. In Regionen mit hoher Deprivation zeigt sich zunächst ein Rückgang bis 2022, anschließend ein leichter Anstieg auf 64,3 je 1.000 im Jahr 2024. Insgesamt bleibt die Prävalenz bei Jungen mit +2 % nahezu unverändert.

Für Mädchen fällt die Dynamik deutlich stärker aus, wenn auch auf niedrigerem Fallzahlniveau. Bei Mädchen, die in Regionen mit niedriger Deprivation leben, stieg die Prävalenz von 25,2 je 1.000 im Jahr 2019 auf 33,1 je 1.000 im Jahr 2024 (+31 %). Auch bei Mädchen in Regionen mit mittlerer Deprivation zeigt sich ein klarer Anstieg auf 30,1 je 1.000 (+15 %, 2019: 26,2 je 1.000). Mädchen in Regionen mit hoher Deprivation weisen eine geringere Zunahme der ADHS-Prävalenz mit +7 % auf (2024: 26,6 je 1.000).

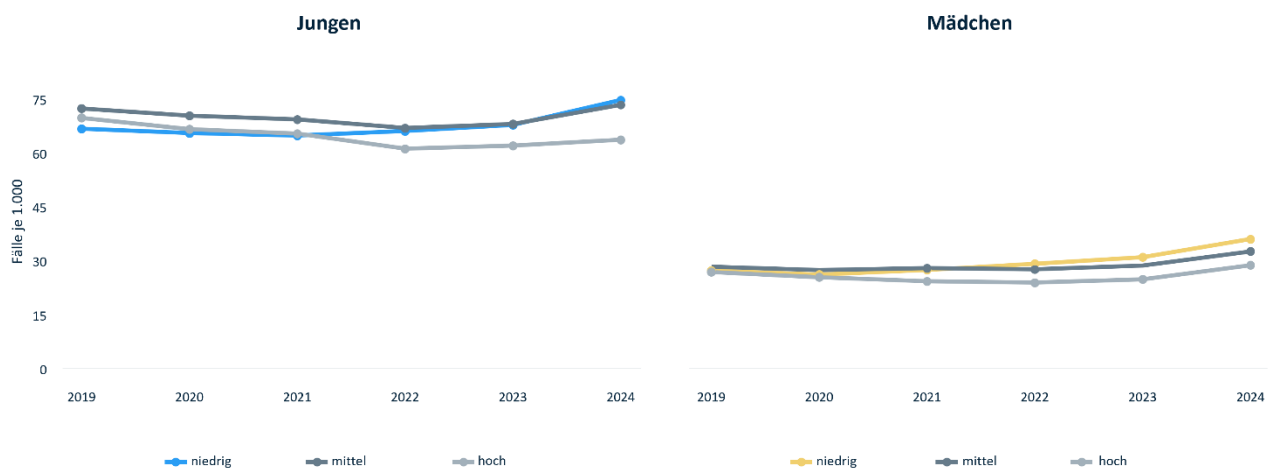


Abbildung 8 Administrative Prävalenz von ADHS nach sozioökonomischer Deprivation bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2019-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr. Bewertung der sozialen Lage basiert auf dem German Index of Social Deprivation (GISD). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

3.4 Ausgewählte Komorbiditäten von ADHS

Kinder und Jugendliche mit ADHS weisen häufig zusätzliche psychische Erkrankungen oder entwicklungsbezogene Störungen auf. Diese Komorbiditäten können den Verlauf, die Diagnostik und die Versorgung maßgeblich beeinflussen. Im vorliegenden Report werden exemplarisch drei häufige und versorgungsrelevante Begleiterkrankungen betrachtet: **Sprachentwicklungsstörungen**, **Angststörungen** und **Depressionen**. Dabei handelt es sich um häufig dokumentierte Diagnosen im Kindes- und Jugendalter (siehe Kapitel 3.1), die in der klinischen Praxis regelmäßig im Zusammenhang mit ADHS auftreten.

3.4.1 Sprachentwicklungsstörungen

Die Komorbidität von ADHS und Sprachentwicklungsstörungen ist insbesondere im frühen Kindesalter ausgeprägt und nimmt mit dem Alter deutlich ab (**Abbildung 9**). Der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS und zusätzlicher Diagnose einer Sprachentwicklungsstörung ist in allen Altersgruppen bei Jungen höher als bei Mädchen. Der Geschlechterunterschied bleibt über alle Altersgruppen hinweg bestehen, ist jedoch im Kleinkindalter am stärksten ausgeprägt. Zudem zeigt sich zwischen 2019 und 2024 überwiegend ein Anstieg, welcher bei Jungen mit ADHS insgesamt deutlicher ausfällt als bei Mädchen.

Bei Jungen mit ADHS, die zusätzlich eine diagnostizierte Sprachentwicklungsstörung aufweisen, ist der kombinierte Diagnoseanteil im Kleinkindalter am höchsten und steigt deutlich von 36,1 % (2019) auf 42,3 % (2024) (+6,2 Prozentpunkte (PP)). Auch bei Grundschulern erhöht sich der Anteil von 25,3 % auf 27,9 % (+2,6 PP). Bei Schulkindern steigt er von 13,0 % auf 14,9 % (+1,9 PP) und bei Jugendlichen von 7,3 % auf 8,7 % (+1,4 PP). Insgesamt zeigt sich damit in allen Altersgruppen ein klarer Aufwärtstrend.

Auch bei Mädchen ist der Anteil im Kleinkindalter am höchsten und nimmt von 30,8 % auf 34,0 % zu (+3,2 PP). Bei Grundschulern steigt er von 23,8 % auf 25,8 % (+2,0 PP). Bei Schulkindern zeigt sich hingegen eine leichte Abnahme von 12,7 % auf 12,4 % (-0,3 PP). Bei Jugendlichen ist ein moderater Anstieg von 6,5 % auf 6,9 % (+0,4 PP) zu beobachten.

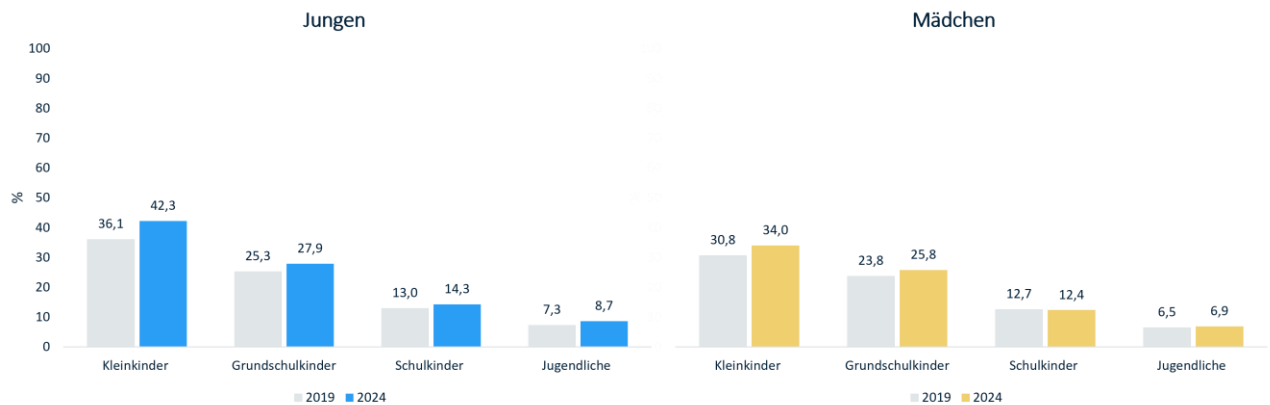


Abbildung 9 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Jungen und Mädchen im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen (ICD-10-Code: F80.-).

Da Jungen mit ADHS am häufigsten eine Komorbidität mit Sprachentwicklungsstörungen aufweisen, folgt eine differenziertere Abgrenzung der Erkrankungsbilder (**Abbildung 10**). Im Jahr 2019 lag die Prävalenz von Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen bei 14,8 %, die ADHS-Prävalenz bei 6,6 %. Die Überlappung beider Diagnosen betrug 1,7 %. Bis 2024 blieb die ADHS-Prävalenz mit 6,6 % stabil, während die Sprachentwicklungsstörungen deutlich auf 18,4 % anstiegen. Parallel dazu erhöhte sich auch die Komorbidität auf 1,9 % (+11 % relativ).

Im Venn-Diagramm wird sichtbar, dass der größere Kreis der Sprachentwicklungsstörungen im Zeitverlauf weiter anwächst, während der ADHS-Kreis in seiner Größe konstant bleibt. Die Schnittmenge – also der Anteil der Jungen mit beiden Diagnosen – vergrößert sich moderat. Da Jungen sowohl bei ADHS als auch bei Sprachentwicklungsstörungen höhere Prävalenzen aufweisen als Mädchen, ist auch die absolute und relative Bedeutung der Komorbidität in dieser Gruppe am größten.

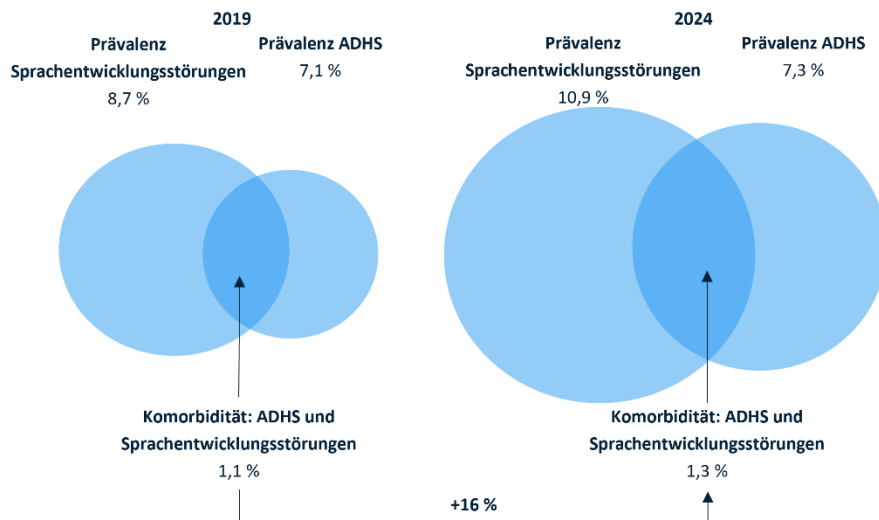


Abbildung 10 Venn-Diagramm zu der Komorbidität von ADHS und Sprachentwicklungsstörungen bei Jungen im Alter von 3-17 Jahren.
Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Jungen im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Diagnose von Sprachentwicklungsstörungen (ICD-10-Code: F80.-).

3.4.2 Angststörungen

Die Komorbidität von ADHS und Angststörungen steigt mit dem Alter deutlich an und nimmt insbesondere bei Mädchen im Jugendalter stark zu. Während Jungen weiterhin häufiger eine ADHS-Diagnose erhalten, zeigt sich die Kombination aus ADHS und Angststörungen vor allem bei jugendlichen Mädchen mit einer dynamischen und ausgeprägten Zunahme (**Abbildung 11**). Rund ein Fünftel der jugendlichen Mädchen mit ADHS wiesen im Jahr 2024 auch eine Angststörung auf. Der Anteil steigt von 12,2 % im Jahr 2019 auf 21,5 % im Jahr 2024 (+9,3 PP). Bei Schulmädchen lag der Anteil im Jahr 2024 bei 8,3 %, bei Grundschulmädchen bei 3,7 %. Während die Anteile im Kindesalter deutlich niedriger bleiben, zeigt sich mit zunehmendem Alter ein klarer Anstieg. Insgesamt nimmt der Anteil von Mädchen mit ADHS und zusätzlicher Angststörung seit 2019 deutlich zu.

Bei Jungen bewegen sich die Anteile der zusätzlichen Diagnosen von Angststörungen auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau und nehmen über die Altersgruppen hinweg nur moderat zu. Auch im Zeitverlauf fällt der Anstieg eher gering aus. Im Jahr 2019 lag der Anteil der Jungen mit ADHS und komorbider Angststörung im Grundschulalter bei 2,6 %, im Schulalter bei 3,5 % und im Jugendalter bei 4,8 %. Bis 2024 bleibt der Wert im Grundschulalter unverändert (2,6 %), steigt im Schulalter leicht auf 4,0 % und im Jugendalter auf 6,0 %.

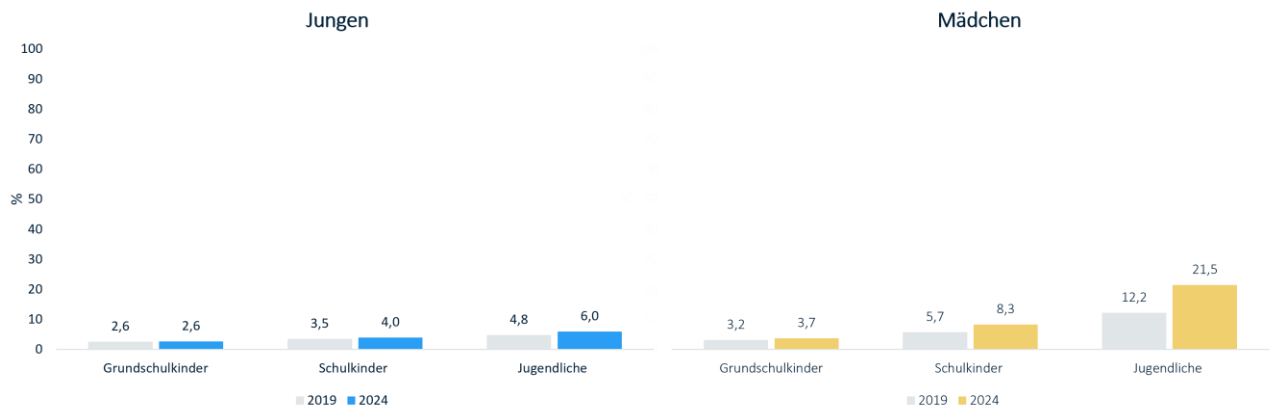


Abbildung 11 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Angststörungen.
Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Mädchen und Jungen im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Diagnose von Angststörungen (ICD-10-Code: F40.-/41.-) im Beobachtungsjahr.

Da Mädchen – insbesondere im Jugendalter – eine höhere Krankheitslast durch Angststörungen und deren Kombination mit ADHS aufweisen, wird die Entwicklung ergänzend in einem Venn-Diagramm dargestellt (**Abbildung 12**). Dieses veranschaulicht die Dynamik der Überschneidung beider Diagnosen.

Im Jahr 2019 lag die ADHS-Prävalenz bei Mädchen bei 2,6 %, die Prävalenz von Angststörungen bei 2,1 %. Die Schnittmenge – also der Anteil mit beiden Diagnosen – betrug 0,1 %. Die Überlappung war damit sehr klein; der Großteil der Mädchen mit ADHS hatte keine zusätzliche Angststörung und umgekehrt. Bis 2024 steigen die Einzelprävalenzen moderat an (ADHS: 3,0 %; Angststörungen: 2,6 %). Die Schnittmenge erhöht sich auf 0,3 %. Dies entspricht einer relativen Zunahme von 81 %. Die starke prozentuale Steigerung ist dabei vor allem auf das sehr niedrige Ausgangsniveau zurückzuführen: Bereits kleine absolute Veränderungen führen rechnerisch zu hohen relativen Zuwächsen.

Insgesamt zeigt sich somit eine wachsende Überlappung beider Störungsbilder bei weiterhin kleiner absoluter Schnittmenge. Die Dynamik der relativen Veränderung sollte daher im Kontext des niedrigen Ausgangswertes interpretiert werden.

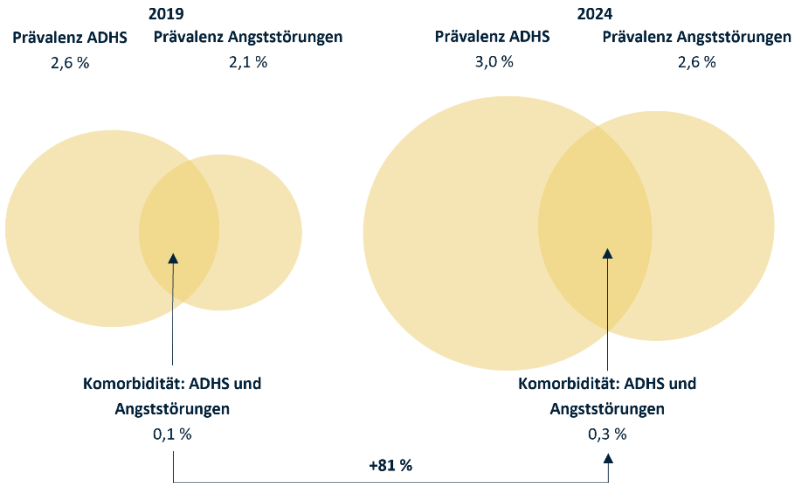


Abbildung 12 Venn-Diagramm zu der Komorbidität von ADHS und Angststörungen bei Mädchen im Alter von 3-17 Jahren.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Mädchen im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Diagnose von Angststörungen (ICD-10-Code: F40.-/41.-) im Beobachtungsjahr.

3.4.3 Depressionen

Die Komorbidität von ADHS und Depressionen steigt mit dem Alter deutlich an und betrifft insbesondere jugendliche Mädchen auf hohem und stark zunehmendem Niveau (**Abbildung 13**).

Bei Mädchen zeigt sich ein deutlich höheres und dynamischeres Niveau. Im Schulalter steigt der Anteil von 4,6 % auf 7,5 % (+2,9 PP). Besonders ausgeprägt ist die Entwicklung im Jugendalter: Hier erhöht sich die Komorbidität von 18,6 % auf 29,0 % (+10,4 PP). Bei Jungen lag der Anteil mit ADHS und zusätzlicher Depressionsdiagnose im Schulalter 2019 bei 2,7 % und stieg bis 2024 leicht auf 2,9 %. Im Jugendalter erhöht sich der Wert von 6,8 % auf 7,8 % (+1,0 PP). Insgesamt bewegen sich die Anteile bei Jungen auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau und nehmen mit dem Alter moderat zu. Jüngere Altersgruppen sind aufgrund von Datenschutzbestimmungen nicht abbildbar.

Damit verstärkt sich die geschlechtsspezifische Differenz der Komorbidität mit Depressionen mit zunehmendem Alter erheblich. Während Jungen nur moderate Anstiege aufweisen, zeigt sich bei jugendlichen Mädchen eine ausgeprägte Zunahme der Kombination aus ADHS und Depressionen, was auf eine hohe psychische Krankheitslast in dieser Gruppe hinweist.

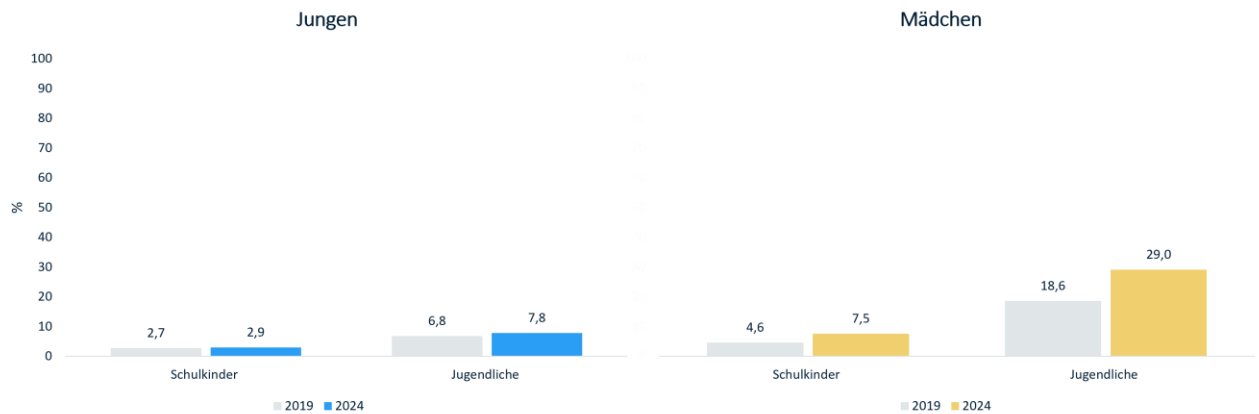


Abbildung 13 Prozentualer Anteil von Jungen und Mädchen mit einer ADHS-Diagnose und komorbider Diagnose von Depressionen.
Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Mädchen und Jungen im Alter von 10-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Diagnose von Depressionen (ICD-10-Code: F32.-/F33.-) im Beobachtungsjahr.

3.5 Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung bei diagnostizierter ADHS

Die Betrachtung der in Anspruch genommenen Gesundheitsversorgung bei diagnostizierter ADHS orientiert sich an der AWMF-Leitlinie. Die Diagnostik einer ADHS sollte leitliniengerecht möglichst durch Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. entsprechend qualifizierte Fachdisziplinen erfolgen. Die medikamentöse Therapie mit Arzneimitteln, die für ADHS zugelassen sind, gilt – insbesondere bei mittelgradiger bis schwerer Ausprägung – als zentrale evidenzbasierte Behandlungsoption. Ergänzend können psychotherapeutische Maßnahmen, insbesondere verhaltenstherapeutische Interventionen sowie Psychoedukation, eingesetzt werden. Je nach individueller Symptomatik wird eine Kombination aus pharmakologischer Behandlung und Psychotherapie empfohlen, um eine möglichst umfassende Versorgung zu gewährleisten.

3.5.1 Verschreibungen für ADHS-zugelassene Arzneimittel

Rund die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit ADHS erhalten ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen, im Zeitverlauf nimmt dieser Anteil zu (**Abbildung 14**). Im Jahr 2024 erhielten 50,1 % der 6- bis 17-Jährigen mit ADHS mindestens eine entsprechende Verschreibung, gegenüber 43,4 % im Jahr 2019. Im Vergleich der Jahre 2024 und 2019 entspricht dies einem Anstieg um 15 %. Jungen mit ADHS erhalten ADHS-Medikamente häufiger verschrieben als Mädchen. 2024 bekam 52,3 % der Jungen mit ADHS ein ADHS-Medikament und 44,3 % der Mädchen (2019: 45,7 % bzw. 36,9 %). Während sich bei Jungen seit 2019 ein moderater Anstieg zeigt (+15 %), fällt die relative Zunahme bei Mädchen etwas stärker aus (+20 %).

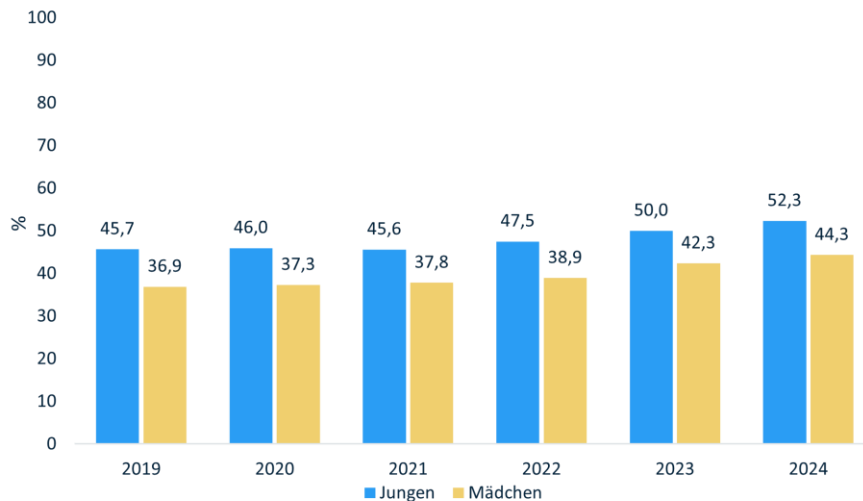


Abbildung 14 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren mit mind. einer ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibung (in %).

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) im Beobachtungsjahr.

ADHS-Medikamente werden mit steigendem Alter häufiger in Anspruch genommen (**Tabelle 7**). Im Jahr 2024 erhielten 56,3 % der Schulkinder und 52,0 % der Jugendlichen mit ADHS entsprechende Medikamente, während der Anteil bei Grundschulkindern mit 38,3 % niedriger lag. Im Zeitverlauf zeigt sich in allen Altersgruppen ein Anstieg seit 2019. Besonders ausgeprägt fällt die relative Zunahme bei den Grundschulkindern aus: Hier steigt der Anteil von 30,5 % im Jahr 2019 auf 38,3 % im Jahr 2024 (+26 %). Bei Schulkindern (+14 %) und Jugendlichen (+12 %) fällt der Anstieg moderater aus.

Tabelle 7 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren mit mind. einer ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibung (in %)

Altersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Grundschul Kinder 6-9 Jahre	30,5 %	31,3 %	31,6 %	32,9 %	34,9 %	38,3 %	+26 %	+10 %
Schulkinder 10-14 Jahre	49,5 %	50,2 %	50,5 %	52,2 %	54,9 %	56,3 %	+14 %	+3 %
Jugendliche 15-17 Jahre	46,4 %	44,7 %	42,9 %	44,9 %	49,6 %	52,0 %	+12 %	+5 %
Gesamt 3-17 Jahre	43,4 %	43,8 %	43,6 %	45,2 %	47,9 %	50,1 %	+15 %	+4 %

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) im Beobachtungsjahr.

Im Jahr 2024 erhielten rund 60 % der Jungen im Schulalter mit ADHS-Diagnose ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen und weisen damit den höchsten Anteil von allen Altersgruppen auf (**Abbildung 15**). Seit 2019 zeigt sich hier ein kontinuierlicher Anstieg (+14 %). Bei jugendlichen Jungen lag der Anteil der ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen im Jahr 2024 bei 53,3 %. Nach einem leichten Rückgang bis 2021 zeigt sich seit 2022 wieder eine Zunahme, die insgesamt zu einem Anstieg seit 2019 von 10 % führt. Jungen im Grundschulalter weisen niedrigere Anteile auf, zeigen jedoch den stärksten relativen Anstieg der ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen im Zeitverlauf. Der Anteil steigt von 32,5 % im Jahr 2019 auf 40,4 % im Jahr 2024 (+25 %).

Jugendliche Mädchen mit ADHS-Diagnose erhalten zunehmend ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen. Im Jahr 2024 lag der Anteil bei 49,3 %. Im Zeitverlauf nähern sich die Anteile im Jugendalter denjenigen der Schulkinder an und erreichen ab 2023 ein vergleichbar hohes Niveau. Auch bei Schulkindern im Alter von 10 bis 14 Jahren nimmt der Anteil kontinuierlich zu und lag im Jahr 2024 bei 48,9 % (+15 % seit 2019). Grundschulkindern weisen niedrigere Anteile auf (32,8 % im Jahr 2024).

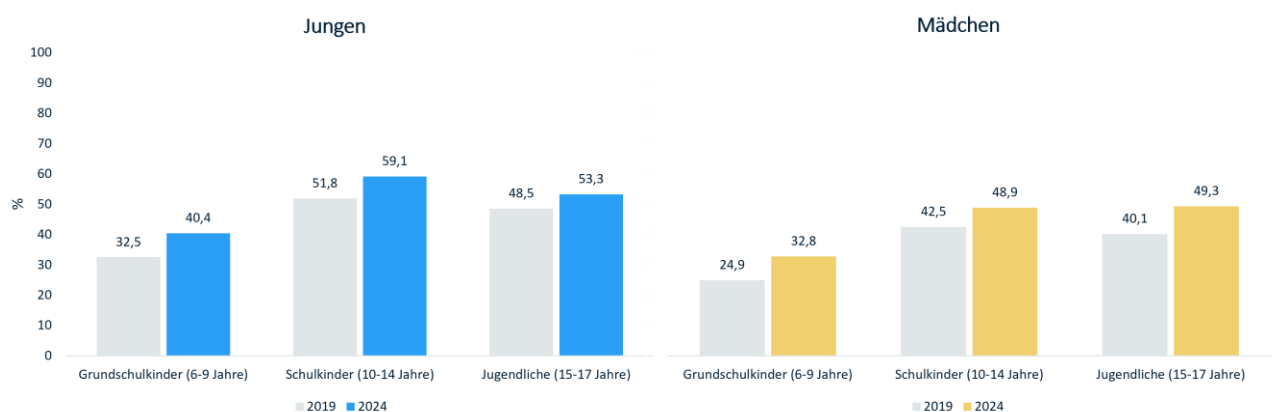


Abbildung 15 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) im Beobachtungsjahr.

Methylphenidat stellt weiterhin das am häufigsten verordnete ADHS-Medikament dar (**Abbildung 16**). Bei Jungen mit ADHS steigt der Anteil von 38,1 % im Jahr 2019 auf 43,9 % im Jahr 2024. Auch bei Mädchen mit ADHS zeigt sich ein Anstieg von 31,9 % auf 38,2 %. Daneben nehmen auch die Anteile von Lisdexamfetamin zu. Bei Jungen steigt der Anteil von 8,9 % auf 10,7 %, bei Mädchen von 5,3 % auf 7,8 %. Die weiteren ADHS-Medikamente – Dexamphetamin, Atomoxetin und Guanfacin – spielen bei Jungen und Mädchen eine deutlich untergeordnete Rolle und erreichen nur geringe Verschreibungsanteile.

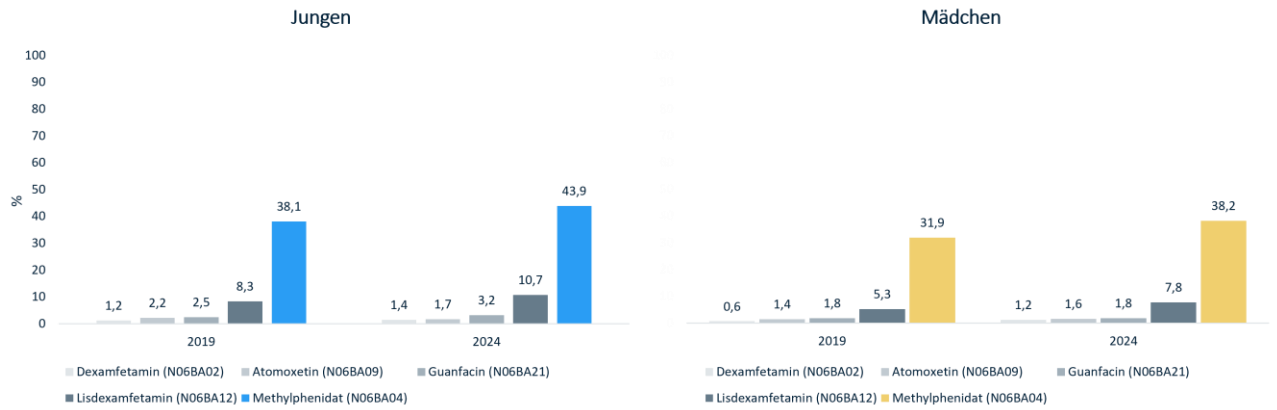


Abbildung 16 Wirkstoffe ADHS-spezifischer Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose (in %, 2024).

Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 6-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) im Beobachtungsjahr.

3.5.2 Versorgungskontakte mit Fachärztinnen und Fachärzten im Bereich Psychotherapie, Psychiatrie und Psychologie

Mehr als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit ADHS hat mindestens einmal im Jahr Kontakt mit einer Fachärztin oder einem Facharzt der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie (**Tabelle 8**). Im Jahr 2024 hatten 58,1 % der 3- bis 17-Jährigen mit ADHS mindestens einmal Kontakt zu entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten. Gegenüber 2019 (52,4 %) entspricht dies einem Anstieg von 11 %. Mädchen mit ADHS nehmen entsprechende Versorgungsangebote etwas häufiger in Anspruch als Jungen. Im Jahr 2024 lag der Anteil bei 60,2 % bei Mädchen und bei 57,3 % bei Jungen. Seit 2019 steigt der Anteil in beiden Gruppen kontinuierlich an (**Abbildung 17**).

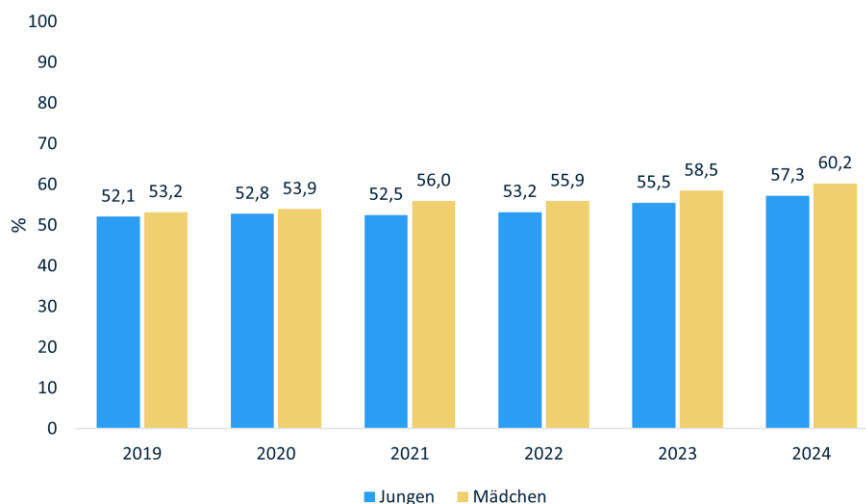


Abbildung 17 Anteil der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose (im Alter von 3 bis 17 Jahren) mit mind. einem Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Kontakt mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie (LANR: 38, 44, 47, 51, 58-61, 68, 69) im Beobachtungsjahr.

Am häufigsten nehmen Schulkinder entsprechende Versorgungsangebote in Anspruch (**Tabelle 8**). 2024 hatten 62,0 % der Schulkinder mit ADHS mindestens einen Kontakt mit Fachärztinnen oder Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie. Auch bei Jugendlichen mit ADHS lag der Anteil mit 57,5 % auf einem hohen Niveau und ist seit 2019 deutlich gestiegen. Bei Grundschulkindern lag der Anteil im Jahr 2024 bei 55,3 % und nimmt im Zeitverlauf leicht zu. Kleinkinder wiesen 2024 mit 18,2 % den niedrigsten Anteil entsprechender Versorgungskontakte auf, zeigen jedoch ebenfalls einen Anstieg seit 2019 (14,9 %).

Tabelle 8 Anteil (in %) der Kinder und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 3-17 Jahren mit mind. 1 Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.

Altersgruppe							Relative Veränderung	
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2024-2023
Kleinkinder 3-4 Jahre	14,9 %	16,9 %	14,6 %	16,3 %	17,8 %	18,2 %	+22 %	+2 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	50,6 %	51,1 %	51,2 %	51,5 %	52,6 %	55,3 %	+9 %	+5 %
Schulkinder 10-14 Jahre	56,8 %	57,7 %	57,7 %	58,4 %	60,7 %	62,0 %	+9 %	+2 %
Jugendliche 15-17 Jahre	48,6 %	48,8 %	50,8 %	51,3 %	55,9 %	57,5 %	+18 %	+3 %
Gesamt 3-17 Jahre	52,4 %	53,1 %	53,4 %	53,9 %	56,3 %	58,1 %	+11 %	+3 %

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Kontakt mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie (LANR: 38, 44, 47, 51, 58-61, 68, 69) im Beobachtungsjahr.

Bei **Jungen** konzentriert sich die fachärztliche Versorgung ebenfalls auf das Schulalter: 61,8 % der Schuljungen und 55,5 % der Grundschuljungen hatten 2024 mindestens einen entsprechenden Kontakt (**Abbildung 18**). Auch im Jugendalter lag der Anteil 2024 mit 53,5 % weiterhin hoch und ist seit 2019 gestiegen. Jungen im Kleinkindalter weisen mit 17,7 % die geringsten Kontaktanteile auf. Bei **Mädchen** zeigt sich eine leichte Verschiebung im Altersprofil: Während 2019 noch die Schulkinder die höchsten Anteile aufweisen, stehen 2024 die jugendlichen Mädchen im Vordergrund. Im Jahr 2024 hatten 66,4 % der jugendlichen Mädchen mindestens einen entsprechenden fachärztlichen Kontakt – mehr als in allen anderen Altersgruppen. Bei Schulkindern lag der Anteil bei 62,4 %, bei Grundschulmädchen bei 54,9 %. Im Kleinkindalter blieb der Anteil mit 19,6 % vergleichsweise niedrig.

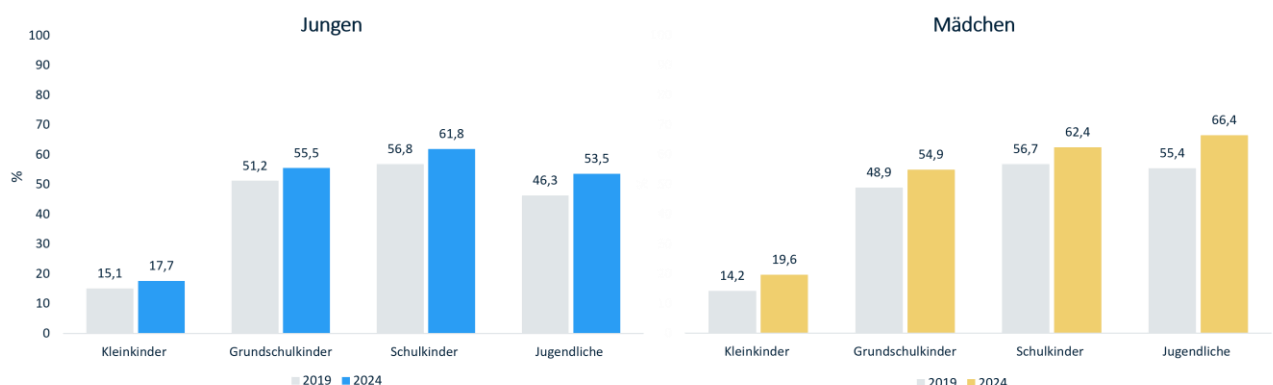


Abbildung 18 Anteil (in %) der Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 3-17 Jahren mit mind. 1 Kontakt bei Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019 & 2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 Kontakt mit Fachärztinnen und Fachärzten der Psychotherapie, Psychologie oder Psychiatrie (LANR: 38, 44, 47, 51, 58-61, 68, 69) im Beobachtungsjahr.

3.5.3 Psychotherapeutische Maßnahmen

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose, die psychotherapeutische Maßnahmen mindestens einmal pro Jahr in Anspruch nehmen, nimmt im Zeitverlauf zu. Im Jahr 2024 erhielten 23,0 % der 3- bis 17-Jährigen mit ADHS eine psychotherapeutische Behandlung. Gegenüber dem Jahr 2019 entspricht dies einem Anstieg um 17 %, im Jahresvergleich 2023 zu 2024 um 3 % (**Tabelle 9**). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede (**Abbildung 19**). Mädchen mit ADHS nehmen psychotherapeutische Maßnahmen häufiger in Anspruch als Jungen. Im Jahr 2024 lag der Anteil bei 27,8 % bei Mädchen und bei 21,1 % bei Jungen. Während sich bei Jungen seit 2019 ein moderater Anstieg zeigt (+11 %), fällt die Zunahme bei Mädchen deutlich stärker aus (+30 %).

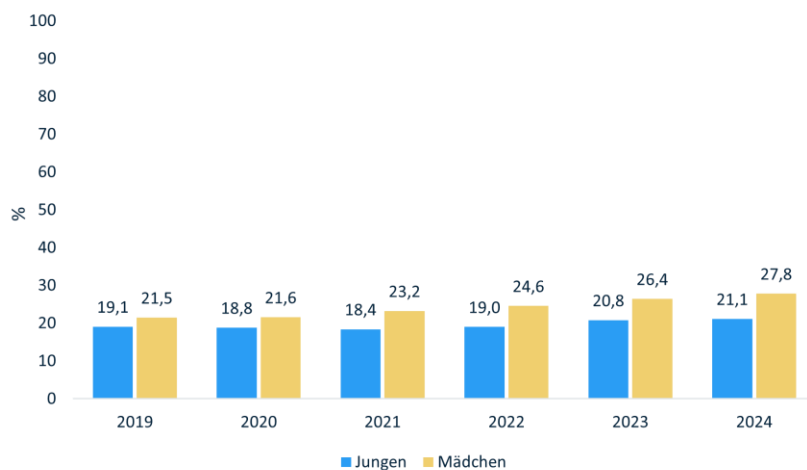


Abbildung 19 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose (in %).

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr.

Psychotherapeutische Maßnahmen werden am häufigsten von Kindern und Jugendlichen mit ADHS im Schulalter in Anspruch genommen (**Tabelle 9**). Kleinkinder mit ADHS weisen selten psychotherapeutische Maßnahmen auf (2024: 5,6 %). 2024 erhielten 24,1 % der Grundschulkinder mit ADHS psychotherapeutische Maßnahmen, dicht gefolgt von 23,2 % der Schulkinder und 22,8 % der Jugendlichen mit ADHS. Für alle Altersgruppen ist ein Anstieg zu verzeichnen, am stärksten fällt dieser bei den Jugendlichen mit einer relativen Zunahme von 32 % aus (2019: 17,2 %).

Tabelle 9 Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose nach Alter (in %).

Altersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Kleinkinder 3-4 Jahre	5,1 %	5,9 %	4,7 %	5,2 %	5,8 %	5,6 %	+10 %	-3 %
Grundschul Kinder 5-9 Jahre	20,6 %	20,1 %	19,6 %	20,6 %	22,4 %	24,1 %	+17 %	+8 %
Schulkinder 10-14 Jahre	20,9 %	20,9 %	20,8 %	21,4 %	22,7 %	23,2 %	+11 %	+2 %
Jugendliche 15-17 Jahre	17,2 %	17,1 %	18,8 %	19,9 %	23,0 %	22,8 %	+32 %	-1 %
Gesamt 3-17 Jahre	19,7 %	19,5 %	19,7 %	20,5 %	22,3 %	23,0 %	+17 %	+3 %

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr.

Zwischen Jungen und Mädchen bestehen auch altersabhängige Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen (**Abbildung 20**). Bei **Jungen** liegt der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Versorgung im Grundschulalter: 23,9 % der 5- bis 9-Jährigen mit ADHS erhielten 2024 eine psychotherapeutische Behandlung. Auch im Schulalter bleibt der Anteil mit 21,9 % hoch. Im Jugendalter beträgt der Anteil 16,8 % und nimmt seit 2019 insgesamt zu (+18 %). Jungen im Kleinkindalter weisen mit 5,6 % weiterhin die niedrigsten Behandlungsanteile auf. Bei **Mädchen** verlagert sich der Schwerpunkt deutlich ins Jugendalter. Im Jahr 2024 erhielten 36,2 % der 15- bis 17-Jährigen mit ADHS eine psychotherapeutische Behandlung – mehr als in allen anderen Altersgruppen. Seit 2019 steigt der Anteil hier deutlich an (+40 %) und stabilisiert sich zuletzt auf hohem Niveau. Auch bei Schulkindern ist der Anteil mit 26,4 % hoch und nimmt im Zeitverlauf zu (+23 %). Grundschulmädchen zeigen ebenfalls einen Anstieg (+28 %), bleiben jedoch unter dem Niveau der älteren Altersgruppen. Im Kleinkindalter werden psychotherapeutische Maßnahmen weiterhin nur selten in Anspruch genommen (5,7 %).

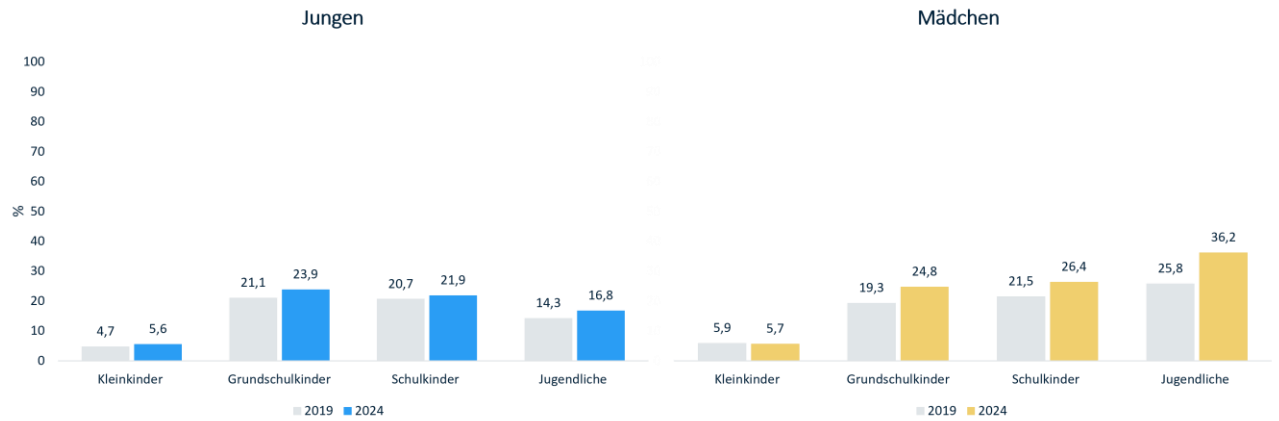


Abbildung 20 Altersspezifische Inanspruchnahme psychotherapeutischer Maßnahmen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose nach Alter (in %).

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr.

3.5.4 Multimodale Therapie

Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose, die sowohl psychotherapeutische Maßnahmen als auch ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen erhalten, nimmt im Zeitverlauf zu. Im Jahr 2024 trifft dies auf 12,9 % der 6- bis 17-Jährigen mit ADHS zu. Gegenüber dem Jahr 2019 entspricht dies einem Anstieg um 30 %, im Jahresvergleich 2023 zu 2024 um 6 % (**Tabelle 10**). Zwischen den Geschlechtern zeigen sich deutliche Unterschiede (**Abbildung 21**). Mädchen erhalten häufiger eine kombinierte Behandlung als Jungen. Im Jahr 2024 liegt der Anteil bei 14,3 % bei Mädchen und bei 12,4 % bei Jungen. Während sich bei Jungen seit 2019 ein moderater Anstieg zeigt (+23 %), fällt die Zunahme bei Mädchen deutlich stärker aus (+50 %).

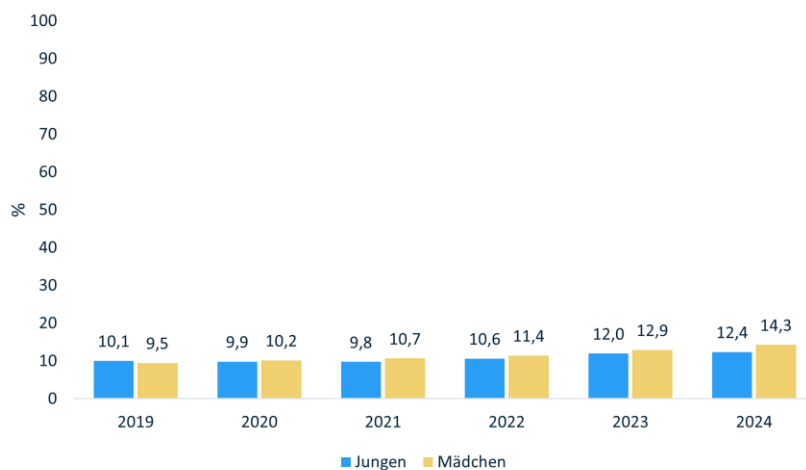


Abbildung 21 Kombination von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).

DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) sowie Min 1 Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr

Bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose zeigt sich in allen Altersgruppen ein deutlicher Anstieg der kombinierten Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen im Zeitraum von 2019 bis 2024 (**Tabelle 10**). Besonders stark fällt die Zunahme bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 17 Jahren aus: Hier steigt der Anteil von 8,5 % im Jahr 2019 auf 12,9 % im Jahr 2024 (+51 %). Auch bei Grundschulkindern im Alter von 6 bis 9 Jahren nimmt der Anteil deutlich zu (von 8,3 % auf 11,5 %; +38 %). Bei den 10- bis 14-jährigen Schulkindern fällt der Anstieg mit +20 % moderater aus. Insgesamt erhöht sich der Anteil bei den 3- bis 17-Jährigen von 9,9 % im Jahr 2019 auf 12,9 % im Jahr 2024 (+30 %). Gegenüber dem Vorjahr zeigte sich 2024 weiterhin ein Anstieg, der jedoch in allen Altersgruppen geringer ausfällt als im längerfristigen Vergleich.

Tabelle 10 Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %)

Altersgruppe	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2019	2024-2023
Grundschul Kinder 6-9 Jahre	8,3 %	8,5 %	8,3 %	8,8 %	10,4 %	11,5 %	+38 %	+11 %
Schul Kinder 10-14 Jahre	11,5 %	11,3 %	11,3 %	12,2 %	13,2 %	13,8 %	+20 %	+5 %
Jugendliche 15-17 Jahre	8,5 %	8,6 %	9,1 %	10,4 %	12,5 %	12,9 %	+51 %	+3 %
Gesamt 3-17 Jahre	9,9 %	9,9 %	10,0 %	10,9 %	12,2 %	12,9 %	+30 %	+6 %

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) sowie Min 1 Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr

Bei Jungen und Mädchen steigt der Anteil der kombinierten Versorgung in allen Altersgruppen zwischen 2019 und 2024 an, die Verteilung ist jedoch leicht verschieden (**Abbildung 22**). Am höchsten war der Anteil der kombinierten Versorgung im Jahr 2024 bei Jungen im Schulkindalter mit 13,7 %, gefolgt von Grundschuljungen (11,9 %) und jugendlichen Jungen (10,0 %). Bei Mädchen ist der Anstieg im Jugendalter besonders ausgeprägt: Hier steigt der Anteil von 10,8 % im Jahr 2019 auf 19,3 % im Jahr 2024 und weist damit den höchsten Anteil über alle Altersgruppen für Mädchen und Jungen auf. Auch bei Mädchen im Schulkindalter nimmt der Anteil von 10,9 % auf 14,0 % zu, bei Grundschulmädchen von 7,0 % auf 10,5 %.

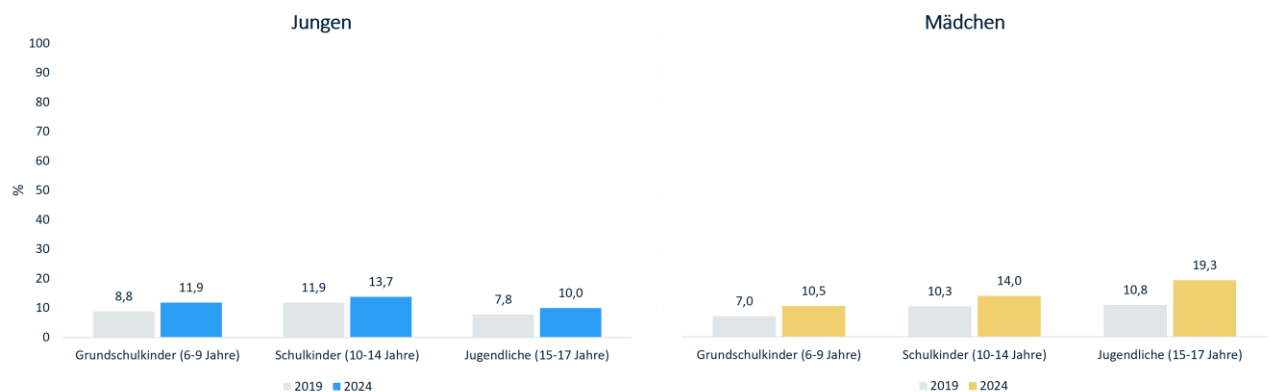


Abbildung 22 Kombination von psychotherapeutischen Maßnahmen und ADHS-spezifischen Arzneimittelverschreibungen bei Jungen und Mädchen mit ADHS-Diagnose im Alter von 6 bis 17 Jahren (in %).

DAK-Gesundheit, 2019-2024, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) und Min1 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung (ATC-Codes: N06BA02, N06BA04, N06BA09, N06BA12 und N06BA21) sowie Min 1 Min1 psychotherapeutische Leistung (EBM-Ziffern der Psychotherapie-Richtlinie) im Beobachtungsjahr

3.6 Abgrenzung ADHS und ADS

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung; ICD-10: F90.-) umfasst sowohl Aufmerksamkeitsprobleme als auch Hyperaktivität und Impulsivität. ADS wird im engeren Sinne häufig für die vorwiegend unaufmerksame Ausprägung ohne ausgeprägte Hyperaktivität verwendet (in der ICD-10 meist unter F98.8 kodiert). Während ADHS typischerweise mit motorischer Unruhe und impulsivem Verhalten einhergeht, stehen bei ADS eher Konzentrationsstörungen, Tagträume und eine geringere Verhaltensauffälligkeit im Vordergrund. Geschlechtsspezifisch zeigen sich deutliche Unterschiede: Jungen erhalten deutlich häufiger eine ADHS-Diagnose, insbesondere mit hyperaktiv-impulsiver Symptomatik. Mädchen weisen insgesamt niedrigere Prävalenzen auf, zeigen jedoch häufiger die unaufmerksame Symptomatik (ADS), die im Alltag weniger störend wirkt und daher oft später erkannt wird. Dies führt dazu, dass ADHS bei Jungen häufiger und früher diagnostiziert wird, während bei Mädchen Aufmerksamkeitsprobleme häufiger unterschätzt oder erst im Verlauf sichtbar werden.

Im Folgenden erfolgt eine approximierte Abgrenzung der beiden Erkrankungsbilder (**Abbildung 23**). Eine differenzierte Abbildung von ADS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität) ist in den KJR-Daten nicht möglich. Der spezifische ICD-10-GM-Code F98.80 (ADS ohne Hyperaktivität) ist im Datensatz nicht separat auswertbar. ADS wird daher näherungsweise über die übergeordnete Kategorie F98.8 (Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) berücksichtigt.

Sowohl ADHS (F90.-) als auch Anpassungsstörungen (F98.8) zeigen zwischen 2019 und 2024 einen ansteigenden Trend – mit deutlich höheren Prävalenzen bei Jungen, aber einer dynamischeren Entwicklung bei Mädchen. ADHS (F90.-) bewegt sich durchgehend auf höherem Niveau und nimmt bis 2024 sichtbar zu. Auch Anpassungsstörungen (F98.8) zeigen einen moderaten, aber kontinuierlichen Anstieg.

Jungen weisen über den gesamten Zeitraum die höchsten Prävalenzen für ADHS auf. Nach einer leichten Abnahme um 2021/2022 steigt die ADHS-Prävalenz bis 2024 deutlich an. Auch die Diagnose F98.8 nimmt bei Jungen moderat zu. Insgesamt bleibt das Niveau klar über dem der Mädchen, insbesondere bei ADHS. Für die Prävalenz der sonstigen näher bezeichneten Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ist ein kontinuierlicher Anstieg erkennbar, der sich zuletzt verstärkt. Dadurch verringert sich die geschlechtsspezifische Differenz im Zeitverlauf leicht, wenngleich Jungen weiterhin höhere Gesamtprävalenzen aufweisen.

Eine alters- und geschlechtsstratifizierte Darstellung der Prävalenz und Inzidenz von ADS findet sich im Datenanhang (siehe Kapitel 5.3).

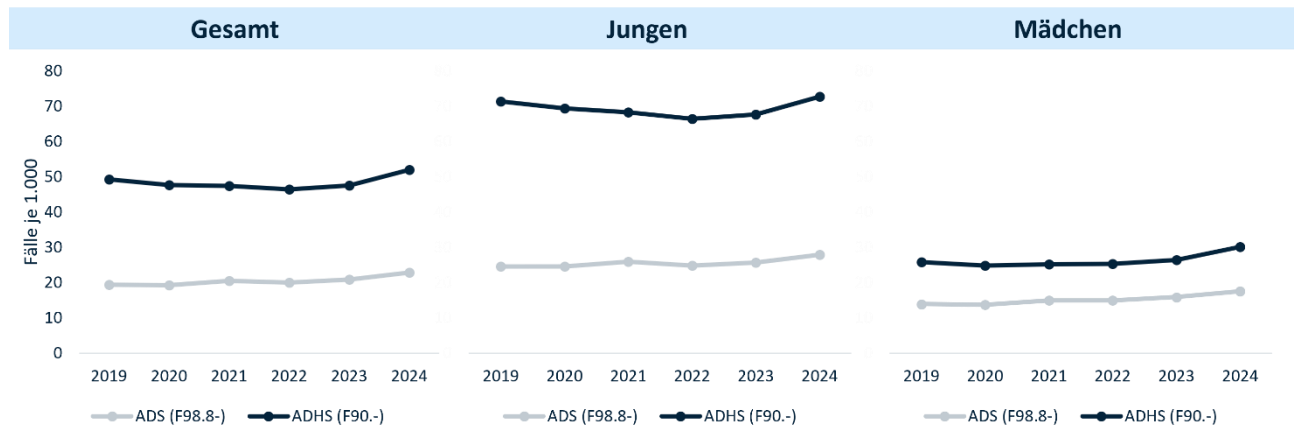


Abbildung 23 Administrative Prävalenz von ADHS- und ADS-Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, in %. Falldefinition: Min1 gesicherte ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) oder ADS-Diagnose (approximiert über F98.8-) im Beobachtungsjahr.

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 sich 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 (ADHS und ADS) gering sind. Bis zu 673.000 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 2 Jahren und von 8 bis 12 Jahren sind geringfügig unterrepräsentiert, Kinder im Alter von 4 bis 7 Jahren und von 13 bis 17 Jahren sind geringfügig überrepräsentiert. Die Geschlechtsverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist repräsentativ zur bundesweiten Verteilung. Sowohl der Anteil aller DAK-versicherten Jungen an allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen sowie der Anteil aller Jungen in Deutschland an allen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt bei 51,4 %. Je Bundesland bildet der DAK-Kinder- und Jugendreport zwischen 2,9 % (Sachsen) und 10,3 % (Brandenburg) aller dort lebenden Kinder und Jugendlichen ab. Kinder aus ostdeutschen 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 Operationalisierungen

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

In den vorliegenden Analysen wird ADHS über den ICD-10-GM-Code F90.- (Hyperkinetische Störungen) identifiziert. Dieses Vorgehen orientiert sich an der Forschung zu ADHS mit GKV-Routinedaten, z. B. im methodischen Vorgehen des Konsortialprojekts *INTEGRATE-ADHD* (Schlack et al., 2024). Eine differenzierte Abbildung von ADS (Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität) ist in den KJR-Daten nicht möglich. Der spezifische ICD-10-GM-Code F98.80 (ADS ohne Hyperaktivität) ist im Datensatz nicht separat auswertbar. ADS wird daher näherungsweise über die übergeordnete Kategorie F98.8 (Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) berücksichtigt.

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.

4.2.2 Identifikation der Fachdisziplinen mit Hilfe der lebenslangen Arztnummer (LANR)

Zur Beschreibung der an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen wird die zweistellige Fachgruppencodierung (8. und 9. Stelle) der lebenslangen Arztnummer (LANR) genutzt (**Tabelle 11**). Auf dieser Grundlage lassen sich Versorgungskontakte psychiatrischen, psychotherapeutischen bzw. psychologischen Fachdisziplinen, pädiatrischen Fachgruppen sowie Hausärztinnen und Hausärzten zuordnen. Weitere Fachdisziplinen werden nicht gesondert ausgewertet und in der Kategorie „Sonstige Fachdisziplinen“ zusammengefasst. Versorgungskontakte, die nicht eindeutig einer einzelnen Fachdisziplin zugeordnet werden können, werden der Kategorie „mehrere beteiligte Fachdisziplinen“ zugewiesen.

Tabelle 11 Identifikation der Fachdisziplinen im ambulanten Versorgungssektor mit Hilfe der lebenslangen Arztnummer (LANR)

LANR	Beschreibung
Psychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische Fachdisziplinen	
38	hausärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
44	fachärztliche Neuropädiatrie/Kinderneuropsychiatrie
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie
58	Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie
59	Forensische Psychiatrie
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt
68	Psychologischer Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut
Pädiatrische Fachdisziplinen	
34	hausärztliche Kinder- und Jugendmedizin
40	fachärztliche Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt u. Teilnahme an der HA/FA-Versorgung
Hausärzte und Hausärztinnen	
01	Allgemeinmedizin
02	hausärztlicher Praktischer Arzt/Arzt ohne Facharzt-Weiterbildung
03	hausärztliche Innere Medizin
Übrige LANR	Sonstige Fachdisziplinen

4.2.3 ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen

Zur Identifizierung ADHS-spezifischer Arzneimittelverordnungen wurden ambulante Verordnungsdaten anhand der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation ausgewertet (**Tabelle 12**). Berücksichtigt wurden alle Verordnungen von Wirkstoffen, die gemäß Zulassung und Leitlinien primär zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt werden. Da die berücksichtigten ADHS-spezifischen Arzneimittel gemäß Zulassung erst ab einem Alter von 6 Jahren eingesetzt werden dürfen, erfolgt die Analyse der Arzneimittelverordnungen für Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 17 Jahren.

Tabelle 12 Operationalisierung von Verschreibungen für ADHS-zugelassene Arzneimittel

ATC-Code	Beschreibung
N06BA04	Methylphenidat
N06BA09	Atomoxetin
N06BA02	Dexamfetamin
N06BA12	Lisdexamfetamin
N06BA21	Guanfacin

4.2.4 Psychotherapeutische Maßnahmen

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist das bundesweit geltende Abrechnungssystem für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Jede ambulante Leistung wird dabei über eine spezifische Gebührenordnungsposition (EBM-Ziffer) eindeutig beschrieben und abgerechnet. Die Nutzung der EBM ermöglicht eine standardisierte und nachvollziehbare Identifikation medizinischer Leistungen, unabhängig von Region oder Leistungserbringer. In dieser Analyse werden EBM-Ziffern verwendet, um die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen eindeutig zu bestimmen (**Tabelle 13**).

Zur Abgrenzung psychotherapeutischer Leistungen wurden EBM-Ziffern herangezogen, die mit „35“ beginnen und Leistungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) abbilden. Berücksichtigt wurden unter anderem Leistungen der biographischen Anamnese, probatorischen Sitzungen, der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung sowie einzel- und gruppentherapeutische Behandlungsformen (u. a. tiefenpsychologisch fundierte, analytische, verhaltenstherapeutische und systemische Psychotherapie, jeweils einschließlich Kurzzeittherapie). Zuschläge und diagnostische Verfahren wurden nicht berücksichtigt. Als Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen galt das Vorliegen mindestens einer entsprechenden EBM-Leistung in mindestens einem Quartal des jeweiligen Beobachtungsjahres (M1Q).

Tabelle 13 Identifikation von psychotherapeutischen Maßnahmen mit Hilfe von EBM-Ziffern

EBM-Ziffer	Beschreibung
35140	Biographische Anamnese
35141	Biographisch vertiefte Exploration
35150	Probatorische Sitzung
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung
35163-35169	Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung)
35173-35179	Gruppentherapeutische Grundversorgung
35401-35405	Tiefenpsychologische Psychotherapie
35411-35415	Analytische Psychotherapie
35421-35425	Verhaltenstherapie
35431-35435	Systemische Therapie
35503-35519	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT)
35523-35539	Analytische Psychotherapie (KZT)
35543-35559	Komplex für Gruppentherapien (Verhaltenstherapie, Kurzzeittherapie (KZT))
35703-35719	Systemische Therapie (KZT)

4.2.5 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 Postleitzahlenebene 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 %.

4.3 Hochrechnungen

Die Hochrechnungen basieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes für die Altersgruppe 3-17 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 24**). 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.

 Daten Deutschland			 Daten Kinder- und Jugendreport		Hochrechnung Daten Kinder- und Jugendreport	
3-17 Jahre	N : 1.000 =	y	3-17 Jahre	n * y = HR	3-17 Jahre	HR ~ 500
Jungen	6.094.964	5.284,4	Jungen	72,8	Jungen	443.500
Mädchen	5.761.596	4.991,5	Mädchen	30,2	Mädchen	174.000
Gesamt	16.370.878	10.275,9	Gesamt	52,1	Gesamt	617.000
Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis), Datenstand: 2025, Datenbezug: 2024, Kinder/Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, absolute Anzahl Falldefinition: Absolute Anzahl im Beobachtungsjahr			Daten: DAK-Gesundheit, Datenbezug: 2024, Kinder/Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Prävalente Fälle je 1.000 Falldefinition: Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10- Code: F90.-) im Beobachtungsjahr		Daten: DAK-Gesundheit und Destatis, Datenbezug: 2024, Kinder/Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren mit ADHS Falldefinition: Hochrechnung der Prävalenz im Beobachtungsjahr; Rundung auf 500er-Stellen	

Abbildung 24 Vorgehensweise der Hochrechnungen. Eigene Darstellung.

4.4 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 bereitgestellten 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 Datentabellen zu der Erkrankungshäufigkeit von ADHS

Tabelle 14 Administrative Prävalenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

								Relative Veränderung	
Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	10,4	10,5	10,6	10,1	10,5	10,8	+3 %	+3 %
	Mädchen	4,1	4,1	3,8	4,2	4,0	4,3	+5 %	+8 %
	Gesamt	7,4	7,4	7,3	7,2	7,3	7,6	+4 %	+4 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	65,8	61,9	60,5	58,4	61,0	66,3	+1 %	+9 %
	Mädchen	24,4	22,8	21,7	21,0	23,2	26,6	+9 %	+15 %
	Gesamt	45,7	42,8	41,6	40,1	42,6	47,0	+3 %	+10 %
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	99,4	98,9	97,2	95,6	97,1	104,6	+5 %	+8 %
	Mädchen	35,3	34,3	35,7	36,3	36,4	41,7	+18 %	+14 %
	Gesamt	68,4	67,7	67,4	66,8	67,6	74,0	+8 %	+9 %
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	71,6	70,4	72,0	70,1	69,9	74,1	+4 %	+6 %
	Mädchen	26,0	26,1	28,1	28,6	30,8	35,3	+36 %	+15 %
	Gesamt	49,5	49,0	50,8	50,1	51,0	55,3	+12 %	+9 %
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	71,3	69,3	68,3	66,5	67,7	72,8	+2 %	+8 %
	Mädchen	25,8	24,8	25,2	25,3	26,4	30,2	+17 %	+14 %
	Gesamt	49,2	47,7	47,4	46,5	47,6	52,1	+6 %	+9 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr. Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Tabelle 15 Administrative Inzidenz von ADHS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Alter	Geschlecht	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2020	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	10,8	10,6	10,4	10,9	11,7	+8 %	+7 %
	Mädchen	3,9	4,0	4,1	4,3	4,7	+21 %	+10 %
	Gesamt	7,4	7,4	7,3	7,7	8,3	+12 %	+8 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	30,4	31,0	30,4	33,0	36,4	+20 %	+10 %
	Mädchen	12,9	12,6	12,3	14,3	16,3	+27 %	+14 %
	Gesamt	21,9	22,0	21,5	23,8	26,6	+22 %	+12 %
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	19,5	18,6	18,8	20,0	23,8	+22 %	+19 %
	Mädchen	7,6	8,7	9,3	9,5	12,4	+63 %	+30 %
	Gesamt	13,7	13,8	14,2	14,9	18,3	+33 %	+22 %
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	10,2	11,3	11,1	10,8	12,4	+22 %	+15 %
	Mädchen	5,5	7,2	7,5	7,5	9,5	+73 %	+26 %
	Gesamt	7,9	9,3	9,4	9,2	11,0	+39 %	+20 %
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	18,6	18,6	18,5	19,7	22,4	+21 %	+14 %
	Mädchen	7,7	8,4	8,6	9,3	11,3	+46 %	+21 %
	Gesamt	13,3	13,7	13,7	14,6	17,0	+28 %	+16 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

5.2 Hochrechnungen von ADHS

Tabelle 16 Entwicklung der Prävalenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre).

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2024-2019	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	8.500	8.500	9.000	8.000	8.500	8.500	0	0
	Mädchen	3.000	3.000	3.000	3.000	3.000	3.500	+500	+500
	Gesamt	11.500	12.000	11.500	11.500	11.500	12.000	+500	+500
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	126.000	120.500	121.000	118.000	126.000	137.500	+11.500	+11.500
	Mädchen	44.500	42.000	41.000	40.500	45.500	52.500	+8.000	+7.000
	Gesamt	170.500	162.000	161.500	158.500	171.500	190.000	+19.500	+18.500
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	189.500	189.500	187.000	186.500	190.500	208.500	+19.000	+18.000
	Mädchen	63.500	62.000	65.000	67.000	67.500	78.500	+15.000	+11.000
	Gesamt	253.500	252.000	252.500	254.000	258.500	287.000	+33.500	+28.500
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	84.500	82.000	83.500	83.000	84.500	90.500	+6.000	+6.000
	Mädchen	29.000	28.500	30.500	32.000	34.500	40.000	+11.000	+5.500
	Gesamt	113.000	111.000	114.500	115.000	119.000	130.500	+17.500	+11.500
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	415.000	406.000	404.000	397.000	408.500	443.500	+28.500	+35.000
	Mädchen	141.500	137.500	141.000	143.500	150.500	174.000	+32.500	+23.500
	Gesamt	556.500	543.500	545.000	540.500	559.000	617.000	+60.500	+58.000

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

Tabelle 17 Entwicklung der Inzidenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebenden Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre).

Alter	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Differenz	
		2020	2021	2022	2023	2024	2024-2020	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	7.000	7.000	6.000	6.500	7.000	0	+500
	Mädchen	2.500	2.000	2.500	2.500	3.000	+500	+500
	Gesamt	9.500	9.000	8.500	9.000	9.500	0	+500
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	53.500	55.500	55.500	61.000	68.000	+14.500	+7.000
	Mädchen	21.000	21.500	21.000	25.000	28.500	+7.500	+3.500
	Gesamt	74.500	77.000	76.500	86.000	96.500	+22.000	+10.500
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	37.500	36.000	37.000	39.500	47.500	+10.000	+8.000
	Mädchen	13.500	16.000	17.000	17.500	23.500	+10.000	+6.000
	Gesamt	51.000	51.500	54.000	57.000	71.000	+20.000	+14.000
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	12.000	13.000	13.000	13.000	15.000	+3.000	+2.000
	Mädchen	6.000	8.000	8.500	8.500	11.000	+5.000	+2.500
	Gesamt	18.000	21.000	21.500	21.500	26.000	+8.000	+4.500
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	108.500	110.000	110.500	119.000	136.500	+28.000	+17.500
	Mädchen	43.000	47.000	49.000	53.000	65.000	+22.000	+12.000
	Gesamt	151.500	157.000	159.500	172.000	202.000	+50.500	+30.000

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

5.3 Datentabellen zu der Erkrankungshäufigkeit von ADS (approximiert über „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“)

Tabelle 18 Administrative Prävalenz von ADS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Alter	Geschlecht	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
								2024-2019	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	12,4	13,1	12,7	12,0	12,1	13,2	+7 %	+9 %
	Mädchen	9,3	8,1	8,9	8,7	8,5	9,3	0 %	+10 %
	Gesamt	10,8	10,6	10,8	10,4	10,3	11,3	+4 %	+9 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	32,5	32,1	34,3	32,4	33,5	35,6	+9 %	+6 %
	Mädchen	17,5	17,6	18,3	17,6	18,8	19,6	+12 %	+4 %
	Gesamt	25,2	25,0	26,5	25,2	26,3	27,8	+10 %	+6 %
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	28,7	28,7	30,1	29,1	29,9	33,1	+15 %	+11 %
	Mädchen	15,6	15,2	16,7	17,1	18,4	21,0	+34 %	+14 %
	Gesamt	22,4	22,2	23,6	23,3	24,3	27,2	+22 %	+12 %
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	14,1	14,2	15,0	14,7	15,2	16,7	+18 %	+10 %
	Mädchen	8,7	9,0	10,9	11,2	12,1	14,0	+61 %	+16 %
	Gesamt	11,5	11,7	13,0	13,0	13,7	15,4	+34 %	+13 %
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	24,6	24,6	25,9	24,9	25,7	27,9	+13 %	+9 %
	Mädchen	13,9	13,7	14,9	14,9	15,9	17,5	+26 %	+10 %
	Gesamt	19,4	19,3	20,6	20,0	20,9	22,9	+18 %	+9 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F98.8-) im Beobachtungsjahr. Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

Tabelle 19 Administrative Inzidenz von ADS bei DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 3-17 Jahren.

Alter	Geschlecht	2020	2021	2022	2023	2024	Relative Veränderung	
							2024-2020	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	10,7	10,0	9,9	9,7	10,7	0 %	+10 %
	Mädchen	6,7	7,2	6,8	6,8	7,5	+12 %	+10 %
	Gesamt	8,7	8,7	8,4	8,3	9,1	+5 %	+10 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	17,7	18,9	16,6	18,1	19,4	+10 %	+7 %
	Mädchen	10,2	11,0	10,5	11,2	11,3	+11 %	+1 %
	Gesamt	14,0	15,0	13,6	14,8	15,5	+10 %	+5 %
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	10,8	11,2	10,7	11,6	12,4	+15 %	+7 %
	Mädchen	5,9	6,8	6,8	7,4	8,7	+47 %	+18 %
	Gesamt	8,4	9,1	8,8	9,6	10,6	+26 %	+11 %
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	5,0	5,3	4,7	5,1	6,0	+21 %	+17 %
	Mädchen	3,6	4,7	4,6	5,0	5,6	+58 %	+13 %
	Gesamt	4,3	5,0	4,6	5,1	5,8	+36 %	+15 %
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	11,7	12,2	11,3	12,2	13,3	+13 %	+9 %
	Mädchen	6,9	7,8	7,5	8,1	8,8	+28 %	+9 %
	Gesamt	9,4	10,1	9,5	10,2	11,1	+18 %	+9 %

Quelle: Daten der DAK-Gesundheit, 2020-2024. Falldefinition: Mindestens eine gesicherte ambulant-ärztliche oder stationäre Haupt- und Nebendiagnosen (ICD-10-Code: F98.8-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr (M1Q). Fälle je 1.000 Kinder und Jugendlicher.

7 Literaturverzeichnis

- Bachmann, C. J., Philipsen, A., & Hoffmann, F. (2017). ADHD in Germany: Trends in Diagnosis and Pharmacotherapy. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(9), 141–148. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0141>
- Banaschewski, T. (2021). *S3-Leitlinie Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Kindes-, Jugend und Erwachsenenalter*. AWMF-Registernummer 028-045. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-045I_S3_ADHS_2018-06-abgelaufen.pdf, zuletzt geprüft am 17.06.2026.
- Banaschewski, T., Becker, K., Döpfner, M., Holtmann, M., Rösler, M., & Romanos, M. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(9), 149–159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
- Belling, R., Jung, M., Förster, G., Romanos, M., & Bomke, P. (2024). Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 52(1), 65–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000967>
- Coghill, D., Banaschewski, T., Cortese, S., Asherson, P., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Paramala, S., Sonuga-Barke, E., Soutullo, C., Steinhausen, H.-C., Oord, S. van der, Wong, I. C. K., ... Simonoff, E. (2023). The management of ADHD in children and adolescents: bringing evidence to the clinic: perspective from the European ADHD Guidelines Group (EAGG). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(8), 1337–1361. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01871-x>
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315–335. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>
- Hasemann, L., Weinert, K., Diekmannshemke, J., Schlack, R., Beyer, A.-K., Kaman, A., Ravens-Sieberer, U., Romanos, M., Jans, T., Heuschmann, P., Riederer, C., INTEGRATE-ADHD Study Group, & Witte, J. (2024). Die Kosten neu diagnostizierter ADHS im Kindes- und Jugendalter – eine GKV-Routinedatenanalyse im Rahmen des Konsortialprojektes INTEGRATE-ADHD. *Journal of Health Monitoring*, 9(4). <https://doi.org/10.25646/12485>
- Jonsson, U., Alaie, I., Willeus, A. L., Zander, E., Marschik, P. B., Coghill, D., & Bölte, S. (2017). Annual Research Review: Quality of life and childhood mental and behavioural disorders - a critical review of the research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 58(4), 439–469. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12645>
- Kroll, L. E., Schumann, M., Hoebel, J., & Lampert, T. (2017). Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, (2). <https://doi.org/10.25646/2573.2>
- Michalski, N., Reis, M., Tetzlaff, F., Herber, M., Kroll, L. E., Hövener, C., Nowossadeck, E., & Hoebel, J. (2022). German Index of Socioeconomic Deprivation (GISD): Revision, Aktualisierung und Anwendungsbeispiele. *Journal of Health Monitoring*, (7), 2–24. <https://doi.org/10.25646/10640>

Pfeifer, S., Beyer, A.-K., Beck, L., Hölling, H., Romanos, M., Jans, T., Kaman, A., Ravens-Sieberger, U., Witte, J., Heuschmann, P., Riederer, C., INTEGRATE-ADHD Study Group, & Schlack, R. (2024). Wann berichten Eltern die administrative ADHS-Diagnose ihres Kindes? Eine inanspruchnahmebezogene Analyse aus dem Konsortialprojekt INTEGRATE-ADHD. *Journal of Health Monitoring*, 9(4). <https://doi.org/10.25646/12313>

Robert Koch-Institut. (2022). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen - Bewerten - Handeln. Schwerpunktbericht Teil 2 - Kinder- und Jugendalter. Fokus: Psychische Auffälligkeiten gemäß psychopathologischem Screening und Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)*. Robert Koch-Institut, Berlin. <https://doi.org/10.25646/9579>

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. (2009). *Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/16/137/1613770.pdf>, zuletzt geprüft am 17.06.2026.

Schlack, R., Beyer, A.-K., Beck, L., Pfeifer, S., Hölling, H., Jans, T., Berner, A., Scholz, V., Weyrich, S., Kaman, A., Ravens-Sieberger, U., Witte, J., Heuschmann, P., Riederer, C., INTEGRATE-ADHD Study Group, & Romanos, M. (2024). Häufigkeitsunterschiede zwischen administrativen und elternberichteten ADHS-Diagnosedaten von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Faktoren – Ergebnisse aus dem Projekt INTEGRATE-ADHD. *Journal of Health Monitoring*, 9(4). <https://doi.org/10.25646/12477>