

Psychiatrieplan 2006



**Kinder und Jugendliche
im
Kreis Minden-Lübbecke**

Impressum

Herausgeber: Kreis Minden-Lübbecke
Geschäftsstelle der
Kommunalen Gesundheits- u. Pflegekonferenz
Portastr. 13
32423 Minden

Kontakt: d.evans@minden-luebbecke.de

Stand: September 2006

1. Auflage
Minden im April 2007

Vorwort

Der Kreis Minden-Lübbecke hat 1993 erstmalig einen Psychiatrieplan herausgegeben und viele damals ausgesprochene Empfehlungen zur Verbesserung der Versorgungssituation umgesetzt. Um weiter seiner Verantwortung für die von psychischer Krankheit Betroffenen und ihrer Angehörigen gerecht zu werden, soll in drei Schwerpunktberichten der Psychiatrieplan fortgeschrieben werden. Begonnen wird mit der Zielgruppe Kinder und Jugendliche. Die Schwerpunktberichte Erwachsenenpsychiatrie und Sucht werden folgen.



Im Kreis Minden-Lübbecke leben über 65.000 Kinder und Jugendliche. Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist eine der wesentlichen Voraussetzungen für die Entwicklung individueller Potentiale. Psychische Probleme haben in diesem Alter zum Teil schwerwiegende Konsequenzen für das Wohlbefinden und das soziale Umfeld. So zeichnen sich eine Reihe von gesundheitlichen Problemen im Erwachsenenalter bereits im Kindesalter ab. Das unterstreicht die Bedeutung dieses Berichtes.

Der Psychiatrieplan geht auf die möglichen Störungsbilder ein und beschreibt und analysiert die Versorgungsstruktur im Kreis Minden-Lübbecke. Neben der psychiatrischen Versorgung wird auch auf angrenzende psychosoziale Versorgungsstrukturen eingegangen. Mit dem vorliegenden Psychiatrieplan soll der Zielgruppe außerdem mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden, denn psychiatrische Fragestellungen sind in der Öffentlichkeit eher selten zu finden und häufig noch tabuisiert.

Der Psychiatrieplan bietet allen Interessierten und mit dieser Zielgruppe arbeitenden Professionen bzw. Institutionen sowie Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus Politik und Verwaltung eine gute Grundlage, vordringliche Problemfelder zu erkennen.

Ich würde mich freuen, wenn der Psychiatrieplan mit Schwerpunkt Kinder und Jugendliche als erstes von drei Modulen zu einem verstärkten fachlichen Austausch und zu Verbesserungen im Kreis Minden-Lübbecke beiträgt.

Gleichzeitig möchte ich mich bei allen Akteuren der Kommunalen Gesundheits- und Pflegekonferenz und insbesondere der Arbeitsgruppe Psychiatrie bedanken, die bei der Erstellung des Psychiatrieplanes beteiligt waren.

Wilhelm Krömer
Landrat

Inhalt:

0.	Einleitung	1
1.	Der Kreis Minden-Lübbecke	3
1.1	Strukturdaten	3
1.2	Versorgungsgebiet 10 der Krankenhausplanung NRW	4
2.	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	5
3.	Versorgungssituation im Kreis Minden-Lübbecke	7
3.1	Ambulante Versorgung	7
3.1.1	Niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin	7
3.1.2	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	8
3.1.3	Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Lippe in Bad Salzuflen	10
3.1.4	Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	10
3.1.5	Früherkennungszentrum	11
3.2	Teilstationäre Versorgung	12
3.2.1	Tagesklinik Minden	12
3.3	Stationäre Versorgung	14
3.3.1	Klinikum Lippe-Bad Salzuflen, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie	14
3.3.2	Krankenhaus Lübbecke, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie	16
3.3.3	Kinderklinik am Klinikum Minden	17
3.4	Weitere Versorgungsstrukturen	18
3.4.1	Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke	18
3.4.2	Beratungsstellen für Schul- und Familienfragen im Kreis Minden-Lübbecke	18
3.4.3	Kinder- und Jugendhilfe	20
3.4.4	Schulische Einrichtungen	21
3.4.5	Drogenberatungsstelle und Fachdienst Suchtvorbeugung Kreis Minden-Lübbecke	22
4.	Vernetzung, Kooperation, Koordination	23
5.	Prävention / Präventive Kinder- und Jugendpsychiatrie	25
6.	Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation	27
7.	Empfehlungen	31
Anhang 1	Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen	35
Anhang 2	Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, häusl. Gewalt; Suizidalität	50

0. Einleitung

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie umfasst die Erkennung, nicht operative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld¹.

Diagnostische und therapeutische Ansätze gehen vom Verständnis einer multifaktoriellen Entstehung psychischer Störungen aus und dementsprechend von einer multifaktoriellen Behandlung, die im Zusammenwirken mit dem Individuum seiner Familie und seinem zeitgeschichtlichen Lebensumfeld geleistet wird.

Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sind die organisatorischen Strukturen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.

Mindestens 5 % der Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 18 Jahren sind behandlungsbedürftig. Bei weiteren 10 bis 13 % sind aufgrund von auffälligem Verhalten diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt².

Um seiner Verantwortung für die von psychischer Krankheit und Suchtkrankheit Betroffenen und ihren Angehörigen gerecht zu werden, entwickelte der Kreis Minden-Lübbecke gemeinsam mit allen beteiligten Einrichtungen und Diensten einen Psychiatrieplan, der am 17. Mai 1993 vom Kreistag verabschiedet wurde³. Zielsetzung dieses Planes ist die gemeindenahe angemessene Versorgung aller psychisch Kranken und Behinderten. Grundlage des Psychiatrieplanes für den Abschnitt der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bildet das Gutachten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung des Kreises Minden-Lübbecke des Institutes für kommunale Psychiatrie⁴. Das Gutachten hebt dabei die gemeindenahe Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher hervor. Ebenso ist der soziale Kontext, in dem das Kind oder der Jugendliche mit seiner psychischen Erkrankung lebt und sich entwickelt, ein zentraler Aspekt. Zahlreiche Berührungspunkte ergeben sich in den Bereichen der Jugendhilfe, des Bildungswesens, der Sozialhilfe und des Gesundheitswesens.

¹ Richtlinien der Bundesärztekammer, 1992 in <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Weiterbildung/03MWBO/MWBOB/14.html>

² Warncke, A. / Lehmkuhl, G. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland, Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien, Schattauer, 2003

³ Kreis Minden-Lübbecke: Psychiatrieplan des Kreises Minden-Lübbecke, 1993

⁴ Institut für Kommunale Psychiatrie: Gutachten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung des Kreises Minden-Lübbecke, Verfasser: Rotthaus, Dr. W. / Wienberg, G., 1991

Wichtige Teile der im Psychiatrieplan vorgeschlagenen „Maßnahmen zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“ wurden bislang umgesetzt. Im Bereich der therapeutischen Versorgung ist durch die Niederlassung eines Kinder- und Jugendpsychiaters und durch die Errichtung von gemeindenäheren teilstationären und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen ein deutlicher Beitrag zur Verbesserung geleistet worden. Ergänzt wird das Angebot durch die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - Untergruppe Kinder und Jugendliche, in der rund 60 Personen und Einrichtungen vernetzt sind.

Trotz dieser positiven Entwicklung seit Inkrafttreten des Psychiatrieplans sind in der Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Kreis Minden-Lübbecke noch Defizite in allen Bereichen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung erkennbar. Die Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz des Kreises Minden-Lübbecke hat sich in ihrer Arbeitsgruppe Psychiatrie deshalb dieses Themas angenommen. In der Fortschreibung des Psychiatrieplanes von 1993 für den Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie (die Schwerpunkte Erwachsenenpsychiatrie und Sucht werden folgen) soll die aktuelle Situation aufgezeigt und bewertet werden und es sollen Empfehlungen für die Weiterentwicklung dargestellt werden.

Hinweis:

Im Folgenden wird aus Gründen der flüssigeren Lesbarkeit und in Ermangelung einer befriedigenden Sprachregelung meistens die männliche Sprachform benutzt. Es sind jedoch immer auch die weiblichen Personen gemeint.

1. Der Kreis Minden-Lübbecke

1.1 Strukturdaten

Der Kreis Minden-Lübbecke erstreckt sich beidseitig des in Ost-West-Richtung verlaufenden Weser-/Wiehengebirges und der in Süd-Nord-Richtung fließenden Weser. Der Flächenkreis Minden-Lübbecke besteht aus elf Städten und Gemeinden.

Abb. 1: Kreis Minden-Lübbecke



Die Einwohnerzahl im Kreis Minden-Lübbecke lag zum Stichtag 31. 12. 2004⁵ bei über 322. Tsd. Einwohnern.

Gesamt:	322.649	weiblich: 165.522	männlich: 157.127
bis 18 Jahre:	65.880	weiblich: 32.065	männlich: 33.815

Laut der Vorausberechnung des Landesamtes für Datenverarbeitung und Statistik Nordrhein-Westfalen nimmt die Bevölkerung im Kreis Minden-Lübbecke bis zum Jahr 2010 um rd. 2.000 Menschen ab. Der Anteil der jungen Menschen geht dabei stärker zurück. Bei den unter 18-Jährigen wird ein Rückgang von rd. 5.000 Menschen prognostiziert.

1.2 Versorgungsgebiet 10 der Krankenhausplanung NRW

Zuständig für die stationäre psychiatrische Pflichtversorgung der Kreise Minden-Lübbecke, Herford, Lippe und der Stadt Bielefeld als Teil des Versorgungsgebietes 10 ist die Klinikum Lippe GmbH.

In diesem Einzugsbereich leben über 1,2 Mio. Einwohner.

Gesamt:	1.268.126	weiblich: 656.616	männlich: 611.510
bis 18 Jahre:	250.226	weiblich: 122.086	männlich: 128.140

⁵ Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Berechnung für NRW durch das Iögd. Stichtag: 31.12.2004

2. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Seelische Störungen haben in aller Regel keine einfache und keine einzige Ursache. Grundsätzlich ist von einer multifaktoriellen Verursachung auszugehen. Fast immer handelt es sich um ein Zusammenspiel unterschiedlicher Veranlagungen, Lebenseinflüsse, Entwicklungsaufgaben und Begleitumstände.

Die psychischen Störungen sind auf internationaler Ebene durch die Weltgesundheitsorganisation klassifiziert und in ihren diagnostischen Kriterien definiert⁶.

Nachfolgend werden alle übergeordneten diagnostischen Kategorien aufgelistet. Eine ausführlichere Beschreibung der für Kinder und Jugendliche relevanten Erkrankungen und Auffälligkeiten ist im Anhang 1 aufgeführt.

- F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen:**
Psychische Erkrankungen im Rahmen einer Hirnerkrankung, Hirnverletzung oder einer anderen körperlichen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. In diese Gruppe gehören die Demenzen.
- F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen:**
Psychische Störungen, die durch den Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper (auf die Psyche wirkender) Substanzen verursacht sind.
- F2 Schizophrene, schizotype und wahnhaftige Störungen:**
Störungen im Denken, in der Wahrnehmung und in der Affektivität.
- F3 Affektive Störungen:**
Die Hauptsymptome bestehen in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität, meist zur Depression hin, mit oder ohne begleitende Angst, oder zur gehobenen Stimmung. Der Stimmungswechsel wird in der Regel von einer Veränderung des Aktivitätsniveaus (Antriebsverminderung bzw. Antriebssteigerung) begleitet.

⁶ Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, 2005

- F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen:**
Phobien, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen.
- F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren:**
Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), nichtorganische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen ohne körperliche Ursache, Missbrauch von Substanzen.
- F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen:**
Persönlichkeitsstörungen, pathologisches Spiel, pathologische Brandstiftung, pathologisches Stehlen. Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz.
- F7 Intelligenzminderung**
Intelligenzminderungen können unterschiedlich ausgeprägt sein und sie können von Verhaltensstörungen begleitet sein oder nicht. Intelligenzgeminderte Personen können an allen psychiatrischen Störungen erkranken, die Prävalenzrate ist mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung.
- F8 Entwicklungsstörungen:**
Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens, der Sprache, des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens sowie der Motorik; tiefgreifende Entwicklungsstörungen wie autistische Störungen.
- F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend:**
Hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, emotionale Störungen des Kindesalters, Mutismus, Bindungsstörungen, Tic-Störungen, Enuresis, Enkopresis, Fütterstörungen.

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch sind relevante psychosoziale Belastungsfaktoren. Suizidalität ist ein Symptom, keine Diagnose, erfordert jedoch eine gezielte therapeutische Intervention. Daher sind Ausführungen zu diesen Aspekten in Anhang 2 ausführlicher dargestellt.

3. Versorgungssituation im Kreis Minden-Lübbecke

3.1 Ambulante Versorgung

Wie eingangs bereits erläutert, sind rund 5 % aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch oder psychosomatisch krank und behandlungsbedürftig. Bei weiteren 10 bis 13 % sind aufgrund von auffälligem Verhalten diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt⁷. Die Betroffenen leiden unter Ängsten, Zwängen, Depressionen, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Wahrnehmungsmängeln, Einnässen und Einkoten, Lern- und Konzentrationsstörungen, schweren Entwicklungsstörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, hyperkinetischen Störungen, Essstörungen und Suchterkrankungen, manisch depressiven und schizophrenen Psychosen.

Durch die ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie lässt sich der größte Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Krankheitsbilder behandeln. Die ambulante Versorgung geschieht durch niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in freier Praxis, durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Institutsambulanzen von Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und zum Teil auch durch niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

3.1.1 Niedergelassene Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe kann auf der Basis der Einwohnerstruktur eines Gebietes Aussagen über die Kassenärztliche Versorgung machen: Im Jahr 2006 gewährleisteten 16 niedergelassene Ärzte für Kinder und Jugendmedizin die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Kreis Minden-Lübbecke⁸.

⁷ Warncke, A. / Lehmkuhl, G. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland, Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien, Schattauer, 2003

⁸ Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, KVWL-Landesstelle, Abt. Bedarfsplanung, Dortmund: Persönliche Mitteilung

Tab. 1: Versorgung mit Ärzten für Kinderheilkunde und Jugendmedizin im Kreis Minden-Lübbecke

Städte / Gemeinden	Anzahl der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Bad Oeynhausen	3
Espelkamp	1
Hille	1
Lübbecke	2
Minden	5
Porta-Westfalica	2
Rahden	2
Kreis Minden-Lübbecke	16

Niedergelassene Kinderärzte haben eine wichtige Lotsenfunktion für Diagnose und Behandlung psychischer Krankheiten. 45 % der ihnen vorgestellten Kinder zeigen klinische Auffälligkeiten oder eine grenzwertig klinische Symptomatik im psychischen Bereich. Nur knapp 1/10 der Betroffenen hat jedoch zuvor Rat in einer psychotherapeutischen Einrichtung gesucht, so dass dem Kinderarzt die Aufgabe der Diagnosefindung zufällt⁹.

3.1.2 Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie haben ein breit gefächertes Instrumentarium, um psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen zu erkennen und die Differenzialdiagnose zwischen Unregelmäßigkeiten in der Entwicklung oder vorübergehenden Verhaltensstörungen und Störungen mit Krankheitswert zu stellen. Dazu werden verschiedene Entwicklungslinien des Kindes oder Jugendlichen z. B. in der körperlichen Entwicklung, der intellektuellen Entwicklung, der seelischen und psychosozialen Entwicklung zueinander in Beziehung gesetzt und auf ihre Stimmigkeit untersucht.

Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung aus dem Jahr 1988 gehen von einem niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 200.000 bis 250.000 Einwohner aus¹⁰. Allerdings hat

⁹ Universität zu Köln, Presse-Information 120/2001. Kinderärzte als Lotsen, in <http://www.uni-koeln.de/pi/i/2001.120.htm>

¹⁰ Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung, 1988

sich in Regionen, in denen eine derartige Quote realisiert ist, gezeigt, dass Ärzte bei dieser Dichte völlig überlastet sind¹¹.

Bei einem angenommenen Versorgungsbedarf von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für 80.000 Einwohner nach Ansicht des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V.¹² müssten vier niedergelassene Fachärzte im Kreis Minden-Lübbecke tätig sein. Bundesweit besteht vor allem in ländlichen Gebieten und in Ostdeutschland eine massive Unterversorgung.

Ein wesentlicher Schritt in der Entwicklung einer zeitgemäßen ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung war die Schaffung der „Sozialpsychiatrievereinbarung“. Dadurch wurde es möglich, in freier Praxis eine interdisziplinäre Versorgung sicherzustellen.

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es einen niedergelassenen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der in einer Gemeinschaftspraxis interdisziplinär im Sinne der Sozialpsychiatrievereinbarung tätig ist. Die Praxis ist voll ausgelastet. Sie steht bei akuten Krisen, im Sinne einer Selbst- oder Fremdgefährdung oder längerer Schulverweigerung, für einen Krisentermin kurzfristig zur Verfügung. In diesem Gesprächstermin wird die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abgeklärt. Wartezeiten auf einen regulären Termin zu einem Erstgespräch liegen zur Zeit bei zwei bis vier Monaten.

Die in der Praxis gestellten Diagnosen und vorgestellten Probleme umfassen das gesamte Spektrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei häufig Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen des Sozialverhaltens vorgestellt werden. 60 % der Patienten sind männlich, 40 % weiblich. Die Altersspanne geht von 4 bis 18 Jahren (in Ausnahmefällen darüber hinaus), der Großteil der Patienten ist zwischen 8 und 14 Jahren.

Die Praxis kooperiert mit den im Kreis vertretenen Jugendämtern, Jugendhilfeeinrichtungen und mit verschiedenen Schulen, insbesondere der Förderschulen Mindenerwald und Rodenbeck. Eine therapeutische Kooperation mit Ergotherapie- und Logopädiepraxen findet sehr häufig statt. Die Zusammenarbeit mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist geprägt durch lange Wartezeiten für eine stationäre oder teilstationäre Aufnahme.

Ein großer Mangel besteht im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Der hohe Bedarf kann durch die Praxis nur sehr begrenzt abgedeckt werden¹³.

¹¹ Institut für Kommunale Psychiatrie: Gutachten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung des Kreises Minden-Lübbecke, Verfasser: Rotthaus, Dr. W. / Wienberg, G., 1991

¹² Landtag Nordrhein-Westfalen - 13. Wahlperiode, Drucksache 13/2863, 2002

¹³ Praxis Dr. Lampert / Dr. Raitzig, Minden: Persönliche Mitteilung

3.1.3 Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Klinikum Lippe in Bad Salzuflen

Nach dem Sozialgesetzbuch V § 118 übernehmen kinder- und jugendpsychiatrische Institutsambulanzen die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die nach Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung oder wegen Unerreichbarkeit geeigneter Fachärzte auf die Behandlung in einer Klinikambulanz angewiesen sind.

Ziele des Gesetzgebers sind die Verbesserung des ambulanten Behandlungsnetzes und die Vermeidung und/oder Verkürzung stationärer Krankenbehandlungen.

Seit Oktober 2005 verfügt die Klinik in Bad Salzuflen über eine Institutsambulanz. Auf Grund der kurzen Betriebszeit stehen noch keine näheren Informationen über die Auslastung zur Verfügung. Für das Jahr 2007 sind jedoch eine Ausweitung der Räumlichkeiten und die Einstellung neuer Mitarbeiter geplant.

3.1.4 Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Durch das Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind der kassenärztlichen psychotherapeutischen Versorgung neue Partner zugewachsen. Aus ökonomischer Sicht teilen sich nun ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein gedeckeltes Budget mit der gemeinsamen Aufgabe der Versorgung gleichartiger Patientengruppen.

Insgesamt sind im Kreisgebiet acht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in freier Praxis mit Kassenzulassung tätig, zwei ärztliche und sechs nichtärztliche Psychotherapeuten¹⁴. Allerdings haben fünf Psychotherapeuten die Zulassung sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche, wobei ein Teil dieser Therapeuten sich hauptsächlich auf die Arbeit mit Erwachsenen konzentriert. Nur drei Psychotherapeuten haben eine Zulassung allein für Kinder und Jugendliche.

Die Nachfrage nach Therapieplätzen ist groß, so dass sich lange Wartezeiten ergeben. Die durchschnittlichen Wartezeiten liegen zwischen sechs und zwölf Monaten, die Wartezeiten für Vormittagstermine sind weniger lang, kommen für Schulkinder aber eher selten in Frage. Zudem ist im Rahmen

¹⁴ Kassenärztliche Mitteilung Westfalen-Lippe. Persönliche Mitteilung, Stand November 2006

einer wirtschaftlichen Praxisführung die Einbeziehung des komplexen sozialen Umfelds nur begrenzt durchführbar.

3.1.5 Früherkennungszentrum

Im Früherkennungszentrum, einer ambulant arbeitenden Abteilung des Klinikums Minden unter kinderärztlicher Leitung, werden Diagnostik von Entwicklungsstörungen durchgeführt sowie Beratung und frühzeitige konsequente Hilfen und Förderungen für Kinder mit Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, körperlichen oder geistigen Behinderungen, Hör- und Sehstörungen, Bewegungs- und Wahrnehmungsstörungen und sog. Risikokinder angeboten.

Aufgrund vielfältiger Überschneidungen arbeitet das Zentrum in enger Kooperation mit niedergelassenen Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, Therapeuten, Beratungsstellen, Förderschulen und Kindergärten.

Kinder kommen per Überweisung ins Früherkennungszentrum. Wartezeiten gibt es für Frühgeborene oder Kinder mit neurologischen Problemen nicht. Ansonsten sind Wartezeiten von etwa einem halben Jahr einzuplanen.

Im Früherkennungszentrum sind folgende Trends in der Patientenstruktur wahrnehmbar. Frühgeborene unter 1000 g Geburtsgewicht der Schwangerschaftswochen 24 bis 27 werden aufgrund der besseren medizinischen Versorgung häufiger überwiesen. Auch Kinder aus Familien mit psychisch kranken Müttern bzw. Eltern kommen in wachsendem Maße ins Früherkennungszentrum. Hier ist ein interdisziplinärer Ansatz in Kooperation mit den Jugendämtern etc. von großer Bedeutung. Ebenso kommen vermehrt Eltern mit Kindern mit Regulationsstörungen (Schrei-, Schlaf-, Fütterstörungen). Des Weiteren sind sprachliche Probleme von Kindern mit Migrationshintergrund des Öfteren anzutreffen¹⁵.

¹⁵ Früherkennungszentrum am Klinikum Minden. Persönliche Mitteilung

3.2 Teilstationäre Versorgung

3.2.1 Tagesklinik Minden

Die tagesklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen wurde in den letzten Jahren bundesweit bedeutsam ausgebaut. Für die Versorgungsregion der Kreise Minden-Lübbecke, Herford, Lippe und der Stadt Bielefeld wurden in Verbindung mit der stationären Einheit in Bad Salzuflen vier Tageskliniken mit insgesamt 40 Plätzen etabliert.

In der Region leben über 250.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Das ergibt eine Quote von 1,6 teilstationären Plätzen auf jeweils 10.000 Kinder und Jugendliche. Damit liegt die ostwestfälische Region knapp über dem Landesdurchschnitt von 1,5 Plätzen pro 10.000 Kinder und Jugendliche. Bundesweit ergibt sich ein Durchschnitt von 1,1 teilstationären Plätzen auf 10.000 Kinder und Jugendliche¹⁶.

Im Kreis Minden-Lübbecke hat die Tagesklinik im Oktober 2001 mit elf Plätzen ihre Arbeit aufgenommen.

Die Indikationen für eine tagesklinische Behandlung bestehen in der Fortsetzung und Abkürzung einer stationären Behandlung zur graduellen Überleitung aus der stationären Therapie in das familiäre Lebensfeld des Kranken, in der Vermeidung einer stationären Behandlung, wenn diese nicht notwendig ist, in der Vorbereitung auf eine stationäre Behandlung und in der Betreuung von Patienten mit psychischen Störungen, die im Rahmen einer ambulanten Therapie nicht behandelt werden können.

Kinder und Jugendliche werden jeweils von montags bis freitags, auch in den Ferien, in der Tagesklinik betreut. Eine Schule für Kranke ist angeschlossen.

In der Tagesklinik werden Kinder und Jugendliche zwischen 5 bzw. 6 Jahren und 18 Jahren aufgenommen. Die Altersverteilung ist in Tabelle 2 dargestellt.

Tab. 2: Altersverteilung in der Tagesklinik Minden der Jahre 2004 bis 2006

	bis 8 Jahre	9 bis 12 Jahre	13 bis 17 Jahre
2004	8 %	42 %	50 %
2005	23 %	32 %	45 %
2006 (1. Halbjahr)	11 %	45 %	44 %

¹⁶ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Versorgungsstruktur und Entwicklung der vollstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen, 2005

In der Altersgruppe bis 12 Jahren überwiegen die männlichen Patienten, in der Altersgruppe der Jugendlichen die weiblichen.

Im Kindesalter dominieren die F 90er-Diagnosen, hier insbesondere die Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Symptomatik und die kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, im Jugendlichenalter die Essstörungen, die posttraumatischen Belastungsstörungen sowie emotionale Störung (Angst und Depressionen, gemischt).

Die behandelten Fälle betragen in 2004 105 Patienten (durchschnittliche Belegung 101,4 %). Im Jahr 2005 betrug die durchschnittliche Auslastung 100,2 %, die Zahl der behandelten Patienten betrug 118. Im 1. Halbjahr 2006 betrug die Auslastung 103,3 %, die Zahl der Patienten 48.

Die Inanspruchnahme der Tagesklinik in Minden ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, die Belegung gibt darüber insofern keinen Aufschluss, als dass eine dauerhafte Überbelegung nicht leistbar ist. Legt man die Zahl der Vorgespräche vom 4. Quartal 2001 bis zum 2. Quartal 2006 einschl. zugrunde, ergeben sich insgesamt 689 Anmeldungen und eine durchschnittliche Anmeldungszahl pro Quartal von 36. Im 4. Quartal 2001 betrug die Zahl der Anmeldungen 19.

Demnach hat sich die Zahl der Anmeldungen durchschnittlich verdreifacht (Schwankungen zwischen 15 und 73 Anmeldungen pro Quartal). Der Anteil der Übernahmen für die Tagesklinik Minden beträgt im Schnitt die Hälfte der Vorgespräche, ca. 10 % werden für eine Behandlung in Bad Salzuflen vorgesehen.

Durch die Zunahme der Zahl der Anmeldungen bei gleicher personeller Ausstattung ergeben sich längere Wartezeiten bis zum Vorgespräch (bis zu vier Wochen), durch die steigende Zahl von Anmeldungen für eine Behandlung in der Tagesklinik steigt die Wartezeit bis zu drei Monaten¹⁷.

¹⁷ Klinikum Lippe-Bad Salzuflen, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Persönliche Mitteilung

3.3 Stationäre Versorgung

Indikationen zur vollstationären Versorgung ergeben sich aus Lebensbedrohung, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere und Chronifizierung der Erkrankung, einer notwendigen Trennung von der Familie, dem Fehlen oder Scheitern ambulanter bzw. teilstationärer Behandlungsangebote und/oder der Notwendigkeit der ganztägigen (Tag und Nacht) Behandlung durch ein multidisziplinäres Team im heilpädagogischen Milieu.

Gegenwärtig ist die vollstationäre Versorgung regional unterschiedlich ausgebaut. Es bestehen daher erhebliche Versorgungsengpässe.

3.3.1 Klinikum Lippe-Bad Salzuflen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Für den Kreis Minden-Lübbecke ist die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik in Bad Salzuflen seit September 2002 zuständig. Die Klinik hat die Pflichtversorgung für die Kreise Minden-Lübbecke, Herford und Lippe sowie für die Stadt Bielefeld. Damit ist die Klinik primär für die Diagnostik und Behandlung aller kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbilder zuständig.

Das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie umfasst die Behandlung von geistig Behinderten mit schweren Verhaltensstörungen, die Psychosen, die hyperkinetischen Störungen, die emotionalen Störungen, psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik und psychische Störungen bei chronischen körperlichen Erkrankungen sowie Störungen des Sozialverhaltens, Deprivations- und Misshandlungssyndrome, Persönlichkeitsstörungen, Drogenabhängigkeit und Sucht.

Aufgrund der äußerst knappen stationären Behandlungskapazitäten ist eine Kooperation mit den großen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken (Hamm, Marsberg) Voraussetzung für die Abdeckung dieses Aufgabengebietes. Psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit schweren geistigen Behinderungen, suchtkranke Kinder und Jugendliche sowie psychisch kranke Rechtsbrecher können nicht im Rahmen der Pflichtversorgung in der Klinik in Bad Salzuflen versorgt werden.

In der Region leben über 250.000 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Das ergibt eine Quote von 1,4 Betten auf jeweils 10.000 Kinder und Jugendliche. Damit liegt die ostwestfälische Region deutlich unter dem Landesdurchschnitt von 3,1 vollstationären Planbetten pro 10.000 Kinder und

Jugendliche. Bundesweit ergibt sich ein Durchschnitt von 3,2 vollstationären Planbetten auf 10.000 Kinder und Jugendliche¹⁸.

Wie schon erwähnt ist der Anteil der vollstationären Betten im Verhältnis zur Gesamtbettenzahl extrem niedrig und zumindest in NRW einmalig. Durch die Verknappung der stationären Behandlungsmöglichkeiten unterliegt die Klinik einem hohen Aufnahme- und Entlassungsdruck, der eine notwendige Behandlungsdauer für den Einzelfall erschwert, zumal die Quote der Notaufnahmen für die gesamte Klinik mit über 80 % zu hoch ist.

Interessant ist der Anteil der Patienten aus dem Kreis Minden-Lübbecke in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Bad Salzuflen:

2004	28 %
2005	32 %
2006 (1. Halbjahr)	38 %

Diese Zunahme ist auch dadurch bedingt, dass immer mehr Patienten von der Tagesklinik aufgrund der Schwere der Erkrankung in die Klinik verlegt werden müssen statt umgekehrt. Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme der Tagesklinik Minden in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Bezogen auf die Einwohnerzahl des Kreises und die für diese Einwohnerzahl vom Land zur Verfügung gestellten Plätze/Betten (320.000 Einwohner = 18,3 Betten/Plätze) belegt der Kreis Minden-Lübbecke über 23 Betten/Plätze (teilstationär und stationär).

Kooperationspartner der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind neben den niedergelassenen Ärzten (vor allem Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater) sowie den niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die Beratungsstellen, die Schulen (Beratungslehrer/Schulsozialarbeit), die Träger der Jugendhilfeeinrichtungen und die Jugendämter, da es sich bei dem Gros der Patienten um Kinder und Jugendliche handelt, die einer längerfristigen Behandlung und Betreuung bedürfen.

In den Jahren seit der Inbetriebnahme ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die einer Nachsorge und Betreuung durch die Jugendhilfe bedürfen, auf aktuell ca. 50 % gestiegen. Zugenommen hat auch der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die aus Einrichtungen der Jugendhilfe in stationärer oder teilstationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung kommen¹⁹.

¹⁸ Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Versorgungsstruktur und Entwicklung der vollstationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen, 2005

¹⁹ Klinikum Lippe-Bad Salzuflen, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Persönliche Mitteilung

Angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik in Bad Salzungen ist die Schule für Kranke. Die Trägerschaft der Schule liegt in der Verantwortung der beteiligten Gebietskörperschaften.

3.3.2 Krankenhaus Lübbecke Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie umfasst mehrere Aufnahme-Stationen für Akutkranke und übernimmt die Pflichtversorgung im Kreis Minden-Lübbecke. Von der Aufnahmeverpflichtung sind Kinder und Jugendliche ausgenommen.

Die Aufnahmezahlen von nicht volljährigen Patienten in der Klinik für Psychiatrie am Krankenhaus Lübbecke sind sehr gering. Die Zahl der Patienten, die im Aufnahmejahr das 18. Lebensjahr vollendet haben, ist deutlich höher (Tabelle 3)²⁰.

Tab. 3: Aufgenommene Patienten nach Alter der Jahre 2003 bis 2005

Jahr / Alter	17 Jahre und jünger	18 Jahre
2003	2	19
2004	-	46
2005	2	36

Eine Schnittstellenproblematik zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ergibt sich bei Patienten, die mit 18 Jahren eigentlich zu unreif für die Erwachsenenpsychiatrie sind, zum anderen gibt es auch 17-jährige Patienten, die schon reif genug wären, um in der Erwachsenenpsychiatrie behandelt werden zu können. Eine formalisierte Kooperation zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es nicht.

Aufnahmen in die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Lübbecke nach dem PsychKG für unter 18-Jährige sind die absolute Ausnahme. Der Anteil der unter 21-jährigen Patienten in der Klinik ist deutlich höher.

Kinder von psychisch kranken Eltern, insbesondere von allein erziehenden Müttern, können während eines Klinikaufenthaltes nicht mit aufgenommen werden. Grundsätzlich werden die Kosten für die Versorgung der Kinder von stationär untergebrachten Müttern von den Krankenkassen übernom-

²⁰ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Krankenhaus Lübbecke. Persönliche Mitteilung

men (unter 12 Jahren). Nur wenn ein erzieherisches Problem vorliegt, tritt die Jugendhilfe ein.

Die Ambulanz in Lübbecke bietet eine ADHS-Sprechstunde²¹ für Erwachsene an, da diese bereits im Kindesalter auftretende Störung in besonderen Fällen auch bei Erwachsenen problematisch sein kann.

3.3.3 Kinderklinik am Klinikum Minden

Bei der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gilt es, die besonderen medizinischen, sozialen und emotionalen Bedürfnisse der jungen Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Aus diesem Grunde fordert die Ärztekammer Nordrhein entsprechend der Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung, dass Kinder und Jugendliche sowohl ambulant als auch stationär - wo immer möglich - von qualifizierten Fachkräften versorgt werden, die über eine spezielle Ausbildung und besondere Fähigkeiten verfügen, um in geeigneter Weise den medizinischen, physischen, emotionalen und psychologischen Bedürfnissen der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Familien gerecht zu werden.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass zu einer kindgerechten Krankenhausversorgung neben Ärzten sowie Pflegekräften häufig auch andere Berufsgruppen wie Beschäftigungstherapeuten, Psychologen, Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter etc. erforderlich sind.

²¹ ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen) ist eine Störung, die bereits im Kindesalter auftritt und unbehandelt weitreichende Konsequenzen nach sich ziehen kann (s. Anhang 1).

3.4 Weitere Versorgungsstrukturen

3.4.1 Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke

Im Gesundheitsamt des Kreises Minden-Lübbecke gibt es den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst und den Sozialpsychiatrischen Dienst.

Zu den Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes des Gesundheitsamtes im Kreis Minden-Lübbecke gehören die Schuleingangsuntersuchungen, Untersuchungen im Auftrag des Schulamtes und Jugendamtes sowie Beratungen, Teilnahme an verschiedenen Gremien, wie Psycho-soziale Arbeitsgemeinschaft und Runder Tisch Suchtprävention und Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten etc.

Die Schuleingangsuntersuchungen werden nach dem standardisierten Programm SENS (Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen) durchgeführt. Bei den Untersuchungsergebnissen wird festgestellt, ob der Entwicklungsstand der Kinder altersgemäß, differierend oder nicht altersgemäß ist. Bei Auffälligkeiten kann die Überprüfung des sonderpädagogischen Förderbedarfes empfohlen werden. Eltern werden entsprechend dem Untersuchungsergebnis beraten.

17 % aller Kinder zeigen zum Zeitpunkt der Einschulung umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen) auf. Dazu gehören Sprache, Motorik und die Vorläufermerkmale für die Fertigkeiten Lesen, Rechtschreiben und Rechnen²².

Der Sozialpsychiatrische Dienst betreut im Wesentlichen Erwachsene, in besonderen Fällen auch ältere Jugendliche. Einen spezialisierten Dienst für Kinder und Jugendliche gibt es nicht. Es werden jedoch Angehörige von betroffenen Kindern und Jugendlichen beraten.

3.4.2 Beratungsstellen für Schul- und Familienfragen im Kreis Minden-Lübbecke

Die rechtlichen Grundlagen für die Arbeit der Beratungsstelle für Schul- und Familienfragen liegen im KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz). Hierbei ist die Erziehungsberatung eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe des Jugendhilfeträgers. „Erziehungsberatungsstellen und andere Beratungsdien-

²² Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes. Persönliche Mitteilung

te und Einrichtungen sollen Kinder, Jugendliche, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme und der zugrunde liegenden Faktoren, bei der Lösung von Erziehungsfragen sowie bei Trennung und Scheidung unterstützen. Dabei sollen Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen zusammenwirken, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen vertraut sind“ (§ 28 KJHG)²³.

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es Beratungsstellen in der Trägerschaft des Kreises sowie der des Diakonischen Werkes.

Die Beratungsstelle für Schul- und Familienfragen des Kreises Minden-Lübbecke ist unterteilt in die Arbeitsgruppen Erziehungsberatung und Schulpsychologischer Dienst. Die Arbeitsgruppe Erziehungsberatung ist für den Altkreis Minden zuständig und der Schulpsychologische Dienst für das gesamte Kreisgebiet, außer für die allgemeinbildenden Schulen der Stadt Minden.

Zu den Schwerpunkten der Erziehungsberatung und des Schulpsychologischen Dienstes gehören Beratung, Diagnostik, Therapie, Fortbildung und Prävention.

Im Jahr 2005 konnten 948 Beratungsfälle bearbeitet werden, 58 % davon betrafen Jungen. Insgesamt waren 1728 Personen (Mütter, Väter, Großeltern, Pflegeeltern, Erzieherinnen, Lehrkräfte, u.a.) in die Beratungs- oder Therapieprozesse eingebunden.

Die Wartezeiten der Beratungsstelle für Schul- und Familienfragen sind hoch. Fast 20 % der Angemeldeten mussten zwei Monate auf den ersten Beratungstermin warten, knapp 40 % sogar länger als zwei Monate. Schnelle Termine innerhalb von zwei Wochen werden jedoch an jugendliche Selbstmelder, für Krisenanmeldungen sowie für frühe Hilfen vergeben.

Die Beratungsstelle für Schul- und Familienfragen hat es immer mehr mit Multiproblemfamilien zu tun. Zu nennen sind hier Arbeitslosigkeit und ALG-II-Abhängigkeit, Krankheit, Sucht, seelische Erkrankungen bei Eltern oder Kindern, Suizid (-versuche) und massive Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern. Neben einer hohen Fachlichkeit in der Arbeit ist eine enge Kooperation mit Jugendämtern und pädagogisch/psychologisch/psychiatrischen Fachdiensten erforderlich.

Die Beratungsstelle stellt eine deutliche Zunahme der Anmeldung von und für Kinder von psychisch kranken Eltern fest. Die Zunahme hängt zum Teil mit der Verbindung zur Tagesklinik für Psychiatrie im gleichen Gebäude zusammen. Eine Konzeption zur Begleitung von Kindern psychisch kranker Eltern gibt es nicht.

²³ Aachtes Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Kinder- und Jugendhilfe

Durch die Auswirkung von Hartz IV ist die Arbeit der Beratungsstelle häufig mitbetroffen. Diese Familien leben am Existenzminimum und haben nicht die Möglichkeit, Telefonate, Fahrtkosten oder Nachhilfe oder Vereinsbeiträge für die Kinder zu finanzieren.

Laut Jahresbericht gibt es zu wenige Psychotherapieplätze für Kinder und Jugendliche im Kreis Minden-Lübbecke. Wartezeiten von 6 bis 12 Monaten in der Beratungsstelle, der Tagesklinik oder bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten sind vor allem für Kinder mit schweren Störungen und ihre Familien unzumutbar. Die Tagesklinik sowie die niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten können aufgrund des hohen Bedarfs fast nur noch Krisenintervention betreiben und sich der schwersten Fälle annehmen. Das bedeutet hohe Anmeldezahlen auch für die Beratungsstelle und lange Wartezeiten für die Therapieplätze²⁴.

Die Familienberatungsstelle des Diakonischen Werkes im Kirchenkreis Lübbecke e.V. gibt es in Lübbecke seit 1971, sie ist zuständig für die Erziehungsberatung im Altkreis Lübbecke. Im Jahr 2005 wurden insgesamt 427 Beratungsfälle gezählt, davon waren 332 Fälle Neuanmeldungen. Rund 30 % der Neuanmeldungen bekamen innerhalb von 14 Tagen einen Termin, knapp 40 % mussten bis zu einem Monat warten. Die Wartezeiten bis zu zwei Monaten lag bei etwas unter 30 % und bei acht Fällen lag die Wartezeit bei über zwei Monaten²⁵.

3.4.3 Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe hat die Aufgabe, Eltern in ihrem Erziehungsauftrag zu unterstützen und Kindern und Jugendlichen in akuten Not- und Krisensituationen schnelle Hilfen anzubieten. Ansprechpartner sind die örtlichen Jugendämter.

Mit der Erweiterung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes um den § 35a SGB VIII - „Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche“ - wurde die Notwendigkeit zur Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch gesetzlich verankert²⁶.

Die Kinder- und Jugendhilfe setzt sich in ihren vielfältigen Leistungen und Aufgaben aus einem Neben- und Ineinander von allgemeiner Förderung und sozialen bzw. individuellen Hilfen zusammen. Die Kinder- und Jugendhilfe ist von einem breiten Spektrum stationärer, teilstationärer und ambulanten Hilfen gekennzeichnet.

²⁴ Jahresbericht 2005, Beratungsstelle für Schul- und Familienfragen des Kreises Minden-Lübbecke

²⁵ Die Diakonie, Diakonisches Werk im Kirchenkreis Lübbecke e.V.. Persönliche Mitteilung

²⁶ Aches Sozialgesetzbuch (SGB VIII), Kinder- und Jugendhilfe

Längerfristige Maßnahmen liegen in der Verantwortung der zuständigen Jugendämter. Der Jugendhilfe stehen u. a. ambulante Hilfen (mobile Dienste der Sozialpädagogischen Familienhilfen, SPFH), teilstationäre Einrichtungen (Tagesheimgruppen, Integrationskindertagesstätten) und stationäre Einrichtungen (Heime) zur Verfügung.

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es vier Jugendämter, das Jugendamt des Kreises Minden-Lübbecke und die Jugendämter der Städte Minden, Bad Oeynhausen und Porta Westfalica.

3.4.4 Schulische Einrichtungen

Alle Kinder und Jugendlichen haben ein Recht auf schulische Bildung. Die Schule unterliegt der Verpflichtung, alle Kinder und Jugendlichen zu unterrichten. Eine vorzeitige „Ausschulung“ auf Grund von „Unbeschulbarkeit“ ist nicht vorgesehen.

Sonderpädagogische Förderung verwirklicht das Recht behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher auf eine ihren persönlichen Möglichkeiten entsprechende schulische Bildung und Erziehung. Sie ist darauf ausgerichtet, diesen Kindern und Jugendlichen ein hohes Maß an schulischer und beruflicher Eingliederung, gesellschaftlicher Teilhabe und selbstbestimmter Lebensgestaltung zu eröffnen²⁷.

Im Kreis Minden-Lübbecke gibt es verschiedene Förderorte, an denen Kinder und Jugendliche mit den unterschiedlichsten Förderschwerpunkten gefördert werden können.

Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf werden in der Regel in entsprechenden Förderschulen unterrichtet. Es gibt aber auch Kinder, die im gemeinsamen Unterricht oder in Form einer so genannten Einzelintegration in einer allgemeinen Schule gefördert werden.

Schulen für soziale und emotionale Entwicklung sollen dem besonderen schulischen Förderbedarf verhaltensauffälliger Schüler Rechnung tragen. Diese leisten auch einen wichtigen Beitrag bei der Eingliederung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Der Anteil an psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist nicht bekannt.

In den letzten Jahren sind die Schülerzahlen an den Schulen für soziale und emotionale Entwicklung im Kreis Minden-Lübbecke angestiegen.

²⁷ Rahmenvorgabe für die sonderpädagogische Förderung in Schulen des Landes NRW

Tab. 4: Entwicklung der Schülerzahlen an den Schulen für soziale und emotionale Entwicklung seit 2000 im Kreis Minden-Lübbecke

	Schüler 01.10.2005	Schüler 01.10.2004	Schüler 01.10.2003	Schüler 01.10.2002	Schüler 01.10.2001	Schüler 01.10.2000
Schulen für soz. u. emotionale Entwicklung ges.:	185	167	152	144	140	116

Schulen für Kranke sind integraler Teil kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken. Während der stationären und teilstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung muss Art und Umfang so differenziert angeboten werden, wie dies den diagnostischen und therapeutischen Zielen entspricht. Eine Einbindung der beteiligten Lehrkräfte der Regelschule stellt einen flexiblen Übergang in das System Schule mit seinem sozialen Rahmen sicher.

3.4.5 Drogenberatungsstelle und Fachdienst Suchtvorbeugung des Kreises Minden-Lübbecke

Die Drogenberatungsstelle (DROBS) bietet Beratung und psychosoziale Begleitung an. Sie ist Ansprechpartner bei Konsum, Missbrauch oder Abhängigkeit von illegalen Drogen und bei Fragen zu Problemen mit Kindern, Bekannten und Angehörigen. Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht und haben das Zeugnisverweigerungsrecht.

Weiterhin bietet die DROBS Begleitung und Betreuung während der Konsumphase und danach bei Hilfen im Umgang mit Behörden und Institutionen etc. und auf dem Weg in Entgiftung und Therapie an. Die Ambulanz der Drogenberatungsstelle substituiert Opiatabhängige mit dem Schwerpunkt für Patienten, die keine Aufnahme bei niedergelassenen Ärzten zur Substitution finden.

Suchtvorbeugung heißt, Kinder stark machen, zu stark für Sucht. Zu den Aufgaben der Prophylaxe kraft des „Fachdienst Suchtvorbeugung“ gehören u. a. die Entwicklung und Umsetzung von Konzepten zur Suchtvorbeugung, die Planung und Durchführung gemeindenaher präventiver Aktionen und Projekte, die Fortbildung aus den Bereichen Kindergarten, Schule und Jugendarbeit und die Kooperation mit Schule, Einrichtungen des Gesundheitswesens, der Krankenkassen, der Jugendhilfe, der Polizei und anderen in der Suchtvorbeugung Tätigen.

4. Vernetzung, Kooperation und Koordination

Durch das weit gespannte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Aufgaben in Diagnosestellung und Therapie, Prävention und Rehabilitation und der Komplexität der Erkrankungen ergibt sich die Notwendigkeit, mit zahlreichen anderen Berufsgruppen und Institutionen zusammenzuarbeiten.

Eine Reihe unterschiedlicher Berufsgruppen ist an der Kooperation mit dem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie beteiligt. Dazu gehören Psychologen, Pädagogen wie Sonder-, Heil- und Sozialpädagogen, Erzieher, Logopäden, Physiotherapeuten, Motopäden, Ergotherapeuten sowie Professionen mit anderer Qualifikation wie Musik- und Kunsttherapeuten und Lehrer an der Schule für Kranke.

Abgesehen von der einrichtungsinternen multiprofessionellen Zusammenarbeit lassen sich grob drei Ebenen der Kooperation zwischen den Diensten und Einrichtungen unterscheiden²⁸.

- Einzelfallbezogene Zusammenarbeit von Einrichtungen bzw. Personen mit unterschiedlichem fachlichen Schwerpunkt, z. B. durch individuelle Zuweisungen, fallbezogene Absprachen, konsiliarische Beratung oder Fallkonferenzen.
- Einzelfallübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Diensten und Einrichtungen einer Versorgungsregion, z. B. Abstimmung der Aufgabenschwerpunkte und Zuweisungsmodi, institutionelle Beratung und Supervision, gemeinsame Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen oder exemplarische Besprechung schwieriger Fälle.
- Auf das Gesamtsystem der Versorgung bezogene Zusammenarbeit auf regionaler Ebene, wie Mitarbeit bei der Versorgungsplanung, gesundheits- und sozialpolitische Initiativen, Beratung sowie Fort- und Weiterbildung von Diensten und Einrichtungen im Randbereich der psychosozialen/psychiatrischen Versorgung.

Die Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe wurde durch den § 35a KJHG gesetzlich verankert (s. 3.4.3), dies kommt bei der Aufstellung von individuellen Hilfeplänen regelmäßig zum Tragen. Eine formalisierte Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Fachärzten und kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist im Leistungskatalog der Krankenkassen nicht vorgesehen und wird entsprechend nicht honoriert.

²⁸ Institut für Kommunale Psychiatrie, Rotthaus, W. Dr., Wienberg, G. (Verf.), Gutachten zur Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung des Kreises Minden-Lübbecke, 1991

Auf Kreisebene findet eine qualitätssichernde Vernetzung der unterschiedlichsten an der psychosozialen Versorgung beteiligten Berufsgruppen in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft (PSAG) statt. Mit den Belangen von Kindern und Jugendlichen befasst sich die Untergruppe „Kinder und Jugendliche“. Weiterhin gibt es die PSAGen „Psychiatrie“ und „Sucht“.

Der „Runde Tisch“ und der „Beirat Kinder- und Jugendpsychiatrie“ am Klinikum Lippe sind für die Diskussion von gebietsübergreifenden strukturellen und organisatorischen Fragestellungen im Versorgungsgebiet 10 (s. 1.2) vorgesehen. Beteiligt sind die angeschlossenen Gebietskörperschaften. Darüber hinaus finden regelmäßig die Treffen Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den regionalen Vertretern der Kinder- und Jugendhilfe statt.

5. Prävention / Präventive Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Aufgaben der Prävention liegen in der Verhinderung des Auftretens von psychischen Störungen, Erkrankungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen. Will Prävention diesem Anspruch gerecht werden, so muss sie auf diejenigen Bedingungen abzielen, die psychische Störungen verursachen, auslösen oder aufrechterhalten.

Bei vielen klassischen psychischen Erkrankungen handelt es sich um Störungen, die durch ein multifaktorielles Geschehen ursächlich bedingt sind. Hierbei spielen in unterschiedlichem Maß genetische, biologische, situative Ereignisse und Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle.

Will man Strategien zur Verbesserung der psychischen Erkrankung entwickeln, so ist zu berücksichtigen, dass es sich zum Teil um nicht zu beeinflussenden Faktoren handelt. Das bedeutet, dass in der Prävention der Schwerpunkt auf die Umwelt und das Umfeld gelegt werden muss. Gemeint sind auslösende, die Erkrankung unterhaltende, fördernde oder die Genesung verhindernde bzw. einschränkende Faktoren.

Die Präventionsansätze sind unterschiedlich²⁹. Mit der primären Prävention steht die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen der Kinder im Vordergrund. Dies ist in erster Linie eine politische Aufgabe und liegt in der Verantwortung von Bund, Land und Kommune.

Sekundäre Prävention will Probleme angehen, indem negative Entwicklungsverläufe im Ansatz erkannt werden. Risikogruppen, die von einer psychischen Erkrankung oder Behinderung in besonderem Maß bedroht sind, sind Kinder mit zerebralen Funktionsstörungen, Kinder mit Behinderungen, Kinder körperlich und psychisch kranker Eltern, Kinder aus sozial desorganisierten Familien, bei denen materielle und psychologische Risikofaktoren kumulieren, und Kinder in Institutionen, die häufig bereits Vorschädigungen aufweisen. Weiterhin sind Kinder mit Migrationshintergrund gefährdet.

Tertiäre Prävention setzt dann ein, wenn es bereits wahrnehmbare Krankheitssymptome gibt. Gemeint ist die Reduktion von Symptomen oder die Verhinderung einer psychischen Störung, die bis zur seelischen Behinderung führen kann.

²⁹ Fegert, J., Prof. Dr., Entwicklungsrisiken in der frühen Kindheit und Möglichkeiten der medizinischen therapeutischen Hilfen. In: Neue Wege in der Prävention. Gesundheitskonferenz Düsseldorf, Iögd (Hrsg.), 2006

Im Kreis Minden-Lübbecke gehört die Suchtvorbeugung zu den Aufgaben der Prophylaxekraft des „Fachdienst Suchtvorbeugung“ der Drogenberatungsstelle des Kreises. Spezielle Angebote für die oben genannten Risikogruppen (sekundäre Prävention) gibt es nicht.

6. **Bewertung der gegenwärtigen Versorgungssituation**

Nach wie vor ist die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in der Gesamtbevölkerung nicht gleich verteilt. Sowohl das Gesundheitsrisiko als auch der Zugang zu spezifischen Präventions- und Versorgungsleistungen ist abhängig von der sozialen Situation der Familien³⁰.

Viele Faktoren in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen sind derzeit in einem rapiden Wandel. Vor allem die Rolle der Familie hat sich deutlich verändert.

So ist die Zahl der alleinerziehenden Mütter und Väter in Nordrhein-Westfalen seit den 90er Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Anzahl der Mütter mit einem Alter unter 18 Jahren ist seitdem aber nahezu gleich. Im Vergleich zu den 50er Jahren hat sich die Eheschließungsziffer fast halbiert, während die Scheidungsziffer von rd. 10 % in den 50er Jahren heute auf ein Drittel angewachsen ist. Zugenommen haben darüber hinaus nicht eheliche Lebensgemeinschaften.

Für Kinder von geschiedenen oder in Trennung lebenden Eltern können sich starke psychische und soziale Belastungen ergeben. Untersuchungen zeigen, dass bereits in der Kindheit instabile Eltern-Kind-Beziehungen zu einer unausgeglichene Stimulierung von Sinnesbereichen und zu emotionalen Defiziten führen können – eine Entwicklung, die auch in der Phase der Pubertät noch Auswirkungen zeigt. Insbesondere der inadäquate Umgang mit Emotionen gilt als eine der Hauptursachen für die Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und psychischer Auffälligkeiten. Die Veränderung der Normalfamilie bedeutet mittel- und langfristig auch für die Erziehungsinstanzen Schule sowie Kinder- und Jugendhilfe neue Herausforderungen.

Dieser Trend wird auch im Kreis Minden-Lübbecke beobachtet. Immer häufiger kommen Multiproblem-Familien, in denen u. a. Trennung, Arbeitslosigkeit, psychische Erkrankungen, Suchtproblematiken Thema sind, in die Einrichtungen.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Schweregrade der Störungsbilder eher zunehmen und die Patienten mit gravierenden Störungen jünger werden. Der Druck zur Verkürzung der Verweildauer im stationären Bereich durch die Krankenkassen und durch die Gesundheitspolitik steigt. Zudem scheinen Familien zunehmend staatl. Hilfen in Anspruch zu nehmen, wodurch sich im ambulanten wie im teilstationären als auch im stationären

³⁰ Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Gesundheitsberichte NRW, Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen, 2002

Rahmen eine erhöhte Nachfrage ergibt, was zur Folge hat, dass die bestehende Problematik wiederum verschärft wird und damit die Jugendhilfe zusätzlichen Belastungen ausgesetzt wird.

Vor diesem gesamtgesellschaftlichen Hintergrund, der auch im Kreis Minden-Lübbecke zu beobachten ist, muss die Bewertung der in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen Ist-Situation erfolgen. Dabei ist festzustellen, dass trotz weitgehender Umsetzung der im Psychiatrieplan des Kreises Minden-Lübbecke von 1993 aufgeführten Empfehlungen deutliche Defizite in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen erkennbar sind³¹.

Zu den seinerzeit bedeutendsten im Psychiatrieplan vorgeschlagenen und umgesetzten „Maßnahmen zur Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung“ gehören:

- Niederlassung eines Kinder- und Jugendpsychiaters,
- Errichtung von gemeindenäheren teilstationären und stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsstrukturen. Für den Kreis Minden-Lübbecke ist die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik in Bad Salzuflen seit September 2002 mit 36 Betten zuständig. Die Klinik hat die Pflichtversorgung für die Kreise Minden-Lübbecke, Herford und Lippe sowie für die Stadt Bielefeld. Die dort angeschlossene Tagesklinik in Minden hat elf Plätze. Davon wurde der Kreis Minden-Lübbecke von der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik St. Johannes Stift in Marsberg versorgt.
- Ergänzt wird das Angebot durch die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) - Untergruppe Kinder und Jugendliche, in der rund 60 Personen und Einrichtungen vernetzt sind. Die PSAG stellt den fachlichen Austausch unter den Beteiligten sicher und stellt Transparenz der unterschiedlichen Angebote und Aufgabenschwerpunkte her.

Trotz der eben genannten Fortschritte ist der Flächenkreis Minden-Lübbecke insbesondere in folgenden Bereichen kinder- und jugendpsychiatrisch unterversorgt.

- **Ambulante Versorgung:** Es fehlt an niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, aber auch an niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Erschwerend kommt hinzu, dass nicht alle Psychotherapeuten mit Zulassung für Kinder und Jugendliche auch mit diesen arbeiten. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass nur

³¹ Kreis Minden-Lübbecke: Psychiatrieplan des Kreises Minden-Lübbecke, 1993

ein Teil der Kinder und Jugendlichen, die eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik oder Behandlung benötigen, tatsächlich einem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt wird. Ein Teil der Patienten wird durch Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner (Pädiater) behandelt.

- **Teilstationäre und stationäre Versorgung:** Auch die seit fünf Jahren bestehende Tagesklinik in Minden und die für die Pflichtversorgung zuständige Klinik in Bad Salzuflen stoßen regelmäßig an ihre Grenzen und können trotz intensiver Bemühungen der großen Nachfrage nicht gerecht werden. Insbesondere die mit 36 Betten ausgestattete stationäre Klinik, welche in ihrem Versorgungsgrad deutlich unter dem Landes- und Bundesdurchschnitt liegt, kann ihren Pflichtversorgungsauftrag nicht in vollem Maß wahrnehmen.
- **Weitere Versorgungsbereiche:** Insbesondere in den Jugendhilfeeinrichtungen ist mit einer Vielzahl von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen zu rechnen. Sei es, weil sie direkt in die Jugendhilfe aufgenommen oder aus kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, auch überregional, in Einrichtungen der Jugendhilfe verlegt worden sind. Die Kinder- und Jugendhilfe steht daher unter einem hohen Leistungs- und Kostendruck, da es eine erhöhte Inanspruchnahme für Hilfen zur Erziehung oder Maßnahmen nach § 35a KJHG gibt und voraussichtlich weiter geben wird.
- **Vernetzung, Kooperation und Koordination** nehmen in der aktuellen Situation einen besonderen Stellenwert ein und haben verschiedenste Funktionen in den unterschiedlichsten Bereichen. Gerade vor dem Hintergrund knapper werdender finanzieller und personeller Ressourcen wird dieser Aspekt an Bedeutung zunehmen. Überschneidungen können so vermieden und Veränderungen von Konzeptionen und Angeboten aufgezeigt werden.
- **Präventive Ansätze** sind auf verschiedenen Ebenen anzusetzen. Sinnvoll ist es, negative Entwicklungsverläufe im Ansatz zu erkennen, insbesondere bei den beschriebenen Risikogruppen. Um Kinder und Jugendliche hinreichend fördern zu können, müssen Begabungen, aber auch Entwicklungsverzögerungen und Lernschwierigkeiten rechtzeitig erkannt werden. In diesem Kontext geht es um die Kenntnis von und den Umgang mit typischen Lernschwierigkeiten im fachlichen Lernen, individueller Entwicklung unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten, Überforderung und / oder Unterforderung, das Lernen beein-

flussenden persönlichen Krisen der Schüler sowie spezifischen Schwierigkeiten für die Lernentwicklung (LRS, Dyskalkulie u.a.)³². 17 % aller Kinder zeigen zum Zeitpunkt der Einschulung umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen) auf.

Für die Zukunft ist nicht davon auszugehen, dass sich die Versorgungssituation in den nächsten Jahren wesentlich verbessert, weil die Nachfrage aus den genannten Gründen eher verstärkt zum Tragen kommt und der erwartete Bevölkerungsrückgang um 7,5 % in dieser Altersgruppe bis zum Jahr 2010 diesen Trend nicht auffangen kann.

³² Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein Westfalen, in <http://www.bildungsportal.nrw.de>

7. Empfehlungen

In den letzten 15 Jahren sind deutliche Verbesserungen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung erreicht worden. Auch die angrenzenden Bereiche, wie Kinder- und Jugendhilfe, Schule sowie Kinder- und Jugendmedizin leisten einen großen Beitrag zur Betreuung und Versorgung betroffener Kinder und Jugendlicher. Nach wie vor wird von den Fachleuten in den unterschiedlichsten Institutionen ein erheblicher Hilfebedarf angesichts einer zunehmenden Zahl an psychischen Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten wahrgenommen.

- **Ambulante Versorgung:**

Der Ausbau der ambulanten Versorgung im Kreis Minden-Lübbecke ist von besonderer Bedeutung. Zusätzliche Niederlassungen von Kinder- und Jugendpsychiatern und Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in freier Praxis sind vordringlich.

Nach Ansicht des Berufsverbandes der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e.V. müssten bei einem angenommenen Versorgungsbedarf von einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie für 80.000 Einwohner vier niedergelassene Fachärzte im Kreis Minden-Lübbecke tätig sein³³.

Im Altkreis Minden wird im Frühjahr 2007 die Niederlassung eines zweiten Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erwartet. Der Altkreis Lübbecke bleibt aber weiter unterversorgt. Ländliche Strukturen, aber auch die finanzielle Situation der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten scheinen bundesweit keinen Anreiz zur Niederlassung zu geben. Zudem ist die Anzahl ausgebildeter Fachärzte generell zu gering.

Weiterhin sind im Kreisgebiet acht Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in freier Praxis mit Kassenzulassung tätig, zwei ärztliche und sechs psychologische Psychotherapeuten. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind enorm groß.

Der Kreis Minden-Lübbecke ist laut Kassenzulassung im Bereich des Planungsbereiches Psychotherapie überversorgt. Es besteht daher ein Zulassungsstopp, ausgenommen sind ärztliche Psy-

³³ Landtag Nordrhein-Westfalen - 13. Wahlperiode, Drucksache 13/2863, 2002

chotherapeuten³⁴. Die Bedarfsplanungsrichtlinien für Psychotherapeuten differenzieren nicht zwischen Erwachsenen- und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind jedoch deutliche Engpässe zu verzeichnen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat die Möglichkeit, zur Behebung lokaler Versorgungsengpässe zusätzliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Form von Sonderbedarfszulassungen zuzulassen. Besonderer Handlungsbedarf besteht in den Randbezirken des Altkreises Lübbecke.

Auch der weitere Ausbau der Institutsambulanz an der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Bad Salzuflen ist anzustreben. Die Klinik plant den Ausbau der Räumlichkeiten und die Einstellung weiteren Personals für 2007. Ideal wäre aber die Anbindung jeweils einer Ambulanz an die Tageskliniken in Minden und die anderen beteiligten Gebietskörperschaften.

- **Teilstationärer Bereich**

Die Anzahl der teilstationären Plätze in der Tagesklinik Minden sowie der anderen beteiligten Tageskliniken im Versorgungsgebiet 10 entspricht der Zahl, die auch im Landesschnitt üblich ist. Nach Ausbau der stationären Einheit um 24 Betten müsste hier mit einer deutlichen Entspannung der Situation zu rechnen sein. Die Entwicklung ist in den nächsten Jahren zu beobachten, insbesondere vor dem Hintergrund der nicht ausreichenden ambulanten Versorgung.

- **Stationärer Bereich**

Besonders im stationären Bereich bestehen in der Region große Versorgungslücken. Eine Erweiterung der Klinik um 24 Betten in Bad Salzuflen wird seitens der Klinikum Lippe GmbH und der beteiligten Gebietskörperschaften intensiv gegenüber dem Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen verfolgt. Die Baumaßnahmen sind für 2008 geplant, eine Fertigstellung würde 2010 erfolgen. Der Bescheid des Landes wird im ersten Quartal 2007 erwartet. Die Aussichten auf eine Erhöhung der Bettenzahl wird von den Beteiligten optimistisch eingeschätzt.

Da die Klinikweiterung nicht vor 2010 fertiggestellt wird, ist eine Interimslösung von 12 Betten im alten Krankenhaus Bad Salzuflen geplant,

³⁴ Westfälisches Ärzteblatt 8/2006, Bekanntmachungen der KVWL

aber bislang wegen der Umbaukosten noch nicht entschieden. Die Krankenkassen haben der Erweiterung bereits zugestimmt.

Die Einrichtung von „Mutter-Kind-Einheiten“ innerhalb der vollstationären kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik ist wünschenswert. Was in pädiatrischen Kliniken selbstverständlich ist, fehlt aufgrund der allgemeinen Versorgungsengpässe weitestgehend. Konzepte in Verbindung mit der Erwachsenenpsychiatrie gibt es bereits. Zur Zeit wird seitens der Klinikum Lippe GmbH grundsätzlich geklärt, ob eine entsprechende Konzeption als sinnvoll und umsetzbar erachtet wird.

- **Kooperation der Einrichtungen**

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie dürfte das Teilgebiet der Psychiatrie, wenn nicht der Medizin insgesamt sein, das auf das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung bezogen die höchsten Anforderungen an Kooperation und Koordination stellt. Verschiedene Ebenen der Kooperation zwischen den Diensten und Einrichtungen haben sich auch im Kreisgebiet bewährt und sind auch zukünftig ein nicht zu vernachlässigender Aspekt in der psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Die Zusammenarbeit zwischen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, der angeschlossenen Tagesklinik und Kinder- und Jugendhilfe gestaltet sich gut, so dass insgesamt ein positives Stimmungsbild zu verzeichnen ist. Regelmäßige Treffen, Kontakte und Besprechungen bzw. Beratungen und Begleitungen führen unter anderem zur Rückläufigkeit der Wiederaufnahmen von Kriseninterventionen. Bei Wegfall kurzfristiger Kriseninterventionen erhöht sich allerdings die mittlere Verweildauer der verbleibenden Fälle, was zu Problemen mit den Krankenkassen zur Folge haben könnte, die generell eine Verkürzung der Liegezeiten vorgeben. Aus medizinischer Sicht ist eine Verkürzung nicht zu vertreten.

Die Einbeziehung kinder- und jugendpsychiatrischer Kompetenzen, z. B. auf konsiliarischer Ebene, in Frühförder- und Beratungsstellen und insbesondere in Einrichtungen der Jugendhilfe hat sich als äußerst hilfreich erwiesen. Dies gilt insbesondere für Heime, in denen häufiger als in der Bevölkerung psychisch auffällige Kinder und Jugendliche zu beobachten sind. Die Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik in Bad Salzuflen und verschiedene Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe (Heime) der Versorgungsregion haben in der Zusammenarbeit gute Erfahrungen machen können.

Weiterhin von Bedeutung ist die Kooperation der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen an der psychosozialen Versorgung beteiligten Institutionen über gemeinsame Hilfeplangespräche (§ 36 SGB VIII) zur Ein-

gliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Hierbei fällt den Jugendämtern die koordinierende Rolle zu. Das Gesundheitsamt mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst ist häufig mit der Erstellung entsprechender Gutachten involviert.

Weitere Gremien haben sich bewährt und sollten beibehalten werden. Dazu gehören u. a. der „Beirat“ und der „Runde Tisch“ der Klinikum Lippe GmbH für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die „Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - Untergruppe Kinder und Jugendliche“.

- **Prävention**

Prävention will unter anderem Probleme angehen, indem negative Entwicklungsverläufe im Ansatz erkannt werden, insbesondere die im Psychatrieplan beschriebenen Risikogruppen, die von einer psychischen Erkrankung oder Behinderung in besonderem Maß bedroht sind, bieten vielfältige Ansatzpunkte.

Erste Fördermaßnahmen setzen beispielsweise in Schulen und Kindertagesstätten ein. Bereits zwei Jahre vor der Einschulung wird festgestellt, ob das Sprachvermögen der Kinder altersgemäß entwickelt ist und ob sie die deutsche Sprache hinreichend beherrschen. Dies ist Voraussetzung für Entwicklung und erfolgreiches Lernen.

- **Weitere Aspekte**

In der Öffentlichkeit sind kinder- und jugendpsychiatrische Themen eher selten. Die Aufklärung der Bevölkerung und der mit Kindern und Jugendlichen arbeitenden Berufsgruppen und Institutionen über mögliche psychiatrische Auffälligkeiten sowie der im Kreis Minden-Lübbecke zur Verfügung stehenden Versorgungsstrukturen kann insgesamt zum besseren Verständnis und mehr Toleranz beitragen.

Die Kommunale Gesundheits- und Pflegekonferenz und insbesondere die Arbeitsgruppe Psychiatrie, als Nachfolgegremium des Psychiatriebeirates, sind daher wichtige Instrumente, das Thema in Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit zu bringen. Mit Hilfe des vorliegenden Psychiatrieplanes kann dieses zukünftig noch intensiver genutzt werden.

Um die Entwicklungen in den nächsten Jahren transparent zu machen, wird angeregt, die Versorgungssituation der beschriebenen Bereiche im Jahr 2010 erneut zu überprüfen, besonders im Hinblick auf die Umsetzung der Empfehlungen und der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung. Eine geschlechtsspezifische Darstellung ist zu beachten.

ANHANG 1:

Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen

Die psychischen Störungen sind auf internationaler Ebene durch die Weltgesundheitsorganisation klassifiziert und in ihren diagnostischen Kriterien definiert (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kap. V)³⁵.

Die Abschnitte F80-F89 (Entwicklungsstörungen) und F90-F98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) des Kapitels V enthalten nur für die Kindheit und Jugend spezifische Störungen. Viele Störungen aus anderen Abschnitten können in jedem Lebensalter auftreten und sind ggf. auch bei Kindern und Jugendlichen zu verwenden, sie werden im Folgenden nur kurz erwähnt.

F0 Organische, einschl. symptomatischer psychischer Störungen

Hier sind verschiedene Krankheitsbilder zusammengefasst, die meist im Erwachsenenalter oder im späteren Lebensalter auftreten (u. a. Demenzen). Für Kinder und Jugendliche sind sie nur in Ausnahmefällen, z. B. Hirnverletzung durch Unfall, von Bedeutung.

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

Diese Gruppe umfasst verschiedene Störungen, deren Schweregrad von einer akuten, unkomplizierten Intoxikation und schädlichem Gebrauch bis hin zu psychotischen Störungen (u. a. Delir) und Demenz oder schweren Abhängigkeitssyndromen reicht. Die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (Alkohol, Tabak, illegale Drogen etc.).

³⁵ Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Verlag Hans Huber, 2005

F2 Schizophrene, schizotype und wahnhafte Störungen

Die **schizophrenen Störungen** (F20) sind gekennzeichnet durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken (z. B. zerfahrenes Denken, verschiedene Wahninhalte) und Wahrnehmung (z. B. akustische Halluzinationen im Sinne von Stimmenhören) sowie inadäquate oder verflachte Affektivität. Die Klarheit des Bewusstseins und die intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt. Die Gesamtheit der Störungen führt zu einem Verlust des Gefühls von Individualität und zu gestörtem Realitätsbezug. Die Erkrankungen verlaufen in Schüben (häufig ohne volle Wiederherstellung nach einem Schub) oder chronisch fortschreitend. Bei ca. einem Drittel der Fälle sind aber auch vollständige Heilungen möglich.

Eine Form der Schizophrenie (Hebephrenie) tritt im Alter zwischen 15 und 25 Jahren erstmals auf, die anderen Formen im Erwachsenenalter.

Die weiteren Krankheitsbilder dieses Abschnitts (**schizotype und wahnhafte Störungen**) spielen bei Kindern und Jugendlichen keine Rolle.

F3 Affektive Störungen

In diesem Abschnitt sind manische und depressive Erkrankungen zusammengefasst. Sie verlaufen in Phasen, die in der Regel keine Persönlichkeitsdefizite hinterlassen. Es gibt monopolare (nur manische oder nur depressive Episoden) oder bipolare Krankheitsverläufe (sowohl manische wie depressive Episoden).

Die **manische Episode** (F30, **bipolare Störung** F31) ist gekennzeichnet durch eine in einem umschriebenen Zeitraum deutlich abgrenzbare Veränderung der Stimmung und des Antriebes, im Sinne einer situationsinadäquat gehobenen oder reizbaren Stimmung und einer Antriebssteigerung. Es bestehen eine gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit und ein Gefühl von besonderer körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit, psychotische Symptome können vorhanden sein.

Die Diagnose einer manischen Episode bzw. einer bipolaren Störung erfolgt bei Kindern und Jugendlichen nach denselben Kriterien wie für Erwachsene. Eine Erstmanifestation vor dem 10. Lebensjahr ist selten (0,3-0,5 %) ³⁶.

³⁶ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag unter AWMF online, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-005.htm>

Bei der **depressiven Episode** (F32, **rezidivierende depressive Störungen** F33) liegt eine Störung mit gedrückter Stimmung, Verlust von Freude und Interesse und erhöhter Ermüdbarkeit vor. Die Symptomatik ist vielfältig, z.T. altersabhängig und wenig situationsgebunden. Somatische und/oder psychotische Symptome können zusätzlich vorhanden sein.

Für Kinder und Jugendliche gibt es noch keine einheitlichen Kriterien bzgl. der Definition, der Symptome und des Verlaufs depressiver Störungen. Zu beachten sind entwicklungs- und altersabhängige Symptome bzw. die Veränderungen, die sich im Vergleich zur an Erwachsenen erhobenen Leit-symptomatik ergeben (s. Tabelle 6)³⁷.

Tab. 6: Veränderung der Symptome im Entwicklungsverlauf

<p>Im Kleinkindalter (1-3 Jahre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wirkt traurig • ausdrucksarmes Gesicht • erhöhte Irritabilität • gestörtes Essverhalten • Schlafstörungen • selbststimulierendes Verhalten: Jactatio capitis, exzessives Daumenlutschen • genitale Manipulation • auffälliges Spielverhalten, reduzierte Kreativität und Ausdauer • Spielunlust • mangelnde Phantasie
<p>Im Vorschulalter (3-6 Jahre)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • trauriger Gesichtsausdruck • verminderte Gestik und Mimik • leicht irritierbar und äußerst stimmungslabil • mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen • introvertiertes Verhalten, aber auch aggressives Verhalten • vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten • Essstörungen bis zu Gewichtsverlust/-zunahme • Schlafstörungen, Alpträume, Ein- und Durchschlafstörungen
<p>Bei Schulkindern</p>	<ul style="list-style-type: none"> • verbale Berichte über Traurigkeit • suizidale Gedanken • Befürchtungen, dass Eltern nicht genügend Beachtung schenken • Schulleistungsstörungen
<p>Im Pubertäts- und Jugendalter</p>	<ul style="list-style-type: none"> • vermindertes Selbstvertrauen • Apathie, Angst, Konzentrationsmangel • Leistungsstörungen • zirkadiane Schwankungen des Befindens • psychosomatische Störungen • Kriterien der depressiven Episode

³⁷ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag unter AWMF online, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-005.htm>

F4 Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen

Zu dieser Gruppe gehören Phobien, andere Angststörungen, Zwangsstörungen, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen.

Diese Störungen haben vor allem im Erwachsenenalter Bedeutung, auch wenn sie in jedem Lebensalter auftreten können oder in Kindheit und Jugend beginnen.

Phobien (Ängste vor bestimmten Objekten bzw. Situationen, F40) und **andere Angststörungen** (nicht auf bestimmte Umgebungssituationen begrenzte Angst, F41) haben im Kindesalter z. T. eine besondere Ausprägung und werden dann im Abschnitt F93 codiert. Soziale Phobien (u. a. Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen, F40.1) beginnen oft in der Jugend und führen zum Vermeiden von sozialen Situationen. **Zwangsstörungen** (F42) beginnen in der Kindheit oder im frühen Erwachsenenalter und sind charakterisiert durch Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, die die Betroffenen stereotyp beschäftigen und von ihnen als quälend oder sinnlos erlebt werden

Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.0, F43.1) und **Anpassungsstörungen** (F43.2) werden durch ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis (z. B. Naturkatastrophe, schwerer Unfall) oder eine besondere Veränderung der Lebenssituation (z. B. Trauerfall) hervorgerufen. Bei Kindern gehört häufig das Wiederauftreten von Bettnässen, Babysprache und Daumenlutschen zu einer Anpassungsstörung (F43.23). Bei Jugendlichen kann sich eine Trauerreaktion in aggressivem oder dissozialem Verhalten manifestieren (F43.24).

F5 Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren

Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa), nichtorganische Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen ohne körperliche Ursache und Missbrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen sind hier zusammengefasst. Bei den Essstörungen handelt es sich überwiegend um eine Störung bei heranwachsenden Mädchen und jungen Frauen.

Die **Anorexia nervosa** (F50.0) ist gekennzeichnet durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust oder die unzureichende altersentsprechende Gewichtszunahme. Dies geht einher mit der überwertigen Idee, trotz Untergewicht zu dick zu sein (Körperschema-Störung). Das Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem erwarteten. Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 14 Jahren.

Zur **Bulimia nervosa** (Bulimie, F50.2) gehören häufig auftretende Anfälle von Heißhunger (Essattacken), gefolgt von dem Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch unterschiedliche Maßnahmen (Erbrechen, Laxantienabusus, Fasten etc.) entgegenzuwirken. Die Störung kann nach einer Anorexia nervosa auftreten und umgekehrt. Der Häufigkeitsgipfel der Störung liegt bei 18 bis 20 Jahren³⁸.

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Hier sind Persönlichkeitsstörungen, abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (u. a. pathologisches Spielen, pathologische Brandstiftung, pathologisches Stehlen), Störungen der Geschlechtsidentität, Störungen der Sexualpräferenz und psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung aufgeführt.

Persönlichkeitsstörungen (F60 - F62) sind charakterisiert durch eine schwere Störung der charakterlichen Konstitution und des Verhaltens, die mehrere Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Sie treten häufig erstmals in der Kindheit oder in der Adoleszenz auf, manifestieren sich aber endgültig im Erwachsenenalter. Die Diagnose sollte deshalb vor dem Alter von 16 oder 17 Jahren nicht gestellt werden.

Eine klinisch bedeutsame Unterform ist die **emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ** (Borderline Persönlichkeit, F60.31). Es besteht die Tendenz zu impulsivem Handeln und eine wechselnde, instabile Stimmung. Oft ist das eigene Selbstbild unklar, meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Neigung zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen führt zu wiederholten emotionalen Krisen mit übermäßigen Anstrengungen, nicht verlassen zu werden, und mit Suiziddrohungen oder selbstschädigendem Verhalten. Bei dieser Störung ist überwiegend eine durch schweren körperlichen und/oder sexuellen Missbrauch belastete Kindheit festzustellen.

Eine **Störung der Geschlechtsidentität** (F64) kann sich bereits im Kindesalter zeigen (F64.2). Sie ist verbunden mit einem starken Unbehagen über das angeborene Geschlecht und dem Wunsch, zum anderen Geschlecht zu gehören. Diese Störungen dürfte relativ selten sein und darf nicht mit der viel häufigeren fehlenden Anpassung an das stereotype sexuelle Rollenverhalten verwechselt werden.

³⁸ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag unter AWMF online, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-005.htm>

F7 Intelligenzminderung

Gemäß ICD-10 wird unter einer Intelligenzminderung eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten verstanden, wobei besondere Beeinträchtigungen von Fertigkeiten vorliegen, die zum Intelligenzniveau beitragen, wie z.B. Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Ferner liegt stets eine Beeinträchtigung des Anpassungsverhaltens vor, die aber bei Personen mit leichter Intelligenzminderung in geschützter Umgebung nicht auffallen muss.

Personen mit Intelligenzminderungen sind nach Schweregrad in ihrer Unabhängigkeit, in der Selbstversorgung, im Erlernen schulischer und beruflicher Fertigkeiten, in ihrer emotionalen und sozialen Entwicklung aufgrund von Lernschwierigkeiten beeinträchtigt. Die medizinische Komorbidität und die Prävalenzraten für psychiatrische Störungen sind mindestens drei- bis viermal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung.

Die Prävalenz von Personen mit geistiger Behinderung ist bei einem IQ < 50 für den deutschen Sprachraum bei etwa 0,3 bis 0,49 % anzunehmen³⁹.

F8 Entwicklungsstörungen

Dieser Abschnitt umfasst im Wesentlichen die „umschriebenen Entwicklungsstörungen“ (Störungen in den Bereichen der Sprache, des Lesens, des Rechtschreibens und des Rechnens sowie der Motorik, F80 - F83) und die „tiefgreifenden Entwicklungsstörungen“ (die verschiedenen Autismusformen, F84).

Zu den Definitionskriterien für Entwicklungsstörungen gehören u. a., dass der Beginn ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt und dass die Störungen eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind. Die meisten dieser Störungen treten bei Jungen mehrfach häufiger als bei Mädchen auf. Die Ursache der Entwicklungsstörungen ist in den meisten Fällen unbekannt. Umweltfaktoren beeinflussen die betroffenen Entwicklungsfunktionen oft, sie sind meist jedoch nicht ausschlaggebend.

Der Begriff der „Teilleistungsstörung“ im deutschen Sprachraum ist dem der „umschriebenen Entwicklungsstörung“ analog.

³⁹ Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, 2003

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80):

Auffälligkeiten in der Entwicklung von Sprechen und Sprache sind häufig. Die Abgrenzung gegenüber einer nur vorübergehend verzögerten Sprachentwicklung ist gerade bei Kleinkindern schwierig, da die normale Entwicklung eine große Variationsbreite zeigt.

Bei den umschriebenen Störungen des Sprechens und der Sprache sind die normalen Entwicklungsmuster von frühen Entwicklungsstufen an beeinträchtigt. Die Störungen können nicht direkt neurologischen Störungen, Störungen des Sprechablaufs, sensorischen Beeinträchtigungen, Intelligenzminderung oder Umweltfaktoren zugeordnet werden.

In Deutschland werden für die umschriebenen Störungen der Sprech- und Sprachentwicklung zwischen 3 und 20 % der Kinder als betroffen angegeben. Die Zahlen sind abhängig von der Art der Störung, die untersucht wird, von der Definition und den angewandten Verfahren⁴⁰.

Die Symptome lassen sich am übersichtlichsten in Störung des Sprechens und Störung der Sprache unterteilen. Als begleitende Störungen sind bei 40 bis 80 % psychiatrische Störungen, insbesondere Aufmerksamkeitsstörungen mit und ohne Hyperaktivität, nachzuweisen. Daneben kommen Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen gehäuft vor. Etwa die Hälfte der Kinder hat schulische Schwierigkeiten, überwiegend handelt es sich um Lese- und Rechtschreibstörungen. Auch motorische Auffälligkeiten sind zu finden.

Neben den zahlreichen Behandlungsmethoden sollte auch die Motorik gefördert und die Lese- und Rechtschreibstörung und psychiatrische Störung behandelt werden.

Etwa drei Viertel der Vorschulkinder, die Sprechunflüssigkeiten zeigen, hören damit ohne Intervention wieder auf.

Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F81):

Die **Lese-Rechtschreib-Störung** (LRS, F81.0) ist eine umschriebene Beeinträchtigung der Entwicklung der Lesefertigkeiten und in der Regel damit verbunden der Rechtschreibfähigkeiten, die nicht durch eine Intelligenzminderung, unzureichende Lernbedingungen, unkorrigierte Seh- oder Hörstörung, ausgeprägte neurologische Defizite oder emotionale Störung bedingt ist. Die Probleme bestehen von Anfang an und werden nicht erst später während der Schullaufbahn erworben.

⁴⁰ Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, 2003

Das Internationale Klassifikationsschema für psychische Störungen (ICD-10) unterscheidet von der LRS die isolierte Rechtschreibstörung (F81.1). Der Begriff „Legasthenie“ wurde Anfang des 20sten Jahrhunderts als Synonym für Leseschwäche eingeführt.

Im Vergleich internationaler Studien tritt die LRS mit einer Häufigkeit bei 4 bis 5 % aller Kinder auf. Dabei sind Jungen zwei- bis dreimal häufiger als Mädchen betroffen⁴¹.

Den betroffenen Kindern gelingt es trotz aller Anstrengungen viel schwerer als den anderen, die Bedeutung umschriebener Zeichen zu erfassen. Nicht selten lassen sich bei LRS-Kindern noch andere Entwicklungsauffälligkeiten, insbesondere im Bereich der Sprache und der Motorik, beobachten. Auch eine Häufung psychischer Auffälligkeiten wird beschrieben. Dazu gehören emotionale Störungen wie Leistungsängste, Schulunlust und Schulangst, psychosomatische Beschwerden (Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen), hyperkinetische und Aufmerksamkeitsstörungen und Störungen im Sozialverhalten. Eine LRS wird auch als Risiko für eine delinquente Fehlentwicklung angesehen.

Die Hilfestellung zur Prävention und Therapie hat folgende Ansatzpunkte: Prävention, Elternberatung und familienorientierte Maßnahmen, Legasthenietherapie mit dem Kind, Hilfe in der Schule und schulische und sozialrechtliche Hilfen.

Das „Bielefelder Screening-Verfahren“ ermöglicht die Früherkennung von Kindern im letzten Kindergartenjahr, die wahrscheinlich im Schulalter Lese- und Rechtschreibstörungen haben werden. So können lautsprachliche und lautlich visuelle Übungen beim Vorschulkind das Erlernen des Lesens und Rechtschreibens im Grundschulalter günstig beeinflussen. Therapeutisch stehen vier Aufgabenbereiche im Vordergrund. Dazu gehören Übungsbehandlungen, Unterstützung des Kindes bei der psychischen Bewältigung, Behandlung von Begleitstörungen durch Psychotherapie und Pharmakotherapie sowie die Behandlung von Störungen des Sehens und Hörens.

Die schulischen Möglichkeiten einer spezifischen Unterstützung des Kindes mit umschriebener LRS sind länderspezifisch durch „Legasthenie-Erlasse“ geregelt. Anspruch auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII haben Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen LRS dann, wenn die schulische, berufliche oder soziale Eingliederung in einem Maß gefährdet ist, dass die Kriterien einer zumindest drohenden seelischen Behinderung erfüllt sind.

Rechenstörungen (F81.2) sind etwa gleich häufig wie Lese-Rechtschreibstörungen zu finden. Die Kriterien, die für eine Diagnosestellung erfüllt sein müssen oder eine Diagnose ausschließen, sind analog zu denen der Lese-Rechtschreib-Störung. Sie verlangen in erster Linie eine signifikante Diskrepanz zwischen der gemessenen und der aufgrund des Alters und der

⁴¹ Schulte-Körne, G./ Remschmidt, H.: Legasthenie-Symptomatik, Diagnostik, Ursachen, Verlauf und Behandlung in Deutsches Ärzteblatt 2003, Jg. 100, A396-406 [Heft 7]

allgemeinen Intelligenz erwarteten Schulleistung in Mathematik. Verschiedenen Untersuchungen zufolge liegen die Häufigkeitsangaben zwischen 3 und 6 %. Etwa ein Drittel der rechenschwachen Kinder zeigen Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen und bei mindestens einem weiteren Drittel bestehen Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung⁴².

Bereits im Vorschulalter fallen Schwierigkeiten auf, Mengen einzuschätzen, zu vergleichen oder zu sortieren. Die Fähigkeiten, zu zählen, Gegenstände abzuzählen oder Mengenbilder zu gesprochenen Zahlwörtern zuzuordnen, sind eingeschränkt.

Diagnostik, Förderung und Behandlung sollten grundsätzlich so früh und so integrativ wie möglich erfolgen, d. h. unter Einbeziehung von Lehrern und Eltern.

Über den langfristigen Verlauf liegen bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Insgesamt dürfte der Verlauf wie auch bei den Störungen des Spracherwerbs sehr wesentlich vom Ausmaß und Schweregrad der Entwicklung komorbider Störungen abhängen.

Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84):

Hier werden die **autistischen Störungen** zusammengefasst. Die Entwicklung der Kinder ist meist von frühester Kindheit an erheblich beeinträchtigt und ein Aufholen der Entwicklungsrückstände ist in der Regel nicht möglich.

Zu den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen gerechnet werden u. a. der frühkindliche Autismus (F84.0), der atypische Autismus (F84.1), das Rett-Syndrom (F84.2) und das Asperger-Syndrom (F84.5).

Die Gruppe von Störungen ist durch qualitative Beeinträchtigungen in gegenseitigen sozialen Interaktionen und Kommunikationsmustern sowie durch ein eingeschränktes, stereotypisches, sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten charakterisiert.

Neuere epidemiologische Studien gehen von einer Häufigkeit von 30 bis 60 Fällen pro 10.000 Kinder und Jugendliche für alle tiefgreifenden Entwicklungsstörungen aus. In Bezug auf frühkindlichen Autismus wird von einer Rate 10/10 000 Kinder und Jugendliche ausgegangen. Jungen sind häufiger betroffen (3-4:1). In rund 40 % (25-50 %) wird eine geistige Behinderung festgestellt⁴³.

⁴² Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, 2003

⁴³ Uni Marburg, Marburger Spezialambulanz für Autismus-Spektrum-Störungen, in <http://kjp.uni-marburg.de/aut>

Insgesamt ist die Datenlage unbefriedigend. Die gestiegene Prävalenz ist auf die erhöhte Aufmerksamkeit zurückzuführen, die den autistischen Störungen in den letzten Jahrzehnten gewidmet wurde.

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Hyperkinetische Störungen (F90):

Diese Störungen sind auch unter dem Begriff **Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)** bekannt.

ADHS ist heute eins der am häufigsten beschriebenen Krankheitsbilder im Kindes- und Jugendalter. Angaben zur Häufigkeit sind international sehr unterschiedlich. Sie schwanken zwischen 2 und 18 %, je nach den zugrunde gelegten Diagnosekriterien. Genaue Zahlen für Deutschland fehlen. Experten gehen davon aus, dass ca. 2 bis 6 % aller Kinder und Jugendlichen betroffen sind⁴⁴.

Zusätzlich wird noch von einer hohen Zahl unerkannter ADHS-Fälle ausgegangen, da insbesondere die reine Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität über längere Zeit unauffällig bleibt. ADHS tritt nicht nur in den sogenannten Zivilisationsländern auf, sondern wird weltweit in allen Kulturen beobachtet.

Im Vergleich zu Mädchen leiden Jungen drei- bis viermal häufiger an ADHS. Unterschiede der Geschlechter zeigen sich auch in der Ausprägung der Erkrankung. Bei Jungen findet man häufiger die Variante des hyperaktiv-impulsiven Typs ("Zappelphilipp"). Mädchen sind eher von der unaufmerksamen und verträumten Variante ("Traumsuse") ohne hyperaktive Verhaltensauffälligkeiten betroffen.

Entgegen bisheriger Annahmen verschwinden die Verhaltensstörungen einer ADHS in vielen Fällen nicht mit der Pubertät, sondern deutliche Anzeichen der Erkrankung können sich bis ins Erwachsenenalter fortsetzen. Unzureichende Konzentrationsfähigkeit, mangelnde Selbstorganisation und Probleme mit der Selbstbeherrschung in emotionalen Stresssituationen können sichtbare Symptome von ADHS bei Erwachsenen sein. ADHS kann für viele eine dauerhafte, oft lebenslange Erkrankung bleiben.

Störungen der Aufmerksamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität stellen im Kindesalter ein häufiges Problem dar. Die Hauptsymptome „Aufmerksamkeitsstörung“ und „Hyperaktivität“ treten in mehr als einem Lebensbereich

⁴⁴ ADHS, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung...was bedeutet das? Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) Köln, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung, 2005
(Die Broschüre ist kostenlos erhältlich bei der Bzga, 51101 Köln oder per E-Mail: order@bzga.de)

in Erscheinung, z. B. zu Hause, in der Schulklasse oder im Freizeitbereich. Sie müssen deutlich stärker ausgeprägt sein als bei Kindern gleichen Alters und gleicher Intelligenz. Die charakteristischen Verhaltensmerkmale sollten früh, d. h. vor dem 6. Lebensjahr, begonnen haben und von längerer Dauer sein.

Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen zeigen sich durch eine erhöhte Ablenkbarkeit. Aufgaben werden vorzeitig abgebrochen und Tätigkeiten nicht beendet. Meist sind die Auffälligkeiten bei jenen Tätigkeiten stärker ausgeprägt, die von anderen vorgegeben und nicht selber initiiert sind.

Kinder mit hyperkinetischen Auffälligkeiten neigen mehr als andere gleichaltrige Kinder dazu, plötzlich und ohne Überlegung zu handeln. Sie folgen spontan ihren Ideen und Handlungsimpulsen und überdenken nicht deren Folgen.

Viele Kinder mit hyperkinetischen Auffälligkeiten fallen durch ihre extreme Ruhelosigkeit und erhöhte motorische Aktivität auf, insbesondere in Situationen, in denen vermehrt Ruhe und Konzentration verlangt wird.

Bleibt ADHS unbehandelt, kann das ernsthafte Folgen für das Kind und sein gesamtes familiäres Umfeld nach sich ziehen, wie z.B. Schulversagen, Familienprobleme oder eine erhöhte Suchtgefahr. Auch wenn ADHS nicht grundsätzlich heilbar ist, so kann den betroffenen Kindern durch intensive Betreuung und eine gezielte Behandlung der Symptome eine weitgehend normale soziale und schulische Entwicklung ermöglicht werden. Die Behandlung von ADHS stützt sich heute auf mehrere Säulen: Individuell kombiniert werden, nach Aufklärung und Beratung aller Betroffenen, Psychotherapie, z. B. Verhaltenstherapie des Kindes, Eltern- und Lehrertraining sowie medikamentöse Therapie.

Obwohl die Entstehungsursachen immer noch nicht vollständig geklärt werden konnten, weiß man heute, dass eine Funktionsstörung im Gehirn für die Verhaltensauffälligkeiten verantwortlich ist. Bei ADHS-Kindern ist in bestimmten Hirnabschnitten das sensible System der Botenstoffe, die Reize von einer Nervenzelle zur nächsten weiterleiten, ins Ungleichgewicht geraten.

Da ADHS oft familiär gehäuft auftritt, scheinen genetische Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von ADHS zu spielen. Zwar können sich ungünstige Bedingungen, unter denen die Kinder aufwachsen, wie z.B. häufig wechselnde Bezugspersonen, fehlende Alltagsstrukturen sowie Vernachlässigung, verstärkend auf die Verhaltensauffälligkeiten auswirken. Experten weisen jedoch darauf hin, dass negative Umweltfaktoren niemals alleine ADHS verursachen können.

Störungen des Sozialverhaltens (F91) und kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (F92):

Die **Störungen des Sozialverhaltens** (F91) sind gekennzeichnet durch ein Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens mit Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen, welches länger als 6 Monate besteht. Es soll schwerwiegender sein als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. Oft gleichzeitiges Vorkommen mit schwierigen psychosozialen Umständen.

Die Störungen sollten nicht nur auf eine Person beschränkt sein, sondern in verschiedenen sozialen Situationen zu beobachten sein.

Zu den Leitsymptomen gehören:

- Deutliches Maß an Ungehorsam, Streiten oder Tyrannisieren
- Ungewöhnlich häufige oder schwere Wutausbrüche
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Zündeln
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schuleschwänzen
- Weglaufen von zu Hause.

Bei erheblicher Ausprägung genügt jedes einzelne der genannten Symptome für die Diagnosestellung, nicht jedoch einzelne dissoziale Handlung.

Bei einer Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (F91.2) bestehen die genannten Auffälligkeiten bei überwiegend guter Einbindung in die Altersgruppe, wobei es sich häufig um dissoziale oder delinquente Gleichaltrige handelt; ausgenommen sind die Opfer dissozialen Verhaltens. Die Beziehungen zu Erwachsenen sind häufig schlecht.

Bei einer Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (F91.3) fehlen schwere dissoziale oder aggressive Handlungen. Leitsymptome sind aufsässiges, ungehorsames, feindseliges, provokatives und trotziges Verhalten, die Missachtung der Regeln oder Anforderungen Erwachsener und gezieltes Ärgern anderer. Anderen wird die Verantwortung für eigene Fehler zugeschrieben, Wutausbrüche sind häufig, die Frustrationstoleranz ist niedrig. Diese Verhaltensweisen richten sich mehr gegen Erwachsene als gegen Gleichaltrige.

Bei einer **kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen** (F92) müssen die Leitsymptome einer zusätzlichen emotionalen Störung erfüllt sein. Am häufigsten ist eine begleitende depressive Störung (F92.0, vgl. F32, F33 oder F34). Jede andere Störung des Befindens kommt aber ebenfalls in Frage, z.B. Angst- oder Zwangssymptome (F92.8).

Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)

Hier werden die für das Kindesalter und die Adoleszenz typischen emotionalen Störungen codiert, die sich von den für das Erwachsenenalter typischen neurotischen Störungen unterscheiden. Es gibt aber auch bei Kindern und Jugendlichen neurotische Störungen, die dann unter F4 verschlüsselt werden (siehe dort).

Forschungsergebnisse zeigen, dass die Mehrheit der Kinder mit emotionalen Störungen als Erwachsene unauffällig sind, also keine neurotischen Störungen aufweisen. Viele emotionale Störungen im Kindesalter scheinen eher eine Verstärkung normaler Entwicklungstrends als eigenständige Phänomene darzustellen.

Bei der **emotionalen Störung mit Trennungsangst des Kindesalters** (F93.0) ist das Hauptmerkmal eine fokussierte, übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von Personen, an die das Kind gebunden ist (üblicherweise Eltern oder andere Familienmitglieder). Die Angst unterscheidet sich von der bei Säuglingen und Vorschulkindern normalen Trennungsangst durch den Schweregrad und eine Beeinträchtigung sozialer Funktionen.

Weitere Störungsbilder dieses Abschnitts sind u. a. die **phobische Störung des Kindesalters** (F93.1) und die **Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters** (F93.2).

Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F94):

Es handelt sich um eine heterogene Gruppe von Störungen mit Auffälligkeiten in den sozialen Funktionen und mit Beginn während des Entwicklungsalters. Sie sind nicht - wie die tiefgreifenden Entwicklungsstörungen - durch eine offensichtliche konstitutionelle Beeinträchtigung oder Defizite aller sozialen Funktionen charakterisiert. Schwerwiegende Beeinträchtigungen des Milieus oder Deprivationen sind häufig. Es gibt keinen deutlichen Geschlechtsunterschied.

Die **reaktive Bindungsstörung des Kindesalters** (F94.1) tritt bei Kleinkindern und jungen Kindern bis fünf Jahren auf und ist gekennzeichnet durch ein abnormes Beziehungsmuster zu Betreuungspersonen (widersprüchliche oder ambivalente Reaktionen). Eine emotionale Störung ist begleitend, häufig sind Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, Unglücklichsein, gegen sich selbst und andere gerichtete Aggressionen sowie geringe soziale Kontakte zu Gleichaltrigen. Eine Wachstumsverzögerung kann auftreten.

Das Syndrom ist wahrscheinlich direkte Folge ausgeprägter elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung. Das Verhaltens-

muster ist anhaltend, ändert sich jedoch bei ausreichend deutlichem Wechsel im Betreuungsmuster.

Tic-Störungen F95:

Bei Tics handelt es sich um nichtrhythmische motorische Bewegungen (gewöhnlich in funktionell umschriebenen Muskelgruppen; z. B. Blinzeln, Grimassieren) oder um Lautäußerungen (z. B. Räuspern), ohne dass ein offensichtlicher Zweck zu erkennen ist. Die Tics sind weitgehend unwillkürlich, plötzlich auftretend und rasch ablaufend, sich einzeln oder in Serien wiederholend. Tics können für unterschiedliche Zeiträume unterdrückt werden und müssen manchmal aus einem inneren sensomotorischen Drang heraus initiiert werden. Sowohl motorische als auch vokale Tics können in einfacher oder komplexer Form auftreten und unter emotionaler Erregung (freudig oder ärgerlich) verstärkt vorkommen. Tics sind auch in allen Schlafstadien beobachtbar, allerdings in abgeschwächter Form.

Sonstige Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98):

Diese Kategorie umfasst heterogene Störungen wie u. a. nichtorganische Enuresis (Einnässen) und Enkopresis (Einkoten), Fütterstörung und Stottern.

Enuresis, Enkopresis:

Die nichtorganische Enuresis (F98.0) wird als ein unwillkürlicher Harnabgang ab einem chronologischen Alter von fünf Jahren und einem geistigen Intelligenzalter von vier Jahren definiert. Organische Grunderkrankungen wie Epilepsie, neurologische Inkontinenz, strukturelle Veränderungen des Harntraktes, medizinische Erkrankungen müssen ausgeschlossen werden. Die Mindestdauer der Symptomatik beträgt drei Monate, die Häufigkeit zweimal pro Monat unterhalb eines Alters von sieben Jahren und einmal pro Monat bei älteren Kindern.

Enuresis bezeichnet eine normale, vollständige Blasenentleerung am falschen Platz und zur falschen Zeit. Sie kann primär (von Geburt an, d. h. als abnorme Verlängerung der normalen infantilen Inkontinenz) oder sekundär (nach einer Periode bereits erworbener Blasenkontrolle) auftreten. Eine Harninkontinenz ist gekennzeichnet durch einen ungewollten Harnabgang mit Blasendysfunktion. Diese kann strukturell, neurogen oder funktionell bedingt sein.

Die Enuresis nocturna (nachts) ist zwei- bis dreimal häufiger als das Einnässen tagsüber. Mit steigendem Alter nehmen die Raten ab. Die Präva-

lenz liegt bei 7-Jährigen bei etwa 10 %. Die primäre Enuresis nocturna kommt in diesem Alter etwa gleich häufig wie die sekundäre Form vor⁴⁵.

Hauptmerkmal der nichtorganischen **Enkopresis** (F98.1) ist das wiederholte unwillkürliche (und in seltenen Fällen auch willkürliche) Absetzen der Faeces an hierfür nicht vorgesehene Stellen. Die Symptomatik muss mindestens einmal monatlich über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten auftreten. Die Störung kann entsprechend der Enuresis primär oder sekundär sein.

Die Prävalenz nimmt auch hier mit steigendem Alter ab. Jungen sind dreibis viermal häufiger betroffen.

⁴⁵ Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, 2003

Anhang 2:

Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, häusl. Gewalt

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch sind relevante psychosoziale Belastungsfaktoren.

Im Kontext früher Vernachlässigung, aber auch bei den anderen Misshandlungsformen ist die Diagnose der reaktiven Bindungsstörungen des Kindesalters (F94.1) zu beachten⁴⁶. Auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung (F60.31) liegt überwiegend ein schwerer körperlicher und/oder sexueller Missbrauch in der Kindheit vor⁴⁷.

Mit körperlicher Vernachlässigung ist eine nicht hinreichende Versorgung und Gesundheitsfürsorge gemeint, die zu massiven Gedeih- und Entwicklungsstörungen führen kann (bis hin zum psychosozialen Minderwuchs). Emotionale Vernachlässigung (Deprivation) ist ein nicht hinreichendes oder ständig wechselndes und dadurch nicht ausreichendes emotionales Beziehungsangebot.

Körperliche Kindesmisshandlung ist definiert als direkte Gewalteinwirkung auf das Kind durch Schlagen, Verbrennen, Verätzen, Schütteln, aber auch die Schädigung durch Intoxikation eines Kindes. Emotionale Kindesmisshandlung ist unzureichend definiert und zeigt Überschneidung mit emotionaler Vernachlässigung. Ein Sonderfall ist das Münchhausen-by-proxy-Syndrom: Dies ist eine Misshandlungsform durch Vorspiegelung falscher Krankheitssymptome bei dem Kind durch die Bezugspersonen; mit teilweise massiver iatrogener Belastung bzw. Schädigung des Kindes durch zahllose diagnostische Interventionen und inadäquate therapeutische Maßnahmen.

Sexueller Kindesmissbrauch sind sexuelle Handlungen mit Körperkontakt (insbesondere Brust- und Genitalbereich; sog. Hands-on-Taten) sowie das Vorzeigen von pornographischem Material bzw. das Herstellen von pornographischen Fotos, Filmen etc. und der Exhibitionismus (Hands-off-Taten) durch eine wesentlich ältere jugendliche oder erwachsene Person. Besonders zu berücksichtigen sind Handlungen unter Ausnutzung von Abhängigkeitsverhältnissen.

⁴⁶ Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 2. überarbeitete Auflage 2003, Deutscher Ärzte Verlag unter AWMF online, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/028-005.htm>

⁴⁷ Machleidt, W./ Bauer, M./ Lamprecht, F./ Rose, H. K./ Rohde-Dachser, C. (Hrsg.): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 7. Auflage, Thieme, 2004

Unter den Folgen häuslicher Gewalt leiden auch Kinder, unabhängig davon, ob sie selbst Opfer physischer, psychischer oder sexualisierter Gewalt geworden sind oder diese lediglich bei ihren Eltern miterlebt haben. Bei häuslicher Gewalt handelt es sich um eine Beziehungstat zwischen zwei erwachsenen Menschen. Jede vierte Frau wird im Laufe ihres Lebens mindestens einmal Opfer häuslicher Gewalt⁴⁸.

Suizidalität

Suizidalität ist ein Symptom, keine Diagnose, erfordert jedoch eine gezielte therapeutische Intervention.

Der Suizid ist eine selbst intendierte Handlung mit tödlichem Ausgang. Suizidale Gedanken und Affekte werden in oft passagerer Form bei ca. 8 % der Kinder und bei mindestens 20 % der Jugendlichen beschrieben. Bei psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen steigen die Zahlen stark an. Der Suizid ist nach dem Unfalltod die zweithäufigste unnatürliche Todesursache im Jugendalter⁴⁹.

Als Ursache des Suizids bei Kindern und Jugendlichen ist oft nicht nur das Ausmaß einer psychosozialen Belastung ausschlaggebend, sondern ein Zusammentreffen von mangelnden individuellen Verarbeitungs- und Problemlösungsfähigkeiten mit der ungenügenden Nutzung familiärer Ressourcen. Fehler in der Erziehung, wie Zurücksetzen oder Vernachlässigung des Kindes, fehlende Grenzen, Misstrauen, aber auch ständige Kritik oder eine angstfördernde Erziehung sowie zu hohe Leistungserwartungen gehören dazu.

⁴⁸ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland, Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse, 2004

⁴⁹ Herpertz-Dahlmann, B./ Resch, F./ Schulte-Markwort, M./ Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie, Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen, Schattauer, 2003