



Baden-Württemberg
Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Integration



Baden-Württemberg
Statistisches Landesamt

FaFo FamilienForschung



Leitfaden zur Umsetzung von regionalen Vernetzungs- konferenzen

Projektdokumentation über die regionalen Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien in Folge der Corona-Pandemie und nachfolgender Krisen



Grußwort



Die Corona-Pandemie war für uns alle eine große Herausforderung. Kinder und Jugendliche waren von ihren Auswirkungen besonders betroffen.

Die psychischen Belastungen für junge Menschen sind nach wie vor hoch. Um effiziente und passgenaue Hilfsangebote zu entwickeln und die betroffenen Kinder und Jugendlichen zu erreichen, müssen die Hilfesysteme gut vernetzt sein.

Aus dem Fachgipfel zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie ist die Entscheidung zur Einsetzung einer Task-Force hervorgegangen. Die Landesregierung hat auf Empfehlung

dieser Task-Force landesweit regionale Vernetzungskonferenzen (sog. Regio-konferenzen), insbesondere zwischen der Kinder- und Jugendhilfe, den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen und der Schule, angestoßen.

Eine gute Vernetzung ist gewinnbringend für alle Akteure. Gelungene Kooperationen können zur Entlastung beitragen. Im Rahmen der Regio-konferenzen wurden wertvolle Erfahrungen gesammelt, die wir Ihnen gerne an die Hand geben möchten. Dieser Leitfaden soll daher eine Hilfestellung sein, um selbst aktiv werden zu können und künftige Vernetzungskonferenzen umzusetzen.

Manfred Lucha MdL
Minister für Soziales, Gesundheit und Integration
Baden-Württemberg



Inhalt

06	Teil 1: Regionale Vernetzungskonferenzen planen und durchführen – wie Fachkräfte vor Ort aktiv werden können
07	1.1. Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner finden
07	1.2. Konzept erstellen
08	1.3. Schwerpunktthemen setzen
08	1.4. Schaffung einer gemeinsamen Grundlage – Keynote und Einführungsvortrag
09	1.5. Geeignete Methoden wählen
09	1.5.1. Workshops
09	1.5.2. World Café
10	1.5.3. World Café – Variation
11	1.5.4. Open Space
11	1.6. Geeigneten Personenkreis einladen
12	1.7. Rahmengestaltung – Räume, Zeiten, Material, Catering und Pausen
12	1.7.1. Räume
12	1.7.2. Zeitlicher Rahmen
12	1.8. Fortbildungspunkte durch die Landesärztekammer/ Landespsychotherapeutenkammer
13	1.9. Dokumentation planen
14	1.10. Einladung versenden/Teilnehmendenmanagement
14	1.11. Am Veranstaltungstag
15	1.12. Weiterarbeit vor Ort
16	1.13. Regionale Vernetzungskonferenz – Beispielkonzept
16	1.13.1. Ausgangslage
16	1.13.2. Zieldefinition
16	1.13.3. Teilnehmendenfeld
17	1.13.4. Ablauf
<hr/>	
18	Teil 2: Projektdokumentation über die regionalen Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien in Folge der Corona-Pandemie und nachfolgender Krisen
18	2.1. Genese und Auftrag
19	2.2. Fachbeitrag zum Thema „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Reflexion und Ausblick“
28	2.3. Kurzinterview „Kooperation in den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen“
30	2.4. Steckbriefe Regiokonferenzen
34	2.5. Wichtige Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner sowie Ansprechpersonen vor Ort



Teil 1: Regionale Vernetzungskonferenzen planen und durchführen – wie Fachkräfte vor Ort aktiv werden können

Das Format der Regiokonferenzen bietet die Möglichkeit, Fachkräfte über Systemgrenzen hinweg in Austausch zu bringen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Teilnehmende lernen die anderen Hilfesysteme und die jeweiligen Kolleginnen und Kollegen vor Ort genauer kennen, können offene Fragen klären und gemeinsam neue Lösungsmöglichkeiten für bestehende Probleme erarbeiten. Dafür empfiehlt es sich, nicht nur über das eigene Hilfesystem hinauszublicken, sondern auch über den eigenen Landkreis. Deshalb wurden die Regiokonferenzen bewusst als **regionale** Vernetzungskonferenzen konzipiert.

In den Jahren 2023/2024 hat die Familienforschung (FaFo) im Statistischen Landesamt im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration insgesamt acht Regiokonferenzen durchgeführt. Die Ausgangssituation an den Standorten war sehr unterschiedlich. In manchen Regionen bestanden schon gut ausgebauten Kooperationsstrukturen oder die Regiokonferenz wurde flankierend zur

Einführung eines konkreten Kooperationsnetzwerkes durchgeführt, andere standen erst am Anfang – hier ging es in erster Linie darum, Fachkräfte unterschiedlicher Hilfesysteme in den Austausch zu bringen und Impulse für die Zusammenarbeit vor Ort zu geben. Im Rahmen des Projektes waren die Regiokonferenzen als eintägige Vernetzungsveranstaltungen von sechs bis acht Stunden mit 50 bis 150 Personen angelegt. Die konkrete Ausgestaltung richtete sich nach den Bedarfen vor Ort. Im Folgenden werden die Erfahrungen, die bei der Durchführung der Konferenzen gemacht wurden, gebündelt und konkrete Tipps für diejenigen gegeben, die sich selbst auf den Weg machen und eine solche Regiokonferenz bei sich vor Ort durchführen wollen.

Regiokonferenzen leben von der Offenheit, Neugier und Kreativität ihrer Teilnehmenden. Sie bieten die Möglichkeit für Vernetzung, Kooperation und das Beschreiten neuer Wege. Sie können Synergieeffekte fördern und damit Ressourcen freisetzen.

1.1. Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner finden

Multiple Krisen stellen alle Hilfesysteme vor große Herausforderungen und wirken lange nach. Dabei gestalten sich die Problemlagen in jedem Bereich unterschiedlich. Daher bedarf auch die Vorbereitung einer Regiokonferenz der Perspektiven und Mitarbeit aus verschiedenen Hilfefeldern.

Ein wesentlicher Teil der **Vernetzungsarbeit** auf institutioneller Ebene findet bereits **vor** der eigentlichen Konferenz statt. Häufig bringt die Vorbereitung einer Regiokonferenz Gremien und Fachstellen in Kontakt, die sich vorab nicht oder nur wenig kannten. Dies ist ein wesentliches Element der Regiokonferenzen und auch für die gemeinsame Weiterarbeit im Anschluss wichtig.

Auch dort, wo bereits eingespielte Netzwerke bestehen, lohnt es sich, gemeinsam einen Blick „über den Tellerrand“ zu werfen. Gibt es Institutionen, die neu dazugekommen sind oder bislang nicht eingebunden waren, die aber einen wichtigen Beitrag leisten könnten?

Darüber hinaus lohnt es, freie Träger vor Ort, Beratungsstellen und ggf. weitere Partnerinnen und Partner aus bestehenden Kooperationen ebenfalls mitzudenken.

Es wird empfohlen, dass sich die Regiokonferenzen in geeigneter Weise mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen vernetzen.

Sind alle relevanten Partnerinnen und Partner identifiziert, sollten diese zu einem ersten gemeinsamen (digitalen) Gesprächstermin eingeladen werden. Bei diesem sollten folgende Punkte besprochen werden:

- **Idee einer Regiokonferenz**
- **Aktuelle Situation und Bedarfe in den Hilfefeldern**
- **Zielsetzung der Regiokonferenz**
- **Themenschwerpunkte**
- **Teilnehmendenkreis**
- **Terminoptionen und Veranstaltungsort**

Auf dieser Grundlage kann ein Veranstaltungskonzept erstellt werden, das mit allen Projektpartnerinnen und Projektpartnern abgestimmt wird. Im Rahmen der Abstimmung kann auch die Rolle der Partnerinnen und Partner in der Vorbereitung und deren finanzieller Beitrag besprochen werden.

Aus der Runde der Projektpartnerinnen und Projektpartner kann ein kleines Team bestimmt werden, das als Vorbereitungsgruppe die operativen Aufgaben im Vorfeld der Konferenz übernimmt und auch operative Entscheidungen im Namen aller Beteiligten trifft (Auswahl des Caterings, Absprachen mit Veranstaltungsort etc.). Als Gruppengröße haben sich drei bis fünf Personen bewährt.

1.2. Konzept erstellen

In ihrer Schwerpunktsetzung unterscheiden sich die Konferenzen nach der Situation vor Ort: Wo noch wenig Kooperation zwischen den Hilfesystemen besteht, liegt der Fokus auf dem Kennenlernen der Fachkräfte untereinander und

der Vernetzung. Wo bereits Kooperationen bestehen, auf die aufgebaut werden kann, liegt der Schwerpunkt auf der inhaltlichen Weiterarbeit und dem Erarbeiten neuer Lösungsansätze.

1.3. Schwerpunktthemen setzen

Kennenlernen, Vernetzung und Kooperation gelingen nicht im luftleeren Raum. Als Fixpunkte wählen die Projektpartnerinnen und Projektpartner für jede Konferenz inhaltliche Schwerpunktthemen, die beispielsweise in Workshops oder an Thementischen bearbeitet werden. Diese bilden den Rahmen für die jeweiligen Gespräche, bestimmen, auf welche Problemlage hin Lösungsansätze gesucht werden, und ermöglichen so, themenzentrierte Kooperationen aufzubauen.

Die Schwerpunktthemen bestimmen sich nach den aktuellen Bedarfen vor Ort. Sie werden von den Projektpartnerinnen und Projektpartnern gemeinsam diskutiert und festgelegt.

Themen, die im Rahmen der durchgeführten Regiokonferenzen häufig diskutiert wurden, waren beispielsweise:

• Prävention

Was braucht es, damit z. B. psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und behandelt werden können? Wie können Erkrankungen entstigmatisiert oder gar vorab verhindert werden?

• Transition und Systemübergänge

Welche Herausforderungen entstehen, wenn Kinder und Jugendliche die Hilfesysteme wechseln, und wie können diese Übergänge erfolgreich gestaltet werden?

• Zugänge zu den Hilfesystemen

Was braucht es, um schneller Hilfen gewähren zu können? Wie lassen sich Zugänge niedrigschwelliger gestalten?

• Stärken und Grenzen der Systeme

Wann ist welches Hilfesystem das Richtige? Was können Fachkräfte leisten, wenn sie Unterstützung aus anderen Hilfesystemen erhalten, ohne dabei Fallverantwortung abzugeben?

• Hilfe in Akutsituationen

Was tun, wenn Hilfebedarfe dringend werden? Wer ist wofür ansprechbar und kann schnell helfen?

• Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf

Wie lassen sich Härtefälle erfolgreich begleiten? Wie können durch engere Zusammenarbeit Hilfeabbrüche verhindert werden?

• Öffentlichkeitsarbeit/Lobbying

Wie lässt sich eine geeignete Öffentlichkeit für die Bedarfe junger Patientinnen und Patienten herstellen, um ausreichende Ressourcen zu mobilisieren?

• Eltern und Familiensysteme

Wie können Eltern und Familiensysteme z. B. psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher eingebunden werden?

1.4. Schaffung einer gemeinsamen Grundlage – Keynote und Einführungsvortrag

Es hat sich bewährt, Regiokonferenzen mit einem inhaltlichen Input zu beginnen, bevor methodisch an den Schwerpunktthemen gearbeitet wird. Dieser lässt die Teilnehmenden in der Veranstaltung ankommen und bildet die Grundlage für die nachfolgenden Gespräche.

In jedem Fall empfiehlt sich – ergänzend oder alternativ zu einer Keynote – eine **Einführung in z. B. die örtlichen Hilfestrukturen** der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen

und der Kinder- und Jugendhilfe. Wenn hier Fachkräfte des Gesundheitsamtes und des Jugendamtes zusammenarbeiten, entsteht ein umfassender Überblick, der für die Teilnehmenden einen großen Mehrwert bietet und wertvoll für die Gespräche im Anschluss ist. Ist ein gemeinsamer Vortrag nicht möglich, bietet auch ein Vortrag z. B. nur über die Psychiatrieplanung, das Gesundheitsamt, die Kommunale Gesundheitskonferenz oder das Jugendamt einen Mehrwert.

1.5. Geeignete Methoden wählen

Abhängig von der Zielsetzung der Regiokonferenz, den Gegebenheiten vor Ort und dem anvisierten Teilnehmendenkreis sollte die Methodik entsprechend gewählt werden.

Für Regionen, in denen das Kennenlernen und Vernetzen im Mittelpunkt steht, empfehlen sich offenere Formate wie World Cafés oder (mit entsprechender Vorerfahrung) Open Spaces.

Dort, wo bereits eine enge Zusammenarbeit besteht, kann der Fokus auf die inhaltliche Arbeit gelegt werden. Hier empfehlen sich moderierte Workshops. Diese können in mehreren Runden angeboten werden, um Teilnehmenden die Mitarbeit zu verschiedenen Themen zu ermöglichen.

Wenn keine oder wenig Moderationserfahrung im Vorbereitungsteam verfügbar ist, sollte eine externe Moderation eingebunden werden. Hier lohnt es, bereits frühzeitig Kontakt aufzunehmen und gemeinsam über Ziele und Methoden zu sprechen.

Bei den Regiokonferenzen haben sich nachfolgend dargestellte Methoden bewährt.

1.5.1. Workshops

Die Arbeit in Workshops bietet sich an, wenn vertieft **themenzentriert** gearbeitet werden kann. Bei dieser Methode wird eine breite Vernetzung weniger stark gefördert als bei offeneren Methoden. Im Mittelpunkt steht die Erarbeitung von **konkreten Ergebnissen**, an die im Rahmen der weiteren Prozesse vor Ort nach der Regiokonferenz angeknüpft werden kann. Zudem kann durch die enge Zusammenarbeit über einen längeren Zeitraum eine intensivere Vernetzung innerhalb der Gruppe erreicht werden.

Jeder Workshop benötigt eine eigene, erfahrene Moderation und einen eigenen

Raum in passender Größe. Eine Workshop-Phase sollte mindestens eine, besser anderthalb Stunden dauern und gliedert sich in Ankommen/Kennenlernen – Problembeschreibung – Arbeit am Thema – Sammeln der Ergebnisse/weitere Absprachen. Im Rahmen einer Regiokonferenz können zwei bis maximal drei Workshop-Phasen durchgeführt werden. In jeder Phase können mehrere Workshops zu unterschiedlichen Themen parallel stattfinden.

Bei mehreren Regiokonferenzen wurde erfolgreich in Workshops gearbeitet. Voraussetzung dafür waren eine gute Vorbereitung der Fragestellungen, geeignete Räume und ein Team aus erfahrenen Moderatorinnen und Moderatoren.

1.5.2. World Café

World Cafés bieten die Möglichkeit, dass viele Teilnehmende parallel in kleinen Gruppen an mehreren Themen oder Teilaspekten einer größeren Fragestellung mitarbeiten. Die Methode zeichnet sich durch ihre **Flexibilität** aus und kann an unterschiedlichste Bedarfe angepasst werden. Dazu werden ein ausreichend großer Raum und entsprechendes Material benötigt, aber keine erfahrene Moderation in den einzelnen Gruppen. Diese übernehmen Teilnehmende selbst an den Tischen, begleitet durch eine erfahrene Gesamtmoderation. Zur Durchführung eines World Cafés finden sich online und in der Fachliteratur eine Vielzahl guter Quellen.

Im Rahmen der Regiokonferenzen wurde aufgrund der eigens entwickelten Variation (siehe nachfolgend) nicht mit einem klassischen World Café gearbeitet. Gerade bei Veranstaltungen, in denen eine **höhere Dynamik** gewünscht ist und Themen unter Mitwirkung des gesamten Teilnehmendenkreises („Weisheit der Vielen“) bearbeitet werden sollen, bietet sich ein klassisches World Café jedoch an.



1.5.4. Open Space

Für Konferenzen, bei denen das **Kennenlernen und Netzwerken** im Fokus steht, eignet sich die Arbeit in einem Open Space. Dies setzt allerdings genügend Zeit und Erfahrung mit der Methode voraus.

Im Open Space bestimmen die Teilnehmenden selbst die Themen ihrer Thementische und übernehmen gemeinsam die Moderation und Dokumentation. Damit eignet sich diese Methode auch für große Gruppen. Der Charakter einer Open-Space-Veranstaltung unterscheidet sich wesentlich vom gewöhnlichen Ablauf einer Regiokonferenz und sollte durch eine

mit dieser Methode **erfahrene Moderation** vorbereitet und durchgeführt werden. Im Rahmen der Regiokonferenzen wurde auch mit Open Spaces gearbeitet. Zu beachten ist jedoch, dass ein Open Space Zeit und eine gute Einführung benötigt, um die Teilnehmenden nicht zu überfordern.

Abhängig von den Zielen, dem Teilnehmendenkreis, dem Veranstaltungsort etc. können auch andere Moderationsmethoden gute Ergebnisse liefern. Hier lohnt es, kreativ und offen zu bleiben, sich auf die Dynamik der Gruppe einzulassen und auch neue Wege auszuprobieren.

1.5.3. World Café – Variation

Bei der Arbeit mit großen Gruppen hat es sich bei den Regiokonferenzen bewährt, die World-Café-Methode abzuwandeln: Die Teilnehmenden finden sich in professionsgemischten Gruppen von maximal zehn Personen an Thementischen zusammen (siehe 1.3. Schwerpunktthemen setzen) und verbleiben dort über die gesamte Zeit. Auf den Tischen finden sich Flipchart-Bögen und Stifte.

In der Anmoderation werden die Teilnehmenden aufgefordert, auf eine gute Durchmischung der Arbeitsgruppen zu achten. Alternativ können die Teilnehmenden zunächst nach Berufsgruppen sortiert und im Anschluss aus jeder Berufsgruppe Teilnehmende an jeden Tisch entsandt werden. Dabei ist zu beachten, dass die verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich stark bei den Konferenzen vertreten sind. Besonders „rare“ Professionen sollten entsprechend gut verteilt werden, um einen multiperspektivischen Austausch zu ermöglichen.

Die Teilnehmenden eines jeden Tisches bestimmen eine Person als Gesprächsführung und eine Person als Schriftführung. Diese haben die Aufgabe, dafür Sorge zu tragen, dass alle am Tisch zu Wort kommen und das Gespräch beim Thema bleibt, und sicherzustellen, dass alles Wesentliche, das gesagt wurde, auch auf den Flipcharts auf dem Tisch dokumentiert wird. Die Gesamtmoderation führt nun durch drei Gesprächsrunden zu je ca. 30 bis 45 Minuten. Mit Blick auf das jeweilige Thema diskutieren die Teilnehmenden am Tisch:

1. Aktuelle Situation

- **Wo stehen wir mit unserer Arbeit aktuell? Vor welchen Herausforderungen stehen wir im Moment?**
- **Was sollten Kolleginnen und Kollegen aus anderen Hilfesystemen darüber wissen, wenn sie mit uns zusammenarbeiten?**

2. Neue Wege gehen

- **Welche Angebote/Kooperationen würden unsere Situation verbessern?**
- **Was würde gewinnbringende Angebote/Kooperationen auszeichnen?**
- **Wie können die hier anwesenden Kolleginnen und Kollegen dabei helfen?**

3. Nächste Schritte

- **Welche nächsten Schritte können/ werden wir (die am Tisch Anwesenden) unternehmen?**
- **Was können wir heute schon festhalten?**
- **Welche (positiven) Erkenntnisse nehme ich persönlich mit in meine Arbeit?**

Die Methode kann bei Bedarf abgeändert oder um weitere Fragerunden ergänzt werden.

Für jede Runde wird ein neues Flipchart benutzt, beschriebene Bögen werden auf Stellwänden aufgehängt und später dokumentiert. Diese Methode eignet sich für **große Konferenzen** (mit bis zu 150 Personen erprobt). Im Gegensatz zum klassischen World Café entsteht keine Unruhe durch Tischwechsel und die Teilnehmenden können ein **sich weiterentwickelndes**, intensives Gespräch in ihrer Gruppe führen. Wesentlich dafür ist, dass die Teilnehmenden über die gesamte Zeit, auch nach Pausen, in ihrer Gruppe verbleiben.

1.6. Geeigneten Personenkreis einladen

Die Größe einer Regiokonferenz steht im Spannungsfeld zwischen einer umfassenden Vernetzung und einer handhabbaren Personenanzahl, in der ein gewinnbringender Austausch noch gewährleistet werden kann. Insgesamt hat sich für die Regiokonferenzen eine Teilnehmendenzahl zwischen **50 und 100 Personen** als gut erwiesen. Bei Gruppenarbeiten sollten nicht mehr als zehn Personen je Gruppe geplant werden, für moderierte Workshops nicht mehr als 20 Personen.

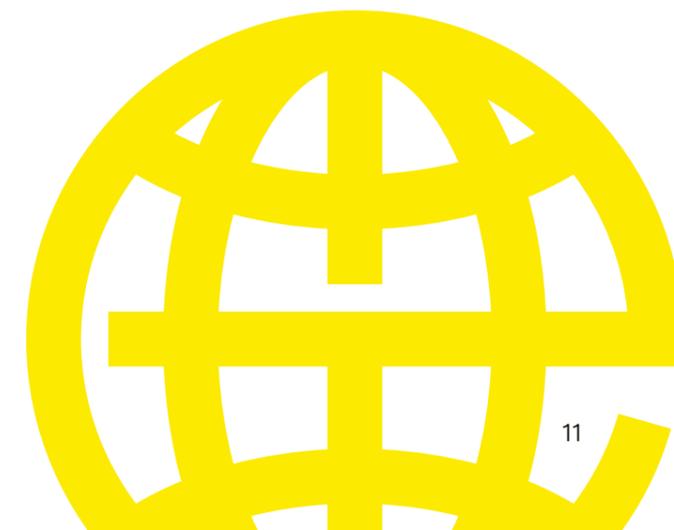
Die konkreten Zielgruppen der jeweiligen Konferenzen bestimmen sich nach den Erfahrungen der regionalen Partnerinnen und Partner, insbesondere anknüpfend an bestehende Netzwerke vor Ort.

Dennoch ist ein „Blick über den Tellerrand“ bestehender Kooperationen wichtig, denn viele verschiedene Berufsgruppen leisten direkt oder indirekt einen Beitrag. Um eine erfolgreiche Konferenz im Sinne einer umfassenden Vernetzung zu erreichen, sollte der Teilnehmendenkreis zunächst eher zu weit als zu eng gedacht werden.

Darüber hinaus sollten auch Fachkräfte eingebunden werden, die durch ihren professionellen Auftrag immer wieder mit den Problemlagen in Kontakt kommen oder die prädestiniert dafür sind, dass Betroffene oder deren Angehörige an sie herantreten, und die daher mit den regionalen Kooperationsnetzwerken vertraut sein sollten.

Insgesamt kann die Zielgruppe damit leicht eine vierstellige Personenanzahl umfassen. Um dennoch einen arbeitsfähigen, aber **vielfältigen Teilnehmendenkreis** zu erreichen, hat es sich bewährt, mit Kontingenten zu arbeiten.

(Siehe 1.10. Einladung versenden/Teilnehmendenmanagement)



1.7. Rahmengestaltung – Räume, Zeiten, Material, Catering und Pausen

1.7.1. Räume

Der Veranstaltungsort bestimmt immer auch die Stimmung und Ausrichtung einer Veranstaltung mit. Wird zu einer Konferenz z. B. ins Landratsamt eingeladen, werden Teilnehmende unwillkürlich „formaler“ denken und auch in ihren Lösungsideen eher in Verwaltungstermini verbleiben. Findet die Konferenz z. B. in Räumen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt, werden medizinische Perspektiven leitend sein. Zudem macht es einen Unterschied, wenn sich alle Teilnehmenden auch physisch „auf den Weg machen“ müssen und niemand ein Heimspiel in gewohnten Räumen erlebt. Auch dies fördert die mentale Mobilität.

Es empfiehlt sich daher, für die Regiokonferenz einen „neutralen“ Veranstaltungsort zu wählen. Bewährt haben sich Tagungshäuser, Stadthallen und Kulturzentren. Auch hier lohnt es sich, kreativ zu sein. Im Rahmen des Projektes wurden Regiokonferenzen auch in Sporthallen, bei Jugendverbänden und in einem Fußballstadion erfolgreich durchgeführt.

1.7.2. Zeitlicher Rahmen

Im Rahmen des Projekts hat sich kein Wochentag als besonders vorteilhaft herausgestellt. Wichtig ist allerdings, den Termin möglichst **frühzeitig** zu kommunizieren (z. B. mittels eines breit gestreuten „Save the Date“), da einige Hilfesysteme einen langen Vorlauf benötigen, um die Teilnahme zu ermöglichen. Termine innerhalb der Schulferien sind ebenfalls nicht ratsam, da sie einigen Berufsgruppen und Eltern die Teilnahme erschweren.

Um allen Teilnehmenden – auch denen mit längerer Anfahrt – eine gute An- und Abreise zu ermöglichen und zu verhindern, dass sich Teilnehmende frühzeitig verabschieden, haben sich ein Beginn ab 9:00 Uhr und ein Ende gegen 16:30 Uhr bewährt.

Für die Vorbereitung einer Regiokonferenz sollten mindestens **sechs Monate Vorlauf** eingeplant werden. Diese Zeit wird benötigt, um die Projektpartnerinnen und Projektpartner zusammenzubringen, das Konzept abzustimmen, Veranstaltungsort und Catering zu buchen und die Konferenz methodisch gut vorzubereiten.

Im Fortbildungsportal können dann eine Veranstaltung angelegt und entsprechende Fortbildungspunkte beantragt werden. Dies muss mindestens zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn erfolgen. Für gewöhnlich entsprechen Regiokonferenzen der Kategorie C und werden mit sechs bis neun Punkten anerkannt. Durch ein Anerkennungsabkommen der LÄK und der Landespsychotherapeutenkammer (LPK) werden die zuerkannten Punkte auch durch die LPK anerkannt.

Am Veranstaltungstag muss eine entsprechende zusätzliche Teilnahmeliste ausgelegt werden. Auf dieser tragen die Ärztinnen und Ärzte ihre Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) ein, mittels derer die Teilnahme im Anschluss online der LÄK gemeldet werden kann. Psychotherapeutinnen und -therapeuten können mit der LÄK-Teilnahmebescheinigung (diese wird zusammen mit dem Anerkennungsbescheid und der Teilnehmendenliste vorab zugesandt) bei der LPK die gleiche Punktezahl beantragen. Daher müssen auch sie sich in die LÄK-Liste eintragen.



1.8. Fortbildungspunkte durch die Landesärztekammer/ Landespsychotherapeutenkammer

Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind verpflichtet, ihre regelmäßige Weiterbildung mittels Fortbildungspunkten zu dokumentieren. Werden mit der Teilnahme an der Regiokonferenz entsprechende Punkte erworben, kann dies die Teilnahme für die genannten Gruppen attraktiver machen.

Dazu muss die Veranstaltung online bei der Landesärztekammer (LÄK) angemeldet werden. Voraussetzungen dafür sind im nachfolgenden grauen Kasten benannt.

1. Das Erstellen eines entsprechenden Accounts auf der Homepage der LÄK: www.aerztekammer-bw.de

2. Die Übernahme der wissenschaftlichen Leitung der Veranstaltung durch einen Arzt oder eine Ärztin – häufig sind hier die Chefärztinnen und Chefärzte der zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) bereit, dies zu übernehmen.

3. Das Einreichen eines Veranstaltungsablaufs.

1.9. Dokumentation planen

Bereits vorab sollte die Dokumentation der Veranstaltung geplant werden. Für die Weiterarbeit der Fachkräfte ist eine Zusammenfassung der Ergebnisse wichtig.

Die Dokumentation sollte neben den Präsentationen aller Vorträge die Ergebnisse der Diskussionen enthalten. Dazu kann eine Fotodokumentation der Stellwände und Flipcharts ausreichend sein oder die Zusammenfassung der Workshop-Ergebnisse durch die Moderatorinnen und Moderatoren. Manchmal empfiehlt sich auch die Transkription der Moderationskarten, um einen umfassenden Überblick zu schaffen.

Häufig wird bei Vernetzungskonferenzen nach der Weitergabe der Kontaktdaten aller Teilnehmenden gefragt. Im Sinne der Vernetzung ist dies begrüßenswert, allerdings muss dabei

der Datenschutz bedacht werden. Ein entsprechendes Einverständnis kann mit der Anmeldung oder am Veranstaltungstag über die Teilnehmendenliste abgefragt werden. Eine Liste aller, die eingewilligt haben, kann dann mit der Dokumentation verschickt werden.

Bereits bei der Planung der Regiokonferenz sollten sich die Projektpartnerinnen und Projektpartner darüber einigen, wie mit den Ergebnissen im Anschluss weitergearbeitet werden soll.

Ein **transparenter Umgang** zum weiteren Vorgehen – auch wenn es nur die Sichtung der Ergebnisse ist – erhöht die Motivation der Teilnehmenden. Darüber hinaus sollte eine oder mehrere **Ansprechpersonen** genannt werden, an die sich Teilnehmende oder interessierte Fachkräfte nach der Konferenz mit ihren Fragen wenden können.

1.10. Einladung versenden/Teilnehmendenmanagement

Für gewinnbringende Vernetzung über verschiedene Hilfesysteme hinweg ist ein möglichst vielfältiger Teilnehmendenkreis sehr wichtig. Eine klassische Anmeldung nach Eingangsdatum („Windhundprinzip“) ist daher selten zielführend. In den verschiedenen Hilfesystemen sind die Hierarchien und Postwege sehr unterschiedlich und es kann unterschiedlich leicht Ersatz für eine Person gefunden werden, weshalb sich die Rückmeldezeiten stark unterscheiden können. Mit einer klassischen Anmeldung wäre die Gefahr groß, dass einzelne Zielgruppen bereits alle Plätze belegt haben, bevor eine andere Zielgruppe sich überhaupt anmelden konnte.

Aus den in Teil 2 beschriebenen Regiokonferenzen kam der größte Teil der Teilnehmenden aus der Kinder- und Jugendhilfe (50–60 %). Hier sind die Kommunikationswege oft kurz und starre Schichtpläne seltener.

Im Gegensatz dazu sind Fachkräfte der niedergelassenen Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder -psychotherapie meist schwach vertreten (< 10 %), da dort die Zeitpläne sehr eng sind und es wenig Möglichkeiten gibt, Ersatz zu finden.

Es lohnt sich also, vorab zu prüfen, wie die Einladung zielgerichtet an verschiedene Zielgruppen weitergegeben werden kann. Oft ist der Zugang leichter, wenn die **Einladung durch eine bekannte Kooperationspartnerin oder einen bekannten Kooperationspartner** weitergegeben wird. Hier kann das Netzwerk der Projektpartnerinnen und Projektpartner gezielt genutzt werden.

Im besten Fall kann bei der Projektplanung besprochen werden, wer die Einladung wo streut und wie viele Plätze dem jeweiligen Hilfefeld zugeteilt werden. Ein zusätzliches Kontingent frei beworbener Plätze ermöglicht es auch Interessierten aus anderen Feldern, sich anzumelden.

Alternativ können über eine offene Anmeldung 75 % der Plätze vergeben und über eine Warteliste im Anschluss die weiteren Plätze handverlesen zugeteilt werden, um Ungleichgewichte auszugleichen.

Es hat sich bewährt, die Einladung (als Flyer oder per E-Mail) eher kurz zu halten und weitere Informationen kurz vor der Veranstaltung in einem Teilnehmendenbrief mitzuteilen.

Erfahrungsgemäß liegt die No-Show-Rate bei dieser Art von Veranstaltungen bei knapp über zehn Prozent. Es kann daher in gewissem Umfang eine **Überbelegung** eingeplant werden, die sich am Veranstaltungstag wieder ausgleichen sollte.

Die Einverständniserklärung zur Aufnahme von Fotos für die Dokumentation und die eigene Öffentlichkeitsarbeit sollte bedacht werden, ebenso wie die Frage nach einer Einwilligung zur Weitergabe der Kontaktdaten an die Konferenzteilnehmenden.

Die Nutzung von Onlinetools für Anmeldung und Teilnehmendenmanagement spart dem Organisationsteam Aufwand und vereinfacht den Anmeldeprozess für Teilnehmende.

bedienen muss. Zusammen mit Referierenden und Moderierenden können so insgesamt noch einmal 10 bis 15 Personen neben der Teilnehmendenliste zusammenkommen. Diese müssen bei der Raumbuchung und im Catering bedacht werden.

Bei der Anmeldung können farbige Klebepunkte ausgelegt werden, mit denen die Teilnehmenden auf ihren Namensschildern markieren können, welchem Hilfesystem sie sich zuordnen. Die Zuordnung sollte durch die Teilnehmenden selbst erfolgen, da diese sich häufig anders zuordnen, als es für Außenstehende erscheint.

Erfahrungsgemäß kommen immer auch zehn Prozent Personen spontan zur Veranstaltung, ohne angemeldet zu sein. Mit einer leeren Teilnehmendenliste und unbeschriebenen Namensschildern kann dem Rechnung getragen werden. Sollen Fortbildungspunkte der LÄK oder LPK vergeben werden, sind dafür die entsprechenden Teilnehmendenlisten auszulegen.

1.12. Weiterarbeit vor Ort

Regiokonferenzen können vor Ort große Wirkung entfalten. Teilnehmende gewinnen einen Einblick in andere Hilfesysteme, können ihre Arbeitsprozesse anpassen, nehmen Motivation sowie Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner mit. Für sich alleine sind diese Effekte aber zeitlich beschränkt. Erfahrungsgemäß haben sich nach einigen Monaten Alltag und Routinen wieder durchgesetzt.

Um eine dauerhafte Verbesserung zu erreichen, muss mit den Ergebnissen der Konferenz weitergearbeitet werden.

Die klassische Konsequenz aus einer Regiokonferenz wäre z. B. die Einrichtung eines **Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbunds (KJPV)**, der – ähnlich dem Gemeindepsychiatrischen Verbund – alle relevanten Partnerinnen und Partner in einem Gremium zusammenbringt. Dieses analysiert und begleitet die aktuelle Hilfelandschaft, formuliert Bedarfe und benennt Antworten darauf. Je nach Ausgestaltung kann der KJPV von einer regelmäßigen Vernetzung bis hin zur gemeinsamen Fallverantwortung für komplexe Fälle reichen. Eine Vorlage für eine solche Kooperationsvereinbarung findet sich in der „Interdisziplinären Handreichung der Task Force zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie“ des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration (S. 113 ff).

Unabhängig von der Form der Weiterarbeit sollte den Teilnehmenden mit dem Versand der Teilnahmebescheinigung und der Dokumentation ein Ausblick gegeben werden, welche Schritte als Nächstes angegangen werden.

Merkmale

- Regiokonferenzen fördern Motivation sowie Netzwerke vor Ort und können neue Lösungswege hervorbringen
- Ein großer Teil der Vernetzung findet schon **vor** der Konferenz statt
- Breites Bündnis an Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern trägt Regiokonferenz
- Team: Vorbereitungsteam drei bis fünf Personen plus Referierende und Moderierende
- Vorbereitungsbeginn: ca. sechs Monate vor der Veranstaltung
- Umfang: ca. 50 bis 100 Teilnehmende, sechs bis acht Stunden
- Regiokonferenz nicht nur zur Vernetzung der Teilnehmenden nutzen, auch Überblick über Hilfelandschaft in der Region vermitteln
- „Neutralen“ Veranstaltungsort wählen
- Termin frühzeitig kommunizieren, Anmeldung auf Bedarfe der Zielgruppen ausrichten
- Fortbildungspunkte der LÄK beantragen
- Pausen als aktive „Vernetzungszeiten“ nutzen
- Vorab Weiterarbeit mit Ergebnissen klären und kommunizieren

1.13. Regionale Vernetzungskonferenz – Beispielkonzept

Interdisziplinäre Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern

1.13.1. Ausgangslage

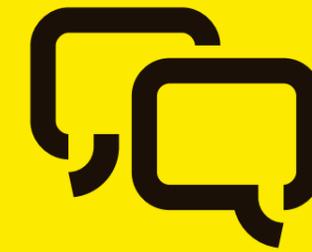
Mit der Corona-Pandemie und den daran anschließenden Krisen hat die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien stark gelitten. Depressive Symptome, Angst- und Essstörungen sowie psychosomatische Erkrankungen haben deutlich zugenommen und befinden sich immer noch auf einem deutlich erhöhten Niveau. Darauf angemessen zu reagieren, stellt eine Herausforderung für alle dar, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Verstärkte Arbeit in Netzwerken, engere Kooperation über Systemgrenzen hinweg und ein fundiertes Wissen über Situation und Strukturen angrenzender Hilfesysteme gewinnen dadurch weiter an Relevanz.

1.13.2. Zieldefinition

Die Regiokonferenz spricht das erweiterte Hilfesystem im Themenfeld Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendhilfe sowie Schule in allen beteiligten Stadt- und Landkreisen an. Die Zusammenarbeit zwischen den Hilfesystemen und über Territorialgrenzen hinweg wird in den Blick genommen und – wo möglich – weiterentwickelt. Darüber hinaus generiert die Regiokonferenz Öffentlichkeitswirksamkeit für das Thema psychische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen, sensibilisiert für die verschärfte Problemlage und informiert Expertinnen und Experten über Versorgungsstrukturen und Ansprechpersonen.

1.13.3. Teilnehmendenfeld

Angesprochen werden Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe, der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen, der Schulen und weiterer Partnerinnen und Partner im Helfefeld. Detailliert finden sich diese in den Netzwerken der Projektpartnerinnen und Projektpartner.



1.13.4. Ablauf

Teil I: Input

- Ab 8:30 Uhr** Ankommen
- 9:00 Uhr** Grußworte der Landkreise/Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychologie und -psychosomatik
- 9:30 Uhr** Keynote: „Aktuelle Situation und Herausforderungen nach der Corona-Pandemie“ (Arbeitstitel) – [REFERENTIN/REFERENTEN BENENNEN]
- 10:30** Impulsvortrag: „Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen in unserer Region“ (Arbeitstitel) – [REFERENTIN/REFERENTEN BENENNEN]
- Im Anschluss** Anmerkungen & Rückfragen

Teil 2: Austausch

- 11:00 Uhr** Einführung in die Gruppenarbeit
- 11:15 Uhr** Themenzentrierter Austausch in professionsgemischten Gruppen – Arbeitsphase I
- Geplante Thementische:
- **(Systemübergreifende) Prävention**
Wie lässt sich zusammen schon früh mehr erreichen?
Mit Kreativität formale Hürden überwinden?
 - **Zugänge zu den Hilfesystemen**
Was braucht es, um schneller Hilfe gewähren zu können?
Wie lassen sich Zugänge niederschwelliger gestalten?
 - **Transition und Systemübergänge**
Welche Kooperationen braucht es, um Übergänge erfolgreicher zu gestalten? Wer kann begleiten, wenn Hilfen enden?
 - **Stärken und Grenzen der Systeme**
Wann ist welches Hilfesystem das richtige? Was können Schule, Kinder- und Jugendhilfe sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten, wenn sie enger zusammenarbeiten?
 - **Hilfe in Akutsituationen**
Was tun, wenn Hilfebedarfe dringend werden? Wer ist wofür ansprechbar und kann schnell helfen?
 - **Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit komplexem Hilfebedarf**
Wie lassen sich Härtefälle gemeinsam erfolgreich begleiten? Möglichkeiten enger Kooperation in Einzelfällen und Wege zur gemeinsamen Fallverantwortung
- 12:45 Uhr** Mittagspause/Raum für Austausch
- 13:45 Uhr** Themenzentrierter Austausch in Workshops – Arbeitsphase II
Thementische vgl. Arbeitsphase I
- 15:15 Uhr** Zusammenführen im Plenum: Moderatorinnen und Moderatoren berichten aus ihren Workshops
- 16:00 Uhr** Verabschiedung und Ende

Teil 2: Projektdokumentation über die regionalen Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien in Folge der Corona-Pandemie und nachfolgender Krisen

2.1. Genese und Auftrag

Die Corona-Pandemie und nachfolgende Krisen stellten die gesamte Gesellschaft, insbesondere Kinder, Jugendliche und Familien, vor besondere Herausforderungen. Da in Kindheit und Jugend kognitive und psychosoziale Entwicklungen zu bewältigen sind, die für das weitere Leben bestimmend sind, waren Schulschließungen, Kontakt- und Ausgangssperren für junge Menschen besonders problematisch.

Um darauf angemessen zu reagieren, berief das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg im Sommer 2021 die Task-Force „Psychische Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Corona-Pandemie“ ein. Diese empfahl neben weiteren Maßnahmen die Durchführung regionaler Vernetzungskonferenzen, um die Kooperation aller relevanten Hilfesysteme, insbesondere der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe und der Schulen,

auszubauen. Mit der Umsetzung der Regio-konferenzen wurde die FaFo BW beauftragt.

Ziel der Regio-konferenzen war es, die gesamte Versorgungskette einer Region in den Blick zu nehmen, vorhandene Kooperationsstrukturen zu festigen und neue anzustoßen. Als „Region“ wurden die Einzugsgebiete der jeweils zuständigen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugrunde gelegt.

Dabei zeigte sich schnell, dass die nötige Einbindung dieser Vielzahl von Partnern (Jugend- und Gesundheitsämter aller beteiligten Landkreise, insbesondere Kommunale Gesundheitskonferenzen und Psychiatriekoordination, zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, regionale Netzwerke, Schulsozialarbeit, Beratungsstellen etc.) eine intensivere und langwierigere Vorbereitung notwendig machte als ursprünglich angenommen.

Ein großer Teil der Vernetzungsarbeit von Regio-konferenzen findet bereits im Vorfeld statt.

Der ursprüngliche Projektzeitraum von Sommer 2022 bis Ende 2023 konnte bis

Ende 2024 erweitert werden. In dieser Zeit fanden acht Regio-konferenzen in allen vier Regierungsbezirken statt. Circa 40 Partnerorganisationen und -ämter waren in die Kooperationen eingebunden und konnten fast 750 Fachkräfte aus allen Hilfebereichen erreichen.

2.2. Fachbeitrag zum Thema „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen: Reflexion und Ausblick“

Dr. med. Jens Retzlik:

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Ellwangen, Kliniken Ostalb gkAöR

Einleitung

Kindheit und Adoleszenz sind Phasen zahlreicher biopsychosozialer Veränderungen [1]. Nach Havighurst [2] und Hurrelmann [3] gibt es in diesen Lebensabschnitten bestimmte sensitive Zeiträume, in denen unterschiedliche, altersentsprechende Entwicklungsaufgaben (u.a. biologische und kognitive Reifung, psychosexuelle Entwicklung, Entwicklung von Identität und Selbstkonzept, Autonomieentwicklung, soziale Entwicklung und Integration etc.) zu bewältigen sind. Insbesondere die Adoleszenz ist eine besonders sensitive Periode für die soziale Entwicklung mit einem gesteigerten Bedarf an sozialer Interaktion [4]. Ein „unenträglicher Entwicklungsdruck“ entsteht dann, wenn Kinder und Jugendliche sich bemühen, diese Entwicklungsaufgaben zu lösen, dabei aber wegen unzureichender persönlicher oder sozialer Ressourcen nicht erfolgreich sind. Als Folge treten internalisierende, evadierende oder externalisierende Reaktionsmuster auf [5]. Psychische Erkrankungen können einerseits zum Scheitern bei der Meisterung dieser Entwicklungsaufgaben führen, andererseits spielt die Bewältigung von und das Scheitern an Entwicklungsaufgaben in der Genese von im Kindes- und Jugendalter auftretenden psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle.

Die psychische Gesundheit ist entscheidend für den Aufbau von Resilienz und die Fähigkeit zur Bewältigung von Stress in späteren Lebensphasen [5].

Die mit dem Auftreten der Corona-Pandemie verbundenen Veränderungen und Restriktionen haben Kinder und Jugendliche gerade in diesen sensiblen Lebensabschnitten stark beeinflusst. Schulen, Kindertagesstätten, Sportvereine, Freizeiteinrichtungen, Jugendclubs, Kinos, zahlreiche Geschäfte und anfangs sogar Spielplätze wurden geschlossen. Das öffentliche Leben kam praktisch zum Erliegen. Sogar die Bewegungsfreiheit außerhalb der eigenen Wohnung war phasenweise stark eingeschränkt. Treffen mit Gleichaltrigen und Familienmitgliedern außerhalb des eigenen Haushalts sowie das Spielen im Freien waren nur noch eingeschränkt möglich [6, 7].

Im Weiteren sollen daher die Auswirkungen dieser Veränderungen und Restriktionen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen anhand vorhandener Studien reflektiert und ein kurzer Ausblick auf die aktuelle und zukünftige Situation gegeben werden.

Präpandemische Situation der Kinder und Jugendlichen

Das Jugendalter und das frühe Erwachsenenalter sind die Phasen, in denen das Risiko für psychische Störungen am höchsten ist. Etwa die Hälfte aller psychischen Störungen beginnt vor dem 14. Lebensjahr und drei Viertel vor dem 24. Lebensjahr [8–11]. Präpandemisch betrug die mittlere Prävalenz von psychischen Störungen im Beobachtungszeitraum von 1985 bis 2012 bei Kindern und Jugendlichen weltweit 13,4 % [12]. Für den deutschsprachigen Raum bezifferte eine Metaanalyse die präpandemische Prävalenz von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen im Beobachtungszeitraum 1953–2007 auf 17,6 % [13]. Depressive Symptome und Angstsymptome im Speziellen wiesen vor der Pandemie eine Prävalenz von je 15,0 % in Deutschland auf [14]. Dabei zeigten sich die Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor der Pandemie stabil [13].

Psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wirken sich auch auf das Erwachsenenalter aus. Sie beeinträchtigen schulische Leistungen [15], erhöhen das Risiko für spätere psychische Erkrankungen [16], führen zu einer vermehrten Inanspruchnahme von psychiatrischen Hilfen [17], verringern die Lebenszufriedenheit [18] und stellen eine erhebliche wirtschaftliche Belastung für die Gesellschaft dar [19]. Wichtige Risikofaktoren für das Auftreten psychischer Störungen umfassen dabei einen niedrigen sozioökonomischen Status, geringen elterlichen Bildungsgrad und Migrationshintergrund [20].

In der UN-Kinderrechtskonvention heißt es in Artikel 24, Satz 1: „States Parties recognize the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health and to facilities for the treatment of illness and rehabilitation of health. States Parties shall strive to ensure that no child is deprived of his or her right of access to such health care services“ [21].

Für Deutschland trat diese 1992 in Kraft [22]. Dennoch entsprechen vorhandene Ressourcen, Angebote und Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit selten den tatsächlichen Bedürfnissen der

unterzeichnenden Länder. Besonders bei Kindern und Jugendlichen ist der Grad der Versorgung und die Qualität der Leistungen, auch bei schweren Erkrankungen, schlechter als bei Erwachsenen, wie eine Untersuchung von 36 teilnehmenden EU-Ländern zeigte [23]. Dabei gaben nur acht der befragten Länder in Bezug auf psychische Störungen und nur zwei der befragten Ländern in Bezug auf Verhaltensprobleme an, dass ihr Versorgungsgrad und ihre Leistungen ausreichend seien [23]. Der Prozentsatz der Kinder und Jugendlichen, die psychische Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen, lag laut mehreren nationalen Umfragen vor der Pandemie zwischen 7,7 und 46,5 % [24, 25, 26, 27]. Dabei scheint die Inanspruchnahmerate psychischer Gesundheitsversorgung je nach Art der psychischen Störung [25, 28], Anzahl der Komorbiditäten [25, 29] sowie Entwicklungsverläufen psychischer Gesundheitsprobleme, z. B. akuten/wiederkehrenden, anhaltenden oder remittierten psychischen Gesundheitsproblemen [30], zu variieren. Unbehandelte psychische Gesundheitsprobleme können sich nicht nur negativ auf spätere psychische Gesundheitsprobleme auswirken [31], sondern auch zusätzliche dauerhafte Folgen haben, wie Substanzmissbrauch, schulisches Versagen, Arbeitslosigkeit und andere soziale Folgen im späteren Leben [32].

Spezifischere Angaben über die präpandemische Versorgungssituation in Deutschland lieferte unter anderem die BELLA-Studie, in der nur knapp ein Drittel (29,5 %) der befragten psychisch auffälligen Kinder und Jugendlichen angaben, in den letzten zwölf Monaten eine Psychologin/einen Psychologen, eine Psychiaterin/einen Psychiater oder eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten in Anspruch genommen zu haben. Die Inanspruchnahme von psychiatrischer oder psychotherapeutischer Hilfe scheint dabei auch abhängig von der spezifischen Erkrankung zu sein. Essau [33] konnte zeigen, dass die Inanspruchnahme von entsprechenden Hilfsangeboten bei Jugendlichen mit einer Angststörung bei 18,2 % und bei 23 % bei den Jugendlichen mit einer depressiven Erkrankung lag.

Auch scheinen in Deutschland strukturelle Rahmenbedingungen wie stärker urbanisierte Gebiete mit einer hohen Angebotsdichte als auch Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland eine Rolle zu spielen [34]. Faktoren wie Geschlecht, Alter und sozioökonomischer Status schienen allerdings nicht mit der Inanspruchnahmerate psychischer Gesundheitsversorgung assoziiert zu sein [35]. Bereits die Autoren der BELLA-Studie resümierten vor diesem Hintergrund, dass es zukünftig erforderlich sei, mit entsprechenden Interventions- und Präventionsstrategien die Hilfesuche von

Kindern und Jugendlichen mit psychischem Hilfebedarf zu unterstützen und Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten beeinflussen, zu adressieren [35].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zugang sowie die Inanspruchnahme von psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfsangeboten bereits vor der Pandemie, auch in Deutschland, ein Problem darstellten und vielfach die in der UN-Kinderrechtskonvention vereinbarten Ziele nicht erreicht wurden.

Epidemiologie und medizinische Folgen von COVID-19

Das SARS-CoV-2-Virus (severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2), der Erreger der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), wurde nach Erstidentifikation im Dezember 2019 in Wuhan (China) erstmals im Januar 2020 in Deutschland nachgewiesen. Das Virus verbreitete sich in wenigen Monaten weltweit und führte in den folgenden drei Jahren in nahezu allen Ländern der Erde zu mehreren pandemischen Wellen (Corona-Pandemie). Als Ende der Pandemie kann die Aufhebung des globalen Gesundheitsnotstands durch die WHO am 05.05.2023 gewertet werden [36].

Die Erkrankung manifestiert sich bei Kindern und Jugendlichen primär als akute Atemwegserkrankung mit Fieber, Atemwegssymptomen wie Husten, Halsschmerzen und Schnupfen oder auch Magen-Darm-Beschwerden [37]. Dabei überwiegen meist milde oder asymptomatische Verläufe und schwere Verläufe sind seltener als bei Erwachsenen [38–42]. Unter den bis Mai 2022 hospitalisierten Personen war der Anteil derer, die intensivmedizinisch versorgt werden mussten, bei Kindern und Jugendlichen deutlich niedriger (< 1 Jahr: 1,9 %, 1–4 Jahre: 1,5 %, 5–11 Jahre: 1,2 %, 12–17 Jahre: 2,0 %) als in der erwachsenen Bevölkerung (18–59 Jahre: 8,4 %, ≥ 60 Jahre: 10,7 %) [43]. Dennoch haben Kinder und Jugendliche mit Risikofaktoren ein relevantes Krankheitsrisiko [44]. In seltenen Fällen entwickelten Kinder, vor allem in den ersten zwei Pandemie Jahren, ein Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome

(PIMS bzw. MIS-C) als postakute Komplikation infolge einer Dysregulation des Immunsystems, welches in mehr als 94 % der Fälle ohne Folgeschäden ausheilte [45]. Die Häufigkeit einer COVID-19-assoziierten Aufnahme auf eine Intensivstation lag für alle Kinder bei 0,007 % und für Kinder ohne Vorerkrankungen bei 0,002 % aller SARS-CoV-2-Infektionen in dieser Altersgruppe [43]. COVID-19-bedingte Todesfälle im Kindes- und Jugendalter sind sehr selten. Der Anteil der Verstorbenen an den gemeldeten Fällen betrug in der Gesamtbevölkerung etwa 3 %, wobei die über 60-Jährigen mit 12 % eine deutlich höhere Sterblichkeit als die unter 60-jährigen Erwachsenen mit etwa 0,15 % zeigten [36]. Bei den 5- bis 11-Jährigen lag der Anteil der Todesfälle mit COVID-19 als primäre Todesursache bis Ende April 2022 bei 0,0004 % und bei den 12- bis 17-Jährigen bei 0,0009 % [43].

Längerfristige gesundheitliche Beeinträchtigungen/Symptome im Anschluss an eine SARS-CoV-2-Infektion, die länger als zwölf Wochen nach Erkrankungsbeginn noch vorhanden oder neu aufgetreten sind und nicht anderweitig erklärt werden können, werden als Post-COVID-19-Syndrom (Long COVID) bezeichnet. Long COVID ist bei Kindern und Jugendlichen deutlich seltener als bei Erwachsenen und klingt meist nach sechs bis zwölf Monaten ab [46, 47]. Hinsichtlich Long COVID zeigen sich Probleme in der Trennung zwischen COVID-19-bedingten Auffälligkeiten

und Auffälligkeiten in Zusammenhang mit der Pandemieerfahrung und -bewältigung sowie psychosomatischen und psychiatrischen Störungsbildern. Konsensusempfehlungen zur Diagnostik und Therapie von Long COVID im Kindes- und Jugendalter wurden von Töpfner und Kollegen beschrieben [48] und sollen bis Ende 2024 in einer S2k-Leitlinie gebündelt werden.

Die bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen milderen somatischen Verläufe hatten jedoch durch die mit der Pandemie einhergehenden Veränderungen und Einschränkungen gravierende psychische Auswirkungen.



Kinder und Jugendliche berichteten, vor allem während der mit scharfen Restriktionen einhergehenden ersten und zweiten Pandemiewelle, vermehrt an psychosomatischen Beschwerden wie Bauchschmerzen, Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Schlafproblemen und Irritabilität im Vergleich zum Vorpandemiezeitraum [50, 52] gelitten zu haben.

Parallel mit der erlebten psychischen Belastung sanken auch die, in den ein bis zwei präpandemischen Dekaden konstant als gut berichtete, gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen ab und erreichten trotz Zunahme gegen Ende der Pandemie auch im Herbst 2022 noch nicht wieder das Vorpandemie-niveau [14].

Der Konsum von Süßigkeiten nahm zu, während die tägliche körperliche Aktivität abnahm und die im Sitzen verbrachte Zeit sowie die Zeit, in der Kinder und Jugendliche Bildschirmmedien nutzten, zunahm [53, 54]. Vogel und Kollegen konnten zeigen, dass der bereits präpandemisch bestehende Trend zu Übergewicht und Adipositas (Verdopplung der Adipositas-Prävalenz von 10 auf 19 % im Zeitraum 2005 bis 2020) bei Kindern und Jugendlichen sich unter Pandemiebedingungen dramatisch verstärkte. So zeigten sie, dass in einer kurzen Zeitspanne von wenigen Monaten die kumulierten Effekte der gesamten 15 präpandemischen Jahre übertroffen wurden [55]. Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nahm im Vergleich zum präpandemischen Zeitraum zu [56].

In einer internationalen Metaanalyse von 29 Studien konnten Racine und Kollegen zeigen, dass sich im ersten Pandemiejahr die Prävalenzraten von klinisch relevanten Angst- oder depressiven Symptomen im Vergleich zur präpandemischen Zeit verdoppelt haben. So litten im ersten Pandemiejahr weltweit eins von vier Kindern (25 %) an depressiven Symptomen und eins von fünf Kindern an Angstsymptomen (21 %). Dies stellt eine Verdopplung der Prävalenzraten im Vergleich zur präpandemischen Zeit dar. Weiterhin konnten sie zeigen, dass die Zunahme der Prävalenzen mit Dauer der Pandemie bzw. der pandemiebedingten Einschränkungen korreliert [57]. Deng und

Kollegen berichten in einer neueren Übersichtsarbeit und Metaanalyse von 123 Studien mit über 1.300.000 untersuchten Kindern und Jugendlichen sogar eine noch deutlichere Zunahme der Prävalenz von depressiven Symptomen als auch von Angstsymptomen auf knapp eins von drei Kindern und Jugendlichen (31 %) seit Beginn der Pandemie weltweit [58].

Die COPSYS-Studie konnte ebenfalls einen Anstieg der Prävalenz psychischer Symptome für Deutschland zeigen. So stieg die Prävalenz psychischer Auffälligkeiten vor allem zu Beginn der Pandemie um mehr als das 1,7-Fache auf 31 % an und lag auch im Herbst 2022 noch um etwa das 1,3-Fache (22,6 %) deutlich über dem präpandemischen Level von 17,6 % [51]. Einzig depressive Symptome zeigten sich im Rahmen der fünften Erhebungswelle auf das präpandemische Level rückläufig (14,2 %). Veränderungen der Inzidenz diagnostizierter psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich 2019 zu 2021 wurden auch im DAK Kinder- und Jugendreport berichtet. So stieg die Inzidenz diagnostizierter Depressionen bei Mädchen im Alter von 10 bis 14 Jahren um 23 %, die Inzidenz von Angststörungen um 24 % (15 bis 17-jährige Mädchen) und die Inzidenz von Essstörungen um 54 % (15 bis 17-jährige Mädchen). Einschränkend sollte angemerkt werden, dass teilweise deutliche Geschlechtsunterschiede berichtet wurden und auch rückläufige Inzidenzen bei Jungen zu verzeichnen waren [59]. In Bezug auf das Land Baden-Württemberg zeigt die Landesauswertung des DAK Kinder- und Jugendreports ein noch deutlich ausgeprägteres Bild. So war in der Landesauswertung sogar ein Inzidenzanstieg von 86 % bei den Depressionen (10 bis 14-jährige Mädchen), 31 % bei den Angststörungen (15 bis 17-jährige Mädchen) und 115 % bei den Essstörungen (15 bis 17-jährige Mädchen) zu beobachten. Auffallend war auch, dass entgegen der Beobachtungen von sinkenden Inzidenzen für Depressionen und Angststörungen bei Jungen auf Bundesebene in der Landesauswertung Inzidenzanstiege bei Depressionen (15 bis 17-jährige Jungen) wie auch bei Angststörungen beobachtbar waren [59]. Gegen Ende der Pandemie zeigten sich die Inzidenzen nicht wie in den Vorjahren ansteigend, sondern leicht rückläufig. Dennoch lagen die Inzidenzen noch

Einfluss auf die psychische Gesundheit

Für Deutschland untersuchte vor allem die COPSYS-Studie (Corona und Psyche) die Auswirkungen der Pandemie auf die psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen. Dabei lehnte sich die COPSYS-Studie in ihrem Design an die Methodik der präpandemisch durchgeführten repräsentativen longitudinalen BELLA-Studie und der von der WHO unterstützten HBSC-Studie (Health Behaviour in School-Aged Children) an. In mittlerweile sechs Erhebungswellen wurden im Rahmen der COPSYS-Studie Kinder und Jugendliche und ihre Familien in Deutschland zur psychischen Gesundheit befragt.

Die repräsentative Stichprobe umfasste dabei mehr als 1.000 11- bis 17-jährige Kinder und Jugendliche sowie 1.500 Eltern von 7- bis 17-Jährigen [49, 50].

Im Rahmen der COPSYS-Studie konnte gezeigt werden, dass während aller bisher ausgewerteten Erhebungswellen 70–80 % der Kinder und Jugendlichen die Veränderungen im Rahmen der Pandemie als psychisch deutlich belastend empfanden. Insbesondere die sozialen Einschränkungen (76–83 %) sowie das zweite Pandemiejahr (bis zu 83 %) wurden dabei als besonders belastend angesehen [51].

immer über dem Vorpandemiezeitraum (Mädchen: + 6 %, Jungen: – 8 %) und insbesondere bei den Mädchen zeichnet sich ein Trend zur Chronifizierung depressiver Störungen ab [56]. Ob die Anstiege der Inzidenz sich wieder auf das Vorpandemieniveau angleichen, ist derzeit nicht absehbar. Im DAK Kinder- und Jugendreport 2023 wird in Bezug auf Essstörungen auch eine Zunahme der Prävalenz um 44 % im Vergleich zum Vorpandemiejahr [60] berichtet.

Die beschriebenen Effekte zeigten sich einhergehend mit den Pandemiewellen und korrelierten mit restriktiveren Pandemiemaßnahmen (z. B. soziale Isolation u. a.) oder Schulschließungen [14, 61]. Eine Studie des Bundesinstituts für Bevölkerungsschutz (BiB) zeigte, dass das Auftreten von depressiven Symptomen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland während der Pandemie in unmittelbarem Zusammenhang mit den pandemiebedingten Restriktionen und den Schulschließungen stand. So zeigten Kinder und Jugendliche während der Pandemie in Zeiten von Schulschließungen 75 % häufiger depressive Symptome als vor der Pandemie, während dies in pandemischen Zeiten ohne Schulschließungen nur 27 % waren [61]. Die Ergebnisse stehen in Einklang mit Untersuchungen zur Auswirkung von sozialer Isolation und Einsamkeit auf die psychische Gesundheit vor der Corona-Pandemie. Loades und Kollegen beschrieben, dass soziale Isolation und Einsamkeit das Risiko für das Auftreten von depressiven und Angstsymptomen innerhalb eines Zeitraums von einem Vierteljahr bis zu neun Jahre danach erhöhen. Dabei korrelierte vor allem die Dauer der Maßnahme stärker mit psychischen Gesundheitssymptomen als deren Intensität [62].

Vor allem Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status, niedrigem Bildungsniveau, eingeschränkten Lebensbedingungen, Migrationshintergrund und psychisch belasteten Eltern erlebten eine Verschlechterung der körperlichen und psychischen Lebensqualität [50, 52, 59, 63, 64]. Der DAK Kinder- und Jugendreport zeigt darüber hinaus auch eine Assoziation der sozialen Lage des Elternhauses mit dem Risiko einer Neudiagnosestellung. So hatten jugendliche Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischem

Status im Jahr 2022 eine um 27 % höhere Chance, erstmalig eine Depressionsdiagnose, eine um 9 % höhere Chance, erstmalig eine Angststörungsdiagnose und eine 25 % höhere Chance, erstmalig eine Essstörungsdiagnose zu erhalten, als Mädchen aus Familien mit niedrigem Status [60].

Parallel mit den Veränderungen der Inzidenz und Prävalenz psychischer Auffälligkeiten und psychischer Erkrankungen zeigten sich auch gravierende Veränderungen im Hilfe- und Versorgungssystem während der Pandemie. Fegert und Kollegen berichten eine signifikant verminderte kinderärztliche Versorgung durch Schließung von Praxen und medizinischen Versorgungszentren wie auch Störungen und Unterbrechungen in der Arbeit von Kinderschutzdiensten und Unterstützungsmaßnahmen durch die Jugendämter [7]. Familiäre Systeme standen unter dem Druck von Homeoffice, finanziellen Sorgen durch die mit der Pandemie verbundene wirtschaftliche Rezession, der Realisierung von Kindererziehung und -betreuung, vermehrtem schulischen Unterstützungsbedarf ihrer Kinder oder auch psychischer Belastung durch Ängste oder den Umgang mit infektionsbedingten Todesfällen Angehöriger. Häusliche Gewalt zwischen Eltern, aber auch gegenüber Kindern nahm dramatisch zu [65, 66].

Konsequenz stieg auch die Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Notdiensten in den Kliniken, wie eine Studie der Uniklinik Tübingen während der zweiten Welle der Corona-Pandemie zeigen konnte. Allgaier und Kollegen zeigten einen rund 30%igen Anstieg allgemeiner Notfallanfragen und einen Anstieg von über 50 % bei Notfallanfragen im Bereich von Essstörungen [67]. Einer Untersuchung der Einweisungsgründe auf pädiatrische Intensivstationen von Bruns und Kollegen zufolge kam es im Verlauf der Pandemie auch zu deutlich mehr ernsthaften Suizidversuchen von Jugendlichen, bei gleichbleibender Rate vollendeter Suizide. Zwar ging während des ersten Lockdowns im Jahr 2020 die Gesamtzahl der Einweisungen aufgrund von Suizidversuchen zunächst zurück, stieg jedoch im Jahr 2021 deutlich über das präpandemische Niveau an [68].



Zusammenfassung und Ausblick

Wie zuvor anhand einiger vorhandener Studien reflektiert, hatten die mit der Corona-Pandemie einhergehenden Veränderungen und Restriktionen tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben von Kindern und Jugendlichen und deren psychische Gesundheit auch noch nach dem Ende der Pandemie.

Studien wie die COPSY-Studie konnten zeigen, dass sich ca. drei Viertel der befragten Kinder und Jugendlichen durch die Pandemie als psychisch belastet empfanden, insbesondere aufgrund der sozialen Isolation. Konsum von Süßigkeiten, im Sitzen verbrachte Zeit und Bildschirmmedienkonsum nahmen zu. Der präpandemische Trend zur Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen verschärfte sich dramatisch. Während der Pandemie zeigte sich eine signifikante Zunahme psychosomatischer und psychischer Probleme, insbesondere von Angst- und Depressionssymptomen sowie von Essstörungen. Internationale und nationale Studien berichten nahezu von einer Verdopplung der Prävalenzraten von psychischen Symptomen im Vergleich zur präpandemischen Zeit.

Besonders betroffen zeigten sich Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien sowie aus Familien mit psychisch erkrankten Eltern.

Vor allem die sozialen Restriktionen und Schulschließungen während der Pandemie verschärfen die psychischen Belastungen

erheblich. Kinder und Jugendliche zeigten während der Schulschließungen dreimal häufiger depressive Symptome im Vergleich zu vor der Pandemie als in pandemischen Zeiten ohne Schulschließungen.

Auch wenn gegen Ende der Pandemie ein leichter Rückgang der Inzidenz psychischer Störungen zu verzeichnen war, liegen die Zahlen weiterhin über dem Niveau vor der Pandemie. Aus der präpandemischen Forschung gibt es Hinweise darauf, dass psychische Folgen sozialer Isolation noch Jahre nach dem eigentlichen Ereignis bestehen können. Besonders besorgniserregend ist daher eine mögliche Tendenz zur Chronifizierung depressiver Störungen, insbesondere bei Mädchen, sowie die beobachteten Anstiege der Prävalenz von Essstörungen.

Trotz der bereits auf vielen Ebenen aufgrund der Handlungsempfehlungen der interministeriellen Arbeitsgruppe unternommenen erheblichen Anstrengungen [6] bedarf es weiterhin einer engen Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Bildungseinrichtungen, dem System der Kinder- und Jugendhilfe und dem kinder- und jugendpsychiatrischen und -psychotherapeutischen Versorgungssystem, um die vermutlich noch Jahre nachwirkenden psychosozialen Folgen der Pandemie nachhaltig zu bewältigen und die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten.



- Arnett, A.B., Biopsychosocial models of the development of childhood disruptive behaviors. 2016: University of Denver.
- Havighurst, R.J., Human development and education. 1953, New York: Longmans Green.
- Bauer, U., Hurrelmann, K., Einführung in die Sozialisations-theorie. Das Modell der produktiven Realitätsverarbeitung. 14., vollständig aktualisierte Auflage ed. 2021, Weinheim, Basel: Beltz.
- Orben, A., L. Tomova, and S.-J. Blakemore, The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2020. 4(8): p. 634-640.
- Quenzel, G., Hurrelmann, K., Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. 14., korrigierte Auflage ed. Grundlagentexte Soziologie. 2022, Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Interministerielle Arbeitsgruppe, Abschlussbericht „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“, Deutsche Bundesregierung, Editor. 2023: Berlin/Bonn.
- Fegert, J.M., et al., Challenges and burdens of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2020. 14(1): p. 20.
- Kessler, R.C., et al., Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 2005. 62(6): p. 593-602.
- Merikangas, K.R., et al., Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2010. 49(10): p. 980-9.
- Patel, V., et al., Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*, 2007. 369(9569): p. 1302-1313.
- Jones, P.B., Adult mental health disorders and their age at onset. *Br J Psychiatry Suppl*, 2013. 54: p. s5-10.
- Polanczyk, G.V., et al., Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 2015. 56(3): p. 345-65.
- Barkmann, C. and M. Schulte-Markwort, Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*, 2012. 66(3): p. 194-203.
- Reiß, F., et al., Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2023. 66(7): p. 727-735.
- Woodward, L.J. and D.M. Fergusson, Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2001. 40(9): p. 1086-1093.
- Pine, D.S., et al., The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 1998. 55(1): p. 56-64.
- Knapp, M., et al., The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *The British Journal of Psychiatry*, 2002. 180(1): p. 19-23.
- Layard, R., et al., What predicts a successful life? A life-course model of well-being. *The Economic Journal*, 2014. 124(580): p. F720-F738.
- Fineberg, N.A., et al., The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *Journal of Psychopharmacology*, 2013. 27(9): p. 761-770.
- Otto, C., et al., Mental health and well-being from childhood to adulthood: design, methods and results of the 11-year follow-up of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 2021. 30(10): p. 1559-1577.
- United Nations, Convention on the Rights of the Child. 1990.
- United Nations, Treaty Series, vol. 1577, p. 3; depositary notifications C.N.147.1993.TREATIES-5 of 15 May 1993 [amendments to article 43 (2)]1; and C.N.322.1995.TREATIES-7 of 7 November 1995 [amendment to article 43 (2)]. [cited 2024 21.07.2024]; Available from: https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDetails.aspx?src=UNTS&tabid=2&mtdsg_no=IV-11&chapter=4&lang=en#Participants.
- Levav, I., et al., Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: results of a country survey. *European child & adolescent psychiatry*, 2004. 13: p. 395-401.
- Zwaanswijk, M., et al., Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2003. 42(6): p. 692-700.
- Merikangas, K.R., et al., Service utilization for lifetime mental disorders in US adolescents: results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2011. 50(1): p. 32-45.
- Canino, G., et al., The dsm-iv rates of child and adolescent disorders in puerto rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Archives of general psychiatry*, 2004. 61(1): p. 85-93.
- Verhulst, F.C. and J. Van Der Ende, Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1997. 36(7): p. 901-909.
- Heiervang, E., et al., Psychiatric disorders in Norwegian 8-to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2007. 46(4): p. 438-447.
- Posserud, M.-B. and A.J. Lundervold, Mental Health Services Use Predicted by Number of Mental Health Problems and Gender in a Total Population Study. *The Scientific World Journal*, 2013. 2013(1): p. 247283.
- Ravens-Sieberer, U., et al., The longitudinal BELLA study: design, methods and first results on the course of mental health problems. *European child & adolescent psychiatry*, 2015. 24: p. 651-663.
- Harrington, R., M. Rutter, and E. Fombonne, Developmental pathways in depression: Multiple meanings, antecedents, and endpoints. *Development and psychopathology*, 1996. 8(4): p. 601-616.
- Kessler, R.C., et al., The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res*, 2001. 36(6 Pt 1): p. 987-1007.
- Essau, C.A., Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders. *Depression and anxiety*, 2005. 22(3): p. 130-137.
- Runge, A.J., et al., Wie häufig nehmen Jugendliche und junge Erwachsene mit Angststörungen eine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch? *Verhaltenstherapie*, 2008. 18(1): p. 26-34.
- Hintzpetter, B., et al., Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 2015. 24: p. 705-713.
- Robert-Koch-Institut, RKI-Ratgeber COVID-19. *Epid Bull*, 2024. 22: p. 3-14.
- Lehfeld, A.-S., et al., The changing symptom profile of COVID-19 during the pandemic—results from the German mandatory notification system. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2023. 120(24): p. 420.
- Castagnoli, R., et al., Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection in children and adolescents: a systematic review. *JAMA pediatrics*, 2020. 174(9): p. 882-889.
- Shekerdemian, L.S., et al., Characteristics and outcomes of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection admitted to US and Canadian pediatric intensive care units. *JAMA pediatrics*, 2020. 174(9): p. 868-873.
- Zachariah, P., et al., Epidemiology, clinical features, and disease severity in patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a children's hospital in New York City, New York. *JAMA pediatrics*, 2020. 174(10): p. e202430-e202430.
- Pierce, C.A., et al., COVID-19 and children. *Science*, 2022. 377(6611): p. 1144-1149.
- Doenhardt, M., et al., Epidemiology of 7375 children and adolescents hospitalized with COVID-19 in Germany, reported via a prospective, nationwide surveillance study in 2020–2022. *Scientific Reports*, 2024. 14(1): p. 47.
- Koch, J., et al., Wissenschaftliche Begründung zur COVID-19-Impfempfehlung der STIKO für Personen mit durchgemachter SARS-CoV-2-Infektion und bisher unvollständiger Immunität. 2022.
- Graff, K., et al., Risk factors for severe COVID-19 in children. *The Pediatric infectious disease journal*, 2021. 40(4): p. e137-e145.
- Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie, PIMS Survey 01.01.20-30.04.23. 2023 [cited 2024 21.07.2024]; Available from: <https://dgpi.de/pims-survey-update/>.
- Pellegrino, R., et al., Prevalence and clinical presentation of long COVID in children: a systematic review. *Eur J Pediatr*, 2022. 181(12): p. 3995-4009.
- Stephenson, T., et al., Long COVID (post-COVID-19 condition) in children: a modified Delphi process. *Arch Dis Child*, 2022. 107(7): p. 674-680.
- Töpfer, N., et al., Einheitliche Basisversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2022. 170(6): p. 539-547.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2022. 31(6): p. 879-889.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSYP study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in Public Health*, 2023. 11.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Die COVID-19-Pandemie—Wie hat sie die Kinderpsyche beeinflusst? *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2023. 171(7): p. 608-614.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *European child & adolescent psychiatry*, 2021: p. 1-14.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Seelische Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Kindern und Eltern während der COVID-19-Pandemie. *Dtsch Arztebl International*, 2022. 119(25): p. 436-437.
- Marckhoff, M., et al., COVID-19: Effects of pandemic related restrictions on physical activity, screen time, and mental well-being in German adolescents. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2022.
- Vogel, M., et al., Gewichtszunahme bei Kindern und Jugendlichen während der Covid-19-Pandemie. *Kinder- und Jugendmedizin*, 2022. 22(02): p. 112-117.
- Witte, J.Z., Alena; Diekmannshemke, Jana; Hasemann, Lena, DAK-Kinder- und Jugendreport 2022. *Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Zeiten der Pandemie*. 2022.
- Racine, N., et al., Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*, 2021. 175(11): p. 1142-1150.
- Deng, J., et al., Prevalence of mental health symptoms in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci*, 2023. 1520(1): p. 53-73.
- Witte, J., Zeitler, A.; Diekmannshemke, J.; Hasemann, L., DAK-Kinder- und Jugendreport 2022. *Gesundheit und Gesundheitsversorgung in Zeiten der Pandemie in Baden-Württemberg*. 2022.
- Witte, J., Zeitler, A.; Hasemann, L., Diekmannshemke, J., DAK-Kinder- und Jugendreport 2023. *Gesundheit und Gesundheitsversorgung während und nach der Pandemie*. 2023.
- Ludwig-Walz, H., et al., Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2022. 16(1): p. 109.
- Loades, M.E., et al., Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2020. 59(11): p. 1218-1239. e3.
- Ravens-Sieberer, U., et al., Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: results of the three-wave longitudinal COPSYP study. *Journal of Adolescent Health*, 2022. 71(5): p. 570-578.
- Vogel, M., et al., Well being and COVID 19 related worries of German children and adolescents: A longitudinal study from pre COVID to the end of lockdown in Spring 2020. *JCPP advances*, 2021. 1(1): p. e12004.
- United Nations. UN chief calls for domestic violence 'ceasefire' amid 'horrifying global surge'. 2020 [cited 2024 21.07.2024]; Available from: <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061052>.
- Thomas, E.Y., et al., Spotlight on child abuse and neglect response in the time of COVID-19. *The lancet public health*, 2020. 5(7): p. e371.
- Allgaier, K., et al., Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle während der zweiten Welle der SARS-CoV2-19-Pandemie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 2022.
- Bruns, N., et al., Pediatric ICU admissions after adolescent suicide attempts during the pandemic. *Pediatrics*, 2022. 150(2): p. e2021055973.

2.3. Kurzinterview „Kooperation in den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen“

Gesprächspartnerin und -partner: Dr. Reta Pelz und Dr. Gunter Joas



Als Sprecherin und Sprecher der „LAG der leitenden Klinikärztinnen und Klinikärzte“ haben Sie Einblick in ganz unterschiedliche Kooperationsmodelle im Land. Darüber hinaus sind Sie beide selbst als leitende Chefärztin bzw. Chefarzt einer KJP in unterschiedliche Modelle der Zusammenarbeit mit den Jugend- und Gesundheitsämtern, Schulen, etc. eingebunden. Wenn wir in diesem Rahmen von „Kooperationen“ sprechen, was können wir uns dann konkret darunter vorstellen? Wie sehen solche Kooperationen aus?

Dr. Reta Pelz: Also eigentlich geht Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht ohne Kooperation [...], weil wir ein Teil des Helfersystems sind. Regional ist es immer ein bisschen unterschiedlich, was wir aber alle gemeinsam haben, ist, dass Kooperationen bestehen. Vor allem natürlich die Kooperation mit dem Jugendamt und den Jugendhilfeeinrichtungen in unterschiedlicher Intensität. Das können z. B. Kooperationsgespräche sein, Arbeitskreise, Netzwerktreffen, aber auch die Teilnahmen an Präventionsnetzwerken, Frühe Hilfen etc. Da gibt es ganz viele verschiedene Modelle, in denen eben auch die Klinik vertreten ist. Und dann haben wir natürlich auch noch Kooperationen mit den Schulen,

Kinderärzten, der Kinderklinik, der Psychiatrie, den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen in den Praxen, also Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, mit der Polizei, den Gerichten etc.

Dr. Gunter Joas: Wichtig ist: Kinder- und Jugendpsychiatrie bedeutet Übergänge, ganz klar. Und ich glaube, es ist ganz arg wichtig, dass wir diese Übergänge gestalten, und zwar mit den Leuten, die wir brauchen. Bei uns in Esslingen gibt es dafür einen kinder- und jugendpsychiatrischen Arbeitskreis.



Was hat bei Ihnen den Ausschlag gegeben, Zeit und Ressourcen in die Kooperation mit Partnerinnen und Partnern in anderen Helfefeldern zu investieren? Wie kommen solche Kooperationen für gewöhnlich zustande?

Dr. Gunter Joas: Wenn wir „Kooperation“ sagen, dann stöhnen immer wieder alle auf: Das ist ein Zuviel, das können wir nicht auch noch leisten. Aber wenn gelingende Kooperation da ist, dann ist es eigentlich für jeden Beteiligten auch ein Selbstzweck – eigentlich auch ein Eigennutz, z. B. können wir Krisenaufnahmen, Notfallaufnahmen sehr viel besser verhindern.

Und das Allerwichtigste ist eigentlich bei Kooperationsmodellen, dass wir ein gemeinsames Fallverständnis entwickeln. Das große Problem, das wir in Deutschland haben – und deswegen sind Kooperationen so wichtig – ist, dass wir oft ein Hintereinanderschalten von Interventionen haben. Da haben wir ein Kind mit einem Problem. Das wartet erst mal wochenlang auf einen Termin in der Beratungsstelle, dann wochen- oder monatelang auf

einen Termin in der Ambulanz und danach monatelang auf einen Termin zur Psychotherapie – bis es dann zur Krise kommt und das Kind bei uns stationär aufgenommen wird. Das heißt, ich habe eine Hintereinanderschaltung von Interventionen. Mein Bild von gelingender Kooperation wäre eigentlich, von einer Hintereinanderschaltung [...] zu einem Lagerfeuer zu kommen, wo der Klient in der Mitte steht und drum herum gruppieren sich die möglichen Hilfen, die einerseits mit dem Kind, mit dem Familiensystem arbeiten, aber auch untereinander. Und das ist extrem wichtig.

Dr. Reta Pelz: Kooperation ist ein wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Wie Herr Dr. Joas sagt, sollte man von der Familie und vom Kind aus denken und eben nicht von den Institutionen aus.



Vertrauensvolle Zusammenarbeit wächst bekanntlich nicht auf Bäumen. Was braucht es aus Ihrer Sicht, damit Kooperationen gelingen, und wo verstecken sich eventuell auch Fallstricke?

Dr. Gunter Joas: Ich glaube, ein ganz wichtiger Punkt ist, dass sich die Leitungen der unterschiedlichen Institutionen gut vernetzen. Ich glaube, sich gegenseitig zu kennen, sich regelmäßig zu treffen, zu schauen, wie sind wir unterwegs in der Versorgungsregion, und dass wir uns als Leitungen sehr gut austauschen, das halte ich für elementar.

Gelingen kann Kooperation nur, wenn wir einen Austausch auf Augenhöhe haben. Sonst wird das eine Einbahnstraße. Aber man muss auch transparent machen, was ein Kooperationspartner, eine Kooperationspartnerin leisten kann und was nicht. Denn oft gibt es natürlich Ansprüche, die das Gegenüber gar nicht erfüllen kann. Und das muss man halt wissen. [...] Darum geht es dann letztendlich und das schafft Vertrauen in eine gelingende Kooperation. [...]

Dr. Reta Pelz: Fallstricke sind die unterschiedlichen Perspektiven, schon bei der Kooperation von Schule und Kinder- und Jugendhilfe. Wenn wir dann die KJP reinnehmen, wird es richtig spannend. Das muss Hand in Hand gehen und auch Überschneidungen ermöglichen. Ich finde schon, dass in vielen Fällen Kooperation sehr gut läuft. Schwierig wird es eben dann bei sehr betroffenen, sehr schwer belasteten Kindern und Jugendlichen und deren Familien mit komplexen Störungsbildern, die oft auch einen entsprechend komplexen Hilfebedarf haben. Bei diesen Kindern und Jugendlichen kommen Kooperationen schneller an Grenzen.

Dr. Gunter Joas: Hier ist ein Stichwort extrem wichtig, das ist Kommunikation. Es ist extrem wichtig, vor der Kooperation die Kommunikation zu machen, damit wir wissen, was können unsere Partner, unsere Partnerinnen, was ist ihre Aufgabe, und dass wir dann immer auch verstehen, was unsere Partner, unsere Partnerinnen zu leisten in der Lage sind und wo aber eben auch die Grenzen liegen.



Wir danken Ihnen ganz herzlich für das Gespräch!



Dr. med. Reta Pelz

Chefärztin und Leiterin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters an der MEDICLIN Klinik an der Lindenhöhe in Offenburg



Dr. med. Gunter Joas

Chefarzt und Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Esslingen

Gemeinsam vertreten sie als Sprecherin bzw. Sprecher der „Landesarbeitsgemeinschaft der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Baden-Württemberg (LAG)“ die Interessen der Kinder- und Jugendpsychiatrien im Land gegenüber Politik, Verwaltung und Öffentlichkeit.

Regionale Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg 2021–2024

- Standorte Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
- 🚩 Standort Regionalkonferenz mit Datum und Titel



Datenquellen: Landesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Baden-Württemberg; FamilienForschung Baden-Württemberg im Statistischen Landesamt.

2.4. Steckbriefe RegioKonferenzen

Insgesamt wurden im Projektzeitraum von 2023 bis 2024 acht regionale Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien in Folge der Corona-Pandemie und

nachfolgender Krisen durchgeführt. Nachfolgend werden die Konferenzen mit ihren jeweiligen Schwerpunkten sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern kurz vorgestellt.



RegioKonferenz Esslingen

„Interdisziplinäre Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Eltern“

27. April 2023 | CVJM-Haus Esslingen | 130 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Esslingen
 Dr. Gunter Joas, Chefarzt
 T 0711 3103-3200 | E KJPP@klinikum-esslingen.de
- Landkreis Esslingen
 Michael Köber, Sachgebietsleiter; SG338 – Behindertenhilfe & Psychiatrieplanung
 T 0711 3902-42634 | E koeber.michael@LRA-ES.de



RegioKonferenz Heidenheim

„Interdisziplinäre Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Eltern“

30. Juni 2023 | Voith-Arena Heidenheim | 60 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Landkreis Heidenheim, Dezernat Soziales und Gesundheit
 Michael Rettenberger, Koordinierungsstelle Jugend und Soziales
 T 07321 321-2291 | E m.rettenger@landkreis-heidenheim.de
- Robin Schwarz, Koordinierungsstelle Jugend und Soziales
 T 07321 321-2278 | E r.schwarz@landkreis-heidenheim.de



RegioKonferenz Freudenstadt

„Interdisziplinäre regionale Vernetzungskonferenz im Landkreis Freudenstadt zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien“

06. Juli 2023 | Campus Schwarzwald Freudenstadt | 40 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Landkreis Freudenstadt
 E gesundheitsversorgung@kreis-fds.de



Regiokonferenz Freiburg

„Interdisziplinäre Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Eltern für die Stadt Freiburg und die Landkreise Breisgau Hochschwarzwald & Emmendingen“

29. Januar 2024 | Schaltwerk Freiburg | 120 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Freiburg
Prof. Dr. Christian Fleischhaker, Chefarzt
T 0761 270-65550 | E kjp.direktionssekretariat@uniklinik-freiburg.de
- Stadt Freiburg im Breisgau
Nicole Wegner-Steybe, Koordinationsstelle Inklusion und Gesundheit
T 0761 201-3041 | E nicole.wegner-steybe@stadt.freiburg.de
- Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald
Verena Elias, Stabstelle Kommunale Gesundheitsstrategie (im Gesundheitsamt)
T 0761 2187-3064 | E verena.elias@lkbh.de
- Landkreis Emmendingen
Julia Kurfürst, Fachbereichsleitung Familienberatung und Frühe Hilfen
T 07641 451- 3235 | E j.kurfuerst@landkreis-emmendingen.de



Regiokonferenz Rastatt/Baden-Baden

„Regionale Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien für Baden-Baden und den Landkreis Rastatt“

28. Februar 2024 | Reithalle Rastatt | 55 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie der MediClin Klinik an der Lindenhöhe Offenburg
Dr. Reta Pelz, Chefarztin
T 0781 9192-220 | E reta.pelz@mediclin.de
- Geschäftsstelle der Kommunalen Gesundheitskonferenz Rastatt/Baden-Baden
T 07222 381-5812 | E kgk@landkreis-rastatt.de



Regiokonferenz Heilbronn/Hohenlohe/Schwäbisch Hall

„Regiokonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Eine Veranstaltung in Zusammenarbeit mit der KJPP Weinsberg für den Stadtkreis und Landkreis Heilbronn, den Hohenlohekreis und den Landkreis Schwäbisch Hall“

13. Juni 2024 | Kultura Öhringen | 130 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinikum am Weissenhof Weinsberg | Dr. med. Claas van Aaken, Chefarzt
T 07134 75-1323 | E c.vanaaken@klinikum-weissenhof.de
- Stadt Heilbronn
- Landkreis Heilbronn
- Landkreis Schwäbisch Hall
- Hohenlohekreis



Regiokonferenz Sigmaringen/Zollernalbkreis

„Regiokonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – Eine Kooperationsveranstaltung der KJP Marienberg, des Landkreises Sigmaringen, des Zollernalbkreises und weiterer Partner“

21. Juni 2024 | Mehrzweckhalle Marienberg | 85 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Marienberg – Fachkrankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dr. med. Martin Menzel, Leitender Arzt, Chefarzt
T 07124 923-7200 | E m.menzel@marienberg.de
- Landkreis Sigmaringen – Jugendamt und Gesundheitsamt
- Landkreis Zollernalbkreis – Jugendamt und Gesundheitsamt



Regiokonferenz Tübingen/Reutlingen

„Interdisziplinäre Vernetzungskonferenz zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern in den Landkreisen Tübingen und Reutlingen“

27. Juni 2024 | Tagungshotel Fortuna Reutlingen | 100 Teilnehmende

Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner sowie Kontakt

- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Universitätsklinikum Tübingen
Prof. Dr. med. Tobias Renner, Ärztlicher Direktor
T 07071 29-62510 | E direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de
- Landkreis Reutlingen
Christine Besenfelder, Leitung Kreisjugendamt
T 07121 480-4200 | E c.besenfelder@kreis-reutlingen.de
- Landkreis Tübingen
Heike Matejka & Werner Gaugel, Abteilungsleitung Jugend
T 07071 207-2109/-2101 | E jugendabteilung@kreis-tuebingen.de

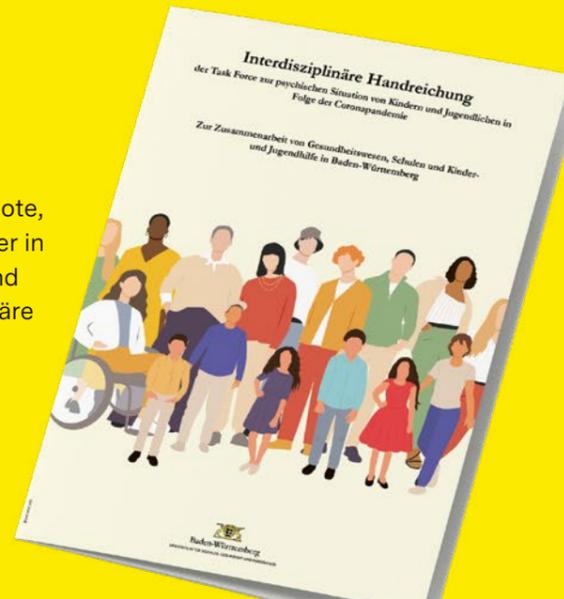


2.5. Wichtige Netzwerkpartnerinnen und Netzwerkpartner sowie Ansprechpersonen vor Ort

Einen umfassenden Überblick über viele wichtige Hilfsangebote, Netzwerke sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in den kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen, der Kinder- und Jugendhilfe und im Bildungsbereich bietet die „Interdisziplinäre Handreichung der Task Force zur psychischen Situation von Kindern und Jugendlichen in Folge der Coronapandemie“.

Die Handreichung kann über das Sozialministerium bezogen werden:

<https://sm.baden-wuerttemberg.de/publikationen>
Suchbegriff „Task Force“



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik (KJP/KJPP)

Die 18 Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik in Baden-Württemberg bieten Diagnose und Behandlungen für alle Formen der psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen an. Neben den stationären und teilstationären Behandlungsplätzen bieten die Psychiatrischen Institutsambulanzen ambulante Behandlungsangebote. In einigen Standorten kann durch die Stationsäquivalente Behandlung (StÄB) auch eine Therapie zu Hause angeboten werden.

Als wichtige Netzwerkpartner stehen die Kliniken mit einer Vielzahl von Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartnern im Kontakt und sind zentrale Ansprechpartner für alle Themen rund um die psychische Gesundheit junger Menschen.

Die Kliniken haben sich auf Versorgungsgebiete verständigt, sodass für jeden Ort im Land eine zuständige KJPP definiert ist. Eine Übersicht der psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg, inkl. KJP, ist hier einzusehen: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/publikation/did/wegweiser-psychiatrie>

Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbund (KJPV/JPV)

(auch: „Gemeindepsychiatrischer Verbund – Jugend“)

Vgl. → Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV), ausgerichtet auf Strukturen und Träger der kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfen, oft unter Einbindung der Träger der Kinder- und Jugendhilfe und Schulen.

Das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz Baden-Württemberg sieht die Einrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrischer Verbände als Möglichkeit vor. Ein KJPV kann ein Ergebnis oder Anlass für eine Regiokonferenz sein und sichert die strukturelle Vernetzung der Fachkräfte einer Region dauerhaft ab.

Psychiatrieplanung/Psychiatriekoordination

Fachstellen der Landkreise verantworten die strukturelle Koordination der Hilfsangebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung und die psychiatrische Versorgungsstrategie der Landkreise. Die Psychiatriekoordination beruft und begleitet für gewöhnlich den → Gemeindepsychiatrischen Verbund in ihrer Region. Als zentrale Knotenpunkte für Angebote der psychiatrischen Versorgung sind die Psychiatrieplanenden wichtige Partnerinnen und Partner für Regiokonferenzen und die Einrichtung von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Verbänden. Die Psychiatrieplanung kann über das örtliche Gesundheitsamt erreicht werden.

Zentrum für Schulqualität und Lehrerbildung (ZSL)

Bietet Aus- und Fortbildung für Lehrkräfte sowie Unterstützung und Beratung für alle allgemeinbildenden und beruflichen Schulen in Baden-Württemberg. Am ZSL sind im Fachgebiet Beratung die schulpsychologischen Beratungsstellen, die Suchtprävention und die Beratungslehrkräfte organisiert. Daher ist das ZSL ein wichtiger Ansprechpartner zur Einbindung der Hilfsangebote im Bildungsbereich in regionale Vernetzungsstrukturen. Das ZSL ist erreichbar unter: www.zsl-bw.de

Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD)

Für gewöhnlich bei den Jugendämtern angesiedelt, ist der ASD die zentrale Anlaufstelle für junge Menschen und Familien mit Hilfebedarf. Auch Fachkräfte aus anderen Bereichen können sich mit Fragen und Beratungsbedarf, insbesondere bei Anliegen zum Kindeswohl, an den ASD wenden.

AG78 (nach § 78 SGB VIII/KJHG)

Gremium der Jugendämter zur Koordination von Angeboten und zur Vernetzung der Akteure der Kinder- und Jugendhilfe. Als zentrale Anlaufstelle verfügt die AG78 über einen guten Überblick über die Strukturen und Angebote der Kinder- und Jugendhilfe vor Ort. Erreichbar ist die AG78 über die Jugendämter der Landkreise.

Gemeindepsychiatrischer Verbund (GPV) (nach § 7 PsychKHG)

Zusammenschluss der an der Versorgung (erwachsener) psychisch kranker Menschen beteiligten Akteure: Betreuungsangebote, Behandlungseinrichtungen, Wohnangebote, Kostenträger, etc. Erreichbar sind die GPV über die Gesundheitsämter der Landkreise. Eine Übersicht über die Gemeindepsychiatrischen Verbände in Baden-Württemberg bietet der KVJS: <https://www.kvjs.de/soziales/menschen-mit-behinderung/statistik-und-steuerungsunterstuetzung/gemeindepsychiatrischer-verbund>

Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK)

Gremium der Gesundheitsämter zur Koordination von Angeboten und zur allgemeinen Vernetzung mit den örtlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Prävention, Selbsthilfe etc. und ggf. des Sozialbereichs. Als zentrale Vernetzungsstelle der Gesundheitsvorsorge vor Ort ist die KGK ein wichtiger Ansprechpartner für die Vernetzung mit anderen Hilfesystemen. Erreichbar ist die KGK über das örtliche Gesundheitsamt. Das Landesgesundheitsamt bietet eine Übersichtsliste aller KGK in Baden-Württemberg: <https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/de/themen/gesundheitsplanung/kommunale-gesundheitskonferenzen>





Broschüre

Leitfaden zur Umsetzung von regionalen Vernetzungskonferenzen

Projektdokumentation über die regionalen Vernetzungskonferenzen zur psychischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien in Folge der Corona-Pandemie und nachfolgender Krisen

Herausgeber

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Else-Josenhans-Straße 6, 70173 Stuttgart

T 0711 123-0, F 0711 123-3999

<https://sm.baden-wuerttemberg.de> 

Stand

Oktober 2024

Text

FaFo

im Statistischen Landesamt Baden-Württemberg

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach

Gestaltung

unger+ kreative strategien GmbH

Esperantostraße 12, 70197 Stuttgart

www.ungerplus.de 

Bildnachweis

S. 10, 32: FaFo, 2023

Titel, S. 06, 13, 16: FaFo, 2024

S. 03, 34: Sozialministerium Baden-Württemberg

S. 03: TMBW, Joachim Negwer

S. 29: Dr. Joas: die arge lola, 2017, Dr. Pelz: Elidé Di Patre, 2019

S. 30: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg und
GfK GeoMarketing GmbH, 2024

S. 04: AdobeStock.com, kasto

S. 18: AdobeStock.com, Halfpoint

S. 22: AdobeStock.com, Jacob Lund

