

Mehr Handlungssicherheit – weniger Mythen

Wichtige Fakten und Handlungsansätze inkl. Praxisbeispiele
im Umgang mit psychischen Erkrankungen bei Kindern und
Jugendlichen im pädagogischen Alltag



Steven Börner

Sozialpädagoge (MA), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Gliederung des Referates

- ❖ Betrachtung von Mythen rund um die psychiatrische / psychotherapeutische Versorgung in Deutschland
- ❖ Die aktuelle Versorgungslandschaft in Südbrandenburg
- ❖ (Sofort)Hilfs-Angebote
- ❖ Praktischer Teil

Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

„rein“ therapeutischer Bereich -> Unterscheidung zwischen:

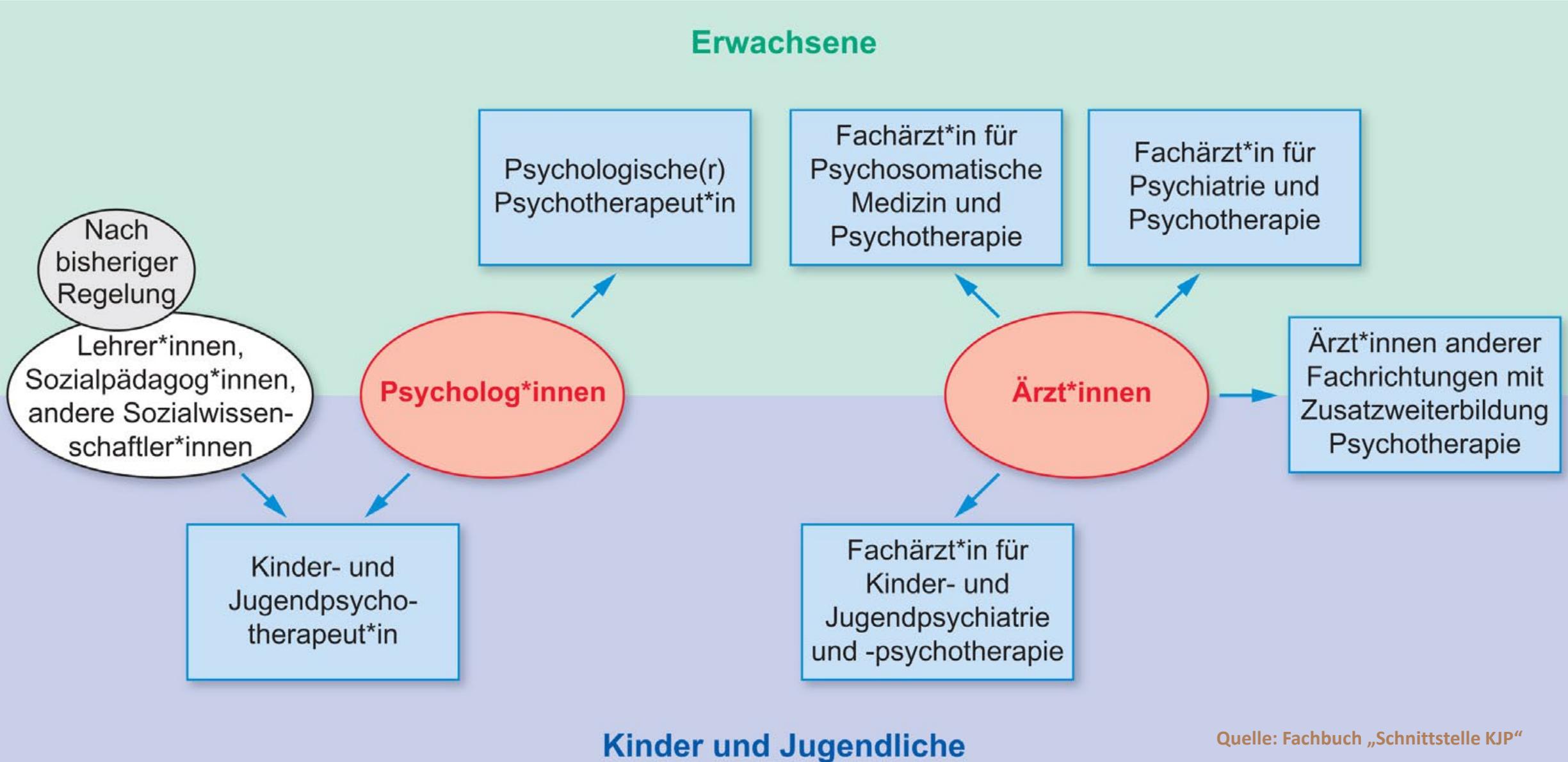
- **PPT (Psychologischen Psychotherapeut:innen)**
 - Behandlung von Erwachsenen (Kinder- und Jgdl. mit Zusatzausbildung möglich)
 - Psycholog*innen als Grundprofession zwangsläufig notwendig
 - Psychotherapeutische Weiterbildung mit Approbation in einem anerkannten Therapieverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltens- oder Systemische Therapie)
- **KJP (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen)**
 - Ausschließliche Behandlung von Kindern- und Jugendlichen
 - bisher lt. Psychotherapeutengesetz (v. 1998) verschiedene Grundprofessionen möglich (Psycholog*innen oder Studium im pädagogischen Bereich)
 - Psychotherapeutische Weiterbildung mit Approbation in einem anerkannten Therapieverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie)

Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

ärztlicher Bereich -> Unterschiedliche Möglichkeiten, um psychotherapeutisch zu arbeiten:

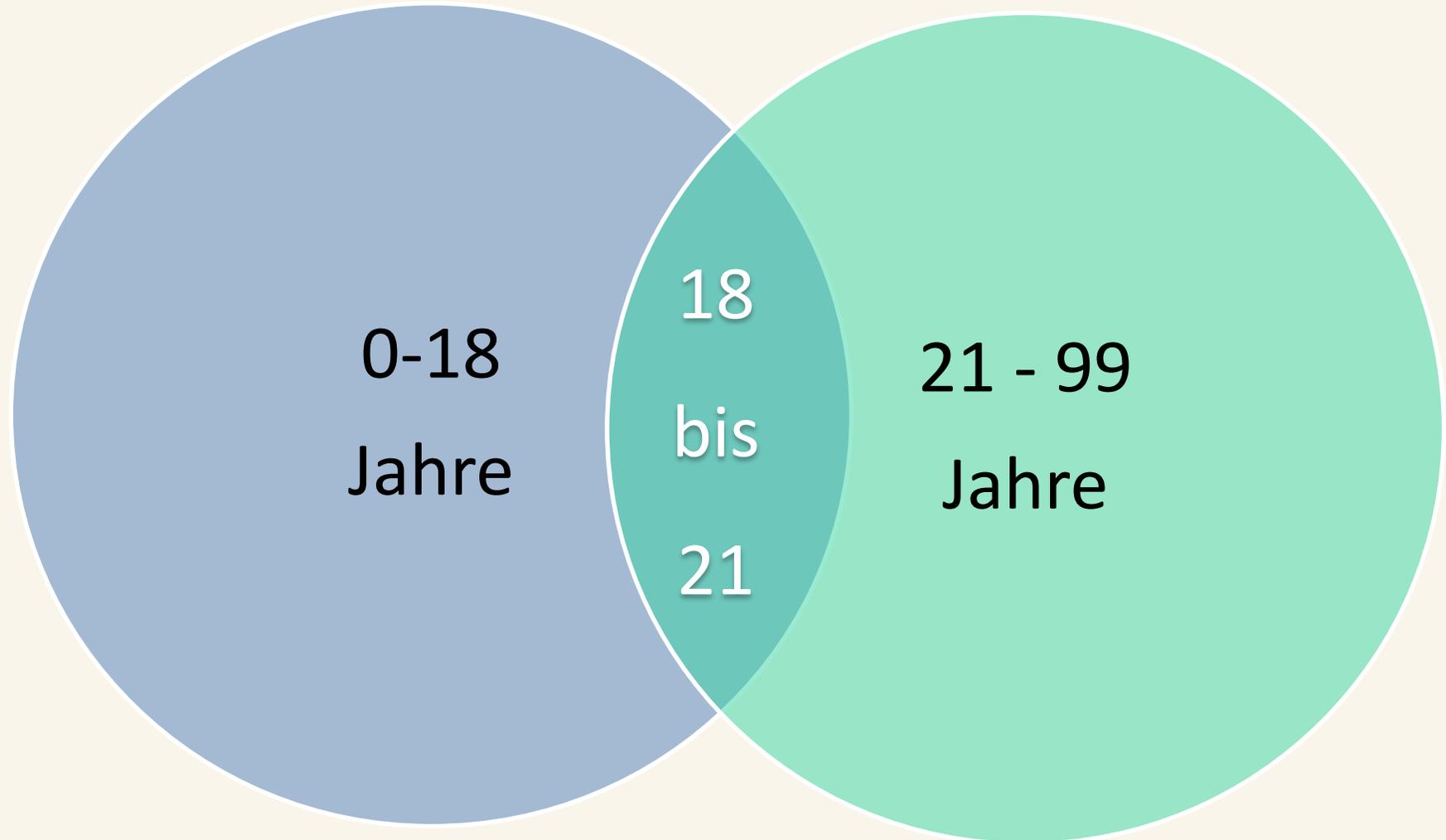
- Fachärzt:innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie & Fachärzt*innen für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - **5-jährige Facharztweiterbildung erforderlich**
- Auch Ärzt*innen anderer Fachrichtungen können eine Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“ absolvieren und dann fachgebundene Psychotherapie anbieten = psychotherapeutische Behandlung im Rahmen des jeweiligen Fachgebietes

Schaubild – beruflicher Hintergrund von Psychotherapeut*innen



Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

Alterszuschreibungen und Grenzen:



Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

CAVE

Wenn eine psychische Erkrankung eine medikamentöse Behandlung erfordert:

- kann diese nur von einem Arzt oder einer Ärztin verschrieben werden
- Spezialisten auf diesem Gebiet sind Kinder- und Jugend- bzw. Erwachsenenpsychiater*innen

ABER:

- auch Hausärzt*innen und (für Kinder und Jugendliche) Kinderärzt*innen können sämtliche Psychopharmaka verordnen
- Psychotherapeut*innen mit psychologischen oder pädagogischen Grundprofessionen dürfen **KEINE MEDIKAMENTE VERORDNEN**

Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

NICE TO KNOW

- Seit dem 1.9.2020 gilt die novellierte Fassung des PsychThG mit einer Übergangsfrist von 12 Jahren
- Bisher postgraduale Approbationsausbildung, novelliertes PsychThG sieht nun ein „Psychotherapiestudium“ vor, welches (wie beim Medizinstudium) mit Approbation abgeschlossen wird
 - Darauf aufbauend = verfahrensspezifische Weiterbildung vgl. mit Facharztausbildung
- Bedeutet gleichermaßen, dass ab 2032 Berufsgruppen mit einem Studium aus dem pädagogischen Bereich keine Möglichkeit mehr besteht, eine Approbation als Psychotherapeut*in zu erlangen (für bis dato ausgebildete Psychotherapeut*innen besteht „Bestandsschutz“)

Mythos I – Das Kind braucht einen „Psychologen“

NICE TO KNOW

- In Versorgungslanschaft existieren auch **Psychotherapeut*innen nach dem Heilpraktikergesetz**
 - keine formal geregelte Ausbildung, sondern erhalten die „Heilerlaubnis“ (Erlaubnis nach § 1 Abs. 1 HeilprG) wenn sie die „Kenntnisprüfung“ vor dem Gesundheitsamt, die sogenannte amtsärztliche Prüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie bestehen
 - Keine Möglichkeit der Abrechnung bei der gesetzlichen Krankenkasse

Mythos II – „Egal wie und wo - Wir nehmen jede Hilfe“

Praxisbeispiel:

Lea ist 15 Jahre alt und besucht die 9. Klasse eines Gymnasiums. Seit etwa zwei Jahren hat sie starke Ängste in sozialen Situationen. Sie vermeidet es, sich im Unterricht zu melden oder Referate zu halten, aus Angst, sich zu blamieren. Auch Treffen mit Freundinnen sagt sie häufig ab, weil sie sich ständig beobachtet und negativ bewertet fühlt. Körperlich reagiert sie mit Bauchschmerzen und Zittern. Ihr Rückzug wirkt sich auf schulische Leistungen und soziale Kontakte aus. Nachdem Lea sich weigert, an einem Schulausflug teilzunehmen, stimmen ihre Eltern (nach längerer Suche) schließlich einer Behandlung in der hiesigen Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie zu. Infolgedessen erfolgt die Planung eines stationären Aufenthaltes im Versorgungsklinikum.

Mythos II – „Egal wie und wo - Wir nehmen jede Hilfe“

- Entscheidung, ob eine ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung bei psychischen Störungen indiziert ist, richtet sich u. a. nach:
 - **Symptomatik**
 - **Schweregrad**
 - **Alltagsbeeinträchtigung**
 - **Individuellem Leidensdruck (ggf. auch erwartete komorbide Erkrankungen)**
 - **Krisenhaftigkeit**
 - **sozialen Umfeld**

Mythos II – „Egal wie und wo - Wir nehmen jede Hilfe“

Ambulante Behandlung

- **Definition:** Regelmäßige, planbare Sitzungen in einer Praxis (z. B. 1x wöchentlich); Alltag bleibt bestehen.
- **Ziel:** Stabilisierung, Förderung von Alltagsfunktionen, längerfristige Bearbeitung
- **Geeignet für:**
 - Leichte bis mittelschwere depressive Episoden
 - Angststörungen (z. B. soziale Phobie, Panikstörung)
 - ADHS (mit guter Alltagsstruktur)
 - Anpassungsstörungen
 - Zwangsstörungen (im frühen Stadium)
 - leichte Essstörungen (z. B. beginnende Anorexie/Bulimie bei stabiler körperlicher Verfassung)

Mythos II – „Egal wie und wo - Wir nehmen jede Hilfe“

Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)

- **Definition:** Behandlung tagsüber in Klinik oder Tagesklinik; abends/nachts zu Hause
- **Ziel:** Intensive Therapie bei gleichzeitiger Erprobung im Alltag
- **Geeignet für:**
 - Mittelgradige depressive Episoden mit erheblicher Alltagsbeeinträchtigung
 - Angst- oder Zwangsstörungen mit Alltagsvermeidung
 - Essstörungen (bei medizinischer Stabilität, aber hohem therapeutischen Bedarf)
 - Schulverweigerung bei zugrundeliegender psychischer Problematik
 - Krisenhafte Verschlechterungen trotz ambulanter Therapie

Mythos II – „Egal wie und wo - Wir nehmen jede Hilfe“

Stationäre Behandlung

Definition: Vollständige Aufnahme in eine Klinik, 24h-Betreuung

Ziel: Stabilisierung, Schutz, Krisenintervention, intensive multimodale Therapie

Geeignet für:

- Schwere Depression mit Suizidalität
- Psychosen / Schizophrenie (akut oder instabil)
- schwere Essstörungen (z. B. BMI < 15, drohende somatische Komplikationen)
- akute Selbst- oder Fremdgefährdung
- schwere Traumafolgestörungen mit Dissoziation
- Suchterkrankungen mit körperlichem Entzug

Psychotherapie vs. Psychiatrie – Unterschiede und Zusammenspiel



Psychotherapie

- Ziel:** Bearbeitung psychischer Konflikte, Denkmuster, Verhaltensweisen, Beziehungserleben, Affektregulation etc.
- Durchführung:** Durch approbierte Psychotherapeut*innen (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte oder analytische Therapie, systemische Therapie)
- Methode:** Gespräche, Übungen, verhaltenstherapeutische Techniken, imaginative Verfahren, Exposition, Rollenspiele u. v. m.
- Indikation:** nahezu alle psychischen Störungen – v. a. wenn keine akute medikamentöse oder schützende Maßnahme notwendig ist
- Setting:** ambulant, teilstationär oder stationär möglich

Psychotherapie vs. Psychiatrie – Unterschiede und Zusammenspiel



Psychiatrie

- Ziel:** Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen – auch in akuten Krisen und mit medikamentöser Unterstützung
- Durchführung:** durch Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie (bei Kindern: Kinder- und Jugendpsychiatrie);
- Methode:** Ärztliche Gespräche, Psychopharmakotherapie, Krisenintervention, interdisziplinäre Teams (oft mit Pflege, Sozialdienst, Ergotherapie)
- Indikation:** schwerwiegende oder akute Störungen mit Leidensdruck, Selbst- oder Fremdgefährdung, Komorbidität, eingeschränkter Steuerungsfähigkeit
- Setting:** meist teilstationär oder stationär, manchmal auch ambulante psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Psychotherapie vs. Psychiatrie – Unterschiede und Zusammenspiel



MERKE:

 In der Praxis arbeiten Psychotherapie und Psychiatrie eng zusammen!

Viele Patient*innen erhalten psychotherapeutische Begleitung und psychiatrische Unterstützung, z. B. bei depressiven Episoden mit medikamentöser Stabilisierung und gleichzeitiger Verhaltenstherapie.

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?



Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?



Versorgung in Südbrandenburg

Südbrandenburg besteht der hier angestellten Definition nach aus den Landkreisen:

- Elbe-Elster (98750 EW), Oberspreewald-Lausitz (108430 EW), Spree-Neiße (110580 EW), Dahme-Spreewald (177660 EW), Teltow-Fläming (178482 EW) und der kreisfreien Stadt Cottbus (94778 EW)

Hat demnach eine kumulierte Gesamtfläche von: **11.007 km²**

Hat demnach eine kumulierte Einwohnerzahl von:

768.680 Menschen = ca. **115.300** Kinder und Jugendliche (0 – 18 Jahre)

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?

Versorgung in Südbrandenburg

(Zahlen sind nicht von der KVBB verifiziert!)

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (vollstationär) + Psychiatrische Institutsambulanz (dient i.d.R. als „Filterstelle“)

Lübben = 1 Einrichtung (ca. 80 - 100 Betten = 1 Bett auf ca. 1300 Kindern & Jugendliche)

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie (teilstationär) + Psychiatrische Institutsambulanz (dient i.d.R. als „Filterstelle“)

CB(1), EE(1), LDS(1) = 3 Einrichtungen (ca. 49 Plätze = 1 Platz auf ca. 2350 Kindern & Jugendliche)

Kinder- und Jugendlichenpsychiater*in (ambulant)

OSL(1-2), CB(2-3), LDS(1), TF(1) = 6 Fachärzte (1 Facharzt auf ca. 19.200 Kindern & Jugendliche)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in (ambulant)

TF(14), LDS(18), EE(8), OSL(6), SPN(10), CB(14) = 70 Einrichtungen (1 Therapeut*in auf ca. 1.650 Kinder & Jugendliche)

-> hierbei auch viele geteilte Kassensitze!

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?



Versorgung in Südbrandenburg – Theorie und Praxis...

Theorie

- Über quantitative Aspekte der Versorgungsleistung lassen sich (v.a. im ambulanten Bereich) schwer Aussagen treffen, weil diese sehr variabel sind
- Laut Planzahlen der KVBB sollten so viele Versorgungssitze existieren, dass ein Versorgungssaldo von 100% erfüllt werden soll

Praxis / Realität

- Die Wartezeiten in der ambulanten Versorgung liegen oft bei mind. 12 – 16 Wochen
- im ländlichen Raum sogar meist bei über 20 Wochen

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?



Versorgung in Südbrandenburg – Ursachen für Mangelversorgung

- Streng reglementierte Kassensitze (Zulassungen)
- Bedarfsplanung erfolgt nach wie vor mit Versorgungszahlen aus den 1990er Jahren
 - Obwohl psychische Erkrankungen zugenommen haben, wird die Anzahl der Kassensitze nur langsam und ungleichmäßig angepasst
- Gerade im ländlichen Raum (siehe Karte) viele Blinde Flecken, welche weitere Belastungen für Betroffene mit sich bringen (lange Fahrtzeiten, Auto notwendig [Ki-Ju sind abhängig, da meist noch kein Führerschein], mangelhafte Bus/Bahn-Anbindung)
- Ungleichverteilung am Beispiel von CB und EE (CB hat fast doppelt so viele amb. KJP wie EE, bei nahezu gleicher EWZ)

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?



Arztsuche und Psychotherapeutensuche der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

The screenshot shows the search interface of the KVBB website. The browser address bar displays the URL: <https://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb/ases.jsf?t=pt&lat=51.6315282&sort-by=auto&from=0&w=>. The page header includes the KVBB logo (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) and navigation links: Anmelden | Impressum | Datenschutzerklärung | Kontakt.

The search filters are as follows:

- Arztsuche** | **Psychotherapeutensuche** | Ärztlicher Bereitschaftsdienst
- Was:** Kinderpsychologe (Name des Psychotherapeuten, Fachgebiet oder Sprechzeiten)
- Wo:** Finsterwalde (Ort, PLZ oder Straße)
- Umkreis:** 10 km

The search results are visualized on a map showing the area around Finsterwalde, with labels for Sonnewalde, Schönnewalde, and Doberlug-Kirchhain. A blue location pin is placed in the center of the map, and a red hatched rectangle indicates the search radius.

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?

Versorgung in Südbrandenburg – Lösungsansätze

Kostenerstattungsverfahren (nach § 13 Abs. 3 SGB V)

- Hier können von der Krankenkasse auch die Kosten für eine Psychotherapie bei einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten ohne Kassensitz übernommen werden (bspw. Privatpraxis oder freiberuflich)

ABER:

- die erfolglose Suche nach einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten mit Kassensitz muss nachgewiesen werden
- massive Hürden durch Krankenkassen
 - viele gesetzliche Krankenkassen lehnen Anträge systematisch ab, selbst wenn die Wartezeiten unzumutbar lang sind
 - Es werden oft formale Gründe gesucht, um die Erstattung zu verweigern – z. B. angeblich unvollständige Nachweise etc.
- Keine rechtliche Sicherheit für die Therapeut*innen
 - es gibt keine Garantie, dass eine Kasse am Ende auch wirklich zahlt; selbst wenn ein Antrag genehmigt wird, kann die Kasse später die Zahlung verweigern oder kürzen (z. B. wegen Formfehlern)
 - Das Risiko trägt dann der/die Therapeut*in – rechtlich, finanziell und organisatorisch
 - Fazit: Wirtschaftlich nicht tragbar, deshalb = Mangelangebot

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?

Versorgung in Südbrandenburg – Lösungsansätze

Privatpraxen (Privat Versicherte und Selbstzahler)

- Schnellere Terminvergabe (Oft deutlich kürzere Wartezeiten als bei Kassentherapeut*innen)
- Flexible Therapiegestaltung (Mehr Möglichkeiten für längere oder intensivere Sitzungen, kreative Methoden, individuelle Vereinbarungen)
- Behandlung ohne Kassensitzbindung: Zugang zu Therapeut*innen, die keine Kassenzulassung haben (z. B. Fachspezialisten).

ABER:

- Privattherapie ist teuer und wird von gesetzlicher Krankenkasse nur bei Kostenerstattung erstattet (mit viel Bürokratie)
- Soziale Ungleichheit (Patient*innen mit niedrigem Einkommen oder ohne private Zusatzversicherung sind benachteiligt)
- Begrenzte Zugänglichkeit (Privatpraxen gibt es oft nur in Ballungsgebieten)
 - In Brandenburg insgesamt 30 Praxen (Stand: 17.04.25, Liste der OPK als Anlage an die Präsentation)
 - Nächste Privatpraxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie befindet sich in Mittenwalde (unterhalb von Mittenwalde existiert in Südbrandenburg nicht eine einzige Privatpraxis)
- Sind bspw. Nicht über die Arztsuche der KVBB gelistet

Mythos III – Es gibt genügend Versorgungsangebote, oder...?

Versorgung in Südbrandenburg – Lösungsansätze

Raumunabhängige Therapie (Online-Psychotherapie)

- Psychotherapie per Video (nicht Telefon) ist grundsätzlich zulässig sie nach den Psychotherapie-Richtlinien der G-BA erfolgt
- diverse Plattformen sind verfügbar (minddoc.com; Selfapy.com etc. -> keine Erfahrung/ Referenz)
- wesentlich schnellerer Zugang (meist nur wenige Tage Wartezeit)

ABER:

- nicht bei jeder Indikation geeignet: z. B. bei schweren psychotischen Störungen, akuter Suizidalität oder stark dissoziativen Zuständen
- nicht alle Krankenkassen tragen die Angebote auf jeder Plattform mit
- klare Empfehlung der offiziellen Organe (z.B.: KVBB), welche Angebote seriös / gut sind, existiert offenbar nicht
- Psychotherapeut*innen müssen dafür zugelassen sein (KV-Zulassung zur Durchführung von Videobehandlungen muss genehmigt sein)
- es ist in vielen Fällen zu vermuten, dass die Beziehungsintensität und somit auch die Beziehungsqualität (vor allem bei reinen Online-Therapien) nicht derart gegeben ist, wie bei einem analogen „Face-to-Face“-Setting (Beziehungsvariable ist einer der entscheidendsten Wirkfaktoren und hat einen hohen Einfluss auf den Therapieerfolg)

(Sofort)Hilfsangebote für den pädagogischen Alltag

!!Sofort handeln!!

!!Akutsituation!!

Wenn der Eindruck besteht, das ein Kind/ Jugendliche(r) akut suizidgefährdet ist (z. B. klare Absicht, konkrete Pläne, Zugriff auf Mittel):

- **Notruf 112** oder Polizei rufen
- **Notaufnahme** einer Kinder- und Jugendpsychiatrie anrufen/aufsuchen
- Kind **niemals in diesem Zustand allein lassen** – durchgängig begleiten
- Eltern/Erziehungsberechtigte nur **informieren, wenn dies die Situation nicht verschärft**

 **Tipp:** Viele Kliniken haben einen „psychiatrischen Bereitschaftsdienst“ oder „Krisendienst“ mit eigenen Nummern

➤ Beim hiesigen Versorgungsklinikum (Asklepios Fachklinikum Lübben): **(0 35 46) 29-482** oder **(0 35 46) 29-256**

(Sofort)Hilfsangebote für den pädagogischen Alltag

!!Mit Bedacht handeln!!

Wenn der Eindruck besteht, das ein Kind/ Jugendliche(r) eine Suizidmotivation hegt (KEINE AKUTE SUIZIDALITÄT)

- **Erkennen:**

- Aussagen wie „Ich will nicht mehr leben“ oder „Dann bring ich mich eben um“ ernst nehmen
- Warnsignale beachten: Rückzug, Abschiednehmen, Risikoverhalten, plötzliche Ruhe nach Krisenphase, „Testamentarisieren“

- **Handeln:**

- **Gespräch suchen** – empathisch, nicht bewertend
- **Fragen stellen ausdrücklich erlaubt:** z. B. „Hast du manchmal Gedanken, dass du lieber tot wärst?“
- **Suizidäußerung ist keine Diagnose**, sondern ein Hilferuf

- **Dokumentieren**

- Beobachtungen, Aussagen, Maßnahmen notieren
- Wichtig für Übergaben an Jugendhilfe, Kliniken, Sorgeberechtigte

- **Informieren / Delegieren**

- Leitung / Kinderschutzbeauftragte / Träger sofort einbinden
- Ggf. mit Datenschutzbeauftragten Rücksprache halten (ABER: Kinderschutz VOR Datenschutz)

(Sofort)Hilfsangebote für den pädagogischen Alltag



Nach der Krise

In den meisten Fällen ist eine suizidale Krise eine Hilferuf der Betroffenen. Die bedrohliche Situation kann durch bedachtes Handeln rasch wieder abgewendet

Wichtige Ansprechpartner, welche nach Abwendung der Krise relevant sein können:

- Jugendamt / ASD: Kann Hilfen zur Erziehung, Krisenintervention oder Unterbringung einleiten
- Kinder- und Jugendpsychiatrie: Für Diagnostik und Behandlung
- Therapeut*innen (KJP): Für längerfristige ambulante Versorgung
- SPZ / Frühförderstellen: Bei Komorbiditäten oder Entwicklungsfragen
- Hilfen nach §§ 27 ff. SGB VIII: Besonders bei familiären Belastungen
- Schulsozialarbeit: Wenn das Kind schulpflichtig ist

(Sofort)Hilfsangebote für den pädagogischen Alltag



Nice to Know

Wichtige Grund- und Glaubenssätze für Fachkräfte im Zusammenhang mit dem Thema „Suizidalität“:

- ✓ **Du bist nicht allein verantwortlich** – aber du bist oft die erste wichtige Bezugsperson
- ✓ **Frühes Handeln kann Leben retten** – besser einmal „zu viel handeln“ als zu wenig
- ✓ **Suizidalität ist keine Seltenheit** – auch nicht bei Kindern unter 12 Jahren.

(Sofort)Hilfsangebote für den pädagogischen Alltag



Praktisches Handwerkszeug

- ✓ **Checkliste für akute Suizidalität (siehe Anlage)** erstellen / nutzen
- ✓ Bei Hinweisen auf Suizidalität (auch Voranzeichen), **Überlebensvertrag und Notfallplan (siehe Anlage)** mit dem/r betroffenen Kind/ Jugendlichen erarbeiten
- ✓ Eventuell auf weitere **(kostenlose) digitale Hilfsangebote** zurückgreifen:
 - ✓ Krisenchat(.de) -> 24/7 Krisenberatung per WhatsApp oder SMS
 - ✓ JUUUPORT(.de) -> Hilfe bei Cybermobbing und anderen Problemen im Netz

Praxisteil



Fallbeispiel 1 - Maja

Maja ist 13 Jahre alt und besucht die 7. Klasse einer Oberschule. Sie lebt bei ihrer Mutter, der Kontakt zum Vater besteht nur unregelmäßig. In der Schule fällt Maja zunehmend durch Rückzug und anhaltende Niedergeschlagenheit auf. Häufig sitzt sie mit gesenktem Kopf im Unterricht, wirkt abwesend und beginnt manchmal unvermittelt zu weinen. Ihre schulischen Leistungen haben sich deutlich verschlechtert, sie berichtet von Schlafproblemen und wirkt oft erschöpft. Gegenüber der Schulsozialarbeiterin äußerte sie: „Mein Leben hat doch sowieso keinen Sinn mehr“. Die Mutter empfindet Maja als „schwierig“ und schreibt die Veränderungen der Pubertät zu, zeigt sich jedoch hilflos im Umgang mit ihrer Tochter. Ein Besuch beim Kinderarzt blieb ergebnislos – es erfolgte keine Weitervermittlung.

Praxisteil



Fallbeispiel 2 - Jannis

Jannis ist 9 Jahre alt und lebt in einer Pflegefamilie, nachdem er aus seiner Herkunftsfamilie herausgenommen wurde. Er hat bereits mehrere Schulwechsel hinter sich. In der Schule zeigt er ausgeprägtes oppositionelles Verhalten: Er verweigert die Mitarbeit im Unterricht, wirft mit Gegenständen und beschimpft Lehrkräfte und Mitschüler:innen. In Konfliktsituationen reagiert er häufig mit Wut und körperlicher Aggression. Wiederholt äußert er: „Mir ist alles egal“ oder „Ich bin eh dumm“. Das pädagogische Team ist überfordert, es wird mit Ausschluss aus dem Klassenverband gedroht. Eine Fallbesprechung mit dem Jugendamt hat stattgefunden, eine kinderpsychiatrische Abklärung steht noch aus.

Praxisteil



Fallbeispiel 2 - Jannis

Jannis ist 9 Jahre alt und lebt in einer Pflegefamilie, nachdem er aus seiner Herkunftsfamilie herausgenommen wurde. Er hat bereits mehrere Schulwechsel hinter sich. In der Schule zeigt er ausgeprägtes oppositionelles Verhalten: Er verweigert die Mitarbeit im Unterricht, wirft mit Gegenständen und beschimpft Lehrkräfte und Mitschüler:innen. In Konfliktsituationen reagiert er häufig mit Wut und körperlicher Aggression. Wiederholt äußert er: „Mir ist alles egal“ oder „Ich bin eh dumm“. Das pädagogische Team ist überfordert, es wird mit Ausschluss aus dem Klassenverband gedroht. Eine Fallbesprechung mit dem Jugendamt hat stattgefunden, eine kinderpsychiatrische Abklärung steht noch aus.

Praxisteil



Fallbeispiel 3 - Elina

Elina ist 15 Jahre alt und besucht ein Gymnasium. Sie lebt mit ihrer Mutter und ihrem kleinen Bruder zusammen, der Vater lebt getrennt. Elina gilt als sehr leistungsorientiert, ehrgeizig und angepasst. In den letzten Monaten ist sie auffallend dünn geworden, ohne dass dies thematisiert wird. In der Schule isst sie kaum etwas und vermeidet den Sportunterricht mit der Begründung, ihr sei oft schwindelig oder übel. In Gesprächen spricht sie viel über „gesunde Ernährung“ und vermeidet Nachfragen zu ihrem Essverhalten. Die Mutter beschreibt Elina als „sehr diszipliniert“ und sieht das veränderte Verhalten nicht kritisch. Lehrkräfte äußern erste Sorgen, sehen aber keine Handhabe zur Intervention.

Praxisteil



Fallbeispiel 4 - Ben

Ben ist 7 Jahre alt und besucht die erste Klasse einer Grundschule. Er lebt mit beiden Elternteilen zusammen und ist ein Einzelkind. Seit Beginn des Schuljahres kommt es regelmäßig zu morgendlichen Krisen: Ben weint heftig, klammert sich an seine Mutter und weigert sich, in die Schule zu gehen. In manchen Fällen nehmen die Eltern ihn wieder mit nach Hause. Zu Hause klagt Ben regelmäßig über Bauchschmerzen und Unwohlsein. Medizinische Abklärungen blieben ohne Befund. In der Schule wirkt Ben schüchtern und zurückgezogen, wird von Lehrkräften aber als freundlich und sensibel beschrieben. Die Eltern zeigen Verständnis, sind jedoch zunehmend erschöpft und wissen nicht, wie sie mit der Situation umgehen sollen.

Praxisteil



Fallbeispiel 5 - Luca

Luca ist 4 Jahre alt und seit einem halben Jahr in einer integrativen Kindertagesstätte. Er lebt mit seiner alleinerziehenden Mutter und zwei älteren Geschwistern in einer städtischen Wohnung. Im Kita-Alltag fällt Luca durch starke Stimmungsschwankungen und impulsive Reaktionen auf. Er lacht im einen Moment, schreit oder weint aber im nächsten scheinbar ohne erkennbaren Auslöser. In Gruppensituationen reagiert er oft überfordert – er wirft Spielmaterialien, kratzt oder schubst andere Kinder und zieht sich dann zurück. Körperliche Nähe verträgt er schlecht; auch die Ansprache durch pädagogische Fachkräfte führt häufig zu Abwehr oder Rückzug. Die Mutter berichtet, dass Luca zuhause "genauso anstrengend" sei und sie "nicht mehr weiterweiß". Sie zeigt sich offen, aber auch erschöpft. Ein erstes Entwicklungsgespräch ergab Hinweise auf eine mögliche Regulations- oder Bindungsproblematik. Das Team überlegt, ob eine heilpädagogische oder psychotherapeutische Begleitung notwendig sein könnte, ist sich aber unsicher, wie man das Thema mit der Mutter weiter besprechen soll.

Quellen



- AWMF-Leitlinienportal: Evidenzbasierte Leitlinien für alle großen Störungsbilder (z. B. Depression, ADHS, Essstörungen)
→ <https://www.awmf.org/leitlinien>
- Illy, D. & Frey, M. (Hrsg.) (2023): Schnittstelle Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Praxishandbuch für Lehrer*innen, Erzieher*innen und Fachkräfte der Jugendhilfe.
- Larsen, J. et al. (2014): Sicherheitsvereinbarungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Linehan, M. (2015): "DBT® Skills Training Manual."
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Unterschied zwischen Psychotherapeutinnen, Psychiaterinnen und Psychologinnen
→ <https://www.kbv.de/html/psychotherapie.php>
- Petermann, F. (Hrsg.) (2023): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie. Hogrefe.(Abschnitte zu Indikationen und Settingwahl)
- Petermann, F. & Petermann, U. (Hrsg.) (2022): Störungen des Sozialverhaltens und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter. Springer
- Therapie.de: Aufklärungsportal zu Behandlungsformen (wissenschaftlich geprüft)
→ <https://www.therapie.de>
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2021): Klinische Psychologie & Psychotherapie. Springer (Kapitel zu Angststörungen im Jugendalter)
- https://de.wikipedia.org/wiki/Psychotherapie_in_Deutschland?utm_source=chatgpt.com
- https://www.welt.de/wirtschaft/plus250296532/Kliniken-am-Limit-Das-Drama-in-Deutschlands-Psychiatrien.html?utm_source=chatgpt.com
- <https://www.leitlinien.de/nvl/depression>
- <https://www.bzga.de> (Suche: Suizidalität Kinder)
- <https://www.ajs.nrw.de>