

ADHS BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN IN BADEN-WÜRTTEMBERG

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 Baden-Württemberg

Population



86.800

Rund 86.800 DAK-versicherte Kinder und Jugendliche aus Baden-Württemberg 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



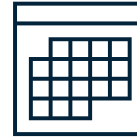
4,6 Mio.

Für die Analysen werden alle ambulanten Arzt- und Therapeutenbesuche, Krankenhausaufenthalte und Arzneimittelverschreibungen DAK-versicherter Kinder und Jugendlicher analysiert. Dies sind ca. 4,6 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 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 Baden-Württemberg und Deutschland

Vergleich 2023 vs. 2024		
Baden-Württemberg		Deutschland
		
+11 %	Neuerkrankungen (gesamt)	+16 %
+8 %	Jungen	+14 %
+16 %	Mädchen	+21 %
5,3 %	Krankheitshäufigkeit (2024 gesamt)	5,2 %



Die ADHS-Neuerkrankungen sind in Baden-Württemberg von 2023 bis 2024 angestiegen

Inzidenz 2024

16,8

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

Trend 2020-2024

+22 %

Gesamtanstieg über 5 Jahre

Trend 2023-2024

+11 %

Anstieg im letzten Jahr

Hochrechnung 2024

27.600

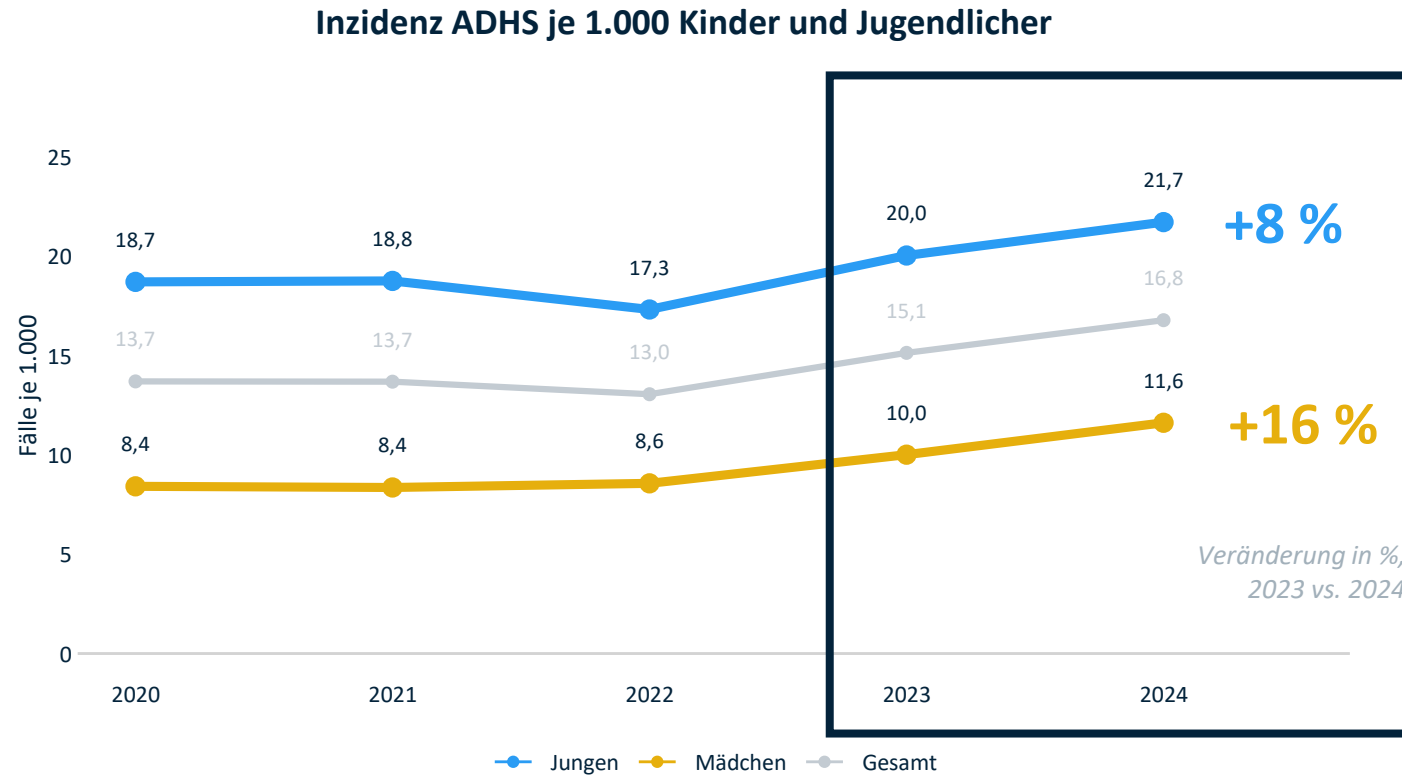
Neudiagnostizierte Fälle bei
Kindern und Jugendlichen
in Baden-Württemberg

Die ADHS-Neuerkrankungen nehmen bei Kindern und Jugendlichen (3-17 Jahre) in Baden-Württemberg zu. Im Jahr 2024 erhielten 16,8 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 11 % zu (2023: 15,1 je 1.000). 2020 lag die Zahl der neu diagnostizierten ADHS-Fälle ebenfalls bei 13,7 je 1.000 (+22 %). Hochgerechnet auf alle Kinder und Jugendliche zwischen 3 und 17 Jahren in Baden-Württemberg wiesen im Jahr 2024 rund 27.600 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	27.600
Jungen	18.300
Mädchen	9.300

Im Jahr 2024 erhielten 21,7 von 1.000 Jungen und 11,6 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 Baden-Württemberg wurde im Jahr 2024 bei rund 18.300 Jungen und rund 9.300 Mädchen eine ADHS-Neuerkrankung dokumentiert.

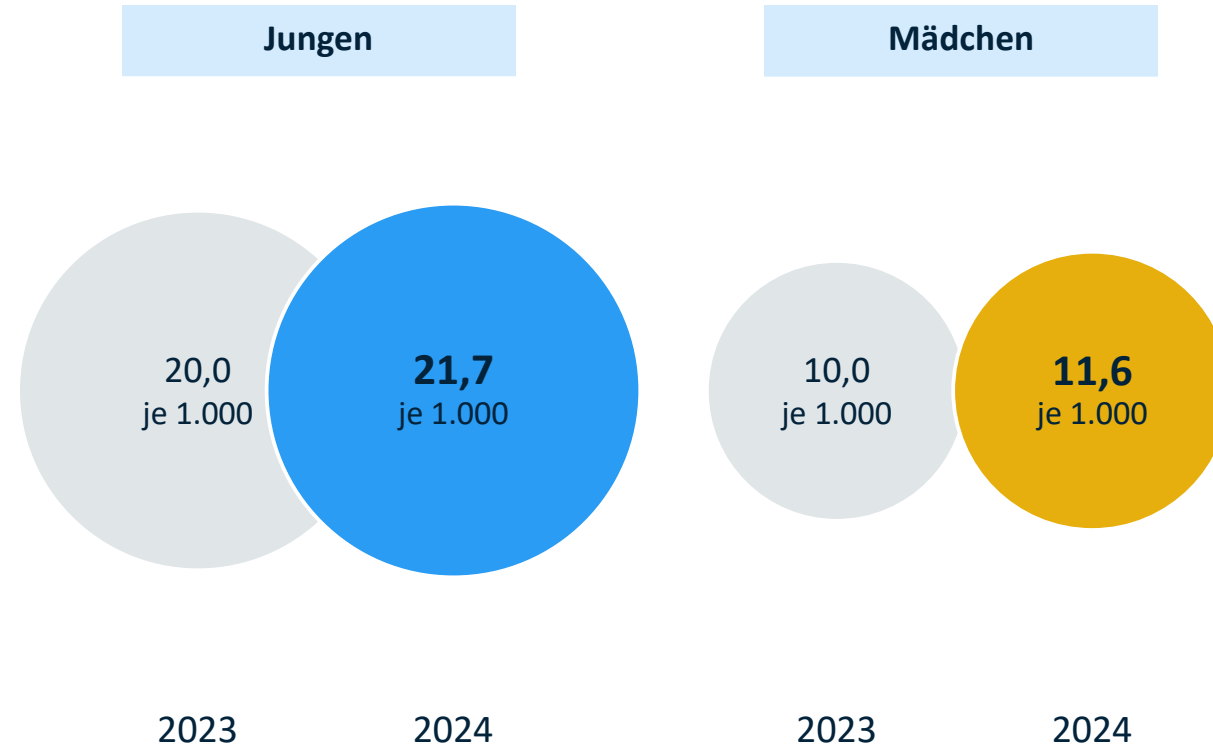
**Hochrechnungen sind gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Summe/Differenz sind möglich.*

Daten: DAK-Gesundheit, 2020-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren in Baden-Württemberg, 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-Neuerkrankungen steigen bei Mädchen relativ stärker – absolute Zunahme nahezu gleichauf von 2023 auf 2024



Trend 2023 vs. 2024

Jungen	+8 %	+1,7 je 1.000
Mädchen	+16 %	+1,6 je 1.000

Trend 2020 vs. 2024

Jungen	+16 %	+3,0 je 1.000
Mädchen	+38 %	+3,2 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 in Baden-Württemberg, 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	5,5	4,9	5,0	5,8	5,9	+6 %	+1 %
GrundschulKinder 5-9 Jahre	19,9	18,6	18,7	22,0	22,7	+14 %	+3 %
Schulkinder 10-14 Jahre	14,4	14,7	13,1	14,6	18,0	+25 %	+23 %
Jugendliche 15-17 Jahre	8,8	10,3	9,4	10,9	12,5	+42 %	+14 %
Gesamt 3-17 Jahre	13,7	13,7	13,0	15,1	16,8	+22 %	+11 %

Am häufigsten von ADHS-Neuerkrankungen betroffen sind GrundschulKinder, gefolgt von Schulkindern. Im Jahr 2024 wurden 22,7 Neuerkrankungen je 1.000 GrundschulKinder und 18,0 je 1.000 Schulkinder dokumentiert. Auch bei Jugendlichen steigt die Inzidenz an (2024: 12,5 je 1.000), während Kleinkinder weiterhin die niedrigsten Werte aufweisen (2024: 5,9 je 1.000).

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 in Baden-Württemberg, 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 Baden-Württemberg auf hohem Niveau, mit einem leichten Anstieg seit 2023

Prävalenz 2024

5,3 %

Behandlungsfälle in
Prozent der Kinder und
Jugendlichen (3-17 Jahre)

Trend 2019-2024

+10 %

Gesamtanstieg über
6 Jahre

Trend 2023-2024

+9 %

Anstieg im letzten Jahr

Hochrechnung 2024

86.400

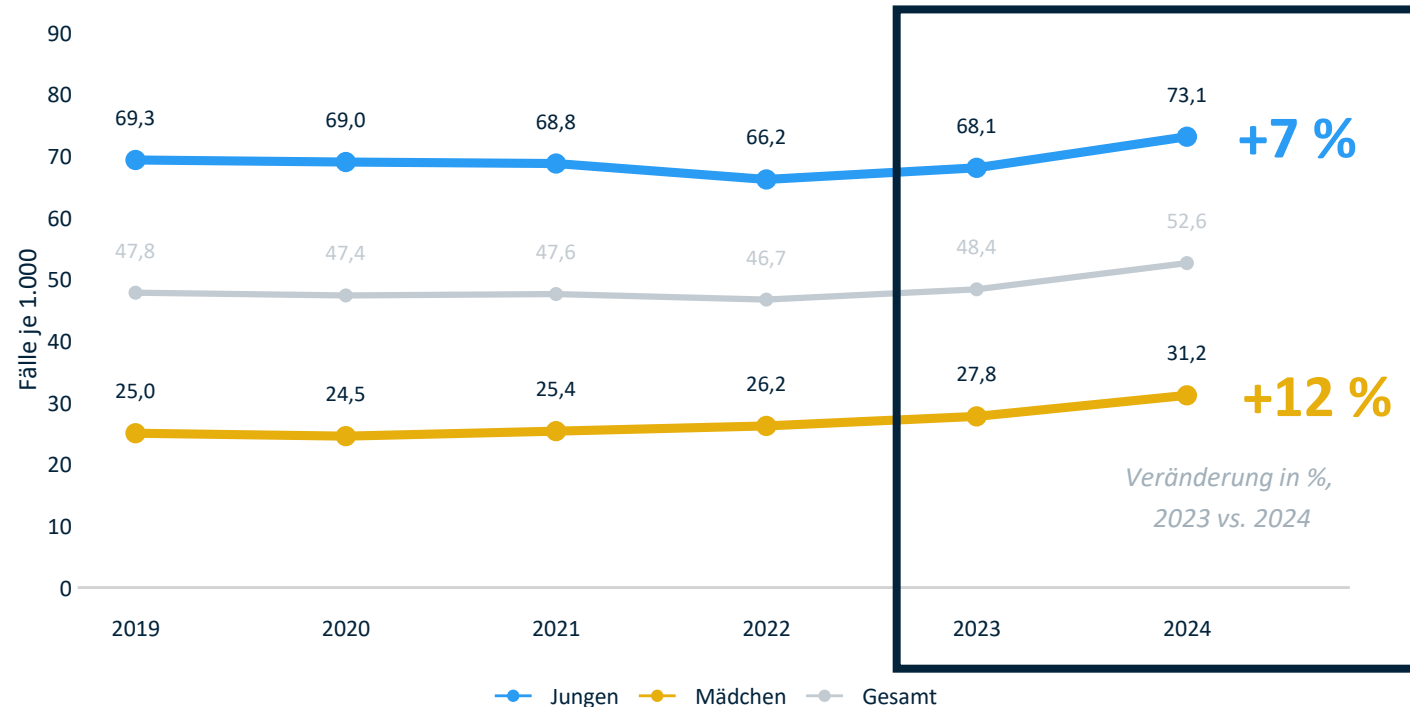
Behandlungsfälle bei
Kindern und Jugendlichen
in Baden-Württemberg

Die ADHS-Prävalenz war bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg (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 52,6 je 1.000 DAK-versicherten Kindern und Jugendlichen eine ADHS-Diagnose vor, hochgerechnet auf Baden-Württemberg entspricht das rund 86.400 Fällen – davon waren knapp ein Drittel in diesem Zeitraum erstmalig in Behandlung (siehe Neuerkrankungen). Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Krankheitshäufigkeit 2024 um 9 % zu (48,4 je 1.000). Im Jahr 2019 wiesen 47,8 je 1.000 eine ADHS-Diagnose auf (+10 % 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	86.400
Jungen	61.500
Mädchen	24.900

Im Jahr 2024 wiesen 73,1 je 1.000 Jungen eine ADHS-Diagnose auf, gegenüber 31,2 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 Baden-Württemberg im Alter von 3-17 Jahren entspricht dies im Jahr 2024 rund 61.500 Jungen und 24.900 Mädchen mit einer ADHS-Diagnose.

Daten: DAK-Gesundheit, 2019-2024, Kinder und Jugendliche im Alter von 3-17 Jahren in Baden-Württemberg, 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 Baden-Württemberg seit 2019 häufiger verschrieben

ADHS-Medikamente 2024

51,7 %

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

Trend 2019-2024

+16 %

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 51,7 % der 6- bis 17-Jährigen mit ADHS mindestens eine entsprechende Verschreibung, im Jahr 2019 waren es 44,5 % (dies entspricht einer relativen Zunahme von 16 %). Im Vergleich zum Vorjahr 2023 ist der Anteil nahezu unverändert (2023: 49,7 %).

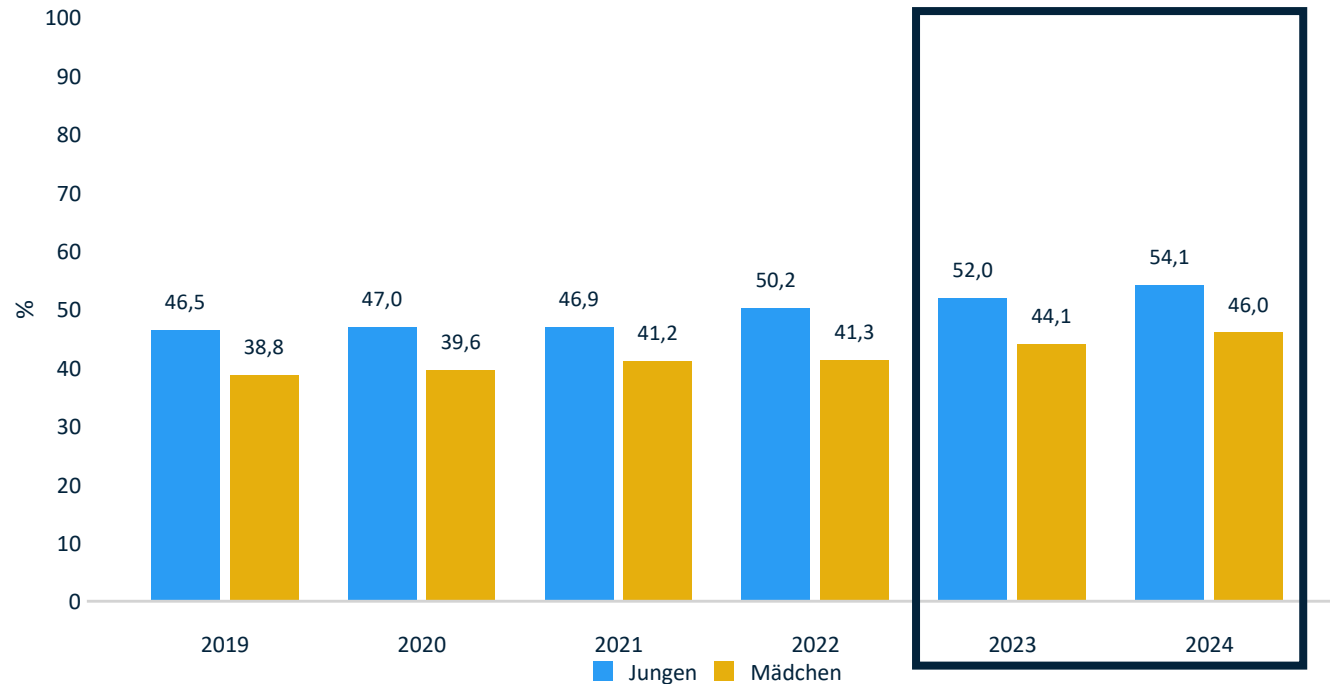
Warum unterscheiden sich die betrachteten Altersgruppen für Analysen der ADHS-spezifische Arzneimittelverschreibungen? Da ADHS-Diagnosen leitliniengemäß ab 3 Jahren gestellt werden können, Arzneimittel jedoch erst ab 6 Jahren zugelassen sind, werden Diagnose- und Arzneimittelanalysen altersgruppenspezifisch 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	+4 %
Mädchen	+4 %

Trend 2019 vs. 2024

Jungen	+16 %
Mädchen	+19 %

Im Jahr 2024 erhielten 54,1 % der Jungen mit ADHS eine Verschreibung für ein ADHS-Medikament und 46,0 % 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 in Baden-Württemberg, 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 Baden-Württemberg lebende Kinder und Jugendliche (3-17 Jahre). Angaben gerundet auf die 100er-Stelle. Rundungsbedingte Abweichungen in der Berechnung der Differenz möglich.

Altersgruppe	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle					Differenz	
		2020	2021	2022	2023	2024	2020-2024	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	800	800	800	900	900	+100	0
	Mädchen	400	300	400	400	400	0	0
	Gesamt	1.200	1.100	1.100	1.300	1.300	+100	0
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	7.300	7.200	7.400	8.800	8.800	+1.500	0
	Mädchen	2.900	2.600	2.800	3.500	4.000	+1.100	+500
	Gesamt	10.200	9.800	10.200	12.200	12.700	+2.500	+500
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	5.100	5.300	4.500	4.900	6.300	+1.200	+1.400
	Mädchen	2.200	2.200	2.300	2.700	3.200	+1.000	+500
	Gesamt	7.300	7.500	6.800	7.700	9.500	+2.200	+1.800
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	1.900	2.000	1.700	2.200	2.300	+400	+100
	Mädchen	900	1.300	1.300	1.300	1.700	+800	+400
	Gesamt	2.800	3.200	3.000	3.500	4.000	+1.200	+500
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	15.000	15.100	14.200	16.700	18.300	+3.300	+1.600
	Mädchen	6.400	6.400	6.700	7.900	9.300	+2.900	+1.400
	Gesamt	21.300	21.500	21.000	24.600	27.600	+6.300	+3.000



Hochrechnung prävalenter ADHS-Fälle



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

Altersgruppe	Geschlecht	Hochrechnung der Fälle						Differenz	
		2019	2020	2021	2022	2023	2024	2019-2024	2023-2024
Kleinkinder 3-4 Jahre	Jungen	1.000	1.000	1.100	1.000	1.200	1.200	+200	0
	Mädchen	400	400	300	400	600	500	+100	-100
	Gesamt	1.400	1.400	1.400	1.400	1.800	1.700	+300	-100
Grundschulkinder 5-9 Jahre	Jungen	16.400	16.000	15.500	15.200	17.100	18.000	+1.600	+900
	Mädchen	5.300	5.400	5.200	5.500	6.500	7.300	+2.000	+800
	Gesamt	21.700	21.300	20.500	20.700	23.500	25.200	+3.500	+1.700
Schulkinder 10-14 Jahre	Jungen	25.800	26.500	26.700	26.100	26.100	29.400	+3.600	+3.300
	Mädchen	9.000	8.600	9.300	9.700	9.800	11.200	+2.200	+1.400
	Gesamt	34.900	35.100	36.100	35.900	36.000	40.600	+5.700	+4.600
Jugendliche 15-17 Jahre	Jungen	11.200	11.300	11.600	11.900	12.300	13.100	+1.900	+800
	Mädchen	4.000	4.100	4.500	4.800	5.100	6.000	+2.000	+900
	Gesamt	15.300	15.400	16.200	16.700	17.400	19.000	+3.700	+1.600
Gesamt 3-17 Jahre	Jungen	55.200	55.200	55.400	54.400	56.700	61.500	+6.300	+4.800
	Mädchen	18.900	18.600	19.400	20.500	22.000	24.900	+6.000	+2.900
	Gesamt	74.100	73.800	74.800	75.000	78.600	86.400	+12.300	+7.800



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).

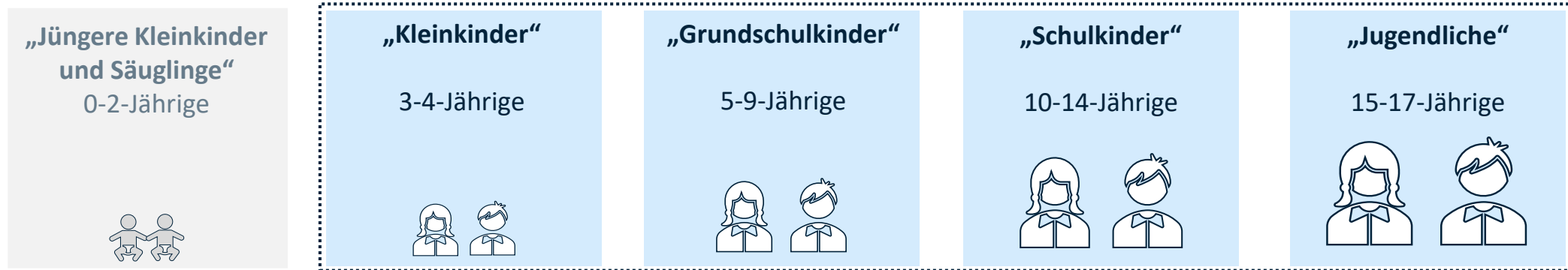
Einordnung von Sekundärdaten



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

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 72.200 bei der DAK-Gesundheit versicherten Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg 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

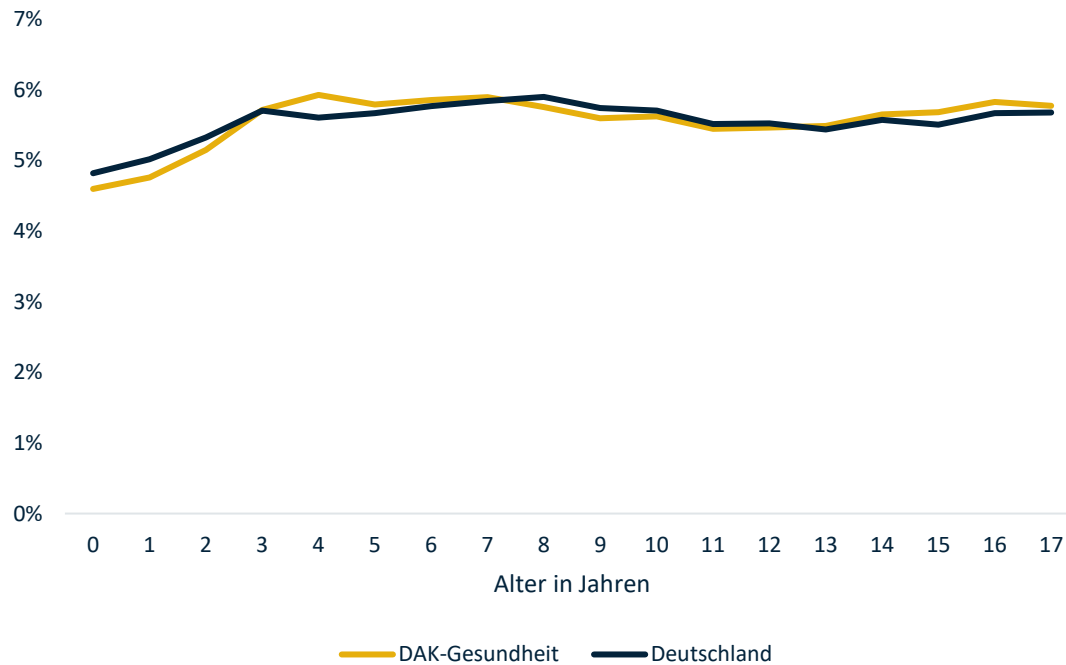
Hochgerechnete Zahlen stellen immer Rundungswerte dar, sodass diese keine geeignete Grundlage für die Berechnung von relativen Veränderungsraten bzw. Trendberechnungen darstellen. Daher werden in dem Zusammenhang mit Hochrechnungen nur die Differenzen der hochgerechneten Zahlen zwischen den betrachteten 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