



Gesundheitsberichte Band 14

Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster

Impressum

Herausgeberin	Stadt Münster Gesundheitsamt
Redaktion	Dr. Annette Siemer-Eikermann Lydia Hackmann
Fachliche Begleitung	Dr. Eckhard Gollmer Psychiatriekoordination
Text	Dr. Annette Siemer-Eikermann Lydia Hackmann
Satz und Layout	Heike Schaper
Titel-Illustration	Livingpage Media Agentur
Druck	Werner Stegemöller Druckhaus, Münster

November 2008, 800

Diese Veröffentlichung erscheint in der Reihe
„Gesundheitsberichterstattung“ des Gesundheitsamtes der Stadt Münster

Gesundheitsberichte Band 14

**Psychiatrische, psychotherapeutische
und psychosoziale Versorgung von
Kindern und Jugendlichen in Münster**

Inhalt

EINLEITUNG

4

1 Versorgungsaufgaben

5

2 Ambulante Diagnostik und Behandlung

7

2.1 Allgemeine Aspekte

7

2.2 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

8

2.3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

10

2.4 Beratungsstellen und spezielle Therapieeinrichtungen

16

2.5 Sozialpsychiatrischer Dienst

17

2.6 Bewertung

21

2.7 Handlungsempfehlungen

24

3 Krisen- und Notfallbehandlung

25

3.1 Allgemeine Aspekte

25

3.2 Ambulante Klärung

26

3.3 Stationäre Unterbringung

30

3.4 Bewertung

32

3.5 Handlungsempfehlungen

34

4 Teilstationäre und stationäre Behandlung

35

4.1 Allgemeine Aspekte

35

4.2 Teilstationäre Behandlung

37

4.3 Stationäre Behandlung

38

4.4 Bewertung

40

4.5 Handlungsempfehlungen

42

5 Rehabilitation und Integration

43

5.1 Allgemeine Aspekte

43

5.2 Eingliederungshilfen

44

5.3 Bewertung

47

5.4 Handlungsempfehlungen

49

6 Koordination und Vernetzung

50

6.1 Allgemeine Aspekte

50

6.2 Fallbezogene Zusammenarbeit

50

6.3 Arbeitskreise und Projekte

52

6.4 Bewertung

54

6.5 Handlungsempfehlungen

55

7 Zusammenfassende Bewertung der Versorgungssituation

56

8 Handlungsempfehlungen Übersicht

60

LITERATUR

ANHANG

Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Münster und Umgebung

Fragebogen

Kennzahlen für Münster

Rechtliche Grundlagen

Einleitung

Im Kindes- und Jugendalter wird wie bei Erwachsenen eine Verschiebung von den körperlichen hin zu den seelischen Störungen beobachtet.

Die Forschung ist sich nicht sicher, ob von einer allgemeinen Zunahme von psychischen Störungen zu sprechen ist oder ob lediglich ein Polarisierungsprozess stattgefunden hat, bei dem ein größerer Teil der Kinder eher zufriedener, kommunikativer und glücklicher aufwächst, aber ein kleiner Teil, aufgrund von Mehrfachbelastungen sein Leiden aggressiver sowohl nach außen als auch gegen sich selbst richtet (Preuss-Lausitz 2005). Sicher ist, dass in unserer Kultur die Kindheit nicht mehr so vielen allgemeinverbindlichen Ritualen unterworfen ist. Das ermöglicht eine größere Freiheit aber auch eine stärkere Zusammenhanglosigkeit der sozialen Form und damit einhergehend die Last der Selbstbestimmung auch in abweichende und krankhafte Entwicklungen (Schröder 2005).

Bei Kindern und Jugendlichen gehen seelische Störungen mit erheblichen Beeinträchtigungen in familiären und sozialen Beziehungen sowie in Schule, Beruf und Autonomieentwicklung einher. Die Behandlung und Betreuung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist deshalb auch in Münster von großer gesellschaftlicher Relevanz. Dies zeigt sich bereits als Herausforderung an unseren Schulen.

Mit dem Beschluss über die Vorlage V/0745/2007 wurde die Verwaltung beauftragt, den Bericht zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster den politischen Gremien vorzulegen.

Ziel ist es allen Kindern und Jugendlichen aus Münster mit therapiebedürftigen psychischen Störungen ein bedürfnisgerechtes und vernetztes Behandlungs- und Betreuungsangebot vorzuhalten. Hierzu sind konkrete Vorschläge erarbeitet worden.

Der vorliegende Bericht hätte ohne die Mitwirkung der vielen kinderpsychiatrischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Einrichtungen in Münster nicht erstellt werden können. Stellvertretend für alle, bedanken wir uns bei den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Universitätsklinik, dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien sowie den Einrichtungen der Jugendhilfe.

Hinweisen möchten wir darauf, dass aus Gründen der besseren Lesbarkeit von Patienten, Ärzten, Therapeuten etc. die Rede ist, obwohl selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind.

1 Versorgungsaufgaben

„Seelische Gesundheit ist notwendige Voraussetzung für eine gute psychosoziale und psychosomatische Entwicklung und stabile Persönlichkeitsentwicklung von Kindern und Jugendlichen. Ihre Förderung ist damit von hohem gesellschaftlichem Nutzen. Die Prävention und Behandlung körperlicher und seelischer Krankheiten von Kindern und Jugendlichen muss eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleiben und weiterhin allen Kindern und Jugendlichen zugänglich sein.“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003).

Seit den fünfziger Jahren kommen zahlreiche nationale und internationale wissenschaftliche Studien zu dem Schluss, dass mindestens 6% aller Kinder und Jugendlichen von dringend behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankungen betroffen sind. Für 15 – 20% besteht aufgrund von psychischen Störungen fachärztlicher Klärungsbedarf (Remschmidt 1989).

In Deutschland wurde zwischen 2003 und 2006 die Gesundheit von Mädchen und Jungen bis zum 17. Lebensjahr durch das Robert-Koch-Institut im Rahmen einer großen repräsentativen Studie an 17.641 Kindern und Jugendlichen aus 167 Städten und Gemeinden untersucht (Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS). Die psychische Gesundheit wurde dabei im Rahmen der BELLA-Studie besonders in den Blick genommen. Hier wurden 4199 Familien gesondert angeschrieben, von denen 70% an der Untersuchung teilnahmen. Die BELLA-Studie hat festgestellt, dass in Deutschland etwa 9,7% aller Kinder und Jugendlichen eine wahrscheinlich behandlungsbedürftige psychische Störung haben: Für Münster würde dies bedeuten, dass 1964 Jungen (10,9%) und 1465 Mädchen (8,4%) betroffen wären. Bei 21,9% der Kinder ergab sich aufgrund von psychischen Auffälligkeiten ein Diagnostikbedarf: Umgerechnet auf Münster wäre danach mit 8024 Kindern und Jugendlichen mit Diagnostikbedarf zu rechnen. (siehe 2.3.2) (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Ängste werden bei 10% der Kinder und Jugendlichen festgestellt. Anzeichen für eine Depression gibt es bei 5,4% der Kinder und Jugendlichen. Störungen des Sozialverhaltens liegen bei 7,6% der Kinder und Jugendlichen vor. Eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung wird bei 2,2% der Minderjährigen diagnostiziert. Jungen und Mädchen sind in gleicher Weise von emotionalen Störungen wie Ängsten, Depressionen oder sozialem Rückzug betroffen. Jungen im Grundschulalter zeigen häufiger als Mädchen Symptome, die auch das soziale Umfeld oder die Familie erheblich beeinträchtigen können. Dies sind Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und Disziplinstörungen in der Schule, Wutanfälle oder Zerstörung fremden Eigentums.

Im Bundesdurchschnitt erhalten nur 48% der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen die erforderliche Therapie (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Deutliche Unterschiede in den Auffälligkeiten und ebenfalls in den Ressourcen der Kinder und Jugendlichen zeigen sich bezogen auf den sozioökonomischen Status der Familien und ihre Migrationsvorgeschichte. Kinder mit einem niedrigen sozioökonomischen Status sind häufiger von psychischer Erkrankung betroffen als Kinder mit einem hohen sozioökonomischen Status. Psychisch auffällige Kinder kommen deutlich häufiger aus Familien, in denen ein hohes Konfliktpotential besteht, aus Familien, in denen die Erziehenden ihre eigene Kindheit nicht als harmonisch empfunden haben oder aus Familien, in denen die Partnerschaft der Eltern unglücklich ist. Weiterhin wachsen diese Kinder häufiger als gesunde Kinder in einem „Ein-Eltern-Haushalt“ auf und es kommt häufiger vor, dass ein Elternteil psychisch krank ist.

Diese Risikofaktoren wirken kumulativ; das bedeutet, dass mit der Anzahl der Risikofaktoren auch der Anteil der Kinder steigt, die Hinweise auf psychische Auffälligkeiten zeigen. Das Auftreten mehrerer Risikofaktoren beeinträchtigt die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erheblich. Aus diesem Grund sollten Interventionen sich gezielt an Risikogruppen wenden und über Hilfen informieren (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko oder einer sich bereits entwickelnden Symptomatik psychischer Auffälligkeit sollten möglichst frühzeitig erkannt werden, damit ihnen für eine gesunde Entwicklung rechtzeitig Hilfe und Unterstützung zuteil wird und die Störung nicht bis ins Erwachsenenalter persistiert (Hölling et al. 2007). Zum Beispiel erhöhen Angststörungen im Kindesalter das Risiko einer psychischen Störung im Erwachsenenalter. Bei einer Zwangsstörung berichten bis zur Hälfte der erwachsenen Patienten, dass ihre Erkrankung im Kindes- und Jugendalter begonnen hat (Goletz 2006).

Aufgrund der Ergebnisse der Bindungsforschung und der Erkenntnisse in der Hirnforschung wird heute davon ausgegangen, dass an psychopathologischen Störungen biologische, konstitutionelle, entwicklungspsychologische und psychosoziale Wirkfaktoren beteiligt sind. Das setzt eine hohe Fachkompetenz und Vernetzung bei allen voraus, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verantwortlich tätig sind.

2 Ambulante Diagnostik und Behandlung

2.1 Allgemeine Aspekte

Innere Konflikte gehören zur Normalität, ohne die eine höhere Entwicklung der Persönlichkeit nicht zustande kommt (Anna Freud 1971). Wenn seelische Belastungen aber dazu führen, dass Kinder und Jugendliche in ihrer biologischen, kognitiven, emotionalen und sozialen Weiterentwicklung gefährdet sind, benötigen sie psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosoziale Hilfen. Die kinder- und jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Behandlung ist umso wirksamer, je früher sie im Verlauf der seelischen Störung in Anspruch genommen wird. Sie ist vorwiegend im Sinne der sekundären und tertiären Prävention wirksam (Linderung von Krankheit und Behinderung, Vermeidung weiterer Krankheitsfolgen). Die Mitwirkung der Eltern und die Einbeziehung der Umwelt sind hierbei unerlässlich.

Vor Therapiebeginn müssen sowohl die gesunden, funktionalen Ich-Anteile des Kindes als auch die Ressourcen ermittelt werden, die die Umgebung für eine Behandlung zur Verfügung stellen kann. Ziel einer jeden Therapie ist es, die Bewältigungsmechanismen des Patienten nutzbar zu machen und die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit zu einem sicheren Selbstwerterleben zu unterstützen.

Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen werden häufig zunächst in der Primärversorgung durch die Schulärzte (häufig Pädiater), niedergelassene Kinderärzte und Hausärzte festgestellt. Sie überweisen die betroffenen Mädchen und Jungen in Abhängigkeit vom Störungsbild an Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Institutsambulanzen oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Es werden aber auch psychosoziale Beratungsstellen und Jugendhilfeeinrichtungen mit psychologischer Kompetenz von seelisch belasteten Minderjährigen und ihren Familien in Anspruch genommen. Der Sozialpsychiatrische Dienst für Kinder- und Jugendliche übernimmt v. a. dort wichtige Aufgaben, wo die Patienten und ihre Familien zuhause aufgesucht werden müssen und Unterstützung bei komplexem Hilfebedarf benötigen.

Grundsätzlich ist die ambulante Therapie die Methode der Wahl bei psychischen Störungen des Kindes- und Jugendalters. Im Gegensatz zur stationären Behandlung werden im ambulanten Bereich Trennungstraumata vermieden und Ressourcen der Familie mobilisiert. Soziale Kontakte bleiben erhalten und Therapieerfolge brauchen nicht von einer Umgebung in die andere transferiert werden.

2004 waren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2.533 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und 553 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie niedergelassen. 2007 war die Zahl der Fachärzte auf 688 gestiegen (168 in NRW). In den neuen Bundesländern ist der Anteil der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und der Psychotherapeuten deutlich niedriger. In den großstädtischen Ballungsräumen ist er deutlich höher (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008).

In Deutschland warten die Patienten durchschnittlich 4,5 Monate auf einen Therapieplatz für die ambulante Kinder- und Jugendpsychotherapie und zwei Monate auf ein diagnostisches Erstgespräch. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichtes sind maximal sechs Wochen Wartezeit hinzunehmen, wenn hierdurch keine akuten Beeinträchtigungen entstehen (Robert Koch-Institut 2008).

Die Inanspruchnahme von ambulanter psychiatrischer und psychotherapeutischer Unterstützung ist in der Mittelschicht am stärksten ausgeprägt. Es besteht kein linearer

Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der psychischen Störung und der eingeleiteten Behandlung. Vielmehr werden zum Teil aufwendige Hilfen von subjektiv belasteten Mittelschichtfamilien in Anspruch genommen, während Jugendliche mit schweren Verhaltensauffälligkeiten teilweise lange Zeit überhaupt keine Hilfe erhalten. Die Behandlungsbereitschaft vor allem bei Lern- und Leistungsstörungen nimmt im Durchschnitt mit dem Bildungsniveau der Eltern zu. Besonders eklatant sind die Zugangshindernisse für Migrantenfamilien und insbesondere für Flüchtlingskinder (Fegert 2004). Ferner scheinen psychiatrisch auffällige Jungen häufiger behandelt zu werden als therapiebedürftige Mädchen (Remschmidt 2006).

2.2 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie

2.2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Das Aufgabengebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie umfasst die Prävention, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von psychischen, psychosomatischen und neurologischen Störungen bei Kinder, Jugendlichen und Heranwachsenden (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie).

In der Behandlung kommen alle Formen der Psychotherapie (siehe 3.3), ferner Pharmakotherapie, Familienberatung und heilpädagogische Maßnahmen als Einzel- und Gruppenbehandlung zur Anwendung. Das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sieht sich dazu in der Pflicht, in wechselseitiger fachlicher Achtung mit den nichtärztlichen Therapeuten, den Institutionen der Jugendhilfe, den Schulen, der Sozialhilfe, der Arbeitsverwaltung und der Justiz eine dem Kindeswohl verantwortliche gemeinsame Hilfeplanung und Behandlung sicherzustellen.

Die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie arbeiten auf der Rechtsgrundlage des § 27 SGB V, ihre Leistungen werden durch die Krankenkassen finanziert.

Zur Förderung einer umfassenden und integrierten kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wurde 1994 zunächst zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und allen Ersatzkassen eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung abgeschlossen, später entschieden sich regional auch die Primärkassen für analoge Verträge. „Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung dient zur Förderung einer qualifizierten sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einer ambulanten vertragsärztlichen Versorgung“ (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein).

Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung bilden aus der somatischen, psychiatrischen und sozialen Diagnostik eine therapeutische Trias mit integrativen Therapieformen. Ein an der sozialpsychiatrischen Versorgung teilnehmender Arzt muss nach der Sozialpsychiatrie-Verordnung in seinem Praxisteam einen Heilpädagogen und einen Sozialpädagogen oder eine entsprechende Anzahl von Mitarbeitern mit vergleichbarer Qualifikation im Umfang von mindestens 1,5 Stellen verbindlich beschäftigen.

Die erbrachten Leistungen der Praxis werden nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen) abgerechnet. Dies gilt auch für Leistungen, die der Arzt anordnet und bei dem hierfür qualifizierten Mitarbeiter fachlich überwacht. Zur Erstattung des besonderen Aufwandes, der mit der multiprofessionellen Betreuung verbunden ist, wird dem teilnehmenden Vertragsarzt eine zusätzliche Kostenerstattung vergütet.

Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung hat in den letzten Jahren zu einer qualifizierteren und umfassenderen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und Vernetzung beigetragen.

Nachdem mit der Einführung des Gesundheitsfonds die gesetzlichen Krankenversicherungen alle Verträge zur Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zunächst zum Ende des 4. Quartals gekündigt hatten, scheint eine Weiterführung mittlerweile gewiss. Im September 2008 wurde zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) eine Absichtserklärung verabschiedet. Diese besagt, dass die Verhandlungspartner im 4. Quartal 2008 Regelungen zur Weiterführung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Bundesebene treffen. Damit für die betroffenen Ärzte schon jetzt Planungssicherheit besteht, wurde vereinbart, dass im 1. Quartal 2009 die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung wie bislang gilt.

In die Versorgung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen ist auch die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingebunden. Auf der Grundlage des § 118 SGB V richtet sie ihre Behandlung vor allem auf die Patienten aus, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch das Krankenhaus angewiesen sind. Seit 2001 dürfen auch Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung eine Institutsambulanz vorhalten.

Von dem multiprofessionellem Team der Institutsambulanz wird eine komplexe Behandlungs- und Betreuungsleistung für Patienten erbracht, die in einer Praxis wegen ihres besonders hohen psychosozialen Betreuungsbedarfs und häufiger krankheitsbedingter Rückfälle nicht hinreichend versorgt werden können.

Im Überschneidungsbereich zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie arbeiten die Sozialpädiatrischen Zentren auf der Grundlage des § 119 SGB V. Sie behandeln vorrangig Kinder und Jugendliche mit psychosozialen Folgen bei chronisch körperlichen, v. a. neuropädiatrischen, Erkrankungen.

2.2.2 Ausgangslage

In Münster stehen aktuell 10 Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für die ambulante Versorgung von psychisch kranken Minderjährigen zur Verfügung. Mit 3,7 Fachärzten pro 100.000 Einwohner sind die Behandlungsmöglichkeiten deutlich besser als in den umliegenden Kommunen (0 bis 2,1 pro 100.000 Einwohner, siehe Anhang).

Von den kinderpsychiatrischen Praxen in Münster arbeiten vier auf der Grundlage einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Im Gegensatz zu den rein psychiatrisch oder psychotherapeutisch arbeitenden Fachärzten haben die sozialpsychiatrischen Praxen ein Leistungsspektrum, was obligat die Kooperation mit Bezugspersonen, Helfern, Therapeuten, Lehrern, Ämtern u. a. festlegt. Dies beinhaltet auch die Erstellung eines umfassenden Behandlungsplanes. Insbesondere Minderjährige mit komplexem Hilfebedarf und aus Risikogruppen sollen von der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung profitieren. Dies gelingt aber häufig nicht in dem gewünschten Maße, weil gerade diese Mädchen und Jungen nur durch aufsuchende Hilfen erreichbar sind.

Zusätzlich zu den niedergelassenen Fachärzten ist die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM in die ambulante Diagnostik und Therapie eingebunden. Ferner gibt es am Universitätsklinikum ein Sozialpädiatrisches Zentrum.

2.2.3 Planungen

Zwei weitere Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wollen sich in Münster niederlassen.

2.3 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2.3.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Approbierte Psychotherapeuten haben die „staatliche Erlaubnis“, einen Heilberuf auszuüben. Sie verfügen über einen akademischen Abschluss sowie eine psychotherapeutische Ausbildung und arbeiten mit Behandlungsverfahren, die sich in wissenschaftlichen Untersuchungen als wirksam erwiesen haben (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Verfahren, Psychoanalyse). Jede Psychotherapie hat ganz wesentlich eine Änderung des negativen Selbstkonzeptes, eine Stärkung des Selbstwertgefühls und eine Verbesserung der sozialen Kompetenz zum Ziel.

Da im Kindes- und Jugendalter entwicklungspsychologische, psychodynamische, verhaltenstherapeutische und familiensystemische Aspekte ineinander greifen, ist es besonders wichtig, dass Therapeuten über andere Verfahren mindestens in Grundzügen Bescheid wissen.

Als niedergelassene Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche arbeiten Ärzte (zumeist Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie), Psychologen oder Diplom-Pädagogen. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat entsprechend dem § 92 SGB V Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie entwickelt, in denen die Grundsätze für eine Behandlung festgelegt sind. Die Indikationen für eine Therapie und die anzuwendenden Verfahren sind hier bestimmt. Eine psychotherapeutische Behandlung als Krankenkassenleistung kann aber nur dann erfolgen, wenn die Motivation des Patienten gesichert ist und seine Behandlung Aussicht auf Erfolg hat. Ebenfalls Krankenkassenleistungen sind die im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung geleisteten psychotherapeutischen Hilfen. Diese richten sich insbesondere an Kinder aus Familien mit komplexen sozialpädiatrischen und psychiatrischen Problemen und werden von ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxen erbracht, die an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilhaben (siehe 2.2.1.).

2.3.2 Ausgangslage

In Münster gibt es nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe 46 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, die an der vertragsärztlichen Versorgung für 43721 Kinder unter 18 Jahren aus Münster teilnehmen (Stand 17.07.2008). Hinzu kommen zwei Ausbildungsinstitute sowie eine Institutsambulanz.

Die Mehrheit der zugelassenen Psychotherapeuten behandelt sowohl Erwachsene als auch Minderjährige. Nur fünf psychologische und neun ärztliche Psychotherapeuten haben ausschließlich eine Zulassung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Einige der ärztlichen Therapeuten arbeiten überwiegend psychiatrisch und nicht

psychotherapeutisch. Aus der vorliegenden Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung ist nicht ersichtlich, wie hoch der Anteil an psychotherapeutischer Tätigkeit für Kinder und Jugendliche an der Gesamtarbeitszeit ist. Deshalb sind Vergleiche mit anderen Kommunen problematisch.

Bei Berücksichtigung aller psychotherapeutischen Einrichtungen und Praxen ist es allerdings wahrscheinlich, dass in Münster mehr Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten tätig sind als im Durchschnitt in NRW, wo 28,7 Therapeuten für 100.000 Einwohner unter 18 Jahren zuständig sind (Robert Koch-Institut 2008).

Der Schwerpunkt der psychotherapeutischen Behandlung von Minderjährigen liegt in verhaltenstherapeutischen Methoden. 30 Therapeuten in Münster können Verhaltenstherapie als Einzeltherapie bei Kindern und Jugendlichen anbieten, in 16 Praxen ist Verhaltenstherapie in Gruppen möglich. Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie können 22 Therapeuten durchführen, als Gruppentherapie drei. Ferner können zwei Therapeuten Analytische Psychotherapie als Einzeltherapie für Kinder und Jugendliche anbieten. Die meisten Therapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, integrieren auch andere Therapieformen, zum Beispiel familientherapeutische Elemente, in die Behandlung. Es können bezogen auf Münster keine konkreten Aussagen darüber gemacht werden, welche Therapieformen aktuell angewandt werden oder welche Erkrankungen mit welchen Methoden behandelt werden.

Fragebogen zur psychotherapeutischen Versorgung in Münster (siehe Anlage)

Um die psychotherapeutische Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen in Münster zu erfassen, wurden alle psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte, Psychologen, Pädagogen und Institutionen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, angeschrieben und gebeten, Fragen zur Behandlungssituation in ihrer Praxis zu beantworten. Es sollten Angaben darüber gemacht werden, wie viele Kinder zwischen 3 bis 5 Jahren (Vorschulzeit), wie viele zwischen 6 bis 13 Jahren und wie viele Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren (jeweils nach Geschlechtern getrennt) im ersten und im zweiten Quartal 2008 behandelt wurden. Es wurde erfragt, ob psychotherapeutische Gruppen angeboten werden und ob es für die Kinder und Jugendlichen Wartezeiten für eine psychotherapeutische Behandlung gibt. Ferner wurde ermittelt, ob auch Kinder und Jugendliche behandelt werden, die nicht in Münster leben. Auf eine umfassendere Abfrage wurde zum jetzigen Zeitpunkt verzichtet, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen. Aus diesem Grund können noch keine Aussagen zum Diagnosespektrum, zum sozioökonomischen Status oder zur Migrationsvorgeschichte der in Münster behandelten Patienten gemacht werden.

Ergebnisse

47 Therapeuten, Praxen und Institutionen sind angeschrieben worden. 33 von ihnen haben den Fragebogen zurückgesandt; das entspricht 70%. Sechs dieser Therapeuten behandeln zurzeit keine Kinder und Jugendlichen. In drei Praxen ist die psychotherapeutische Behandlung ein Element der sozialpsychiatrischen Behandlung durch ärztliche und nichtärztliche Therapeuten. Auch Schätzungen zu den Patientenzahlen waren möglich und wurden in der Auswertung gleichrangig berücksichtigt. Ein ärztlicher Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung konnte nicht berücksichtigt werden, weil er sich erst im September 2008 kassenärztlich niedergelassen hat.

In den drei Praxen mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden verschiedene therapeutische Gruppen durchgeführt. Es gibt zwei Gruppen zu Selbstsicherheitstraining,

vier Gruppen zu Entspannungstechniken und Konzentrationstraining, drei themenzentrierte Gruppen, eine Gruppe zur Impulskontrolle und eine geschlechtsspezifische Gruppe.

Von den 24 Psychotherapeuten und Institutionen, die mitgeteilt haben, dass sie zurzeit in Münster Kinder und Jugendliche ambulant behandeln, arbeiten sechs grundsätzlich auch mit ihren Patienten in Gruppen. Es wird zurzeit jedoch nur von einer psychotherapeutischen Praxis eine themenzentrierte Gruppenbehandlung durchgeführt.

Wie viele Kinder und Jugendliche in den Gruppen behandelt werden, ist nicht erfragt worden.

Nur drei von 27 Therapeuten und Institutionen, die angeben, zurzeit Kinder und Jugendliche in Münster zu behandeln, haben keine Wartezeiten für die psychotherapeutische Behandlung. In zwei Praxen müssen Kinder und Jugendliche sogar länger als 6 Monate auf einen Therapieplatz warten.

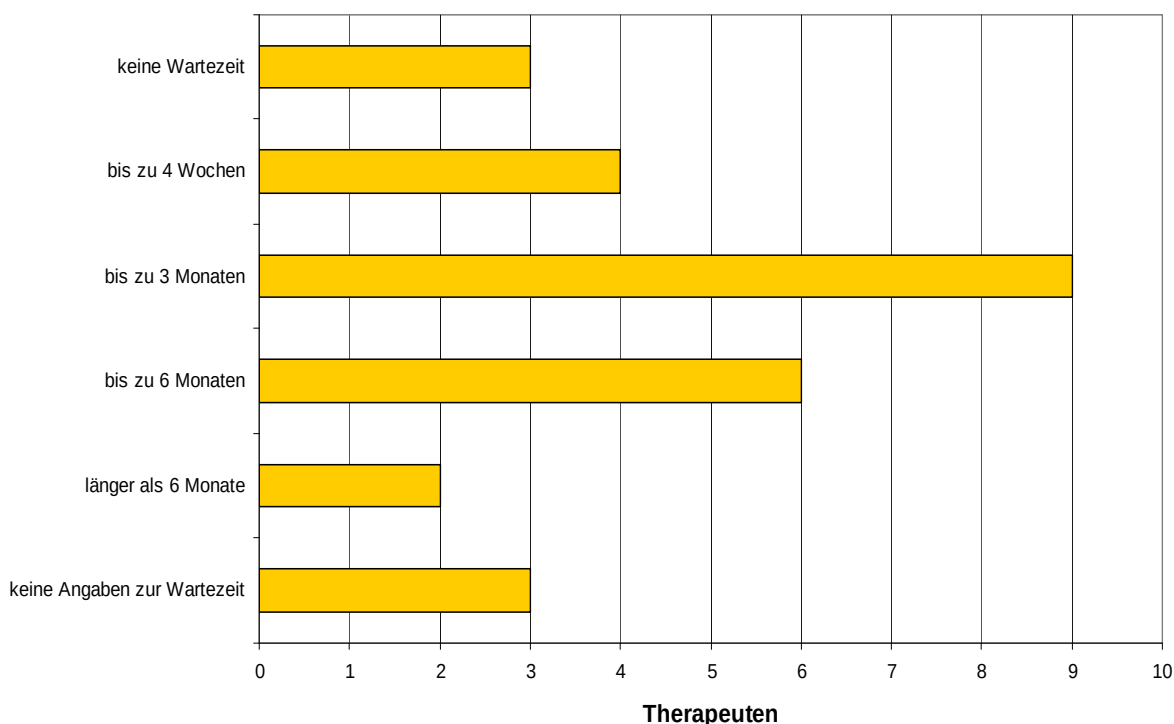


Abb 1: Wartezeiten bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Münster

In Münster werden gegenwärtig in einem Quartal (aufgerundeter Mittelwert des ersten und zweiten Quartals) von 27 Praxen, Therapeuten und Institutionen 2054 Patienten zwischen 3 und 17 Jahren ambulant psychotherapeutisch behandelt. Von diesen Jungen und Mädchen werden 667 Patienten psychotherapeutisch in einer Praxis für Kinder und Jugendpsychotherapie und 1387 Patienten in einer Praxis mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung behandelt. Nur 74% der Psychotherapiepatienten in psychotherapeutischen Kinder- und Jugendpraxen und 55% der Psychotherapiepatienten sozialpsychiatrischer Praxen wohnen in Münster.

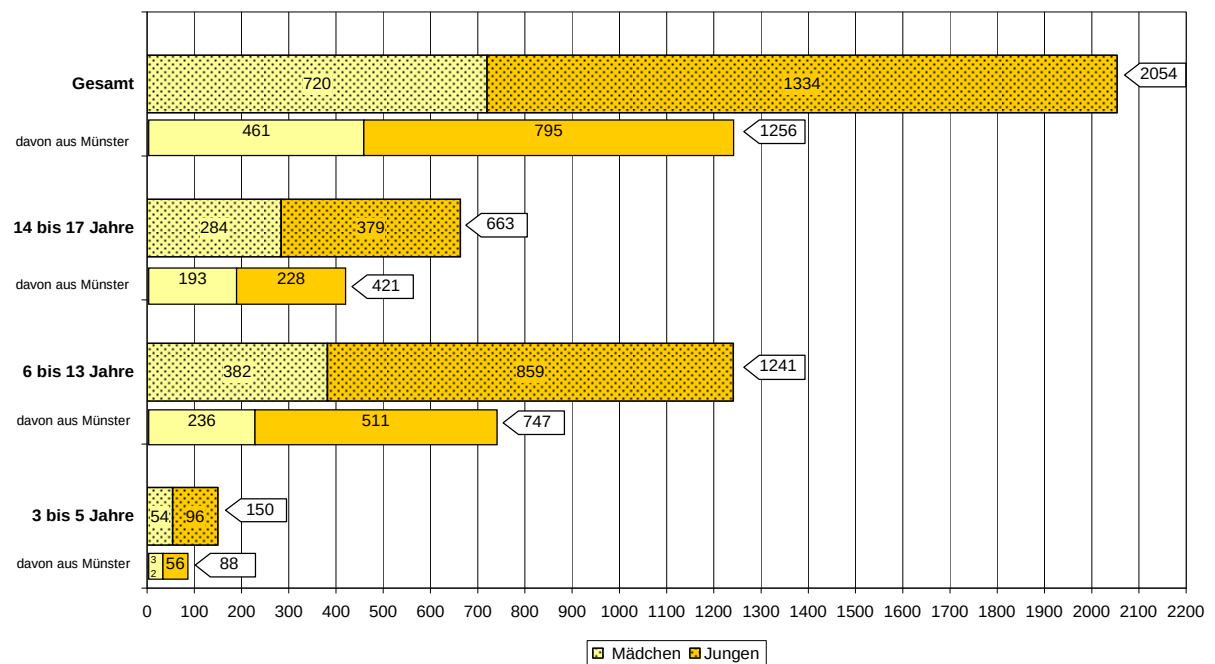


Abb. 2: Alle psychotherapeutisch behandelten Patienten in Münster in einem Quartal (Mittel des ersten und zweiten Quartals 2008)

Bei der weiteren Bewertung wurden die auswärtigen Patienten herausgerechnet und nur die behandelten Minderjährigen aus Münster berücksichtigt.

Unabhängig vom Alter werden in den Praxen, die auf der Grundlage der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung arbeiten, überwiegend Jungen psychotherapeutisch behandelt. Bei den Vorschulkindern liegt der Anteil der Jungen bei 65%, bei den 6 bis 13 Jährigen bei 73% und bei den Jugendlichen zwischen 14 bis 17 Jahren bei 75%.

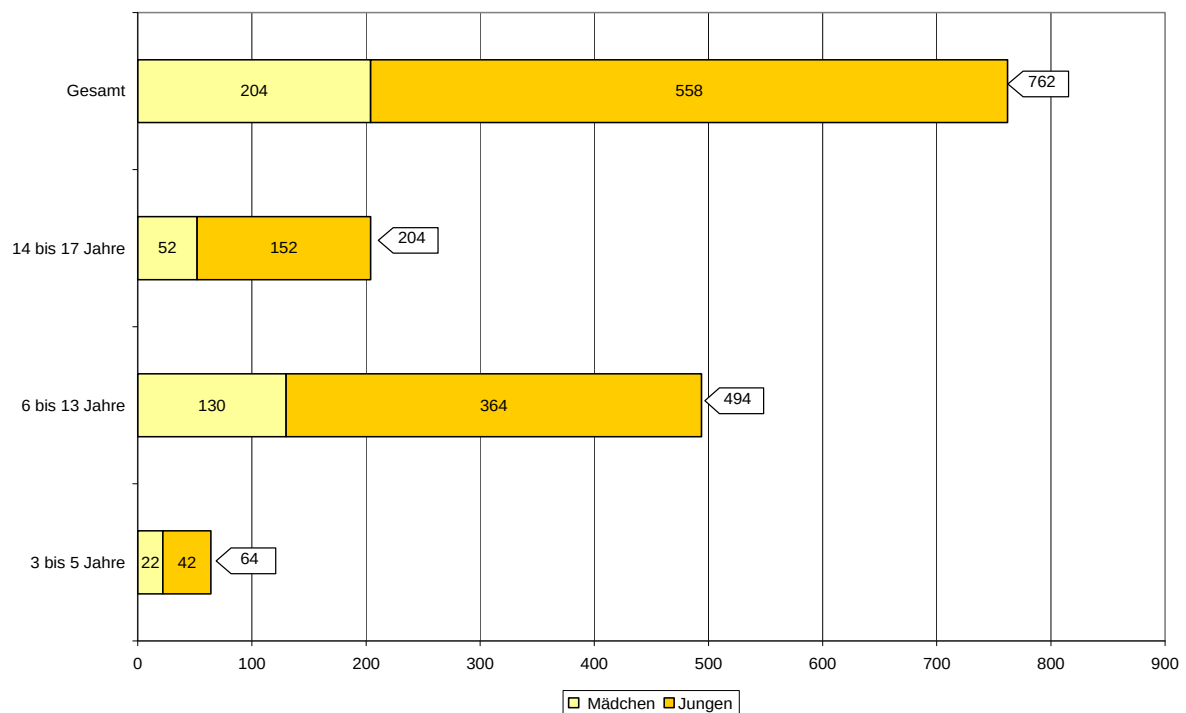


Abb. 3: Psychotherapiepatienten aus Münster in Praxen mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Mittel des ersten und zweiten Quartals 2008)

Bezüglich der Mädchen und Jungen, die eine psychotherapeutische Behandlung in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie (ohne Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) erhalten, ergibt sich eine auffallend andere Patientenstruktur. Insgesamt werden 52% Mädchen und 48% Jungen behandelt. Signifikante Unterschiede zeigen sich bei der Betrachtung der verschiedenen Altersstufen. Bei den jüngeren Kindern bis zum Alter von 13 Jahren werden mehr Jungen mit 57% bzw. 58% psychotherapeutisch versorgt, während bei der Gruppe der Jugendlichen zwischen 14 bis 17 Jahren mit etwa 65% mehr Mädchen in Behandlung sind.

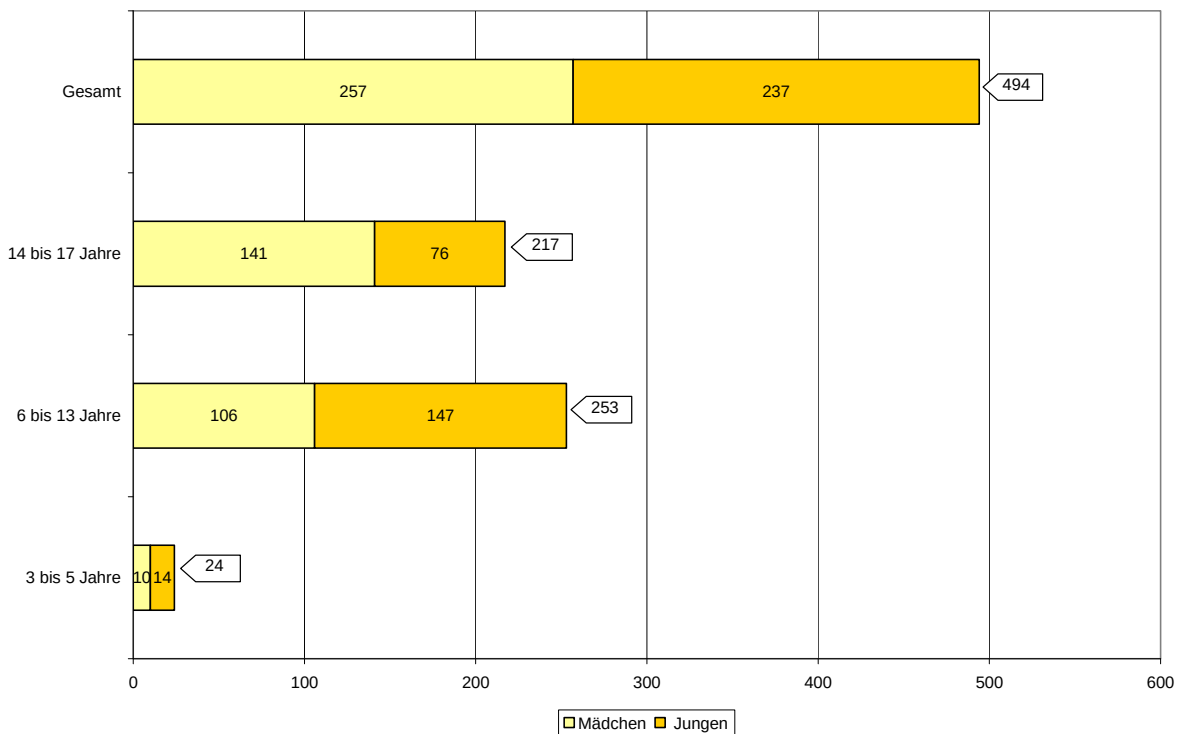


Abb. 4: Psychotherapiepatienten aus Münster in Praxen für Kinder- und Jugendpsychotherapie (Mittel des ersten und zweiten Quartals 2008)

Zur Bewertung der Patientenzahlen nach Alter und Geschlecht sind Untersuchungen und Prävalenz-Studien hinzugezogen worden, die die Häufigkeit und Verbreitung von psychischen Krankheiten im Kindes- und Jugendalter angeben.

In Münster wurde 1997 ein Jahrgang 5-jähriger Kindergartenkinder u. a. im Hinblick auf ihre psychische Gesundheit untersucht. Es zeigte sich, dass 8,9% der Jungen und 7,1% der Mädchen im Erleben der Eltern unter psychischen Störungen litten und behandlungsbedürftig waren (Stadt Münster 1997). Diese Zahlen wurden bei den Vorschulkindern zugrunde gelegt.

Für die älteren Kinder können die differenzierten Zahlen der BELLA-Studie (siehe 1) hinzugezogen werden: In Deutschland zeigen 10,9% der Jungen und 8,4% der Mädchen zwischen 7 bis 17 Jahren behandlungsbedürftige psychische Störungen (Ravens-Sieberer et al. 2007). Diese Zahlen wurden bei den Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 17 Jahren zu Grunde gelegt.

Wir haben der errechneten Zahl der Kinder und Jugendlichen aus Münster, die wahrscheinlich von psychischen Störungen betroffen sind, die Kinder und Jugendlichen gegenübergestellt, die tatsächlich ambulant psychotherapeutisch behandelt werden.

	3 bis 5 Jährige		6 bis 13 Jährige		14 bis 17 Jährige	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Kinder mit psychischen Störungen in Münster	311 ¹⁾	250 ¹⁾	1081 ²⁾	803 ²⁾	572 ²⁾	412 ²⁾
Kinder aus Münster in ambulanter Psychotherapie	56	32	513	236	228	193

¹⁾ Berechnungsgrundlage: Stadt Münster 1997

²⁾ Berechnungsgrundlage: Ravens-Sieberer et al. 2007

Tabelle 1: Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen und solche, die sich in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung befinden

Die für Münster erhobenen Daten über die aktuell behandelten Kinder und Jugendlichen bestätigen, dass es geschlechtsspezifische Besonderheiten gibt. Es werden insgesamt mehr Jungen als Mädchen ambulant psychotherapeutisch behandelt. Jugendliche Mädchen profitieren eher von der Psychotherapie in einer psychotherapeutischen Praxis (ohne Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) als Jungen.

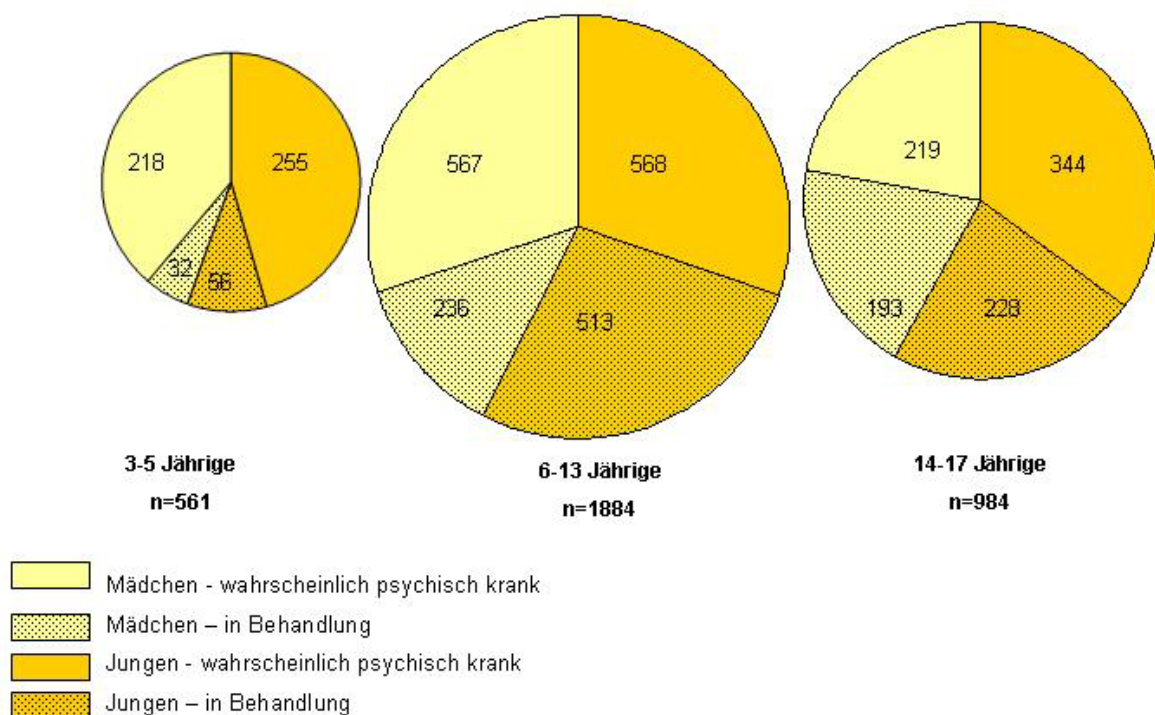


Abb. 5: Anteil der psychotherapeutisch behandelten Patienten an den wahrscheinlich psychisch kranken Kindern und Jugendlichen aus Münster

Auch wenn noch weitere Kinder in Münster in irgendeiner Form kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Behandlung erhalten, sind die jüngeren Kinder insgesamt und Mädchen zwischen 6 und 13 Jahren in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung unterrepräsentiert.

2.3.3 Planungen

Der Bundestag hat am 16.10.2008 das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) verabschiedet. Es sieht vor, dass mindestens 20% der niedergelassenen Psychotherapeuten Kinder und Jugendliche behandeln. Bundesweit können sich mehr Psychotherapeuten für Kinder- und Jugendliche, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, niederlassen, so dass sich voraussichtlich die ambulante Versorgungssituation verbessern wird. (Bundespsychotherapeutenkammer 2008)

2.4 Beratungsstellen und spezielle Therapieeinrichtungen

2.4.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Ein wichtiger Baustein der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind verschiedene Beratungsstellen für Familien, Kinder und Jugendliche. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche werden nicht nur von Ärzten und Psychotherapeuten, die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen, betreut, sondern auch in diesen Beratungsstellen. Auf der Grundlage des SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz) werden Angebote zur Erziehung gemacht, es werden Hilfen bei Verhaltensauffälligkeiten, Lernbeeinträchtigungen, Entwicklungsstörungen, psychosomatisch-psychiatrischen Symptomen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen und individuellen oder familiären Krisen angeboten. Beratungsstellen, die auch Leistungen der Eingliederungshilfe für körperlich und geistig behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder erbringen, arbeiten auf der Grundlage des SGB IX.

Aufsuchend ist keine dieser Einrichtungen tätig.

2.4.2 Ausgangslage

Die im Folgenden aufgeführten Beratungsangebote (außer denen des Autismustherapiezentrum) richten sich nicht primär an seelisch kranke Kinder und Jugendliche. Möglicherweise werden in den Beratungsstellen aber auch Minderjährige mit seelischen Störungen erreicht, die sonst keine Behandlung erfahren. Bei Hinweisen auf einen weitergehenden diagnostischen Bedarf oder Behandlungsbedarf können diese Beratungsstellen an andere Fachdienste weiter vermitteln.

Für einige Familien und Kinder werden in den Beratungseinrichtungen pädagogisch-therapeutische oder auch psychotherapeutische Leistungen angeboten. Eine Aussage darüber, wie viele Kinder und Jugendliche von diesen beratenden und therapeutischen Angeboten profitieren oder wie viele Kinder, die möglicherweise psychisch krank sind, hier gesehen werden, kann nicht getroffen werden.

Als Erziehungsberatungsstellen arbeiten

die Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche des Caritasverbandes,
die Beratungsstelle Südviertel für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie
die Psychologische Beratungsstelle der Evangelischen Kirche.

Spezielle Beratungsangebote machen unter anderem folgende Einrichtungen:

Die Krisenhilfe Münster berät Menschen in suizidalen Krisen und unterstützt dabei auch Kinder und Jugendliche.

Die Ärztliche Kinderschutzambulanz fokussiert die Hilfen auf Kinder und Jugendliche, die Opfer von (sexueller) Gewalt oder Vernachlässigung geworden sind.

Zur Diagnostik und Therapie kommen auch jugendliche Täter, die Kinder sexuell missbraucht haben.

Zartbitter Münster ist eine Beratungsstelle für Jugendliche ab 14 Jahren mit sexuellen Gewalterfahrungen.

Bei der Beratungsstelle im Deutschen Kinderschutzbund Münster liegt der Schwerpunkt der beraterischen und therapeutischen Arbeit auf der Auseinandersetzung mit dem Themenbereich Gewalt.

Das Autismus-Therapiezentrum Münster ist eine beratende und therapeutische Einrichtung für Menschen mit autistischen Wahrnehmungsbesonderheiten.

Beratung bei Essstörungen für jungen Menschen bis 27 Jahren bietet auch das Diakonische Werk Münster an.

Die Stadt Münster hält kommunale Beratungsstellen vor, in denen auch Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen Unterstützung erhalten.

Die Beratungsstelle für Entwicklungsfragen im Kindes- und Jugendalter des Gesundheitsamtes unterstützt Familien mit entwicklungsauffälligen und behinderten Kindern ab der Geburt bis zum Ende der Schulzeit.

In der Schulpsychologischen Beratungsstelle werden Kinder und Jugendliche aus Schulen in Münster unterstützt.

Jugendliche werden zu Fragen des Suchtmittelmissbrauches und Abhängigkeiten in der Drogenberatungsstelle der Stadt Münster beraten.

2.4.3 Planungen

Es werden von mehreren Institutionen präventive Angebote geplant, z. B. eine themenzentrierte Gruppenbehandlung für Kindern psychisch kranker Eltern (siehe 6.3.1) und Gruppenangebote bei Essstörungen.

2.5 Sozialpsychiatrischer Dienst

2.5.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Die kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt ein wichtiges Element in der ambulanten Versorgung dar. Ziel ist es, angemessenen Hilfen für alle verhaltensauffälligen und psychisch kranken Kinder und Jugendliche in der Kommune sicher zu stellen. Insbesondere sollen die Minderjährigen und ihre Familien Unterstützung erhalten, die von sich aus nicht in der Lage sind, die vielfältigen ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Die Zahl der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie im öffentlichen Gesundheitsdienst stagniert seit der Mitte der 90er-Jahre. Eigene Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste mit mehreren Mitarbeitern gibt es überwiegend in den großen Städten. Die Expertenkommission der Bundesregierung sieht für den kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst einer Großstadt mindestens einen Facharzt, einen Sozialarbeiter und eine halbe Psychologenstelle vor (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988).

In Münster nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie im ÖGD wahr.

Er arbeitet auf der Rechtsgrundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (§12, §16, §23 ÖGDG) und des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten NRW (Psych-KG).

Es werden vorsorgende, begleitende und nachsorgende Hilfen angeboten, die im Bedarfsfall durch Hausbesuche sichergestellt werden. Fachärztliche Beratungen und Betreuungen der betroffenen Kinder finden auch in ihrem familiären und sozialen Kontext statt. Notwendige Behandlungen und Therapien werden veranlasst und koordiniert. In akuten oder chronischen Belastungssituationen erfolgen Kriseninterventionen (siehe 3) Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung wird ggf. eine Krankenhauseinweisung sichergestellt. In enger Zusammenarbeit mit anderen Institutionen wird die Mitwirkung an Hilfeplanprozessen angeboten. Außerdem werden Gutachten zu verschiedenen Fragestellungen erstellt und auf regionaler Ebene Vernetzungs- und Koordinierungsaufgaben wahrgenommen.

2.5.2 Ausgangslage

Mit der Festanstellung einer Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erweiterte der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes seit 1999 seine Angebote für Kinder und Jugendliche. Da zunächst keine zusätzlichen sozialpädagogischen und psychologischen Kompetenzen zur Verfügung standen, übernahmen die dort tätigen Sozialpädagogen auch Aufgaben für diese Zielgruppe.

Der akute Beratungs- und Handlungsbedarf im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Einsatz in belasteten Hochrisikogruppen (z. B. Kinder psychisch kranker Eltern, Multiproblemfamilien) nahm in den letzten Jahren stetig zu, sodass für die notwendige präventive Hilfestellung, Koordinations- und Vernetzungsarbeit sowie Gutachtentätigkeit immer weniger Zeit zur Verfügung steht. Seit August 2008 kann durch die Bewilligung einer halben Sozialpädagogenstelle im Sozialpsychiatrischen Dienst eine qualitative und quantitative Verbesserung für psychisch belastete Kinder und Jugendliche erreicht werden. Die Beratungsmöglichkeiten werden erweitert, indem zum Beispiel zweimal pro Woche eine feste Telefonsprechstunde vorgehalten wird. Ferner wird das Berichtswesen verbessert.

Für einen zusätzlichen Personalbedarf (psychotherapeutische Fachkraft mit 20 Wochenstunden im Rahmen eines freien Dienstvertrages) konnten kommunal bislang noch keine Mittel zur Verfügung gestellt werden. Es muss abgewartet werden, ob die Erweiterung der kinder- und jugendpsychiatrischen Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst ausreicht, um auch die Zukunftsaufgaben bei der aufsuchenden und zeitaufwendigen Unterstützung von Familien mit komplexem Hilfebedarf zu bewältigen.

Der kinder- und jugendpsychiatrische Bereich des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes sucht vor allem die Kinder, Jugendlichen, jungen Volljährigen und deren Familien auf, die aufgrund ihrer emotionalen oder sozialen Bedingungen aktuell oder dauerhaft nicht in der Lage sind, die erforderliche Maßnahmen selbst einzuleiten.

Manchmal sind umfassende und langfristige Beratungskontakte in Kooperation mit anderen Institutionen erforderlich, bis die betroffenen Minderjährigen und ihre Eltern bereit sind, die notwendigen Hilfen anzunehmen. Gelegentlich reichen auch ein oder zwei Gespräche mit dem Kind und seinem Bezugssystem aus, um eigene Lösungsstrategien anzuregen und auf diese Weise wichtige Entwicklungsschritte in Gang zu setzen.

Krisensituationen bei seelisch belasteten Kindern und Jugendlichen können durch die Fachkompetenz der Kinder- und Jugendpsychiaterin häufig ambulant geklärt werden. Nur selten muss eine stationäre Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen mit einem Sachverständigengutachten veranlasst werden (3.2.2).

Im Jahr 2007 konnten knapp 100 Kinder und Jugendliche, davon über die Hälfte erstmalig, kinder- und jugendpsychiatrisch im Gesundheitsamt betreut werden. Im selben Zeitraum wurden 31 umfassende Gutachten für verschiedene Auftraggeber (Jugendhilfe, Gerichte, Schulen u. a.) erarbeitet.

Zusätzlich wird in jedem Bezirk des Kommunalen Sozialdienstes des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien monatlich eine kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde angeboten, die auch sozialpädagogisch vom Sozialpsychiatrischen Dienst unterstützt wird. In den Sprechstunden werden sowohl die Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes als auch die Patienten und ihre Bezugspersonen beraten. Die Inanspruchnahme ist seit 2004 konstant hoch.

2007 fanden in 48 Sprechstunden 140 Beratungen oder Untersuchungen von Kindern, Jugendlichen, jungen Volljährigen oder Eltern statt. Diese bezogen sich nahezu in gleicher Weise auf Mädchen (51%) und Jungen (49%).

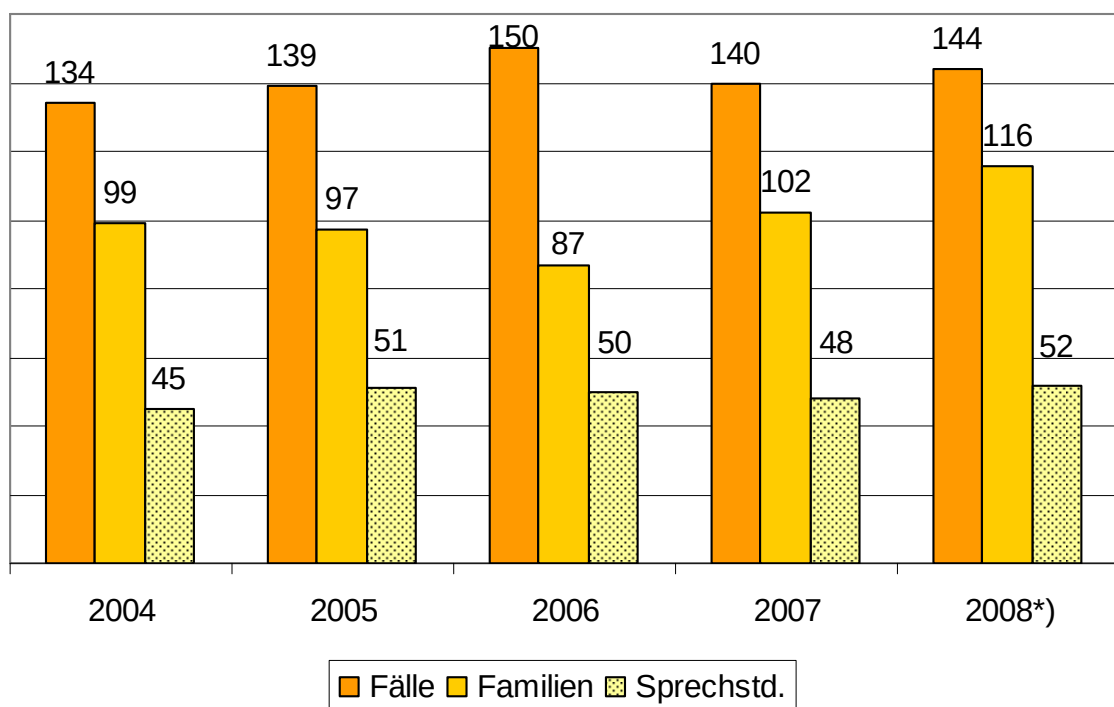


Abb. 6: Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunden im Kommunalen Sozialdienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien seit 2004

*) Die Zahlen des ersten Halbjahres 2008 wurden auf das ganze Jahr hochgerechnet.

Die Sprechstunden werden in den Stadtbezirken unterschiedlich in Anspruch genommen. Hierbei können verschiedene Ursachen eine Rolle spielen (Bevölkerungszahl und Bevölkerungsstruktur, Überrepräsentanz sozialer Problemgruppen u. a.).

Seit 2004 werden in den Bezirken Ost und Hiltrup stets die wenigsten Kinder/Familien in der kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde vorgestellt.

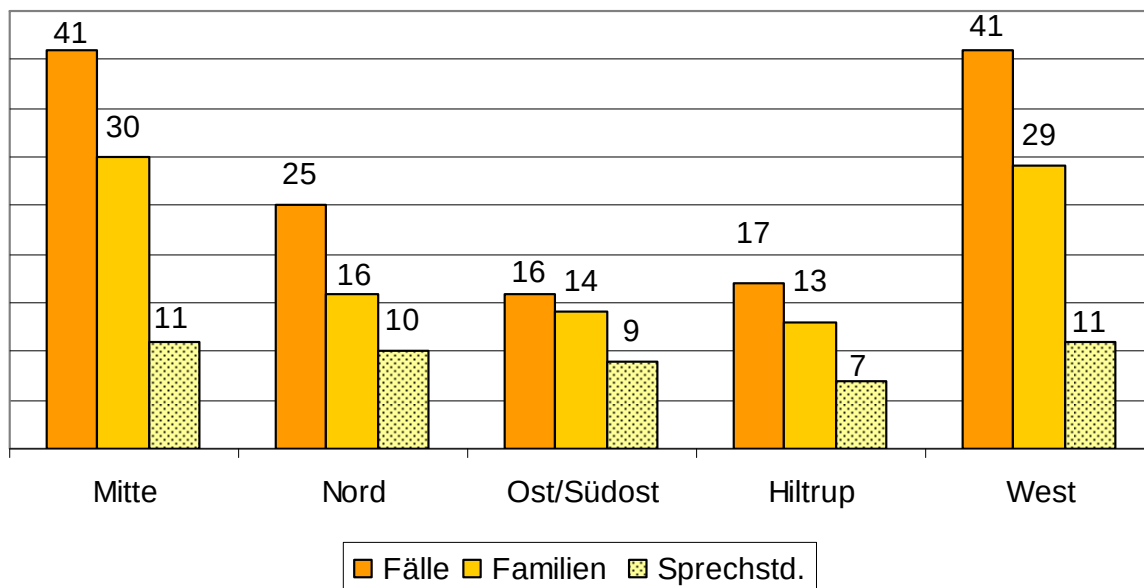


Abb. 7: Kinder- und Jugendpsychiatrische Sprechstunden im Kommunalen Sozialdienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien in den Stadtteilen im Jahr 2007

Bei Kindern psychisch kranker Eltern bemüht sich der Sozialpsychiatrische Dienst in enger Kooperation mit allen beteiligten Institutionen das Familiensystem frühzeitig und ganzheitlich in den Blick zu nehmen, damit die notwendigen Hilfen rechtzeitig installiert werden. Diese Kinder haben ein deutlich höheres Risiko, selbst psychisch zu erkranken, insofern wird neben der Versorgung der Eltern auch präventive Arbeit in einer Hochrisikogruppe geleistet (siehe 6.3.1). Selbst wenn die Kinder nicht mit im Haushalt leben, werden die kranken Eltern mit ihren vielfältigen Fragen zur kindlichen Entwicklung beraten.

Im 1. Halbjahr 2008 wurden im Sozialpsychiatrische Dienst 100 psychisch erkrankte Mütter und Väter betreut, die insgesamt 167 minderjährige Kinder hatten.

55% der 100 psychisch kranken Eltern lebten noch mit ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt.

In 44 von 55 Haushalten, in denen psychisch kranke Eltern mit ihren Kindern zusammenlebten, war die Mutter erkrankt (80%). Es konnte nicht festgestellt werden, in wie vielen Familien ein gesunder Partner mit im Haushalt wohnte.

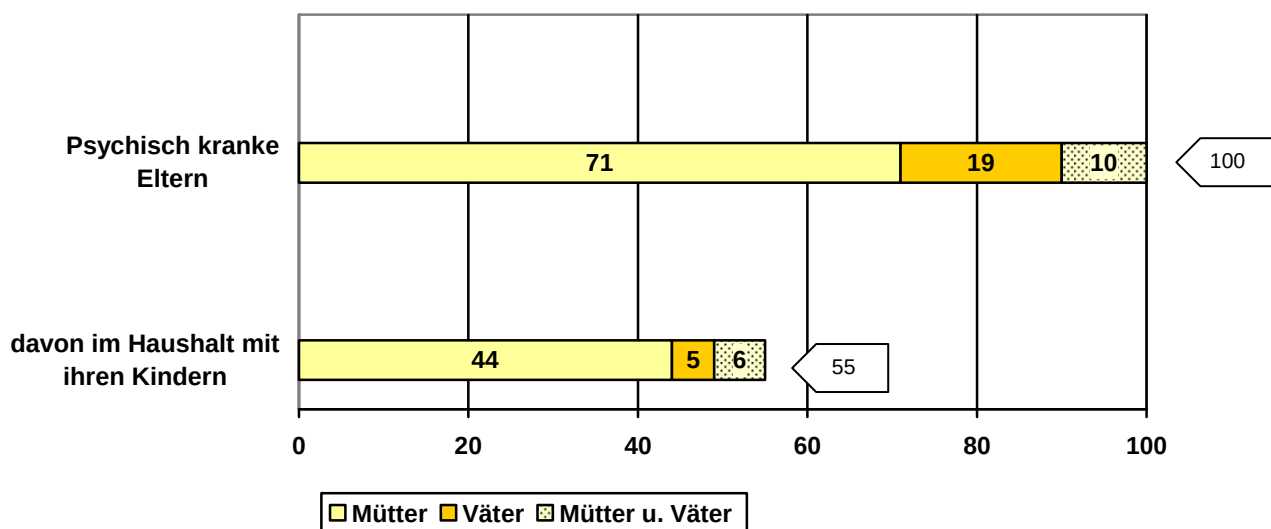


Abb. 8: Psychisch erkrankte Patienten mit Kindern im 1. Halbjahr 2008

Die Kinder- und Jugendpsychiaterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes arbeitet in beratender Funktion in verschiedenen Institutionen mit. Hierbei ergeben sich auch Synergieeffekte.

Mit 9 Stunden pro Monat unterstützt sie fachärztlich die Kinderschutzambulanz des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) bezüglich der minderjährigen Patienten, die von Gewalt betroffenen sind oder (sexuelle) Gewalt ausüben.

Ferner ist die Kinder- und Jugendpsychiaterin festes Mitglied im multiprofessionellen Beratungsgremium (Clearingstelle in der Kinderschutzambulanz), das einmal pro Woche Institutionen bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch, körperlicher und emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung berät (siehe 6.2.1).

Die Mitwirkung der Fachärztin im Bereich der Wiedereingliederungshilfen für Minderjährige, die von seelischer Behinderung bedroht sind, wird ausführlich im Kapitel über komplementäre und rehabilitative Hilfen dargestellt (siehe 5).

Darüber hinaus werden Aufgaben der Psychiatriekoordination zur Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster wahrgenommen.

2.5.3 Planungen

Mit den Ärzten und Mitarbeitern des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes sind weitere Kooperationsformen geplant, um auf die psychosozialen Problemlagen der Kinder und Jugendlichen an den Schulen wirkungsvoller eingehen zu können.

2.6 Bewertung

Die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist in Münster verglichen mit anderen Städten und Kreisen zufriedenstellend. Es sind aktuell 10 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Münster niedergelassen, vier davon gewährleisten eine umfassende Versorgung auf der Grundlage der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Mit 3,7 Fachärzten pro 100.000 Einwohner sind die Behandlungsmöglichkeiten deutlich besser als in den meisten Kommunen (2007 im Bundesdurchschnitt: 0,84 pro 100.000 Einwohner) und auch besser als in den umliegenden Städten und Kreisen. Keine andere untersuchte Kommune hat mehr Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 100.000 Einwohner (siehe Anhang). Darüber hinaus ist die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM in die ambulante Diagnostik und Therapie eingebunden. Zudem wollen sich zwei weitere Fachärzte im Stadtgebiet niederlassen.

Auch wenn die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie die umliegenden ländlichen Regionen mitversorgen, stehen Minderjährigen aus Münster deutlich mehr ambulante kinderpsychiatrische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung als im bundesdeutschen Durchschnitt. Da die Fachärzte bislang kaum aufsuchend tätig sind, werden jedoch die Kinder und Jugendlichen, die von sich aus nicht die notwendige Behandlung in Anspruch nehmen, nur unzureichend versorgt.

Für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen aus Münster kann ebenfalls eine gute Versorgungslage festgestellt werden.

Gemessen am Durchschnitt in NRW (28,7 ambulant tätige Therapeuten auf 100.000 Einwohner unter 18 Jahren) würden 12,5 Therapeuten für die minderjährige Bevölkerung in Münster erwartet. Tatsächlich nehmen 46 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Kassenärztlichen Versorgung in Münster teil. Davon haben 14 Psychotherapeuten (fünf psychologische und neun ärztliche Therapeuten) ausschließlich eine Zulassung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Vergleiche mit anderen Kommunen sind problematisch, weil von der Anzahl der niedergelassenen

Psychotherapeuten nicht auf die tatsächlich stattfindenden Psychotherapien im Kindes- und Jugendalter geschlossen werden kann.

Deshalb erfolgte eine Befragung zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster. Von den angeschriebenen 47 Therapeuten, Praxen und Instituten nahmen 70% an der Befragung teil (Fragebogen siehe Anhang). Die Ergebnisse wurden mit der errechneten Erkrankungshäufigkeit in Münster verglichen.

Anhand von Untersuchungen und Studien (siehe 1) kann davon ausgegangen werden, dass 3429 Kinder und Jugendliche in Münster zwischen 3 und 17 Jahren behandlungsbedürftige psychische Störungen zeigen. Mindestens 1258 Kinder und Jugendliche aus Münster waren in einem Quartal des ersten Halbjahres 2008 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung. Das bedeutet, dass mindestens 36,7% der bedürftigen Kinder aus Münster auch behandelt werden. Es müssen ferner die Patienten hinzugerechnet werden, deren behandelnde Psychotherapeuten nicht an der Befragung teilgenommen haben. Auch die stationären Patienten sind noch nicht einbezogen.

Von den Kindern und Jugendlichen, die in Münster ambulant psychotherapeutisch behandelt werden, sind etwa zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen. Dies Ergebnis überrascht nicht. Bereits 1989 stellte Remschmidt in seiner Evaluation zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung fest, dass Jungen in der ambulanten Klientel deutlich überrepräsentiert sind (Remschmidt 1989). Große Längsschnittstudien haben mittlerweile gezeigt, dass Jungen durchweg höhere Raten psychischer Störungen vom Kleinkindalter bis zum frühen Jugendalter haben. Erst im späten Jugendalter sind Geschlechtsunterschiede nicht mehr feststellbar (Ihle et al. 2007). Jungen gelten allgemein als anfälliger gegen Stressfaktoren. Sie sind häufiger von sozial unerwünschten Störungen wie Hyperaktivität (m:w = 8:1) und dissozial-aggressiven Auffälligkeiten (m:w = 4:1) betroffen und werden deshalb möglicherweise auch früher von ihren Eltern einer Behandlung zugeführt.

Die Ergebnisse unserer Befragung weisen daraufhin, dass nur 15,7% der 561 behandlungsbedürftigen Vorschulkinder aus Münster auch tatsächlich Therapie erhalten. Sie sind damit gegenüber den anderen Altersgruppen unterrepräsentiert. Wie viele der verhaltensauffälligen kleinen Kinder allerdings in der Frühförderung, in den Beratungsstellen und im Sozialpädiatrischen Zentrum psychotherapeutische Unterstützung erfahren, ist nicht bekannt. Deshalb wird dieses Ergebnis nicht als Unterversorgung interpretiert.

Deutlich wurde bei unserer Befragung, dass Kinder und Jugendliche aus Münster insgesamt und bezogen auf Alter und Geschlecht die psychotherapeutischen Angebote in unterschiedlicher Weise in Anspruch nehmen (siehe 2.3.2). In den Praxen mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung werden insgesamt deutlich mehr Patienten behandelt und es werden mehr Jungen als Mädchen psychotherapeutisch versorgt. Jugendliche Mädchen suchen zumeist reine Psychotherapie-Praxen (ohne Sozialpsychiatrie-Vereinbarung) auf.

In den meisten Praxen müssen Kinder und Jugendliche aus Münster mehr als vier Wochen, häufig sogar länger als drei Monate auf einen Psychotherapieplatz warten. Damit unterscheiden sich Münsteraner Patienten nur unwesentlich vom Bundesdurchschnitt. Dies entspricht aber bei weitem nicht der vom Bundessozialgericht geforderten maximalen Wartezeit von sechs Wochen (siehe 2.1).

Die Erziehungsberatungsstellen ergänzen mit ihren pädagogisch-therapeutischen Angeboten das Behandlungsspektrum in Münster. Auch die speziellen Therapieeinrichtungen, die für Autismus, Suizidalität und Gewalterfahrungen störungsspezifische ambulante Behandlungen anbieten, tragen zu einer guten ambulanten Versorgung in Münster bei (siehe 2.4).

Die kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes wurde im August 2008 um eine halbe Sozialpädagogenstelle erweitert. Hierdurch kann eine qualitative und quantitative Verbesserung in der Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erreicht werden. Dennoch entspricht die personelle Ausstattung des Dienstes nach wie vor nicht den Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung (Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit 1988). Es ist fraglich, ob die personellen kinder- und jugendpsychiatrischen Ressourcen im Sozialpsychiatrischen Dienst zukünftig ausreichen, um dem stetig zunehmenden Beratungs- und Handlungsbedarf bei Hochrisikogruppen (Kinder psychisch kranker Eltern, Multiproblemfamilien) entsprechen zu können. Insbesondere Hausbesuche bei Familien, die die erforderlichen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen nicht selbst einleiten können, sind zeitaufwendig.

Die Inanspruchnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunden im Kommunalen Sozialdienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien ist seit 2004 konstant hoch. 2007 wurden 140 Kinder/Familien vorgestellt. Mädchen und Jungen waren annähernd gleich vertreten. Diese Hilfe erreicht Familien aller gesellschaftlichen Schichten. Sie kommt aufgrund der engen Kooperation mit der Jugendhilfe aber insbesondere Minderjährigen in komplexen Problemlagen zugute.

Die Versorgungssituation der Kinder und Jugendlichen aus Münster mit intellektuellen Beeinträchtigungen, die auch Psychotherapiebedarf haben, konnte noch nicht näher untersucht werden. Die Anzahl an Therapeuten, die diese Patienten mitbehandeln können, ist gering. Die Autismusambulanz hält ein Behandlungsangebot für einen Teil dieser Personengruppe vor. Die Nachfrage in Münster steigt jedoch, insbesondere bei geistig behinderten Minderjährigen und jungen Volljährigen mit traumatischen Belastungen und übergriffigem Sexualverhalten.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass für psychisch kranke Kinder und Jugendliche aus Münster schon jetzt ein umfassendes kinderpsychiatrisches, psychotherapeutisches und psychosoziales Behandlungsangebot vorgehalten wird.

Es fehlt an aufsuchenden psychiatrischen Diagnostik- und Beratungsangeboten. Diese Aufgaben übernimmt bislang ausschließlich der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes.

Die noch immer langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und –psychotherapeuten sind für psychisch hochbelastete Kinder nicht tolerabel. Die Unterschiede in der psychotherapeutischen Behandlung bezüglich Alters- und Geschlechtsverteilung bedürfen der weiteren Klärung.

Bislang gibt es in Münster nur wenige psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten für Mädchen und Jungen mit geistiger Behinderung. Der genaue Bedarf muss bei dieser Personengruppe überprüft werden.

2.7 Handlungsempfehlungen

Ziel 1

Alle Familien mit seelisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aus Münster, die aktuell oder dauerhaft nicht in der Lage sind, sich selbst um psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen zu bemühen, werden im Rahmen von Hausbesuchen untersucht und beraten.

Maßnahmen

Mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und mit den Mitarbeitern der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM werden Gespräche geführt, um eine Verbesserung der aufsuchenden Hilfen zu ermöglichen.

Ziel 2

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssituation in Münster wird weiterhin dokumentiert.

Maßnahmen

Es wird in drei Jahren erneut ein Bericht zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster vorgelegt. Es soll dabei ein Thema vertiefend behandelt werden (z. B. psychisch kranke Kinder mit Migrationsvorgeschichte, Kinder psychisch kranker Eltern oder suchtmittelabhängige Jugendliche).

Ziel 3

Für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit intellektueller Behinderung stehen in Münster ausreichend differenzierte Therapieangebote zur Verfügung.

Maßnahmen

Der psychotherapeutische Bedarf für geistig behinderte Minderjährige aus Münster wird überprüft. Ggf. werden Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation erarbeitet.

3 Krisen- und Notfallbehandlung

3.1 Allgemeine Aspekte

Kinder und Jugendliche geraten in psychosoziale Überforderungszustände, wenn ihre individuellen und altersabhängigen Anpassungsprozesse nicht ausreichen, um Entwicklungsaufgaben und Anforderungen zu bewältigen. Die hieraus entstehenden Notfall- und Krisensituationen umfassen ein weites Störungsspektrum, das von der akuten Belastungsreaktion über Entwicklungs- und Beziehungskonflikte bis hin zu schweren psychiatrischen Krankheitsbildern reicht. Suizidalität und aggressive Erregungszustände können erschwerend hinzukommen und zu einer Eigen- und Fremdgefährdung führen. Je jünger die Kinder zum Zeitpunkt ihres ersten Suizidversuches sind, desto höher ist das Wiederholungsrisiko (Ärzte Zeitung 2000). 2007 starben in Deutschland 575 junge Menschen zwischen 15 und 25 Jahren durch Selbstmord, 29 Kinder waren jünger als 15 Jahre (Statistisches Bundesamt 2008).

Die Familie und das soziale Umfeld sind von der krisenhaften Zuspitzung immer mit betroffen, sei es als Folge oder als Mitursache.

Die eingeschalteten Institutionen werden aufgrund der Bedrohungssituation, der geringen Planbarkeit und der unmittelbaren Bewertungs- und Handlungsnotwendigkeit in ihrer Flexibilität und Fachlichkeit maximal gefordert.

Die Leistungsfähigkeit einer Krisen- und Notfallversorgung im Kindes- und Jugendalter zeigt sich in der Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Schnelligkeit der Dienste.

Vielfach reichen ambulante pädagogisch-therapeutische Hilfeangebote zur Bewältigung von psychosozialen Krisen aus. Ein kinderpsychiatrischer Notfall, d. h. eine existentiell bedrohliche Gefährdungssituation aufgrund einer schwerwiegenden psychiatrischen Störung, erfordert hingegen immer eine unmittelbare fachärztliche Beurteilung und Intervention. Wenn die für notwendig erachtete psychiatrische Behandlung zumindest zeitweilig nur innerhalb eines klinischen Schutzraumes gelingen kann, ist eine stationäre Krisenintervention angezeigt. Hierzu ist das Einverständnis der Betroffenen und ihrer Familien erforderlich.

Freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Intensivstation (geschützte Station) sind nur dann zulässig, wenn eine erhebliche Gefahr für den Betroffenen selbst (Selbstgefährdung) oder für die Rechtsgüter anderer Menschen (Fremdgefährdung) vorliegt und keine altersgemäße Einsicht in die stationäre Behandlungsnotwendigkeit besteht. „Nachteile oder Schäden von geringem Gewicht können keinen Freiheitsentzug rechtfertigen, dieser wäre unverhältnismäßig“ (Marschner/Volckart 2001). Es gilt der Grundsatz, dass bei Zweifeln hinsichtlich der Gefährdung der Freiheit der Vorrang gegeben werden muss.

Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen gegen ihren Willen in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nur möglich, wenn sie dort aufgrund ihrer Störung auch psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden können. Eine bloße Verwahrung und Sicherung ist nicht zulässig.

In jeder Krise liegt eine Chance zur konstruktiven Veränderung. Voraussetzung ist jedoch, dass die pädagogischen, therapeutischen und psychiatrischen Institutionen verantwortlich und abgestimmt - mit ressourcenorientiertem Blick - kooperieren und der Verweis an die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik nicht zum delegierenden Reflex wird. Bei zugrunde liegenden schweren psychiatrischen Erkrankungen und eindeutiger

Suizidalität ist eine Klinikaufnahme meist unstrittig. Aggressiv und dissozial agierende Jugendliche hingegen, die durchaus psychische Störungen aufweisen können, aber aktuell nicht von einer Krankenhausbehandlung profitieren, werden häufig zum Streitfall zwischen den Helfersystemen. In den Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz 2001 wurde deshalb gefordert, dass Mädchen und Jungen mit einer dissozialen Entwicklung nach Möglichkeit an ihrem momentanen Lebensort verbleiben und Krisen in gemeinsamer kooperativer Sorge von Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie bearbeitet werden.

Eine sorgfältige Klärung der Behandlungsindikation, verbunden mit einer gemeinsam erarbeiteten differenzierten Zielsetzung, unterstützt die Kinder und Jugendlichen sowie ihre Eltern bei der Fokussierung auf das Realisierbare. So ist die Chance vergrößert, dass Minderjährige die in der Krise gebundene Energie für einen Entwicklungsschritt nutzen können.

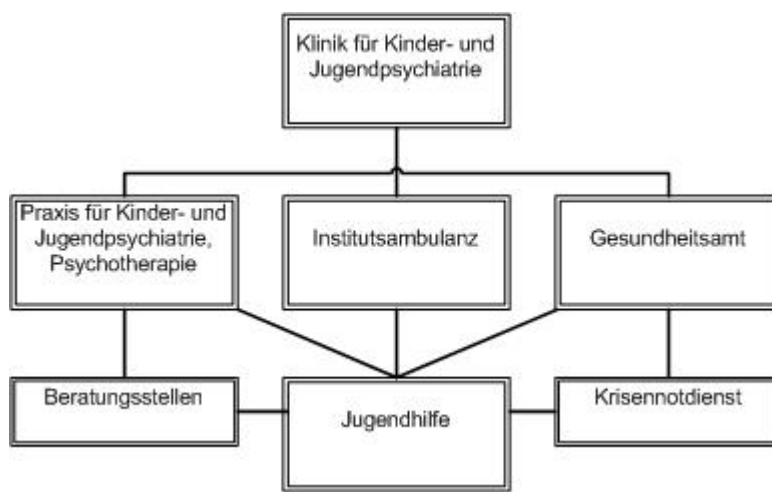


Abb. 9 : Zusammenarbeit der Institutionen in Krisen- und Notfallsituationen

3.2 Ambulante Klärung

3.2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Die Begegnung mit Kindern und Jugendlichen in psychosozialen Krisen gehört sowohl zum Alltag der Jugendhilfeeinrichtungen als auch zum Leistungsspektrum der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Institutionen. Es gibt aber keine spezialisierten Dienste und Einrichtungen, die ausschließlich und jederzeit für Notfallmaßnahmen zur Verfügung stehen.

Die Jugendhilfeeinrichtungen können auf der Rechtsgrundlage des SGB VIII im Rahmen von Hilfen zur Erziehung (§§ 27-35 SGB VIII) in psychosozialen Krisensituationen pädagogisch-therapeutisch tätig werden. Das Jugendamt hat ferner die Möglichkeit, den physischen und psychischen Schutz von Kindern und Jugendlichen in gefährdenden Situationen durch eine Inobhutnahme (§ 42 SGB VIII) zu gewährleisten. Erzieherische Kriseninterventionen stoßen an Grenzen, wenn die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit im Vordergrund steht und eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.

Ein kinder- und jugendpsychiatrischer Notfall (Gefährdungssituation und Behandlungsnotwendigkeit aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Störung) bedarf stets der

unmittelbaren kinder- und jugendpsychiatrischen Risikoeinschätzung, Intervention und ggf. Weitervermittlung.

Diese Aufgaben übernehmen die kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen, die Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und das Gesundheitsamt.

In erster Linie stellen die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie die Akuthilfe sicher. Sie arbeiten auf der Rechtsgrundlage des SGB V, ihre Leistungen werden durch die Krankenkassen finanziert. Da die Fachärzte in der Regel keine Hausbesuche durchführen, sind sie darauf angewiesen, dass sich die Kinder und Jugendlichen in Begleitung der Personensorgeberechtigten freiwillig in der Praxis vorstellen.

Auch die Mitarbeiter der Institutsambulanz, die auf der Rechtsgrundlage des § 118 SGB V in die Notfallbehandlung eingebunden sind, übernehmen nur Kriseninterventionen innerhalb der Ambulanz des Krankenhauses.

Anders als bei den Facharztpraxen und der Institutsambulanz klärt der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes auf der Rechtsgrundlage des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) und des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (Psych-KG) Krisensituationen oft „vor Ort“. Bei dem dringenden Verdacht auf eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung erfolgt die psychiatrische Untersuchung in enger Kooperation mit der Feuerwehr und der Polizei.

Außerhalb der regulären Dienstzeiten ist eine aufsuchende fachärztliche Notfallversorgung nicht gewährleistet. Bei einer besonderen Gefahrensituation und Eilbedürftigkeit können die psychisch belasteten Mädchen und Jungen jedoch - auch gegen ihren Willen - durch die Ordnungsbehörde (diese Funktion übernimmt in Münster die Feuerwehr) oder die Polizei einem kinder- und jugendpsychiatrisch erfahrenen Arzt zur Untersuchung „vorgestellt“ werden (§ 9 Psych-KG).

Für die Organisation eines Notdienstes am Mittwochnachmittag und am Wochenende ist die kassenärztliche Vereinigung zuständig, die die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung durch den allgemeinen ärztlichen Notdienst und den kinderärztlichen Notdienst als geregelt ansieht.

3.2.2 Ausgangslage

Die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen in Münster, bei denen im vergangenen Jahr eine fachkundige (pädagogische, therapeutische, ärztliche) Krisenintervention erfolgte, ist aufgrund der Heterogenität der Notfallsituationen und der Vielzahl der beteiligten Helfersysteme nicht zu ermitteln.

Die Mitarbeiter des Kommunalen Sozialdienstes des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien und der Jugendhilfeeinrichtungen in Münster müssen häufig als pädagogische „Ersthelfer“ akute Krisensituation von Minderjährigen und ihren Familien bewältigen. Außerhalb der Dienstzeiten kann die Rufbereitschaft des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien in Anspruch genommen werden.

Auch die Beratungsstellen in Münster sind mit Kriseninterventionen konfrontiert. Die Krisenhilfe Münster hat beispielsweise 2007 22 Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen unter 20 Jahren Hilfe in einer akuten Krise angeboten (Krisenhilfe Münster e.V. 2008)

Die zehn Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die die kassenärztliche Versorgung in Münster sicherstellen, sind während der regulären Praxiszeiten für Notfalluntersuchungen erreichbar. Falls das Telefon in der Praxis auf den Anrufbeantworter geschaltet ist, wird ein umgehender Rückruf zugesichert.

Werktags ab 19:00 Uhr (Ausnahme Mittwoch) ist eine nächtliche Rufbereitschaft eingerichtet, die wöchentlich wechselnde Handy-Nummer wird über den Anrufbeantworter angesagt. Hiermit sind die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Organisation des Notdienstes weitestgehend den Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz 2001 gefolgt.

Bislang werden die niedergelassenen Fachärzte in psychosozialen Notfallsituationen allerdings nur selten in Anspruch genommen.

Häufiger werden betroffene Kinder und Jugendliche aus Münster direkt – ggf. unter Beteiligung der Feuerwehr und der Polizei - in der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM vorgestellt. Dies geschieht vermutlich in der Erwartung einer stationären Unterbringung. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass die Minderjährigen, die notfallmäßig in der Institutsambulanz vorgestellt werden, selten die Kriterien für eine sofortige Aufnahme erfüllen. Oft besteht bei den Mädchen und Jungen keine Behandlungsbereitschaft. Ferner ist in der Klinik bereits eine Beruhigung der Problematik eingetreten, sodass Maßnahmen gegen den Willen der Betroffenen nicht mehr notwendig sind.

Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes wird trotz enger personeller Besetzung im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich (1 Fachärztin, ½ Sozialarbeiterstelle) vielfach als erste Anlaufstelle in kinder- und jugendpsychiatrischen Notfallsituationen in Anspruch genommen. Er bietet als einziger Fachdienst aufsuchende Hilfen an, d. h. die betroffenen Minderjährigen werden – wenn möglich in Zusammenarbeit mit dem Kommunalen Sozialdienst des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien – dort psychiatrisch untersucht, wo sie sich aktuell befinden.

In den meisten Fällen kann die krisenhafte Problematik durch eine unmittelbare psychiatrische Intervention und Beratung der Familie ambulant aufgefangen werden.

In den letzten drei Jahren musste das Gesundheitsamt jährlich nur bei sechs bzw. sieben kinder- und jugendpsychiatrischen Notfallpatienten dem Familiengericht aufgrund der Gefahrensituation eine sofortige stationäre Unterbringung empfehlen und mit einem sachverständigen Gutachten nach § 1631b BGB (siehe 3.3.1) begründen (Abbildung 10) Die Anzahl der untergebrachten Minderjährigen durch das Gesundheitsamt hat sich seit der Übernahme der Pflichtversorgung durch das UKM (Oktober 2006) nicht verändert. Mit Ausnahme des Jahres 2006 waren stets mehr Jungen als Mädchen betroffen.

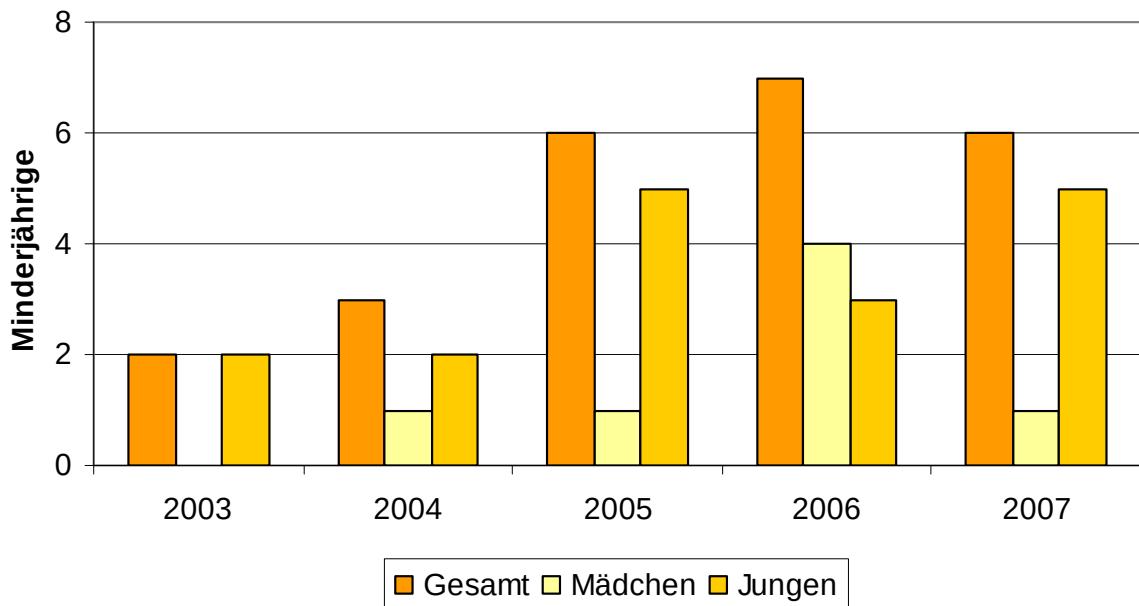


Abb. 10: Freiheitsentziehende Unterbringungen nach § 1631 b BGB auf Veranlassung des Gesundheitsamtes

Die sechs Minderjährigen, die 2007 auf gutachterliche Empfehlung des Gesundheitsamtes in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM unter freiheitsentziehenden Bedingungen aufgenommen wurden, waren zwischen 9 und 17 Jahre alt. Bei allen sechs Kindern und Jugendlichen lag eine akute Eigengefährdung vor, zwei Minderjährige zeigten zusätzlich eine erhebliche Fremdgefährdung. Fünf Mädchen und Jungen wurden nach der stationären Behandlung in eine Jugendwohngruppe entlassen.

Wie häufig der allgemeine ärztliche Notdienst und der kinderärztliche Notdienst am Wochenende Kinder und Jugendliche in seelischen Notlagen untersucht, ist nicht bekannt.

Am Wochenende wird in Münster der für die erwachsenen psychiatrischen Patienten vorgehaltene Krisennotdienst im Bedarfsfall auch von Jugendlichen und deren Familien in Anspruch genommen.

2007 wurden von 535 hilfesuchenden Personen knapp 2% unter 18-jährige junge Menschen, z. T. im Rahmen eines Hausbesuches, behandelt. Deshalb ist eine weitere Qualifizierung der Mitarbeiter des Krisennotdienstes für die Beratung von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien sinnvoll um die Handlungssicherheit der Einsatzteams zu erhöhen.

3.2.3 Planungen

In Münster hat sich seit dem 01.09.2008 ein weiterer Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung kassenärztlich niedergelassen. Zwei weitere Fachärzte planen eine Praxiseröffnung. (siehe 2.2.3)

Der allgemeine ärztliche Notdienst wird von der Kassenärztlichen Vereinigung zurzeit neu geregelt. Die Planungen sind noch nicht abgeschlossen.

Der Fortbestand des psychosozialen Krisennotdienstes, der bislang mit Hilfe der kommunalen Finanzierung vorgehalten wird und am Wochenende im Einzelfall auch Jugendliche versorgt, ist mittelfristig sowohl personell als auch finanziell noch nicht gesichert.

3.3 Stationäre Unterbringung

3.3.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Eine stationäre Behandlungsphase sollte nur dann eingeleitet werden, wenn die ambulanten Kriseninterventionsmöglichkeiten bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen nicht zum Erfolg geführt haben. Falls zur Abwehr von Gefahren eine Behandlung auf einer geschützten Intensivstation notwendig ist, werden sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die Eltern motiviert, dieser Maßnahme freiwillig zuzustimmen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind erst dann erforderlich, wenn Minderjährige

- in ihrer Persönlichkeitsentwicklung durch schwerwiegende psychiatrische Störungen existentiell gefährdet sind (z. B. durch Psychosen, Suizidalität, Suchtmittel-Intoxikationen, Erregungszustände mit Kontrollverlust, schwere Essstörungen),
- krankheits- und / oder entwicklungsbedingt keine Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit zeigen,
- und eine erhebliche Gefahrensituation für sie selbst oder andere Personen besteht.

Freiheitsentziehung ist jeder Eingriff gegen den Willen des Betroffenen in dessen persönliche (Fortbewegungs) Freiheit von solcher Dauer und Stärke, dass das Maß altersgemäßer Freiheitsbeschränkungen überschritten wird (Hummel et al. 2003).

Bei der Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen gegen oder ohne den erklärten Willen der Betroffenen liegt ein erheblicher Eingriff in das gesetzlich verankerte Grundrecht der Freiheit der Person vor.

„Die Freiheit der Person ist unverletzlich“ (Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz). „Über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung hat nur der Richter zu entscheiden“ (Art. 104 Abs. 2 Grundgesetz). Freiheitsentziehung „darf bei einem Kind im Einklang mit dem Gesetz nur als letztes Mittel und für die kürzeste angemessene Zeit angewendet werden“ (Artikel 37 UN-Kinderechtskonvention).

Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die freiheitsentziehende Unterbringung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf Antrag der sorgeberechtigten Eltern beim Familiengericht (§ 1631b BGB). Es handelt sich um ein zivilrechtliches Genehmigungsverfahren. Der Richter überprüft, ob die Unterbringung zur fachärztlichen Behandlung und Gefahrenabwehr des Minderjährigen zwingend notwendig ist und die Eltern ihre erzieherischen Pflichten im Interesse und zum Wohle des Kindes ausüben. Falls die Personensorgeberechtigten trotz dringender Behandlungsindikation eine stationäre Behandlung ihres Kindes unter freiheitsentziehenden Bedingungen nicht veranlassen wollen, muss das Jugendamt klären, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt. In diesem Fall schlägt es dem Familiengericht vor, in die Elternrechte einzugreifen (§ 1666 BGB) und das Aufenthaltsbestimmungsrecht und die Gesundheitsfürsorge auf einen Pfleger zu übertragen. Dieser kann dann anstelle der Eltern die Unterbringung beim Familiengericht beantragen.

Das Familiengericht braucht für seine Entscheidung neben dem Antrag der Sorgeberechtigten auch zeitnah das Gutachten eines sachverständigen Arztes zur psychiatrischen Erkrankung und Gefährdung des Kindes. Ferner muss der Richter alle Beteiligten anhören.

Freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie -Verfahrensweisen-

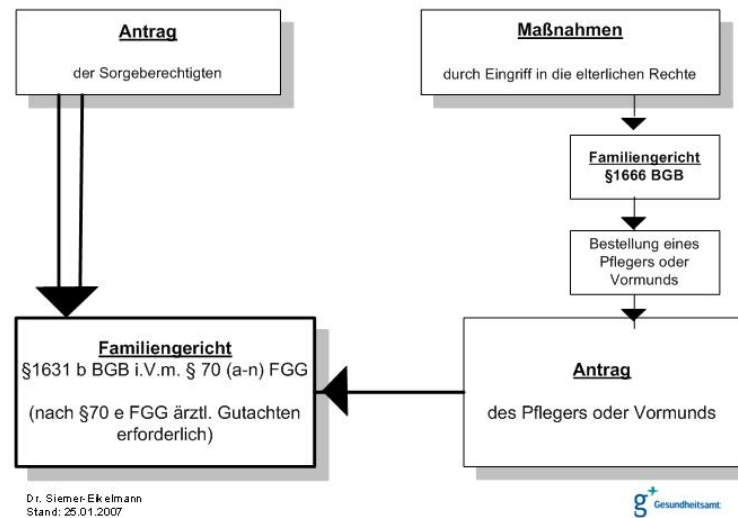


Abb.11: Schaubild Freiheitsentziehende Maßnahmen

Anders als bei Erwachsenen erfolgt bei Kindern und Jugendlichen die freiheitsentziehende Unterbringung erst nachrangig nach dem „Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (§ 14 Psych-KG). Nur in sehr seltenen Fällen, wenn die sorgeberechtigten Eltern nicht erreichbar oder nicht handlungsfähig sind, kann es notwendig werden, dass zur Gefahrenabwehr und im öffentlichen Interesse die freiheitsentziehenden Maßnahmen auf der rechtlichen Grundlage des Psych-KGs erfolgen müssen.

3.3.2 Ausgangslage

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM hat im Oktober 2006 mit der Inbetriebnahme der geschützten Intensivstation (12 Betten) die stationäre Notfallversorgung der Kinder und Jugendlichen aus der Stadt Münster und aus dem Kreis Steinfurt übernommen.

2007 wurden auf der Intensivstation der Klinik 185 Patienten (aus Münster und Kreis Steinfurt) mit einer mittleren Verweildauer von 22,20 Tagen behandelt, davon waren 64% suizidal. Zehn Mädchen und Jungen mussten aus Kapazitätsgründen an andere Kliniken (Marl-Sinsen, Hamm) weitergeleitet werden.

Im ersten Halbjahr 2008 blieb die Auslastung der Intensivstation mit insgesamt 92,5 Notfällen bei einer mittleren Verweildauer von 25 Tagen konstant hoch. Von den 92,5 Notfallpatienten wurden 33 Kinder und Jugendliche aus Münster (36%) behandelt, das entspricht – bezogen auf die Einwohnerzahl - in etwa dem Anteil des Pflichtversorgungsgebietes (38%).

Die Notfallstation der Klinik ist zeitweise überbelegt (14-16 Patienten). Im ersten Quartal 2008 lag der Nutzungsgrad der Station bei 115,7%.

Ein großer Anteil der stationär aufgenommenen Notfall-Patienten wird freiwillig (mit Einwilligung der Minderjährigen und ihrer Familien) auf der geschützten Intensivstation der Klinik behandelt.

Im ersten Halbjahr 2008 waren nur knapp die Hälfte (15) der 33 Münsteraner Patienten unter freiheitsentziehenden Bedingungen auf der Grundlage des § 1631b BGB untergebracht. Auf der Rechtsgrundlage des Psych-KG erfolgte in keinem Fall eine Freiheitsentziehung.

Alle stationären Notfälle im 1. Halbjahr 2008	davon aus Münster	davon nach § 1631 b BGB
92,5	33	15

Tabelle 2: Notfälle auf der Intensivstation der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM im 1. Halbjahr 2008

3.3.3 Planungen

Um die stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kriseninterventionen und die Jugendhilfemaßnahmen besser aufeinander abzustimmen, wird unter Mitwirkung der Fachärztin des Gesundheitsamtes seit Ende 2006 eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM erarbeitet. Die Beteiligten folgen damit der Empfehlung der Gesundheitskonferenz 2001. Bislang konnten sich die Kooperationspartner aber noch nicht auf eine gemeinsame schriftliche Vereinbarung zur Zusammenarbeit verständigen.

3.4 Bewertung

Es gibt in Münster zahlreiche pädagogische, therapeutische und ärztliche Dienste und Institutionen, die in der ambulanten Krisenbewältigung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen mitwirken und dazu beitragen, dass in den meisten Fällen eine stationäre Aufnahme in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vermieden werden kann. Damit die Mitarbeiter der Jugendhilfe in der Lage sind, auf die akuten, oft auch gefährlichen, Problemlagen adäquat einzugehen, benötigen sie eine fachkompetente Unterstützung und Fortbildung.

Mit zwei weiteren kassenärztlichen Zulassungen von Kinder- und Jugendpsychiatern in Münster (demnächst 12 Fachärzte) und den aufsuchenden psychiatrischen Hilfen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes wird es werktags möglich sein, die fachärztliche Notfallversorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen sicher zu stellen.

Es ist für die betroffenen Familien eine große Hilfe, wenn auch die niedergelassenen Fachärzte gerade in Krisensituationen die Patienten verstärkt zuhause aufsuchen könnten. Die von den Angehörigenverbänden geforderten Hausbesuche durch niedergelassene Fachärzte und Klinikärzte sind jedoch unter den momentanen ökonomischen Gegebenheiten und Abrechnungssystemen nicht zu realisieren (Peukert 2000).

Die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie organisieren in Münster zusätzlich einen nächtlichen Notfalldienst am Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag ab 19:00 Uhr. Sie sind damit den Empfehlungen der Gesundheitskonferenz 2001 gefolgt. Warum sie bislang jedoch selten in Anspruch genommen werden, bedarf noch der genaueren Klärung.

Mittwochabend und am Wochenende kann bislang keine kinderpsychiatrische Notfallversorgung sichergestellt werden. Die in diesen Zeiten zuständigen Ärzte des allgemeinen und kinderärztlichen Notdienstes sind im Umgang mit schweren seelischen Krisensituationen weniger geübt und werden von betroffenen Minderjährigen und deren Familien auch wenig genutzt. Verfahrenswege, z. B. bei einer Unterbringung mit Freiheitsentziehung, sind den Ärzten im allgemeinen Notdienst nicht immer bekannt.

Es wundert deshalb nicht, dass die Kinder und Jugendlichen häufiger direkt – ggf. unter Beteiligung der Feuerwehr und der Polizei – in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM vorgestellt werden. Dieses Vorgehen bedeutet für die Betroffenen und ihre Familien insbesondere dann eine große Belastung, wenn eine stationäre Aufnahme nach Einschätzung der Klinikärzte nicht erforderlich ist.

Bislang profitierten zumindest in Einzelfällen psychisch belastete Jugendliche vom kommunal vorgehaltenen Wochenend-Krisennotdienst für Erwachsene. Deshalb ist die weitere Qualifizierung der Mitarbeiter sowie die zukünftige Sicherung dieses fachkompetenten ausuchenden Angebotes notwendig.

Ob sich mit der geplanten Neuregelung des ärztlichen Notdienstes auch die kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung außerhalb der regulären Praxiszeiten verbessern wird, ist ungewiss. Es wäre ein Fortschritt, wenn die mittlerweile zehn (demnächst zwölf) Fachärzte ihre Rufbereitschaft erweitern und zumindest auch am Mittwoch ab 19:00 Uhr für Notfälle erreichbar wären.

Die stationäre Notfallbehandlung der Münsteraner Kinder und Jugendlichen mit störungsbedingter Selbst- oder Fremdgefährdung ist seit der Übernahme der Pflichtversorgung durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM ortsnahe geregelt.

2007 wurden 185 Notfälle stationär im UKM kinder- und jugendpsychiatrisch versorgt. Die Intensivstation der Klinik (geschützte Station) war zeitweise erheblich überbelegt, zehn Patienten mussten aus Kapazitätsgründen in andere Kliniken verlegt werden. Auch im ersten Halbjahr 2008 blieb die Auslastung mit insgesamt 92,5 Notfällen konstant hoch.

Der Anteil der aufgenommenen Münsteraner Patienten (36%) entspricht im ersten Halbjahr 2008 – bezogen auf die Einwohnerzahl – nahezu dem Anteil des Pflichtversorgungsgebietes (38%). Somit kann festgestellt werden, dass es keine Benachteiligung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Wohnsitz in Münster gibt.

Positiv ist anzumerken, dass die meisten Patienten freiwillig unter geschützten Bedingungen auf der Intensivstation behandelt werden. Im ersten Halbjahr 2008 waren nur 15 von 33 Notfällen unter freiheitsentziehenden Bedingungen auf der Grundlage des § 1631b BGB (siehe 3.3.2) untergebracht.

Gerade in Notfallsituationen verhindern abgestimmte Kooperationsformen und Verfahrensweisen zwischen der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie unnötige Zeitverzögerungen in der Hilfestellung beider Systeme. Zurzeit wird eine Kooperationsvereinbarung zwischen dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM erarbeitet.

3.5 Handlungsempfehlungen

Ziel 4

Ambulante und stationäre Krisendienste und Jugendhilfeeinrichtungen werden bei der Bewältigung psychiatrischer Krisen im Kindes- und Jugendalter unterstützt.

Maßnahmen

Es wird für Mitarbeiter im Krisennotdienst und in Jugendhilfeeinrichtungen ein Informationsblatt zu psychiatrischen Notfallsituationen im Kindes- und Jugendalter erarbeitet. In diesem sind Verhaltensregeln, Verfahrensweisen und Kooperationspartner dargestellt.

Nach Bedarf werden Fortbildungen zur Problematik angeboten.

Ziel 5

Alle mit seelischen Notfallsituationen bei Kindern und Jugendlichen befassten Ärzte kennen die Verfahrensweisen und gesetzlichen Grundlagen zur stationären Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen.

Maßnahmen

Neben der vom Gesundheitsamt herausgegebenen Broschüre zum Unterbringungsverfahren für Erwachsene werden auch Handlungsleitlinien für das Kindes- und Jugendalter entwickelt.

Ziel 6

Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Jugendhilfeinstitutionen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gesichert.

Maßnahmen

Die geplante Kooperationsvereinbarung wird zwischen dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM im Jahr 2009 verabschiedet.

4. Teilstationäre und stationäre Behandlung

4.1 Allgemeine Aspekte

Jede Hospitalisierung von Kindern und Jugendlichen birgt die Gefahr, dass zusätzliche seelische Belastungen durch Trennungen entstehen, Ressourcen der Familien ungenutzt bleiben und Verantwortung zu früh abgegeben wird (Meng et al. 2002). Deshalb sollte bei Kindern und Jugendlichen eine stationäre oder teilstationäre Behandlungsphase nur dann eingeleitet werden, wenn alle ambulanten Diagnostik-, Kriseninterventions-, und Therapieangebote zu keiner Linderung der Problematik geführt haben und der klinische Rahmen auch tatsächlich eine Besserung ermöglichen kann. Je jünger das Kind ist, desto enger wird die Indikationsstellung für eine stationäre Behandlung ausfallen.

„Stellt man die Zahl der jährlich geleisteten Klinikbehandlungen der Gesamtbehandlungsfallzahl pro Jahr gegenüber, so ergibt sich, dass bei lediglich 6% aller von einer psychischen Erkrankung betroffenen Kinder eine vollstationäre oder teilstationäre Klinikbehandlung erforderlich wird“ (Jungmann 2003).

Es ist notwendig, vor dem klinischen Aufenthalt mit einer ambulanten Diagnostik zu prüfen, ob eine tagesklinische oder stationäre Therapie wirklich angezeigt ist, wie lange sie ggf. dauern soll und wo die Grenzen der Behandlung liegen. Keinesfalls darf eine stationäre Behandlung eine „Verlegenheitslösung“ für nicht vorhandene adäquate Betreuungsmöglichkeiten von tiefgreifend bindungsgestörten und sozial auffälligen Minderjährigen sein. Diese Entwicklungsdefizite sind auch durch eine intensive stationäre Behandlung von sechs oder neun Monaten kaum zu korrigieren.

Wenn absehbar ist, dass die Eltern dauerhaft mit der Betreuung und Erziehung ihres Kindes überfordert sein werden, sollte eine stationäre Jugendhilfemaßnahme mit ambulanter therapeutischer Begleitung einer klinischen Behandlung vorgezogen werden.

2006 gab es in Deutschland 131 kinder- und jugendpsychiatrische Fachabteilungen mit 5065 Plätzen (Statistisches Bundesamt 2008). Ein Fünftel davon entfällt auf tagesklinische Behandlungsplätze (Bundespsychotherapeutenkammer 2008).

Die Kapazitätsplanung der vollstationären und tagesklinischen Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie richtet sich bislang noch nach der „Bettenmessziffer“, die für das gesamte Bundesgebiet etwa sieben Behandlungsplätze auf 100.000 Einwohner und im Versorgungsgebiet Münster sechs Plätze auf 100.000 Einwohner beträgt (MFJFG 2002). Die Ärztekammern sprechen sich dafür aus, dass zukünftig bei der Bedarfsberechnung epidemiologische Studien zur Inzidenz (Krankheitshäufigkeit) und Prävalenz (Krankheitsrate) psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter zugrunde gelegt werden.

Kinder und Jugendliche, die in eine Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie aufgenommen werden, leiden an schwerwiegenden psychischen Störungen, die in der Regel ihren Entwicklungsprozess und ihre soziale Interaktionsfähigkeit tiefgreifend gefährden.

Das Diagnosespektrum von Patienten mit psychischen Störungen in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie geht aus der Abbildung 12 hervor.

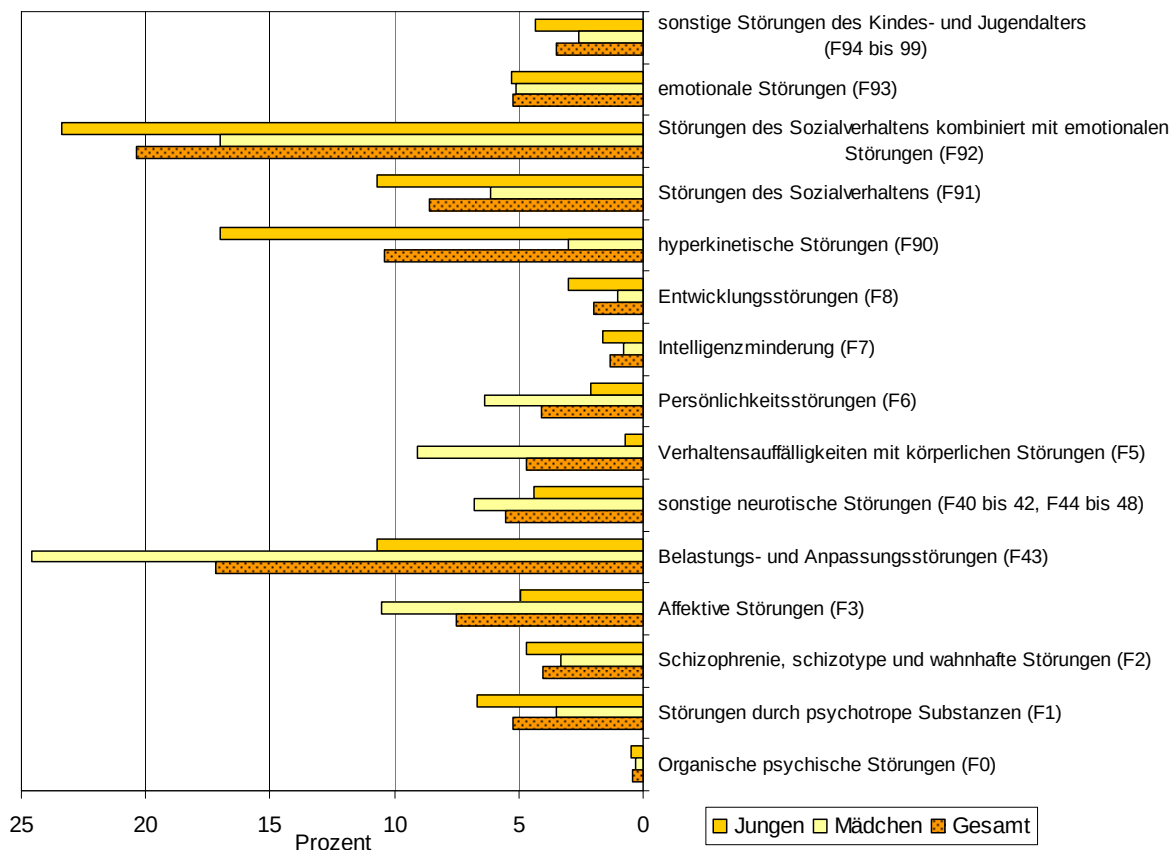


Abb. 12: Diagnoseverteilung von insgesamt 16288 Mädchen und 18388 Jungen mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen F0-9) in Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie im Jahr 2004. Teilstationäre und stationäre Behandlung in Münster
Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2008

Am häufigsten werden stationär Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen diagnostiziert. Bei Betrachtung der Diagnoseverteilung nach dem Geschlecht fällt bei den Mädchen ein höherer Anteil an Belastungs- und Anpassungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (z. B. Essstörungen), Persönlichkeitsstörungen sowie affektiven Störungen auf. Bei den Jungen zeigt sich ein deutlich höherer Anteil an hyperkinetischen Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Bei Kindern hängt der Erfolg einer stationären Behandlung neben dem Schweregrad der Störung in starkem Maße von der elterlichen Kooperationsbereitschaft ab (Scheepker et al. 2000). Bei der Mehrzahl der Patienten bessert sich die Symptomatik durch die stationäre Therapie. Am wenigsten profitieren noch immer die Patienten mit ausgeprägten dissozialen Verhaltensweisen (Durkin et al.1975).

Die klinische Behandlung von Kindern und Jugendlichen sollte so kurz wie eben möglich gehalten werden, um einen Verlust von familiären und sozialen Bezügen zu verhindern. Es gibt aber schwere psychiatrische Erkrankungen, wie z. B. Schizophrenien oder Essstörungen, die aufgrund ihres rezidivierenden und chronischen Verlaufes ein langfristiges Behandlungskonzept benötigen.

Für den Planungszeitraum 2007 gehen die Ärztekammern von einer durchschnittlichen stationären Verweildauer von 42 Tagen aus (Ärztekammer Nordrhein 2004).

4.2 Teilstationäre Behandlung

4.2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlage

Eine teilstationäre Behandlung ist für solche Kinder und Jugendliche indiziert, bei denen eine ambulante Therapie nicht ausreicht und eine stationäre Behandlung vermieden oder verkürzt werden soll.

In einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik werden in der Woche intensive ärztliche, therapeutische und pädagogische Hilfen angeboten. Die minderjährigen Patienten übernachten zuhause, sodass ihre sozialen Beziehungen erhalten bleiben. Hierdurch können Trennungsängste reduziert, familiäre Ressourcen gestärkt und häusliche Konflikte unmittelbar bearbeitet werden.

Die Behandlung findet auf der Rechtsgrundlage des SGB V statt, die Leistungen werden durch die Krankenkassen finanziert.

Für eine erfolgreiche teilstationäre Therapie ist es erforderlich, dass die Tagesklinik in Wohnortnähe der Patienten liegt und über ein schulisches Angebot verfügt. Außerdem benötigen die Altersgruppen der jüngeren Schulkinder und der Jugendlichen getrennte Gruppenkonzepte. Es ist nicht vorstellbar, dass Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 18 Jahren gemeinsam behandelt werden können.

Prinzipiell können Kinder und Jugendliche aller Diagnosegruppen teilstationär behandelt werden, mit Ausnahme von Patienten mit akuter Suizidalität, florider Psychose, manifester Suchterkrankung oder schweren organischen Komplikationen.

Ungünstig erscheint eine tagesklinische Behandlung auch, wenn Kinder nicht über ein ausreichend stabiles soziales Netz verfügen oder mit dem täglichen Wechsel zwischen zuhause und der Klinik überfordert sind.

4.2.2 Ausgangslage

Die Familientagesklinik des Universitätsklinikums Münster mit 10 Plätzen ist eine Spezialeinrichtung, die nur Säuglinge, Kleinkinder und Vorschulkinder unter 6 Jahren mit deren Bezugspersonen in der Woche behandelt. Das Konzept ist auf die gesamte Familie ausgerichtet und setzt auf frühe familienorientierte Interventionen, um spätere manifeste psychische Erkrankungen der Kinder zu vermeiden. Die Eltern werden mit ihren eigenen psychischen Störungsbildern mitbehandelt. Geschwisterkinder unter 6 Jahren können ebenfalls in die Behandlung einbezogen werden. Durch die Familientagesklinik gelingt es in Münster, dass Vorschulkinder nur selten vollstationär aufgenommen werden müssen.

Die modellhafte Tageseinrichtung war 2007 mit 99% ausgelastet; 139 Kinder und ihre psychisch überforderten Eltern wurden behandelt, davon kamen 28,3% aus Münster (77,8% insgesamt aus dem Versorgungsgebiet Münster und Steinfurt).

Eine Tagesklinik für Kinder und Jugendliche zwischen dem 6. und 18. Lebensjahr, die eine unentbehrliche und der stationären Behandlung vorrangige Versorgungsform darstellt, gibt es in Münster - im Gegensatz zu fast allen umliegenden Kommunen (siehe Anlage) – bisher nicht.

Hierauf hatte die Gesundheitskonferenz Münster bereits 2001 in ihren Handlungsempfehlungen hingewiesen. Das Planungsverfahren für teilstationäre Behandlungsplätze in Münster wurde zwischen den Krankenkassen und dem Universitätsklinikum 2003 eröffnet. Die Verhandlungspartner konnten kein Einvernehmen erzielen. Das Universitätsklinikum hatte 14 teilstationäre Plätze beantragt, die Krankenkassenverbände sprachen sich im März 2008 abschließend für sechs Tagesklinikplätze aus. Der Feststellung der Krankenkassen schloss sich das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW im Juni 2008 zunächst an. Die Stadt Münster, die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Gesundheitskonferenz wiesen hingegen auf den Bedarf für eine zweite Tagesklinik mit mindestens 12 Plätzen in Münster hin. Zu dieser Bedarfseinschätzung kam auch die Bezirksregierung Münster.

Im Juli 2008 legte die Stadt Münster im Rahmen der Anhörung nach § 14 Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) gegenüber dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW fachlich dar, dass in Münster die Einrichtung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik mit mindestens 12 Plätzen für Schulkinder notwendig ist.

Im Oktober 2008 entschied das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, dass 12 tagesklinische Plätze – zusätzlich zu der schon bestehenden Familientagesklinik mit zehn Plätzen - an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM eingerichtet werden.

4.2.3 Planungen

Am Universitätsklinikum Münster wird es 12 teilstationäre Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche vom 6. bis zum 18. Lebensjahr geben.

4.3 Stationäre Behandlung

4.3.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlage

„Die Entscheidung zur Krankenhausbehandlung eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen gründet in aller Regel auf der Überzeugung, dass die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung zumindest zeitweise nur innerhalb eines klinischen Schutzraumes gelingen kann“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie).

Die stationäre Behandlung findet auf der Rechtsgrundlage des § 39 SGB V statt, die Leistungen werden durch die Krankenkassen finanziert. Eine Krankenhausbehandlung darf nur in Krankenhäusern erfolgen, die nach § 108 SGB V zugelassen sind. Der Personalbedarf ist in der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psych-PV) geregelt.

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik bzw. Abteilung benötigt aus fachlicher Sicht eine Mindestgröße, um eine ausreichende therapeutische und altersgemäße Binnendifferenzierung zu ermöglichen. Sie sollte ferner über ein schulisches Angebot verfügen.

In aller Regel profitieren die seelisch schwer belasteten Kinder und Jugendlichen von der klaren Tagesstruktur auf der Station und der wertschätzenden Unterstützung durch das gesamte Pflege- und Behandlungsteam. Hierdurch wird Sicherheit und Orientierung vermittelt. Die vielfältigen pädagogischen, ärztlichen und therapeutischen Maßnahmen

und Angebote werden auf die Bedürfnisse der Mädchen und Jungen zugeschnitten und greifen eng ineinander.

Die Interaktion der verschiedenen „Helfer“ hat Modellcharakter für die minderjährigen Patienten. Neue Problemlösestrategien können im Schonraum der Klinik entworfen, ausprobiert und geübt werden.

4.3.2 Ausgangslage

Sorgeberechtigte Eltern und ihre psychisch kranken Kinder, die einer stationären Behandlung zustimmen, können sich für ein Krankenhaus ihrer Wahl entscheiden, solange dies nicht der ärztlichen Einweisung widerspricht.

Deshalb werden auch Patienten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM behandelt, die ihren Wohnsitz nicht im Pflicht- und Regelversorgungsgebiet Münster und Steinfurt haben. Beispielsweise stammen 10 – 15% der Familien aus den angrenzenden Kreise Borken, Coesfeld und Warendorf.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM hat drei vollstationäre Abteilungen mit insgesamt 30 Betten:

eine Kindertherapiestation (6 – 12 Jahre) mit 9 Betten (Station 1),

eine Jugendtherapiestation (13 – 17 Jahre) mit 9 Betten (Station 2) und

eine Intensivstation (Akutstation, alle Altersgruppen) mit 12 Betten (Station 3).

Es gibt eine enge Kooperation mit der Helen-Keller-Schule (Schule für Kranke).

Die mittlere Verweildauer auf den Stationen ist entsprechend der unterschiedlichen Behandlungsziele sehr diskrepant. Auf der Kinderpsychotherapiestation werden die Mädchen und Jungen im Durchschnitt mehr als viermal so lange behandelt wie auf der Intensivstation, bei der die mittlere Verweildauer für Kriseninterventionen nur 3 bis 4 Wochen beträgt (siehe 3.3.2).

2007 hatten in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM von allen 256,5 stationären Behandlungsfällen 65 (25,3%) ihren Wohnsitz in Münster. Im 1. Halbjahr 2008 waren es 42 (32%) von 129,5 Patienten.

Auf den beiden offen geführten Psychotherapiestationen (Kinderstation, Jugendstation) kamen im selben Zeitraum nur 20-25% aus Münster. Insbesondere die Jugendlichen aus Münster sind in der stationären psychotherapeutischen Behandlung unterrepräsentiert (Tabelle 3 und 4).

Stationäre Belegungen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM

2007	Kinderstation	Jugendstation	Intensivstation	Alle
Gesamtzahl	31	40,5	185	256,5
davon Fälle aus MS	9	6	50	65
Verweildauer	106,65	80,27	22,20	41,58

Tabelle 3:
Stationäre Belegung 2007

1. Halbjahr 2008	Kinderstation	Jugendstation	Intensivstation	Alle
Gesamtzahl	15	22	92,5	129,5
davon Fälle aus MS	8	1	33	42
Verweildauer	109 Tage	74	25	43,1

Tabelle 4:
Stationäre Belegung 1. Halbjahr 2008

Die Belegungszahlen der Kinder und Jugendlichen aus Münster unterliegen allerdings großen Schwankungen, da die Patienten nicht nach dem Wohnsitz sondern nach der Dringlichkeit und der Wartezeit stationär aufgenommen werden. So war im 1. Halbjahr 2008 die Belegung durch Münsteraner Patienten auf der Kinderstation mit acht von insgesamt 15 Mädchen und Jungen hoch. Auf der Jugendstation hingegen wurde im gleichen Zeitraum nur ein Minderjähriger aus Münster behandelt, im 3. Quartal 2008 wurden wieder vier Jugendliche aus Münster versorgt.

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM gibt es mehrmonatige Wartezeiten. 40-50 Kinder und Jugendliche sind für einen stationären Behandlungsplatz auf einer der beiden Psychotherapiestationen (Kinderstation, Jugendstation) angemeldet. Wie viele davon ihren Wohnsitz in Münster haben, ist nicht bekannt.

Es müssen aber nicht alle stationären psychiatrischen Behandlungen von Minderjährigen aus Münster in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM stattfinden. Auch auf den 16 Therapieplätzen der Psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik des UKM werden Mädchen und Jungen mit Diagnosen aus dem Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie stationär behandelt. Ferner können Jugendliche mit bestimmten Störungsbildern (z. B. Magersucht, Zwänge, Ängste, Depressionen) nach Einwilligung der Krankenkasse auch in der EOS-Klinik oder der Dornier-Klinik behandelt werden.

Darüber hinaus werden betroffene Kinder gelegentlich aus medizinischer Indikation (z. B. bei schwerer Suchterkrankung, sexueller Störung oder intellektueller Minderbegabung) an andere Fachkliniken mit Spezialangeboten vermittelt, z. B. an die LWL-Klinik Marl-Sinsen oder Hamm.

Die Kinderkliniken des St. Franziskus-Hospitals und des Clemenshospitals beschäftigen eigene psychologische und sozialpädagogische Fachkräfte, um die dort stationär aufgenommenen Minderjährigen in seelischen Belastungssituationen fachlich betreuen zu können. Ferner sind die Kliniken den Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz 2001 gefolgt und haben zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Krisenintervention ihrer Patienten Konsiliarverträge mit niedergelassenen Fachärzten abgeschlossen.

4.3.3 Planungen

Da die Einrichtung einer psychiatrischen Tagesklinik für Schulkinder in Münster Vorrang hatte, wurde der Antrag der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM auf Erweiterung der stationären Bettenkapazität zunächst zurückgestellt. Das Klinikum sieht aber weiterhin Bedarf für zusätzliche stationäre Behandlungsplätze.

4.4 Bewertung

Eine tagesklinische Behandlung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die eine unentbehrliche und der stationären Behandlung vorrangige Versorgungsform darstellt, fehlt bislang in Münster für Schulkinder bis zum 18. Lebensjahr.

Mit den jetzt vom Ministerium bewilligten 12 teilstationären Behandlungsplätzen am Universitätsklinikum Münster wird es für diese Altersgruppe eine qualitative und auch quantitative Verbesserung in der Versorgung geben. Die Tagesklinik wird vor allem den Schulkindern und Jugendlichen aus Münster zu Gute kommen.

Die stationäre Behandlung von Notfallpatienten aus Münster ist gewährleistet (siehe 3.4).

Die stationäre psychotherapeutische Regelversorgung von Minderjährigen aus Münster unterliegt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM großen Schwankungen, da auch Patienten aus dem Versorgungsgebiet Steinfurt und aus anderen angrenzenden Regionen nach Dringlichkeit und Wartezeit aufgenommen werden müssen. 2007 und im 1. Halbjahr 2008 kamen von allen behandelten Minderjährigen auf den beiden Psychotherapiestationen (Kinderstation, Jugendstation) zwischen 20 und 25% aus Münster. Insbesondere die Münsteraner Jugendlichen waren in diesem Zeitraum unterrepräsentiert. Allerdings ist nicht bekannt, wie viele von den stationär therapiebedürftigen minderjährigen Patienten auf der Psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik des UKM (16 Plätze) und in anderen Psychotherapeutischen Fachkliniken in Münster behandelt wurden. Die entsprechenden Belegungszahlen liegen noch nicht vor. Bei Berücksichtigung dieser zusätzlichen Angebote wird der Anteil der Münsteraner Kinder und Jugendlichen an der stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung wahrscheinlich höher liegen.

Der Bedarf an stationären Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen entspricht jedoch nicht dem Angebot in Münster. Es gibt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM mehrmonatige Wartezeiten auf einen Therapieplatz, was für die psychisch schwer belasteten Mädchen und Jungen nicht tolerabel ist. Die Familien werden deshalb auch an andere Kliniken verwiesen (Marl-Sinsen, Hamm, Datteln, Bochum), die aber auch nicht immer schneller aufnehmen können und vorrangig ihr Versorgungsgebiet berücksichtigen müssen.

Es bleibt abzuwarten, inwieweit die bewilligte Tagesklinik für Schulkinder und Jugendliche hier eine Entlastung schaffen kann. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM muss aber davon ausgegangen werden, dass auch weiterhin ein höherer Bettenbedarf am Universitätsklinikum für stationäre Therapieplätze besteht.

Die stationäre Behandlung von suchtkranken Jugendlichen kann von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM bislang nicht ausreichend berücksichtigt werden. Diese Minderjährigen werden zur Entgiftung häufig in den somatischen Kliniken und in der Erwachsenenpsychiatrie aufgenommen.

An den Kinderkliniken des St. Franziskus-Hospitals und des Clemenshospitals hat sich durch die Integration kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenz in den letzten Jahren die Versorgungssituation für stationär aufgenommene Minderjährige positiv entwickelt (siehe 4.3.2).

4.5 Handlungsempfehlungen

Ziel 7

Die Tagesklinik für psychiatrisch behandlungsbedürftige Schulkinder und Jugendliche aus Münster wird von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM in Betrieb genommen.

Maßnahmen

Die Bewilligung durch das Ministerium für 12 teilstationäre Plätze liegt bereits vor.

Ziel 8

Die Versorgung aller psychiatrisch und psychotherapeutisch stationär behandlungsbedürftigen Minderjährigen in Münster ist gewährleistet.

Maßnahmen

Ob und inwieweit durch die Inbetriebnahme der Tagesklinik bereits eine ausreichende Entlastung der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster eingetreten ist, bedarf der weiteren Klärung.

Es wird vorgeschlagen, dass bei Kindern und Jugendlichen aus Münster der Bedarf sowohl im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung als auch im Bereich der stationären Entgiftung und Entwöhnung bei Suchtmittelkonsum untersucht wird.

5 Rehabilitation und Integration

5.1 Allgemeine Aspekte

In der Kinder- und Jugendzeit stellen psychische Störungen eine große Belastung für die Betroffenen und ihre Familien dar. Wenn bei den minderjährigen Patienten trotz fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung Einschränkungen im persönlichen Wohlbefinden, in der Beziehungs- und Gemeinschaftsfähigkeit sowie im Leistungsverhalten zurückbleiben, ist ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt. Die alltäglichen altersadäquaten Anforderungen werden nicht mehr bewältigt, die schulische und berufliche Perspektive ist gefährdet.

Rechtzeitige und angemessene psychosoziale Eingliederungshilfen können verhindern, dass diese Mädchen und Jungen von dauerhaften Benachteiligungen betroffen sind.

Eine (drohende) seelische Behinderung kann weder alleine durch eine medizinische Diagnose festgestellt werden, noch kann aus einer psychiatrischen Diagnose auf eine seelische Behinderung geschlossen werden. Erst aus der Zusammenschau der subjektiven Problemsicht der betroffenen Familien, der psychiatrischen Diagnose des Kindes und seiner individuellen und umweltbedingten psychosozialen Belastungen lässt sich abschätzen, ob die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bedroht ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt mittlerweile neben der Behinderung als Folge der Schädigung gleichwertig die Behinderung als Folge der Umweltbedingungen. Sie empfiehlt nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine Einteilung nach Schädigung, individueller Aktivitätsbeeinträchtigung und gesellschaftliche Partizipationseinschränkung (WHO 2005).

Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche werden nach § 35a SGB VIII (siehe 5.2.1) überwiegend als ambulante pädagogische und psychosoziale Integrationshilfen gewährt.

Die lerntherapeutischen Hilfen stellen in allen Kommunen wegen der Häufigkeit der Anträge und der nicht immer eindeutigen Zuständigkeiten ein besonderes Problem dar. Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung, kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten) sind keine Krankheit, ihre Förderung fällt in den Schulbereich. Erst wenn alle schulischen Maßnahmen einschließlich der schulpsychologischen Unterstützung erfolglos geblieben sind und sich aufgrund der permanenten Versagenssituationen psychische Folgestörungen entwickelt haben (z. B. Rückzug, Ängste, Depressionen), können Lerntherapien als Eingliederungshilfe gewährt werden. Bei behandlungsbedürftigen Krankheiten muss jedoch vorher auch die Zuständigkeit der Krankenkassen geprüft werden.

Im Bereich der stationären Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII (siehe 5.2.1). gibt es bundesweit nur wenige pädagogische Einrichtungen, die sich auf die Integration seelisch behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlichen spezialisiert haben.

Die prinzipiell sehr erfolgreiche Heimerziehung im Rahmen von Hilfe zur Erziehung (§ 34 SGB VIII) stößt bei den emotional und psychosozial am stärksten belasteten Mädchen und Jungen an ihre Grenzen. In der stationären Jugendhilfe gibt es viele in ihrer Entwicklung gefährdete Kinder und Jugendliche, die ohne eine sehr intensive pädagogische Förderung und kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung kaum Chancen auf eine Wiedereingliederung in unsere Gesellschaft haben.

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm ermittelte in einer repräsentativen Stichprobe, dass in den untersuchten stationären Jugendhilfeeinrichtungen knapp 60% der Kinder und Jugendlichen unter psychischen Störungen litten, bei 32% lag mehr als eine Diagnose vor. Nur 12% der betroffenen Mädchen und Jungen erhielten Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII (Schmid et al. 2006).

Es ist die gemeinsame Aufgabe der Jugendhilfe, der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Schulen die Integration von Kindern und Jugendlichen mit einer zu erwartenden oder eingetretenen seelischen Behinderung zu stärken und die Nutzung individueller und kollektiver Ressourcen zu fördern (11. Kinder- und Jugendbericht 2002).

5.2 Eingliederungshilfen

5.2.1 Aufgaben und gesetzliche Grundlagen

Das Kinder- und Jugendhilfegesetz wurde in seiner ersten Änderung 1993 zum Achten Sozialgesetzbuch (SGB VIII) um die Aufgabenstellung der Eingliederungshilfe nach §35a erweitert. Damit wurden den Jugendämtern – neben der Förderung von Familien und Hilfen zur Erziehung – die Aufgaben eines Rehabilitationsträgers (§6 SGB IX) für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit einer seelischen Behinderung zugeordnet.

Wenn kein vorrangiger Leistungsträger (z. B. die Krankenversicherung bei medizinischer Rehabilitation) zuständig ist, gewährt die öffentliche Jugendhilfe Leistungen für seelisch behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen von der Einschulung bis zum 21. Lebensjahr, in Einzelfällen auch darüber hinaus.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe für geistig und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche fallen grundsätzlich in den Zuständigkeitsbereich der Sozialhilfeträger. Dies gilt auch für seelisch behinderte Kinder, die noch nicht eingeschult sind. Die integrativen Hilfen für Kinder mit frühkindlichem Autismus, einhergehend mit einer leichten Intelligenzminderung, fallen ebenfalls in die Zuständigkeit der Sozialhilfe. Nur bei Kindern mit Asperger-Autismus, bei denen keine kognitiven Defizite sondern überwiegend psychosoziale Beeinträchtigungen vorliegen, ist die Jugendhilfe zuständig, wenn die Kosten nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

Die verbindliche Kooperation aller Rehabilitationsträger wird durch § 12 SGB IX geregelt.

Mit der letzten Änderung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes 2005 steht nicht die Behinderung im Fokus sondern die Abweichung der seelischen Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand. Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen ist Eingliederungshilfe zu gewähren, wenn ihre abweichende seelische Entwicklung mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate andauert und hierdurch die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Es besteht ein Rechtsanspruch der betroffenen Kinder auf Eingliederungshilfen.

Die Aufgabe und das Ziel der Hilfe sowie die Art der Leistungen richten sich nach den Bestimmungen des SGB XII (§§ 53, 54, 56, 57 SGB XII).

Die Zuordnung zum Personenkreis des § 35a SGB VIII trifft der örtliche Träger der Jugendhilfe.

Für die Feststellung, ob die seelische Störung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht, wird eine Stellungnahme der Fachkräfte des Gesundheitswesens zugrunde gelegt. Die Hilfe darf nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht von der Person erbracht werden, die zur Abklärung einer Leistungspflicht die Begutachtung durchgeführt hat. Die Diagnostik soll auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD 10) erstellt werden.

Ziel der Eingliederungshilfen ist es, die Folgen einer zu erwartenden oder eingetretenen seelischen Behinderung zu verhindern, zu beheben, auszugleichen oder zu mildern. Die medizinischen Erkenntnisse geben wesentliche Hinweise zur Ausgestaltung und realistischen Zielsetzung der Eingliederungshilfe. Da Wirksamkeit und Erfolg der Leistungen in hohem Maße von der Akzeptanz und Mitwirkungsbereitschaft der beteiligten Personen abhängen, ist eine gemeinsame Problembewältigung im Hilfeplanverfahren (§ 36 Abs 3 SGB VIII) erforderlich. Die zentralen Maßstäbe bei der Hilfeplanung sind das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen (§5 SGB VIII) sowie die fachliche Feststellung, dass die geplante Maßnahme geeignet und notwendig ist.

Die Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche und unter besonderen Umständen auch für junge Volljährige werden in ambulanter, teilstationärer oder stationärer Form erbracht.

5.2.2 Ausgangslage

In Münster wurde 2005 im Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Fachdienst Eingliederungshilfen in der Abteilung des Kommunalen Sozialdienstes (KSD) eingerichtet. Der Fachdienst war zunächst mit einer halben Stelle ausgestattet, 2006 wurde er um eine weitere halbe Stelle erweitert. Die beiden Mitarbeiter leiten selbstständig und eigenverantwortlich Hilfen ein, erstellen Hilfe- und Gesamtpläne und beraten die Kollegen in den Sozialbezirken des KSD. Der Fachdienst ist zuständig in Fällen, deren alleinige Anspruchsgrundlage der § 35a SGB VIII ist.

Seit 2006 finden regelmäßig einmal pro Monat fallbezogene Beratungen mit der Kinder- und Jugendpsychiaterin des Gesundheitsamtes statt. Dabei werden die vorliegenden ärztlichen Berichte und Gutachten auf ihre Schlüssigkeit überprüft. Mehrfachuntersuchungen können so vermieden und die notwendigen und geeigneten Maßnahmen zeitnah einrichtet werden. Die Zahl der vom Gesundheitsamt erstellten ausführlichen Gutachten konnte auf diese Weise zum Wohle der Patienten reduziert werden.

Der Fachdienst kann ambulante Eingliederungshilfen in Form von aufsuchender Familientherapie, intensivpädagogischer Einzelfallhilfe, ambulant betreutem Wohnen, Autistherapie, lerntherapeutischen Angebote, Motopädie u. a. einleiten und begleiten.

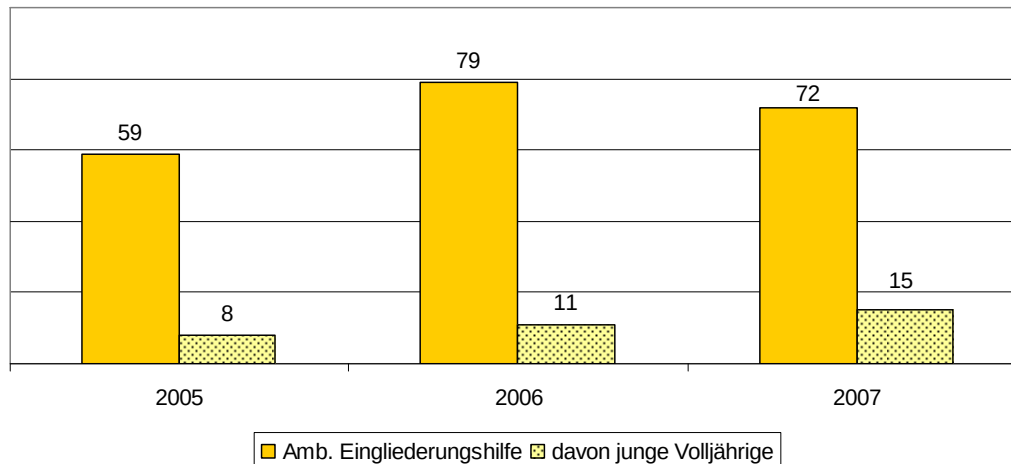


Abb. 13: Ambulante Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien
Quelle: Geschäftsbericht des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien 2007

Unter Mitwirkung des Fachdienstes, des Gesundheitsamtes, der Schulpsychologie und einer niedergelassenen Fachärztin wurde 2006 die Anwendung einheitlicher standardisierter Testverfahren bei Kindern und Jugendlichen mit umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibstörung, Rechenstörung) in Münster festgelegt. Hierdurch konnte bei diesen Störungsbildern eine größere Vergleichbarkeit und Einheitlichkeit in der Hilfestellung erreicht werden.

Teilstationäre und stationäre Eingliederungshilfen werden in Münster in heilpädagogischen Tagesgruppen und stationären Wohngruppen der Jugendhilfe sowie im stationär betreuten Wohnen geleistet.

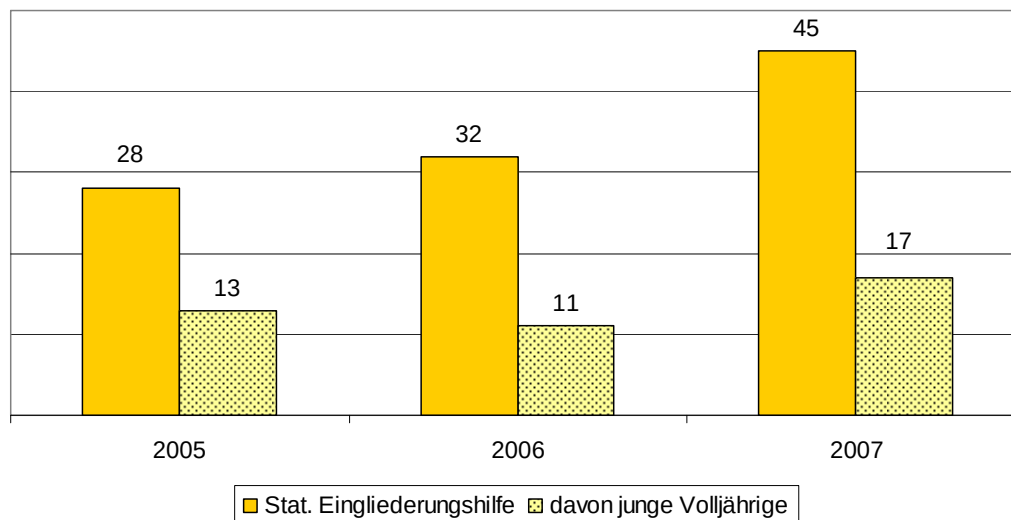


Abb. 14: Stationäre Eingliederungshilfen nach § 35a SGB VIII des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien
Quelle: Geschäftsbericht des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien 2007

2006 wurde in Münster eine stationäre Wohngruppe in Trägerschaft des Förderkreises Sozialpsychiatrie eröffnet (Jugendhaus Piusallee), die ausschließlich Eingliederungshilfen für psychisch schwer erkrankte Jugendliche und junge Volljährige aus Münster und den umliegenden Kommunen anbietet. Das Jugendhaus Piusallee verfügt über 14 Plätze (Zimmer) und einen Notplatz. Die Wartezeit für eine Aufnahme beträgt mehrere Monate.

Von den 15 Bewohnern sind aktuell acht zwischen 14 und 18 Jahren. Sie leiden unter verschiedenen Erkrankungen (schweren Entwicklungsstörungen, Psychosen, Depressionen, Essstörungen u. a.).

Es finden regelmäßig psychoedukative Gruppenbehandlungen für die jugendlichen Patienten statt. Psychoedukation bedeutet Schulung von Patienten und Angehörigen mit dem Ziel, die psychische Erkrankung besser zu verstehen, eigene Ressourcen zu erkennen und Behandlungsmaßnahmen zu unterstützen. Die Elterngruppe trifft sich unter Leitung von zwei Mitarbeitern der Einrichtung einmal monatlich im Gesundheitshaus.

Das multiprofessionelle Team des Jugendhauses Piusallee wird pädagogisch durch den Verband Sozialtherapeutischer Einrichtungen (VSE) und fachärztlich durch eine Kinder- und Jugendpsychiaterin unterstützt.

Neben der Einrichtung in der Piusallee gibt es in Münster zwei intensiv betreute Wohngruppen für Mädchen und junge Frauen mit Essstörungen. Die Leistungsanbieter für ambulante, teilstationäre und stationäre Jugendhilfe nehmen im Rahmen von Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff SGB VIII) auch wichtige Aufgaben zur Eingliederung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher wahr. In Münster haben sich weitere Anbieter etabliert, die ambulant betreutes Wohnen für den oben genannten Personenkreis ermöglichen.

5.2.3 Planungen

Damit Kinder, Jugendliche und junge Volljährige, die von seelischer Behinderung betroffen oder bedroht sind, möglichst früh und passgenau schulische Hilfen erhalten, wird die Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsamt, dem Amt für Kinder Jugendliche und Familien und den Schulen weiter intensiviert.

5.3 Bewertung

Im Amt für Kinder, Jugendliche und Familien gibt es seit 2005 den Fachdienst für Eingliederungshilfen, der dem Kommunalen Sozialdienst zugeordnet ist. Weil die Belange und Bedarfe der Kinder mit schweren seelischen Störungen differenzierter berücksichtigt werden, konnte so eine qualitative Verbesserung der Versorgung erreicht werden.

Die Gewährung von lerntherapeutischen Hilfen ist seit dem Jahr 2006 vergleichbar und einheitlich. Dies konnte durch die Festlegung auf bestimmte standardisierte Testverfahren für umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (Lese- Rechtschreibstörung, Rechenstörung) ermöglicht werden. Die Arbeitsgemeinschaft Integrationshilfen folgte damit den Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz 2001.

Das Angebot der stationären Eingliederungshilfen konnte in Münster erweitert werden. In Trägerschaft des Förderkreises Sozialpsychiatrie wurde eine Wohngruppe mit 14 Plätzen (zusätzlich ein Notplatz) eröffnet, die ausschließlich Eingliederungshilfen für psychisch schwer erkrankte Jugendliche und junge Volljährige überwiegend auf der Grundlage nach § 35a SGB VIII anbietet.

Die Gesundheitskonferenz hatte 2001 in ihren Handlungsempfehlungen die Einrichtung einer solchen Wohngruppe empfohlen.

Die pädagogische Beratung des Jugendhauses erfolgt durch den Verbund Sozialtherapeutischer Einrichtungen (VSE). Die gelungene Kooperation von pädagogischer und sozialpsychiatrischer Kompetenz wird durch regelmäßige kinder- und jugendpsychiatrische Beratungen ergänzt. Die Einrichtung ist immer voll belegt und hat mehrmonatige Wartezeiten.

Das Angebot einer psychoedukativen Gruppenbehandlung (siehe 5.2.2), wie sie das Jugendhaus für ihre Bewohner durchführt, steht in Münster als ambulantes Unterstützungsangebot für alle Betroffenen nicht zur Verfügung. Auch eine Gruppenbehandlung für alle belasteten Eltern, die sich mit fachlicher Begleitung über ihre psychisch erkrankten Kinder austauschen möchten, gibt es noch nicht.

Es fehlt ferner eine integrative Unterstützung der chronisch psychisch kranken Jugendlichen durch niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass sich die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aus Münster mit Eingliederungsbedarf in den letzten Jahren verbessert hat. Es bedarf noch einer weiteren Differenzierung der integrativen Angebote, damit alle betroffenen Kinder und Jugendlichen die Möglichkeit zur gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erhalten.

5.4 Handlungsempfehlungen

Ziel 9

Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche aus Münster mit drohender oder eingetretener seelischer Behinderung erhalten angemessene, bedarfsgerechte und wirksame Unterstützungsangebote.

Maßnahmen

Psychisch erkrankte Minderjährige aus Münster mit ambulantem Eingliederungsbedarf erhalten die Möglichkeit an einer psychoedukativen Gruppe teilzunehmen. Die belasteten Eltern können ihre Erfahrungen in einer fachlich geleiteten Elterngruppe austauschen. Das Gesundheitsamt der Stadt Münster wirkt daran mit, die Bedarfe für diese Gruppenangebote zu prüfen und ggf. die Realisierung zu fördern.

6 Koordination und Vernetzung

6.1 Allgemeine Aspekte

Es besteht eine öffentliche Verantwortung für das förderliche Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen mit schweren seelischen Störungen. Diese muss von allen gesellschaftlichen Bereichen, Institutionen und politischen Gremien wahrgenommen werden.

In den letzten Jahren ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, den Schulen, der Polizei und Justiz konstruktiver geworden. Es ist aber noch eine viel stärkere Vernetzung der Institutionen erforderlich, um für die wachsenden Aufgaben gesellschaftliche Ressourcen mobilisieren und Synergieeffekte nutzen zu können. Delegationsketten und Aufgabenverschiebungen sollten der Vergangenheit angehören. Die Verantwortung für alle psychisch erkrankten Kinder und Jugendliche sollte in gemeinsamer kooperativer Sorge getragen werden.

Oft basiert eine gute interdisziplinäre Kooperation nur auf dem persönlichen Engagement Einzelner. Sie sollte jedoch für alle Beteiligte zum Arbeitsauftrag gehören.

„Angesichts der Komplexität problemverursachender Faktoren bei Gesundheitsstörungen ist es notwendig, die Grenzen der Systeme zu überschreiten.“ (11. Kinder- und Jugendbericht 2002). Die Kooperation der verschiedenen Professionen erfordert von den Mitarbeitern in Zukunft ein übergreifendes Fachwissen. Dieses ist durch gemeinsame Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Wesentlich erscheint es auch, den Austausch von Konzepten, Theorien und Arbeitsweisen zu intensivieren.

Die Psychiatriekoordination für Kinder und Jugendliche am Gesundheitsamt leistet in diesem Prozess wichtige Aufgaben. Sie fördert sowohl die strukturelle Vernetzung als auch die Koordination im Einzelfall.

6.2 Fallbezogene Zusammenarbeit

6.2.1 Verdacht auf Kindeswohlgefährdung

Mit der Clearingstelle der ärztlichen Kinderschutzambulanz des DRK besteht seit 1998 ein multiprofessionelles Beratungsgremium für Fachkräfte aus Münster. In allen Fällen, in denen Kinder vernachlässigt oder misshandelt werden, in denen sie Opfer sexueller Gewalt sind, oder in denen ein entsprechender Verdacht besteht, kann eine fachliche Beratung in Anspruch genommen werden. Zum festen Beratungsteam gehören ein Mitarbeiter des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien (Kinderschutz), eine Mitarbeiterin der Polizei (Strafverfolgung), eine Mitarbeiterin der Ärztlichen Kinderschutzambulanz (Psychotherapie), eine Ärztin des Gesundheitsamtes (Medizin) und eine Familienrichterin im Ruhestand (Familienrecht). Bei Bedarf findet diese anonymisierte Beratung der Helfenden einmal in der Woche statt.

Die Inanspruchnahme liegt in den letzten Jahren zwischen 20 und 30 Fallberatungen pro Jahr (siehe Abb. 15).

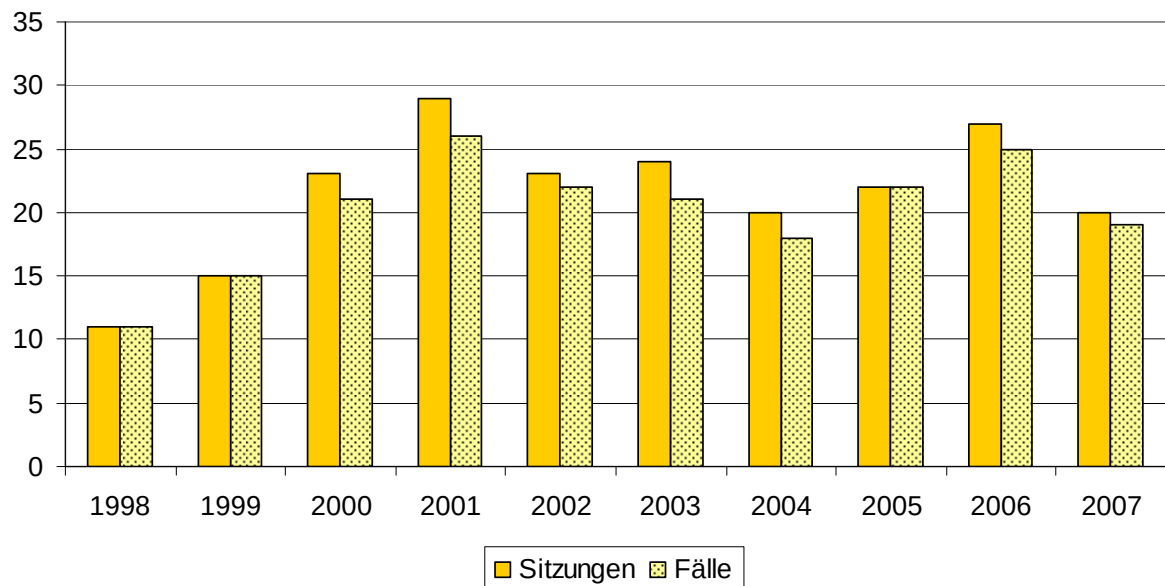


Abb. 15: Inanspruchnahme der Clearingstelle in der Kinderschutzambulanz

Am häufigsten wird die Clearingstelle in Anspruch genommen weil Kinder und Jugendliche von sexueller Gewalt betroffen sind.

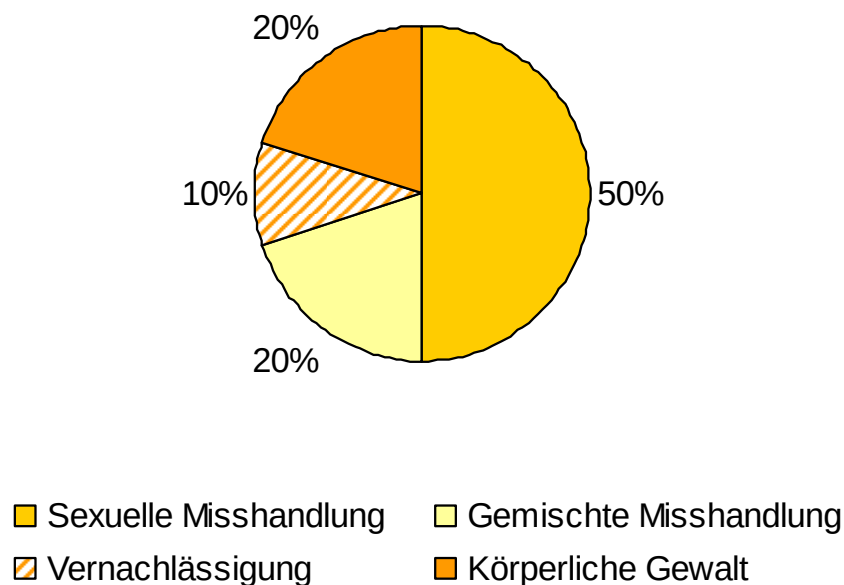


Abb. 16: Beratungsgründe in der Clearingstelle 2007

Die Fachkräfte, die einen Fall zur Beratung in die Clearingstelle einbringen, sind in der Mehrheit Mitarbeiter des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien (43%) sowie Schulen und Kindergärten (30%). Die Akzeptanz bei den niedergelassenen Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Therapeuten wächst jedoch.

Die Rückmeldungen zur Beratung sind überwiegend positiv. Bis zu einem Drittel der Fälle wurden in den letzten Jahren nach der Teamsitzung zur Anzeige gebracht. In allen anderen Fällen bestanden vage Hinweise auf Gewalt oder Vernachlässigung. Hier wurden diagnostische, therapeutische oder familiengerichtliche Schritte eingeleitet. Ein ge-

ringer Teil der Kinder benötigte keine weitere Unterstützung, weil sich die Verdachtsmomente nicht bestätigten.

Die Clearingstelle ist ein einmaliges Modelprojekt in Deutschland. Im April 2008 besuchte die Bundesjustizministerin Zypris die Einrichtung. Seither wird auf der Internetseite des Justizministeriums mit einem Link auf die Clearingstelle hingewiesen (BMJ).

6.2.2 Schulische Problemlagen

Aufgrund zunehmender Schwierigkeiten der Schulen in der Stadt Münster, Kinder und Jugendliche mit erheblichen aggressiven Kontrollverlusten und Disziplinschwierigkeiten im Klassenverband zu unterrichten, wurde im April 2008 ein interdisziplinäres Beratungsgremium unter der Federführung des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien eingerichtet. Bei vielen Kindern liegen die Ursachen der massiven sozialen Grenzüberschreitungen in unzureichend behandelten psychischen Störungen.

Das Beratungsgremium tagt bei Bedarf einmal im Monat. Es setzt sich aus Vertretern des Schulamtes, der Schulpsychologie, der Schulsozialarbeit, des Kommunalen Sozialdienstes und des Gesundheitsamtes zusammen. Lehrer und Mitarbeiter der Stadt Münster können das Gremium zur Klärung des weiteren Vorgehens anonym in Anspruch nehmen. Ziel ist es, die Situation des auffälligen Schülers und seiner Mitschüler zu verbessern. Dabei werden die schulrechtlichen, schulpädagogischen und –psychologischen, ordnungsrechtlichen, jugendhilferechtlichen, medizinischen, therapeutischen und gerichtlichen Aspekte bewertet und aufeinander abgestimmt.

Das Beratungsgremium wurde seit April 2008 für acht Schüler in Anspruch genommen. Alle Kinder hatten psychiatrische Störungen. Die klar strukturierten Vorschläge zum weiteren Vorgehen wurden von den bisherigen Falleinbringern als hilfreich erachtet.

Das Projekt befindet sich noch in der Erprobungsphase. Anfang 2009 sollen die Erfahrungen ausgewertet werden.

6.3 Arbeitskreise und Projekte

6.3.1 Kinder psychisch kranker Eltern

Die besonderen Schwierigkeiten von Kindern psychisch kranker Eltern werden immer noch wenig beachtet, auch wenn sich in den letzten Jahren vermehrt professionelle Helfer, Forschungsgruppen und Angehörigenverbände für sie interessieren.

Kinder psychisch kranker Eltern haben durch die Verschränkung genetischer und psychosozialer Belastungsfaktoren ein deutlich höheres Risiko selbst psychisch zu erkranken als Gleichaltrige ohne diese familiären Belastungen. Sie sind oftmals über einen langen Zeitraum elterlichen Verhaltensweisen ausgesetzt, die sie weder verstehen noch verarbeiten können. Dies führt zu einer Verunsicherung in der eigenen Wahrnehmung. Die Tabuisierung psychischer Erkrankungen erschwert den offenen Umgang mit den Folgen der Krankheit der Eltern und verstärkt so die soziale Isolierung der Kinder. Ausgeprägte Schuld- und Verantwortungsgefühle gegenüber dem kranken Elternteil belasten den Alltag.

Wenn psychisch kranke Eltern nicht in der Lage sind, eine emotional sichere und kontinuierliche Beziehung zu ihren Kindern aufrecht zu erhalten, können ihre Kinder Störungen im Bindungsverhalten und im Ablösungsprozess entwickeln.



Abb. 17: Einflussfaktoren bei psychischen Erkrankungen der Eltern

Die betroffenen Kinder und ihre Familien sind auf ein gut entwickeltes Netzwerk kooperierender pädagogischer, psychiatrischer und sozialer Helfer angewiesen. Deshalb wurde 1997 der Münsteraner Arbeitskreis Kinder psychisch kranker Eltern gegründet. Als Ziel der gemeinsamen Arbeit wurde eine verbesserte interdisziplinäre Kooperation und Abstimmung der betroffenen Institutionen formuliert, um der komplexen Lebenssituation von belasteten Familien Rechnung zu tragen.

Der Arbeitskreis setzt sich aus sozialpädagogischen, heilpädagogischen, psychologischen und ärztlichen Mitarbeitern der Jugendhilfe, der Erwachsenenpsychiatrie, der Kinderheilkunde und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen und trifft sich vier bis fünfmal jährlich in den Räumlichkeiten eines freien Jugendhilfeträgers.

Die Teilnehmer des Arbeitskreises haben ein Faltblatt veröffentlicht und Fortbildungen in Münster initiiert. Mit einem Erhebungsbogen wurden die Wünsche von stationär behandelten psychisch erkrankten Eltern zur Versorgungssituation ihrer Kinder erfragt.

Das Präventionsprojekt „Aurn“ ist ein Gruppenangebot, bei dem sich Münsteraner Kinder und Jugendliche mit der seelischen Erkrankung ihrer Eltern und den damit verbundenen Belastungen auseinandersetzen konnten. In einer Reihe von jeweils zehn Gruppensitzungen erhielten die Kinder spielerisch und altersgerecht Informationen zur psychischen Erkrankung ihrer Eltern. Sie wurden dazu ermutigt, ihre Gefühle auszudrücken, Erfahrungen auszutauschen und Fragen zu stellen. Parallel wurden auch die Eltern begleitet. Von 2003 bis 2006 konnten auf Anregung des Arbeitskreises Kinder psychisch kranker Eltern mit Unterstützung der Stiftung Siverdes vier Gruppen verschiedenen Alters durchgeführt werden. Die Evaluation durch die Fachhochschule Münster während der ersten Gruppenphase zeigte, dass die Kinder von der Gruppe profitierten.

Die Gruppensitzungen wurden von Ärzten und Sozialpädagogen ehrenamtlich durchgeführt. Da intensive persönliche Einzelkontakte zur Vorbereitung und die Begleitung der Familien erheblich mehr Zeit in Anspruch nahmen, als zunächst angenommen, konnte das Angebot nicht fortgeführt werden.

Es gibt weiterhin zahlreiche Anmeldungen und Interessierte für das Projekt. Aktuell bemühen sich der Förderkreis Sozialpsychiatrie und die Erziehungsberatungsstelle Südviertel gemeinsam um die langfristige Fortführung von Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern aus Münster.

6.3.2 Jugend und Sucht

Die Mitarbeiter der Drogenberatungsstelle, des Fachdienstes für Eingliederungshilfen (beide Amt für Kinder, Jugendliche und Familien) und des Gesundheitsamtes treffen sich im Arbeitskreis Jugend und Sucht seit 2005 drei bis viermal jährlich, um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Die Teilnehmer beschäftigen sich vor allem mit der Versorgungssituation suchtmittelabhängiger Jugendlicher.

Seit 2007 setzt sich der Arbeitskreis auch vermehrt mit der Prävention bei Kindern drogenabhängiger Eltern auseinander. Diese Kinder haben ein hohes Risiko, selbst psychisch zu erkranken beziehungsweise suchtabhängig zu werden. Sie benötigen die intensive Unterstützung mehrerer Institutionen, damit gesundheitliche Gefährdungen frühzeitig erkannt und abgewendet werden können. Hierzu ist eine optimale Vernetzung erforderlich.

Der Beirat der Ärztlichen Kinderschutzambulanz des DRK hat 2007 im Rahmen einer Tagung mit Fachleuten aus allen Bereichen die Verbesserung der Kooperationsstrukturen bei Kindern drogenabhängiger Eltern angeregt. Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien erarbeitet bereits gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Leitlinien/Handlungsempfehlungen unter Einbeziehung der Ärztekammer und der substituierenden Ärzte. Es werden Strategien zur Kommunikation der Handlungsempfehlungen entwickelt und abgestimmt.

6.4 Bewertung

In Münster besteht zwischen den Institutionen, die an der Versorgung von seelisch belasteten und erkrankten Kindern und Jugendlichen beteiligt sind, in vielen Bereichen bereits eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit. Exemplarisch für viele Arbeitsgruppen und Gremien werden die nachfolgenden Beispiele für Vernetzung in Münster genannt.

Die Clearingstelle in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz des DRK ist ein beispielhaftes Modellprojekt bei Verdachtsfällen von Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalt.

Hierauf weist das Bundesjustizministerium auf seiner Internetseite hin.

Schüler aus Münster mit störungsbedingten aggressiven Kontrollverlusten profitieren seit April 2008 von einem multiprofessionellen Beratungsgremium, das Anonymität gewährleistet und Maßnahmen zur Sicherung des weiteren Schulbesuches vorschlägt.

Durch den 1997 gegründeten Arbeitskreis Kinder psychisch kranker Eltern konnte erreicht werden, dass diese Mädchen und Jungen in Münster beachtet werden und früh präventive Hilfen erfahren. Die Fortsetzung der erfolgreichen Gruppenangebote (Auryn-Gruppen) planen der Förderkreis Sozialpsychiatrie und die Beratungsstelle Südviertel.

Kinder drogenabhängiger Eltern sind ebenfalls in ihrer seelischen Gesundheit besonders gefährdet. Frühzeitige präventive Maßnahmen können die psychische Stabilität fördern. Hierfür ist eine optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit erforderlich. Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien erarbeitet bereits gemeinsam mit dem Gesundheitsamt Verfahrensschritte und Strategien, die es 2009 in der Gesundheitskonferenz vorstellen wird.

6.5 Handlungsempfehlungen

Ziel 10

Es gibt in Münster für Kinder psychisch kranker Eltern ein Präventionsprojekt.

Maßnahmen

Die bis 2006 erfolgreich durchgeführten Präventionsgruppen (Auryn-Gruppen) werden in gemeinsamer Kooperation vom Förderkreis Sozialpsychiatrie und der Erziehungsberatungsstelle Südviertel fortgesetzt. Das Gesundheitsamt wirkt bei der Projektplanung beratend mit.

Ziel 11

Kinder von drogenabhängigen Eltern erhalten in Münster die erforderliche Unterstützung. Alle beteiligten Helfersysteme kooperieren, um eine mögliche Gefährdung frühzeitig zu erkennen und abzuwenden.

Maßnahmen

Es wird vorgeschlagen, dass sich die Gesundheitskonferenz im Jahr 2009 mit dem Thema befasst.

7 Zusammenfassende Bewertung der Versorgungssituation

Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig. In Münster muss mit 3429 (9,7%) behandlungsbedürftigen psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zwischen dem 3. und 17. Lebensjahr gerechnet werden, 8024 (21,9%) haben Diagnostikbedarf. Die Verantwortung der Kommune für diese Minderjährigen ist in verschiedenen Landesgesetzen, im Bürgerlichen Gesetzbuch und in Teilen der Sozialgesetzbücher geregelt (siehe 1).

Ziel ist, dass alle betroffenen Kinder, Jugendliche und deren Familien Zugang zu bedarfsgerechten, zielgerichteten und vernetzten Hilfen haben.

2001 verabschiedete die kommunale Gesundheitskonferenz Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster. Seit-her konnten qualitative und quantitative Fortschritte in den Behandlungsstrukturen und –angeboten erreicht werden. Für einige Bereiche der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster wird aber noch weitergehender Handlungsbedarf gesehen.

Positive Entwicklung

- Es haben sich mittlerweile 10 Fachärzte im Stadtgebiet niedergelassen, vier davon mit umfassender Versorgung auf der Grundlage der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Zwei weitere Fachärzte planen die Niederlassung im Stadtgebiet. Selbst wenn die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie die umliegenden Regionen mitversorgen, sind die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten im Kindes- und Jugendalter mit 3,7 Fachärzten auf 100.000 Einwohner deutlich besser als in vielen anderen Kommunen (siehe 2.2.2). Ferner können Kinder und Jugendliche auf ein differenziertes psychotherapeutisches Versorgungsangebot zurückgreifen. 70% von 47 angeschriebenen Psychotherapeuten, Praxen und Institutionen nahmen an einer Befragung des Gesundheitsamtes teil. Es konnte ermittelt werden, dass mindestens 36,7% der bedürftigen Kinder und Jugendlichen in Münster tatsächlich in einem Quartal psychotherapeutisch behandelt wurden, hiervon waren zwei Drittel Jungen und ein Drittel Mädchen (siehe 2.3.2).

Werden die stationär behandelten Patienten und die Kinder und Jugendlichen in den speziellen Therapieeinrichtungen und Beratungsstellen hinzugezählt, sind in Münster wahrscheinlich mindestens so viele behandlungsbedürftige Mädchen und Jungen in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Betreuung wie im Bundesdurchschnitt (48%). Da 30% der angeschriebenen Psychotherapeuten nicht geantwortet haben, kann eher von einer noch höheren Behandlungsquote ausgegangen werden (siehe 2.6).

- Die Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche aus Münster mit störungsbedingter Selbst- oder Fremdgefährdung ist überwiegend gewährleistet. Die niedergelassenen Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie organisieren an vier Nächten in der Woche einen Notfalldienst (siehe 3.2.2). Die stationäre Notfallbehandlung ist seit Inbetriebnahme der Intensivstation (geschützten Station) an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM ortsnah geregelt. Der Anteil der im Klinikum aufgenommenen Patienten mit Wohnsitz in Münster (36%) entspricht nahezu dem Anteil der Pflichtversorgung (38%) (siehe 3.3.2).

- Mit den jetzt vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW bewilligten 12 tagesklinischen Behandlungsplätzen am UKM wird die unentbehrliche Tagesklinik für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren in Münster realisiert. Dies bedeutet eine weitere qualitative und quantitative Verbesserung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (siehe 4.2.2).

An den Kinderkliniken des St. Franziskus-Hospitals und des Clemenshospitals hat sich in den letzten Jahren durch Integration psychologisch-pädagogischer Kompetenz sowie durch vertragliche Vereinbarungen mit Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie die fachkundige Diagnostik und Krisenintervention bei dort behandelten Minderjährigen verbessert (siehe 4.3.2).
- Auch im Bereich der Rehabilitation von psychisch schwer erkrankten Kindern und Jugendlichen kann eine positive Entwicklung für Münster festgestellt werden.

Im Amt für Kinder, Jugendliche und Familien gibt es seit 2005 einen spezialisierten Fachdienst für Eingliederungshilfen. Hierdurch werden die Belange der Minderjährigen und jungen Volljährigen mit schwersten psychischen Störungen differenziert berücksichtigt, um ihnen eine möglichst optimale Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Die Gewährung von lerntherapeutischen Eingliederungshilfen ist seit 2006 durch festgelegte Richtlinien vergleichbar und einheitlich.

Die Angebote bei stationären Eingliederungshilfen konnten erweitert und differenziert werden. Dem Bedarf entsprechend gibt es mittlerweile eine psychosoziale Einrichtung in Trägerschaft des Förderkreises Sozialpsychiatrie, die in Münster erfolgreich stationäre Eingliederungshilfen für Jugendliche und junge Volljährige mit drohender oder eingetretener seelischer Behinderung anbietet (siehe 5.2.2).
- Die wachsende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Institutionen konnte für die Versorgung von seelisch belasteten und erkrankten Minderjährigen in Münster nutzbar gemacht werden.

Die Clearingstelle in der Ärztlichen Kinderschutzambulanz des DRK wird von Fachleuten aus Münster bei Verdachtsfällen von Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalt regelmäßig in Anspruch genommen. Das Bundesjustizministerium weist auf dieses beispielhafte Modellprojekt in Deutschland hin (siehe 6.2.1).

Die Präventionsgruppen für Kinder von psychisch erkrankten Eltern wurden durch die Initiative des Arbeitskreises Kinder psychisch kranker Eltern erfolgreich in Münster eingeführt. Die Fortführung der Gruppen wird in gemeinsamer Kooperation des Förderkreises Sozialpsychiatrie und der Beratungsstelle Südviertel geplant (siehe 6.3.1).

Für Kinder und Jugendliche, deren weiterer Schulbesuch durch Eigen- oder Fremdgefährdung infolge aggressiver Kontrollverluste in Frage gestellt ist, kann in Münster seit April 2008 ein multiprofessionelles Beratungsgremium in Anspruch genommen werden. Der Problematik liegt oft eine psychische Störung zugrunde. Unter der Federführung des Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien werden die weiteren Maßnahmen zum Wohl des Schülers und seiner Umgebung abgestimmt und einvernehmlich geplant (siehe 6.2.2).

Klärungsbedarf und Verbesserungsmöglichkeiten

- Kinder und Jugendliche aus Münster nehmen bezogen auf Alter und Geschlecht in unterschiedlicher Weise psychotherapeutische Angebote in Anspruch. Vorschulkinder sind unterrepräsentiert. Jungen sind überrepräsentiert. Jugendliche Mädchen suchen zumeist reine Psychotherapiepraxen auf. Jungen nutzen vorrangig die Praxen mit einer Sozialpsychiatrie-Vereinbarung. Ob diese Erkenntnisse von relevanter Bedeutung für die Versorgung sind, bedarf der weiteren Klärung (siehe 2.3.2).

Die noch immer langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten sind nicht tolerabel.

Viele Kinder und Jugendliche aus Münster warten mehr als vier Wochen, manche sogar länger als drei Monate auf eine psychotherapeutische Behandlung. Dies entspricht bei weitem nicht der vom Bundessozialgericht geforderten maximalen Wartezeit von sechs Wochen. Inwieweit parallele Anmeldungen in mehreren Praxen die Wartezeiten erhöhen, kann nicht festgestellt werden (siehe 2.3.2).

Es fehlt an aufsuchenden Diagnostik- und Beratungsangeboten für psychisch erkrankte Minderjährige und ihre Familien, die aktuell oder dauerhaft nicht in der Lage sind, die erforderlichen Hilfen selbst einzuleiten. Bislang übernimmt ausschließlich der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes diese Aufgaben. Eine Beteiligung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater käme vor allem den Familien mit komplexem Hilfebedarf zugute (siehe 2.6).

Für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit geistiger Behinderung stehen in Münster nur wenig differenzierte Therapieangebote zur Verfügung. Der genaue Bedarf muss noch ermittelt werden (siehe 2.6).

- Auf Informationen zur Bewältigung von psychiatrischen Notfallsituationen im Kindes- und Jugendalter sollten sowohl Mitarbeiter des Wochenend-Krisennotdienstes als auch Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtungen zurückgreifen können.

Ärzte benötigen Hinweise zu Verfahrensweisen und gesetzlichen Grundlagen zur stationären Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen (siehe 3.4).

Zur Verbesserung der Versorgung in Krisensituationen wird eine Kooperationsvereinbarung zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM und dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster verabschiedet (siehe 3.4).

- Kinder und Jugendliche aus Münster warten noch immer lange auf einen stationären psychotherapeutischen Behandlungsplatz. Es bleibt abzuwarten, ob durch die Einrichtung der Tagesklinik eine Entlastung eintritt. Aufgrund der hohen Inanspruchnahme der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am UKM ist aber ein Bedarf an weiteren stationären Betten wahrscheinlich. Zur Klärung bedarf es einer genaueren Analyse, bei der auch Minderjährige mit Suchtmittelabhängigkeit berücksichtigt werden sollten (siehe 4.3.2).

- Im Bereich der Eingliederungshilfen für Kinder und Jugendliche mit drohender oder eingetretener seelischer Behinderung sind Schulungsgruppen (so genannte psychoedukative Gruppen) zur besseren Bewältigung der psychischen Erkrankung bislang nicht allen Patienten und Angehörigen in Münster zugänglich (siehe 5.3).
- Kinder drogenabhängiger Eltern sind in ihrer psychischen und körperlichen Entwicklung besonders gefährdet und auf die enge multiprofessionelle Zusammenarbeit der helfenden Institutionen angewiesen. Insbesondere präventive Maßnahmen müssen frühzeitig organisiert werden. Das Amt für Kinder, Jugendliche und Familien arbeitet gemeinsam mit dem Gesundheitsamt an verbindlichen Kooperationsstrukturen in Münster (siehe 6.3.2). Ziel ist, die Lebens- und Gefährdungssituation dieser Kinder weiter zu verbessern.

Bei der Würdigung der Versorgungssituation seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher aus Münster konnten bislang nicht der sozioökonomische Status, die Migrationsvorgeschichte und die wohnraumbezogenen Kriterien berücksichtigt werden. Auch die Situation von suchtmittelabhängigen Kindern und Jugendlichen wurde noch nicht ausreichend untersucht. Hierzu sind vertiefende Analysen erforderlich.

Insgesamt gibt es in Münster ein differenziertes Angebot für die Behandlung und Rehabilitation psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Hiervon profitieren noch nicht alle betroffenen Mädchen und Jungen. Für aufsuchende und nachgehende Hilfen, Prävention und Vernetzung resultieren weitere Aufgaben für die Stadt Münster, in der junge Menschen gesund aufwachsen und leben sollen.

Die Handlungsempfehlungen für Münster sind in einer Übersicht zusammengestellt (siehe 8).

8 Handlungsempfehlungen - Übersicht

Ziele	Maßnahmen
Ambulante Diagnostik und Behandlung	
Ziel 1 Alle Familien mit seelisch erkrankten Kindern und Jugendlichen aus Münster, die aktuell oder dauerhaft nicht in der Lage sind, sich selbst um psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfen zu bemühen, werden im Rahmen von Hausbesuchen untersucht und beraten.	Mit den niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern und mit den Mitarbeitern der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM werden Gespräche geführt, um eine Verbesserung der aufsuchenden Hilfen zu ermöglichen.
Ziel 2 Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssituation in Münster wird weiterhin dokumentiert.	Es wird in drei Jahren erneut ein Bericht zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster vorgelegt. Es soll dabei ein Thema vertiefend behandelt werden (z. B. psychisch kranke Kinder mit Migrationsvorgeschichte, Kinder psychisch kranker Eltern oder suchtmittelabhängige Jugendliche).
Ziel 3 Für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit intellektueller Behinderung stehen in Münster ausreichend differenzierte Therapieangebote zur Verfügung.	Der psychotherapeutische Bedarf für geistig behinderte Minderjährige aus Münster wird überprüft. Ggf. werden Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungssituation erarbeitet.
Krisen- und Notfallbehandlung	
Ziel 4 Ambulante und stationäre Krisendienste und Jugendhilfeeinrichtungen werden bei der Bewältigung psychiatrischer Krisen im Kindes- und Jugendalter unterstützt.	Es wird für Mitarbeiter im Krisennotdienst und in Jugendhilfeeinrichtungen ein Informationsblatt zu psychiatrischen Notfallsituationen im Kindes- und Jugendalter erarbeitet. In diesem sind Verhaltensregeln, Verfahrensweisen und Kooperationspartner dargestellt. Nach Bedarf werden Fortbildungen zur Problematik angeboten.
Ziel 5 Alle mit seelischen Notfallsituationen bei Kindern und Jugendlichen befassten Ärzte kennen die Verfahrensweisen und gesetzlichen Grundlagen zur stationären Behandlung unter freiheitsentziehenden Bedingungen.	Neben der vom Gesundheitsamt herausgegebenen Broschüre zum Unterbringungsverfahren für Erwachsene werden auch Handlungsleitlinien für das Kindes- und Jugendalter entwickelt.
Ziel 6 Die konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Jugendhilfeinstitutionen und der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist gesichert.	Die geplante Kooperationsvereinbarung wird zwischen dem Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM im Jahr 2009 verabschiedet.

Teilstationäre und stationäre Behandlung	
Ziel 7 Die Tagesklinik für psychiatrisch behandlungsbedürftige Schulkinder und Jugendliche aus Münster wird von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des UKM in Betrieb genommen.	Die Bewilligung durch das Ministerium für 12 teilstationäre Plätze liegt bereits vor.
Ziel 8 Die Versorgung aller psychiatrisch und psychotherapeutisch stationär behandlungsbedürftigen Minderjährigen in Münster ist gewährleistet.	Ob und inwieweit durch die Inbetriebnahme der Tagesklinik bereits eine ausreichende Entlastung der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster eingetreten ist, bedarf der weiteren Klärung. Es wird vorgeschlagen, dass bei Kindern und Jugendlichen aus Münster der Bedarf sowohl im Bereich der stationären psychotherapeutischen Versorgung als auch im Bereich der stationären Entgiftung und Entwöhnung bei Suchtmittelkonsum untersucht wird.
Rehabilitation und Integration	
Ziel 9 Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche aus Münster mit drohender oder eingetretener seelischer Behinderung erhalten angemessene, bedarfsgerechte und wirksame Unterstützungsangebote.	Psychisch erkrankte Minderjährige aus Münster mit ambulantem Eingliederungsbedarf haben die Möglichkeit an einer psychoedukativen Gruppe teilzunehmen. Die belasteten Eltern können ihre Erfahrungen in einer fachlich geleiteten Elterngruppe austauschen. Das Gesundheitsamt der Stadt Münster wirkt daran mit, die Bedarfe für diese Gruppenangebote zu prüfen und ggf. die Realisierung zu fördern.
Koordination und Vernetzung in Münster	
Ziel 10 Es gibt in Münster für Kinder psychisch kranker Eltern ein Präventionsprojekt.	Die bis 2006 erfolgreich durchgeführten Präventionsgruppen (Auryn-Gruppen) werden in gemeinsamer Kooperation vom Förderkreis Sozialpsychiatrie und der Erziehungsberatungsstelle Südviertel fortgesetzt. Das Gesundheitsamt wirkt bei der Projektplanung beratend mit.
Ziel 11 Kinder von drogenabhängigen Eltern erhalten in Münster die erforderliche Unterstützung. Alle beteiligten Helfersysteme kooperieren, um eine mögliche Gefährdung frühzeitig zu erkennen und abzuwenden.	Es wird vorgeschlagen, dass sich die Gesundheitskonferenz im Jahr 2009 mit dem Thema befasst.

Literatur

- Ärztekammer Nordrhein (2004): Stationärer Versorgungsbedarf in der Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychotherapeutische Medizin.
(www.aekno.de/htmljava/b/planung/krankenhausplan_themen.htm#psychiatrie)
- Ärztezeitung 04.10.2000: Je jünger Kinder sind, desto höher ist das Risiko.
- Ärztezeitung 06.10.2008: Zu lange Wartezeiten für Kinder-Psychotherapie.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (o. J.): Leitlinie – freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
(www.bkjpp.de/index.php5?x=/bag_leitlinie.php5&)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (2003): Anhörung zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) zu 2. u. a. Einbeziehung der fachärztlichen Versorgung in das Einzelvertragssystem, Förderung integrierter Versorgungsformen u.a. Weil der Stadt
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Zehnter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation von Kindern und die Leistungen der Kinderhilfen in Deutschland. Berlin
- Bundesministerium für Justiz (BMJ) (2008):(www.bmj.bund.de)
- Bundespsychotherapeutenkammer (16.10.2008): GKV-OrgWG 20prozentige Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beschlossen.
(www.bptk.de/show/1762428.html)
- Bundespsychotherapeutenkammer (2008): Ambulante Psychotherapie
(www.bptk.de/suchen/89068.html?searchshow=tagesklinik#aw_autoindex)
- Deutscher Kinderschutzbund Ortsverband Münster (2008): Unsere Kinderschutzarbeit in Münster Jahresbericht 2007. Münster
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) Kreisverband Münster e.V. (2004-2008): Die Clearingstelle. (www.drk-muenster.de/angebot/kinderschutzambulanz/clearing.php)
- Döpfner, Petermann (2008): Diagnostik psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. 2. Auflage. Göttingen
- Durkin, Durkin (1975): Evaluating residential treatment programs for disturbed children. In: Guttentag, Struening: Handbook of evaluation research, vol 2. Beverly Hills
- Erhart, Hölling, Bettge, Ravens-Sieberger, Schlack (2007): Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Risiken und Ressourcen für die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50.
- Europäische Agentur für Entwicklungen in der sonderpädagogischen Förderung (Hrsg.) (2003): Integrative Schulbildung und Unterrichtspraxis. (www.european-agency.org)

- Fegert (2004): Sozialpsychiatrie. In: Eggers, Fegert, Resch (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg
- Freud, A (1971): Wege und Irrwege in der Kindesentwicklung. 2. Auflage. Bern
- Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. 2008 (www.gbe-bund.de)
- Goletz (2006): Zwangsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Genese, Diagnostik, Verlauf und Behandlung – aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse. Tagungsskript. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf
- Hölling, Erhart, Ravens-Sieberger, Schlack (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50
- Hummel, Jaenecke, Humbert (2003): Die Unterbringung mit Freiheitsentziehung von Minderjährigen in Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie - Ärztliche Entscheidungen ohne Berücksichtigung psychodynamischer Folgen? Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52
- Ihle, Laucht, Schmidt, Esser (2007): Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung psychischer Störungen. In: Lautenbacher, Güntürkün, Hausmann (Hrsg.) Gehirn und Geschlecht. Berlin
- Jungmann (2003): Anhörungen zum Entwurf des GMG (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz) 2. Veränderungen bei den Versorgungsstrukturen: Notwendigkeit einer regional erreichbaren ambulanten Versorgungsstruktur in der Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008): Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (Stand 4/2008). (www.kbv.de/ebm2008/EBMGesamt.htm)
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (o.J.): Sozialpsychiatrie Vereinbarung. (www.kvno.de/mitglieder/vertraeg/sozipsyc/index.html)
- Krisenhilfe Münster e.V. (2008): Jahresbericht 2007
- Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) Landesjugendamt Westfalen (Hrsg.) (2007): Kompendium Arbeitshilfen. Umgang mit § 35a SGB VIII. Münster
- Marschner, Volckart (2001): Freiheitsentziehung und Unterbringung. München
- Meng, Bilke, Braun-Scharm, Zarotti, Bürgin (2002): Indikation zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 7
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit (MFJFG) des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(2002): Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf
- Nübling, Reisch, Raymann (2006): Zur psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Baden-Württemberg. Psychotherapeutenjournal 3
- Peukert (2000): Die Sicht der Angehörigen. In: Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch Kranker eV (Hrsg.) Hessischer Psychiatrie-Tag. Ein sozialmedizinischer Dialog. Stand und Perspektiven der Psychiatriereform in Hessen. Eine Dokumentation.
- Preuss-Lausitz (Hrsg.) (2005): Verhaltensauffällige Kinder integrieren. Zur Förderung der emotionalen und sozialen Entwicklung. Weinheim, Basel
- Ravens-Sieberger, Wille, Bettge, Erhart (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50

- Remschmidt (2006): Versorgungseinrichtungen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. In: Hurrelmann, Laaser, Razum (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage. Weinheim, München
- Remschmidt, Schmidt, Poustka (Hrsg.) (2001): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 4. Auflage. Bern
- Remschmidt, Walter (1989): Evaluation kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung. Stuttgart
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2008): Psychotherapeutische Versorgung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes Heft 41
- Schepker, Wirtz, Jahn (2000): Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49
- Schmid, Fegert (2006): Viel Lärm um nichts? Zeitschrift für Kindschaftsrecht und Jugendhilfe 1
- Schmidt (2004): Verlauf von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Dt. Ärzteblatt PP Heft 10
- Schröder (2005): Adoleszenz, Konflikt und Lebensbewältigung. Aktuelle Herausforderungen. Vortrag beim Fachtag am 27.10.2005 für Mitarbeiterinnen in FAUB-Lehrgängen. (www.bwhw.de/assets/files/vortrag_prof_schroeder.pdf)
- Stadt Münster (Hrsg.) (1997): Kinder- und Jugendgesundheitspflege Gesundheitsbericht über 5-jährige Kindergartenkinder. Münster
- Stadt Münster, Amt für Kinder, Jugendliche und Familien (2008): Geschäftsbericht 2007. Münster
- Stadt Münster, Amt für Stadtentwicklung, Stadtplanung, Verkehrsplanung: Wohnberechtigte Bevölkerung nach Stadtbezirken, Geschlecht. Stand: 31.12.2007
- Stadt Münster, Gesundheitsamt (2008): Geschäftsbericht 2006/2007. Münster
- Stadt Münster, Gesundheitsamt (Hrsg.) (2002): Gesundheitsberichte Band 12. Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration von psychisch kranken Menschen in Münster. Münster
- Stadt Münster, Gesundheitskonferenz, Arbeitskreis „Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung“ (2001): Handlungsempfehlung: Verbesserung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgung in Münster. Verabschiedet von der kommunalen Gesundheitskonferenz am 24.10.2001
- Statistisches Bundesamt (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Wiesbaden
- Tölle, Windgassen (2006): Psychiatrie. 14. Auflage. Heidelberg
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), Dilling, Mombour, Schmidt (Hrsg.) (2008): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Auflage. Göttingen

Anhang

Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Münster und Umgebung	66
Fragebogen	67
Kennzahlen in Münster	68
Rechtliche Grundlagen	69

Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung in Münster und Umgebung

Städte und Kreise	Einwohner Stand 30.06.2007	Pflichtversorgung (Träger)	Kliniken vollstationäre Plätze	Tageskliniken Plätze Träger	Niedergel. KJP Anzahl Pro 100.000 Einw.
Bielefeld	324.938	Klinikum Lippe; Bad Salzuffen	11		4
Herford Kreis	253.524	Klinikum Lippe; Bad Salzuffen	10	s. links	1
Lippe Kreis	358.426	Klinikum Lippe; Bad Salzuffen	8		2
Minden-Lübbecke Kreis	320.213	Klinikum Lippe; Bad Salzuffen	11		2
Bochum	382.195	St. Josefs-Hospital; Bochum	18	s. links	5
Borken Kreis	369.886	LWL-Klinik; Marl	12		1
Bochum	118.809	LWL-Klinik; Marl	(20)	(Marienhospital)	2
Coesfeld Kreis	221.467	LWL-Klinik; Marl	12		3
Herne	169.207	LWL-Klinik; Marl	12	s. links	2
Recklinghausen Kreis	641.646	LWL-Klinik; Marl Vestische Kinderklinik; Datteln	12		8
Dortmund	587.137	Elisabeth-Klinik; Dortmund	10		1,2
Ennepe-Ruhr-Kreis	339.492	Gemeinschafts Krankenhaus; Herdecke	35	s. links	4
Hagen	194.806	Gemeinschafts Krankenhaus; Herdecke	38	s. links	5
Gütersloh Kreis	354.343	LWL-Klinik Westf. Institut; Hamm		---	1
Hamm	183.278	LWL-Klinik Westf. Institut; Hamm	110	s. links	2
Warendorf Kreis	282.185	LWL-Klinik; Westf. Institut Hamm		---	2
Hochsauerlandkreis	274.704	LWL-Klinik; Marsberg	54 (53)	s. links	6
Paderborn Kreis	299.108	LWL-Klinik; Marsberg	10		2
Münster	271.927	Universitätsklinik UKM Psychosomatik Universitätsklinik UKM; KJP	16 30	--- s. links	1 10
Steinfurt Kreis	444.644	Universitätsklinik UKM; KJP	12(18) (12)	(Rheine) (Ibbenbüren)	7
Olpe Kreis	141.243	Märkische Kliniken; Lüdenscheid	---	---	---

Zahlen in Klammern = Planungszahlen; FTK=Familientagesklinik

Quellen:

Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW, Stand 30.06.2007,
Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales NRW, Krankenhausdatenbank,
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Ärzteverzeichnis,
Psychiatriekordinatoren und -kordinatoren, Abfrage vom 12.11.2007.

Stadt Münster, Gesundheitsamt
Dr. Annette Siemer-Eikelmann
22.10.2008

Fragen zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Münster

Behandeln Sie zurzeit in Ihrer Praxis Kinder und Jugendliche (bis unter 18 Jahre) psychotherapeutisch?

☐ nein ☐ ja

Wie viele Kinder und Jugendliche haben Sie im ersten Quartal 2008 behandelt?

(Anzahl; gegebenenfalls geschätzt)	Gesamt	
	Gesamt	Davon Mädchen Davon Jungen
3 bis 5 Jahre		
6 bis 13 Jahre		
14 bis unter 18 Jahre		

Wie viele Kinder und Jugendliche haben Sie im zweiten Quartal 2008 behandelt?

(Anzahl; gegebenenfalls geschätzt)	Gesamt	
	Gesamt	Davon Mädchen Davon Jungen
3 bis 5 Jahre		
6 bis 13 Jahre		
14 bis unter 18 Jahre		

Sind die Zahlen geschätzt? ☐ nein ☐ ja

Bieten Sie Gruppen für Kinder und Jugendliche an?

☐ nein ☐ ja

Führen Sie zurzeit (in 2008) Gruppen für Kinder und Jugendliche durch?

☐ nein ☐ ja
 ☐ Gruppen zu Selbstsicherheitstraining
☐ Gruppen zu Entspannungstechniken
☐ Geschlechtsspezifische Gruppen
☐ Themenzentrierte Gruppen
☐ _____

Gibt es Wartezeiten für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Ihrer Praxis?

☐ nein ☐ ja
 ☐ bis zu 4 Wochen ☐ bis zu 6 Monaten
☐ bis zu 3 Monaten ☐ länger als 6 Monate

Behandeln Sie zurzeit auch Kinder und Jugendliche aus dem Umland von Münster?

☐ nein ☐ ja Wie hoch ist der Anteil? _____

**Bitten senden Sie diesen Fragebogen bis zum 05.09.08 zurück an das Gesundheitsamt
Fax 02 51-4 92 79 28**

Kennzahlen für Münster

Wohnberechtigte Bevölkerung

	Männlich	Weiblich	Gesamt
Gesamtbevölkerung	132409	147790	280199
0 bis 2 Jahre	3665	3414	7079
3 bis 5 Jahre	3499	3520	7019
6 bis 13 Jahre	9921	9554	19475
14 bis 17 Jahre	5244	4904	10148
3 bis 17 Jahre	18664	17978	36642

Quelle: Stadt Münster, Amt für Stadtentwicklung, Stadtplanung, Verkehrsplanung: Wohnberechtigte Bevölkerung.
Stand: 31.12.2007

Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in Münster (Berechnung; siehe 2.3)

	Jungen	Mädchen	Gesamt
3 bis 5 Jährige mit psychischen Störungen¹⁾	311	250	561
6 bis 13 Jährige mit psychischen Störungen²⁾	1081	803	1884
14 bis 17 Jährige mit psychischen Störungen²⁾	572	412	984
Alle 3 bis 17 Jährige mit psychischen Störungen^{1) 2)}	1964	1465	3429
Alle 3 bis 17 Jährige mit diagnostischem Bedarf²⁾	4087	3937	8024

¹⁾ Berechnungsgrundlage: Stadt Münster 1997

²⁾ Berechnungsgrundlage: Ravens-Sieberer et al. 2007

Rechtliche Grundlagen

Bundesrepublik Deutschland

- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
Buch 4 Familienrecht. Abschnitt 2 Verwandtschaft. Titel 5 Elterliche Sorge
- GKV-OrgWG: Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
- Psych-PV: Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie
- SGB IV: Sozialgesetzbuch Viertes Buch. Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
- SGB V: Sozialgesetzbuch Fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB VIII: Sozialgesetzbuch Achtes Buch. Kinder- und Jugendhilfe
- SGB IX: Sozialgesetzbuch Neuntes Buch. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XII: Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch. Sozialhilfe
- StGB: Strafgesetzbuch

Land Nordrhein-Westfalen

- KHGG NRW: Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
- ÖGDG: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
- Psych KG: Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
- SchulG NRW: Schulgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen

International

- UN Kinderrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen



Gesundheitsberichterstattung in Münster

Mit dem Basisbericht „Das Gesundheitswesen in Münster – Gegenstand und Kooperationsfeld für Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung“ hat die Stadt Münster im Jahr 1993 einen ersten Schritt zur Realisierung der Gesundheitsberichterstattung getan. Durch Mitarbeit im Projekt „Kommunale Gesundheitsberichterstattung und regionale Gesundheitspolitik“ des Public Health Forschungsverbundes NRW an der Universität Bielefeld wurden weitere Grundlagen für eine systematische Berichterstattung geschaffen. Ausgehend davon sind folgende Berichte erstellt worden:

- 1 Grundlagen der kommunalen Psychiatrieplanung in Münster (1994).**
Bericht zu den Zukunftsaspekten der psychiatrischen Krankenversorgung bis zum Jahr 2000. (vergriffen)
- 2 Gesundheitsbericht über 4-jährige Kindergartenkinder in Münster (1994).**
Pilotstudie Teil I. 5 €
- 3 Gesundheitsbericht über entwicklungsauffällige und behinderte Kinder und Jugendliche in Münster (1996).** 5 €
- 4 Sozialpädiatrische Untersuchungen und Erhebungen zum gesundheitlichen Befinden von Jugendlichen in Münster (1997)**
Beobachtungen im Rahmen der Schulentlassuntersuchungen von 327 Schülerinnen und Schülern der 9. Jahrgangsstufe an sechs weiterführenden Schulen in Münster. 5 €
- 5 Gesundheitsbericht über 5-jährige Kindergartenkinder (1997)**
und Längsschnittstudie (4 und 5-jährige Kinder) sowie Einschulkinder: Zeichnerischer Ausdruck, Impfstatus und psychische Auffälligkeiten. 10 €
- 6 „Gesund leben“. Tipps für den Alltag (1997).**
Eine Zusammenstellung über gesundheitsprophylaktische Maßnahmen und lebenspraktische Hilfen, aufgearbeitet in sechs verschiedenen Sprachen (Informationsschriften, kein Bericht). Einzelexemplare kostenlos.
- 7 Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster (1997).**
Gesundheitsberichte Band 7
Statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren anlässlich einer Erhebung bei 178 Flüchtlingskindern unter 15 Jahren in allen städtischen Übergangseinrichtungen. 5 €
- 8 Weniger Kinderunfälle in Haus und Freizeit (1998)**
Gesundheitsberichte Band 8
Möglichkeiten der Vorbeugung für Kinder bis zu 6 Jahren in Münster. 5 €
- 9 Frauen und Medikamente – Gebrauch oder Missbrauch? (1999)**
Gesundheitsberichte Band 9
Der Bericht enthält die Dokumentation einer interdisziplinären Tagung und Handlungsempfehlungen der Gesundheitskonferenz. 125 Seiten. 7 €
- 10 Münsteraner sozialpädiatrische Berichte,**
Gesundheitsbefinden Kinder und Jugendlicher (Oktober 2000).
Gesundheitsberichte Band 10.
15€
- 11 Gesundheitsrahmenbericht für die Stadt Münster (2001).**
Gesundheitsberichte Band 11.
10 €
- 12 Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration psychisch kranker Menschen in Münster (2002).**
Gesundheitsberichte Band 12
Grundlagen der kommunalen Psychiatrieplanung in Münster (2). 5€
- 13 Fortführung Handlungsprogramm zur Weiterentwicklung der kommunalen psychosozialen Versorgung und der Integration psychisch kranker Menschen in Münster (2007)**
Gesundheitsberichte Band 13
kostenlos
- 14 Psychiatrische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Münster (2008).**
Gesundheitsberichte Band 13.
5 €

Die Berichte können beim Gesundheitsamt, 48127 Münster bestellt werden.
Die angegebenen Preise sind incl. Porto und Verpackung.