

# ADHS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN IN SACHSEN-ANHALT

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



Ergebnisse des DAK-Kinder- und Jugendreports

**09.07.2026**

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*

## Datenbasis in Sachsen-Anhalt

### Population



**17.900**

Rund 17.900 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Sachsen-Anhalt 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



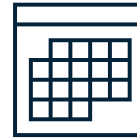
**939.800**

Für die Analysen werden alle ambulanten Arzt- und Therapeutenbesuche, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverschreibungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher analysiert. Dies sind ca. 939.800 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 in Deutschland 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.



## ADHS bei Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt und Deutschland



## Die ADHS-Neuerkrankungen sind in Sachsen-Anhalt von 2023 bis 2024 angestiegen

Inzidenz 2024

**13,3**

Neudiagnostizierte Fälle je  
1.000 Kinder und  
Jugendlicher (3-17 Jahre)

Trend 2020-2024

**+8 %**

Gesamtanstieg über 5 Jahre

Trend 2023-2024

**+8 %**

Anstieg im letzten Jahr

Hochrechnung 2024

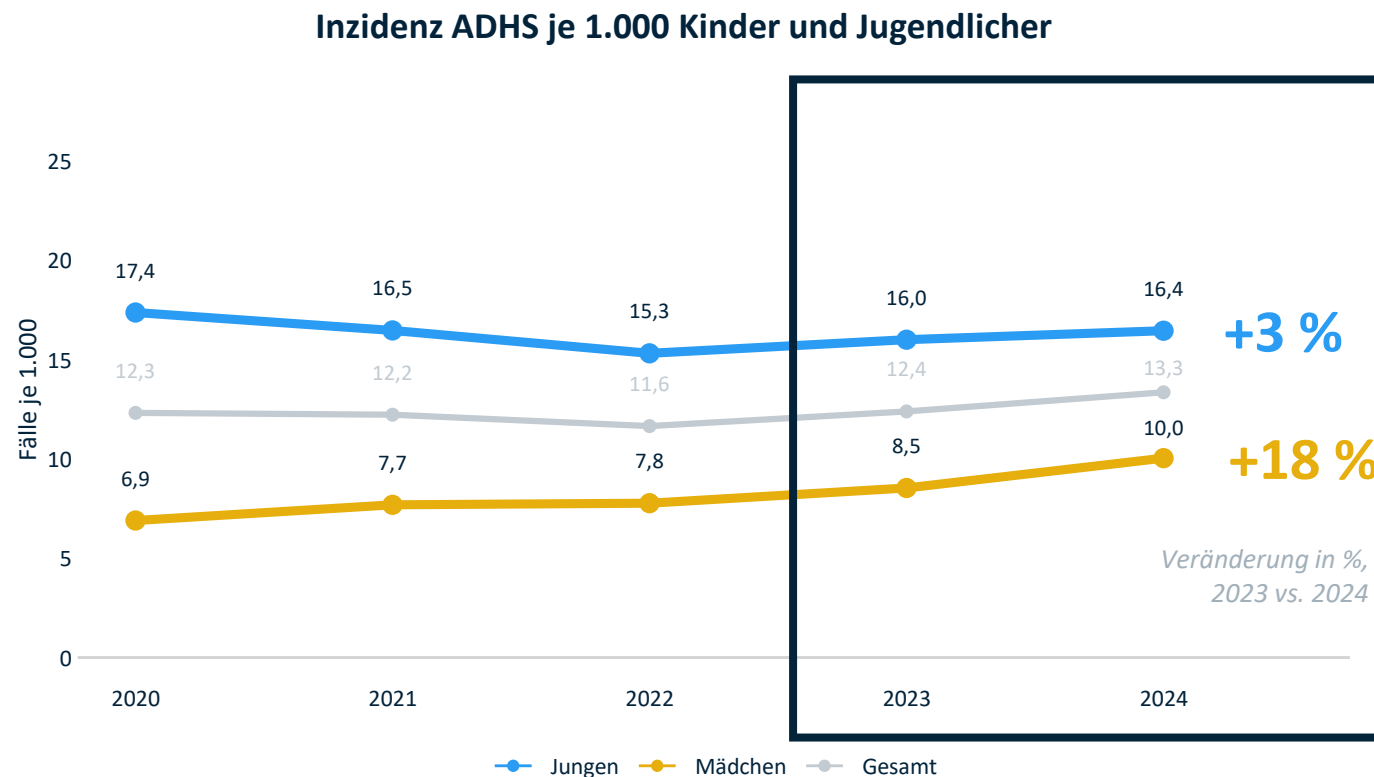
**3.700**

Neudiagnostizierte Fälle bei  
Kindern und Jugendlichen  
in Sachsen-Anhalt

**Die ADHS-Neuerkrankungen nehmen bei Kindern und Jugendlichen (3-17 Jahre) in Sachsen-Anhalt leicht zu.** Im Jahr 2024 erhielten 13,3 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 8 % zu (2023: 12,4 je 1.000). 2020 lag die Zahl der neu diagnostizierten ADHS-Fälle ebenfalls bei 12,3 je 1.000 (+8 %). Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 17 Jahren in Sachsen-Anhalt wiesen im Jahr 2024 rund 3.700 Kinder und Jugendliche eine ADHS-Neuerkrankung auf.

Bundesweit erhielten im Jahr 2024 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 in Deutschland um 16 % zu (2023: 14,6 je 1.000).

# Jungen erhalten etwa doppelt so häufig ADHS-Neudiagnosen wie Mädchen



| Hochrechnungen* | 2024  |
|-----------------|-------|
| Gesamt          | 3.700 |
| Jungen          | 2.400 |
| Mädchen         | 1.300 |

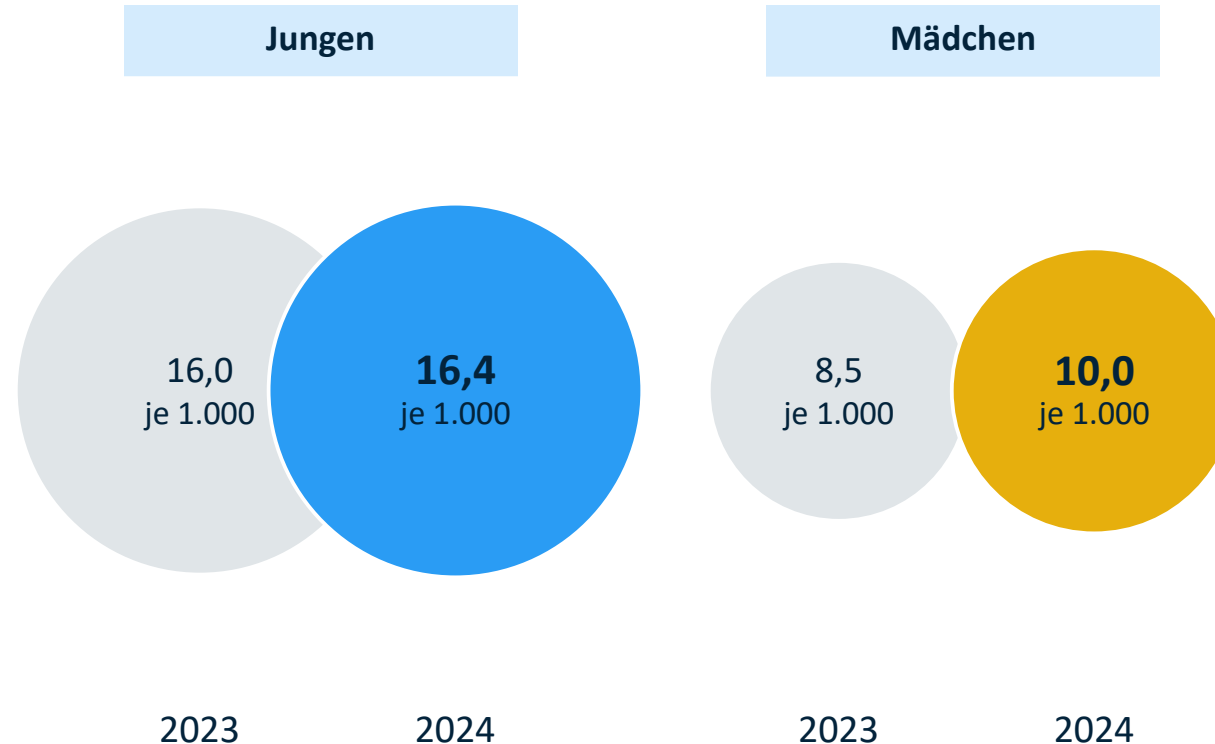
Im Jahr 2024 erhielten 16,4 von 1.000 Jungen und 10,0 von 1.000 Mädchen eine neue ADHS-Diagnose. Die ADHS-Neuerkrankungen liegen damit bei Jungen deutlich höher als bei Mädchen.

Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren in Sachsen-Anhalt wurde im Jahr 2024 bei rund 2.400 Jungen und rund 1.300 Mädchen eine ADHS-Neuerkrankung dokumentiert.

Daten: DAK-Gesundheit, 2020-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren in Sachsen-Anhalt, 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 sind gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz sind möglich.*

## ADHS-Neuerkrankungen steigen bei Mädchen, während für Jungen ein leichter Rückgang seit 2020 zu beobachten ist



### Trend 2023 vs. 2024

|         |       |               |
|---------|-------|---------------|
| Jungen  | +3 %  | +0,4 je 1.000 |
| Mädchen | +18 % | +1,5 je 1.000 |

### Trend 2020 vs. 2024

|         |       |               |
|---------|-------|---------------|
| Jungen  | -5 %  | -1,0 je 1.000 |
| Mädchen | +46 % | +3,1 je 1.000 |

**Bei Mädchen** ist sowohl gegenüber dem Vorjahr als auch im Vergleich zu 2020 ein Anstieg der ADHS-Neuerkrankungen zu beobachten. **Bei Jungen** bleiben die Neuerkrankungen im Vergleich zu 2023 nahezu konstant, liegen jedoch im Vergleich zu 2020 leicht niedriger.

Daten: DAK-Gesundheit, 2023 & 2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren in Sachsen-Anhalt, 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<br>20-24 | Trend<br>23-24 |
|--------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|----------------|
| <b>Kleinkinder</b><br>3-4 Jahre      | 5,5         | 3,8         | 3,8         | 6,1         | 4,6         | -16 %          | -24 %          |
| <b>Grundschulkinder</b><br>5-9 Jahre | <b>16,8</b> | <b>13,7</b> | <b>16,0</b> | <b>18,1</b> | <b>20,0</b> | <b>+19 %</b>   | <b>+11 %</b>   |
| <b>Schulkinder</b><br>10-14 Jahre    | 13,0        | 16,0        | 11,8        | 12,9        | 12,6        | -3 %           | -3 %           |
| <b>Jugendliche</b><br>15-17 Jahre    | 8,1         | 8,6         | 9,1         | 6,5         | 9,5         | +16 %          | +45 %          |
| <b>Gesamt</b><br>3-17 Jahre          | 12,3        | 12,2        | 11,6        | 12,4        | 13,3        | +8 %           | +8 %           |

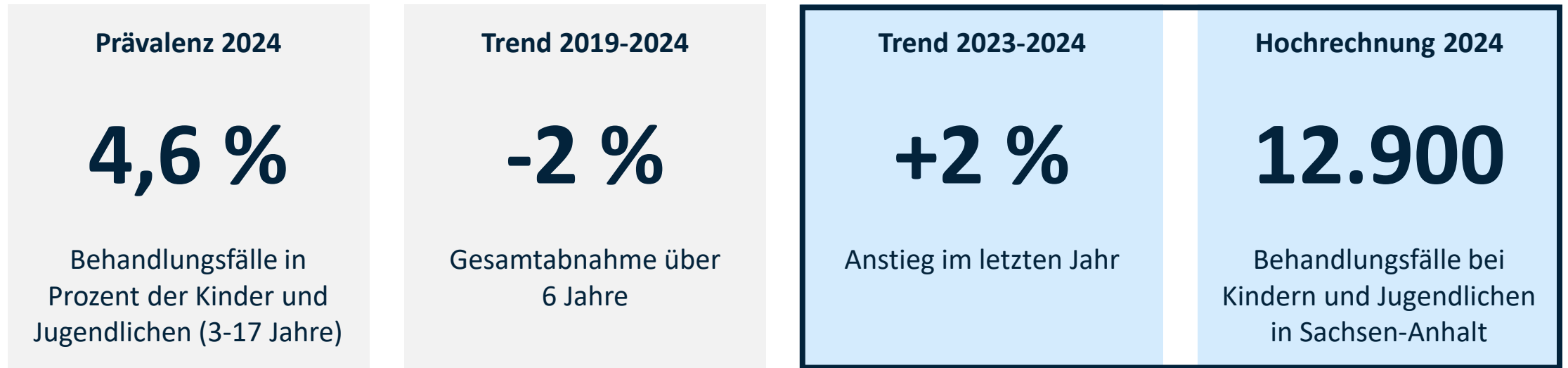
Am häufigsten von ADHS-Neuerkrankungen betroffen sind Grundschulkinder, gefolgt von Schulkindern. Im Jahr 2024 wurden 20,0 Neuerkrankungen je 1.000 Grundschulkinder und 12,6 je 1.000 Schulkinder dokumentiert. Auch bei Jugendlichen steigt die Inzidenz an (2024: 9,5 je 1.000), während Kleinkinder weiterhin die niedrigsten Werte aufweisen (2024: 4,6 je 1.000).

Während die ADHS-Neuerkrankungen bei Grundschulkindern und Jugendlichen zunehmen, zeigt sich bei Schulkindern und Kleinkindern ein Rückgang.

Daten: DAK-Gesundheit, 2020-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren in Sachsen-Anhalt, 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.



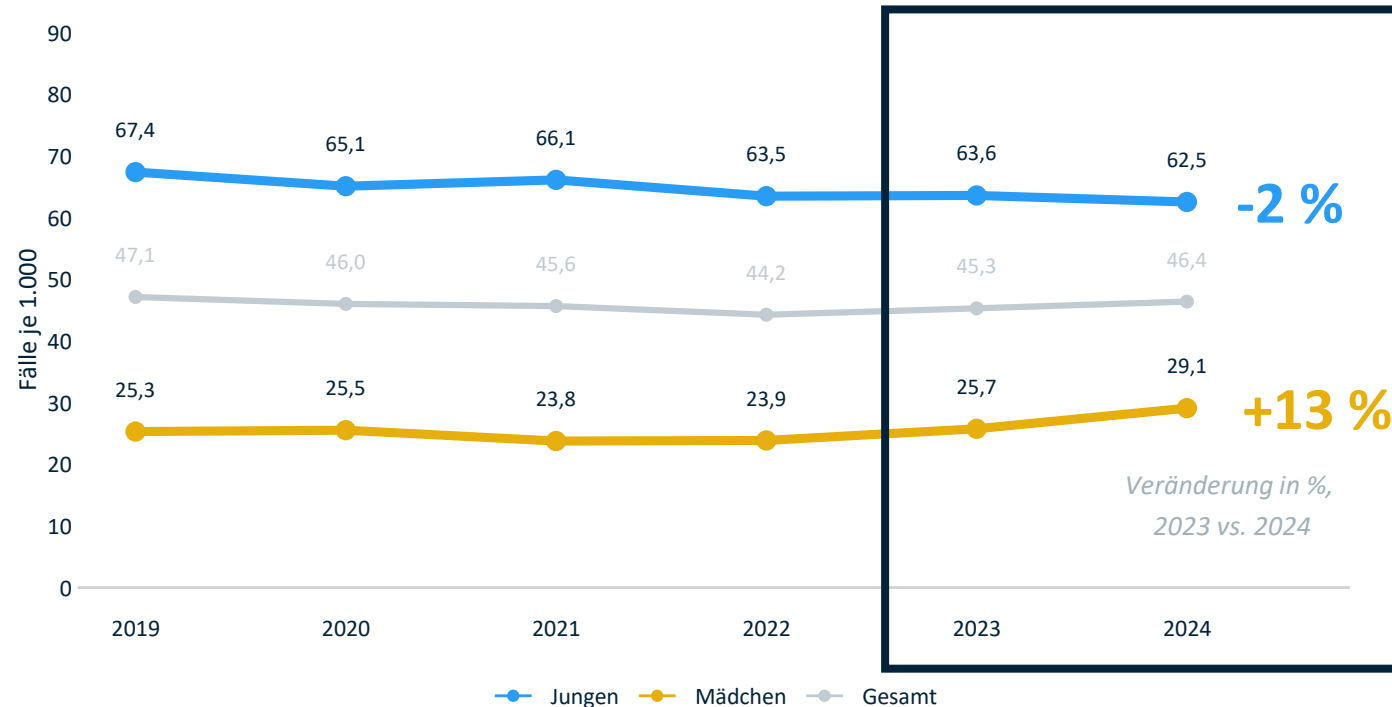
## ADHS-Diagnosen verbleiben in Sachsen-Anhalt auf hohem Niveau



**Die ADHS-Prävalenz war bei Kindern und Jugendlichen (3-17 Jahre) insgesamt auf einem relativ gleichbleibend hohen Niveau.** Im Jahr 2024 lag bei 46,4 je 1.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen eine ADHS-Diagnose vor, hochgerechnet auf Sachsen-Anhalt entspricht das rund 12.900 Fällen – davon waren knapp ein Drittel in diesem Zeitraum erstmalig in Behandlung (siehe Neuerkrankungen). Im Vergleich zum Vorjahr war die Krankheitshäufigkeit 2024 nahezu unverändert (45,3 je 1.000). Im Jahr 2019 wiesen 47,1 je 1.000 eine ADHS-Diagnose auf (-2 % im Vergleich zu 2024).

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

Prävalenz ADHS je 1.000 Kinder und Jugendlicher



## Hochrechnungen\*

2024

|         |        |
|---------|--------|
| Gesamt  | 12.900 |
| Jungen  | 9.100  |
| Mädchen | 3.900  |

Im Jahr 2024 wiesen 62,5 je 1.000 Jungen eine ADHS-Diagnose auf, gegenüber 29,1 je 1.000 Mädchen. Damit erhalten Jungen deutlich häufiger ADHS-Diagnosen als Mädchen (bis zu 2,8-mal so häufig). Für Jungen zeigt sich eine leichte Abnahme im Vergleich zu Mädchen, bei denen eine Zunahme der ADHS-Diagnosen ab 2023 dokumentiert ist.

Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt im Alter von 3-17 Jahren entspricht dies im Jahr 2024 rund 9.100 Jungen und 3.900 Mädchen mit einer ADHS-Diagnose.

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

\*Hochrechnungen sind gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz sind möglich.



## ADHS-Medikamente werden in Sachsen-Anhalt seit 2019 seltener verschrieben

### ADHS-Medikamente 2024

**31,1 %**

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

### Trend 2019-2024

**-12%**

Gesamtabnahme über 6 Jahre

### Trend 2023-2024

**-1 %**

Veränderung im letzten Jahr

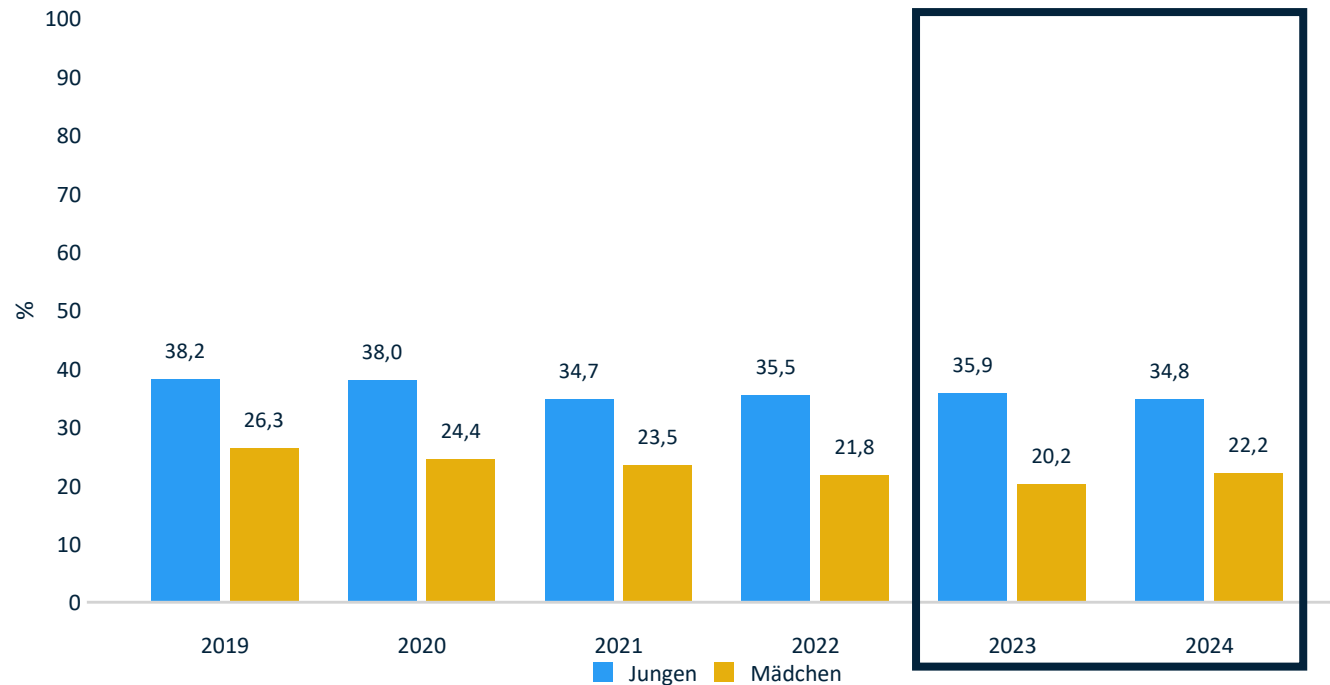
**Verschreibungen von ADHS-Medikamenten haben seit 2019 bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 6 bis 17 Jahren mit ADHS abgenommen.** Im Jahr 2024 erhielten 31,1 % der 6- bis 17-Jährigen mit ADHS mindestens eine entsprechende Verschreibung, im Jahr 2019 waren es 35,3 % (dies entspricht einer relativen Abnahme von 12 %). Im Vergleich zum Vorjahr 2023 ist der Anteil nahezu unverändert (2023: 31,6 %).

*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  | -3 %  |
| Mädchen | +10 % |

### Trend 2019 vs. 2024

|         |       |
|---------|-------|
| Jungen  | -9 %  |
| Mädchen | -16 % |

**Im Jahr 2024 erhielten 34,8 % der Jungen mit ADHS eine Verschreibung für ein ADHS-Medikament und 22,2 % der Mädchen.** ADHS-Medikamente werden somit häufiger für Jungen mit ADHS verschrieben als für gleichaltrige Mädchen.

Bei Jungen und Mädchen mit ADHS nimmt der Anteil mit ADHS-Medikamenten seit 2019 an, wobei sich für Mädchen ein Anstieg seit 2023 zeigt.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 6-17 Jahren in Sachsen-Anhalt, 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 Sachsen-Anhalt lebende Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre). Angaben gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

- : Zensierung aufgrund zu geringer Fallzahlen (n<5)

| Altersgruppe                         | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle |       |       |       |       | Differenz |           |
|--------------------------------------|------------|------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------|-----------|
|                                      |            | 2020                   | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  | 2020-2024 | 2023-2024 |
| <b>Kleinkinder</b><br>3-4 Jahre      | Jungen     | 100                    | 100   | -     | 100   | -     | -         | -         |
|                                      | Mädchen    | -                      | -     | -     | 100   | -     | -         | -         |
|                                      | Gesamt     | 200                    | 100   | 100   | 200   | 200   | 0         | 0         |
| <b>Grundschulkinder</b><br>5-9 Jahre | Jungen     | 1.300                  | 1.000 | 1.100 | 1.400 | 1.200 | -100      | -200      |
|                                      | Mädchen    | 300                    | 300   | 500   | 400   | 700   | +400      | +300      |
|                                      | Gesamt     | 1.500                  | 1.300 | 1.500 | 1.700 | 1.800 | +300      | +100      |
| <b>Schulkinder</b><br>10-14 Jahre    | Jungen     | 800                    | 1.000 | 700   | 700   | 800   | 0         | +100      |
|                                      | Mädchen    | 400                    | 500   | 400   | 500   | 400   | 0         | -100      |
|                                      | Gesamt     | 1.200                  | 1.500 | 1.100 | 1.200 | 1.200 | 0         | 0         |
| <b>Jugendliche</b><br>15-17 Jahre    | Jungen     | 200                    | 300   | 400   | 200   | 400   | +200      | +200      |
|                                      | Mädchen    | 200                    | 100   | -     | 100   | 200   | 0         | +100      |
|                                      | Gesamt     | 400                    | 400   | 500   | 400   | 500   | +100      | +100      |
| <b>Gesamt</b><br>3-17 Jahre          | Jungen     | 2.400                  | 2.300 | 2.200 | 2.300 | 2.400 | 0         | +100      |
|                                      | Mädchen    | 900                    | 1.000 | 1.000 | 1.100 | 1.300 | +400      | +200      |
|                                      | Gesamt     | 3.300                  | 3.400 | 3.200 | 3.400 | 3.700 | +400      | +300      |



# Hochrechnung prävalenter ADHS-Fälle



Entwicklung der Prävalenz von ADHS (ICD-10-Code: F90.-) unter DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen, Hochrechnung auf alle in Sachsen-Anhalt lebende Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre). Angaben gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

- : Zensierung aufgrund zu geringer Fallzahlen (n<5)

| Altersgruppe                         | Geschlecht | Hochrechnung der Fälle |        |        |        |        |        | Differenz |           |
|--------------------------------------|------------|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------|-----------|
|                                      |            | 2019                   | 2020   | 2021   | 2022   | 2023   | 2024   | 2019-2024 | 2023-2024 |
| <b>Kleinkinder</b><br>3-4 Jahre      | Jungen     | 200                    | 200    | 200    | 100    | 100    | 100    | -100      | 0         |
|                                      | Mädchen    | 200                    | 100    | -      | -      | 100    | 200    | 0         | +100      |
|                                      | Gesamt     | 400                    | 400    | 200    | 200    | 200    | 300    | -100      | +100      |
| <b>Grundschulkinder</b><br>5-9 Jahre | Jungen     | 2.700                  | 2.900  | 2.700  | 2.400  | 2.900  | 2.900  | +200      | 0         |
|                                      | Mädchen    | 1.300                  | 1.000  | 900    | 800    | 800    | 1.100  | -200      | +300      |
|                                      | Gesamt     | 4.100                  | 3.900  | 3.600  | 3.200  | 3.700  | 3.900  | -200      | +200      |
| <b>Schulkinder</b><br>10-14 Jahre    | Jungen     | 4.400                  | 4.100  | 4.300  | 4.300  | 4.200  | 4.100  | -300      | -100      |
|                                      | Mädchen    | 1.300                  | 1.500  | 1.600  | 1.700  | 1.900  | 1.800  | +500      | -100      |
|                                      | Gesamt     | 5.700                  | 5.600  | 5.900  | 6.000  | 6.100  | 6.000  | +300      | -100      |
| <b>Jugendliche</b><br>15-17 Jahre    | Jungen     | 1.900                  | 1.800  | 2.000  | 2.200  | 2.000  | 2.000  | +100      | 0         |
|                                      | Mädchen    | 500                    | 600    | 600    | 600    | 700    | 800    | +300      | +100      |
|                                      | Gesamt     | 2.400                  | 2.400  | 2.600  | 2.800  | 2.700  | 2.700  | +300      | 0         |
| <b>Gesamt</b><br>3-17 Jahre          | Jungen     | 9.400                  | 9.100  | 9.400  | 9.100  | 9.200  | 9.100  | -300      | -100      |
|                                      | Mädchen    | 3.300                  | 3.400  | 3.200  | 3.200  | 3.400  | 3.900  | +600      | +500      |
|                                      | Gesamt     | 12.700                 | 12.500 | 12.600 | 12.300 | 12.600 | 12.900 | +200      | +300      |



# Hintergrund zur Datenerhebung



# **Herleitung Themenfokus**





# ADHS ist die zweithäufigste psychische und Verhaltensstörung bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2024

| Rang | ICD-Code                                                                               | Prävalenz 2024<br>(Fälle je 1.000) |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| 1    | F80: Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache                  | 143,3                              |
| 2    | <b>F90: Hyperkinetische Störungen</b>                                                  | <b>52,1</b>                        |
| 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).

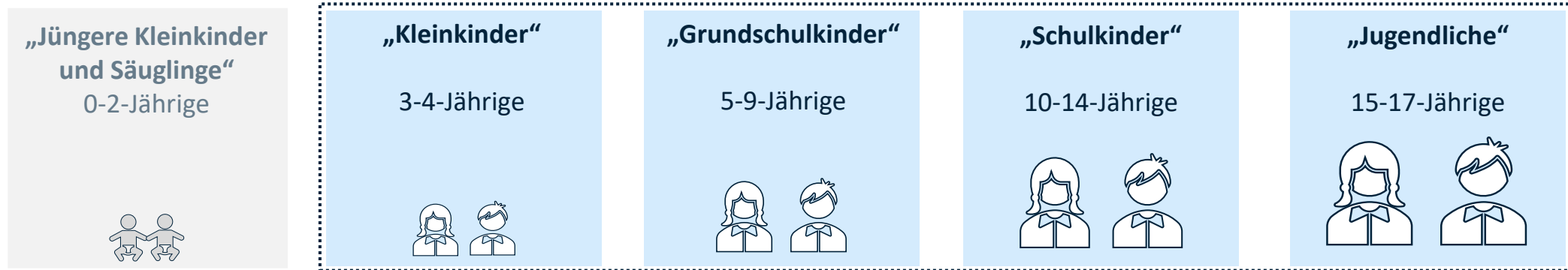
# Einordnung von Sekundärdaten



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                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Breite Datengrundlage</li><li>• Vollständige Abbildung des administrativen Leistungsgeschehens</li><li>• Große Analysepopulation</li><li>• Möglichkeit patientenindividueller, längsschnittlicher Analyse</li><li>• Daten sind schnell und kosteneffektiv verfügbar</li><li>• Möglichkeit zur Validierung von Primärdaten</li><li>• Daten erfassbar, die sonst nicht erfasst werden können wie bspw. von sehr jungen oder schwer kranken Personen, die an keiner Primärdatenerhebung teilnehmen können</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Nur administrative Diagnosedaten verfügbar (siehe Erkrankungen ohne Kontakt zu Leistungserbringenden)</li><li>• Verzerrungen durch fehlerhafte Codierung möglich</li><li>• Qualitätsüberprüfung der Daten ist nur eingeschränkt möglich</li></ul> |

# Studienpopulation



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 15.200 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Sachsen-Anhalt 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.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



**STATIS**  
Statistisches Bundesamt

**DAK**  
Gesundheit

## 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 | $HR \sim 500$ |
|------------|---------------|
| 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

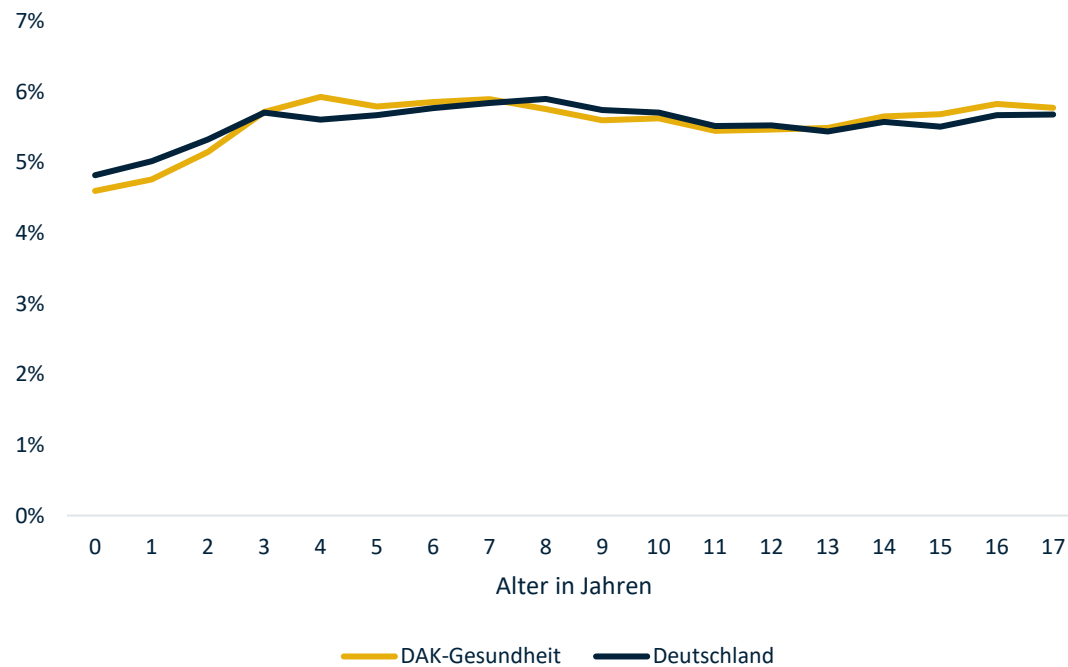
*Hochgerechnete Zahlen stellen immer Rundungswerte dar, sodass diese keine geeignete Grundlage für die Berechnung von relativen Veränderungsrate bzw. Trendberechnungen darstellen. Daher werden in dem Zusammenhang mit Hochrechnungen nur die Differenzen der hochgerechneten Zahlen zwischen den betrachteten 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](mailto:hey@DAK-Kinder- und Jugendreport 2026)