

Konzeptentwurf Mai 2022

für ein Modellprojekt zur verbesserten psychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

1. Hintergrund

Die Pandemiesituation hat für Kinder und Jugendliche enorme Spuren hinterlassen. Seit Jahren steigen psychischen Belastungen auch vermehrt bei Kindern und Jugendlichen an. Seit Distanzunterricht und Lockdowns hat sich dies nochmals deutlich verschärft. Essstörungen, Depressionen, Gewaltausübung, Gewalt in der Familie, Angststörungen haben deutlich zugenommen.

Ein Kind oder Adoleszenz, welches heute Auffälligkeiten zeigt, erhält mit viel Glück innerhalb eines halben Jahres einen ambulanten oder stationären Therapieplatz. Oft erhält ein Kind oder Jugendlicher erst zeitnah einen Therapieplatz, wenn dieses/r akut suizidgefährdet ist, ist eine zeitnahe Behandlung möglich. Die Beratungsstellen der Jugendämter sowie JugendsozialarbeiterInnen sind zudem voll ausgelastet.

Dies wird ebenfalls in der 8. Ad-hoc-Stellungnahme der Leopoldina vom 21.06.2021 bestätigt. „Schon vor der Pandemie zeigte sich, dass insbesondere Kinder mit niedrigem sozioökonomischem Status und Kinder von Eltern mit psychischen Belastungen besonders häufig betroffen sind. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass viele Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen nicht ausreichende psychotherapeutische Behandlung erhalten. [...] In einer weiteren längsschnittlichen Studie wurde bei 39% Kindern und Jugendlichen (9-19 Jahre) eine Abnahme des allgemeinen psychischen Wohlbefindens im Vergleich zu präpandemischen Werten beschrieben. Eine prospektive Längsschnittstudie mit Jugendlichen aus Norwegen zeigte, dass psychische Beeinträchtigungen (Angst, Depressivität) vor allem bei Mädchen, Jugendlichen mit schon zuvor bestehenden psychischen Problemen und Jugendlichen in Ein-Eltern-Haushalten während der Pandemie leicht angestiegen sind. Die COPSYS-Studie aus Deutschland zeigte eine Verschlechterung des Wohlbefindens und der Lebensqualität, eine Zunahme psychischer Auffälligkeiten wie Hyperaktivität und emotionale Probleme sowie die Zunahme psychosomatischer Beschwerden bei vielen Kindern und Jugendlichen. Der Vergleich zwischen der Befragung im Mai/Juni 2020 und einer Nachbefragung zum Jahreswechsel 2020/2021 zeigte dabei eine Zunahme der wahrgenommenen Belastungen, darüber hinaus vermehrte depressive Symptome wie Energielosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit.“ (Leopoldina 2021, S. 14)

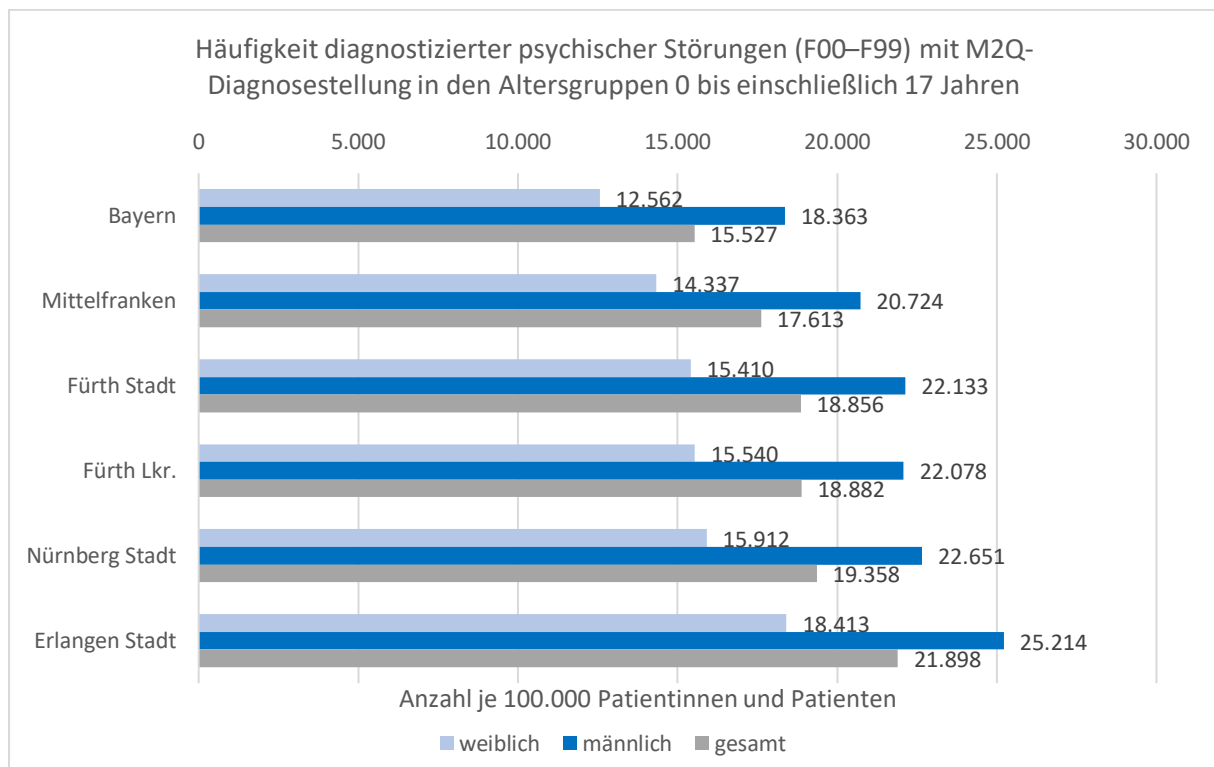
Diese Auffälligkeiten werden bereits durch verschiedene erste Studien bestätigt. Für die Stadt Fürth direkt gibt es bisher nur wenige Zahlen, allerdings bestätigt der erste bayerische Psychiatriebericht aus dem Jahr 2022, die Zunahme der psychischen Störungen.

Ambulante Diagnosen (F00–F99), M2Q-Kriterium, Bayern 2014–2020

Jahr	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose 0–17 Jahre	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose 18 Jahre und mehr	Anzahl Patienten mit einer F-Diagnose gesamt
2014	263.881	2.258.714	2.522.595
2015	268.417	2.325.687	2.594.104
2016	271.654	2.388.398	2.660.052
2017	274.849	2.429.631	2.704.480
2018	280.198	2.486.219	2.766.417
2019	285.244	2.534.468	2.819.712
2020	278.185	2.528.779	2.806.964

Datenquelle: KVB, Stand Juli 2021

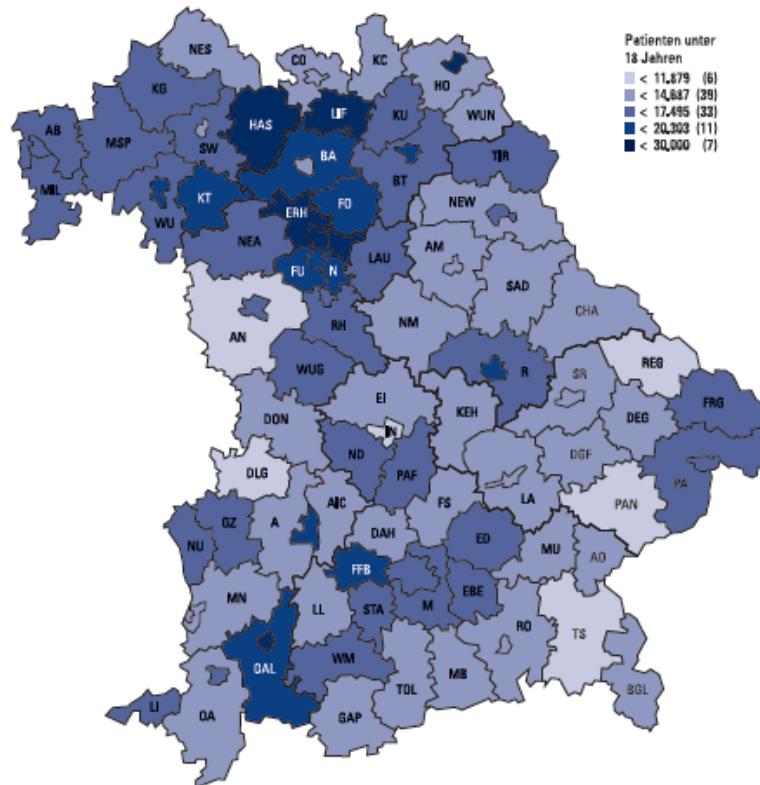
Für die Stadt und den Landkreis Fürth lässt sich aus diesem Bericht herauslesen, dass diese durchweg über dem bayerischen und dem mittelfränkischen Durchschnitt hinsichtlich der Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen liegen. Ähnlich verhält es sich mit den Nachbarstädten.



Eigene Darstellung, Daten aus dem Ersten Bayerischen Psychiatriebericht 2022.

Die Stadt Fürth zeigt nach dem ersten bayerischen Psychiatriebericht erhöhte Zahlen in der Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen 0-17 Jahre

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99), Altersgruppe 0 bis einschließlich 17 Jahren, Bayern, 2020



Ersten Bayerischen Psychiatriebericht 2022.

Häufigkeit diagnostizierter psychischer Störungen (F00–F99) mit M2Q-Diagnosestellung in den Altersgruppen 0 bis einschließlich 17 Jahren – Regionale Verteilung, Bayern, 2020

Region	Anzahl			Anzahl je 100.000 Patienten		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
Ansbach (Krfr.St)	322	472	794	11.247	16.164	13.723
Erlangen (Krfr.St)	1.320	1.918	3.238	18.413	25.214	21.898
→ Fürth (Krfr.St)	1.375	2.096	3.472	15.410	22.133	18.856
Nürnberg (Krfr.St)	5.614	8.424	14.039	15.912	22.651	19.358
Schwabach (Krfr.St)	362	591	953	12.693	19.806	16.324
Ansbach (Lkr)	1.141	1.888	3.030	8.770	13.513	11.225
Erlangen-Höchststadt (Lkr)	1.747	2.624	4.371	18.128	25.528	21.938
→ Fürth (Lkr)	1.216	1.817	3.033	15.540	22.078	18.882
Nürnberger Land (Lkr)	1.396	2.261	3.657	12.586	18.970	15.888
Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim (Lkr)	945	1.523	2.468	13.312	20.196	16.848
Roth (Lkr)	988	1.662	2.650	11.533	18.296	15.006
Weißenburg-Gunzenhausen (Lkr)	931	1.304	2.236	13.797	18.465	16.181
Mittelfranken	17.357	26.580	43.941	14.337	20.724	17.613

Ersten Bayerischen Psychiatriebericht 2022.

2. Bedarfslage

Besonders im Rahmen des Schulverweigererprogramms des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes der Stadt Fürth wird der Bedarf an einem aufsuchenden psychiatrischen Dienst laut. Hier kann man sehr gut erkennen, wie sich die Zahlen von Kindern und Jugendlichen, die lange Phasen nicht mehr aus dem Haus/Wohnung gegangen sind, in den letzten Schuljahren entwickelt haben.

Schuljahr 2019/20 9 Schüler

Schuljahr 2020/21: 13 Schüler

Schuljahr 2021-22 (bis April 2022): 36 Schüler, davon 3 GrundschülerInnen

Man kann in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg (Verdreifachung bis Vervierfachung) erkennen. Im Schuljahr 2021/22 werden bereits jetzt 13 SchülerInnen in enger Kooperation mit dem Jugendamt und den Jugendhilfeträgern betreut. 8 SchülerInnen wurden einer stationären pädagogischen oder psychiatrischen Therapie zugeführt. Oftmals kommen die betroffenen SchülerInnen aus einem schwierigen Elternhaus, was leider auch bedeutet, dass Kinder/Jugendliche, deren Erziehungsberechtigten nicht kooperieren/unzuverlässig sind, aus den bestehenden therapeutischen Strukturen leicht herausfallen. Die ExpertInnen vor Ort sind sich einig, dass die Anzahl der bisherigen Betroffenen jedoch erst die Spitze des Eisberges ist und erst in den kommenden Jahren der extreme Bedarf sichtbar werden wird.

Die Bedarfslage stellt sich wie folgt dar:

- Kurzfristige, niedrigschwellige aufsuchende Kinder- und Jugendpsychiatrische Versorgung ist nicht existent (die Jugendhilfe ist nicht therapeutisch tätig)
- Die Erziehungskompetenz der Erziehungsberechtigten bei den Betroffenen oftmals mangelhaft.
- Die Zusammenarbeit und Vernetzung der Beratungsstellen mit ambulanten und stationären kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung ist oftmals auch aufgrund von Ressourcen schwierig/mangelhaft.
- Wartezeiten für einen Therapieplatz von min. einem halben Jahr erhöhen das Risiko einer manifestierten psychischen Störung. Auch für das Berufsleben ergeben sich daraus erhöhte Schwierigkeiten bis hin zur späteren Arbeitslosigkeit
- In der psychiatrischen Versorgung sollten keine Kinder und Jugendlichen aufgrund einer geringen Kooperationsfähigkeit der Erziehungsberechtigten herausfallen können.
- Psychische Belastungen und Störungen bedarf immer noch einer Entstigmatisierung sowie einem erhöhten Bedarf an Präventionsarbeit.
- Bereits gut funktionierende, vorhandene Strukturen sind überlastet.

3. Ziele

Die Ziele sind ebenso vielschichtig wie die Bedarfslage. Als oberste Ziele gelten:

- Auffällige **Kinder und Jugendliche** sollen frühzeitig in das bestehende Hilfenetz integriert werden. Kinder und Jugendliche, die bereits psychisch stark belastet sind, soll eine niedrigschwellige und schnelle Unterstützung ermöglicht werden – idealerweise kann eine psychologische Fachkraft auch aufsuchend tätig sein und die Betroffenen zu Hause besuchen. Die Fachkraft ist AnsprechpartnerIn und kann bei Notfällen agieren, sodass die Wartezeit hin zu einer längeren Therapie bzw. stationären Aufenthalt überbrückt werden kann.
- **Eltern** müssen sensibilisiert werden, auch damit diese bei psychischen Auffälligkeiten nicht zu lange warten, bis sie sich um Unterstützung bemühen. Zudem sollen Eltern in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt werden.
- Die **Beratungsstellen** werden bei therapeutischen Fällen unterstützt. Idealerweise werden auch deren Stellen ausgebaut.
- Die vorhandenen **Therapieplätze** sollten idealerweise ausgebaut werden. Da dies aufgrund des hohen Fachkräftemangels oft nicht so leicht möglich ist, sollte versucht werden, die vorhanden Therapieplätze je nach Bedarf auf mehr Kinder und Jugendliche verteilen als dies bisher der Fall ist. (→ Benötigt jedes Kind automatisch 40 Therapiestunden in der KJP?)
- In den **Schulen** muss eine Wiedereingliederung nach der Therapie und idealerweise begleitend zur ambulanten Therapie leichter ermöglicht werden können. Eine verstärkte Präventionsarbeit muss in den Schulen stattfinden, hier mangelt es leider jedoch oft auch an Personal und deren zeitlichen Ressourcen.

Langfristig gedacht, sollte das Ziel immer auch sein, Kinder und Jugendliche für das Berufsleben stark zu machen, sodass ein Herausfallen aus dem Rentenversicherungssystem sowie die Last auf das Arbeitslosengeld vermieden wird.

4. Lösungsansätze

I. Sozialpsychiatrischer, aufsuchender Dienst für Kinder und Adoleszenz

Die Strukturen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPDI) scheint uns ideal für eine niedrigschwellige, schnelle und aufsuchende psychiatrische Versorgung von Kindern (ab 6 Jahren) und Jugendlichen. Die SPDIs sind gut etabliert und übernehmen im Erwachsenenbereich genau die Aufgaben, die im Kinder- und Jugendbereich bisher fehlen. Die enge Zusammenarbeit mit den Jugendhilfen muss natürlich vorausgesetzt werden.

II. Aufbau einer Clearingstelle

Beim Klinikum Fürth könnte eine Clearingstelle aufgebaut werden, die vor dem Therapiebeginn nochmals die Verordnung zur Intensität der Therapie (ambulant/stationär, Stundenanzahl) prüft und ggf. nachbessert. Meist werden pauschal 40 stationäre Therapiestunden verordnet. Die Anzahl der Therapiestunden könnten individuell angepasst werden. So können die knappen Therapieplätze besser verteilt und mehr Kindern und Jugendlichen eine Therapie ermöglicht werden.

III. Ausbau vorhandener Strukturen

Neben der Einrichtung neuer Strukturen ist es wichtig, die bestehenden gut funktionierenden Strukturen auszubauen, hierzu zählen u. a. Mitarbeitende in der Erziehungsberatungsstelle sowie JugendsozialarbeiterInnen und SchulpsychologInnen in den Schulen vor Ort. Weiterhin könnte es

sinnvoll sein, bestehende MitarbeiterInnen in der Sozialpädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterzubilden.

IV. Transparenz in der bisherigen Angebotsstruktur

Broschüre zur Verbesserung der Transparenz in der vorhandenen Beratungsstruktur, Telefonseelsorge, Homepages zur Information für verschiedene Altersgruppen, virtuelle Unterstützungsmöglichkeiten

V. Vernetzung untereinander

Ein weiterer Baustein sollte eine bessere Vernetzung unter den verschiedenen Versorgungsstrukturen sein. Im Fokus sollte dabei auch stehen, dass die einzelnen Stellen genau wissen, wer wie und wann in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen aktiv ist.

VI. Prävention und Sensibilisierung

Präventive Maßnahmen sollen auf allen Ebenen (KiTa, Schule, Eltern) weiter ausgebaut werden. Hier gibt es bereits gute Ansätze und evaluierte Projekte, die ausgeweitet werden müssen. Mit virtuellen Elternabenden wurde bereits im Schulhalbjahr 2021/22 zu diesen Themen sensibilisiert. Ziel ist, diese weiter auszubauen.

Für Lehrkräfte und PädagogInnen gelten vor allem die Bereiche Vernetzung mit Beratungsstellen sowie untereinander, Prävention der eigenen psychischen Gesundheit, Umsetzung von Resilienzstärkenden Methoden mit der KiTagruppe oder Klasse und eine hohe Sensibilität für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ziel soll dabei nicht sein, dass PädagogInnen Diagnosen stellen, sondern wissen, wie sie mit Betroffenen und ihren Eltern frühzeitig ins Gespräch gehen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde bereits im Halbjahr 2021/22 eine MultiplikatorInnenschulung in der Stadt Fürth angeboten. Ein solches Angebot wird zukünftig auch im pädagogischen Seminar für Grund- und Mittelschulen aufgenommen.

Eine Sensibilisierung und Entstigmatisierung psychischer Belastungen in der Bevölkerung sollte dabei ebenfalls mitgedacht werden.

Die bisherigen Aktivitäten sowie Lösungsideen für die aktuellen Bedarfe und Versorgungslücken können übergreifend in allen Altersstufen anhand der Präventionskette aufgebaut werden.

Präventionskette (noch nicht final)

Altersstufe	Zuständigkeit	Bedarf	Lösung
0 – 6 Jahre	• Koki • Frühe Hilfen • Schwangerenberatung • AG Kinder psychisch belastete Eltern	• Vernetzung unter den Beratungsstellen • Mangelhafte Erziehungskompetenz • Prävention bei Eltern	• Koki Landkreis wird aufgestockt • Bessere Vernetzung durch AG • Prävention bei Eltern ausbauen
6 – 9 Jahre	• JaS • Schulleitungen • SchulpsychologInnen • Schulärztlicher Dienst • Erziehungsberatungsstelle • soziale Dienste • Kinder- und JugendärztInnen • Kinder- und JugendpsychiaterInnen/-	• Präventionsarbeit • Elterneinbindung • Erziehungskompetenz • Bessere Vernetzung mit fachärztlichen Stellen • Transparenz der Unterstützungsmöglichkeiten • Schnelle Hilfe bei Auffälligkeiten	• (Virtuelle) Elternabende • MultiplikatorInnenschulungen • Thema in Vernetzungstreffen • Gesunde Schule bringen • Broschüre zur Transparenz • SPDI für KiJu • Ausbau bisheriger Beratungsstellen • Weiterbildungen in den Beratungsstellen in der

	psychotherapeutInnen und – psychologInnen • KJPs	• Überforderung der Beratungsstellen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich • Überlastung der stationären und ambulanten psychiatrischer Versorgung	Sozialpädiatrie/kinder- und jugendpsychiatrischer Schwerpunkt • Clearingsstelle, die Therapiestunden nochmal individuell einschätzt
10 – 18 Jahre	• JaS • Schulleitungen • SchulpsychologInnen • Schulärztlicher Dienst • Erziehungsberatungsstelle • soziale Dienste • Kinder- und JugendärztInnen • Kinder- und JugendpsychiaterInnen /- psychotherapeutInnen und – psychologInnen • KJPs	• Aufsuchende psychologische Fachkraft, schnelle Hilfe bei Auffälligkeiten • Präventionsarbeit • Elterneinbindung Erziehungskompetenz • Bessere Vernetzung mit fachärztlichen Stellen • Transparenz der Unterstützungsmöglichkeiten • Überforderung der Beratungsstellen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich • Überlastung der stationären und ambulanten psychiatrischer Versorgung	• Aufsuchende psychiatrische Unterstützung durch Fachkraft im SPDI • (Virtuelle) Elternabende • MultiplikatorInnen Schulungen • Thema in Vernetzungstreffen Gesunde Schule bringen • Broschüre zur Transparenz • Ausbau bisheriger Beratungsstellen • Weiterbildungen in den Beratungsstellen in der Sozialpädiatrie/kinder- und jugendpsychiatrischer Schwerpunkt • Clearingsstelle, die Therapiestunden nochmal individuell einschätzt

5. Finanzierung

Die meisten Finanzmittel würden für fachlich qualifiziertes Personal anfallen, wenn die Struktur des SPDI genutzt werden kann, werden nur in geringem Umfang Sachmittel, Mietkosten etc. aufkommen. Ähnliches gilt auch für den Aufbau einer Clearingstelle oder Ausbau der bisherigen Beratungsstrukturen.

Um langfristig die bestehenden Strukturen auszubauen und neue Strukturen zu schaffen, bedarf es einer langfristigen Finanzierung, die idealerweise gesetzlich verankert ist. Unterstützung durch Stiftungen und weiteren Fördergebern kann immer nur für einen begrenzten Zeitraum die Lösung sein.