Dr. rer. medic. Patrick Timpel
Dr. rer. nat. Jana Knop
Dr. rer. nat. Martina Grönig
Vukašin Višković MA
PD Dr. med. Daniel Schöttle
PD Dr. med. Felix Betzler

Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland: Analyse von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023

Zusammenfassung

Einleitung: ADHS ist mit einer hohen Krankheitslast und erheblichen direkten sowie indirekten Kosten verbunden, insbesondere im Erwachsenenalter. Für Deutschland fehlen jedoch aktuelle gesundheitsökonomische Analysen mit langen Beobachtungszeiträumen.

Methoden: Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis anonymisierter GKV-Routinedaten (InGef) von 2017 bis 2023 durchgeführt. Die Analyse umfasst prävalente und inzidente ADHS-Patient:innen (<18/≥18 Jahre) mit Fokus auf nicht-medikamentöse Versorgung, direkte Kosten und Arbeitsunfähigkeit.

Ergebnisse: 2023 betrugen die durchschnittlichen direkten Gesamtkosten 3.527 Euro (prävalent) bzw. 4.250 Euro (inzident) pro Patient und waren bei Erwachsenen deutlich höher als bei Kindern/Jugendlichen. Stationäre Leistungen stellten den größten Kostenanteil dar. 14 bis 17 % der Patient:innen nutzten Psychotherapie. 8–10% der Patient:innen nutzten Verhaltenstherapie, mit durchschnittlich ~14 Sitzungen/Jahr und Kosten von ~1.5 Tsd. Euro/Patient:in/Jahr. Von 2017 bis 2023 stiegen die direkten Kosten um 43–46%. Der Anteil Erwachsener mit Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer nahmen insbesondere ab 2021 deutlich zu.

Diskussion: Die ADHS-Versorgung in Deutschland ist mit steigenden Kosten verbunden, die vor allem durch stationäre Behandlungen und psychotherapeutische Interventionen geprägt sind. Eine frühzeitige, kontinuierliche und ambulant-multimodale Versorgung könnte kostenintensive stationäre Leistungen und Produktivitätsverluste reduzieren.

Schlüsselwörter

ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung); Epidemiologie; Verhaltenstherapie (VT); Gesundheitsökonomische Analyse; Sekundärdatenanalyse

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2878

Die Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen liegt weltweit bei etwa 5–8%, wobei Jungen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Mädchen (Ayano et al., 2023; Wolraich et al., 2019). Im Erwachsenenalter wird der Geschlechterunterschied geringer und die Prävalenz ist mit 2–3% deutlich niedriger (Cortese et al., 2025; Faraone et al., 2006; Posner et al., 2020). Der Verlauf von ADHS ist heterogen: Rund 15% der Betroffenen erfüllen auch im Erwachsenenalter die vollständigen Diagnosekriterien, 40–60% zeigen eine partielle Remission mit weiterhin funktionellen Beeinträchtigungen, und nur etwa 9% erreichen eine dauerhafte Remission. Häufig treten fluktuierende Verläufe mit Remissions- und Rezidivphasen auf. Die Prävalenzschätzungen werden maßgeblich durch methodische Unterschiede, regionale Variabilität und die jeweils verwendeten diagnostischen Kriterien beeinflusst (Ayano et al., 2023; Cortese et al., 2025; Cortese et al., 2023; Edition, 2013; Posner et al., 2020). Die aktuellen Klassifikationssysteme (DSM-5, ICD-11) erlauben einen späteren Symptombeginn und senken damit die Diagnoseschwelle, was insbesondere die Prävalenz im Erwachsenenalter beeinflusst.

>> Die gesundheitsökonomische Belastung durch ADHS ist erheblich und vergleichbar mit der chronisch-somatischer Erkrankungen. Bei ca. 80% der Betroffenen können Komorbiditäten festgestellt werden, darunter Abhängigkeitserkrankungen, affektive Störungen und Angsterkrankungen (Choi et al., 2022). Direkte medizinische Kosten sowie indirekte Kosten, z. B. durch Produktivitätsverluste, sind bedeutend höher bei Betroffenen als bei Gleichaltrigen ohne ADHS (Wu et al., 2012). Studien aus Deutschland verweisen zudem auf besonders hohe Kosten bei Erwachsenen mit später Diagnosestellung und komplexer Komorbidität (Libutzki et al., 2020; Schlander et al., 2010). Der aktuelle Forschungsstand zu gesundheitsökonomischen Analysen bei ADHS in Deutschland zeigt, dass ADHS mit einem erheblichen direkten und indirekten Kostenaufwand für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft verbunden ist. Erwachsene mit ADHS verursachen jährlich direkte medizinische Kosten von über 4.000 Euro pro Person, wobei die Kosten nach Diagnosestellung sinken, aber weiterhin hoch bleiben. Die Krankheitslast ist besonders bei Patient:innen mit Komorbiditäten und bei denen, die medikamentös behandelt werden, ausgeprägt (Libutzki et al., 2020). Bei Kindern und Jugendlichen sind die Kosten ebenfalls deutlich erhöht, insbesondere durch vermehrte Nutzung von Arzneimitteln sowie psychotherapeutische und sonderpädagogische Leistungen (Dodds et al., 2024; Grobe, 2017). Es bestehen zudem erhebliche regionale Unterschiede in Diagnoseraten und Verschreibungsmustern, die bislang medizinisch nicht ausreichend erklärt sind (Akmatov et al., 2021; Grobe, 2017).

Dennoch mangelt es an gesundheitsökonomischen Studien mit langen Beobachtungszeiträumen, an Analysen zu psychosozialen und nicht-pharmakologischen Interventionen sowie an Studien zur Kostenwirksamkeit von ADHS-Behandlungen im Erwachsenenalter (Dijk et al., 2021; Sampaio et al., 2022). Die meisten verfügbaren Studien fokussieren auf Kinder und Jugendliche sowie auf pharmakologische Therapien, während psychosoziale Interventionen, die tatsächliche Versorgung Erwachsener und die damit verbundenen Kosten unterrepräsentiert sind (Dijk et al., 2021; Kaman et al., 2025; Libutzki et al., 2020; Sampaio et al., 2022). Zudem fehlen standardisierte Methoden zur Erfassung indirekter Kosten, wie Produktivitätsverluste und Auswirkungen auf Familienmitglieder (Chhibber et al., 2021; Le et al., 2014). Die Literatur fordert explizit mehr methodisch hochwertige gesundheitsökonomische Forschung, insbesondere für die deutsche Versorgungssituation (Dijk et al., 2021; Kaman et al., 2025; Libutzki et al., 2020).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, ausgehend von der

Versorgungssituation von Patient:innen mit ADHS in Deutschland, die Kosten der ADHS-Versorgung auf Basis von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023 zu untersuchen.

Material und Methoden

Studiendesign und Datenquellen

Es wurde eine retrospektive Kohortenstudie auf Basis anonymisierter Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durchgeführt. Die Analyse nutzte die Forschungsdatenbank des InGef-Instituts, die rund 10 Millionen Versicherte aus Betriebs- und Innungskrankenkassen umfasst und hinsichtlich Morbidität, Mortalität und Arzneimittelverordnungen als repräsentativ für die GKV-Bevölkerung gilt (Andersohn & Walker, 2016; Ludwig et al., 2022). Der Beobachtungszeitraum erstreckte sich vom 1. Januar 2017 bis zum 31. Dezember 2023. Die herangezogenen Leistungsdaten entsprechen den strengen deutschen Datenschutzvorgaben und können ohne zusätzliches Ethikvotum sekundäranalytisch ausgewertet werden.

Studienpopulation

Eingeschlossen wurden Versicherte mit mindestens einer stationären oder mindestens zwei gesicherten ambulanten ADHS-Diagnosen (ICD-10-GM F90.0) in zwei unterschiedlichen Quartalen innerhalb zweier Kalenderjahre. Die Analyse erfolgte getrennt nach Altersgruppen (<18 Jahre und ≥18 Jahre) sowie nach Prävalenz- (2017–2023) und Inzidenzkohorten (2018–2023; keine ADHS-Diagnose im Vorjahr). Versicherte ohne durchgängige GKV-Versicherung im jeweiligen Beobachtungsjahr wurden ausgeschlossen, ausgenommen Fälle von Geburt oder Tod.

Endpunkte und Variablen

Primärer Analysefokus waren jahresbezogene Versorgungskosten aus GKV-Perspektive, basierend auf tatsächlich abgerechneten Leistungen. Der Schwerpunkt lag auf nicht-medikamentösen Therapien, insbesondere psychotherapeutischen Leistungen, multimodalen Therapien sowie stationär-psychiatrischen Behandlungen. Hospitalisierungen wurden anhand von Fachabteilungscodes definiert; die zugrunde liegenden Diagnosen wurden hierbei nicht berücksichtigt. Alle Variablen wurden kalenderjährlich ausgewertet; Leistungen über Jahresgrenzen hinweg wurden dem Jahr des Entlassungsdatums zugeordnet.

Kostenbewertung

Die Kostenanalyse erfolgte aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage der Abrechnungsdaten der Leistungserbringer. Patientenkosten wurden auf Jahresbasis hochgerechnet und entsprechend der individuellen Beobachtungsdauer gewichtet. Kombinationstherapien wurden unabhängig von der zeitlichen Abfolge den jeweiligen Versorgungskategorien zugeordnet.

Statistische Analyse

Die Auswertung erfolgte deskriptiv und altersgruppenspezifisch. Fehlende Werte wurden nicht imputiert. Zur Prüfung der Robustheit der Ergebnisse wurden Sensitivitätsanalysen durchgeführt, darunter erweiterte Diagnosekriterien, weniger restriktive Einschlussdefinitionen sowie alternative diagnosefreie Zeiträume für Inzidenzfälle. Alle Analysen wurden mit R (Version 4.0.2) durchgeführt.

Ergebnisse

Beschreibung der Population

Wie zuvor beschrieben (Betzler et al., 2026) wurde die Studienpopulation aus der InGef-Forschungsdatenbank abgeleitet und umfasste 78.919 kontinuierlich gesetzlich Versicherte, die im Jahr 2023 die definierten versicherungsbezogenen sowie klinischen Einschlusskriterien für eine F90.0-Diagnose erfüllten.

Kosten

Im Jahr 2023 lagen die durchschnittlichen direkten Gesamtkosten der ADHS-Versorgung bei inzidenten Patient:innen höher als bei prävalenten Patient:innen (4.250 Euro vs. 3.527 Euro pro Patient:in und Jahr), wobei stationäre Leistungen den größten Kostenanteil verursachten (Tab. 1). Zudem wiesen Erwachsene in beiden Gruppen deutlich höhere Kosten auf als Kinder und Jugendliche (prävalent: +41%; inzident: +43%).

Zwischen 2017 und 2023 stiegen die direkten Gesamtkosten bei prävalenten ADHS-Patient:innen von 2.463 Euro auf 3.527 Euro (+43%) pro Patient:in und Jahr, während sich bei inzidenten Patient:innen zwischen 2018 und 2023 ein Anstieg von 2.910 Euro auf 4.250 Euro (+46%) zeigte (Abb. 1). Der Kostenanstieg war in allen untersuchten Altersgruppen festzustellen und war jeweils primär durch zunehmende stationäre Ausgaben getragen, während ambulante und pharmakologische Kosten moderat zunahmen und Heil-

Direkte Kosten der ADHS-Versorgung in 2023

	Prävalent			Inzident		
	Kinder/ Jugendliche (<18 Jahre)	Erwachsene (≥18 Jahre)	Insgesamt	Kinder/ Jugendliche (<18 Jahre)	Erwachsene (≥18 Jahre)	Insgesamt
Stationäre Versorgung	1.279 (3.761)	1.738 (4.398)	1.494 (4.078)	1.606 (4.245)	2.590 (5.277)	2.015 (4.727)
Ambulante Versorgung	1.082 (888)	1.092 (958)	1.087 (922)	1.133 (906)	1.323 (1.045)	1.212 (971)
Pharmakologische Versorgung	319 (391)	423 (469)	367 (432)	174 (283)	351 (415)	248 (355)
Andere Kosten: Heil- und Hilfsmittel	837 (1.558)	284 (898)	579 (1.321)	1.131 (1.729)	275 (857)	775 (1.493)
Gesamte direkte Kosten	3.518 (4.295)	3.537 (4.976)	3.527 (4.626)	4.044 (4.694)	4.539 (5.711)	4.250 (5.147)

Tab. 1: Direkte Kosten [Mittelwert (Standardabweichung) in EUR] der ADHS-Versorgung in 2023. Eigene Darstellung.

und Hilfsmittelkosten vergleichsweise stabil blieben.

Psychotherapie

Tabelle 2 zeigt die Inanspruchnahme sowie die durchschnittlichen jährlichen Kosten der Psychotherapie (PSY) und der darin enthaltenen Teilmenge Verhaltenstherapie (VT) bei prävalenten und inzidenten ADHS-Patient:innen. Insgesamt nahmen 14,3% der prävalenten und 17,4% der inzidenten Patient:innen mindestens eine Psychotherapie in Anspruch, während hiervon VT bei 8,4% bzw. 9,6% genutzt wurde. Erwachsene wiesen in beiden Populationen durchgängig höhere Inanspruchnahmeanteile als Kinder und Jugendliche auf. Die durchschnittlichen jährlichen Kosten pro Patient:in mit mindestens einer Leistung lagen bei prävalenten Fällen zwischen 1.476 Euro und 1.590 Euro für Psychotherapie und zwischen 1.480 Euro und 1.608 Euro für VT; bei inzidenten Patient:innen zwischen 1.414 Euro und 1.496 Euro bzw. 1.502 Euro und 1.565 Euro. Unter ADHS-Patient:innen mit mindestens einer psychotherapeutischen bzw. verhaltenstherapeutischen Inanspruchnahme entfielen rund 90% auf Einzeltherapie und etwa 10% auf Gruppentherapie.

Bei verhaltenstherapeutischer Inanspruchnahme zeigte die Verteilung von Kurz- und Langzeittherapie über den gesamten Beobachtungszeitraum keine wesentlichen Veränderungen. In allen Jahren überwog die Kurzzeittherapie. Im Jahr 2023 entfielen 64,4% der Fälle auf Kurzzeit- und 35,6% auf Langzeittherapien. Dieses Muster zeigte sich in beiden Altersgruppen, wobei der Anteil der Langzeittherapie bei Erwachsenen mit 38,8% höher lag als bei Kindern und Jugendlichen mit 30,8%.

Abbildung 2 zeigt zwischen 2017 und 2023 einen insgesamt zunehmenden Anteil von ADHS-Patient:innen mit mindestens einer Psychotherapie- oder Verhaltenstherapie-Inanspruchnahme, wobei die Anstiege bei Erwachsenen ausgeprägter ausfielen als bei Kindern und Jugendlichen.

Während die Psychotherapie-Inanspruchnahme bei Erwachsenen von 14,8% auf 17,6% und bei Kindern/Jugendlichen moderat von 10,8% auf 11,3% zunahm, stieg die Verhaltenstherapie-Inanspruchnahme in beiden Altersgruppen kontinuierlich an (Erwachsene: 7,1% auf 10,8%; Kinder/Jugendliche: 5,1% auf 6,3%). Insgesamt erhöhte sich der Anteil mit Psychotherapie von 12,0% auf 14,3% und mit VT von 5,7% auf 8,4%, mit einer Beschleunigung des Anstiegs ab 2021.

Krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit

Von 2017 bis 2023 stieg der Anteil erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowohl bei prävalenten als auch bei inzidenten Fällen deutlich an, mit einem ausgeprägten Sprung im Jahr 2022 (Tabelle 3). Parallel nahm die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr zu, insbesondere bei inzidenten Patient:innen, bei denen die durchschnittliche AU-Dauer ab 2021 deutlich höher lag als bei prävalenten Fällen.

Sensitivitätsanalyse

Sensitivitätsanalysen mit erweiterten ICD-10-Codes (F90.0-F90.9, F98.8), weniger restriktiven Einschlusskriterien (≥1 Diagnose) und prolongierter diagnosefreier Zeit (bis zu 6 Jahre) zeigten relative Abweichungen von 4,6 bis 38,5% gegenüber der primären Falldefinition, wobei die Abweichungen über den Beobachtungszeitraum abnahmen. Die Ergebnisse erwiesen sich als robust gegenüber methodischen Variationen, mit maximalen Abweichungen von 15% (2023) bei weniger restriktiven Kriterien und 9% bei prolongierter Rückschau.

Diskussion

Die vorliegende Analyse beschreibt auf Basis von GKV-Abrechnungsdaten die Inanspruchnahme nicht-medikamentöser Therapien sowie die direkten und indirekten Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland zwischen 2017 und 2023.

Die Ergebnisse bestätigen eine substanzielle und zunehmende ökonomische Belastung, insbesondere im Erwachsenenalter, und sind konsistent mit früheren deutschen Routinedatenanalysen (Libutzki et al., 2019; Libutzki et al., 2020; Zeidler et al., 2013). Die direkten Gesundheitskosten für inzidente ADHS-Patient:innen betrugen im Jahr 2023 durchschnittlich 4.250 Euro. Diese Werte sind vergleichbar mit den Ergebnissen aus dem Zeitraum 2013 bis 2017, die Kosten von 4.006 Euro im ersten Jahr nach der Diagnosestellung berichteten (Libutzki et al., 2020).

Für Kinder und Jugendliche wurden mit durchschnittlich 2.634 Euro niedrigere Kosten berichtet (Hasemann et al., 2024). Unterschiede zwischen den Studien dürften unter anderem auf methodische Abweichungen, insbesondere die Falldefinition (z. B. M1Q-Kriterium), zurückzuführen sein.

Der ausgeprägte Kostenanteil stationärer Leistungen, insbesondere bei inzidenten Erwachsenen, deutet auf

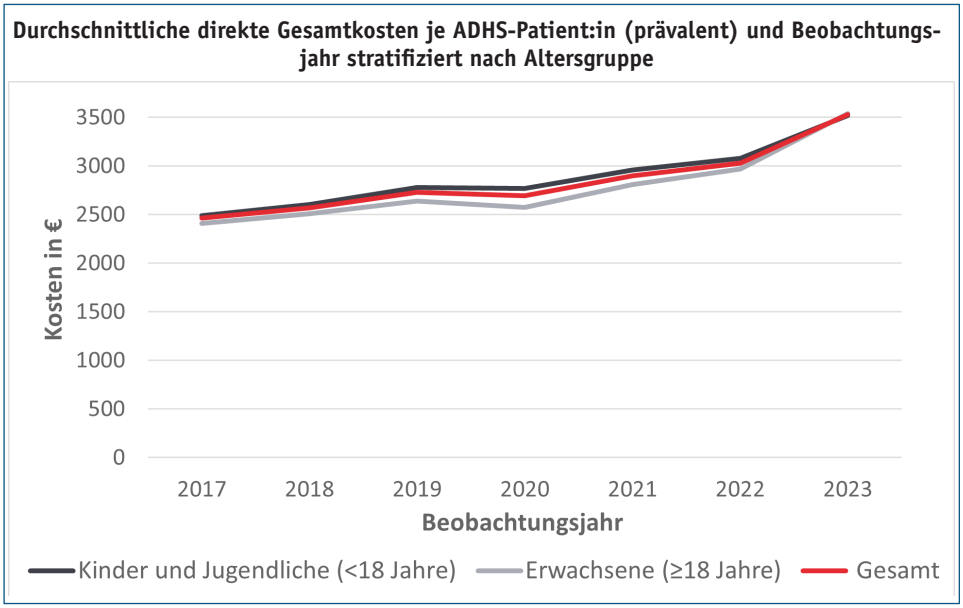


Abb. 1: Durchschnittliche direkte Gesamtkosten je ADHS-Patient:in (prävalent) und Beobachtungsjahr stratifiziert nach Altersgruppe. Quelle: eigene Darstellung.

Inanspruchnahme der Psychotherapie und Verhaltenstherapie (VT) in 2023 jeweils für prävalente oder inzidente Patient:innen mit ADHS				
		Anteil Patient:innen mit >1 Verordnung	Einheiten pro Patient:in MW (SD)	Kosten pro Patient:in MW (SD) in Euro
Prävalent				
Kinder/Jugendliche (<18 Jahre)	**PSY**	11,3%	14,8 (12,0)	1.590 (1.339)
	VT	6,3%	14,5 (10,1)	1.608 (1.125)
Erwachsene (>18 Jahre)	**PSY**	17,6%	13,8 (11,6)	1.476 (1.271)
	VT	10,8%	13,4 (9,5)	1.480 (1.038)
Insgesamt	**PSY**	14,3%	14,2 (11,8)	1.524 (1.301)
	VT	8,4%	13,9 (9,8)	1.531 (1.075)
Inzident				
Kinder/Jugendliche (<18 Jahre)	**PSY**	11,2%	13,4 (11,6)	1.414 (1.286)
	VT	5,5%	13,6 (10,0)	1.502 (1.112)
Erwachsene (>18 Jahre)	**PSY**	26,0%	14,1 (11,6)	1.496 (1.269)
	VT	15,5%	14,2 (9,5)	1.565 (1.038)
Insgesamt	**PSY**	17,4%	13,8 (11,6)	1.465 (1.276)
	VT	9,6%	14,0 (9,7)	1.544 (1.063)

Tab. 2: Inanspruchnahme der Psychotherapie und Verhaltenstherapie (VT) in 2023 jeweils für prävalente oder inzidente Patient:innen mit ADHS. Legende: MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung; Patient:innen mit VT bilden eine Teilmenge jener mit Psychotherapie. Eigene Darstellung.

eine intensive, häufig akute Inanspruchnahme im Umfeld der Erstdiagnose hin und steht im Einklang mit früheren Analysen (Libutzki et al., 2020). Zwischen 2017 und 2023 stiegen die direkten Gesamtkosten um 43% (prävalent) bzw. 46% (inzident), vor allem durch steigende stationäre Ausgaben. Der Anstieg dürfte unter anderem mit höheren Diagnoseraten im Erwachsenenalter, einer zunehmenden Versorgungsintensität sowie methodischen Unterschieden zwischen den Studien zusammenhängen (Cummings et al., 2025; Danielson et al., 2024; Li et al., 2025).

Der beobachtete Kostenanstieg von 43 bis 46% ist im Kontext allgemeiner Kostensteigerungen im deutschen Gesundheitswesen zu interpretieren. Da die Analyse auf jährlichen Abrechnungssätzen basiert, spiegelt der Anstieg nicht ausschließlich eine Intensivierung der Versorgung wider, sondern kann teilweise durch Vergütungsanpassungen (z. B. Landesbasisfallwerte, EBM-Punktwerte), die allgemeine Preisentwicklung und Inflation bedingt sein (Stahmeyer et al., 2018). Der Verbraucherpreisindex stieg im Beobachtungszeitraum kumuliert um etwa 21% (Destatis, 2026). Der beobachtete nominale Kostenanstieg ist daher auch vor dem Hintergrund der allgemeinen Preisentwicklung zu interpretieren. Aus den vorliegenden Daten lässt sich jedoch nicht quantifizieren, welcher Anteil des Kostenanstiegs hierdurch erklärt wird.

Psychotherapeutische Leistungen spielten eine relevante Rolle in der Kostenstruktur: 14–17% der Patient:innen nahmen 2023 mindestens eine Psychotherapie in Anspruch, mit höheren Anteilen bei Erwachsenen und inzidenten Fällen. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient:in von rund 1.500 Euro bei hoher Sitzungsfrequenz (≈14 Sitzungen/Jahr) und klarer Dominanz des Einzelsettings (~90%) unterstreichen die Bedeutung psychosozialer Interventionen (Wolraich et al., 2019). Bei Patient:innen mit verhaltenstherapeutischer Inanspruchnahme überwog über den gesamten Beobachtungszeitraum die Kurzzeittherapie gegenüber der Langzeittherapie; dies weist darauf hin, dass ein relevanter Teil der psychotherapeutischen Kosten unmittelbar anfällt und nicht primär durch langfristig fortgesetzte Behandlungsverläufe getrieben wird.

Demgegenüber machten Arzneimittelkosten bei inzidenten und prävalenten Fällen nur einen vergleichsweise geringen Anteil der direkten Gesamtkosten aus. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit früheren Analysen (Chhiber et al., 2021; Dodds et al., 2024; Libutzki et al., 2019; Quintero et al., 2018) und verdeutlicht, dass stationäre Leistungen und psychosoziale Behandlungsanteile die direkten Kosten bei ADHS-Patient:innen wesentlich prägen.

Internationale Studien zeigen, dass Produktivitätsverluste den größten Anteil der gesellschaftlichen Kosten von ADHS ausmachen,

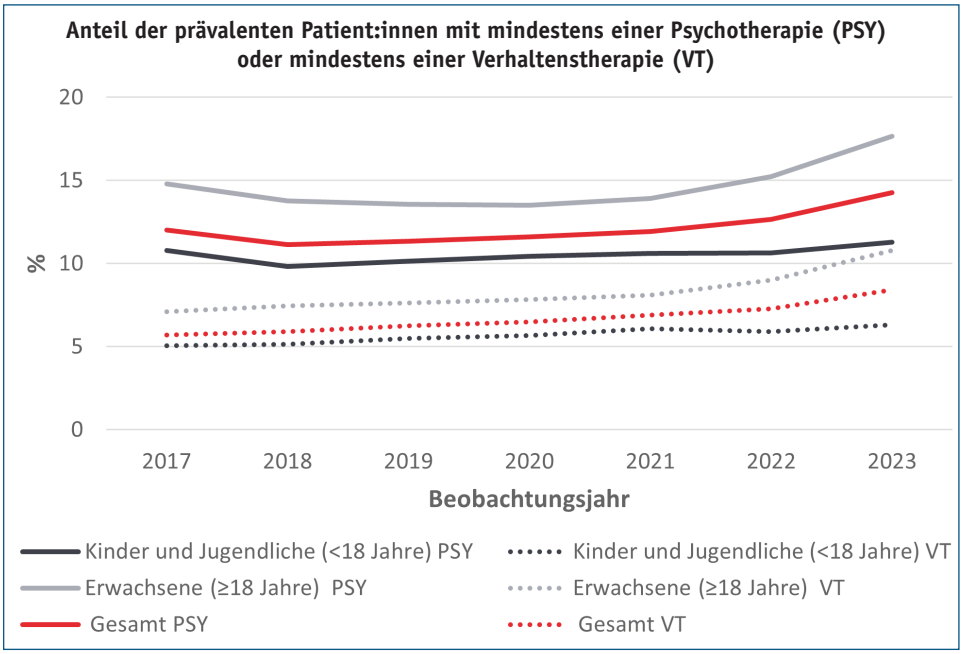


Abb. 2: Anteil der prävalenten Patient:innen mit mindestens einer Psychotherapie (PSY) oder mindestens einer Verhaltenstherapie (VT) stratifiziert nach Altersgruppen und Beobachtungsjahren. Quelle: eigene Darstellung.

insbesondere bei Erwachsenen (Chhiber et al., 2021). Zusätzlich berichten Studien eine Zunahme ADHS-bezogener Diagnosen und Verschreibungen nach pandemiebedingten Versorgungslücken (Butt et al., 2023; Given et al., 2025; Myran et al., 2025; Rogers & MacLean, 2023; Shkalim Zemer et al., 2024).

Diese Studie basiert auf einer Sekundärdatenanalyse von GKV-Abrechnungsdaten aus der InGef-Forschungsdatenbank, die als repräsentativ für die gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung in Deutschland gilt (Andersohn & Walker, 2016; Ludwig et al., 2022). Wesentliche Limitationen der Sekundärdatenanalyse umfassen den fehlenden klinischen Detailgrad, mögliche diagnostische Ungenauigkeiten der Abrechnungsdaten, die Nicht-Erfassung privat finanzierter Leistungen sowie das Fehlen einer Kontrollgruppe zur Ableitung ADHS-spezifischer Mehrkosten. Zudem könnten die gewählte Falldefinition und die Rechtszensierung am Beobachtungsende zu einer Unterschätzung der Fallzahlen im Jahr 2023 geführt haben.

Zeitlicher Verlauf des Anteils erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie der mittleren Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr

Jahr	Prävalent			Inzident		
	Anteil mit AU in %	Dauer AU in Tagen pro Jahr		Anteil mit AU in %	Dauer AU in Tagen pro Jahr	
		MW	SD		MW	SD
2017	**25,5**	13,0	47,6	-	-	-
2018	**27,8**	14,6	54,4	26,4	19,6	67,2
2019	**28,7**	15,5	58,2	26,1	19,6	65,6
2020	**28,5**	15,0	57,9	26,4	20,9	73,5
2021	**30,7**	17,0	65,0	26,7	17,7	64,7
2022	**47,2**	24,4	70,8	43,4	25,8	73,2
2023	**52,6**	26,3	68,5	51,5	31,6	78,9

Tab. 3: Zeitlicher Verlauf des Anteils erwachsener ADHS-Patient:innen mit mindestens einem Tag krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit sowie der mittleren Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage/Jahr. Legende: AU = krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Eigene Darstellung.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Analyse zeigt, dass die ADHS-Versorgung in Deutschland mit erheblichen und weiter steigenden direkten sowie indirekten Kosten verbunden ist. Stationäre Leistungen und psychotherapeutische Interventionen prägen die Kostenstruktur maßgeblich, insbesondere im Erwachsenenalter und bei inzidenten Fällen. Die beobachteten Trends erfordern eine kontinuierliche Beobachtung der Versorgungsentwicklung sowie weiterführende Analysen zur Identifikation möglicher Optimierungspotenziale. <<

Autorenerklärung

Patrick Timpel war zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Beitrags Senior Consultant der fbeta GmbH, Berlin. Jana Knop und Martina Grönig sind Mitarbeiterinnen der Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG. Vukašin Viškovićist Mitarbeiter des Instituts für angewandte Gesundheitsforschung Berlin. Daniel Schöttle ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum für seelische Gesundheit des Asklepios Klinikums Harburg. Er erhielt Beratungs- und/oder Vortragshonorare und/oder Reisekosten- und Kongressgebührenerstattung und/oder Studienunterstützung (Drittmittel) und/oder ist Mitglied in Steering Boards von Otsuka, Lundbeck, Boehringer Ingelheim, Roche, Janssen Cilag, ROVI, Recordati, Medice, Takeda und Mindnet. Er erhielt Autorenhonorare von Elsevier, Thieme, Kohlhammer und Penguin Books. Felix Betzler leitet die Spezialambulanz für ADHS an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte. Er erhielt Honorare für Vorträge, Advisory Boards sowie Berater- und Forschungstätigkeiten für Takeda Pharmaceuticals, MEDICE, FoMF und StreamedUp.
Daniel Schöttle und Felix Betzler haben zu gleichen Teilen zur Konzeption und Ausarbeitung dieses Beitrags beigetragen und teilen sich die Autorenschaft.
Die Studie wurde von der Takeda Pharma Vertrieb GmbH & Co. KG finanziell unterstützt. Die Anstellung zweier Autorinnen beim Studiensponsor sowie dessen finanzielle Unterstützung werden als potenzielle Interessenkonflikte offengelegt.

Danksagung

Die Autor:innen danken Roman Spelsberg für die kritische Durchsicht des Manuskripts und die wertvollen Anmerkungen zur Interpretation der Ergebnisse.

Zitationshinweis

Timpel et al.: „Kosten der ADHS-Versorgung in Deutschland: Analyse von GKV-Routinedaten der Jahre 2017 bis 2023“ (MVF 05/26), S. 90–96. http://doi.org/10.24945/MVF.05.26.1866-0533.2878

Literatur

1. (Destatis)., S. B. (2026). GENESIS-Online Datenbank: Verbraucherpreisindex – Deutschland, Jahre (Tabelle 61111-0001). https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/61111/table/61111-0001
2. Akmatov, M. K., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2021). Secular trends and regional variations in pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among children and adolescents in Germany. BMC psychiatry, 21(1), 405. https://doi.org/10.1186/s12888-021-03409-6
3. Andersohn, F., & Walker, J. (2016). Characteristics and external validity of the German Health Risk Institute (HRI) Database. Pharmacoepidemiol Drug Saf, 25(1), 106-109. https://doi.org/10.1002/pds.3895
4. Ayano, G., Tsegay, L., Gizachew, Y., Necho, M., Yohannes, K., Abraha, M., Demelash, S., Anbesaw, T., & Alati, R. (2023). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults: Umbrella review of evidence generated across the globe. Psychiatry Res, 328, 115449. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115449
5. Betzler, F., Knop, J., Grönig, M., Timpel, P., Višković, V., & D, S. (2026). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Inzidenz, Prävalenz und Versorgung. Eine Analyse von Routinedaten. Dtsch Arztebl Int, 123(accepted). https://doi.org/DOI: 10.3238/arztebl.m2026.0032
6. Butt, D. A., Stephenson, E., Kalia, S., Moineddin, R., & Tu, K. (2023). Patient visits and prescriptions for attention-deficit/hyperactivity disorder from 2017-2021: Impacts of COVID-19 pandemic in primary care. PLoS One, 18(3), e0281307. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281307
7. Chhibber, A., Watanabe, A. H., Chaisai, C., Veettil, S. K., & Chaiyakunapruk, N. (2021). Global Economic Burden of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. PharmacoEconomics, 39(4), 399-420. https://doi.org/10.1007/s40273-020-00998-0
8. Choi, W.-S., Woo, Y. S., Wang, S.-M., Lim, H. K., & Bahk, W.-M. (2022). The prevalence of psychiatric comorbidities in adult ADHD compared with non-ADHD populations: A systematic literature review. PLoS One, 17(11), e0277175.
9. Cortese, S., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Franke, B., Goodman, D. W., Hartman, C. A., Larsson, H., Levin, F. R., Ostinelli, E. G., Parlatini, V., Ramos-Quiroga, J. A., Sibley, M. H., Tomlinson, A., Wilens, T. E., Wong, I. C. K., Hovén, N., Didier, J., Correll, C. U., Rohde, L. A., & Faraone, S. V. (2025). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults: evidence base, uncertainties and controversies. World Psychiatry, 24(3), 347-371. https://doi.org/10.1002/wps.21374
10. Cortese, S., Song, M., Farhat, L. C., Yon, D. K., Lee, S. W., Kim, M. S., Park, S., Oh, J. W., Lee, S., Cheon, K. A., Smith, L., Gosling, C. J., Polanczyk, G. V., Larsson, H., Rohde, L. A., Faraone, S. V., Koyanagi, A., Dragioti, E., Radua, J.,...Solmi, M. (2023). Incidence, prevalence, and global burden of ADHD from 1990 to 2019 across 204 countries: data, with critical re-analysis, from the Global Burden of Disease study. Mol Psychiatry, 28(11), 4823-4830. https://doi.org/10.1038/s41380-023-02228-3
11. Cummings, J. R., Hu, X., Marchak, J., Ramos, C., Graetz, I., & Ji, X. (2025). Trends in Mental Health Diagnoses Among Publicly Insured Children. Jama, 333(22), 1988-1997. https://doi.org/10.1001/jama.2025.4605
12. Danielson, M. L., Claussen, A. H., Bitsko, R. H., Katz, S. M., Newsome, K., Blumberg, S. J., Kogan, M. D., & Ghandour, R. (2024). ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment. J Clin Child Adolesc Psychol, 53(3), 343-360. https://doi.org/10.1080/15374416.2024.2335625
13. Dijk, H. H., Wessels, L. M., Constanti, M., van den Hoofdakker, B. J., Hoekstra, P. J., & Groenman, A. P. (2021). Cost-Effectiveness and Cost Utility of Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 31(9), 578-596. https://doi.org/10.1089/cap.2021.0068
14. Dodds, M., Wanni Arachchige Dona, S., Gold, L., Coghill, D., & Le, H. N. D. (2024). Economic Burden and Service Utilization of Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. Value in Health, 27(2), 247-264. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jval.2023.11.002
15. Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc, 21(21), 591-643.
16. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychological Medicine, 36(2), 159-165.
17. Given, J., Paoletti, O., Bromley, R., Ballardini, E., Beau, A. B., Bartolini, C., Caillet, A., Coldea, A., Damase-Michel, C., Evans, H. T., Jordan, S., Leinonen, M. K., Manfrini, M., Martikainen, V., Morris, J. K., Neville, A. J., Nordeng, H., Puccini, A., Coste, F., & Loane, M. (2025). The Effect of Different Algorithms on Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder in Secondary Healthcare Data in Five European Countries: A Contribution from the ConcePTION Project. J Autism Dev Disord. https://doi.org/10.1007/s10803-025-06997-4
18. Grobe, T. G. (2017). [Regional differences of ADHD diagnosis rates in health insurance data from 2005 to 2015 : Methodological considerations and results]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 60(12), 1336-1345. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2640-8 (Regionale Unterschiede von ADHS-Diagnoseraten in Krankenkassendaten 2005 bis 2015 : Methodische Überlegungen und Ergebnisse.)
19. Hasemann, L., Weinert, K., Diekmannshemke, J., Schlack, R., Beyer, A. K., Kaman, A., Ravens-Sieberer, U., Romanos, M., Jans, T., Heuschmann, P., Riederer, C., & Witte, J. (2024). Health care costs of incident ADHD in children and adolescents in Germany - A claims data analysis within the framework of the consortium project INTEGRATE-ADHD. J Health Monit, 9(3), e12303. https://doi.org/10.25646/12303
20. Kaman, A., Gilbert, M., Devine, J., Möller, S., Schlack, R., Beyer, A. K., Romanos, M., Jans, T., Berner, A., Weyrich, S., & Ravens-Sieberer, U. (2025). Utilization of Mental Health Care Services Among Children and Adolescents with ADHD in Germany: Treatment Satisfaction and Factors Influencing Access. J Atten Disord, 29(14), 1307-1318. https://doi.org/10.1177/10870547251357756
21. Le, H. H., Hodgkins, P., Postma, M. J., Kahle, J., Sikirica, V., Setyawan, J., Erder, M. H., & Doshi, J. A. (2014). Economic impact of childhood/adolescent ADHD in a European setting: the Netherlands as a reference case. Eur Child Adolesc Psychiatry, 23(7), 587-598. https://doi.org/10.1007/s00787-013-0477-8
22. Li, L., Coghill, D., Sjölander, A., Yao, H., Zhang, L., Kuja-Halkola, R., Brikell, I., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Larsson, H., & Chang, Z. (2025). Increased Prescribing of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication and Real-World Outcomes Over Time. JAMA psychiatry, 82(8), 830-837. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1281
23. Libutzki, B., Ludwig, S., May, M., Jacobsen, R. H., Reif, A., & Hartman, C. A. (2019). Direct medical costs of ADHD and its comorbid conditions on basis of a claims data analysis. Eur Psychiatry, 58, 38-44. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.01.019
24. Libutzki, B., May, M., Gleitz, M., Karus, M., Neukirch, B., Hartman, C. A., & Reif, A. (2020). Disease burden and direct medical costs of incident adult ADHD: A retrospective longitudinal analysis based on German statutory health insurance claims data. Eur Psychiatry, 63(1), e86. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.84
25. Ludwig, M., Enders, D., Basedow, F., Walker, J., & Jacob, J. (2022). Sampling strategy, characteristics and representativeness of the InGef research database. Public Health, 206, 57-62. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.013
26. Myran, D. T., MacDonald-Spracklin, R., Busa, G., Talarico, R., & Finkelstein, Y. (2025). Population-Level Trends in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Medication Prescribing. JAMA Network Open, 8(12), e2548532-e2548532. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.48532.
27. Posner, J., Polanczyk, G. V., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet, 395(10222), 450-462. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)33004-1
28. Quintero, J., Ramos-Quiroga, J. A., Sebastián, J. S., Montañés, F., Fernández-Jaén, A., Martínez-Raga, J., Giral, M. G., Graell, M., Mardomingo, M. J., Soutullo, C., Eiris, J., Téllez, M., Pamias, M., Correas, J., Sabaté, J., García-Orti, L., & Alda, J. A. (2018). Health care and societal costs of the management of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in Spain: a descriptive analysis. BMC psychiatry, 18(1), 40. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1581-y
29. Rogers, M. A., & MacLean, J. (2023). ADHD Symptoms Increased During the Covid-19 Pandemic: A Meta-Analysis. J Atten Disord, 27(8), 800-811. https://doi.org/10.1177/10870547231158750
30. Sampaio, F., Feldman, I., Lavelle, T. A., & Skokauskas, N. (2022). The cost-effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: a systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry, 31(11), 1655-1670. https://doi.org/10.1007/s00787-021-01748-z
31. Schlander, M., Trott, G.-E., & Schwarz, O. (2010). Gesundheitsökonomie der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung in Deutschland. Der Nervenarzt, 81(3), 301-314.
32. Shkalim Zemer, V., Manor, I., Weizman, A., Cohen, H. A., Hoshen, M., Menkes Caspi, N., Cohen, S., Faraone, S. V., & Shahar, N. (2024). The influence of COVID-19 on attention-deficit/hyperactivity disorder diagnosis and treatment rates across age, gender, and socioeconomic status: A 20-year national cohort study. Psychiatry Res, 339, 116077. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116077
33. Stahmeyer, J. T., Geyer, S., Epping, J., Tetzlaff, J., & Eberhard, S. (2018). Gesundheitsausgabenentwicklung und der Einfluss des demografischen Wandels. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 61(4), 432-441. https://doi.org/10.1007/s00103-018-2713-3
34. Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Jr., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., Evans, S. W., Flinn, S. K., Froehlich, T., Frost, J., Holbrook, J. R., Lehmann, C. U., Lessin, H. R., Okechukwu, K., Pierce, K. L., Winner, J. D., & Zurhellen, W. (2019). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. Pediatrics, 144(4). https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528
35. Wu, E. Q., Hodgkins, P., Ben-Hamadi, R., Setyawan, J., Xie, J., Sikirica, V., Du, E. X., Yan, S. Y., & Erder, M. H. (2012). Cost Effectiveness of Pharmacotherapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. CNS Drugs, 26(7), 581-600. https://doi.org/10.2165/11633900-000000000-00000
36. Zeidler, J., Lange, A., Braun, S., Linder, R., Engel, S., Verheyen, F., & Graf von der Schulenburg, J. M. (2013). Die Berechnung indikationsspezifischer Kosten bei GKV-Routinedatenanalysen am Beispiel von ADHS. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 56(3), 430-438. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1624-y.

Costs of ADHD care in Germany: Statutory Health Insurance (SHI) Claims Data 2017 – 2023

Introduction: ADHD is associated with a high disease burden and substantial direct and indirect costs, particularly in adults; however, current long-term health economic analyses for Germany remain limited.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using anonymized statutory health insurance (SHI) claims data from the InGef database (2017–2023). Prevalent and incident ADHD patients (<18/≥18 years) were analyzed, with a focus on non-pharmacological care, direct costs, and sickness absence.

Results: In 2023, mean annual direct total costs amounted to Euro 3,527 for prevalent and Euro 4,250 for incident patients, with substantially higher costs in adults than in children and adolescents. Inpatient care accounted for the largest share of costs. Psychotherapy was used by 14–17% of patients and cognitive behavioral therapy by 8–10%, with an average of ~14 sessions per year and costs of approximately Euro 1.5 thousand per user. Between 2017 and 2023, direct costs increased by 43–46%. The proportion of adults with sickness absence and its duration increased markedly, particularly from 2021 onwards.

Discussion: ADHD care in Germany is associated with rising costs, driven primarily by inpatient treatment and psychotherapeutic interventions. Early, continuous, and ambulatory multimodal care may reduce costly hospitalizations and productivity losses.

Keywords

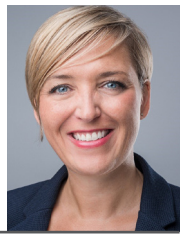
ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder), Epidemiology; Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Health Economic Analysis, Secondary Data Analysis



Dr. rer. medic. Patrick Timpel ORCID: 0000-0002-5158-0178
iist Gesundheitswissenschaftler und war Senior Consultant der fbeta GmbH in Berlin. Sein Schwerpunkt liegt auf Versorgungsforschung und Marktzugangsberatung, gestützt auf langjährige Erfahrung in klinischen Studien, Sekundärdatenanalysen und gesundheitsökonomischen Analysen. Er studierte Gesundheitswissenschaften (MSc) und Klinische Forschung (MSc) und promovierte zu Diabetesprävention und -versorgung an der TU Dresden.



Dr. rer. nat. Jana Knop ORCID: 0000-0001-7879-9287
ist HEOR (Health Economics and Outcomes Research) Lead bei der Takeda GmbH & Co. KG. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt seit acht Jahren auf Versorgungsforschung und gesundheitsökonomischen Analysen. Sie studierte Pharmazie an der Universität Jena und promovierte im Fach Biochemie an der Universität Erlangen. Kontakt: Jana.Knop@takeda.com



Dr. rer. nat. Martina Grönig ORCID: 0009-0008-6150-0232
ist Senior Medical Advisor im Bereich Neurowissenschaften bei der Takeda GmbH & Co. KG. Ihr fachlicher Schwerpunkt liegt seit vier Jahren auf der medizinisch-wissenschaftlichen Betreuung der Indikation ADHS. Sie studierte Pharmazie an der Philipps-Universität Marburg und promovierte dort im Fach Pharmakologie und Toxikologie. Kontakt: Martina.Groenig@takeda.com



Vukašin Višković MA ORCID: 0009-0008-3803-8748
ist Data Analyst am InGef – Institut für angewandte Gesundheitsforschung Berlin und arbeitet mit Routinedaten aus dem Gesundheitswesen. Sein fachlicher Schwerpunkt liegt auf der Anwendung quantitativer Methoden und statistischer Analyseverfahren. Er studierte Soziologie (MA). Kontakt: Vukasin.Viskovic@ingef.de



PD Dr. med. Daniel Schöttle ORCID: 0000-0002-8589-727X
ist Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum für seelische Gesundheit des Asklepios Klinikums Harburg und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er gehört dem wissenschaftlichen Beirat von ADHS Deutschland, mehreren Beiräten zu digitalen Versorgungsangeboten sowie der Expertengruppe für digitale Interventionen der AWMF-S3-Leitlinie ADHS an. Kontakt: D.Schoettle@asklepios.com



PD Dr. med. Felix Betzler ORCID: 0000-0002-1389-4870
ist Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zuletzt leitete er die Spezialambulanz für ADHS an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte und ist dort Leiter der Forschungsgruppe „Recreational Drugs“. Er ist Zentrumsleiter mehrerer Interventions- und Beobachtungsstudien zu ADHS, Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Beiräte zu digitalen Versorgungsangeboten sowie der Expertengruppe für digitale Interventionen der AWMF-S3-Leitlinie ADHS. Kontakt: Felix.Betzler@charite.de