MST-CAN – ein neues Angebot zum Kinderschutz im Kanton Thurgau

Bruno Rhiner, Ute Fürstenau
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Thurgau, Weinfelden

Im Kanton Thurgau läuft seit Januar 2011 ein Modellprojekt zur Behandlung von Familien, die ihre Kinder vernachlässigen und misshandeln. Mittels aufsuchender Therapie wird die ganze Familie unter Einbezug des Umfelds intensiv begleitet. Diese sogenannte multisystemische Therapie Kinderschutz MST-CAN (child abuse and neglect) ist eine Adaptation der bewährten multisystemischen Therapie für Jugendliche mit einer schweren Störung des Sozialverhaltens, die im Thurgau seit 2007 und seit 2012 auch im Aargau angeboten wird. Das Angebot von MST-CAN im Thurgau ist das erste MST-CAN-Angebot in einem nicht englischsprachigen Land und eines der ersten in Europa. Aktuell etablieren sich neue MST-CAN-Teams in London, Amsterdam und New York.

Hohe Raten von Fremdplatzierungen

Vernachlässigung und Misshandlung sind Hauptrisikofaktoren für eine ganze Reihe von psychiatrischen Erkrankungen. In Deutschland gehen Pillhofer et al. in einer systematischen Übersichtsarbeit davon aus, dass 3–10% der Kinder Misshandlungserfahrungen haben, vernachlässigt werden oder unter sehr belastenden Erziehungsbedingungen aufwachsen müssen [1]. Von den 7,1 Milliarden Euro, die in Deutschland im Jahr 2010 für die Hilfen zur Erziehung innerhalb der Jugendhilfe ausgegeben wurden, flossen 3,9 Milliarden in die Kosten für die Platzierung von Kindern [2].
In der Schweiz liegt die Fremdplatzierungsrate in den meisten Kantonen auf ähnlich hohem Niveau wie im benachbarten europäischen Ausland. Leider fehlt es aber in der Schweiz an aussagekräftigen Statistiken auf Bundesebene. Die Zahl der fremduntergebrachten Kinder ist mit ca. 1% in den deutschsprachigen Ländern im internationalen Vergleich relativ hoch. Nach einer Gesetzesänderung in Deutschland stieg in den vergangenen fünf Jahren die Zahl der Inobhutnahmen um 43% auf über 83 500 Fälle [3, 4]. Mit der ab Januar 2013 in Kraft tretenden Revision des Vormundschaftsrechts und der Schaffung von professionellen Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden ist auch in der Schweiz mit einer vergleichbaren Entwicklung zu rechnen. In der Schweiz schwankt die Prävalenz an Massnahmen in Form von Beistandschaften je nach Kanton von 0,3% (Uri) bis 4,3% (Neuenburg) [5].
Entscheidungen, die wegen Gefährdung des Kindeswohls zu Eingriffen in das elterliche Sorgerecht führen, sind immer heikel und schwerwiegend. Gründe für einen behördlichen Eingriff waren nach Deegener bei 40–50% der Fälle Vernachlässigung, bei 25% körperliche Misshandlung, bei 10% sexuelle Übergriffe und bei 3% seelische Gewalt [6]. In der schweizerischen Untersuchung durch das Nationalfondsprojekt 52 fanden Voll et al., dass bei Vernachlässigung von Kindern in 50% eine psychische Erkrankung der Familienmitglieder und in 45% eine Suchterkrankung mitbeteiligt waren [7].

Bruno Rhiner

Ute Fürstenau

Gravierende soziale und gesundheitliche Folgen

Vernachlässigung und Misshandlung haben für die betroffenen Kinder gravierende gesundheitliche Kurz- und Langzeitfolgen. Zu den kurzfristigen Konsequenzen gehören psychische Probleme, Substanzmissbrauch, Gesundheitsprobleme, Probleme in der Beziehung zu Gleichaltrigen, Schulprobleme und Delinquenz. Langfristig entwickeln die betroffenen Kinder allgemeine Gesundheitsprobleme, Ängste und Depressionen, sie zeigen ein höheres Risiko zu Substanzmissbrauch und eine höhere Suizidgefährdung (Abb. 1 📷). Problematisch ist zudem, dass Vernachlässigung und Misshandlung über das Erziehungsverhalten von Generation zu Generation weitergereicht werden. Früher selbst misshandelte und vernachlässigte Kinder wachsen oft zu misshandelnden und vernachlässigenden Eltern heran. Die Folgekosten pro Fall von Kindesmisshandlung bis zur Pensionierung wurden in einer deutschen Kosten-Nutzen-Analyse mit 424 000 Euro für die optimistischen und moderaten Verläufe und mit 1 243 000 Euro für die pessimistischen Fallszenarien berechnet [8].
Angesichts der enormen Folgen für die betroffenen Kinder und der beträchtlichen gesellschaftlichen Folgekosten erstaunt es, dass evidenzbasierte Therapieverfahren in diesem Bereich noch wenig bekannt sind und nur spärlich Anwendung finden.
Die Risikofaktoren, die zu Vernachlässigung und Misshandlung führen, können in den verschiedensten Systemen um ein Kind oder einen Jugendlichen herum auftreten und identifiziert werden (Abb. 2 📷). Risikofaktoren auf Seiten des Kindes sind Entwicklungsverzögerung, Behinderung, Verhaltensprobleme oder Temperamentsfaktoren. Oft haben die Eltern eine eigene Geschichte von Misshandlung und Verwahrlosung, verfügen über ungenügendes Wissen über kindliche Entwicklung oder leiden an Impulskontrollstörungen, an psychiatrischen Erkrankungen wie Depression oder Abhängigkeitsstörungen und verfügen über geringe Fähigkeiten, ihre eigenen Emotionen gut zu regulieren. Konflikte in der Paarbeziehung mit heftigen, teilweise auch körperlichen Auseinandersetzungen oder alleinerziehende Eltern-

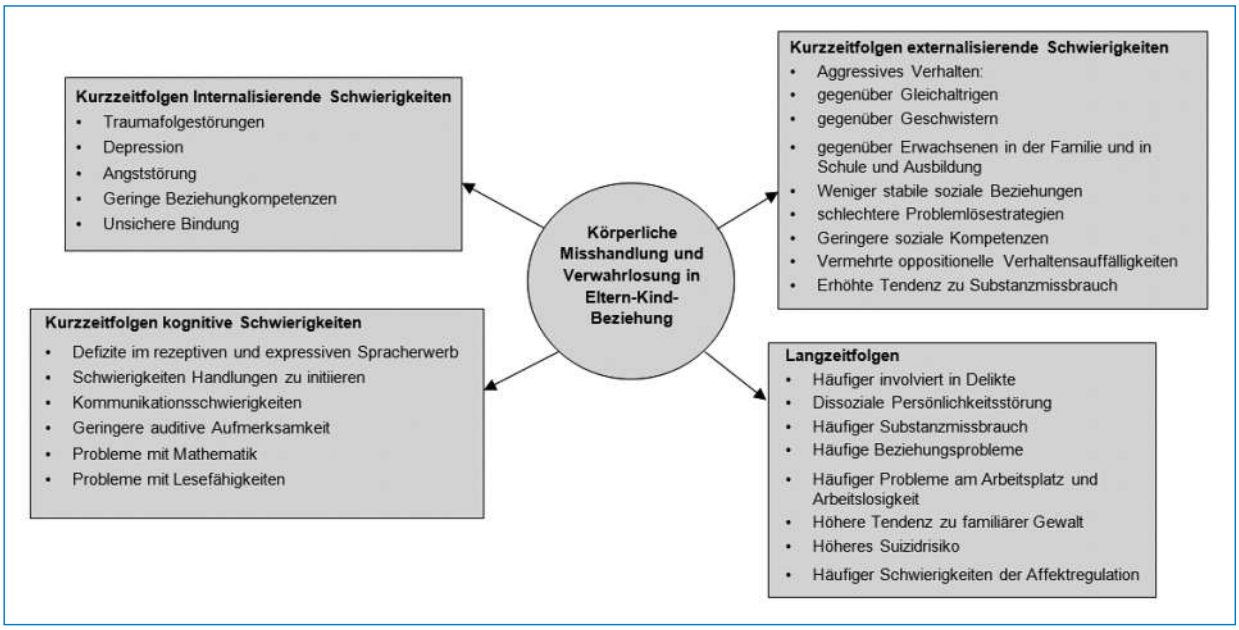

Abbildung 1
Kurz- und langfristige Folgen von Vernachlässigung und Misshandlung.

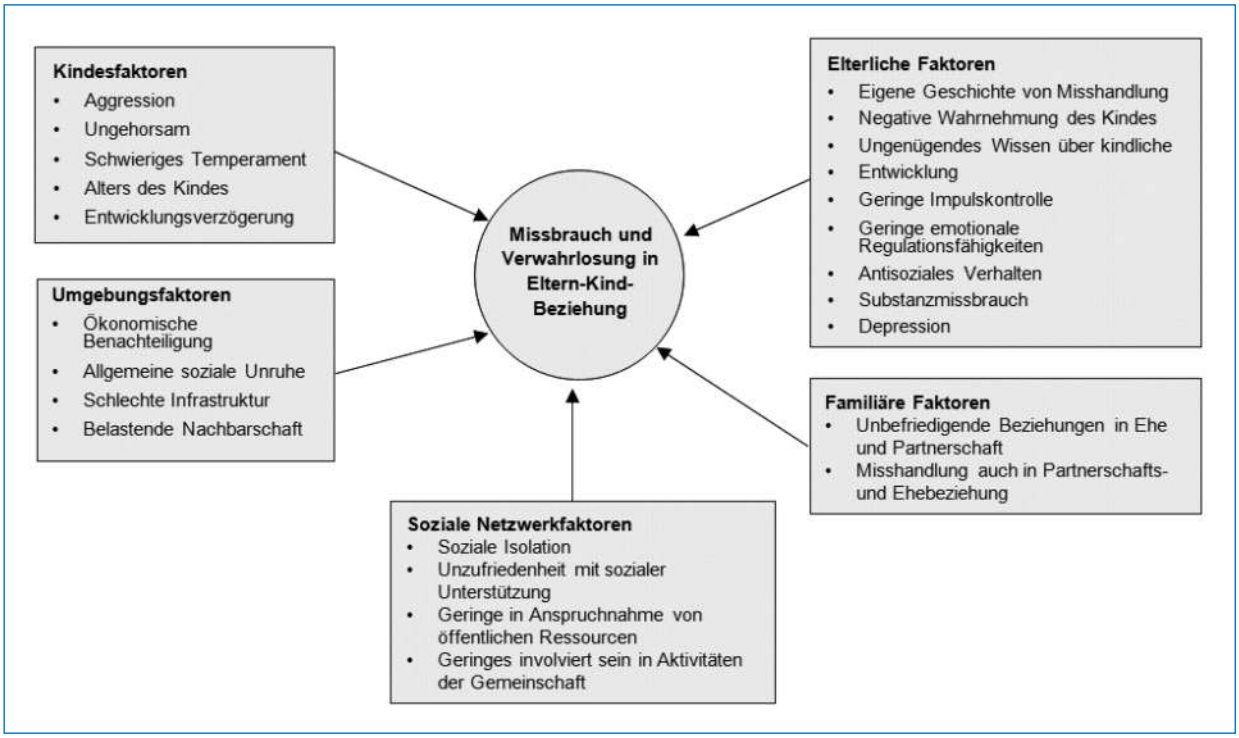

Abbildung 2
Risikofaktoren, die zu Vernachlässigung und Misshandlung führen können.

teile sind weitere Risikofaktoren. Die betroffenen Familien sind oft isoliert und können weniger gut Hilfsstrukturen in ihrem Umfeld in Anspruch nehmen. Ökonomische Benachteiligung und allgemeine Unruhe oder eine belastende Nachbarschaft kommen ebenfalls gehäuft vor.

Ein systemübergreifender Therapieansatz

Angesichts der multifaktoriellen Genese von Vernachlässigung und Misshandlung erstaunt es nicht, dass die multisystemische Therapie mit ihrem systemübergreifenden Ansatz eine geeignete und sinnvolle therapeutische Massnahme darstellt. Das evidenzbasierte und manualisierte Therapieprogramm MST-CAN wurde von Swenson und Mitarbeitern in South Carolina, USA, entwickelt [9]. Die multisystemische Therapie ist international weit verbreitet und fokussiert auf Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens [10, 11]. MST-CAN ist eine Adaptation dieses bewährten multisystemischen Ansatzes auf den Kinderschutzbereich. In einem MST-CAN-Team arbeiten vier Therapeuten (und eine postgradierte

Psychologin als Kotherapeutin für Krisensituationen) mit einem Masterabschluss in Psychologie in einem 100%-Arbeitspensum gemeinsam unter der fachlichen Anleitung einer zu 100% tätigen Oberärztin. Ein Therapeut behandelt maximal drei bis vier Familien. Jede Familie ist 6–9 Monate in Behandlung. Dies erlaubt jedem Therapeuten ein hoch intensives Arbeiten mit der ganzen Familie.

Als Patienten werden nicht nur die traumatisierten Kinder angesehen, sondern die ganze Familie, insbesondere die Eltern der Kinder, die oft selbst psychiatrisch erkrankt sind (Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, Traumafolgestörungen). Nebst der üblichen multisystemischen Arbeitsweise werden die Therapeuten in evidenzbasierten Therapieverfahren zur Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und bei Erwachsenen, aber auch zur Behandlung von Substanzmissbrauch ausgebildet.

Hauptsächlicher Wirkfaktor in diesen hoch belasteten Familien ist, dass ein Therapeut aus erster Hand die ganze Familie und das involvierte System rundherum mit Kindergarten und Schule, mit Sozialarbeitern von Beratungsstellen und Behörden ins Therapieprogramm integrieren kann. Das Team hat rund um die Uhr Bereitschaftsdienst für die betroffenen Familien, so dass telefonisch oder bei Krisenintervention vor Ort jederzeit geholfen werden kann. Mit freundlicher Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit können wir das Modellprojekt durch die Universität Basel intensiv erforschen lassen, sowohl hinsichtlich der Therapieergebnisse als auch hinsichtlich der Kosteneffektivität. Erste Zwischenergebnisse nach 1,5 Jahren MST-CAN Thurgau sind vielversprechend, und wir hoffen, dass die ganzheitlich denkende und vorausschauende Regierung des Kantons Thurgau MST-CAN zu einem ständigen Angebot machen wird.

Korrespondenz:
Dr. med. Bruno Rhiner
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst
Schützenstrasse 15
CH-8570 Weinfelden
bruno.rhiner[at]stgag.ch

Literatur

1 Pillhofer M, Ziegenhain U, Nandi C, Fegert JM, Goldbeck L. Prävalenz von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. Annäherung an ein Dunkelfeld. Kindheit und Entwicklung 2011; 20(2):64–71.
2 Deutsches Statistisches Bundesamt, 2010. Online-Zugriff www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe.
3 Schmid M, Fegert JM. Fremdplazierte Kinder in Pflegefamilien und stationärer Jugendhilfe. In C. Eggers, J. M. Fegert & F. Resch (Eds.), Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, 2012 (63–74). Heidelberg: Springer.
4 Deutsches Statistisches Bundesamt, 2011. Online-Zugriff www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/KinderJugendhilfe.
5 Daten der Jahre 2004 VBK.
6 Deegener G, Körner W. Risikoerfassung bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Theorie, Praxis, Materialien. 2. Aufl. 2008, Lengerich et al.: Pabst.
7 Voll P. Wenn Kinder mit Behörden gross werden – Probleme und Prozesse im zivilrechtlichen Kinderschutz. Soziale Sicherheit CHSS. 2006;5:242–8.
8 Gahleitner SB, Homfeldt H, Fegert JM. Gemeinsam Verantwortung für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf übernehmen? Hindernisse und Lösungswege für Kooperationsprozesse. In S. B. Gahleitner & H. G. Homfeldt (Eds.), Kinder und Jugendliche mit speziellem Versorgungsbedarf. Beispiele und Lösungswege für Kooperation der sozialen Dienste, 2012 (247–72). Weinheim: Beltz Juventa.
9 Swenson C, Schaeffer C, Henggeler S, Faldowski R, Mayhew AM. Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect: A Randomized Effectiveness Trial. Journal of Family Psychology. 2010;24(4):497–507.
10 Fürstenau U, Rhiner B. Multisystemische Therapie MST. Schweiz Med Forum. 2009;9(1–2):17.
11 Rhiner B, et al. Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens – Implementierung in der deutschsprachigen Schweiz und erste Ergebnisse. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 2011;39(1):33–9.