



Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München

Expertise von Prof. Dr. Petra Kolip
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld



Liebe Mündelrinnen und Mündel,

körperlich und seelisch gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen ist unbestritten ein hohes gesellschaftliches Ziel. Das Referat für Gesundheit und Umwelt sieht in seiner Rolle als Öffentlicher Gesundheitsdienst sowie kommunaler Gesundheitsförderer eine Hauptaufgabe, hierfür Voraussetzungen zu schaffen. Und – wo es geht – unterstützen wir und bieten neben den gesetzlichen Pflichtaufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes auch zahlreiche präventive und unterstützende Angebote an. Dabei rückt gerade in den letzten Jahren zunehmend die seelisch gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen ins Blickfeld: no health without mental health!



Seit langem besteht im Referat für Gesundheit und Umwelt eine Beratungsstelle für Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. 2016 wurde der Arbeitskreis 'Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen' des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München gegründet, in dem u.a. Kinder und Jugendpsychiatrische Kliniken und ambulant Tätige aus dem Versorgungsbereich, Bildungsbereich, der Kinder- und Jugendhilfe und Kostenträger vertreten sind.

Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat eine Datenanalyse zur seelischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und zur vorhandenen Angebotslage und Versorgungssituation in der Landeshauptstadt München beauftragt, um die Arbeit des Arbeitskreises mit 'Daten für Taten' - dem Leitmotiv der kommunalen Gesundheitsberichterstattung - zu unterfüttern.

Die nun vorliegende Expertise ist eine umfangreiche Bestandsaufnahme und kann als Diskussionsgrundlage nicht nur für den Arbeitskreis 'Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen' des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München dienen. Die Analyse stellt im Rahmen der Arbeit dieses Arbeitskreises einen Baustein unter vielen weiteren dar. Sie soll dazu beitragen, fachlich fundierte Diskussionsprozesse anzuregen sowie passgenaue Lösungsansätze in der Landeshauptstadt München zu entwickeln.

In diesem Sinne bin ich fest davon überzeugt, dass der vorliegende Bericht für den Arbeitskreis, die Politik und interessierte Fachkräfte wichtige Impulse geben und eine rege Diskussion über die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit seelischen Problemen in München anregen kann. Auf dieser Basis können sowohl präventive als auch Angebote im Bereich der Versorgung weiter verbessert werden.

Ich möchte mich an dieser Stelle sehr herzlich bei Frau Prof. Dr. Petra Kolip für die detaillierte Aufbereitung der Daten bedanken. Der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns danke ich ebenso herzlich für die Bereitstellung und Aufbereitung der Daten und die gute und kooperative Zusammenarbeit.

S. Jacobs

Stephanie Jacobs
Referentin für Gesundheit und Umwelt
der Landeshauptstadt München

Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München

Februar 2017

Autorin

Prof. Dr. Petra Kolip

Bielefeld

Inhaltsverzeichnis

Das Wichtigste in Kürze.....	1
1 Einführung in das Thema	3
1.1 Anlass für die Berichterstattung.....	3
1.2 Datengrundlage des Berichts.....	3
1.3 Psychische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen: Thematische Einführung.....	6
2 Demographische Daten: Aufwachsen in der Landeshauptstadt München.....	8
3 Überblick über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München.....	10
3.1 Zur Schwierigkeit der Schätzung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen.....	10
3.2 Ambulante Diagnosen.....	10
3.3 Stationäre Diagnosen.....	19
4 Eckdaten zum Versorgungssystem in der Landeshauptstadt München.....	22
4.1 Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	22
Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.....	25
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten.....	26
4.2 Voll- und teilstationäre psychiatrische Versorgung.....	30
5 Schlussfolgerungen / Empfehlungen.....	33
6 Literatur.....	39
7 Anhänge.....	41
Anhang A: Ergänzende Tabellen.....	41
Anhang B: Zusammenhang zwischen Sozialgeldichte und Einwohner/-innen unter 18 Jahren je Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in im Jahr 2014.....	52

Abkürzungsverzeichnis

BAY	Bayern
BPTK	Bundespsychotherapeutenkammer
EW	Einwohner/-innen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
KIGGS	Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-psychotherapeutin
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
LfStat	Landesamt für Statistik Bayern
LHM	Landeshauptstadt München
LK	Landkreis
RKI	Robert Koch-Institut
RGU	Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
SB	Stadtbezirk
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire (Fragebogen zur Erfassung psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter in epidemiologischen Studien)
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Das Wichtigste in Kürze

Im Jahr 2015 erhielten gut 53.000 Münchner Kinder und Jugendliche, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind und einen Arzt/eine Ärztin bzw. eine/n Therapeut/-in aufsuchten, mindestens einmal eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostiziert, Jungen häufiger als Mädchen. Gut 29.000 Heranwachsende erhielten eine entsprechende Diagnose in mindestens zwei Quartalen. Das entspricht einem Anteil von 30,5% bzw. 16,6% an allen Münchner GKV-versicherten Heranwachsenden mit Arztbesuch.

Am häufigsten wurden Entwicklungsstörungen (z.B. Sprachentwicklungsstörungen, Lese- und Rechtschreibstörung) diagnostiziert, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. Hyperkinetische Störungen, kindliche Angststörung) sowie Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

Die Prävalenz lag 2015 für die Gesamtgruppe der Diagnosen in München etwas höher als im bayerischen Durchschnitt.

Knapp 600 unter 18-Jährige wurden wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt.

Für Diagnostik und Therapie steht ein breites Spektrum unterschiedlicher Berufsgruppen zur Verfügung. Deshalb ist es bemerkenswert, dass der Schwerpunkt der Versorgung bei Haus- bzw. Kinderärzt/-innen liegt. Im August 2016 standen 26 Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in 17 Praxen sowie 181 Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-innen für die spezialisierte Versorgung GKV-versicherter Heranwachsender zur Verfügung. Die Versorgung mit diesen beiden Berufsgruppen wurde seit 2005 ausgebaut, bei den Kinder- und Jugendpsychiatern/-innen mehr als bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-innen.

Die Möglichkeiten, eine/-n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-in ortsnah aufzusuchen, variiert von Stadtbezirk zu Stadtbezirk und es lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und dem Versorgungsangebot herstellen: Je besser die soziale Lage im Stadtbezirk, desto mehr Therapeut/-innen haben sich niedergelassen.

Im Münchner Stadtgebiet standen im September 2016 insgesamt 176 vollstationäre und 76 teilstationäre Betten/Plätze zur Verfügung, mit denen z.T. auch das oberbayerische Umland mitversorgt wird. Das Angebot wurde in den vergangenen Jahren ausgebaut.

1 Einführung in das Thema

1.1 Anlass für die Berichterstattung

Die Annahme, dass Kindheit und Jugend in gesundheitlicher Hinsicht unbeschwerte Lebensphasen sind, wurde schon vor vielen Jahren widerlegt. Neben akuten Infektionskrankheiten prägen auch chronische Krankheiten das Leben zahlreicher Heranwachsender (Schlack, 2004). Asthma, Allergien und Heuschnupfen sind hier als somatische Erkrankungen sehr prominent, wie repräsentative Untersuchungen wie die KiGGS-Studie des Robert Koch-Instituts zeigen (Neuhauser et al., 2014). Aber auch psychische Störungen und Beeinträchtigungen sind für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage Heranwachsender relevant und werden in ihrer Bedeutung häufig unterschätzt. Im Bayerischen Kindergesundheitsbericht 2015 (StMGP, 2015) wurde auf das Problemfeld „Psychische Gesundheit“ aufmerksam gemacht und es wurde berichtet, dass bei einem hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen eine psychische oder Verhaltensstörung (ICD-10 F00-F99) diagnostiziert wurde. Auch ist der Anteil der Heranwachsenden gestiegen, die wegen einer psychischen Erkrankung stationär behandelt werden mussten.

Der Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern 2016 (StMGP, 2016) bestätigte und vertiefte die Ergebnisse, zeigte starke regionale Variationen in der Erkrankungshäufigkeit und in den Versorgungsstrukturen auf und betonte die Notwendigkeit kleinräumiger Analysen.

Vor diesem Hintergrund wurde in der Landeshauptstadt München beschlossen, eine eigene Datengrundlage zu schaffen und diese in dem im Jahr 2016 gegründeten Arbeitskreis „Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ zu diskutieren. Der vorliegende Bericht gibt deshalb für die Landeshauptstadt München einen Überblick über die psychische Gesundheit von Heranwachsenden – auch im Vergleich zu Bayern – und stellt die ambulante und (teil-)stationäre Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Beeinträchtigungen dar. Er will mit dieser Bestandsaufnahme Daten für die Maßnahmenplanung liefern und Diskussionsanreize setzen.

1.2 Datengrundlage des Berichts

Dem Bericht liegen unterschiedliche Datenquellen zugrunde, die sich nicht immer auf den gleichen Zeitraum/Zeitpunkt beziehen. Die wichtigsten Datenquellen seien im Folgenden kurz erläutert.¹

¹ An dieser Stelle sei herzlich den folgenden Institutionen gedankt, die Anfragen nach Daten unkompliziert beantwortet und Sonderauswertungen durchgeführt haben: Kassenärztliche

Daten zur Beschreibung der **Bevölkerungsstruktur** wurden der Seite des Statistischen Amtes München (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/>) sowie dem Indikatorenatlas München (<http://www.mstatistik-muenchen.de/indikatorenatlas/atlas.html?indicator=i57&date=2015>) entnommen. Die Bevölkerungsstatistiken werden auf der Basis des Einwohnermelderegisters geführt und sind deshalb genauer als die Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik, die auf einer Fortschreibung des Zensus beruhen. Dort, wo die Münchner Daten in Beziehung zu den bayerischen Daten gesetzt werden, wird auf die Daten des Statistischen Landesamtes zurück gegriffen (<https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>), auch wenn diese aus methodischen Gründen nicht so genau sind wie die Daten des Statistischen Amtes München.

Die Bevölkerungsdaten des Statistischen Amtes München liegen differenziert nach Stadtbezirken vor und erlauben deshalb eine innerstädtische regionale Betrachtung. Da die Zahl der niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (die nur mit dem Stand Dezember 2014 für Stadtbezirke verfügbar sind) in Beziehung zur Größe der Bevölkerung gesetzt werden, wird ggf. der Bevölkerungsstand 31.12.2014 verwendet.

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Münchner Heranwachsenden konnte zum einen auf eine **Sonderauswertung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns** zurück gegriffen werden. Die Auswertungen basieren auf den Abrechnungsdaten der KVB. In die Analyse gehen alle in München wohnenden Kinder und Jugendlichen ein, die in der gesetzlichen Krankenversicherung sind – dies sind nach Schätzungen der KVB etwa 90% aller Heranwachsenden – und im Jahr 2015 einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben. In die Abrechnungsdaten gehen nur die Diagnosen niedergelassener Ärztinnen/Ärzte und Psychologischer Psychotherapeut/-innen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen ein, während Diagnosen aus Institutsambulanzen nicht berücksichtigt werden. Auch muss bei der Deutung der Zahlen berücksichtigt werden, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche, die noch nicht 15 Monate in Deutschland sind, ebenfalls nicht in die Statistik eingehen.

Diese Sonderauswertung gibt näherungsweise einen Eindruck von der Größenordnung ambulanter Diagnosen. Differenziert wird danach, ob Diagnosen lediglich in einem Quartal oder in mindestens zwei Quartalen gestellt wurden, um eine Einschätzung der

Vereinigung Bayerns; Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München; Statistisches Amt München sowie Landesamt für Statistik Bayern.

Dauerhaftigkeit von Diagnosen zu erhalten. Fallzahlen unter 5 werden aus Datenschutzgründen nicht dargestellt.

Die Daten der KVB wurden differenziert nach Altersgruppen und Geschlecht zur Verfügung gestellt und ermöglichen auch einen Vergleich zwischen der LHM und Bayern. Der Datensatz wurde durch die KVB auch mit der Frage ausgewertet, welche Arztgruppen die Diagnose abgerechnet haben. Wenn im Folgenden ambulante Diagnosen berichtet werden, beziehen sich die Angaben immer auf diese analysierte KVB-Population. Berechnete Anteilswerte (z.B. in den Tabellen A4 bis A8 im Anhang) beziehen sich ebenfalls jeweils auf diese KVB-Population).

Daten zur **stationären Versorgung** wurden vom Landesamt für Statistik Bayern zur Verfügung gestellt (Krankenhausentlassdiagnosen für Patient/-innen mit Wohnsitz München).

Zahlen zur **ambulanten Versorgung** entstammen einerseits den Seiten des Statistischen Amtes München (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtfinfos/Statistik/Gesundheit.html>). Hier stehen u.a. Daten der KVB zu den niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen und Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in den Stadtbezirken zur Verfügung. Andererseits wurde auf den Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zurück gegriffen, in dem die niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen mit Stand August 2016 dokumentiert sind. Die Zahlen zu den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen differieren von jenen der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die für das Jahr 2014 für das Stadtgebiet München 290 Kinder- und Psychotherapeut/-innen ausweist. Diese Zahl liegt deutlich höher als jene der KVB, da sie auch angestellte sowie ausschließlich in Privatpraxen tätige Personen umfasst. Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens (siehe hierzu Kasten 4) können diese auch gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten behandeln. Zahlen hierzu liegen nicht vor.

Der Beschreibung des aktuellen **(teil-)stationären Versorgungsangebotes** liegt eine Aufstellung der Beratungsstelle für seelische Gesundheit des Referats für Gesundheit und Umwelt mit Stand September 2016 zugrunde. Zur Entwicklung dieses Versorgungsangebotes werden allerdings die Zahlen des Statistischen Amtes München genutzt.

1.3 Psychische Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen: Thematische Einführung

Hinter der Bezeichnung „Psychische Erkrankung“ verbirgt sich eine große Spannbreite unterschiedlichster Störungen. Im Rahmen einer Behandlung müssen die Erkrankungen kodiert werden; hierzu wird die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) herangezogen. Die Diagnosegruppe F „Psychische und Verhaltensstörungen“ umfasst umschriebene Entwicklungsstörungen (z.B. Lese- und Schreibstörung) ebenso wie Substanzkonsum, Hyperaktive Störungen (ADHS) und Depression (siehe Kasten 1). Einige dieser Diagnosen betreffen wenig beeinträchtigende, häufig temporäre Störungen, andere sind schwerwiegenderer Natur und verdienen die verstärkte Aufmerksamkeit des medizinischen Versorgungssystems.

Kasten 1: Psychische und Verhaltensstörungen (Diagnosegruppe F nach ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme))

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen (z.B. Depression)
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzstörung
F80-F89	Entwicklungsstörungen (z.B. Sprachentwicklungsstörungen, Lese- und Rechtschreibstörung, Autistische Störungen)
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (z.B. Hyperkinetische Störung, Kindliche Angststörung)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Da psychische Störungen komplex sind und die Erkrankungen unterschiedliche Dimensionen des Erlebens und Verhaltens betreffen, werden psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters ergänzend in einem multiaxialen Klassifikationssystem kodiert (Remschmidt, Schmidt & Poustka, 2012). Kasten 2 skizziert die sechs Achsen, die zur Beurteilung herangezogen werden. Mit dieser Klassifizierung wird das Kind vor dem Hintergrund seiner Entwicklung, Begleiterkrankungen und Lebensumstände erfasst und die Behandlung kann unter Einbezug verschiedener Berufsgruppen geplant und umgesetzt werden.

Kasten 2: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters

Achse 1 – Klinisch-psychiatrisches Syndrom: Anhand definierter Diagnosekriterien werden hier die Diagnosen aus Kapitel V des ICD-10 genannt.

Achse 2 – Umschriebene Entwicklungsstörungen: Auf dieser Achse werden umschriebene Entwicklungsrückstände (z.B. Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung) unabhängig von ihrer Ursache erfasst, sofern sie nicht dem übrigen Entwicklungsniveau entsprechen.

Achse 3 – Intelligenzniveau: Auf dieser Achse wird das durch Tests erfasste oder klinisch eingeschätzte Intelligenzniveau angegeben.

Achse 4 – Körperliche Symptomatik: Auf dieser Achse werden relevante körperliche Krankheiten und Syndrome benannt, um z.B. organische Ursachen einer psychischen Störung auszuschließen.

Achse 5 – Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände: Auf dieser Achse werden Lebensumstände der vergangenen 6 Monate erfasst, die als Ursache oder für die Therapie relevant sein können (z.B. familiäre Disharmonie, Erkrankungen in der Familie, akute belastende Lebensereignisse).

Achse 6 – Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus: Die sechste Achse nimmt die Art der sozialen Beziehungen und die sozialen Kompetenzen in den Blick. Hier wird eingeschätzt, inwieweit die psychologische, soziale oder schul-berufliche Funktion als Folge der psychischen oder Entwicklungsstörung eingeschränkt ist.

Sind die Störungen schwerwiegender Natur, ist nicht nur die Lebensqualität der Kinder und ihrer Familien beeinträchtigt, sondern langfristige Folgen sind hoch wahrscheinlich. So sind bereits im Kindes- und Jugendalter die Bildungschancen von psychisch beeinträchtigten Heranwachsenden eingeschränkt und es besteht zudem die Gefahr, dass die Störung im Erwachsenenalter bestehen bleibt. Aus diesem Grund kommt der Prävention psychischer Störungen und der Förderung der Ressourcen für ein gesundes Aufwachsen eine große Bedeutung zu. Aber auch die frühzeitige Diagnostik und eine angemessene Versorgung sind ein Schlüssel zur Verbesserung der psychischen Gesundheit Heranwachsender, denn eine frühzeitige Behandlung kann Folgeschäden oder Rezidive verhindern helfen.

2 Demographische Daten: Aufwachsen in der Landeshauptstadt München

In der Landeshauptstadt München lebten Ende 2015² nach Angaben des Statistischen Amtes München 223.598 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (Jungenanteil 51,6%).³ Unter-18-Jährige machten damit einen Bevölkerungsanteil von 14,8% aus (vgl. Tabelle 1). Im Vergleich zum Landesdurchschnitt war der Anteil der Unter-18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung niedriger (vgl. Anhang A1).

Tabelle 1: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2015 in der Landeshauptstadt München

Altersgruppe	gesamt		männlich		weiblich	
	absolut	in % aller Einwohner/-innen	absolut	in %	absolut	in %
unter 6 Jahre	86.054	5,7	44.031	51,2	42.023	48,6
6-14 Jahre	103.246	6,8	52.965	51,3	50.281	48,7
15-17 Jahre	34.298	2,3	18.372	53,6	15.926	46,4
<i>unter 18 Jahre</i>	<i>223.598</i>	<i>14,8</i>	<i>115.368</i>	<i>51,6</i>	<i>108.230</i>	<i>48,4</i>
Gesamtbevölkerung der LHM	1.521.678	100	751.669	49,4	770.009	50,6

Datenquelle: Statistisches Amt München

Der Anteil der ausländischen Kinder und Jugendlichen lag im Jahr 2015 bei 18,6%. Dieser Anteil war im Vergleich mit dem bayerischen Durchschnitt (8,7%) mehr als doppelt so hoch (vgl. Anhang A1).

Zu den ausländischen Kindern kommen deutsche Kinder mit Migrationshintergrund. Insgesamt hatten 56,8% der im Jahr 2014 in München lebenden Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund. Der Anteil variierte deutlich nach Stadtbezirk. Er war in Allach - Untermenzing (40,0%) und Pasing - Obermenzing (44,4%) vergleichsweise

² Da zahlreiche Daten zur gesundheitlichen Lage und Versorgung nur für das Jahr 2015 vorliegen, beziehen sich auch die demografischen Daten auf dieses Jahr. Für spezifische Analysen werden ggf. Zahlen aus dem Jahr 2014 verwendet.

³ Die Bevölkerungsstatistik des Bayerischen Landesamtes für Statistik (LfStat) weist niedrigere Zahlen aus (vgl. Anhang A1). Anders als die Daten des Statistischen Amtes München, die auf der Einwohnermeldestatistik basieren, beruhen die Zahlen des LfStat auf einer Fortschreibung des Zensus. Wenn im Folgenden ein Vergleich nach Stadtbezirken vorgenommen wird, basiert dieser auf den Zahlen des Statistischen Amtes der Stadt München. Wenn bayernweite Vergleiche im Zentrum stehen, werden die Zahlen des Bayerischen Landesamtes für Statistik verwendet.

niedrig und in Milbertshofen - Am Hart (77,7%) sowie Berg am Laim (66,9%) vergleichsweise hoch (vgl. Anhang A2).

12,3% aller Kinder unter 15 Jahren in der Landeshauptstadt München erhielten Ende 2014 Sozialgeld nach SGB II, eine Leistung der Grundsicherung für Personen, die nicht erwerbsfähig sind (vgl. Anhang A2). Auch hier zeigt sich eine Differenzierung nach Stadtbezirken: Während im Stadtbezirk Altstadt - Lehel nur 3,2% der Kinder Sozialgeld bezogen, waren es im Stadtbezirk Milbertshofen - Am Hart 20,3%.

Bayernweit waren besonders häufig einerseits alleinerziehende Elternteile (in der Regel Frauen), andererseits Familien mit drei und mehr Kindern von einer finanziell prekären Lebenssituation betroffen (StMGP, 2016).

21,1% der Münchner Kinder lebten Ende 2014 mit einem alleinerziehenden Elternteil zusammen. In regionaler Verteilung war der niedrigste Anteil Alleinerziehender im Stadtbezirk Trudering (17,6%), der höchste im Stadtbezirk Sendling (25,1%) zu beobachten. 53,7% aller Kinder wuchsen als Einzelkinder auf. 35,9% lebten mit einem, 8,0% mit zwei und 1,8% mit drei oder mehr Geschwistern zusammen (vgl. Anhang A2). Der Anteil der Familien mit drei und mehr Kindern lag zwischen 7,1% (Sendling) und 13,1% (Feldmoching - Hasenberg).

Die sozioökonomischen Bedingungen sind auch für die psychische Gesundheit relevant und eine prekäre soziale Lage gilt als wichtiger Einflussfaktor auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter. So hat die für Deutschland repräsentative KiGGS-Studie zur Kinder- und Jugendgesundheit auf der Basis eines von den Eltern ausgefüllten Fragebogens (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ) gezeigt, dass Kinder aus Familien mit niedrigem Sozialstatus ein dreimal so hohes Risiko für psychische Auffälligkeiten tragen als Kinder aus sozial gut situiertem Elternhaus (Hölling et al., 2014).

3 Überblick über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Landeshauptstadt München

3.1 Zur Schwierigkeit der Schätzung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen

Exakte Angaben zur Häufigkeit psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter liegen nicht vor. Für eine genaue Schätzung wären epidemiologische Studien notwendig, die mit psychiatrischen Diagnoseinstrumenten in einer unselektierten, repräsentativen Stichprobe psychische Störungen und Erkrankungen erheben. Näherungsweise werden – wie auch in diesem Bericht – Inanspruchnahmedaten des Versorgungssystems genutzt. Diese sind jedoch nur mit Einschränkungen interpretierbar. So geben die stationären Aufenthalte nur einen Eindruck von der Häufigkeit schwerwiegender Erkrankungen, die eines Klinikaufenthalts bedürfen. Zur Häufigkeit ambulanter Diagnosen werden wiederum die Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung genutzt. Diese spiegeln das Versorgungssystem der GKV-versicherten Patientinnen und Patienten wider, decken also nur etwa 90% der Münchner Bevölkerung ab. Hinzu kommt, dass Diagnosen nur für diejenigen Kinder und Jugendlichen berichtet werden können, die in dem Bezugsjahr (hier: 2015) überhaupt beim Arzt/der Ärztin oder einem/einer Psychotherapeut/-in waren. Nach Schätzungen der KVB (persönliche Mitteilung vom 30.1.2017) trifft dies auf 88,1% der GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen zu. Eine weitere Einschränkung ergibt sich dadurch, dass Diagnosen in Institutsambulanzen nicht in die Statistik eingehen, ebenso wenig wie die Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften, wenn sie weniger als 15 Monate im Land sind. Unter der Annahme, dass die Prävalenz bei PKV-versicherten Kindern ähnlich hoch ist, gibt eine Multiplikation mit dem Faktor 0,79⁴ einen näherungsweise Eindruck von der Prävalenz psychischer Störungen von Kindern und Jugendlichen in München (ohne Institutsambulanzen und ohne geflüchtete Kinder mit einem Aufenthalt von unter 15 Monaten).

3.2 Ambulante Diagnosen

Auf der Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) lässt sich ein Überblick über die ambulanten Diagnosen gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten gewinnen. Tabelle 3 zeigt für die Gruppe der unter 18-jährigen GKV-versicherten Münchnerinnen und Münchner, die im Jahr 2015 einen Arzt oder eine Ärztin aufgesucht haben, wie häufig mindestens einmal eine Diagnose aus

⁴ Anteil Arztbesuche x 0,881; Anteil GKV-Versicherte x 0,9

der Diagnosegruppe F nach ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen“ gestellt wurde. Die Auswertungen zeigen, dass im Jahr 2015 53.554 Kinder und Jugendliche dieser Gruppe, etwa jede/r dritte Heranwachsende der untersuchten Population (30,5%), eine solche Diagnose erhielt, Jungen häufiger als Mädchen. Münchner Kinder und Jugendliche der analysierten KVB-Population erhielten diese Diagnose etwas häufiger als bayerische Heranwachsende (27,7%).

Tabelle 2: Häufigkeit ambulanter Diagnosen F00-F99 „Psychische und Verhaltensstörungen“ Münchner Heranwachsender nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patientinnen und Patienten zwischen 0 und 17 Jahren mit Arztbesuch im Jahr 2015)

	Diagnose in mindestens einem Quartal im Jahr 2015		Diagnose in mindestens zwei Quartalen 2015	
	absolut	je 100	absolut	je 100
Jungen				
0 bis unter 7 Jahre	14.275	32,6	6.907	15,8
7 bis unter 15 Jahre	12.049	37,0	7.844	24,1
15 bis unter 18 Jahre	2.835	23,9	1.652	13,9
<i>0 bis unter 18 Jahren</i>	<i>29.159</i>	<i>33,0</i>	<i>16.403</i>	<i>18,6</i>
Mädchen				
0 bis unter 7 Jahre	11.838	28,2	5.246	12,5
7 bis unter 15 Jahre	9.066	27,8	5.402	16,6
15 bis unter 18 Jahre	3.491	28,0	1.968	15,8
<i>0 bis unter 18 Jahren</i>	<i>24.395</i>	<i>28,0</i>	<i>12.616</i>	<i>14,5</i>

Quelle: KVB, Sonderauswertung

Auffällig ist, dass die Diagnosen in der Mehrheit der Fälle von Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendmedizin und Hausärzt/-innen gestellt wurden, auch dann, wenn es sich um länger andauernde Störungen handelte, die eine Behandlung in mindestens zwei Quartalen erforderten (ausführlicher siehe Kap. 4.1).

Tabelle 2 zeigt die Prävalenzraten differenziert nach Alter und Geschlecht. Während bei den Mädchen der KVB-Population die Prävalenzraten mit 27,8 bis 28,2% relativ konstant sind, sind die Prävalenzraten bei den Jungen in der Altersgruppe 7 bis unter 15 Jahre mit 37,0% am höchsten und sinken dann auf 23,9% ab. Während bis zum Alter von 14 Jahren Jungen stärker betroffen sind als Mädchen, liegen die Prävalenzraten der 15- bis 17-jährigen Mädchen über jenen der Jungen.

Tabelle 3: Häufigkeit ambulanter Diagnosen aus der Diagnosegruppe F nach ICD-10 „Psychische und Verhaltensstörungen“ (nur in der GKV versicherte Patientinnen und Patienten zwischen 0 und 17 Jahren mit Arztbesuch im Jahr 2015; angegeben ist die Zahl der Fälle, bei denen eine Diagnose aus der entsprechenden Diagnosegruppe (ggf. in Kombination mit anderen Diagnosen) gestellt wurde)

	Diagnose in mindestens einem Quartal im Jahr 2015				Diagnosen in mindestens zwei Quartalen im Jahr 2015			
	Absolut LHM	je 100 LHM	Absolut BAY	je 100 BAY	Absolut LHM	je 100 LHM	Absolut BAY	je 100 BAY
F00-F09	118	0,07	1.388	0,09	65	0,04	630	0,04
F10-F19	321	0,18	4.389	0,28	97	0,06	1.450	0,09
F20-F29	43	0,02	732	0,05	23	0,01	269	0,02
F30-F39	1.864	1,06	17.772	1,14	832	0,47	8.059	0,52
F40-F48	15.098	8,61	107.207	6,89	6.152	3,51	43.172	2,78
F50-F59	3.845	2,19	22.374	1,44	1.302	0,74	7.357	0,47
F60-F69	1.477	0,84	21.327	1,37	549	0,31	9.197	0,59
F70-F79	1.037	0,59	8.987	0,58	667	0,38	5.982	0,38
F80-F89	29.334	16,73	250.645	16,11	15.367	8,76	139.855	8,99
F90-F98	25.225	14,39	182.622	11,74	13.129	7,49	105.964	6,81
F99	112	0,06	2.066	0,13	32	0,02	675	0,04
F00-F99	53.554	30,54	430.583	27,69	29.019	16,55	242.636	15,60

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Je 100 LHM: Je 100 in der GKV versicherte Patient/-innen unter 18 Jahren mit Arztbesuch im Jahr 2015 wohnhaft in München

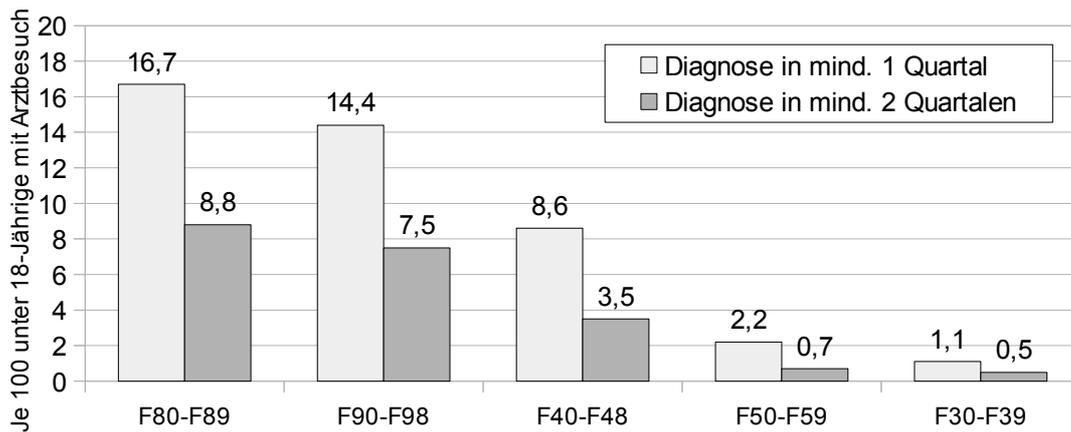
Je 100 BAY: Je 100 in der GKV versicherte Patient/-innen unter 18 Jahren mit Arztbesuch im Jahr 2015 wohnhaft in Bayern

Nicht immer sind mit einer Diagnose langfristige Störungen verbunden. Den Tabellen 2 und 3 können Anzahl und Anteile der Kinder und Jugendlichen entnommen werden, die die jeweilige Diagnose in mindestens zwei Quartalen des Jahres 2015 erhalten haben, also eine überdauernde Problematik aufweisen. Hier halbieren sich die Prävalenzraten annähernd: 29.019 Münchner Kinder und Jugendliche der KVB-Population (16,6%) erhielten eine Diagnose in mindestens zwei Quartalen; auch hier liegen die Prävalenzraten in München etwas über jenen im bayerischen Durchschnitt.

Tabelle 3 differenziert die Häufigkeiten nach Krankheitsgruppen. Für jede Krankheitsgruppe (F00-F09 bis F99) ist angegeben, wie viele Münchner GKV-versicherte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die im Jahr 2015 einen Arzt bzw. eine Ärztin aufgesucht haben, die entsprechende Diagnose erhalten haben bzw. wie hoch der Anteil an der untersuchten KVB-Population ist (Spalten „LHM“). Zum Vergleich sind jeweils die entsprechenden Zahlen für Bayern angegeben (Spalten „BAY“). Differenziert wird jeweils danach, ob die entsprechende Diagnose in mindestens einem oder mindestens zwei Quartalen gestellt wurde. Die Summe der Diagnosen in den einzelnen Krankheitsgruppen (München: Diagnose in einem Quartal: 78.474) entspricht nicht jener für die gesamte Diagnosegruppe (53.554), da knapp 25.000 Kinder und Jugendliche in einem Quartal mehr als eine Diagnose erhielten (gut 9.000 mehr als eine Diagnose in mindestens zwei Quartalen).

Über alle Gruppen hinweg sind die häufigsten Diagnosen (zu den Häufigkeiten siehe Abbildung 1):

- Entwicklungsstörungen (F80-F89)
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98)
- Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
- Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
- Affektive Störungen (F30-F39)



F80-F89: Entwicklungsstörungen

F90-F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit

F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50-F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F30-F39: Affektive Störungen

Abbildung 1: Die fünf bedeutendsten ambulanten Diagnosen in der Altersgruppe unter 18 Jahren. Nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015 (auch Mehrfachdiagnosen); Quelle: KVB, Sonderauswertung

Vergleicht man auf der Basis der Häufigkeiten für eine Diagnose in mindestens einem Quartal die Angaben der Münchner Heranwachsenden mit jenen aus Bayern, so zeigt sich folgendes Bild: Bei einer Störung liegen die Prävalenz der Münchner Kinder und Jugendlichen geringfügig unter jenen des bayerischen Durchschnitts. Während bayernweit 1,14% der Kinder und Jugendlichen der KVB-Population die Diagnose einer affektiven Störung erhielt, waren es in München 1,06%. Für die vier anderen Störungen lässt sich eine höhere Belastung Münchner Kinder der analysierten Population benennen. Besonders deutliche Unterschiede lassen sich für Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend feststellen (14,5% vs. 11,7%), aber auch für Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (8,6% vs. 6,9%). Auch für Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (2,2% vs. 1,4%) und Entwicklungsstörungen (16,7% vs. 16,1%) finden sich geringfügige Unterschiede. Die Gründe hierfür sind unklar.

Störungen mit einer Prävalenz von mindestens 1% in der Münchner Population (Diagnose in mindestens einem Quartal 2015) werden im Folgenden eingehender betrachtet.

Entwicklungsstörungen

Entwicklungsstörungen (F80-F89) sind die häufigste ambulante Diagnose, die in der Altersgruppe 0 bis unter 18 Jahre gestellt wird, gut 29.000 Mädchen und Jungen der analysierten KVB-Population erhielten im Jahr 2015 die Diagnose (16,7%) in mindestens einem Quartal, gut 15.000 (8,8%) erhielten sie in mindestens zwei Quartalen.

Entwicklungsstörungen sind in den Altersgruppen bis unter 15 Jahre am häufigsten, im Alter zwischen 15 und 17 Jahren wird die Diagnose seltener gestellt (siehe Abbildung 2). Jungen sind in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Mädchen (ausführlicher siehe Anhang A7).

Den Großteil der Diagnosen machen umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) aus, gefolgt von umschriebenen Entwicklungsstörungen motorischer Funktionen (F82) und schulischer Fertigkeiten (F81).

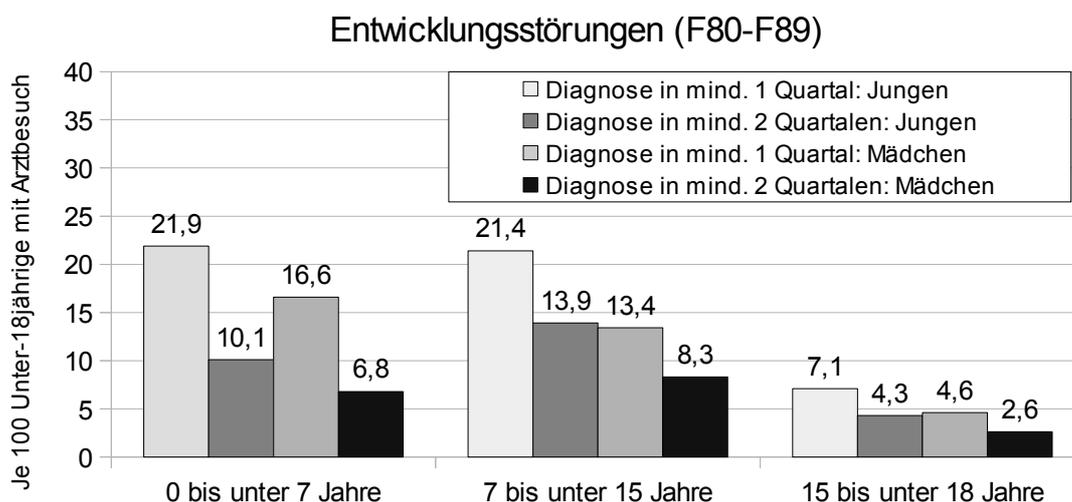


Abbildung 2: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einer ambulanten Diagnose Entwicklungsstörungen (F80-F89) nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015); Quelle: KVB, Sonderauswertung

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) stehen an zweiter Stelle der ambulanten Diagnosen der Diagnosegruppe F. Gut 25.000 GKV-versicherte Münchner Heranwachsende mit Arztbesuch erhielten im Jahr 2015 die Diagnose, das entspricht einem Anteil von 14,4% an der analysierten KVB-Population. 7,5% der Kinder und Jugendlichen erhielten die Diagnose in mindestens zwei Quartalen. Jungen waren in allen Altersgruppen häufiger betroffen als Mädchen, der Unterschied ist in der Altersgruppe zwischen 7 und unter 15 Jahren am größten

(siehe Abbildung 3). Der Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 7. und dem 15. Lebensjahr (ausführlicher siehe Anhang A8).

Obwohl in der öffentlichen Wahrnehmung Hyperkinetische Störungen Aufmerksamkeit erzielen, sind sie nicht die wichtigste Störung in dieser Diagnosegruppe. Vielmehr sind es die Emotionalen Störungen (F93), die mit einer Prävalenz von 5,0% (Diagnose in mindestens einem Quartal) am bedeutsamsten sind (Diagnose in mindestens zwei Quartalen: 2,2%).

Hyperkinetische Störungen (F90) stehen in dieser Störungsgruppe an zweiter Stelle (vgl. Anhang A8). 4,1% der Heranwachsenden der untersuchten Population erhielten diese Diagnose in mindestens einem Quartal, 2,7% erhielten sie in mindestens zwei Quartalen. Besonders häufig wird die Diagnose nach der Einschulung in der Altersgruppe 7 bis unter 15 Jahre gestellt, bei Jungen mehr als doppelt so häufig wie bei Mädchen. Aber auch Störungen des Sozialverhaltens (F91) haben in dieser Diagnosegruppe einen nennenswerten Anteil: 2,9% der betrachteten Kinder und Jugendlichen bis unter 18 Jahre erhielten diese Diagnose mindestens einmal, 1,2% erhielten sie in mindestens zwei Quartalen. Die Prävalenz sinkt mit zunehmendem Alter und liegt bei den Jungen höher als bei den Mädchen.

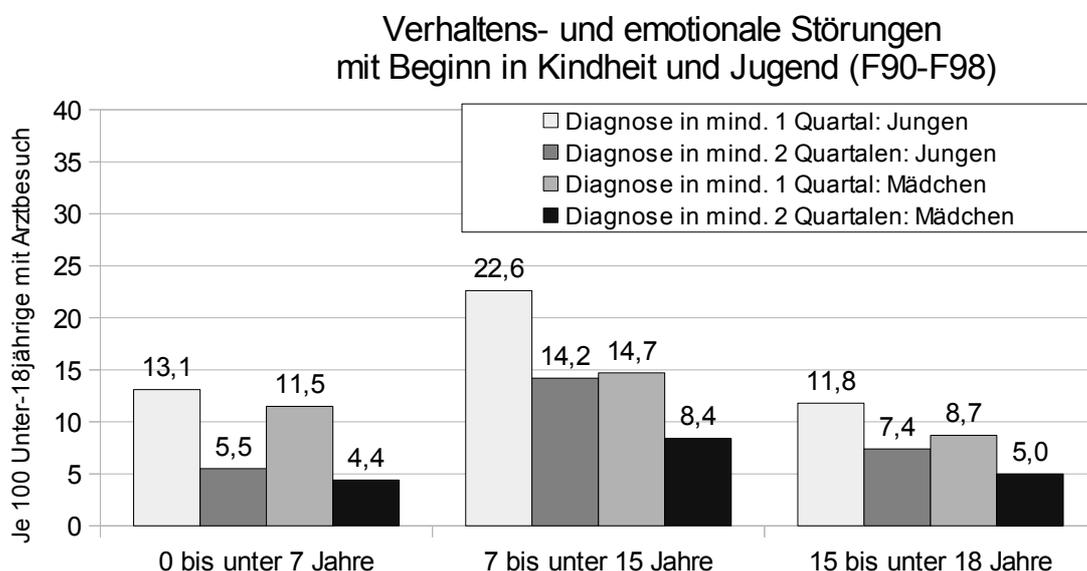


Abbildung 3: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einer ambulanten Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend (F90-F98) nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015); Quelle: KVB, Sonderauswertung

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) sind die dritthäufigste Erkrankung innerhalb der gesamten F-Diagnosen. Diese Störungen wurden im Jahr 2015 bei gut 15.000 Münchner GKV-versicherten Kindern und Jugendlichen mit Arztbesuch in mindestens einem Quartal diagnostiziert, das entspricht einem Anteil von 8,6%. Gut 6.000 von ihnen erhielt die Diagnose in mindestens zwei Quartalen (3,5%). Die Prävalenzraten steigen mit dem Alter an, Geschlechtsunterschiede werden erst im Jugendalter bedeutsam (vgl. Abbildung 4; ausführlicher siehe Anhang A5).

Etwa die Hälfte der Diagnosen entfallen auf Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43), etwa ein Viertel der Diagnosen entfallen auf Phobische Störungen und andere Angststörungen (F40 und F41).

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)

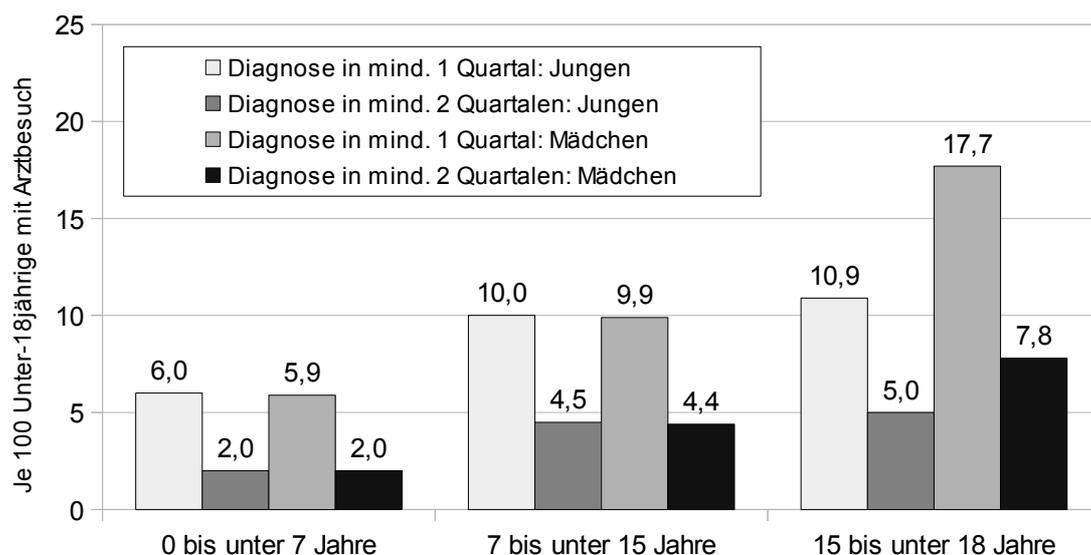


Abbildung 4: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einer ambulanten Diagnose Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015); Quelle: KVB, Sonderauswertung

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

3.845 der Münchner GKV-versicherten Kinder und Jugendlichen mit Arztbesuch erhielten im Jahr 2015 in mindestens einem Quartal Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren diagnostiziert (F50-F59) (2,2%), 1.302 davon in mindestens zwei Quartalen (0,7%). Die Prävalenz der Störung nimmt bei beiden

Geschlechtern im Altersgang zunächst ab, steigt dann aber bei den Mädchen in der Pubertät wieder an (vgl. Abbildung 5; ausführlicher siehe Anhang A6). Dieser Anstieg ist vor allem auf die Diagnose „Essstörungen“ (F50) zurückzuführen, die im Jahr 2015 bei Mädchen mit einer Prävalenz von 2,1% (Jungen: 0,6%) diagnostiziert wurde.

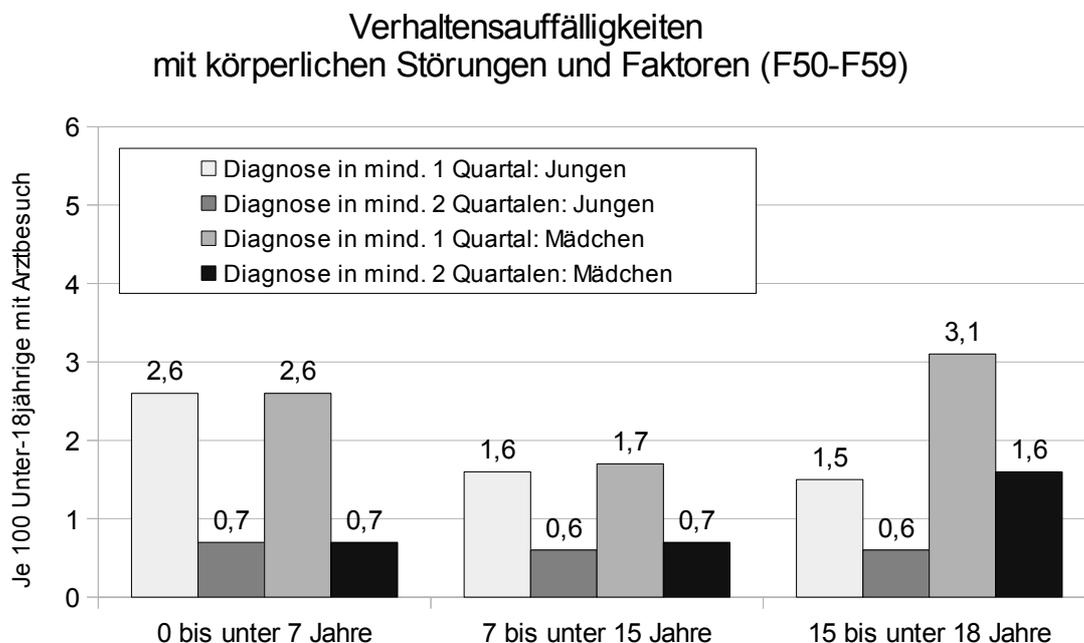


Abbildung 5: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einer ambulanten Diagnose Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015); Quelle: KVB, Sonderauswertung

Affektive Störungen

Affektive Störungen (F30-F39), z.B. Depressionen, betrafen 1.864 (1,1%) der untersuchten KVB-Population in mindestens einem Quartal; 832 (0,5%) erhielten die Diagnose in mindestens zwei Quartalen. Im Vorschulalter spielt diese Diagnose kaum eine Rolle. Mit der Einschulung steigt die Prävalenz bei beiden Geschlechtern leicht an, in der Altersgruppe 15 bis unter 18 Jahre erhält die Diagnose dann eine größere Bedeutung (vgl. Abbildung 6; ausführlicher Anhang A4). In dieser Altersgruppe erhalten Mädchen doppelt so häufig eine Diagnose wie Jungen.

Affektive Störungen (F30-F39)

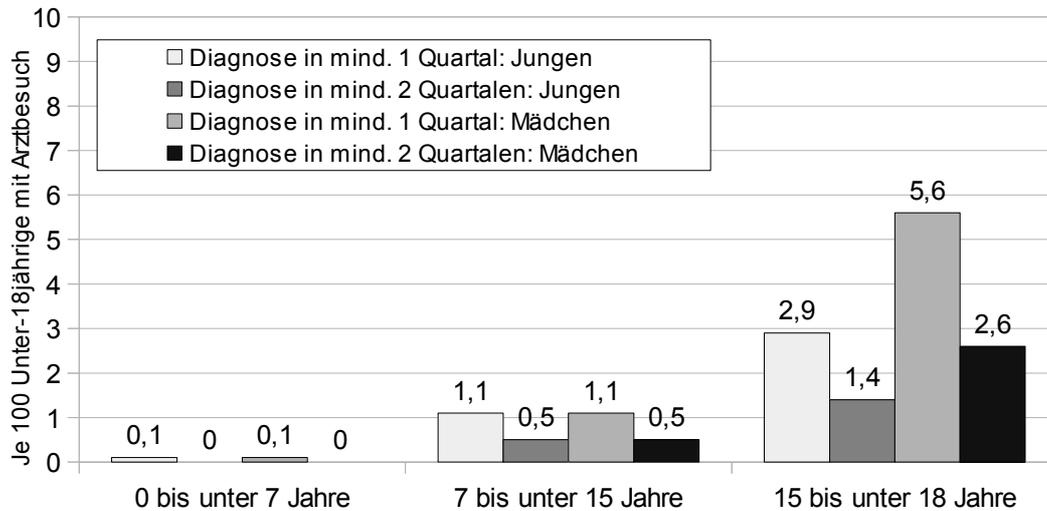


Abbildung 6: Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren mit einer ambulanten Diagnose Affektive Störungen (F30-F39) nach Alter und Geschlecht (nur GKV-versicherte Patient/-innen mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015); Quelle: KVB, Sonderauswertung

3.3 Stationäre Diagnosen

Schwerwiegende Störungen werden stationär behandelt. Wie die Auswertung bayernweiter Daten zeigt⁵ (StMGP, 2016), sind die wichtigsten Diagnosen, die einer stationären Behandlung bedürfen, in den jüngeren Altersgruppen (bis unter 5 Jahre, 5 bis unter 10 Jahre) umschriebene Entwicklungsstörungen (F80-F83) sowie Verhaltens- und emotionale Störungen (F90-F99). Bei den Mädchen sind in der Altersgruppe 10 bis unter 15 Jahre neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen von Bedeutung, bei Jungen sind Verhaltens- und emotionale Störungen relevant, insbesondere hyperkinetische Störungen (ADHS). Substanzkonsum, insbesondere die akute Alkoholvergiftung, ist in der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre als häufigstes Störungsbild von Bedeutung, bei Mädchen ist diese Diagnose etwa gleich häufig wie affektive Störungen (insbesondere Depressionen) oder neurotische, somatoforme und Belastungsstörungen.

Psychische Erkrankungen gehören nach Auswertungen bayernweiter Statistiken zu den Krankheiten mit den längsten stationären Aufenthalten. In der Altersgruppe bis unter 5 Jahre liegt die durchschnittliche Verweildauer bei 15 Tagen, in der Altersgruppe 5 bis unter 10 Jahre liegt sie bei 38 Tagen und in der Altersgruppe 10 bis unter 15

⁵ Die Daten basieren auf der amtlichen Statistik der Krankenhausentlassdiagnosen (vollstationäre Fälle einschließlich Stundenfälle der Akutkrankenhäuser, ohne Vorsorge- und Rehakliniken; Stand 2014).

Jahre liegt sie bei 29 Tagen. In der Altersgruppe 15 bis unter 20 Jahre sinkt sie dann auf 18 Tage (StMGP, 2016). Besonders lange Verweildauern sind für affektive Störungen zu beobachten sowie für Entwicklungsstörungen, wenn sie nach dem 10. Lebensjahr diagnostiziert wurden.

Tabelle 4: Vollstationär entlassene Patientinnen und Patienten mit Wohnort München mit einer Diagnose „Psychische und Verhaltensstörung“ (Berichtsjahr 2014); Klinikstandorte Deutschland (D) und Oberbayern (OBB)

	gesamt	Kinder- und Jugendpsychiatrie		Psychotherapeut. Medizin/Psychosomatik		Psychiatrie und Psychotherapie	
		D	OBB	D	OBB	D	OBB
0-14 Jahre							
▪ weiblich	122	112	111	10	<5	-	-
▪ männlich	109	102	92	7	0	-	-
▪ gesamt	231	214	203	17	<5	-	-
15-17 Jahre							
▪ weiblich	173	151	147	13	12	9	9
▪ männlich	190	138	136	<5	<5	48	48
▪ gesamt	363	289	283	<18	<17	57	57
0-17 Jahre							
▪ weiblich	295	263	258	23	16	9	9
▪ männlich	299	240	228	21	<5	48	48
▪ gesamt	594	503	486	34	<21	57	57

Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Vollstationär entlassene Patienten (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle); Berichtsjahr 2014

Aus Datenschutzgründen liegen keine Angaben zu Münchner Kliniken vor.

Anmerkung: Zellenbesetzungen unter 5 Fälle werden aus Datenschutzgründen mit „<5“ angegeben, entsprechend sind auch die Summenwerte nur näherungsweise angegeben.

Der Blick auf die Landeshauptstadt München zeigt, dass im Jahr 2014 594 Kinder und Jugendliche mit Wohnsitz München unter 18 Jahren wegen einer Diagnose aus der Diagnosegruppe F „Psychische und Verhaltensstörungen“ stationär in einer Klinik in Deutschland behandelt wurden (vgl. Tabelle 4). Der Großteil der Heranwachsenden (94,6%) suchte für die Behandlung eine Klinik in Oberbayern auf. 231 Kinder waren unter 15 Jahre alt; 363 waren zwischen 15 und 17 Jahre alt. Etwa die Hälfte der Behandelten war männlich.

Der Großteil der Kinder und Jugendlichen (84,7%) wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt, in den höheren Altersgruppen (ab 15 Jahren) wurden Patientinnen und Patienten auch in psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken behandelt (9,6%). Ein geringerer Anteil (5,7%) wurde aus Kliniken für Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatik entlassen.

4 Eckdaten zum Versorgungssystem in der Landeshauptstadt München

Das gesundheitliche Versorgungssystem für Heranwachsende mit psychischen Beeinträchtigungen ist breit differenziert und umfasst ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsangebote unter Einbezug unterschiedlicher Berufsgruppen.⁶ Hierzu zählen Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendmedizin⁷ sowie für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Aber auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (KJP), Ergo- und Lerntherapeut/-innen sowie Logopäd/-innen sind in die Therapie eingebunden. Diese Versorgungsstruktur wird durch Beratungs- und Selbsthilfestellen, Angebote der Kinder- und Jugendhilfe sowie Frühförderung ergänzt. Im Folgenden stehen ambulante und (teil-)stationäre Versorgungsangebote im Zentrum des Interesses, die sich an Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen und Beeinträchtigungen wenden. Die Behandlung orientiert sich u.a. an der multiaxialen Klassifikation (vgl. Kasten 2). So werden Kinder und Jugendliche mit Störungen auf Achse 1 von Kinderpsychiater/-innen, Kinderpsychotherapeut/-innen und auch Haus- und Kinderärzt/-innen betreut. Störungen auf Achse 2 werden mit funktionellen Therapien behandelt (Logotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie). In Belastungssituationen (Achse 5) stehen zudem vielfältige Beratungsangebote (z.B. Familienberatungsstellen) und zahlreiche Angebote der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe zur Verfügung.

4.1 Ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung⁸

Die wichtigste Anlaufstelle für (erstmalig) erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Eltern ist die hausärztliche bzw. kinder- und jugendärztliche Praxis. Wie die Auswertung im „Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern“ (StMGP, 2016) auf der Basis der Abrechnungsdaten der KVB zeigt, werden ambulante

⁶ Die folgende Darstellung fokussiert auf die Angebote zur Diagnostik und Therapie. Auf Präventionsangebote wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Hierzu sei auf den Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern verwiesen (StMGP, 2016).

⁷ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden einige häufig vorkommende Berufsbezeichnungen im Text abgekürzt:

- Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendmedizin: Kinderärzt/-innen
- Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie: Kinderpsychiater/-innen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen: Kinderpsychotherapeut/-in (KJP)

⁸ Die Zahlen zur ambulanten Versorgung beschränken sich auf die kassenärztliche Versorgung, da diese den Großteil des Versorgungsgeschehens abbildet und Zahlen zu privatärztlichen Praxen nur eingeschränkt zur Verfügung stehen. Diagnosen, die in Klinikambulanzen gestellt werden, sind nicht enthalten.

Diagnosen einer psychischen oder Verhaltensstörung bei Heranwachsenden überwiegend von Hausärzt/-innen bzw. Kinderärzt/-innen gestellt, während die für die Therapie spezialisierten Berufsgruppen eine untergeordnete Rolle spielen

Für die Landeshauptstadt München zeigt sich ein ähnliches Bild. Während 80,6% der GKV-versicherten Patient/-innen mit einer Diagnose in mindestens einem Quartal nur von einer Arzt- bzw. Therapeutengruppe betreut werden, werden 19,4% von zwei oder mehr Therapeuten versorgt. Ähnliches gilt für Patientinnen und Patienten, bei denen eine Diagnose in mindestens zwei Quartalen gestellt wurde. Hier werden 91,0% von einer Berufsgruppe betreut, 9,0% sind bei zwei Personen in Behandlung.

Tabelle 5 listet die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen auf und zeigt, wie häufig welche Berufsgruppen (auch in Kombination mit anderen Berufsgruppen) in Diagnostik und Therapie eingebunden sind. In 87,9% der Behandlungen (Diagnose in mindestens einem Quartal) waren Kinder- und Hausärzt/-innen eingebunden (Hausärzt/-innen haben einen Anteil von etwa 10% und behandeln vor allem Jugendliche). Kinderpsychiater/-innen waren in 9,6% der Behandlungen beteiligt. Die Tabelle zeigt, dass Kinder- und Hausärzt/-innen in 87,9% der Fälle mit einer Diagnose in mindestens einem Quartal in Diagnostik und Therapie eingebunden sind. Bei Diagnosen in mindestens zwei Quartalen sind sie in 80,9% der Fälle bei Diagnostik und Therapie beteiligt, Kinderpsychotherapeut/-innen in 6,4% der Behandlungen. Als weitere Berufsgruppen waren Nervenärzt/-innen (0,8%), Psychotherapeut/-innen (1,4%) sowie weitere Berufsgruppen (13,1%) beteiligt.

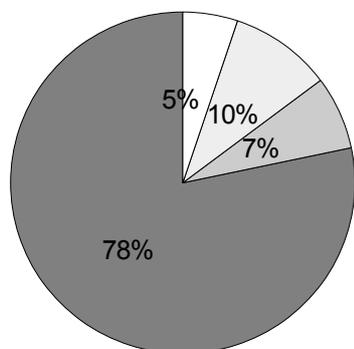
Tabelle 5: An der Diagnostik und Behandlung beteiligte Berufsgruppen in Prozent (GKV-versicherte Patientinnen und Patienten mit Wohnort München, Behandlungen 2015; Mehrfachzählungen sind vorhanden, wenn der/die gleiche Patient/-in bei mehreren Fachgruppen behandelt wurde)

	Zahl der Heranwachsen mit Behandlung	Kinder-/ Hausärzt/-in	Kinderpsychiater/-in	Kinderpsychotherapeut/-in	Psychiater/-in	Psychotherapeut/-in	Sonstige Fachgruppe
Diagnose in mindestens einem Quartal	53.554	87,9	9,6	6,4	0,8	1,4	13,1
Diagnose in mindestens zwei Quartalen	29.019	80,9	10,6	8,0	0,5	1,5	7,5

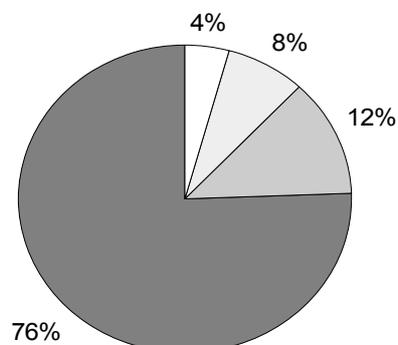
Dieses Ergebnis verweist auf die große Bedeutung der pädiatrischen und hausärztlichen Praxen als erste Anlaufstelle bei psychischen Beeinträchtigungen. Auch für die

langfristige Behandlung nehmen sie eine wichtige Rolle ein, denn bei Diagnosen, die in mindestens zwei Quartalen gestellt werden, ändert sich das Bild nicht wesentlich.

Diagnose in mind. 1 Quartal



Diagnose in mind. 2 Quartalen



- Nur Hausarzt/Kinderarzt
- Nur Psychotherapeut/Psychiater
- Hausarzt/Kinderarzt + Psychotherapeut/Psychiater
- Sonstige Berufsgruppe

Abbildung 7: An der Diagnostik und Behandlung beteiligte Berufsgruppen in Prozent (GKV-versicherte Patientinnen und Patienten mit Wohnort München, Behandlungen 2015)

In die oben genannten Zahlen gehen auch Behandlungen durch mehrere Therapeutengruppen ein. Abbildung 7 zeigt, wie häufig Patientinnen und Patienten ausschließlich durch Haus- bzw. Kinderärzt/-innen, ausschließlich durch Psychotherapeut/-innen oder Psychiater/-innen, in Kombination dieser beiden Berufsgruppen oder durch andere Fachgruppen betreut werden.

Kasten 3: Bedarfsplanung der Arztfachgruppen und Psychotherapeut/-innen

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) ist gemeinsam mit den gesetzlichen Krankenkassen für die bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten in Bayern zuständig (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2016). Die Bedarfsplanung erfolgt je nach Spezialisierungsgrad der Arztgruppe für unterschiedlich große Planungsbereiche.

Für jede Arztgruppe wird festgelegt, für wie viele Einwohner/-innen ein/e niedergelassene/r Ärzt/-in bzw. Psychotherapeut/-in zuständig sein soll. Wird das Arzt-Einwohner-Verhältnis genau erfüllt, liegt der Versorgungsgrad bei 100%. Ab einem Versorgungsgrad von 110% wird Überversorgung festgestellt, ein Versorgungsgrad unter 75% (Arztgruppe Hausärzt/-innen) bzw. 50% (Arztgruppe Fachärzt/-innen) gilt als Unterversorgung. Ärzt/-innen und Psychotherapeut/-innen, die durch Ermächtigung an der Versorgung beteiligt sind, werden hierbei nicht berücksichtigt.

Die Arztgruppe der **Kinderärzte** gehört zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Planung erfolgt in Bayern auf 79 Planungsbereichen; der Stadtkreis München bildet einen dieser Planungsbereiche. Im Stadtkreis München sollen auf einen Kinderarzt bzw. eine Kinderärztin 2.405 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren kommen (allgemeine Verhältniszahl).

Die Arztgruppe der **Kinder- und Jugendpsychiater/-innen** gehört zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Die Bedarfsplanung in Bayern differenziert 18 Planungsbereiche, die näherungsweise Regierungsbezirken zugeordnet sind. München ist einer von vier Planungs-

bereichen in Oberbayern und umfasst neun Kreise⁹, darunter den Stadtkreis München. Auf eine/n Kinder- und Jugendpsychiater/-in sollen 16.909 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren kommen.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen zählen zur Arztgruppe der Psychotherapeut/-innen, die der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Die Planung erfolgt wie bei den Kinderärzt/-innen auf 79 Planungsbereichen. Da für Kinderpsychotherapeut/-innen keine gesonderte Bedarfsplanung erfolgt, können hier keine Aussagen zum Versorgungsgrad getroffen werden.

Im Versorgungsatlas der KVB wird für jede Arztgruppe die Zahl der im GKV-Bereich tätigen Ärzt/-innen angegeben, wie auch der Versorgungsgrad berechnet wird (siehe Kasten 3). Danach standen im August 2016 in München 148 Kinder- und Jugendärzt/-innen für die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung, die die Hauptansprechpartner/-innen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind (KVB, 2016b). Im Versorgungsatlas wird zwischen Personenzählung (Köpfe) und Zählung nach Anrechnung in der Bedarfsplanung differenziert, da manche Ärzte/Ärztinnen aufgrund eines geringen Tätigkeitsumfangs nur teilweise gezählt werden. Die o.g. Zahl von 148 Ärzt/-innen bezieht sich auf die Personenzählung; nach der Bedarfsplanung waren im August 2016 119,5 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin im Stadtkreis München tätig. Mit einem Versorgungsgrad von 129,8% gilt der Stadtkreis München als mit Kinder- und Jugendärzt/-innen überversorgt.

Im Folgenden liegt der Blick auf den für die Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen Heranwachsender spezialisierten Berufsgruppen, den Kinder- und Jugendpsychiater/-innen und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen.

Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Laut Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB, 2016a) waren mit Stand August 2016 im Stadtkreis München 29 Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig, die sich auf 17 Praxen verteilten. Im Landkreis München waren 3 Kinderpsychiater/-innen tätig, in den angrenzenden, zum Planungsbereich München gehörenden, Kreisen waren weitere 8 Ärzte und Ärztinnen dieser Fachrichtung tätig. Der Versorgungsgrad wird für den Planungsbereich München mit 110,6%¹⁰ angegeben und liegt knapp über der Grenze zur Überversorgung. Der

⁹ Stadtkreis München, Landkreis (LK) München, LK Ebersberg, LK Erding, LK Freising, LK Dachau, LK Fürstenfeldbruck, LK Landsberg a. Lech, LK Starnberg

¹⁰ Bereits kleinere personelle Veränderungen können sich deutlich auf den Versorgungsgrad auswirken. So ist in der vorherigen Ausgabe des KVB-Versorgungsatlas mit dem Stichtag 2.2.2016 ein Versorgungsgrad von 101,3% angegeben.

bayernweite Vergleich des Versorgungsgrads zeigt eine große Spannweite von 42,3% (Oberpfalz-Nord) und 401,3% (Würzburg). Im Planungsbereich Oberland war mit 120,1% von einer Überversorgung auszugehen. Im Planungsbereich Ingolstadt betrug der Versorgungsgrad lediglich 50,1% (Unterversorgung), in Südostoberbayern lag er bei 92,6% (vgl. Anhang A3).

Bezogen auf die Landeshauptstadt München lässt sich eine deutliche Verbesserung der Versorgung mit Kinderpsychiater/-innen konstatieren, wie die Zahlen des Statistischen Amtes München zeigen (Statistisches Amt München, 2016b). Während in einem Zehnjahreszeitraum von 2005 bis 2014 die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren von 187.000 auf 216.000 um 15,5% gestiegen ist, hat sich die Zahl der Kinder- und Jugendpsychiater/-innen von 13 auf 24, also um 85%, erhöht.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten

Auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (KJP) sind auf die ambulante psychotherapeutische Behandlung psychisch kranker Heranwachsender spezialisiert. Sie behandeln in der Regel bis zum 21. Lebensjahr. Auch hier gibt der Versorgungsatlas der KVB einen Überblick über die Zahl der Therapeut/-innen, auch wenn diese Gruppe nicht gesondert beplant wird. Danach waren zum Stichtag 25. August 2016 181 Therapeut/-innen an der kassenärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen in der Landeshauptstadt München beteiligt.¹¹

In den vergangenen Jahren wurde das Versorgungsangebot ausgebaut, wenn auch nicht so deutlich wie bei den Kinderpsychiater/-innen: So standen im Jahr 2005 127 Kinder- und Jugendlichentherapeut/-innen für die kassenärztliche Versorgung zur Verfügung. Während im Jahr 2005 auf einen Kinderpsychotherapeuten 1.474 Heranwachsende unter 18 Jahren kamen, waren es im Jahr 2014 durchschnittlich 1.432 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (vgl. Tab. 6; Statistisches Amt München, 2016b).

Kasten 4: Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren und Psychotherapieplatz-Vermittlung

Ähnlich wie bei psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011) muss auch bei Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ggf. mit längeren Wartezeiten auf einen Therapieplatz gerechnet werden.¹² Erhalten Heranwachsende nicht in angemessener Zeit einen Therapieplatz, kann ein Therapeut bzw. eine Therapeutin ohne

¹¹ Zum Zuschnitt der Planungsbezirke siehe Kasten 3.

¹² Etwas ältere Zahlen hierzu liefert die Befragung der Bayerischen Landeskammer der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Jahr 2008: https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/id/li_prat82cdgb.html

Kassenzulassung aufgesucht werden und eine Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren nach § 13 Abs. 3 SGB V beantragt werden.

Im Jahr 2016 wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eine Psychotherapieplatz-Vermittlungsstelle eingerichtet, die einen Platz für ein diagnostisches Erstgespräch vermittelt, Adressen von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen benennt und freie Psychotherapieplätze vermittelt.

Die Möglichkeit, eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in ortsnah aufsuchen zu können, variiert von Stadtbezirk zu Stadtbezirk (vgl. Tabelle 6). Die folgenden Angaben beziehen sich auf das Jahr 2014, da Angaben zur Niederlassung von Kinderpsychotherapeut/-innen auf Stadtbezirksebene nur für dieses Jahr vorliegen.

So hatten sich im Jahr 2014 in Berg am Laim, Aubing - Lochhausen - Langwied sowie Allach - Untermenzing gar keine Kinderpsychotherapeut/-innen niedergelassen. In Milbertshofen - Am Hart kamen auf eine/n Kinderpsychotherapeut/-in über 11.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und auch in Sendling - Westpark und Trudering - Riem kamen mehr als 7.000 Heranwachsende auf eine/n Kinderpsychotherapeut/-in. Demgegenüber waren die Stadtbezirke Ludwigsvorstadt - Isarvorstadt (277 Kinder und Jugendliche je Therapeut/-in) und Maxvorstadt (315 Kinder und Jugendliche je Therapeut/-in) von einer hohen KJP-Dichte geprägt. Abbildung 8 illustriert die ungleichen Versorgungschancen, die sich bei einer Betrachtung auf Ebene der Stadtbezirke ergibt (bezogen auf die Altersgruppe unter 18 Jahre).¹³

Die statistischen Kennzahlen auf Ebene der Stadtbezirke erlauben es, einen Zusammenhang zwischen sozialer Lage und psychotherapeutischer Versorgung näherungsweise herzustellen. Nimmt man exemplarisch für das Jahr 2014 die Sozialgeldempfängerdichte¹⁴ als Indikator für die soziale Lage des Stadtbezirks und setzt diesen in Beziehung zur Zahl der Unter-18-Jährigen je Kinderpsychotherapeut/-in, so zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang: Je besser die soziale Lage im Stadtbezirk, desto mehr Kinderpsychotherapeut/-innen stehen für die Versorgung zur Verfügung (vgl. Anhang B).

¹³ Kinderpsychotherapeut/-innen behandeln in der Regel bis zum 21. Lebensjahr. Tabelle 6 führt ergänzend die Zahl der Unter-21-Jährigen sowie die Relation der unter 21-Jährigen pro Kinderpsychotherapeut/-in auf.

¹⁴ Sozialgeld ist eine Leistung der Grundsicherung nach SGB II für Personen, die nicht erwerbsfähig sind. Die Sozialgeldempfängerdichte gibt den Anteil der Sozialgeldempfänger an allen Einwohner/-innen im Alter von unter 15 Jahren in Prozent aus.

Tabelle 6: In freier Praxis tätige Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/innen (KJP) und Einwohner/-innen (EW) unter 18 bzw. 21 Jahren in den Stadtbezirken am 31.12.2014 (grau hinterlegt sind Stadtteile, in denen (teil-)stationäre Versorgungsangebote etabliert sind)

SB #	Stadtbezirk	Anzahl KJP	Anzahl Unter 18-Jährige	EW unter 18 Jahren je KJP	Anzahl Unter 21-Jährige	EW unter 21 Jahren je KJP ²
1	Altstadt - Lehel	3	2.268	756	2.757	919
2	Ludwigsvorstadt - Isarvorstadt	21	5.825	277	6.866	327
3	Maxvorstadt	15	4.728	315	6.038	403
4	Schwabing West	10	8.119	812	9.702	970
5	Au - Haidhausen	11	8.234	749	9.536	867
6	Sendling	7	5.170	739	6.073	868
7	Sendling - Westpark	1	7.703	7.703	9.128	9.128
8	Schwanthalerhöhe	3	4.222	1.407	4.930	1.643
9	Neuhausen - Nymphenburg	21	13.301	633	15.617	744
10	Moosach	4	7.748	1.937	9.273	2.318
11	Milbertshofen - Am Hart	1	11.078	11.078	13.510	13.510
12	Schwabing - Freimann	2	9.882	4.941	12.230	6.115
13	Bogenhausen	8	12.408	1.551	14.350	1.794
14	Berg am Laim	-	6.566	-	7.682	-
15	Trudering - Riem	2	14.176	7.088	16.119	8.060
16	Ramersdorf - Perlach	3	17.991	5.997	21.464	7.155
17	Obergiesing - Fasangarten	4	7.052	1.763	8.300	2.075
18	Untergiesing - Harlaching	2	7.121	3.561	8.298	4.149
19	Thalkirchen - Obersendling - Forstenried - Fürstenried - Solln	5	13.151	2.630	15.472	3.094
20	Hadern	3	7.607	2.536	9.074	3.025
21	Pasing - Obermenzing	15	11.961	797	13.906	927
22	Aubing - Lochhausen - Langwied	-	7.321	-	8.550	-
23	Allach - Untermenzing	-	5.478	-	6.379	-
24	Feldmoching - Hasenberg	5	10.449	2.090	12.364	2.473
25	Laim	5	6.703	1.341	8.091	1.618
	München gesamt	151	216.263	1.432	255.638	1.693

Datenquelle: Statistisches Amt München, 2016b

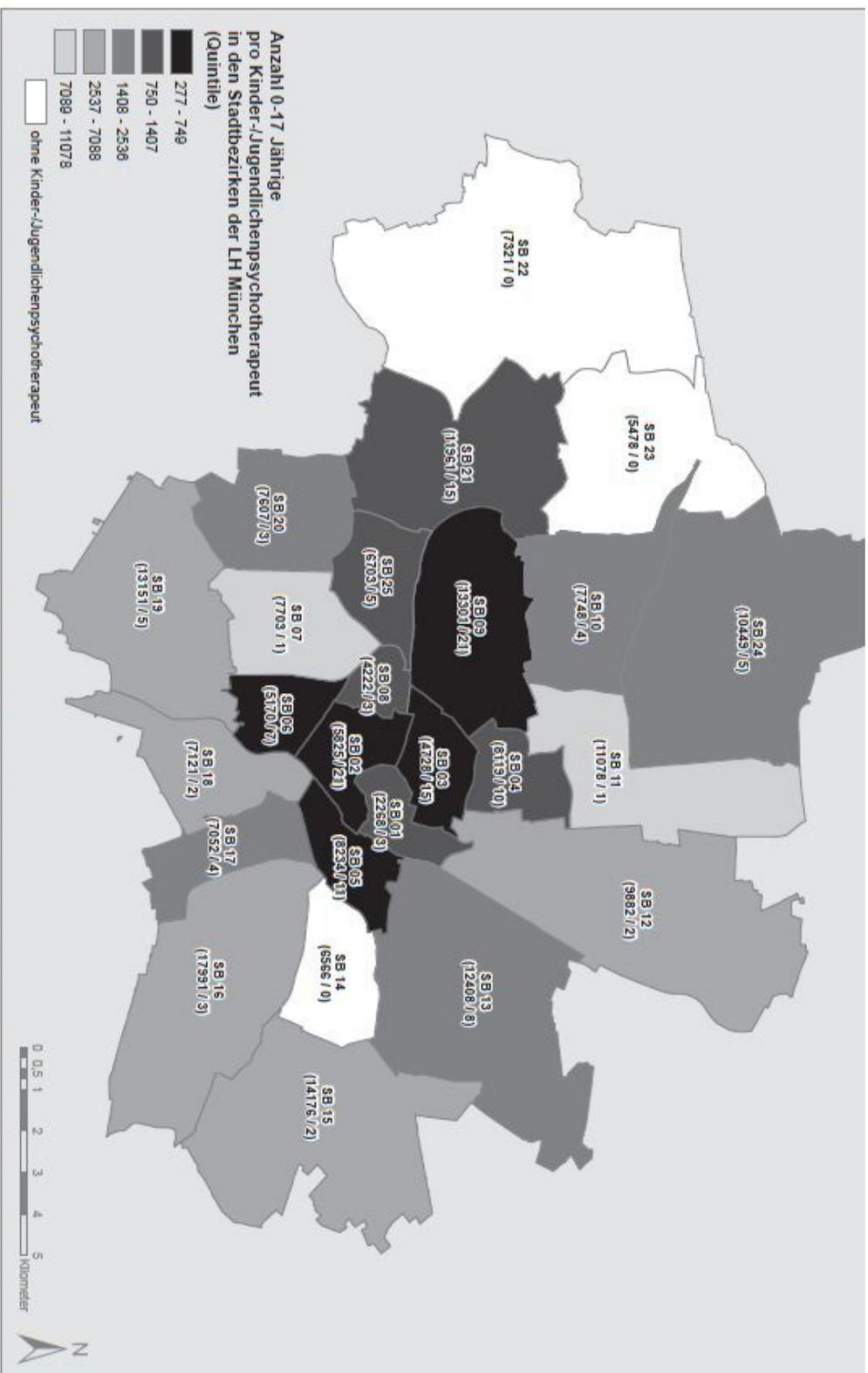


Abbildung 8: Anzahl 0-17-Jährige pro Kinder-/Jugendlichenspsychotherapeut-in in den Stadtbezirken der Landeshauptstadt München 2014

4.2 Voll- und teilstationäre psychiatrische Versorgung

Schwerwiegende psychische Erkrankungen werden auch im Kindes- und Jugendalter stationär behandelt. In der Hälfte der Fälle erfolgt bayernweit die Versorgung in den Klinikabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.¹⁵ Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, die diese spezialisierte Betreuung erhalten, hat sich in den vergangenen Jahren deutlich erhöht, was auch für eine qualitative Verbesserung des Versorgungsangebotes spricht. Nur in seltenen Fällen werden Heranwachsende in der Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie betreut (StMGP, 2016; siehe auch Tabelle 4).

Im September 2016 standen laut Auskunft der Beratungsstelle für seelische Gesundheit des Referats für Gesundheit und Umwelt insgesamt 176 vollstationäre und 76 teilstationäre Betten bzw. Plätze zur Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen zur Verfügung (vgl. Tabelle 7). Dabei ist zu berücksichtigen, dass das kbo Kinderzentrum nicht nur das Münchner Umland mitversorgt, sondern auch junge Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Bundesgebiet aufnimmt. Auch die kbo Heckscher Klinik als kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsklinik des Bezirks Oberbayerns behandelt nicht nur Münchner Kinder und Jugendliche, sondern Patientinnen und Patienten aus ganz Oberbayern (vgl. Klinikprofile in Kasten 5).

Dies zeigt ein Blick auf die Statistik aufgestellter Betten in Münchner Krankenhäusern im Jahr 2014 (Statistisches Amt München, 2016c). Danach waren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie 225 Betten aufgestellt in denen 1.650 Patientinnen und Patienten behandelt wurden (Patientenabgänge). Die durchschnittliche Verweildauer lag bei 48,0 Tagen, die Bettenausnutzung bei 96,3%. Dem standen 486 Münchner Kinder und Jugendliche gegenüber, die im Jahr 2014 in oberbayerischen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken behandelt wurden (vgl. Tabelle 4).

Das stationäre Angebot wurde in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut. So standen im Jahr 2004 nur 123 Betten zur Verfügung, in denen 686 Patient/-innen mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 61,9 Tagen (also deutlich länger als zehn Jahre später) behandelt wurden.

¹⁵ Aus Datenschutzgründen stehen keine Daten zur Behandlung von Münchner Kindern in Münchner Kliniken zur Verfügung.

Tabelle 7: Anzahl voll- und teilstationärer Betten / Plätze der kinder- und jugendpsychiatrischen / psychosomatischen / sozialpädiatrischen Stationen in München

Einrichtung	Vollstationär	Teilstationär
kbo Heckscher-Klinikum	75	44
kbo Kinderzentrum	40	-
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der LMU	30	10
Städtisches Klinikum Schwabing; Klinik für Kinder- und Jugendmedizin; Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie mit psychosomatischem Schwerpunkt	8	-
Städtisches Klinikum Schwabing; Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik (bis Frühjahr 2016 am Standort Harlaching)	17	8
Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München, Kinder- und Jugendpsychosomatik	-	14
Kinder- und Kinderpoliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital; Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie	6	-
Gesamt	176	76

Quelle: RGU; Stand September 2016

Kasten 5: Profile der Münchner Kliniken zur Behandlung psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter

kbo Heckscher-Klinikum; Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Am Standort München des kbo-Heckscher-Klinikums sind drei Ambulanzen (allgemeine Institutsambulanz, Entwicklungsambulanz, Suchtambulanz), eine Tagesklinik sowie drei geschlossene Intensivstationen, eine i.d.R. offen geführte Krisenstation sowie drei offene weiterführende Stationen angesiedelt.

kbo Kinderzentrum München: Das kbo-Kinderzentrum München ist spezialisiert auf die frühe Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen und Behinderungen und umfasst sowohl ein Sozialpädiatrisches Zentrum als auch eine Fachklinik für Sozialpädiatrie und Entwicklungsrehabilitation.

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München, Kinder und Jugendpsychosomatik: Die Klinik verfügt über eine psychiatrische Institutsambulanz (PIA) und zwei Tageskliniken für Vorschulkinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen und Ängsten im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen und bei Jugendlichen insbesondere in Verbindung mit Schulvermeidung.

Die **Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie)**, die gemeinsam vom Klinikum rechts der Isar (TU München) und dem städtischen Klinikum Schwabing geführt wird, behandelt Essstörungen, Anpassungsstörungen bei chronischen Erkrankungen, Suizidversuche (akute Krisenintervention), klassische funktionelle Störungen (z.B. Bauch- und Kopfschmerzen ohne Organbefund), Zustand nach Misshandlung und Gewalterfahrung einschließlich sexuellen Missbrauchs und psychosozialer Vernachlässigung, Münchhausen bei Proxy-Syndrom sowie bei Alkohol-, Medikamenten-, Drogen- oder Pilzvergiftung.

Die **Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik des Städtischen Klinikum Schwabing** (bis Frühjahr 2016 am Standort Harlaching) therapiert eine Vielzahl von Verhaltens- und psychisch-psychosomatischen Störungen, z.B. Essstörungen und Angststörungen, Depressionen, und psychische Probleme bei chronischen körperlichen Erkrankungen. Besondere

Schwerpunkte sind die Behandlung von frühkindlichen Regulationsstörungen. Die Klinik hat eine Eltern-Kind-Station, eine Jugendstation und eine Tagesklinik für Kinder.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU verfügt über eine Psychiatrische Institutsambulanz (PIA), eine Hochschulambulanz, eine Tagesklinik (vor allem für Kinder mit Entwicklungsstörungen) sowie drei Stationen mit den Schwerpunkten „Depressive Erkrankungen“ und „Essstörungen“ sowie eine geschlossene Intensivstation für Jugendliche mit besonders schweren Erkrankungen.

Die Station Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie der Kinder- und Kinderpoliklinik im **Dr. von Haunerschen Kinderspital** behandelt u.a. psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowie Ängste, Zwänge und Depressionen, Bindungsstörungen und Traumatisierung.

Stationäre Versorgungsangebote finden sich nicht nur in kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen, sondern auch in psychosomatischen und sozialpädiatrischen Abteilungen. Dies erschwert die Orientierung für hilfeschende Heranwachsende und ihre Eltern. So wurde zwar im Rahmen der Kampagne „Ganz schön gemein“ des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, die 2016 zur Sensibilisierung für psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen lanciert wurde, die Internetseite www.aktiv-schauen.de eingerichtet. Der dort verlinkte Klinikfinder präsentiert aber nur vier der oben aufgeführten Kliniken. Auch der Dienstleistungsfinder der Stadt München ist wenig übersichtlich aufgebaut und erschwert eine internetgestützte Suche nach Therapieangeboten.

5 Schlussfolgerungen / Empfehlungen

Der Bericht gibt einen Überblick über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen und über die Versorgung bei psychischen Erkrankungen dieser Bevölkerungsgruppe in der Landeshauptstadt München. Er bietet, zumindest in Teilen, die Möglichkeit kleinräumiger Analysen und erlaubt partiell einen Vergleich mit dem bayerischen Durchschnitt. Bei diesem Vergleich ist zu berücksichtigen, dass die Landeshauptstadt München hinsichtlich soziodemografischer Merkmale nicht mit den restlichen Landesteilen vergleichbar ist, weil z.B. der Anteil der ausländischen Kinder doppelt so hoch ist. Auch die Arbeitslosenquote war 2015 mit 5,6% in der Landeshauptstadt höher als im bayerischen Durchschnitt (4,1%).¹⁶ Schwierige sozioökonomische Bedingungen haben einen Einfluss auf die psychische Gesundheit; dieser Faktor ist beim Vergleich sowohl mit Bayern als auch im innerstädtischen Vergleich zu berücksichtigen. Bei der Beurteilung der Versorgungsstruktur ist zudem in Rechnung zu stellen, dass München das Umland mitversorgt.

Im Folgenden sollen einige Punkte benannt werden, die eine vertiefte Betrachtung und Diskussion verdienen. Hierfür bieten sich die etablierten Diskussionszusammenhänge an, allen voran der Arbeitskreis Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, der Teil des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München ist und sich speziell mit der psychischen Gesundheit von Heranwachsenden beschäftigt (während der Arbeitskreis Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft vornehmlich mit der Versorgung Erwachsener befasst ist).

Unterschiede Bayern – Landeshauptstadt München

Auch für die Landeshauptstadt München lässt sich eine hohe Prävalenz ambulanter Diagnosen feststellen: Nahezu jedes dritte Kind bzw. jede/r dritte Jugendliche mit GKV-Versicherung, der/die 2015 einen Arzt/eine Ärztin bzw. eine/n Psychotherapeut/-in aufsuchte (30,5%) erhielt im Jahr 2015 mindestens einmal eine Diagnose aus der Diagnosegruppe F nach ICD-10, gut die Hälfte dieser GKV-versicherten Heranwachsenden (16,6%) erhielt die Diagnose in mindestens zwei Quartalen. Damit bestätigt sich die hohe Belastung mit psychischen Beeinträchtigungen auch für die Landeshauptstadt. Auch wenn sich die Zahlen nur auf die 90% Kinder und Jugendlichen beziehen, die gesetzlich krankenversichert sind, so ist doch von einer starken Belastung auszugehen. Die Prävalenzen liegen in München leicht höher als im Landes-

¹⁶ Datenquelle: Landesamt für Statistik, Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit; abrufbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>

durchschnitt. Die Gründe hierfür sind ungeklärt, könnten aber in der oben erwähnten stärkeren sozioökonomischen Belastung zu suchen sein. Aber auch die bessere Versorgungsstruktur könnte ein Grund sein, die zu einer stärkeren Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten führt und höhere Diagnoseraten zur Folge haben könnte. Und schließlich kann der höhere Anteil geflüchteter Jugendlicher eine Rolle spielen, die nach 15 Monaten Aufenthaltsdauer in die gesetzliche Krankenversicherung wechseln, die aufgrund von Traumatisierungen psychisch stark belastet sind.

Eine Analyse der Unterschiede zwischen Bayern und der Landeshauptstadt München im Zeitverlauf könnte Hinweise darauf geben, wie die psychische Belastung von Heranwachsenden regional beeinflusst wird. So zeigt eine Studie der Technischen Universität München am Beispiel syrischer Flüchtlingskinder unter 15 Jahren, die in einer Erstaufnahmeeinrichtung untersucht wurden, dass etwa 22% eine posttraumatische Belastungsstörung sowie weitere 16% eine Anpassungsstörung aufweisen (Technische Universität München, 2015).

Verordnungen durch Haus- bzw. Kinderärzt/-innen vs. andere Facharztgruppen und Psychotherapeut/-innen: Validität der Diagnosen

Im Zusammenhang mit den epidemiologischen Befunden wird empfohlen, die Daten eingehender auch unter Berücksichtigung der Einzeldiagnosen zu diskutieren. So fallen zwei Punkte ins Auge: Zum einen machen Entwicklungsstörungen, und hier vor allem Sprachentwicklungsstörungen, einen Großteil der Diagnosen aus. Zum anderen wird ein Großteil der Diagnosen von Haus- bzw. Kinderärzt/-innen gestellt. Diese sind nachvollziehbar die erste Anlaufstelle bei Erkrankungen und Störungen im Kindes- und Jugendalter. Entsprechend der multiaxialen Klassifikation hätte aber erwartet werden können, dass persistierende Störungen, zumal dann, wenn sie Achse 1 betreffen (siehe Kasten 2), vor allem von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen bzw. Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie behandelt werden. Nachvollziehbar ist allerdings, dass bei Entwicklungsstörungen, die auf Achse 2 des multiaxialen Klassifikationsschemas verortet sind, vorwiegend Kinder- und Jugendärzt/-innen aufgesucht werden, die für die Behandlung an andere Gesundheitsfachberufe überweisen.

Gleichwohl sei an dieser Stelle empfohlen, im Arbeitskreis die Diagnosepraxis zu reflektieren, nicht zuletzt, um die Validität der geschätzten Häufigkeiten überprüfen zu können.

Prävalenzschätzungen: Nutzung weiterer Datenquellen

In diese Diskussion könnte auch die Frage eingebunden werden, wie eine zuverlässige Prävalenzschätzung erzielt werden kann. Die im Bericht verwendeten Daten der KVB unterliegen notwendigerweise zahlreichen Limitationen (nur GKV-versicherte Patientinnen und Patienten, nur Kinder und Jugendliche mit Arztbesuch im Jahr 2015, keine Berücksichtigung der Daten der Institutsambulanzen, keine Berücksichtigung der Daten von Asylbewerber/-innen mit einer Aufenthaltsdauer < 15 Monate). Hinzu kommt die Problematik der Validität der Diagnosen. Die hohe Zahl der Entwicklungsstörungen gibt Anlass zur Vermutung, dass Entwicklungsverzögerungen pathologisiert werden.

Es wurde bereits dargelegt, dass und weshalb Prävalenzschätzungen schwierig sind (vgl. Kap. 3.1). Die Nutzung von Routinedaten ist mit den genannten Einschränkungen verbunden. Auch bevölkerungsweite Befragungsdaten, wie sie etwa in der KiGGS-Studie erhoben werden und die die Einschätzung von Eltern zu psychischen Einschränkungen widerspiegeln, liefern nur einen spezifischen Ausschnitt des epidemiologischen Bildes. Nur eine – aufwändige – repräsentative Studie unter Nutzung eines psychiatrischen Instrumentariums könnte eine zuverlässige Momentaufnahme zur Prävalenz psychischer Erkrankungen von Heranwachsenden in München liefern. Aufgrund des hohen Aufwandes, der damit verbundenen Kosten und der Einschränkung, dass damit nur ein für einen bestimmten Zeitraum gültiges Bild gezeichnet wird, ist dieser Ansatz vermutlich unrealistisch. Es wird deshalb alternativ empfohlen, die hier präsentierten Daten um weitere Datenbestände (vor allem aus Institutsambulanzen, aber auch aus einer ggf. erweiterten Schuleingangsuntersuchung) zu ergänzen und in der Zusammenschau zu diskutieren.

Psychische Gesundheit von geflüchteten Minderjährigen

Es sei angemerkt, dass zu einer spezifischen, stark belasteten Bevölkerungsgruppe keine Angaben zur psychischen Gesundheit vorliegen. Zum Stand Ende September 2016 waren 2.051 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in Münchner Flüchtlingsunterkünften untergebracht (Sozialreferat, 2016). Sie machten damit einen Anteil von 22% an den untergebrachten Flüchtlingen aus. Hinzu kamen 2.111 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. 299 Kinder und Jugendliche waren in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht, 816 in staatlichen Gemeinschaftsunterkünften und 936 in der Kommunalen Flüchtlingsunterbringung. Es handelt sich um eine hoch belastete Bevölkerungsgruppe mit einem hohen Traumatisierungsrisiko (Technische Universität München, 2015), die verstärkte Aufmerksamkeit erhalten sollte.

Derzeit werden geflüchtete Kinder häufig in der (voll-)stationären Krisenintervention in der Heckscher Klinik aufgenommen. Es wird empfohlen, die Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe zu reflektieren und ggf. Ansatzpunkte zur Verbesserung der Versorgung zu erarbeiten. In diesem Zusammenhang wäre auch zu erheben, wieviele Psychotherapeut/-innen eine Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen erhalten haben und wieviele Flüchtlinge unter 18 Jahren von ihnen behandelt werden.

Versorgung im oberbayerischen Vergleich und im Vergleich der Stadtbezirke

In Bezug auf die ambulante Versorgung lässt sich festhalten, dass für Kinder- und Jugendärzt/-innen, die die Hauptbehandler/-innen bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind, mit einem Versorgungsgrad von 129,8% laut KVB von einer Überversorgung auszugehen ist. Die Versorgung mit Fachärzt/-innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert und liegt mit 110,6% knapp an der Grenze zur Überversorgung. Im oberbayerischen Vergleich lässt sich festhalten, dass lediglich das Oberland mit 120,1% einen höheren Versorgungsgrad aufweist, Südostoberbayern ist mit einem Versorgungsgrad von 92,6% etwas schlechter versorgt, Ingolstadt steht mit 50,1% an der Grenze zur Unterversorgung. Auch im landesweiten Vergleich lässt sich eine gute bis sehr gute kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in München konstatieren: Im bayernweiten Vergleich liegt der Versorgungsgrad zwischen 42,3% und 401,3%. In welchen Stadtgebieten sich die Praxen befinden, wäre eine Analyse wert, denn in Bezug auf Kinderpsychotherapeut/-innen hat sich ein klarer Zusammenhang zwischen sozialer Lage im Stadtbezirk und Versorgung mit Kinderpsychotherapeut/-innen gezeigt. Möglicherweise ist es in sozial benachteiligten Stadtbezirken nicht nur schwieriger, eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in zu erreichen, sondern möglicherweise haben sich auch Kinder- und Jugendpsychiater/-innen seltener in sozial benachteiligten Stadtbezirken niedergelassen. Eine erweiterte Analyse der Versorgungsstruktur auf Stadtbezirksebene, die auch die komplementären Berufsgruppen einbezieht (Ergo- und Lerntherapeut/-innen, Logopäd/-innen) und mit einem besonderen Augenmerk auf benachteiligte Quartiere, wird dringend empfohlen. Bislang liegen keine Angaben dazu vor, wie sich diese Berufsgruppen im Stadtgebiet verteilen. Es wird deshalb empfohlen, ausgehend von den Stadtbezirken die Versorgungssituation unter Einbezug auch anderer Gesundheitsfachberufe qualitativ zu analysieren, um Versorgungsketten wohnortnah bei unterschiedlichen Störungen nachzuzeichnen.

Wartezeiten auf einen Therapieplatz

In Bezug auf die ambulante Versorgung wird zudem empfohlen, die Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu erfassen. Hierzu liegen nur ältere Daten für Bayern vor. Es war das Ziel der Einrichtung der Vermittlungsstelle bei der KVB, die Suche nach einem Psychotherapieplatz für Ratsuchende zu vereinfachen und Wartezeiten zu verringern. Ob dieses Vorhaben geglückt ist, ist bislang unklar.

Stationäre Versorgung

Für die stationäre Versorgung ist zu konstatieren, dass das Angebot an (teil-)stationären Betten / Plätzen in den vergangenen Jahren deutlich ausgebaut wurde. Mit 176 voll- und 76 teilstationären Betten / Plätzen wurden im Jahr 2014 knapp 600 Kinder und Jugendliche mit Wohnsitz München, aber auch Patientinnen und Patienten aus Oberbayern und darüber hinaus behandelt. Da keine Zahlen darüber vorliegen, wie sich die Patient/-innen nach Wohnort verteilen, ob hier ggf. Wartelisten geführt werden und wie hoch die Verweildauern sind, wird empfohlen, hierüber mit den Kliniken ins Gespräch zu kommen, um ggf. bestehende Versorgungsengpässe (die z.B. durch die Versorgung traumatisierter Flüchtlingskinder entstehen könnten) identifizieren zu können.

Einbezug der Perspektive der Betroffenen

Der Bericht vermag nur einen kleinen datengestützten Ausschnitt der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation bei psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zu liefern. Unter der Perspektive wohnortnaher Versorgung wäre es interessant zu erfahren, wie betroffene Eltern und Jugendliche das Versorgungsangebot wahrnehmen, an welchen Punkten sie die Versorgung als ausreichend empfinden und wo sie Verbesserungsmöglichkeiten sehen. Eine Befragung von Eltern mit Kindern, die die Diagnose einer – ggf. spezifizierten – psychischen Störung erhalten, könnte hier im Rahmen einer Studie durchgeführt werden.

Transparenz des Hilfeangebotes

Auf einen weiteren Punkt sei abschließend aufmerksam gemacht. Für junge Familien liegt eine informative Broschüre über Hilfs- und Beratungsangebote für Eltern, Kinder und Jugendliche vor („Netzwerk für Familien“, herausgegeben vom Stadtjugendamt). Diese gibt einen gut strukturierten Überblick über das Hilfeangebot. Im Falle einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung wenden sich hilfeschuchende Eltern sicherlich zunächst an den Hausarzt/die Hausärztin oder den/die Kinderarzt/-in und sie erhalten hier sicherlich vielfältige Unterstützung, insbesondere dann, wenn ein statio-

närer Aufenthalt erforderlich ist. Wollen Eltern sich selber informieren und nutzen sie hierzu das Internet, stehen sie vor vielen Herausforderungen. So ist es schwierig, einen Überblick über die stationären Versorgungsangebote zu bekommen und selbst, wenn der Klinikfinder der neu eingerichteten Seite www.aktiv-schauen.de genutzt wird, wird dort nicht das gesamte Angebot an Klinikplätzen präsentiert. Auch der Dienstleistungsfinder der Stadt München ist wenig übersichtlich gestaltet. Hier wird empfohlen, einen Wegweiser zu erarbeiten, der es Münchner Eltern besser ermöglicht, eine passende Klinik zu finden.

6 Literatur

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege [StMGP] (Hrsg.) (2015). Bayerischer Kindergesundheitsbericht. München: StMGP.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege [StMGP] (Hrsg.) (2016). Bericht zur psychischen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen in Bayern. München: StMGP.

Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin: Bundespsychotherapeutenkammer. Download unter: http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf

Gemeinsamer Bundesausschuss (2016). Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. Download unter: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>

Hölling, H. et al. (2014). Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland. Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003-2006 und 2009-2012). Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57, 807-819.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2016a). Versorgungsatlas Kinder- und Jugendpsychiater. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. August 2016. Download unter: https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas_Kinder_und_Jugendpsychiater.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (2016b). Versorgungsatlas Kinderärzte. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. August 2016. Download unter: https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas_Kinderaerzte.pdf

Neuhauser, H., Poethko-Müller, C. & KiGGS Study Group (2014). Chronische Erkrankungen und impfpräventable Infektionserkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie - Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). Bundesgesundheitsblatt, 57, 779-788.

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2012). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 6. Auflage. Bern: Hans Huber.

Schlack, R. (2004). Neue Morbidität im Kindesalter. Aufgaben für die Sozialpädiatrie. Kinderärztliche Praxis, 75, 292-299.

Sozialreferat der Landeshauptstadt München (2016). Daten zu in München untergebrachten Flüchtlingen. Stand September 2016. <https://www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/4312065.pdf>

Statistisches Amt München (2015). Statistisches Jahrbuch – Jahreszahlen 2014. (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Bev-lkerung/Archiv.html>)

Statistisches Amt München (2016a). Die in freier Praxis tätigen Ärzte und Ärztinnen nach Fachgebieten am 31.12.2014 (auf der Basis der Daten der KVB, ohne Privatpraxen) <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Gesundheit.html>

Statistisches Amt München (2016b). Die in freier Praxis tätigen Psychotherapeuten/-therapeutinnen in den Stadtbezirken am 31.12.2014 (auf der Basis der Daten der KVB, ohne Privatpraxen) <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Gesundheit.html> sowie <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Gesundheit/Archiv.html>

Statistisches Amt München (2016c). Die Münchner Krankenhäuser nach Fachgebieten 2014. <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Gesundheit.html> sowie <https://www.muenchen.de/rathaus/Stadtinfos/Statistik/Gesundheit/Archiv.html>

Technische Universität München: Mehrzahl der syrischen Flüchtlingskinder ist krank. München, Pressemitteilung 01.09.2015.

7 Anhänge

Anhang A: Ergänzende Tabellen

Tabelle A1: Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht am 31.12.2015 in der Landeshauptstadt München und in Bayern

Altersgruppe	absolut	männlich	weiblich	Ausländer	Deutsche
LHM					
unter 15 Jahre	188.075	96.291	91.784	31.235	156.840
15 bis unter 18 Jahre	33.366	17.815	15.551	9.978	23.388
<i>unter 18 Jahre</i>	<i>221.441</i>	<i>114106</i>	<i>107.335</i>	<i>41.213</i>	<i>180.228</i>
Insgesamt	1.450.381	707.150	743.231	336.200	1.084.181
Bayern					
unter 15 Jahre	1.712.517	878.678	833.839	138.376	1.574.141
15 bis unter 18 Jahre	398.257	209.020	189.234	46.049	352.205
<i>unter 18 Jahre</i>	<i>2110771</i>	<i>1.087.698</i>	<i>1.023.073</i>	<i>184.425</i>	<i>1.926.346</i>
Insgesamt	12.843.514	6.352.172	6.491.343	1.471.337	11.372.177

Datenquelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, GENESIS-Online Datenbank, Indikator 12411-006z

Tabelle A2: Bevölkerung unter 18 Jahren in der LHM sowie Indikatoren der sozialen Lage am 31.12.2014 nach Stadtbezirken

SB #	Stadtbezirk	Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren		Einwohner/-innen unter 21 Jahren		Anteil Ausländer/-innen an Wohnbevölkerung	Anteil Alleinerziehender an Familien mit Kindern	Anteil der Familien mit 3 und mehr Kindern	Sozialgeldempfänger/dichte *
		absolut	in %	Mit Migrationshintergrund in %	absolut				
1	Altstadt - Lehel	2.268	10,9	46,3	2.757	25,8	21,3	8,4	3,2
2	Ludwigsvorstadt - Isarvorstadt	5.825	11,2	51,5	6.866	30,2	22,3	7,3	7,0
3	Maxvorstadt	4.728	9,0	52,2	6.038	26,0	21,4	7,3	5,7
4	Schwabing West	8.119	12,1	48,5	9.702	22,3	20,7	7,5	5,2
5	Au - Haidhausen	8.234	13,6	47,3	9.536	23,4	21,8	7,5	7,0
6	Sendling	5.170	12,8	55,2	6.073	26,7	25,1	7,1	13,7
7	Sendling - Westpark	7.703	13,6	60,4	9.128	27,2	21,2	9,7	15,8
8	Schwanthalerhöhe	4.222	14,0	63,3	4.930	34,0	24,9	8,8	13,7
9	Neuhausen - Nymphenburg	13.301	13,6	53,6	15.617	23,9	21,4	8,6	9,0
10	Moosach	7.748	14,7	64,7	9.273	29,6	20,1	9,7	14,2
11	Milbertshofen - Am Hart	11.078	14,8	77,7	13.510	39,2	23,0	11,1	20,3
12	Schwabing - Freimann	9.882	13,8	59,0	12.230	27,3	21,7	10,2	12,1
13	Bogenhausen	12.408	14,8	51,2	14.350	21,8	20,1	9,3	6,3
14	Berg am Laim	6.566	14,9	66,9	7.682	29,9	22,3	10,1	17,8
15	Trudering - Riem	14.176	20,8	51,2	16.119	20,2	17,6	12,8	12,4
16	Ramersdorf - Perlach	17.991	16,3	71,0	21.464	31,5	22,7	12,1	19,6
17	Obergiesing - Fasangarten	7.052	13,4	63,0	8.300	30,1	23,9	8,2	13,7
18	Untergiesing - Harlaching	7.121	13,6	46,9	8.298	22,6	23,1	8,1	8,7
19	Thalkirchen - Obersendling - Forstneried - Fürsteneried - Solln	13.151	14,4	53,6	15.472	23,8	19,7	9,3	9,3
20	Hadern	7.607	15,3	56,9	9.074	25,2	20,4	10,4	13,4
21	Pasing - Obermenzing	11.961	16,6	44,4	13.906	20,5	18,2	10,8	9,2
22	Aubing - Lochhausen - Langwied	7.321	17,1	55,2	8.550	23,3	19,0	10,9	14,3
23	Allach - Untermerzing	5.478	17,5	40,0	6.379	19,5	17,7	9,9	9,8
24	Feldmoching - Hasenbergl	10.449	17,3	63,6	12.364	30,4	20,6	13,1	15,8
25	Laim	6.703	12,3	59,1	8.091	25,7	22,8	8,5	13,2
	München gesamt	216.263	14,5	56,8	255.638	26,4	21,1	9,8	12,3

Datenquelle: Statistisches Amt München, Statistisches Jahrbuch Jahreszahlen 2014 (<https://www.muenchen.de/rathaus/Stadinfos/Statistik/Bevoelkerung/Archiv.html>) und Indikatorenatlas München (<http://www.mstatistik-muenchen.de/indikatorenatlas/atlas.html?indicator=157&date=2015>)

* Anteil der Sozialgeldempfänger an allen Einwohner/-innen im Alter von unter 15 Jahren in Prozent

Tabelle A3: Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in der kassenärztlichen Versorgung – Versorgungsgrad im bayernweiten Vergleich (Stand: 25. August 2016)

Planungsbereich	Versorgungsgrad	Planungsbereich	Versorgungsgrad
Oberbayern		Oberpfalz	
Ingolstadt	50,1%	Oberpfalz-Nord	42,3%
München*	110,6%	Regensburg	169,3%
Oberland		Niederbayern	
Südostoberbayern	92,6%	Donau-Wald	64,9%
Oberfranken		Landshut	160,8%
Oberfranken-Ost	62,0%	Schwaben	
Oberfranken-West	107,6%	Allgäu	125,9%
Mittelfranken		Augsburg	113,3%
Industrieregion Mittelfranken	109,6%	Donau-Iller (BY)	102,6%
Westmittelfranken	120,5%		
Unterfranken			
Bayerischer Untermain	125,9%		
Main-Rhön	144,5%		
Würzburg	401,3%		

Datenquelle: KVB, Versorgungsatlas

* Zum Zuschnitt des Planungsbereichs siehe Fußnote 9.

Tabelle A4: Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose Affektive Störungen (F30-F39) nach Alter und Geschlecht; nur GKV-versicherte Heranwachsende mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Affektive Störungen gesamt (F30-F39)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F30-F39 in mind. 1 Quartal	60	47	366	354	344	693	1.864
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	15	6	176	145	167	323	832
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	0,1	0,1	1,1	1,1	2,9	5,6	1,1
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,0	0,0	0,5	0,5	1,4	2,6	0,5
Depressive Episode (F32) und Rezidivierende depressive Störung (F33)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F32-F33 in mind. 1 Quartal	23	17	283	293	293	645	1.554
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	5	0	145	125	140	299	718
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	0,1	0,0	0,9	0,9	2,5	5,2	0,9
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,0	0,0	0,4	0,4	1,2	2,4	0,4

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung; Fallzahlen <5 wurden auf 0 gesetzt

Tabelle A5: Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48) nach Alter und Geschlecht; nur GKV-versicherte Heranwachsende mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen gesamt (F40-F48)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F40-F48 in mind. 1 Quartal	2.624	2.475	3.262	3.230	1.292	2.215	15.098
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	858	822	1.471	1.433	594	974	6.152
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	6,0	5,9	10,0	9,9	10,9	17,7	8,6
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	2,0	2,0	4,5	4,4	5,0	7,8	3,5
Phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F40-F41 in mind. 1 Quartal	667	679	763	864	272	641	3.886
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	149	170	244	319	123	246	1.251
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	1,5	1,6	2,3	2,7	2,3	5,1	2,2
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,3	0,4	0,7	1,0	1,0	2,0	0,7
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F43 in mind. 1 Quartal	1.205	1.031	1.759	1.475	605	911	6.986
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	419	373	903	730	293	409	3.127
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	2,8	2,5	5,4	4,5	5,1	7,3	4,0
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	1,0	0,9	2,8	2,2	2,5	3,3	1,8

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Tabelle A6: Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59) nach Alter und Geschlecht; nur GKV-versicherte Heranwachsende mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gesamt (F50-F59)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F50-F59 in mind. 1 Quartal	1.142	1.081	514	548	175	385	3.845
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	317	298	197	226	68	196	1.302
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	2,6	2,6	1,6	1,7	1,5	3,1	2,2
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose Essstörungen (F50)	0,7	0,7	0,6	0,7	0,6	1,6	0,7
Essstörungen (F50)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F50 in mind. 1 Quartal	340	328	227	303	67	259	1.524
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	96	77	78	125	24	153	553
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	0,8	0,8	0,7	0,9	0,6	2,1	0,9
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	1,2	0,3

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Tabelle A7: Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose Entwicklungsstörungen (F80-F89) nach Alter und Geschlecht; nur GKV-versicherte Heranwachsende mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Entwicklungsstörungen gesamt (F80-F89)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F80-F89 in mind. 1 Quartal	9.581	6.992	6.980	4.365	848	568	29.334
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	4.436	2.868	4.524	2.700	510	329	15.367
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	21,9	16,6	21,4	13,4	7,1	4,6	16,7
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	10,1	6,8	13,9	8,3	4,3	2,6	8,8
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F80 in mind. 1 Quartal	7.380	5.194	4.214	2.661	330	214	19.993
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	3.434	2.178	2.778	1.710	173	123	10.396
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	16,8	12,4	12,9	8,2	2,8	1,7	11,4
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	7,8	5,2	8,5	5,2	1,5	1,0	5,9
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F81 in mind. 1 Quartal	129	78	2.269	1.491	406	288	2.485
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	43	16	1.207	786	236	161	1.392
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	0,3	0,2	7,0	4,6	3,4	2,3	1,4
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,1	0,0	3,7	2,4	2,0	1,3	0,8

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (F82)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F82 in mind. 1 Quartal	2.743	1.763	1.751	798	162	68	7.285
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	1.139	678	1.085	439	89	40	3.470
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	6,3	4,2	5,4	2,4	1,4	0,5	4,2
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	2,6	1,6	3,3	1,3	0,7	0,3	2,0

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

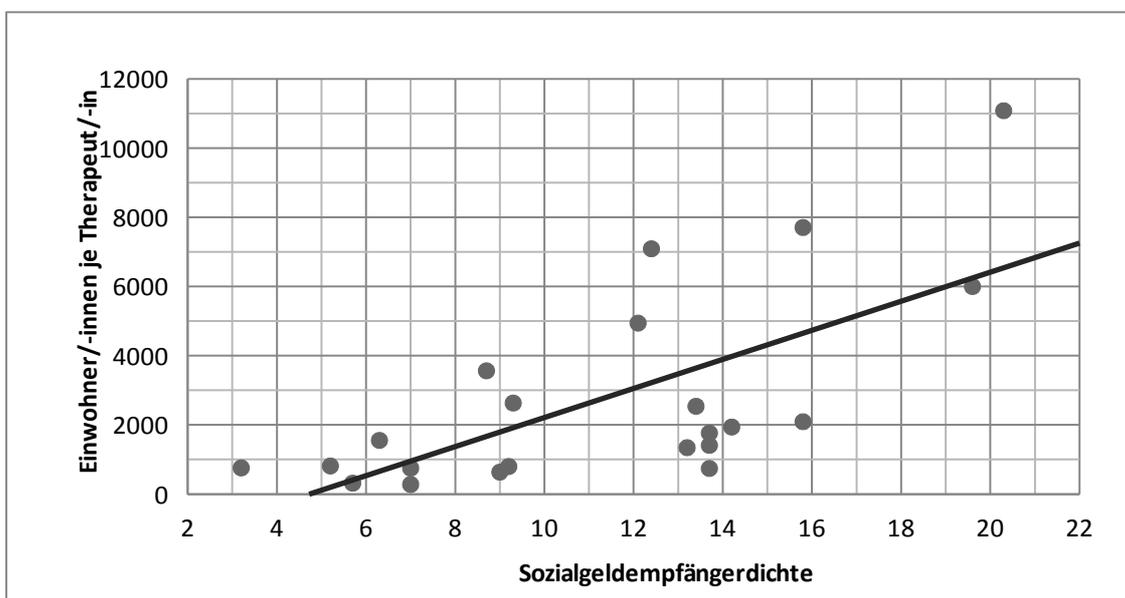
Tabelle A8: Kinder und Jugendliche mit einer ambulanten Diagnose Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98) nach Alter und Geschlecht; nur GKV-versicherte Heranwachsende mit Wohnsitz München und Arztbesuch im Jahr 2015

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend gesamt (F90-F98)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F90-F98 in mind. 1 Quartal	5.750	4.822	7.375	4.792	1.405	1.081	21.530
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	2.402	1.865	4.631	2.726	876	629	10.126
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	13,1	11,5	22,6	14,7	11,8	8,7	12,3
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	5,5	4,4	14,2	8,4	7,4	5,0	5,8
Hyperkinetische Störungen (F90)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F90 in mind. 1 Quartal	616	230	3.614	1.526	864	406	7.256
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	275	90	2.555	1.017	593	287	4.817
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	1,4	0,5	11,1	4,7	7,3	3,3	4,1
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,6	0,2	7,8	3,1	5,0	2,3	2,7
Störungen des Sozialverhaltens (F91)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F91 in mind. 1 Quartal	1.577	1.201	1.208	683	188	145	5.002
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	626	441	593	326	108	67	2.161
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	3,6	2,9	3,7	2,1	1,6	1,2	2,9
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	1,4	1,0	1,8	1,0	0,9	0,5	1,3

	0 bis unter 7 Jahre		7 bis unter 15 Jahre		15 bis unter 18 Jahre		gesamt
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	
Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F92 in mind. 1 Quartal	462	392	650	476	132	113	2.225
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	216	166	362	246	63	55	1.108
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	1,1	0,9	2,0	1,5	1,1	0,9	1,3
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	0,5	0,4	1,1	0,8	0,5	0,4	0,6
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)							
Anzahl Patient/-innen mit der Diagnose F93 in mind. 1 Quartal	1.873	1.748	2.406	2.014	327	408	8.776
darunter mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	651	620	1.261	1.003	168	214	3.917
Anteil in % an der Bevölkerung gleichen Alters und Geschlechts	4,3	4,2	7,4	6,2	2,8	3,3	5,0
mind. 2 Quartale mit der gleichen Diagnose	1,5	1,5	3,9	3,1	1,4	1,7	2,2

Datenquelle: KVB, Sonderauswertung

Anhang B: Zusammenhang zwischen Sozialgelddichte und Einwohner/-innen unter 18 Jahren je Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-in im Jahr 2014



Quellen: Statistisches Amt München, 2016b, und Indikatorenatlas

Sozialgeld als eine Leistung der Grundsicherung nach SGB II für Personen, die nicht erwerbsfähig sind, kann als ein Indikator für die soziale Lage heran gezogen werden. Tabelle A2 gibt für jeden Stadtbezirk den Anteil der Sozialgeldempfänger an allen Einwohner/-innen im Alter von unter 15 Jahren in Prozent aus (Sozialgeldempfängerdichte; Quelle: Statistisches Amt München; Indikatorenatlas). Die Zahl der Kinder und Jugendlichen, die auf eine/n Kinderpsychotherapeut/-in kommen, gibt für jeden Stadtbezirk Auskunft über den Zugang zur kinder- und jugendpsychotherapeutischen Versorgung (vgl. Tabelle 6). Setzt man beide Indikatoren zueinander in Beziehung, so zeigt sich das oben abgebildete Muster (nicht aufgeführt sind Stadtbezirke, in denen sich gar kein/e Kinderpsychotherapeut/-in niedergelassen hat).

Die Abbildung zeigt für jeden Stadtbezirk einerseits den Anteil der Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren, die Sozialgeld beziehen, andererseits die Zahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren auf, die auf eine/-n in diesem Stadtbezirk angesiedelte/-n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutin kommen. Die Abbildung verdeutlicht, dass es hier einen Zusammenhang gibt: Je höher der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Sozialgeldbezug, desto geringer die Verfügbarkeit von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (R^2 linear=.0453; p =.029).

Impressum

Herausgeberin

Referat für Gesundheit und Umwelt
Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28a
80335 München
www.muenchen.de/rgu

Foto Referentin: Eleana Hegerich

Fotos Titelblatt: Bild links Michael Namberger, Bild rechts Retair-Fotolia.com

Berichterstellung/Expertise

Prof. Dr. Petra Kolip
Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld
petra.kolip@uni-bielefeld.de
<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag4/index.htm>

Ansprechpartnerinnen im Referat für Gesundheit und Umwelt

Doris Wohlrab
Gesundheitsberichterstattung
Tel: (089) 233 – 4 73 70
gbe.rgu@muenchen.de

Claudia Müller
Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche, Seelische Gesundheit
Tel: (089) 233 – 6 69 40
kinderpsyberatungsstelle.rgu@muenchen.de

Für die Bereitstellung und Aufbereitung der Daten sowie die kooperative Zusammenarbeit danken wir insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Gedruckt auf 100% Recyclingpapier, das mit dem Blauen Engel ausgezeichnet ist.

Stand: August 2017

