

ADHS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Entwicklung der Häufigkeit von der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und damit verbundene
Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung
in Deutschland von 2019 bis 2024

Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports

22.06.2026

Dr. Lisa Wandschneider, Jana Diekmannshemke, Dr. Laura Naumann, Dr. Julian Witte (Vandage GmbH)



Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

ADHS ist im ICD-10-GM als Teil der **hyperkinetischen Störungen** klassifiziert (F90.-). Die Diagnose erfordert das **situationsübergreifende** Auftreten der Kernsymptome – typischerweise mit Beginn im frühen Kindesalter – sowie eine **deutliche Beeinträchtigung** in schulischen, sozialen oder familiären Funktionsbereichen.



Unaufmerksamkeit

Leichte Ablenkbarkeit, anhaltende Konzentrationsprobleme



Hyperaktivität

motorische Unruhe, übermäßiger Bewegungsdrang



Impulsivität

vorschnelles Handeln, geringe Frustrationstoleranz

Die Klassifikation und Definition erfolgt gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) – in Anlehnung an aktuelle wissenschaftliche Forschung, z.B.: Schlack R, Beyer AK, Beck L, Pfeifer S, Hölling H, Jans T, et al. Häufigkeitsunterschiede zwischen administrativen und elternberichteten ADHS-Diagnosedaten von Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Faktoren – Ergebnisse aus dem Konsortialprojekt INTEGRATE ADHD. J Health Monit. 2024;9(3):e 12477. doi: 10.25646/12477

Population



800.000

Mehr als 800.000 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Deutschland im Alter von 0 bis 17 Jahren, die in den Jahren 2019 bis 2024 bei der DAK-Gesundheit versichert waren, gehen in die Analysen des DAK-Kinder- und Jugendreportes ein.

Datenpunkte



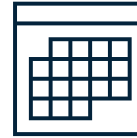
42 Mio.

Für die Analysen werden alle ambulanten Arzt- und Therapeutenbesuche, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverschreibungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher analysiert. Dies sind ca. 42 Millionen Versorgungskontakte im gesamten Beobachtungszeitraum.

Der Kinder- und Jugendreport ist der größte europäische Report seiner Art.



Zeitraum



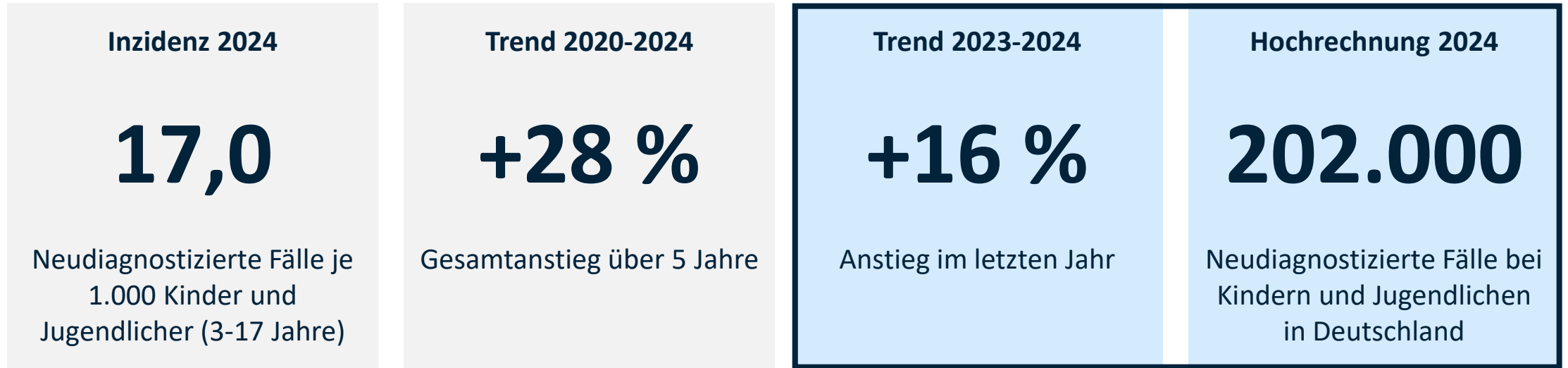
6 Jahre

Die Auswertungen umfassen Daten aus dem Zeitraum 01.01.2019 bis 31.12.2024. Es können Erkrankungshäufigkeiten, Neuerkrankungen, Risiko- und Versorgungszusammenhänge im Zeitverlauf analysiert werden. Besonders auffällig sind die Jahre 2023 und 2024 – hier sind die stärksten Anstiege der ADHS-Neuerkrankungen erkennbar.

Berichtet werden die **Krankheitshäufigkeit** (2019–2024) sowie die **Neuerkrankungen** (2020–2024; 2019 als Vorbeobachtungsjahr). Als Neuerkrankung gilt ein Fall mit dokumentierter ADHS-Diagnose (F90.-) im Beobachtungsjahr ohne entsprechende Diagnose im Vorjahr.

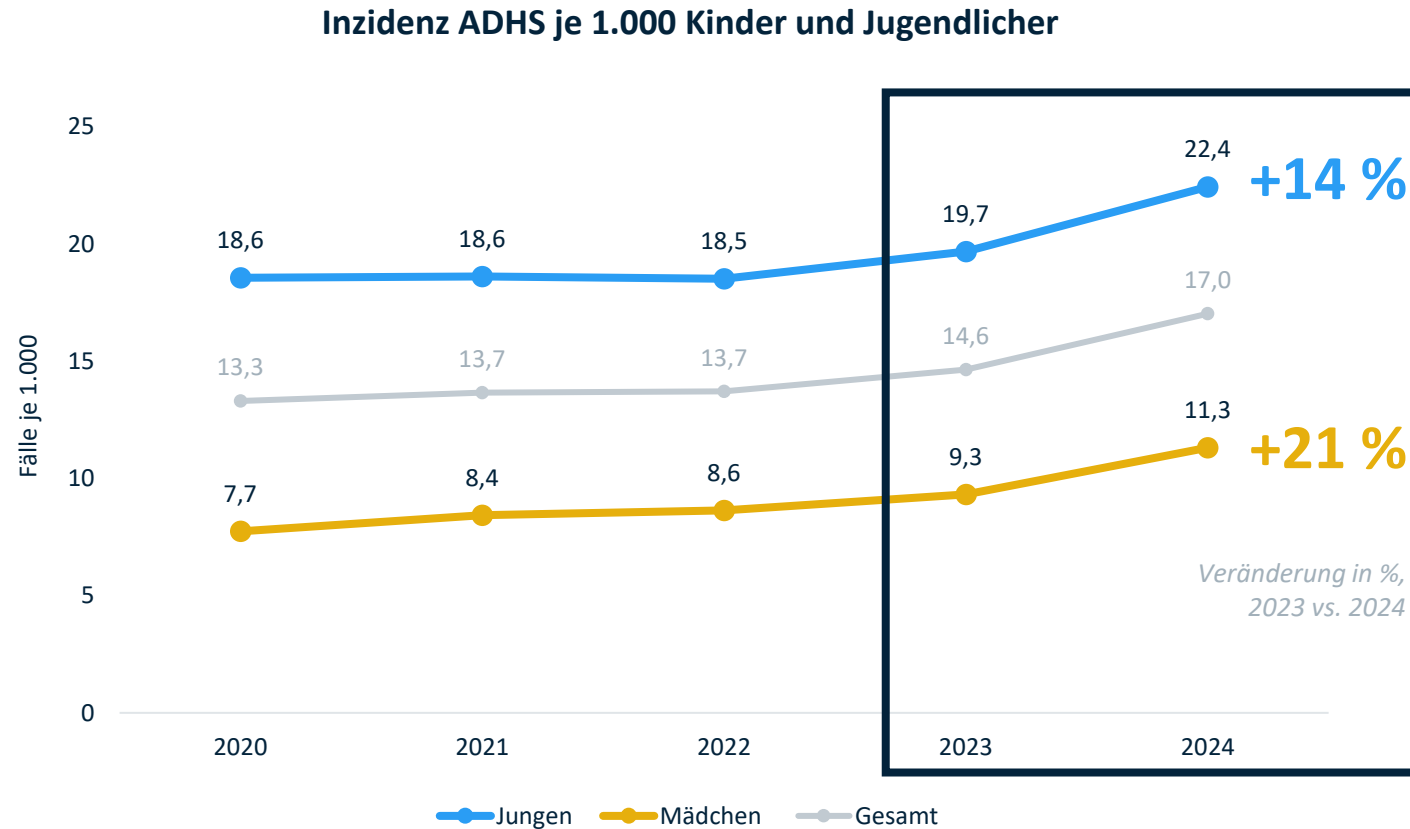


Die ADHS-Neuerkrankungen sind insbesondere von 2023 bis 2024 angestiegen



Die ADHS-Neuerkrankungen nehmen bei Kindern und Jugendlichen (3-17 Jahre) zu. Im Jahr 2024 erhielten 17,0 von 1.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren eine ADHS-Neudiagnose, im Vergleich zum Vorjahr nahmen die ADHS-Neuerkrankungen um 16 % zu (2023: 14,6 je 1.000). 2020 lag die Zahl der neu diagnostizierten ADHS-Fälle noch bei 13,3 je 1.000 (+28 %). Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland wiesen im Jahr 2024 rund 202.000 Kinder und Jugendliche eine ADHS-Neuerkrankung auf.

Jungen erhalten etwa doppelt so häufig ADHS-Neudiagnosen wie Mädchen



Daten: DAK-Gesundheit, 2020-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. **Falldefinition:** Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr.

Hochrechnungen* 2024

Gesamt	202.000
Jungen	136.500
Mädchen	65.000

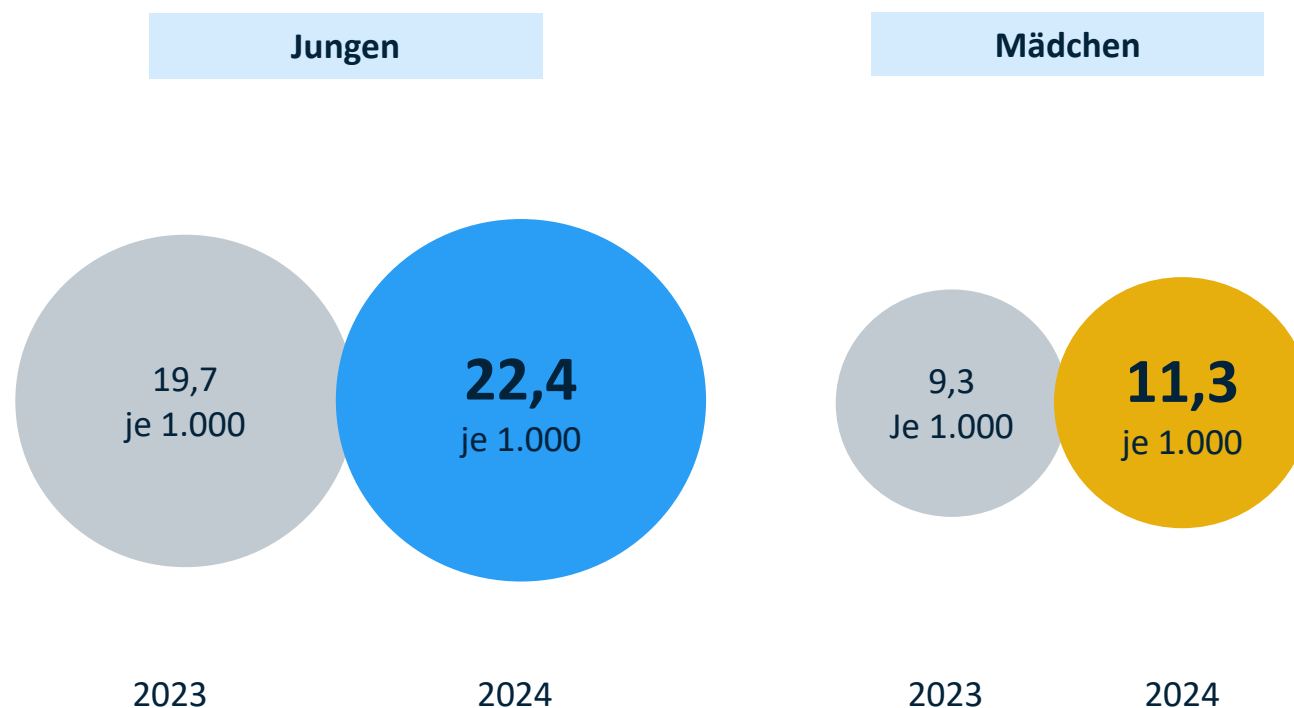
Im Jahr 2024 erhielten 22,4 von 1.000 Jungen und 11,3 von 1.000 Mädchen eine neue ADHS-Diagnose. Die ADHS-Neuerkrankungen liegen damit bei Jungen deutlich höher als bei Mädchen.

Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren in Deutschland wurde im Jahr 2024 bei rund 136.500 Jungen und rund 65.000 Mädchen eine ADHS-Neuerkrankung dokumentiert.

**Hochrechnungen sind gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz sind möglich.*



ADHS-Neuerkrankungen steigen bei Mädchen relativ stärker – absolute Zunahme nahezu gleichauf



Trend 2023 vs. 2024

Jungen	+14 %	+2,7 je 1.000
Mädchen	+21 %	+2,0 je 1.000

Trend 2020 vs. 2024

Jungen	+21 %	+3,8 je 1.000
Mädchen	+46 %	+3,6 je 1.000

Die absolute Zunahme von 2023 bis 2024 fällt in beiden Gruppen ähnlich hoch aus. Das gleiche Verhältnis zeigt sich auch für den Vergleich 2020 vs. 2024. Aufgrund der niedrigeren Ausgangswerte bei Mädchen zeigt sich so eine deutlich stärkere relative Zunahme der Neuerkrankungen.

Daten: DAK-Gesundheit, 2023 & 2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. **Falldefinition:** Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr.



Grundschul- und Schulkinder erhalten am häufigsten ADHS-Neudiagnosen

Inzidenz ADHS je 1.000 Kinder und Jugendlicher

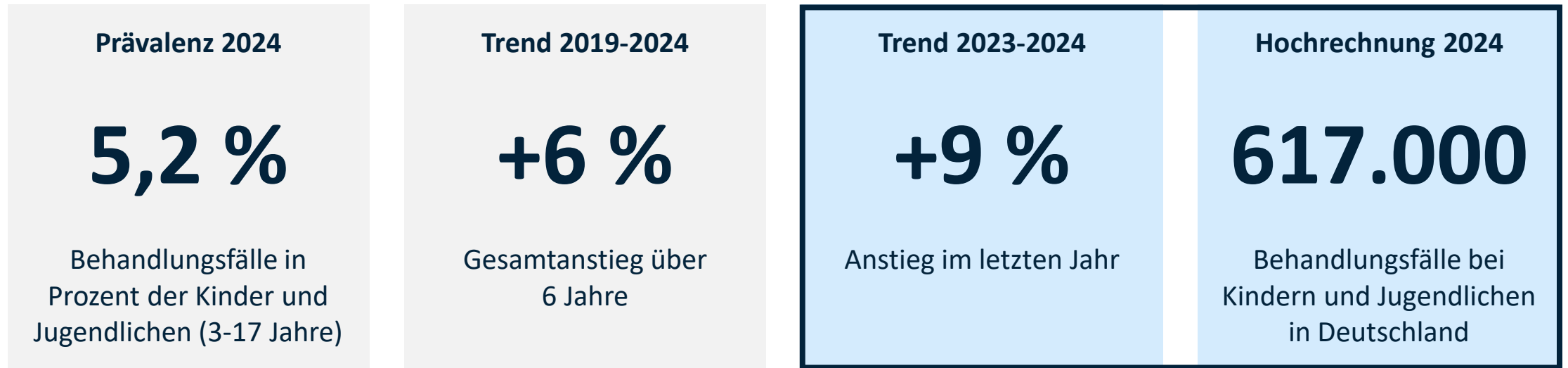
Altersgruppe	2020	2021	2022	2023	2024	Trend 20-24	Trend 23-24
Kleinkinder 3-4 Jahre	5,8	5,6	5,5	5,7	6,1	+5 %	+7 %
Grundschulkinder 5-9 Jahre	19,6	19,8	19,3	21,3	23,8	+21 %	+12 %
Schulkinder 10-14 Jahre	13,7	13,8	14,2	14,9	18,3	+33 %	+22 %
Jugendliche 15-17 Jahre	7,9	9,3	9,4	9,2	11,0	+39 %	+20 %
Gesamt 3-17 Jahre	13,3	13,7	13,7	14,6	17,0	+28 %	+16 %

Am häufigsten von ADHS-Neuerkrankungen betroffen sind Grundschulkinder, gefolgt von Schulkindern. Im Jahr 2024 wurden 23,8 Neuerkrankungen je 1.000 Grundschulkinder 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).

Insbesondere von 2023 zu 2024 nehmen ADHS-Neuerkrankungen in allen Altersgruppen bei Kindern und Jugendlichen zu.

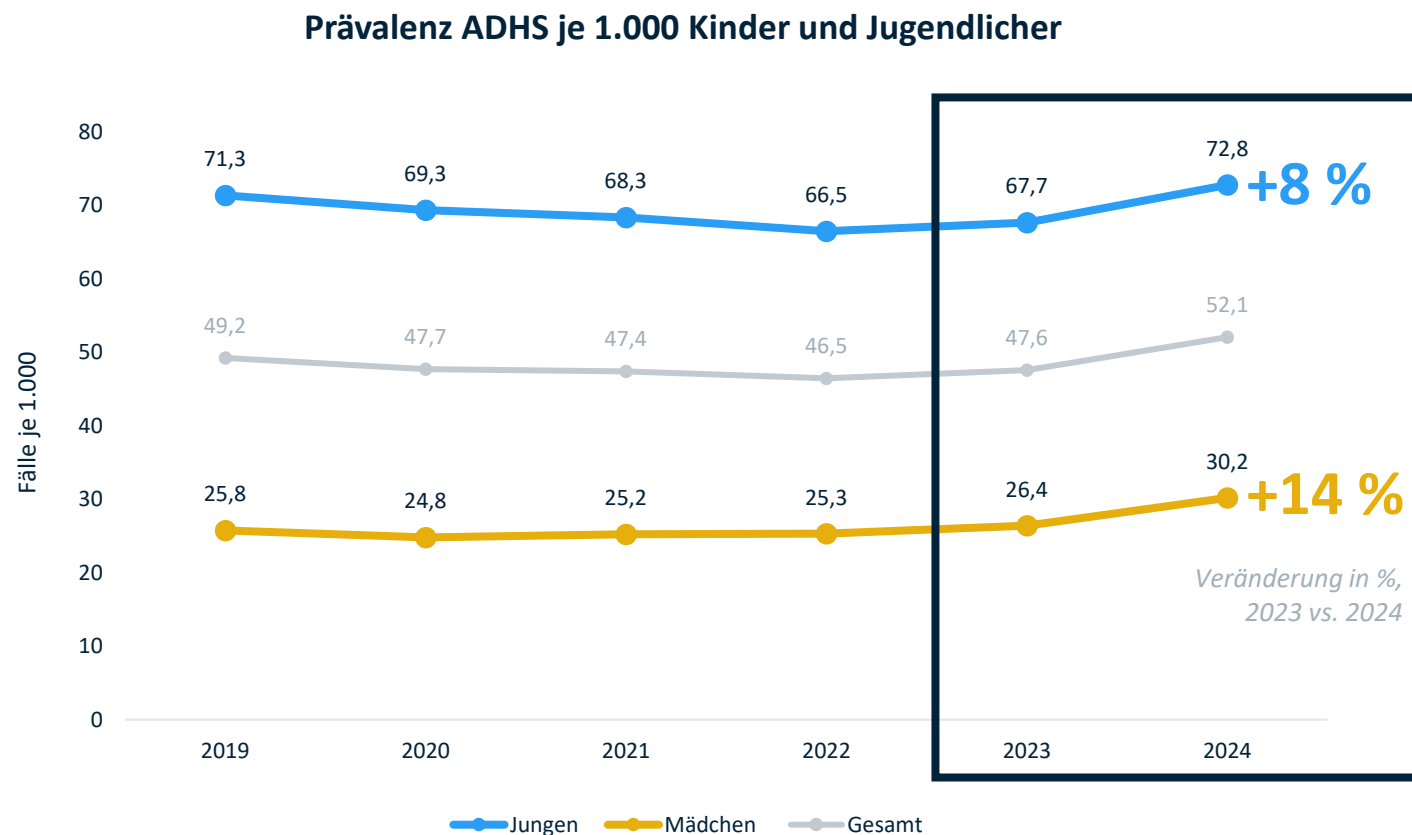
Daten: DAK-Gesundheit, 2020-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. **Falldefinition:** Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr und keine entsprechende Diagnose im Vorjahr.

ADHS-Diagnosen verbleiben auf hohem Niveau, mit einem leichten Anstieg seit 2023



Die ADHS-Prävalenz war bei Kindern und Jugendlichen (3-17 Jahre) insgesamt auf einem relativ gleichbleibend hohen Niveau, von 2023 bis 2024 zeigte sich ein leichter Anstieg der ADHS-Prävalenz. Im Jahr 2024 lag bei 52,1 je 1.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen eine ADHS-Diagnose vor, hochgerechnet auf Deutschland entspricht das rund 617.000 Fällen – davon waren knapp ein Drittel in diesem Zeitraum erstmalig in Behandlung (siehe Chart 5). Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Krankheitshäufigkeit 2024 um 9 % zu (47,6 je 1.000). Im Jahr 2019 wiesen 49,2 je 1.000 eine ADHS-Diagnose auf (+6 % im Vergleich zu 2024).

Jungen weisen bis zu 2,8-mal so häufig eine ADHS-Diagnose auf wie Mädchen



Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren, gesicherte ambulant-ärztliche und stationäre Haupt- und Nebendiagnosen, Fälle je 1.000. **Falldefinition:** Min1 ADHS-Diagnose (ICD-10-Code: F90.-) im Beobachtungsjahr.

Hochrechnungen* 2024

Gesamt	617.000
Jungen	443.500
Mädchen	174.000

Im Jahr 2024 wiesen 72,8 je 1.000 Jungen eine ADHS-Diagnose auf, gegenüber 30,2 je 1.000 Mädchen. Damit erhalten Jungen deutlich häufiger ADHS-Diagnosen als Mädchen (bis zu 2,8-mal so häufig). Für Mädchen und Jungen zeigt sich eine leichte Zunahme der ADHS-Diagnosen ab 2023.

Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen 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.

**Hochrechnungen sind gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz sind möglich.*



ADHS-Medikamente werden seit 2019 häufiger verschrieben

ADHS-Medikamente 2024

50,1 %

der Kinder und Jugendlichen mit
ADHS (6-17 Jahre)

Trend 2019-2024

+15 %

Gesamtanstieg über 6 Jahre

Trend 2023-2024

+4 %

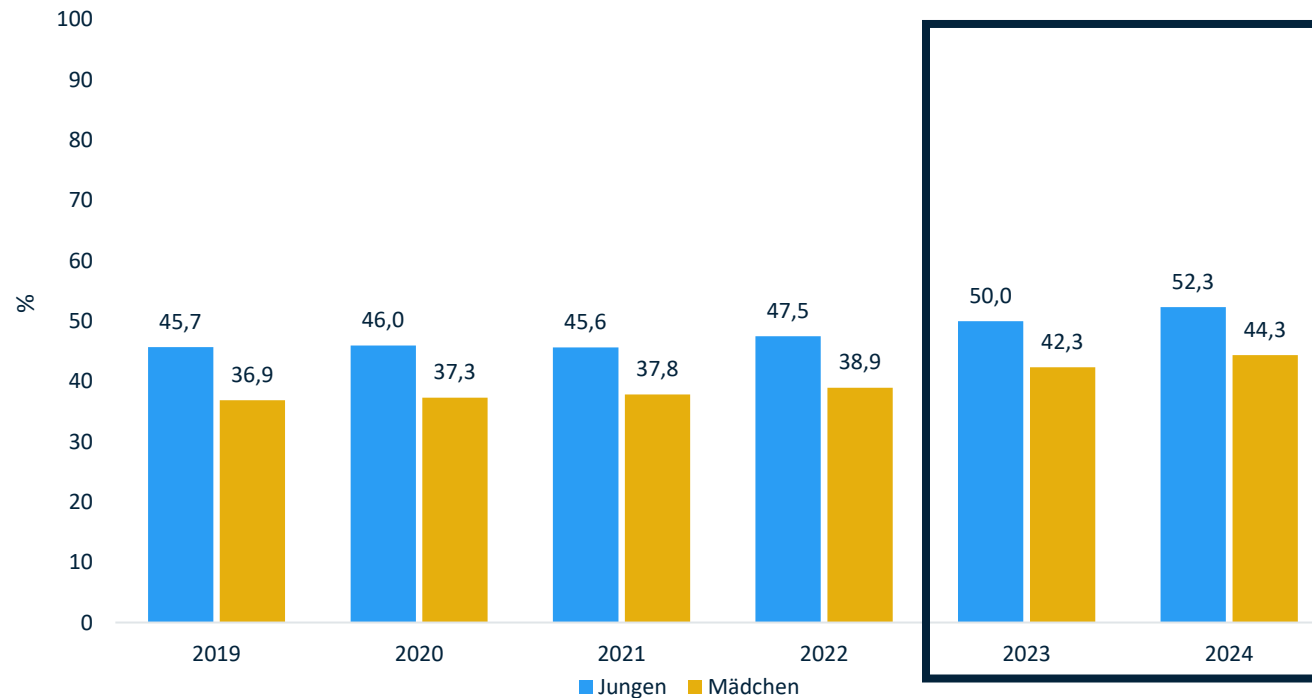
Anstieg im letzten Jahr

Verschreibungen von ADHS-Medikamenten haben seit 2019 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren mit ADHS zugenommen. Im Jahr 2024 erhielten 50,1 % der 6- bis 17-Jährigen mit ADHS mindestens eine entsprechende Verschreibung, im Jahr 2019 waren es 43,4 % (dies entspricht einer relativen Zunahme von 15 %). Auch im Vergleich zum Vorjahr 2023 zeigt sich eine leichte Steigerung von 4 %.

Warum unterscheiden sich die betrachteten Altersgruppen für Analysen der ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen? Da ADHS-Diagnosen leitliniengemäß ab 3 Jahren gestellt werden können, Arzneimittel jedoch erst ab 6 Jahren zugelassen sind, werden Diagnose- und Arzneimittelanalysen altersgruppenspezifisch durchgeführt, um die jeweilige Versorgung abzubilden.

Jungen mit ADHS erhalten häufiger ADHS-Medikamente als Mädchen

Anteil (in %) von Kindern und Jugendlichen mit ADHS-Diagnose, die mind. eine ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibung aufweisen



Trend 2023 vs. 2024

Jungen	+5 %
Mädchen	+5 %

Trend 2019 vs. 2024

Jungen	+15 %
Mädchen	+20 %

Im Jahr 2024 erhielten 52,3 % der Jungen mit ADHS eine Verschreibung für ein ADHS-Medikament und 44,3 % der Mädchen. ADHS-Medikamente werden somit häufiger für Jungen mit ADHS verschrieben als für gleichaltrige Mädchen.

Bei Jungen und Mädchen mit ADHS steigt der Anteil mit ADHS-Medikamenten seit 2019 an, wobei die relative Zunahme bei Mädchen etwas stärker ausfällt.

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.

Hochrechnungen



Hochrechnung inzidenter ADHS-Fälle



Entwicklung der Inzidenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre).
Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

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

Hochrechnung prävalenter ADHS-Fälle



Entwicklung der Prävalenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Deutschland lebende Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre). Angaben gerundet auf die 500er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

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

Hintergrund zur Datenerhebung



Herleitung Themenfokus





ADHS ist die zweithäufigste psychische und Verhaltensstörung bei Kindern und Jugendlichen 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.

- ▼ Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) stellt eine der häufigsten Entwicklungsstörungen im Kindesalter dar
- ▼ Die Symptome persistieren bei etwa 50–80 % der Betroffenen zumindest teilweise bis ins Erwachsenenalter
- ▼ ADHS kann einen Risikofaktor für weitere psychische Störungen, psychosoziale Belastungen sowie somatische Erkrankungen darstellen

Sibley MH, Mitchell JT, Becker SP (2016) Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: a systematic review of longitudinal studies. Lancet Psychiatry 3(12):1157–1165
Chen Q, Hartman CA, Haavik J et al (2018) Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based cross-sectional study. PlosOne. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>

ADHS ergänzt den Schwerpunkt zu psychischer Gesundheit des DAK-Kinder- und Jugendreports

▼ Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

▼ Suchterkrankungen

▼ Stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen

▼ Angststörungen, Depressionen und Essstörungen

2019



2021



2022 / 2023



2025



Der Kinder- und Jugendreport 2026 schließt inhaltlich an vorangegangene DAK-Kinder- und Jugendreporte. 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. Als eine der häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter unterscheidet sich ADHS grundlegend von den bislang betrachteten Störungsbildern: Sie tritt häufiger bei Jungen auf, zeigt jedoch in den letzten Jahren einen Anstieg der Diagnosen bei Mädchen und ergänzt damit die bisherige Berichterstattung um eine neue geschlechter- und störungstypbezogene Dimension.

Methodisches Vorgehen





- ▼ 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 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 allgemeiner datenschutzrechtlicher Vorgaben nicht erforderlich (§ 75 Abs. 1 SGB V). Allerdings müssen die zur Analyse benötigten Daten unverzichtbar für den jeweiligen Forschungszweck sein, d. h. nur unter Verwendung der vorhandenen Sozialdaten können, wie im vorliegenden Fall, relevante Informationen über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen erhoben werden. Zudem muss das öffentliche Interesse an der Forschung das private Interesse der Betroffenen an der Geheimhaltung ihrer Daten erheblich überwiegen. Insbesondere die Möglichkeit zur weitestgehend verzerrungsfreien Wiedergabe eines Spiegelbildes aller in Deutschland lebenden Kinder und Jugendlichen auf Basis von Sozialdaten ist ein starkes Argument zur Verwendung dieser Datenbasis im vorliegenden Forschungskontext.
- ▼ Unter Berücksichtigung dieser datenschutzrechtlichen Grundsätze obliegt der gesamte Prozess der Abfrage und Generierung von Datensätzen zur wissenschaftlichen Analyse der DAK-Gesundheit. Dabei sind sämtliche vonseiten der DAK-Gesundheit zu Analysezwecken bereitgestellte Daten so weit bereinigt und pseudonymisiert, sodass eine Rückführung auf einzelne Person unmöglich ist. Im Gegensatz zu einer Anonymisierung ist für den vorliegenden Forschungsgegenstand jedoch nur eine Pseudonymisierung der versicherten Personen möglich, um die Zuordnung einer Person im Längsschnitt zu ermöglichen. Im Rahmen der Pseudonymisierung werden bestimmte Personenidentifikatoren aus den Daten gelöscht (u. a. Name, Adresse) bzw. durch neutrale nicht sprechende Studienidentifikatoren (wie Schlüsselidentifikatoren) ersetzt und sichtbare Merkmale vergrößert (z. B. Geburtsdatum TT/MM/JJJJ zu Geburtsjahr JJJJ).

Einordnung von Sekundärdaten



Als Sekundär- bzw. Routinedaten werden Daten bezeichnet, deren Erhebungsanlass ungleich dem Verwertungsanlass ist. Primärdaten, die aus einer direkten Datenerhebung stammen, werden durch weitere Verarbeitungsschritte in Sekundärdaten umgewandelt. Durch den Kinder- und Jugendreport werden Routinedaten der DAK-Gesundheit verwendet. Diese Daten werden durch Leistungserbringende des Gesundheitssystems zu Abrechnungszwecken an die DAK-Gesundheit übermittelt. Unter Berücksichtigung der geltenden Datenschutzvorgaben werden diese Daten zu Forschungszwecken im Rahmen des Kinder- und Jugendreports ausgewertet.

Vorteile	Nachteile
• Breite Datengrundlage • Vollständige Abbildung des administrativen Leistungsgeschehens • Große Analysepopulation • Möglichkeit patientenindividueller, längsschnittlicher Analyse • Daten sind schnell und kosteneffektiv verfügbar • Möglichkeit zur Validierung von Primärdaten • Daten erfassbar, die sonst nicht erfasst werden können wie bspw. von sehr jungen oder schwer kranken Personen, die an keiner Primärdatenerhebung teilnehmen können	• Nur administrative Diagnosedaten verfügbar (siehe Erkrankungen ohne Kontakt zu Leistungserbringenden) • Verzerrungen durch fehlerhafte Codierung möglich • Qualitätsüberprüfung der Daten ist nur eingeschränkt möglich



Kindheit und Jugend sind zentrale Phasen für die psychische Entwicklung. Über die Hälfte aller psychischen Erkrankungen manifestiert sich bereits vor dem 19. Lebensjahr. Da sich das Erkrankungsgeschehen altersabhängig unterscheidet, erfolgt im vorliegenden Report eine differenzierte Betrachtung nach Altersgruppen. Entsprechend der Vorgehensweise des Robert Koch-Instituts (RKI) sowie der Bundespsychotherapeutenkammer werden die Altersgruppen 3–4 Jahre („Kleinkinder“), 5–9 Jahre („Grundschulkinder“), 10–14 Jahre („Schulkinder“) und 15–17 Jahre („Jugendliche“) unterschieden. Säuglinge und Kleinkinder im Alter von 0–2 Jahren werden aufgrund geringer Fallzahlen nicht berücksichtigt.

Der Kinder- und Jugendreport zu ADHS fokussiert Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren; wobei sich medikamentenbezogene Analysen sich auf die Altersgruppe der 6- bis 17-Jährigen beziehen. Diese Differenzierung entspricht den Empfehlungen der AWMF-Leitlinie, wonach eine ADHS-Diagnostik ab dem Alter von 3 Jahren erfolgen sollte und pharmakologische Therapien ab 6 Jahren zugelassen sind. In die Analyse gehen Daten von bis zu 673.000 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Deutschland ein, die im Zeitraum von 2019 bis 2024 beobachtet wurden.

**https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JoHM_03_2018_KiGGS-Welle2_Gesundheitliche_Lage.pdf?__blob=publicationFile&v=1;
<https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/BPTK-Faktenblatt-Psychische-Erkrankungen-bei-Kinder-und-Jugendlichen.pdf>*

Identifikation von ADHS-Medikamenten



Zur Identifizierung **ADHS-spezifischer Arzneimittelverschreibungen** wurden **ambulante Verordnungsdaten anhand der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation** ausgewertet. Berücksichtigt wurden alle Verordnungen von Wirkstoffen, die gemäß Zulassung und Leitlinien primär zur Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eingesetzt werden. Hierzu zählen insbesondere:

- Psychostimulanzien (ATC-Code: N06BA), z. B. Methylphenidat
- Nicht-stimulanzien wie Atomoxetin (ATC-Code: N06BA09)

Da die berücksichtigten ADHS-spezifischen Medikamente 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.

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

Vorgehensweise der Hochrechnung



Daten Deutschland

3-17 Jahre	N : 1.000 =	y
Jungen	6.094.964	5.284,4
Mädchen	5.761.596	4.991,5
Gesamt	16.370.878	10.275,9

Daten: Statistisches Bundesamt (Destatis),
Datenstand: 2025, Datenbezug: 2024,
Kinder/Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren,
absolute Anzahl

Falldefinition: Absolute Anzahl im
Beobachtungsjahr



Daten Kinder- und Jugendreport

3-17 Jahre	n * y = HR
Jungen	72,8
Mädchen	30,2
Gesamt	52,1

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

Hochrechnung Daten Kinder- und Jugendreport

3-17 Jahre	HR ~ 500
Jungen	443.500
Mädchen	174.000
Gesamt	617.000

Daten: DAK-Gesundheit und Destatis,
Datenbezug: 2024, Kinder/Jugendliche im Alter
von 3-17 Jahren
mit ADHS

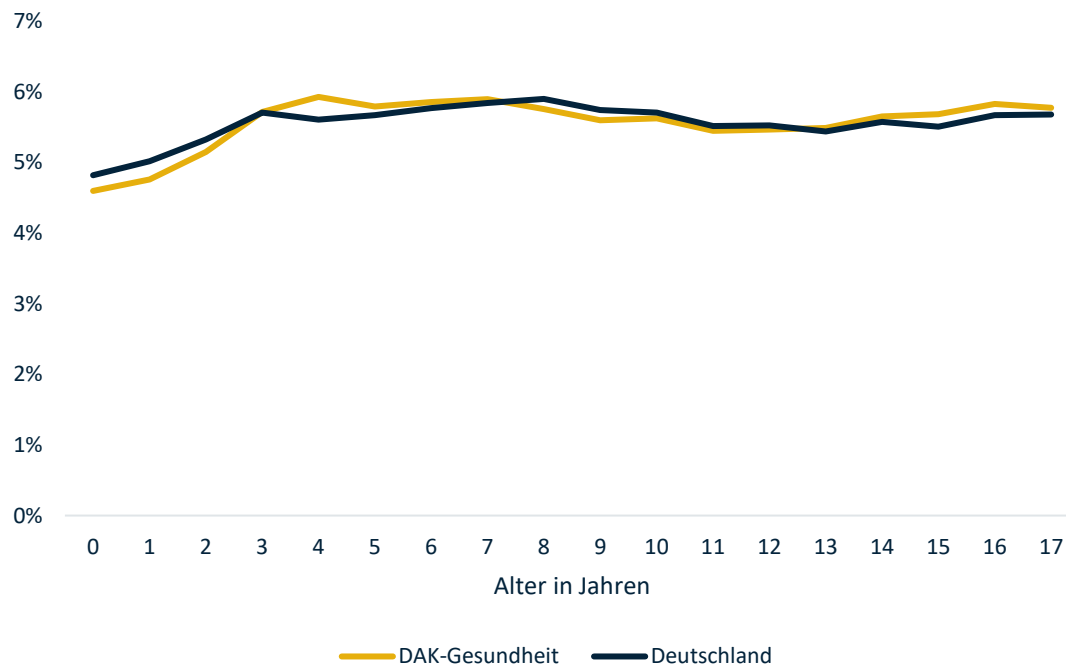
Falldefinition: Hochrechnung der Prävalenz im
Beobachtungsjahr; Rundung auf 500er-Stellen

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.

Repräsentativität der Ergebnisse



Repräsentativität der Altersverteilung DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher anhand des Anteils der Personen je Altersjahrgang an allen Personen (0-17 Jahre) im Jahr 2024



Daten: DAK-Gesundheit 2024 **Vergleichsdaten Deutschland:** Statistisches Bundesamt (Destatis) 2024, Ergebnis 12411-0007 auf Grundlage des Zensus 2022. Die Zuordnung des Bundeslandes erfolgt über den gemeldeten Wohnort der Kinder und Jugendlichen.

▼ Die **Altersverteilung** DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher ist vergleichbar mit dem Bundesdurchschnitt (s. Abbildung). 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 Mädchen an allen DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen sowie der Anteil aller Mädchen in Deutschland an allen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt bei 48,6 %. Der Anteil der Jungen liegt dementsprechend bei 51,4 %.

▼ **Regional** ist die DAK in Ost-Bundesländern (inkl. Berlin) leicht überrepräsentiert. Der Anteil DAK-versicherter Kinder und Jugendliche in Ost-Bundesländern beträgt im Jahr 2024 21,3 % (exkl. Berlin: 15,1 %), der bundesweite Anteil der Bundesländer der ehemaligen DDR liegt bei 18,2 % (exkl. Berlin: 13,9 %).



Dr. Lisa Wandschneider, Jana Diekmannshemke, Dr. Laura Naumann, Dr. Julian Witte (Vandage GmbH)

Unter Mitarbeit von: **Stefan Suhr, Franziska Kath, Gregor Drogies und Dr. Malte Klee** (DAK-Gesundheit)

Vandage GmbH
We compute in Bielefeld. Detmolder Straße 30, 33604 Bielefeld
hey@DAK-Kinder- und Jugendreport 2026