

Evaluierung der Gesund aus der Krise Programme

Zwischenbericht zu Gesund aus der Krise (April 2022 bis Juni 2023)

Wien, 2024

Impressum

Medieninhaber und Herausgeber: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Datum: Mai 2024

Durchführung der Evaluierung und Erstellung des Berichts:

Vanessa Kulcar

Silvia Exenberger

Barbara Juen

Leitung „Gesund aus der Krise“:

Beate Wimmer-Puchinger (Gesamtleitung, Präsidentin BÖP)

Fabienne Patek (Projektleitung)

Barbara Haid (Kooperationspartnerin, Präsidentin ÖBVP)

Béa Pall (Fachliche Leitung und Präsidiumsmitglied ÖBVP)

Helene Wimmer (Fachliche Leitung BÖP)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung VI/A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen und psychosoziale Gesundheit:

Christina Dietscher (Abteilungsleiterin)

Constantin Zieger (Stellvertretender Abteilungsleiter, Leiter der Kompetenzstelle

Psychosoziale Gesundheit)

Zitiervorschlag:

Kulcar, V., Exenberger, S., & Juen, B. (2024). *Evaluierung der Gesund aus der Krise Programme: Zwischenbericht zu Gesund aus der Krise (April 2022 bis Juni 2023)*.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, 2024.

Inhalt

Die „Gesund aus der Krise“ Förderprogramme	5
Evaluierungsmethode	7
Datengrundlage	8
Programmstatistiken	8
Monatsdokumentationen	8
Quartalsdokumentationen.....	8
Interviews.....	9
Auswertungsansatz	10
Statistische Auswertungen.....	10
Qualitative Inhaltsanalyse	10
Automatisierte Sentiment und Thematische Analyse	11
Daten und Fakten: Von der Kontaktaufnahme bis zur Behandlung.....	12
Kontaktaufnahmen und Anmeldungen.....	12
Matchings	14
Behandlungen.....	15
Verlängerungen	17
Behandlungsangebot und Behandler:innenpool	18
Charakterisierung der Klient:innen	20
Charakterisierung aus Behandler:innenperspektive.....	20
Vorgeschichte und Schweregrad der Einschränkungen.....	21
Störungsbilder	24
Kontext der Störungsbilder	26
Lebensbereiche, in denen sich Probleme äußern.....	26
Ereignisse, die zum Behandlungsbedarf beitragen	27
Die Rolle der COVID-19 Pandemie	29
Behandlungen.....	31
Behandlungsziele.....	31
Themen der Zielsetzung.....	32
Behandlungsansätze.....	34
Zielerreichung aus Behandler:innenperspektive	35
Themen der Zielerreichung.....	35
Ausmaß der Zielerreichung	37
Rahmenbedingungen der Behandlungen	39
Behandlungskontingent	39

Zusammenarbeit mit Systemen	41
Herausforderungen bei der Überführung in die Regelversorgung.....	41
Projektcharakter von „Gesund aus der Krise“	42
Merkmale und Abläufe von „Gesund aus der Krise“	43
Abläufe aus Behandler:innenperspektive	43
Bekanntmachung und Aufnahme von „Gesund aus der Krise“	44
Vorteile durch die Projektteilnahme.....	45
Niederschwelligkeit	45
Interne Prozesse	48
Fachliche Prüfung der Behandler:innen.....	48
Clearing & Matching.....	48
Supervision von Mitarbeitenden	49
Zusammenfassung	50
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	52
Literaturverzeichnis	53

Die „Gesund aus der Krise“ Förderprogramme

Laut dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK, 2022) ist im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung krisenunabhängig von einer Unterversorgung auszugehen. Insbesondere für Kinder und Jugendliche sind kassenfinanzierte Behandlungen kaum zugänglich. Eine zeitnahe psychosoziale Versorgung ist meist nur durch Privatfinanzierung verfügbar. Andernfalls sind oft monatelange Wartezeiten nötig.

Diese Unterversorgung hat sich in den letzten Jahren weiter verschärft. Bereits vor der COVID-19 Pandemie stiegen psychische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen an (Felder-Puig et al., 2023). Zusätzlich führte die COVID-19 Pandemie ab 2020 zu gravierenden Einschnitten im Leben junger Menschen. Schulen wurden geschlossen, Freizeitaktivitäten waren nicht mehr zugänglich und viele sorgten sich um ihre eigene und vor allem um die Gesundheit Nahestehender. Zahlreiche nationale (z.B. Humer et al., 2021; Wenter et al., 2022) und internationale (z.B. Ravens-Sieberer et al., 2022) Studien belegen die negativen Auswirkungen der COVID-19 Krise auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Folgen umfassten unter anderem Traumasymptome, Angst- und Schlafstörungen und Depressionen. Dies äußerte sich auch in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. An der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) Hall in Tirol/Innsbruck stiegen die Akutaufnahmen im zweiten Pandemiejahr 2021 um 40 % im Vergleich zum Vor-Corona-Jahr 2019 (Sevecke et al., 2022).

Der Bedarf an psychosozialer Versorgung für Kinder und Jugendliche erhöhte sich durch diese Krise somit schlagartig. Die bereits zuvor bestehende Unterversorgung verschärfte sich massiv. Als Reaktion wurde im April 2022 das Förderprogramm „Gesund aus der Krise“ geschaffen. Hierbei wurden durch das BMSGPK 12,2 Mio. Euro für die klinisch- und gesundheitspsychologische sowie psychotherapeutische Beratung und Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Verfügung gestellt. Die Abwicklung des Projektes erfolgte durch den Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).

Das Projekt „Gesund aus der Krise“ richtete sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene von 0 bis 21 Jahre, die durch die COVID-19 Pandemie unter psychischen Belastungen litten. Durch das Projekt sollte ihnen rascher, kostenloser und qualitätsgesicherter Zugang zu klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer oder psychotherapeutischer Beratung oder Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting ermöglicht werden. Hierfür wurde eine zentrale Servicestelle eingerichtet, über welche die Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen nach einem Clearing geprüften Behandler:innen zugewiesen wurden. Hierbei wurden individuelle Bedürfnisse und Präferenzen wie die Wohnortnähe, das Behandler:innengeschlecht und die Sprache berücksichtigt. Nach der Zuweisung zu im Projekt tätigen Klinischen Psycholog:innen, Gesundheitspsycholog:innen oder Psychotherapeut:innen erhielten die Klient:innen bis zu 15 Behandlungs- oder Beratungseinheiten (mit Option auf Verlängerung um weitere 5 bzw. 15 Einheiten).

Der Durchführungszeitraum von „Gesund aus der Krise“ erstreckte sich vom 1. April 2022 bis zum 30. Juni 2023. Aufgrund der anhaltenden Belastung durch multiple Krisen folgte zwischen April 2023 und Juni 2024 das Projekt „Gesund aus der Krise II“, für welches vom BMSGPK 19 Mio. Euro zur Verfügung gestellt wurden. Da der Bedarf an psychologischer und psychotherapeutischer Versorgung für Kinder und Jugendliche weiterhin nicht ausreichend durch die Regelversorgung gedeckt werden kann, startete im Frühjahr 2024 das Projekt „Gesund aus der Krise III“, das mit weiteren 19 Mio. Euro durch das BMSGPK gefördert wird.

In diesem Bericht werden ausschließlich Ergebnisse der Evaluierung von „Gesund aus der Krise“ dargestellt.

Evaluierungsmethode

Durch die Evaluierung sollte der Erfolg des Projektes „Gesund aus der Krise“ festgestellt werden. Erfolg wird dabei anhand von zwei Bereichen definiert:

(a) Erreichen der Zielgruppe:

Für den Erfolg des Förderprogrammes ist es notwendig, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit Behandlungsbedarf erreicht und einer passenden Behandlung oder Beratung zugewiesen werden. Hierfür werden Indikatoren zur Inanspruchnahme des Programmangebots betrachtet (z.B. Anzahl der behandelten Kinder und Jugendlichen, Clearings, Matchings, Zuweisungen zu Behandlungen, geleisteten Beratungsstunden).

(b) Wirksamkeit der gesetzten Interventionen:

Als wirksam kann das Programm bezeichnet werden, wenn es zu einer Verbesserung oder Stabilisierung des psychischen Zustandes der behandelten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beiträgt. Hierfür werden Veränderungen im Befinden und in der Symptomatik der Kinder und Jugendlichen betrachtet.

Darüber soll die Evaluierung förderliche und hinderliche Bedingungen für die Erreichung dieser Ziele identifizieren. Aus der Evaluierung ist dadurch die Ableitung von Empfehlungen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen möglich.

(c) Identifikation förderlicher und hinderlicher Bedingungen:

Das Erreichen der Zielgruppe sowie die Wirksamkeit der gesetzten Interventionen kann durch zahlreiche Faktoren beeinflusst werden. Die Identifikation dieser ist zentral für eine Einordnung der Ergebnisse und für die Ableitung von Konsequenzen.

Datengrundlage

Für die Evaluierung wurden verschiedene Daten herangezogen. Da „Gesund aus der Krise“ zum Zeitpunkt des Evaluierungsbeginns bereits abgeschlossen war, werden überwiegend Daten analysiert, die bereits vor Evaluierungsbeginn erhoben wurden. Zusätzlich wurden Eindrücke von Projektbeteiligten retrospektiv erfasst.

Programmstatistiken

Verschiedene Statistiken über die Programme und deren Inanspruchnahme wurden durch die Projektleitung von „Gesund aus der Krise“ zur Verfügung gestellt. Hierzu gehörten Dokumentationen der Kontaktaufnahmen (telefonisch sowie Websiteaufrufe), Anmeldezahlen, Verlängerungsanträge und Matchings.

Monatsdokumentationen

Behandler:innen dokumentierten die Behandlungen pro Klient:in als Monatsdokumentationen. Hier wurden Kennungen der Behandler:innen und Klient:innen sowie Behandlungsweise (klinisch- und gesundheitspsychologisch, psychotherapeutisch oder gemischt) und Behandlungsstatus angegeben. Die Anzahl der erfolgten Einheiten und deren Art sowie Setting wurden dokumentiert. Insgesamt lagen 39.387 Dokumentationen vor, wobei es pro Klient:in meist mehrere Monatsdokumentationen gab. In den meisten Fällen lagen zwei bis drei Monatsdokumentationen pro Klient:in vor, maximal gab es 15 Dokumentationen für eine:n Klient:in. Diese wurden anhand von Behandler:innennamen und Klient:innen-IDs identifiziert. Nach dieser Bereinigung lagen Dokumentationen für 8.324 Klient:innen bzw. Behandlungen vor. Zur Auswertung wurden jeweils die aktuellsten Dokumentationen herangezogen.

Quartalsdokumentationen

Neben den monatlichen Dokumentationen stellten die Behandler:innen quartalsweise nähere Informationen zu den Behandlungen bereit.

Bis Jänner 2023 wurden neben Ort und Anzahl der erfolgten Behandlungseinheiten die Ziele der Behandlung sowie der Grad der Zielerreichung unstrukturiert dokumentiert. Die Behandler:innen beschrieben somit die Ziele und die Zielerreichung in eigenen Worten. In diesem Format waren 8.100 Dokumentationen verfügbar. Anhand von Behandler:innen-

und Klient:innencodes wurden Dokumentationen identifiziert, die den selben Klient:innen zuzuordnen waren. Ziele der Behandlungen wurden anhand der jeweils ersten verfügbaren Dokumentationen pro Fall analysiert. Dabei wurden bis zu 4.279 Dokumente in die Auswertung einbezogen. Das Ausmaß der Zielerreichung wurde anhand der jeweils letzten verfügbaren Dokumentation ausgewertet. Es wurden nur Quartalsdokumentationen zur Analyse der Zielerreichung analysiert, wenn zum Zeitpunkt der letzten Dokumentation mindestens zehn Behandlungseinheiten stattgefunden hatten. Somit wurden in der Auswertung zur Zielerreichung 1.863 Dokumentationen berücksichtigt.

Ab Feber 2023 wurde die Quartalsdokumentation auf eine strukturierte Eingabe umgestellt. Statt der Wiedergabe von Zielen und Zielerreichung in eigenen Worten, wurden diese Informationen im Multiple Choice Format abgefragt. Zusätzlich wurde eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose und der Schweregrad der Problematik in diesem Format erfasst. Das aktualisierte Format sollte den Aufwand für die Behandler:innen und die Abwicklungsstelle reduzieren sowie die Vergleichbarkeit und standardisierte Auswertbarkeit der Daten im Rahmen der Evaluierung erhöhen. Die Dokumentationen waren jeweils vorgesehen sobald mindestens fünf Einheiten stattgefunden hatten, wurden aber teilweise auch früher ausgefüllt. Insgesamt lagen 4.576 Dokumentationen von 3.929 Fällen vor. Die Identifikation von mehreren Dokumentationen pro Fall erfolgte wie bei den unstrukturierten Quartalsdokumentationen über Behandler:innen- und Klient:innencodes. In den meisten Fällen (72 %) lag pro Klient:in eine Dokumentation vor. Für jeweils 14 % der Fälle lagen zwei oder drei Dokumentationen vor. In Einzelfällen gab es bis zu fünf Dokumentationen pro Klient:in. Bei drei oder mehr Dokumentationen mit den gleichen Codes wurden zusätzlich auch die Übereinstimmungen der angegebenen Diagnose(n) überprüft. Zur Auswertung wurden jeweils die aktuellsten Dokumentationen pro Klient:in genutzt. Zur Auswertung des durch die Behandlungen erzielten Fortschritts wurden ausschließlich Dokumentationen berücksichtigt, bei denen mindestens zehn Behandlungseinheiten stattgefunden hatten.

Interviews

Zusätzliche Informationen wurden aus Interviews gewonnen. Zu den interviewten Personengruppen gehörten Projektbeteiligten der Abwicklungsstelle sowie Behandler:innen. In den Interviews wurden Inhalte zu „Gesund aus der Krise“ und „Gesund aus der Krise II“ gesammelt besprochen.

Die Interviews fanden überwiegend online statt. Sie wurden nach Zustimmung der Interviewten aufgezeichnet. Anschließend erfolgte eine wörtliche Verschriftlichung. Im Rahmen dieser wurden alle Informationen, anhand derer einzelne Personen identifizierbar wären, anonymisiert. Zum Schutz der Anonymität der Interviewten wurden die Aufnahmen im Anschluss gelöscht.

Interviews mit Projektbeteiligten fanden zwischen Dezember 2023 und Feber 2024 statt. Es wurden vier Interviews geführt.

Zwischen Feber und März 2024 wurden Interviews Behandler:innen von „Gesund aus der Krise“ und „Gesund aus der Krise II“ durchgeführt. In diesem Evaluierungsbericht wurden Interviews mit acht Behandler:innen inkludiert, die bei „Gesund aus der Krise“ und bei „Gesund aus der Krise II“ tätig waren.

Auswertungsansatz

Statistische Auswertungen

Die Auswertung von quantitativen Daten (Programmstatistiken, Monatsdokumentationen, Quartalsdokumentationen ab Feber 2023) erfolgte mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren. Für die Auswertung wurde die Software IBM SPSS Statistics verwendet.

Qualitative Inhaltsanalyse

Qualitative Daten aus Interviews und unstrukturierten Quartalsdokumentationen wurden mit Hilfe der Software MaxQDA mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Zur Auswertung der Interviews mit Projektbeteiligten und Behandler:innen wurden zentrale Themenbereiche identifiziert und induktiv kategorisiert. Ein Fokus wurde dabei einerseits auf Projektabläufe und andererseits auf Charakteristika der Niederschwelligkeit gelegt.

Für die Angaben aus den unstrukturierten Quartalsdokumentationen bis Jänner 2023 wurde ein Kategoriensystem mit Fokus auf Resilienzquellen erstellt. Dieses basiert auf dem Resilienzkonzept von Edith H. Grotberg (2011). Im Kategoriensystem wurden diese

Bereiche jeweils für die Zielsetzung und für die Zielerreichung differenziert. Für die Zielsetzung wurden jeweils Defizite in den Resilienzquellen identifiziert, während für den Bereich der Zielerreichung aus den Angaben der Behandler:innen herausgearbeitet wurde, an welchen Resilienzquellen aktiv gearbeitet wurde und wo Verbesserungen erzielt wurden. Darüber hinaus wurden Symptome sowie Informationen zum Behandlungsende erfasst. Nach der deduktiven Zuordnung von Inhalten der Quartalsdokumentationen zu diesen Kategorien wurden diese ausgezählt. Auf diese Weise wurden die Zielsetzungen von 2.965 Behandlungen ausgewertet. Die auszuwertenden Dokumentationen wurden dabei blockweise nach Alphabet zufällig ausgewählt.

Automatisierte Sentiment und Thematische Analyse

Zusätzlich zur händischen Auswertung eines Teils der unstrukturierten Quartalsdokumentationen wurden die verfügbaren Dokumentationen mittels *Latent Dirichlet Allocation* in eine thematische Analyse eingeschlossen. Hierbei werden automatisiert Muster gemeinsam auftretender Begriffe identifiziert und Themen zugeordnet. Dies ermöglicht die Identifikation zentraler Aspekte, die wiederholt in den Dokumentationen auftreten. Die Zieldefinitionen wurden anhand von 4.279 Dokumentationen analysiert, die Zielerreichung anhand von 1.863 Dokumentationen, die nach mindestens zehn Behandlungseinheiten erstellt wurden. Die Auswertung fand mit Hilfe der Software R statt.

Daten und Fakten: Von der Kontaktaufnahme bis zur Behandlung

Für den Erfolg der Förderprogramme ist es notwendig, dass junge Menschen mit Behandlungsbedarf erreicht und einer passenden Behandlung zugewiesen werden. Um dies zu überprüfen, werden zentrale Kennwerte betrachtet, wie die Anzahl der behandelten jungen Menschen, die Anzahl der Behandler:innen und die geleisteten Behandlungseinheiten. Dabei findet ein Abgleich mit vor Projektbeginn definierten Zielen statt.

Kontaktaufnahmen und Anmeldungen

Wie in Abbildung 1 zu sehen, kam es über die gesamte Projektlaufzeit hinweg relativ beständig zu Anrufen durch Klient:innen bzw. Betreuungspersonen und zuweisenden Stellen sowie zu Besuchen der Website. Die meisten Anrufe und Websitebesuche waren dabei zu Beginn des Projekts sowie zum Ende der Laufzeit von „Gesund aus der Krise“ zu verzeichnen. Hierbei ist die Überlappung der Programme „Gesund aus der Krise“ und „Gesund aus der Krise II“ im Mai und Juni 2023 zu berücksichtigen. Insgesamt erfolgten während der Laufzeit von „Gesund aus der Krise“ 13.943 telefonische Kontaktaufnahmen durch Klient:innen oder vertretende Personen. Unter Berücksichtigung zusätzlicher Kontaktaufnahmen über E-Mail, die nicht ausgezählt wurden, wurde das Ziel von mindestens 15.000 Kontaktaufnahmen durch mögliche Klient:innen somit übertroffen. Im Mittel erfolgten pro Werktag 45 Anrufe durch Klient:innen sowie 33 Anrufe durch Behandler:innen. Die Gespräche dauerten im durchschnittlich etwas über drei Minuten. Anrufende warteten in der Regel weniger als eine Minute auf die Annahme des Gesprächs.

Abbildung 1 Anrufe und Websitebesuche



Leichte Einbrüche im Ausmaß der Kontaktaufnahmen zeigten sich in der Weihnachtszeit. Im Dezember riefen pro Werktag 23 junge Menschen oder Kontaktpersonen an. Auch die Anzahl der Website-Besuche erreichte mit 21 Personen pro Tag in diesem Monat ihr Minimum. Während die Hotline nur während Werktagen erreichbar war, zeigte sich in der Analyse der Website-Aufrufe, dass das Interesse am Angebot während Werktagen (durchschnittlich 498 Besuchende pro Tag) im Allgemeinen höher war als an Wochenenden und Feiertagen (durchschnittlich 200 Besuchende pro Tag).

Wie in Abbildung 2 zu sehen, folgten die Anmeldungen bei „Gesund aus der Krise“ einem ähnlichen Muster wie die Kontaktaufnahmen. Die meisten Anmeldungen waren demnach kurz nach Beginn des Projekts mit April im Mai 2022 zu verzeichnen. Hier kam es pro Werktag zu 71 Anmeldungen bzw. bei Berücksichtigung von Feiertagen und Wochenenden zu 48 Anmeldungen. Insgesamt gab es bis April 2023 14.883 Anmeldungen.

Abbildung 2 Anmeldungen im Zeitverlauf



Matchings

Nach der Anmeldung wurde in der zentralen Servicestelle ein Clearing durchgeführt, bei dem überprüft wurde, ob die angemeldeten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Kriterien für eine Behandlung oder Beratung im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ erfüllten. Ausgeschlossen wurden hierbei beispielsweise Personen über 21 Jahre oder mit vorliegenden schweren Störungsbildern oder in akuten Krisen. Diese Personen wurden an andere Stellen weiterverwiesen. Auch Doppelanmeldungen wurden im Rahmen des Clearings identifiziert. Nach einem Clearing zur Überprüfung der Formalkriterien wurden 11.775 individuelle Matchings zwischen Klient:innen und Behandler:innen hergestellt. Somit wurden die Ziele von mindestens 8.000 Clearings sowie 5.000 bis 7.600 Behandlungszuweisungen übertroffen. Die durchschnittliche Vermittlungszeit lag bei elf Tagen.

Bei den Matchings wurden unter anderem Bedarfe bezüglich der Behandlungssprache berücksichtigt. Neben Deutsch wurde dabei anhand von neun weiteren Sprachen bzw. Sprachgruppen eine Passung von Klient:innen und Behandler:innen hergestellt. Am häufigsten war dabei Türkisch ($n = 43$) gefolgt von Englisch ($n = 33$), Rumänisch ($n = 20$)

und Bosnisch, Kroatisch und Serbisch ($n = 15$). Weitere Sprachen anhand derer Matchings hergestellt wurden, waren Russisch, Ukrainisch, Dänisch, Tschechisch und Griechisch.

Die individuellen Matchings resultierten in den meisten Fällen in Behandlungen. Bei 15 % lief der Behandlungsgutschein vor Behandlungsbeginn ab und 1 % erschien nicht zum vereinbarten Behandlungstermin, sodass die Behandlung storniert wurde. In 9 % der Fälle löste sich der Bedarf innerhalb weniger Einheiten auf und weitere 15 % der Behandlungen wurden vor dem Erreichen von 15 Einheiten storniert, ohne dass Gründe dokumentiert wurden. Stornierungsgründe können neben nicht mehr gegebenem Bedarf auch wiederholte Terminabsagen der Klient:innen sein.

Behandlungen

Insgesamt wurden 8.315 Behandlungen durch 860 Behandler:innen im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ als abgeschlossen dokumentiert. Bei 65 wurden die Dokumentationen nicht abgeschlossen. Die meisten der Behandler:innen betreuten zwei oder drei Klient:innen über „Gesund aus der Krise“ (je 10 %), lediglich 18 Behandler:innen dokumentierten nur eine einzelne Behandlung (für die Verteilungen siehe Tabelle 1). Im Mittel wurden acht Behandlungen pro Behandler:in durchgeführt. Das Maximum lag bei 38 Klient:innen eine:r Behandler:in.

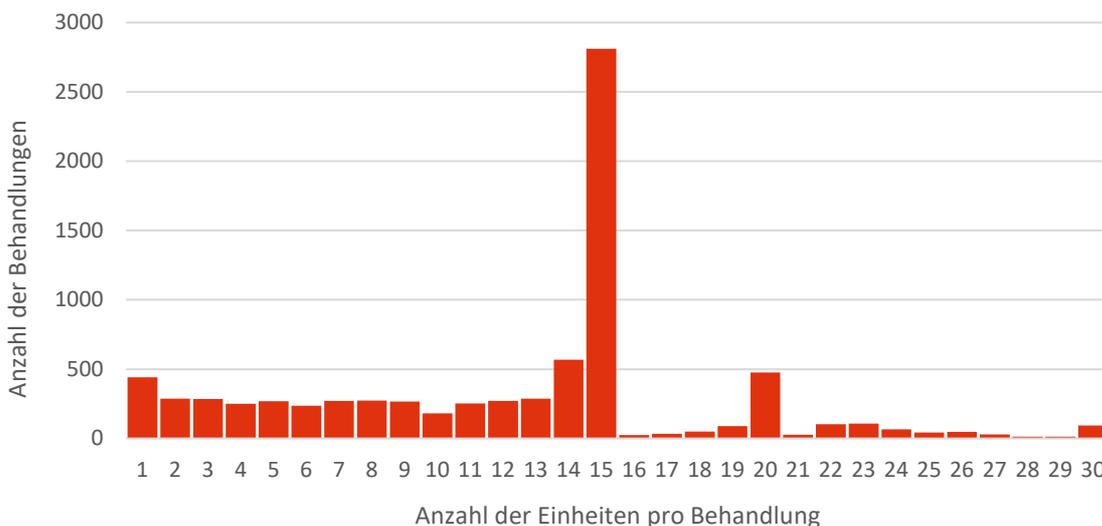
Tabelle 1 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Behandler:in

Behandlungen pro Behandler:in	Anzahl	Prozent
1-5	3.250	39
6-10	2.737	33
11-15	1.385	17
16-20	600	7
> 20	352	4
Summe	8.324	

Die Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in lag zwischen einer halben und 30 Einheiten (siehe Abbildung 3). Insgesamt wurden 100.572 Behandlungseinheiten im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ dokumentiert. In 91 % der Fälle wurden Einzeleinheiten dokumentiert, bei 8 % handelte es sich um Elterngespräche. Zusätzlich entfielen 3.689 Einheiten, was jeweils mit einer halben Einheit dokumentiert wurde.

Im Mittel bestand eine Behandlung aus 12 Einheiten (SD = 6,2), wobei die meisten Behandlungen (2234 bzw. 27 %) 15 Einheiten umfassten. In manchen Fällen kam es auch zu einem vorzeitigen Abschluss der Behandlungen. Dies lässt sich einerseits auf Abbrüche und andererseits auch erfolgreiche Abschlüsse vor Erreichen von 15 Einheiten zurückführen. Somit wurden 83 % der Behandlungen im Rahmen der vorgesehenen 15 Einheiten abgeschlossen. In den restlichen 17 % der Behandlungen kam es zu einer Verlängerung, da durch die Behandler:innen ein Bedarf an zusätzlichen Behandlungseinheiten identifiziert wurde.

Abbildung 3 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in



Anmerkung: In der Grafik sind Einzelbehandlungen sowie Elterneinheiten abgebildet. Nicht dargestellt sind Gruppeneinheiten.

Neben den Einzelbehandlungen wurden über „Gesund aus der Krise“ auch Gruppen zu bestimmten Themen angeboten. Insgesamt wurden über diese Gruppen 1.036 Einheiten dokumentiert. Die Gruppenbehandlungen machten somit lediglich 1 % der gesamten über „Gesund aus der Krise“ ermöglichten Einheiten aus.

Tabelle 2 Art der Behandlung

Ort der Behandlung	Anzahl
Einzelstunde	91.252
Elterngespräch	7.584
Gruppenstunde	1.036
Terminabsage	3.689

Die Behandlungen fanden mit 96 % überwiegend in der Praxis der Behandler:innen statt. Etwa 3 % der Behandlungen wurden online durchgeführt, weitere 1 % aufsuchend.

Verlängerungen

Insgesamt gab es im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ 1.333 Anträge, die Behandlung über 15 Einheiten hinaus zu verlängern. Diese Anträge wurden in 96 % der Fälle bewilligt. In 6 % der Fälle wurden die zusätzlichen Einheiten storniert, z. B. da der Bedarf nicht mehr gegeben war.

Bei den Klient:innen, für die ein Verlängerungsantrag gestellt wurde, berichteten die Behandler:innen von stärker ausgeprägten Einschränkungen als in der restlichen Gruppe der behandelten Klient:innen (siehe S. 21f). Zudem waren Störungsbilder im Bereich der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F40-F49), der Affektiven Störungen (F30-F39; 30 %) und der Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98; 34 %) überrepräsentiert (siehe S. 24f).

Zu Beginn des Projektes war eine Verlängerung um 15 Einheiten möglich. Diese Verdopplung der Einheiten wurde bei etwa einem Viertel der beantragten Verlängerungen durchgeführt. Aufgrund der großen Nachfrage wurden die Verlängerungen im weiteren Verlauf auf fünf Einheiten begrenzt. Hierdurch sollten mit dem gegebenen Budget möglichst vielen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Behandlung ermöglicht werden. Entsprechend wurden im Verlauf von „Gesund aus der Krise“ 92 % aller Behandlungen bzw. 55 % der verlängerten Behandlungen innerhalb von 20 Einheiten abgeschlossen.

Behandlungsangebot und Behandler:innenpool

Die Behandlungen wurden durch Klinische Psycholog:innen, Gesundheitspsycholog:innen und Psychotherapeut:innen durchgeführt. Zum Behandler:innen-Pool gehörten am Ende der Laufzeit des Förderprogrammes 875 Behandler:innen, womit das Ziel von mindestens 500 Behandler:innen und Berater:innen übertroffen wurde. Hiervon waren 389 Klinische Psycholog:innen und/oder Gesundheitspsycholog:innen (44 %), 418 Psychotherapeut:innen (48 %) und 68 hatten eine Doppelqualifizierung (8 %). Dies entspricht dem angestrebten Verhältnis von 50/50 zwischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Dieses Verhältnis spiegelt sich auch in den Behandlungen und Beratungen wider. Mit 47 % klinisch- und gesundheitspsychologischen Behandlungen und 53 % psychotherapeutischen Behandlungen waren klinisch- und gesundheitspsychologische sowie psychotherapeutische Behandlungen in einem nahezu ausgewogenen Verhältnis vertreten. In 19 % der Fälle wurde eine Beratung klassifiziert (12 % Psychotherapeutische Beratung, 7 % Psychologische Beratung), überwiegend fanden mit 81 % Behandlungen statt (39 % Psychotherapie, 42 % klinisch-psychologische Behandlung)¹.

Die Behandler:innen waren geographisch über das gesamte österreichische Bundesgebiet verteilt (siehe Tabelle 3). Im Verhältnis zur Bevölkerung der 0- bis 21-Jährigen hatte Kärnten die meisten Behandler:innen, gefolgt von Tirol und Wien. Am wenigsten Behandler:innen waren in Salzburg und Vorarlberg vertreten. Dies spiegelt sich auch in der Anzahl der Klient:innen wider. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl gab es in Kärnten und in Tirol die meisten Klient:innen, in Vorarlberg und Salzburg am wenigsten.

¹ Die Anteile weichen abhängig von der verwendeten Datenquelle leicht voneinander ab.

Tabelle 3 Verteilung von Behandler:innen und Klient:innen nach Bundesland

Bundesland	Bevölkerung der 0-21 Jährigen¹	Anzahl der Behandler:innen (Behandler:innen pro 1.000 jungen Menschen in der Bevölkerung)	Anzahl der Klient:innen (Klient:innen pro 1.000 jungen Menschen in der Bevölkerung)
Burgenland	59.185	28 (0,47)	219 (3,7)
Kärnten	112.905	69 (0,61)	631 (5,6)
Niederösterreich	370.115	131 (0,35)	1.230 (3,3)
Oberösterreich	340.148	142 (0,42)	1.377 (4,0)
Salzburg	123.284	41 (0,33)	351 (2,8)
Steiermark	254.685	101 (0,40)	867 (3,4)
Tirol	165.578	93 (0,56)	871 (5,3)
Vorarlberg	95.061	31 (0,33)	271 (2,9)
Wien	432.176	239 (0,55)	2.224 (5,1)

¹Stand 1.1.2023, STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA,
<https://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml>

Charakterisierung der Klient:innen

Klient:innen von „Gesund aus der Krise“ waren mit 62 % überwiegend weiblich, gefolgt von 37 % Jungen und 1 % diversen Personen. Das dokumentierte Alter erstreckte sich von 0 bis 22 Jahren². Mädchen waren dabei im Mittel mit durchschnittlich 15 Jahren etwas älter als Jungen mit 13 Jahren. Die älteste Gruppe waren Personen, die sich nicht mit einem binären Geschlecht identifizierten, mit durchschnittlich 17 Jahren. Anders als binäre Geschlechter, die ab einem Alter von 0 Jahren vertreten waren, waren die jüngsten diversen Klient:innen 12 Jahre alt.

Charakterisierung aus Behandler:innenperspektive

In den Interviews hoben die Behandler:innen hervor, dass sie im Rahmen der „Gesund aus der Krise“ Förderprogramme Klient:innen behandeln konnten, die anders nicht zu einer Behandlung gekommen wären. Häufig handelte es sich um Klient:innen, die sich eine selbstfinanzierte Behandlung nicht leisten konnten. Für manche Behandler:innen erhöhte sich so die Vielfalt des betreuten Klientels. Hervorgehoben wurden zudem Jugendliche ab 14 Jahre, die sich selbständig und teilweise ohne Wissen ihrer Eltern beim Programm angemeldet hatten. Der kostenlose Zugang zu klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer und psychotherapeutischer Beratung und Behandlung ermöglichte den Jugendlichen die Inanspruchnahme trotz Stigmatisierung psychischer Erkrankungen in ihrem familiären Umfeld.

Mehrere Behandler:innen berichteten davon, dass insbesondere die Klient:innen und Eltern, die sonst keinen Zugang zu derartiger psychosozialer Versorgung hatten, Dankbarkeit hierfür zeigten und besonders engagiert waren. Die Compliance wurde als hoch beschrieben, sodass es kaum zu Terminabsagen oder Unpünktlichkeit kam. Von anderen Behandler:innen wurde dagegen ein geringeres Engagement als bei Privatklient:innen wahrgenommen und insbesondere bei den Eltern ein geringeres

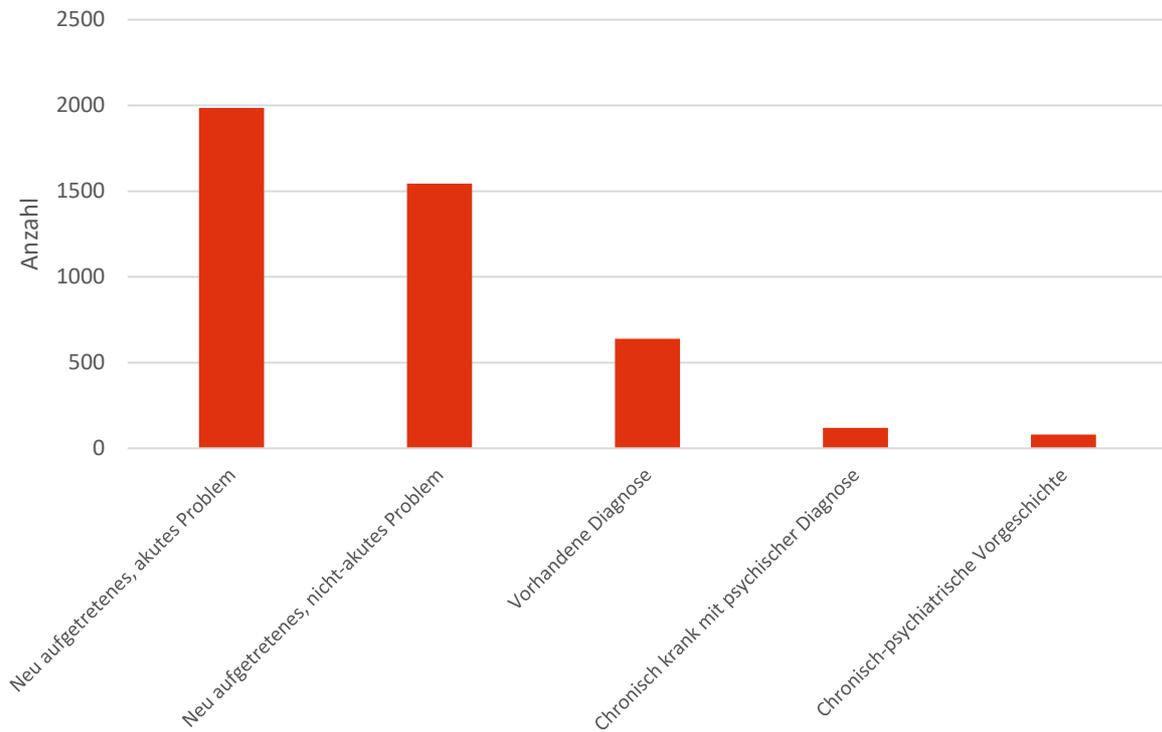
² Zum Zeitpunkt der Anmeldung bei „Gesund aus der Krise“ durften Klient:innen das 21. Lebensjahr nicht vollendet haben. Klient:innen, die im Verlauf der Zuweisung und/oder Behandlung das 21. Lebensjahr vollendeten wurden weiterbehandelt. Das tatsächliche Alter zu Behandlungsbeginn konnte somit bis zu 22 Jahre betragen.

Verständnis für die Notwendigkeit der aktiven Mitwirkung an der Behandlung. Hier war daher vermehrte Aufklärung notwendig. Fehlende Mitwirkungsbereitschaft oder Compliance wurde von den Behandler:innen an die Abwicklungsstelle gemeldet, sodass einzelne Klient:innen aus dem Projekt ausgeschlossen wurden, da „*eher die Bedürftigen drankommen*“ sollten (Behandler:inneninterview 8).

Vorgeschichte und Schweregrad der Einschränkungen

Die Zielgruppe von „Gesund aus der Krise“ waren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die durch die COVID-19 Pandemie besonders psychisch belastet waren. Aufgrund des Settings mit begrenzten verfügbaren Behandlungseinheiten gehörten junge Menschen mit schweren und chronischen Störungsbildern nicht zur Zielgruppe. Dies zeigte sich auch in den Angaben der Behandler:innen zur Vorgeschichte der Klient:innen im Rahmen der strukturierten Quartalsdokumentationen (siehe Abbildung 4). Bei 89 % Prozent der Klient:innen standen Probleme und Belastungen im Behandlungsfokus, die in den letzten Wochen bis Monaten neu aufgetreten waren. Lediglich 16 % hatten bereits vor Behandlungsbeginn eine Diagnose, wobei bei 3 % eine chronische Erkrankung mit bekannter psychischer Diagnose und bei 2 % eine chronisch-psychiatrische Vorgeschichte angegeben wurden. Durch Diagnostik im Rahmen der „Gesund aus der Krise“ Behandlungen erhielten mehr Klient:innen eine Diagnose. So lag zum Zeitpunkt der aktuellsten verfügbaren Quartalsdokumentationen bei 43 % der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine Diagnose vor.

Abbildung 4 Vorgeschichte der Klient:innen laut Behandler:innen

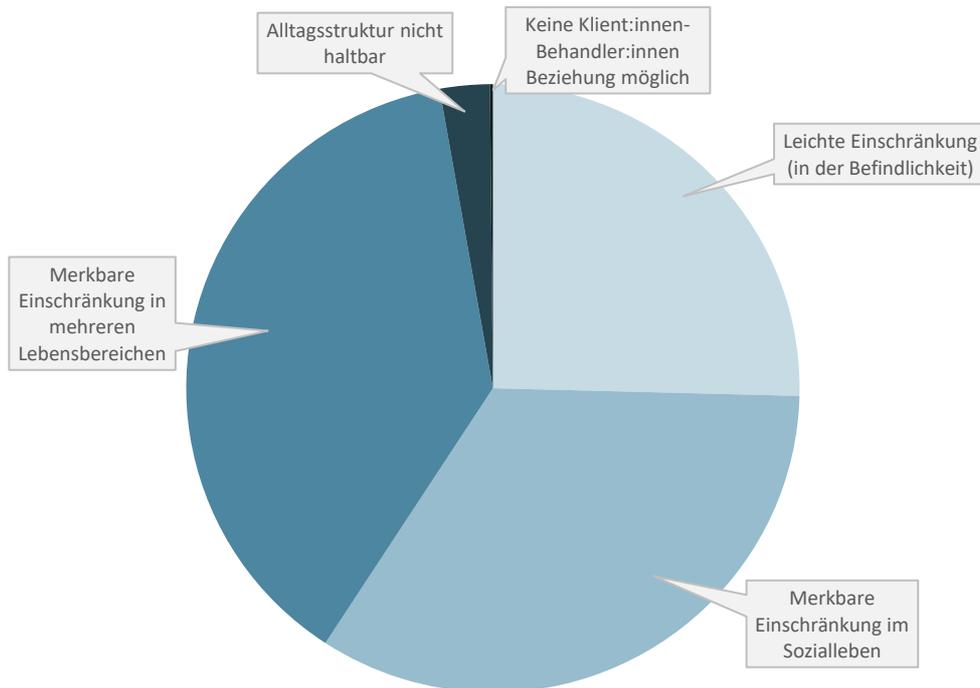


Anmerkung: Mehrfachangaben möglich.

Bei der Mehrheit der Klient:innen, die über „Gesund aus der Krise“ behandelt wurden lagen merkbare Einschränkungen im Sozialleben (34 %) oder in mehreren Lebensbereichen (38 %) vor (siehe Abbildung 5). Ein Viertel hatte leichte Einschränkungen in der Befindlichkeit. Schwere Fälle wurden in der Regel nicht über „Gesund aus der Krise“ behandelt, sondern an andere Stellen weiterverwiesen. Dies zeigte sich auch im geringen Anteil an Klient:innen, die laut ihren Behandler:innen die Alltagsstruktur nicht halten konnten (3 %) oder bei denen kein Beziehungsaufbau möglich war, da die Klient:innen nicht ansprechbar waren (< 1 %).

Bei den Klient:innen, für die ein Verlängerungsantrag gestellt wurde, berichteten die Behandler:innen von stärker ausgeprägten Einschränkungen als in der restlichen Gruppe der behandelten Klient:innen. Etwa drei Viertel litt laut Behandler:innenangaben in mehreren Lebensbereichen unter Einschränkungen, bei 9 % war die Alltagsstruktur nicht haltbar.

Abbildung 5 Schwere der Einschränkungen laut Behandler:innen



In den Interviews berichteten die befragten Behandler:innen von einem breiten Spektrum an Schweregraden der psychischen Probleme bei den Klient:innen. Es reiche „von sehr stark belastet bis mäßig bis einfach nur froh, dass irgendeine Person sich ein bisschen anhört, wie es mir geht“ (Behandler:inneninterview 6). Bei milden Schweregraden könne durch „Gesund aus der Krise“ präventiv gehandelt werden, um frühzeitig eine Verschlechterung und Chronifizierung von Symptomen zu verhindern. Es kämen aber auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit schweren Störungsbildern zu „Gesund aus der Krise“. Bei schweren Fällen reichten die 15 bzw. 20 Behandlungseinheiten nicht aus, sondern „Gesund aus der Krise“ übernahm eine Überbrückungsfunktion, die den Übergang zu einer längerfristigen Regelversorgung ermöglichen sollte.

Die berichteten Störungsbilder unterschieden sich dabei deutlich zwischen einzelnen Behandler:innen. Während einige angaben, überwiegend leichte Störungsbilder zugewiesen zu bekommen, behandelten andere nach eigenen Angaben vor allem schwere Störungsbilder. Mehrere Behandler:innen gaben zudem an, dass sie über „Gesund aus der Krise“ sowohl milde, als auch mäßige und schwere Störungsbilder zugewiesen bekämen.

Störungsbilder

Das breite Spektrum der Schwere der Einschränkungen lässt sich auch auf die Vielzahl der über „Gesund aus der Krise“ behandelten Störungsbilder zurückführen. Diese reichten von Alltagsproblemen wie familiären Konflikten, Pubertätsthemen oder schulischen Schwierigkeiten bis hin zu diagnostizierten Entwicklungsstörungen wie ADHS oder schweren Depressionen und Suizidalität. In der unstrukturierten Quartalsdokumentationen und in den Interviews wurde besonders häufig von Ängsten berichtet.

Im Rahmen der strukturierten Quartalsdokumentationen wurden Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen berichtet. Wie in Tabelle 4 dargestellt, waren (Verdachts-) Diagnosen aus dem Bereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen am häufigsten. Sie wurden bei über der Hälfte der Klient:innen berichtet. Jeweils bei einem Fünftel der Klient:innen wurden affektive Störungen bzw. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend berichtet. Andere (Verdachts-) Diagnosen wurden bei jeweils unter zehn Prozent der Klient:innen angegeben.

Tabelle 4 (Verdachts-) Diagnosen

Störungsgruppe	Anzahl	Prozent
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	53	1
F30-F39 Affektive Störungen	800	20
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.118	54
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	162	4
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	190	5
F70-F79 Intelligenzminderung	31	1
F80-F89 Entwicklungsstörungen	233	6
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	786	20
Keine der genannten Optionen	404	10

Innerhalb der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen waren Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen die häufigsten (Verdachts-)

Diagnosen (siehe Tabelle 5). Sie wurden für 32 % der Klient:innen vergeben. Überwiegend handelte es sich um Anpassungsstörungen (F43.2), welche bei 21 % der Klient:innen diagnostiziert wurden. Seltener waren mit jeweils 5 bzw. 6 % akute Belastungsreaktionen (F43.0) oder Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1) vertreten. Bei den anderen Angststörungen (F41) waren mit 8 % aller Klient:innen hauptsächlich gemischte Angst- und depressive Störungen (F41.2) vertreten. Für 5 % wurde die Diagnose Panikstörung (F41.0) und für 3 % die Diagnose Generalisierte Angststörung (F41.1) berichtet.

Tabelle 5 (Verdachts-) Diagnosen innerhalb der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen

Störungsgruppe (F40-F49)	Anzahl	Prozent
F40 Phobische Störungen	269	7
F41 Andere Angststörungen	658	17
F42 Zwangsstörungen	145	4
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1.240	32
F44 Dissoziative Störungen	16	< 1
F54 Somatoforme Störungen	61	2

Bei den affektiven Störungen handelte es sich fast ausschließlich um depressive Episoden (F32), welche bei 20 % der Klient:innen beobachtet wurden. Die Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F99) verteilten sich auf unterschiedliche Störungsbilder. Am häufigsten wurden mit 6 % Störungen im Sozialverhalten (F91) und mit 5 % Emotionale Störungen des Kindesalters (F93) berichtet. Weitere Störungsbilder dieser Gruppe kamen jeweils bei weniger als fünf Prozent der Klient:innen vor.

Klient:innen, für die Verlängerungen der Behandlungen beantragt wurden, litten am häufigsten unter Störungsbildern im Bereich der Neurotischen, Belastungs- und Somatoformen Störungen (F40-F49), welche mit 58 % bei mehr als der Hälfte der Verlängerungsanträge berichtet wurden. Auch Affektive Störungen (F30-F39; 30 %) und Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98; 34 %) wurden häufig berichtet. Die Verteilung ähnelt dabei den Störungsbildern in der

Gesamtgruppe der Klient:innen, jedoch waren die drei Störungsgruppen in den Verlängerungsanträgen noch häufiger repräsentiert.

Kontext der Störungsbilder

Anhand der Interviews und der unstrukturierten Quartalsdokumentationen ließen sich zentrale Hintergründe und Entstehungsgeschichten der Störungsbilder identifizieren. Zentrale Themen waren dabei Mobbing, familiäre und schulische Probleme sowie der Umgang mit Druck und Überforderung und die Nutzung sozialer Medien.

Lebensbereiche, in denen sich Probleme äußern

Laut den unstrukturierten Quartalsdokumentationen äußerten sich die psychischen Probleme der Kinder und Jugendlichen besonders häufig im familiären und im schulischen Kontext.

So äußerten sich Ängste und soziale Probleme, aber auch Konzentrationsschwierigkeiten oder Probleme, Grenzen zu akzeptieren, besonders häufig in der Schule. Die Kinder und Jugendlichen erlebten Leistungsprobleme, Prüfungsängste bis hin zur Schulverweigerung. Auch aggressives und oppositionelles Verhalten äußerte sich regelmäßig im schulischen Kontext. Bei älteren Klient:innen bestanden Probleme hinsichtlich der weiteren Ausbildung bzw. der Berufstätigkeit. Auch in diesem Kontext manifestierten sich die psychischen Probleme der Betroffenen, sodass die Berufsfähigkeit teilweise bedroht war. Die Behandlungen hatten somit unter anderem zum Ziel, den Schulbesuch, die weitere Ausbildung oder die Berufsfähigkeit der Klient:innen zu erhalten oder wiederherzustellen.

Auch im familiären Kontext äußerten sich bei vielen Klient:innen Probleme, die im Rahmen der „Gesund aus der Krise“-Behandlungen adressiert werden sollten. Wie im schulischen Umfeld kam es auch in der Familie in vielen Fällen zu Problemen durch oppositionelles Verhalten und zu Konflikten durch verschiedene psychische Probleme der Kinder und Jugendlichen. Entsprechend wurde in den Behandlungen häufig an den Beziehungen zu Familienmitgliedern, insbesondere den Eltern, gearbeitet. Probleme in anderen sozialen Beziehungen wie einer Partnerschaft oder Freundschaftsbeziehungen kamen auch vor, wurden im Verhältnis jedoch seltener erwähnt.

In manchen Fällen wurden in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen auch die sexuelle Orientierung oder die Geschlechtsidentität als Themenbereiche adressiert.

Ereignisse, die zum Behandlungsbedarf beitragen

In den unstrukturierten Quartalsdokumentationen erwähnten Behandler:innen auch Ereignisse, die für den Behandlungsbedarf der Klient:innen eine Rolle spielten. Hierzu gehörten Themen wie der Umgang mit schulischem Leistungsdruck oder Entwicklungsthemen sowie schulische und berufliche Übergänge. In vielen Fällen spielten auch nicht-normative Ereignisse, mit welchen die Klient:innen konfrontiert waren, eine Rolle (siehe Abbildung 6).

Besonders häufig erwähnt wurde dabei die Trennung der Eltern. Diese führte in vielen Fällen zu Konflikten, die sich auch auf die Kinder und Jugendlichen übertrugen. In den Behandlungen wurden daraufhin die oft belasteten Beziehungen zwischen Kindern und Eltern adressiert, sowie der Umgang mit den mit der Trennung einhergehenden Veränderungen und Emotionen. In manchen Fällen fand die Behandlung in der frühen Phase der Trennung statt, sodass die betroffenen Klient:innen in dieser Phase durch die Psycholog:innen oder Psychotherapeut:innen unterstützt werden können. Vielfach ging es aber um eine nachträgliche Aufarbeitung. In Einzelfällen wurde nicht die Trennung der Eltern sondern eine eigene Trennung zum Behandlungsthema.

Auch die Verarbeitung von Verlust- und Todesfällen war Inhalt der Behandlungen. In vielen Fällen ging es dabei um den Tod eines Elternteils sowie um plötzliche Todesfälle im näheren Umfeld, beispielsweise durch Suizid oder Unfälle. Auch die Pandemie spielte hierbei eine Rolle, da mehrere Klient:innen Todesfälle durch eine COVID-19 Erkrankung erlebt hatten. Auch Erkrankungen im Umfeld ohne direkte Todesfolge wurden bearbeitet. Während auch hier teilweise körperliche Erkrankungen zum Thema in den Behandlungen wurden, stellten besonders psychische Erkrankungen im Familienkreis den Hintergrund für den Behandlungsbedarf der Klient:innen dar.

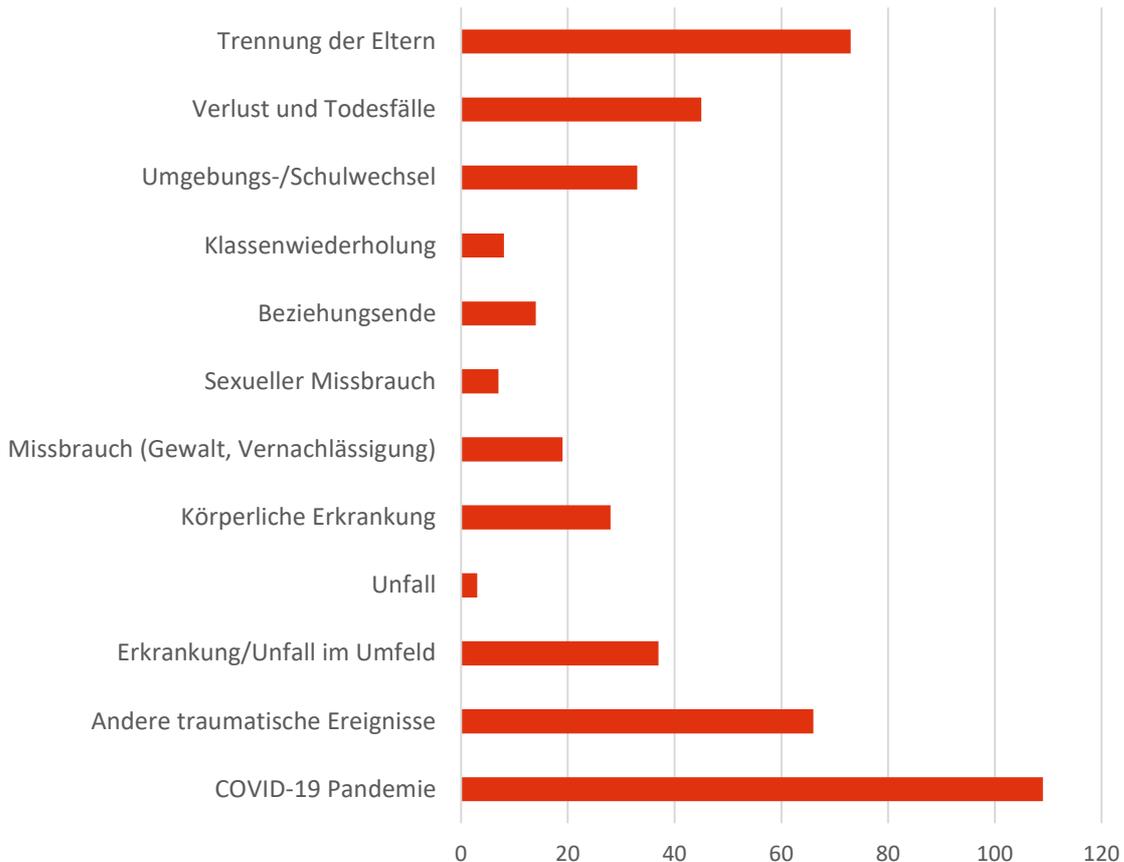
Bei einigen Klient:innen befasste sich die Behandlung auch mit dem Umgang mit einer eigenen, meist chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankung oder Behinderung (z. B. Krebs, Diabetes, Epilepsie, Mukoviszidose). Auch Long-Covid spielte wiederholt eine Rolle in den Behandlungen. In selteneren Fällen wurden Unfälle zum Thema.

Kinder und Jugendliche, die mit einem Umgebungs- und/oder Schulwechsel oder mit einem Wechsel der Klasse, beispielsweise durch Sitzenbleiben, konfrontiert waren, nahmen zu deren Bewältigung die Unterstützung durch „Gesund aus der Krise“ in Anspruch. Insbesondere die Wiederholung von Klassenstufen, zum Teil aber auch der Schulwechsel war dabei häufig durch die psychischen Probleme der Klient:innen erst notwendig geworden. Zudem hingen diese Umbrüche oft mit Mobbing Erfahrungen zusammen, die von zahlreichen Klient:innen berichtet wurde. Mobbing Erfahrungen wurden dabei häufig als Ursache für Symptome oder psychische Erkrankungen wie Ängste und Depressionen beschrieben. Während es in vielen Fällen darum ging, mit aktuell stattfindendem Mobbing umzugehen, spielte daher auch die Aufarbeitung von vergangenen Mobbing Erfahrungen eine wichtige Rolle in den Behandlungen.

Neben Mobbing, welches oft im schulischen Kontext stattfand, erlebten Klient:innen auch Missbrauch in Form von Gewalt und Vernachlässigung. Häufig fand dies innerhalb der Kernfamilie statt, in Einzelfällen wurde aber auch von gewaltsamen Überfällen berichtet. Auch sexueller Missbrauch kam vor. In den Behandlungen wurde häufig vergangener Missbrauch aufgearbeitet. Teilweise wurde aber auch fortbestehender Missbrauch zum Thema, sodass in Einzelfällen auch die Kinder- und Jugendhilfe zur Abklärung der Gefährdung einbezogen wurde.

Darüber hinaus wurden von den Behandler:innen häufig traumatische Erfahrungen als Behandlungshintergrund genannt, ohne dass diese näher beschrieben wurden (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6 Nicht-normative Ereignisse laut Quartalsdokumentationen



Die Rolle der COVID-19 Pandemie

Die COVID-19 Pandemie wurde vielfach als Auslöser oder Verstärker von psychischen Problemen identifiziert. In den unstrukturierten Quartalsdokumentationen wurde die Pandemie häufiger erwähnt als alle individuellen Ereignisse.

Die soziale Isolation führte laut den im Rahmen von Interviews befragten Behandler:innen vielfach zu Problemen wie Ängsten und fehlenden Möglichkeiten zur Ausbildung sozialer Kompetenzen. Dies hatte langfristige Folgen wie Mobbing und schulische Probleme. Zusätzlich gingen Schulschließungen und Distanzlehre insbesondere für Kinder und Jugendliche ohne ausreichende familiäre Unterstützung oder Ressourcen mit Schwierigkeiten einher. So konnten Kinder, in deren Familie es keine ausreichende technische Ausstattung gab, kaum am digitalen Unterricht teilnehmen. Vielfach hatten Eltern Schwierigkeiten, den Kindern ohne die schulische Routine ausreichend Alltagsstruktur vorzugeben. Dies traf insbesondere dann zu, wenn die Eltern selbst Probleme durch die COVID-19 Pandemie hatten, beispielsweise durch eigene psychische

Erkrankungen oder durch einen Jobverlust. Hinzu kamen familiäre Konflikte durch die Einengung in der eigenen Wohnung, die teilweise in Trennungen der Eltern resultierten, was die Kinder und Jugendlichen zusätzlich belastete. Teilweise wurden familiäre Konflikte zudem durch Uneinigkeit bezüglich Infektionsschutzmaßnahmen ausgelöst.

Die Pandemie stellte zudem nicht nur für sich stehend einen Belastungsfaktor dar, sondern behinderte zusätzlich die Bewältigung anderer Probleme. Kompensationsmöglichkeiten für psychische Probleme in der Schule oder in der Freizeit wurden durch die Pandemie unzugänglich, sodass Schwierigkeiten vermehrt an die Oberfläche traten. Problematiken, die bereits unabhängig von der COVID-19 Krise bestanden, wurden „*ganz dramatisch an die Oberfläche gespült*“ (Behandler:inneninterview 7).

Nicht immer wurde COVID-19 als Hintergrund der psychischen Probleme explizit in den Behandlungen adressiert. In vielen Fällen spielte die Krise aber implizit eine zentrale Rolle.

Diese Probleme wurden gesellschaftlich und politisch aus Perspektive der Behandler:innen nicht rechtzeitig und ausreichend erkannt und adressiert:

„Und natürlich hat man da irgendwie auch unsere Kinder-, Jugendgruppe mal komplett vergessen am Anfang. Das war dann so ein bisschen, die sind ganz unter gegangen.“
(Behandler:inneninterview 7)

So konnten sich während der COVID-19 Pandemie beginnende Probleme chronifizieren und zu klinischen Störungsbildern entwickeln. Die Behandler:innen berichteten daher zum Teil, dass die Probleme, die durch die Pandemie entstanden sind, bis zum Zeitpunkt der Interviews im Frühjahr 2024 nachwirkten.

Gleichzeitig sahen einzelne Behandler:innen die COVID-19 Pandemie aber auch als Faktor an, der die Bevölkerung für psychische Probleme sensibilisierte und die Inanspruchnahme von Hilfe enttabuisierte:

„Aber ich habe den Eindruck, dass es für die Eltern jetzt leichter ist, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Weil all diese Themen in der Pandemie-Zeit zum Beispiel die Kinder schon sehr belastet haben. Somit erleben ich es eher so, dass Eltern sensibilisierter sind dahingehend, jetzt genauer hinschauen oder auch früher Hilfe in Anspruch nehmen.“
(Behandler:inneninterview 3)

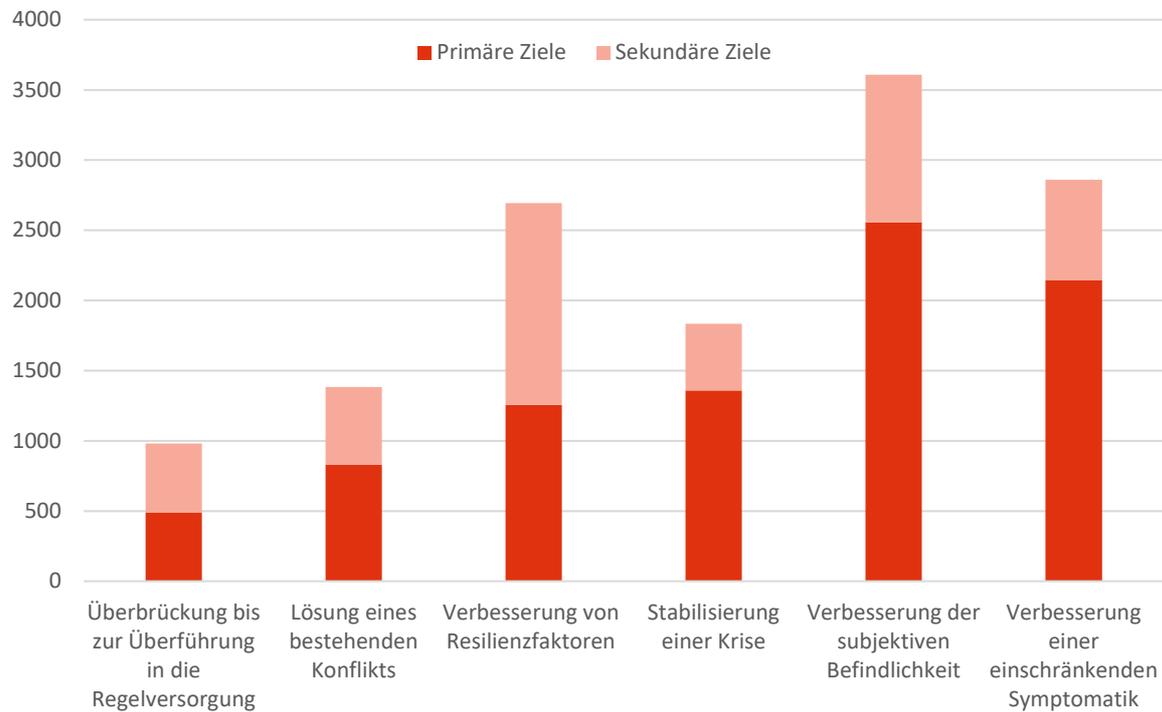
Behandlungen

Behandlungen hatten jeweils auf die Symptomatik und Probleme der einzelnen Klient:innen abgestimmte Ziele, Themen und Inhalte. Die Zielerreichung variierte abhängig von der Art der gesetzten Ziele. Während die Behandlungen bei geringem Schweregrad der Beeinträchtigungen meist als erfolgreich eingestuft wurden, zeigten sich insbesondere bei der Überführung in die Regelversorgung im Fall von schwereren Störungsbildern mit fortbestehendem Behandlungsbedarf Schwierigkeiten.

Behandlungsziele

Die Behandler:innen gaben in den strukturierten Quartalsdokumentationen verschiedene Ziele der Behandlungen an. Dabei wurde zwischen primären und sekundären Zielen unterschieden. In 65 % der Dokumentationen wurde die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit als eines der primären Ziele definiert (siehe Abbildung 7). Weitere 27 % der Behandler:innen gaben dies als sekundäres Ziel an. Auch die Verbesserung einer einschränkenden Symptomatik wurde mit 55 % von der Mehrheit der Behandler:innen als primäres Ziel genannt, sowie von weiteren 18 % als sekundäres Ziel. Etwas weniger als die Hälfte hatte die Stabilisierung einer Krise als Ziel (35 % primär, 12 % sekundär). Und etwas mehr als die Hälfte gab die Verbesserung von Resilienzfaktoren als Ziel der Behandlung an (32 % primär, 37 % sekundär). Seltener wurden die Lösung eines bestehenden Konflikts (21 % primär, 14 % sekundär) oder die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung (12 % primär, 12 % sekundär) angegeben. Vereinzelt kam es auch zu anderen Zielangaben. Hierzu gehörten insbesondere die Förderung von Emotionsregulationskompetenzen und der Umgang mit herausfordernden Situationen im schulischen, sozialen, familiären oder gesundheitlichen Kontext. Auch Elternberatung wurde vereinzelt als Ziel genannt.

Abbildung 7 Ziele der Behandlungen

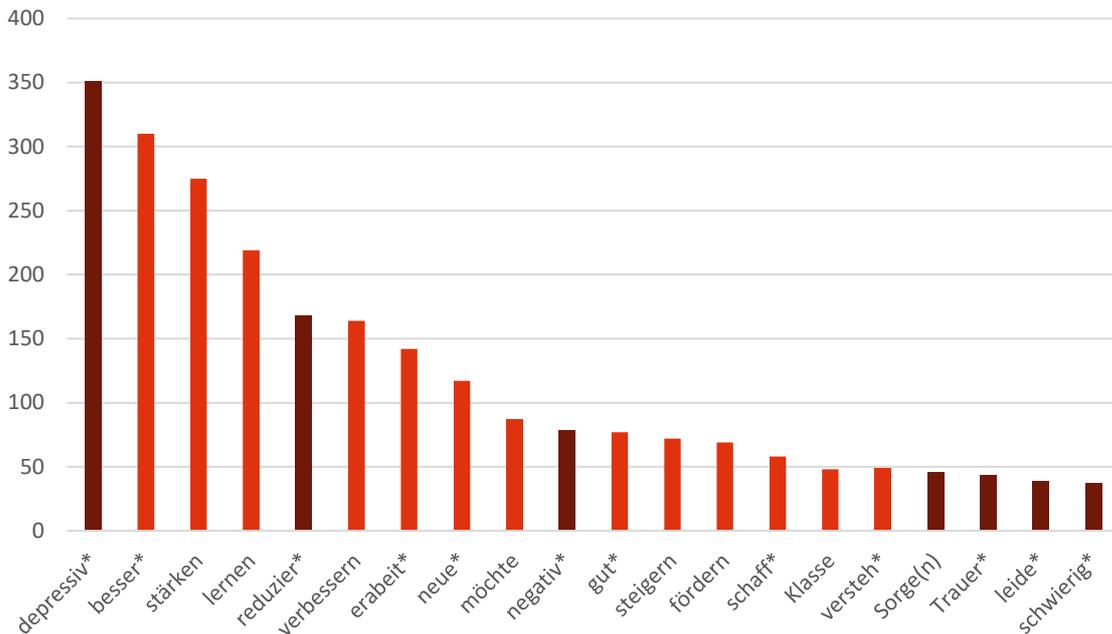


Für die meisten Klient:innen wurden mehrere primäre Ziele angegeben. Besonders häufig wurde die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit zusätzlich zu anderen Zielen angegeben. In 80 % der Fälle mit einer Verbesserung von Resilienzfaktoren als Ziel sowie in 70 % der Fälle mit der Lösung eines bestehenden Konflikts wurde die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit als zusätzliches Ziel angegeben. Die Stabilisierung einer Krise und die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung waren seltener angegebene Ziele, kamen aber häufig in Kombination vor. Auch die Kombination aus Resilienzförderung, Krisenstabilisierung und Konfliktlösung kam häufig vor.

Themen der Zielsetzung

Genauere Einblicke in die definierten Ziele ermöglichten die unstrukturierten Quartalsdokumentationen. Hier berichteten die Behandler:innen in eigenen Worten, welche Ziele sie sich für die jeweiligen Behandlungen setzten. Abbildung 8 zeigt die Begriffe, die die Behandler:innen am häufigsten für die Beschreibung von Zielen nutzten. Anhand einer Modellierung mittels *Latent Dirichlet Allocation* wurden die Ziele in vier Themenbereiche strukturiert. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der Daten dienten zur genaueren Einordnung und Interpretation dieser Themenbereiche.

Abbildung 8 Genutzte Begriffe für die Zielbeschreibung



Anmerkung: Dunkle Färbung für negative Valenz der Worte, helle Färbung für positive Valenz. Worte mit * enthalten jeweils verschiedene Wortformen mit dem gleichen Wortstamm.

Der erste Bereich umfasste die Stärkung des Selbstwertes. In diesem Kontext sollten negative Emotionen reduziert und soziale Beziehungen gestärkt werden. Psychoedukation spielte für diesen Zielbereich eine zentrale Rolle. In 14 % der analysierten Quartalsdokumentationen war die Verbesserung das Erkennen und Benennens eigener Emotionen und Bedürfnisse als Ziel definiert. Auch die Arbeit am Selbstwert gehörte mit 26 % zu einem der häufig in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen genannten Zielen.

Der zweite Zielbereich fokussierte auf den Umgang mit äußeren Stressoren. Vor allem schulische Stressoren sowie der Umgang mit Familienmitgliedern spielten hier eine Rolle.

Die dritte Form der Zielsetzung befasste sich insbesondere mit der Reduktion von Symptomen psychischer Erkrankungen. Klient:innen sollten stabilisiert, negative Erfahrungen aufgearbeitet und Symptome reduziert werden. Diese Form der Zielsetzung kennzeichnet sich somit stärker durch Vermeidungs- als durch Annährungsziele. Die Zielsetzungen standen häufig mit Stressoren wie Mobbing im Schulkontext sowie schwierigen familiären Situationen im Zusammenhang.

Defizite in Beziehungen spielten bei mehr als einem Viertel der behandelten Klient:innen eine Rolle. Einerseits bestanden Probleme in familiären Beziehungen. So hatten viele Behandlungen das Ziel, die Beziehung zwischen Kindern und deren Eltern zu stärken. Häufig waren die Beziehungen im Kontext der Trennung der Eltern belastet. Aber auch Beziehungen zu Gleichaltrigen waren ein regelmäßiges Thema. Viele Klient:innen hatten Mobbing Erfahrungen oder entwickelten unter anderem durch die COVID-19 Pandemie soziale Ängste.

Im vierten Zielbereich stand das Erlernen von Bewältigungsstrategien im Fokus. Klient:innen sollten gestärkt und ihre Ressourcen aufgebaut werden. Hierdurch sollten eine bessere Emotionsregulation und der erfolgreiche Umgang mit Herausforderungen ermöglicht werden. Die Förderung der Emotionsregulationsfähigkeit war das häufigste Ziel in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen und wurde in 35 % der Zielbeschreibungen erwähnt. Auch die Stärkung von Problemlösekompetenzen gehörte mit 26 % zu den häufig definierten Zielen.

Behandlungsansätze

In den Interviews und den unstrukturierten Quartalsdokumentationen berichteten die Behandler:innen von den im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ genutzten Behandlungsansätzen. Während diese bei manchen mit den in anderen Behandlungskontexten genutzten Ansätzen übereinstimmten, passten andere ihr Vorgehen durch die Begrenzung auf 15 Einheiten stärker an.

Zentral waren in den Behandlungen insbesondere die Stabilisierung und Ressourcenaktivierung sowie die Förderung von Kompetenzen im Bereich der Emotionsregulation und Problemlösung. Auch an Zukunftsperspektiven wurde in vielen Fällen gearbeitet.

Immer wieder wurde auch die Notwendigkeit der Einbindung von Eltern und erweiterten Systemen hervorgehoben. Insbesondere Psychoedukation für Eltern spielte eine zentrale Rolle. Eltern sollten unter anderem ihr Kind verstehen lernen und den Umgang mit den bestehenden psychischen Problemen verbessern. Der Einbezug der Eltern sollte die Behandlung unterstützen und den Transfer der Behandlungsinhalte in den Alltag fördern. Eltern erlernten im Kontext der „Gesund aus der Krise“-Behandlungen auch Erziehungs-kompetenzen wie das Setzen von Grenzen. Teilweise erwähnten Behandler:innen zudem die Notwendigkeit, dass die Eltern eigene psychische Probleme adressieren und ihre

Emotionsregulationsfähigkeit stärken. Wenn dies für die Themen der Klient:innen relevant war, bezogen manche Behandler:innen auch Systeme wie die Schule mit oder andere psychosoziale Unterstützungsinstitutionen mit ein und bemühten sich um eine Kooperation mit diesen.

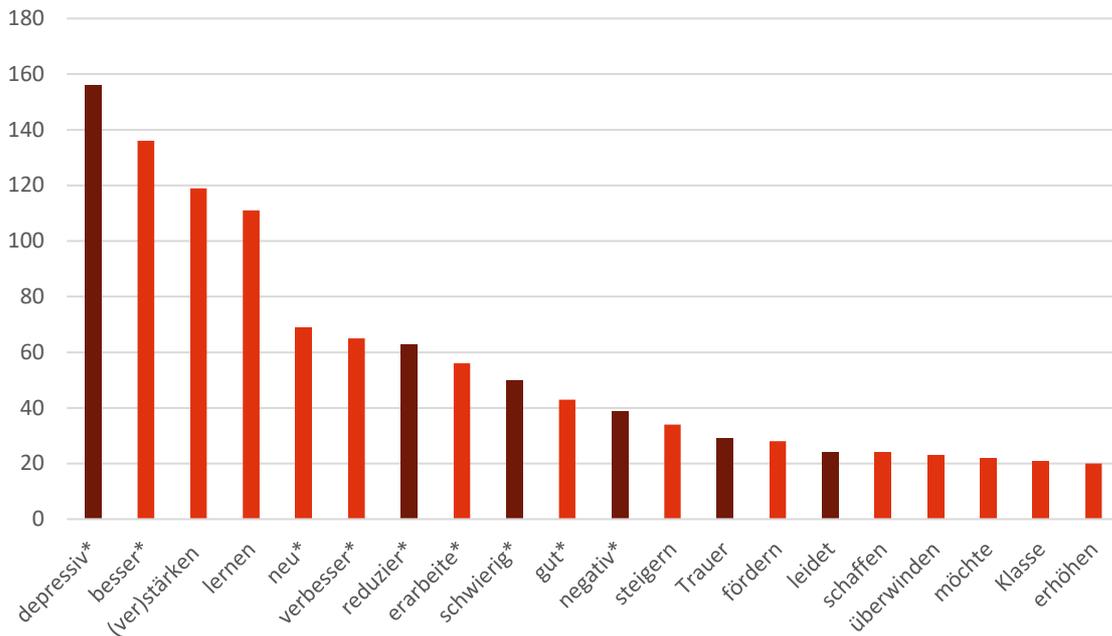
Zielerreichung aus Behandler:innenperspektive

Die erreichbaren Ziele hingen laut den Behandler:innen stark vom zugrundeliegenden Störungsbild und dessen Schweregrad ab und waren durch die Limitation auf 15 Behandlungseinheiten begrenzt. In vielen Fällen kam es zu einer merkbaren Verbesserung in der Befindlichkeit der Klient:innen. Positive Rückmeldungen von Klient:innen und/oder Eltern bestärkten die Behandler:innen in dieser Wahrnehmung. Auch wenn nicht alle Probleme im Rahmen der Behandlungen gelöst werden konnten, wurde „Gesund aus der Krise“ als erster Schritt in einem weiterzuführenden Prozess gesehen. Insbesondere hoben die Behandler:innen hervor, dass die positiven Erfahrungen im Rahmen des Projektes zum Abbau von Hemmschwellen gegenüber psychosozialer Versorgung beitragen konnten. Die Inanspruchnahme weiterer Angebote wurde den Klient:innen somit für die Zukunft erleichtert.

Themen der Zielerreichung

Neben den Zielen dokumentierten die Behandler:innen in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen auch die Zielerreichung in eigenen Worten. Abbildung 9 zeigte die häufigsten Begriffe, mit denen die Behandler:innen die erreichten Ziele beschrieben. Auch hier wurde eine Modellierung mittels *Latent Dirichlet Allocation* durchgeführt. Mit dieser Methode wurden die Zielerreichungen in drei Themenbereiche strukturiert.

Abbildung 9 Genutzte Begriffe für die Zielerreichung



Anmerkung: Dunkle Färbung für negative Valenz der Worte, helle Färbung für positive Valenz. Worte mit * enthalten jeweils verschiedene Wortformen mit dem gleichen Wortstamm.

Ein Themenbereich beschrieb die Zielerreichung vor allem im Hinblick auf die Entlastung und Unterstützung von Klient:innen im Kontext von externen Stressoren. Insbesondere die Aufarbeitung Entlastung bei Schulproblemen sowie bei familiären Konflikten spielte hier eine Rolle. Klient:innen lernten mit diesen Belastungen umzugehen und erarbeiteten sich Meilensteine wie die Rückkehr in die Schule. Auch Eltern erlernten einen besseren Umgang mit ihrem Kind, um die Beziehungen zu stabilisieren und damit die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Klient:innen zu unterstützen.

Das zweite Themenfeld beschäftigte sich mit dem Erreichen von Zielen im Bereich der Symptomreduktion und Selbstwertstärkung. Klient:innen wurden stabilisiert, Symptome reduziert sowie Beziehungen zu sich selbst und zu anderen verbessert. Die Klient:innen entwickelten basierend darauf mehr Vertrauen in sich und ihre eigenen Fähigkeiten.

Ein anderer Ansatz, die Zielerreichung zu beschreiben, fokussierte auf das Erlernen von Strategien zum Umgang mit belastenden Situationen und zur Emotionsregulation. Probleme wie Ängste wurden hier dadurch reduziert, dass die Klient:innen in ihren Ressourcen und Kompetenzen gestärkt wurden. Hierzu gehörte auch der Aufbau und die

Verbesserung sozialer Beziehungen sowie Psychoedukation. Der Umgang mit der COVID-19 Pandemie, stand ebenfalls im Kontext dieser Ziele.

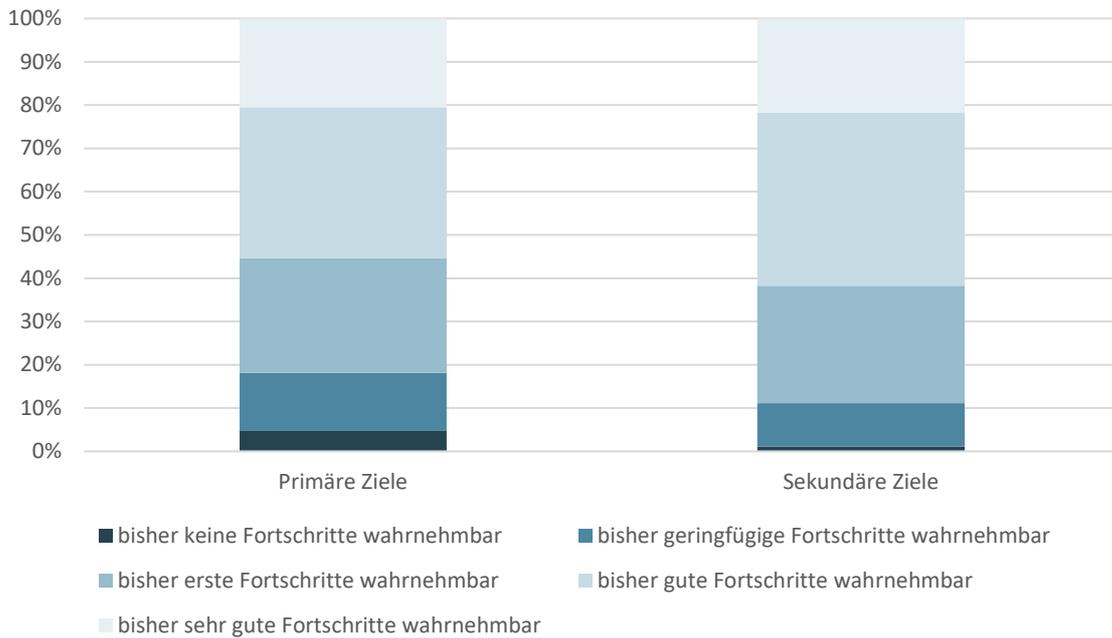
Ausmaß der Zielerreichung

Die Behandler:innen dokumentierten das Ausmaß der Zielerreichung in den strukturierten Quartalsdokumentationen separat für die primären und sekundären Ziele. Zur Auswertung wurden jeweils die aktuellsten Dokumentationen von Klient:innen mit mindestens zehn durchgeführten Einheiten herangezogen. Hier zeigte sich, dass bei der Mehrheit der Klient:innen gute bis sehr gute Fortschritte berichtet wurden (bei 55 % bezüglich der primären Ziele, bei 62 % bezüglich der sekundären Ziele). Lediglich bei 5 % wurden keine Fortschritte in Bezug auf die primären Ziele wahrgenommen. Bei 1 % fehlten die Fortschritte in Bezug auf die sekundären Ziele.

Eine Analyse der Zusammenhänge zwischen Anzahl der Behandlungseinheiten und Erreichen der Behandlungsziele zeigt, dass bei mehr erfolgten Einheiten stärkere Fortschritte wahrgenommen wurden ($r = .27$ für primäre Ziele, $r = .28$ für sekundäre Ziele). Bei geringerem Schweregrad der Beeinträchtigung berichteten die Behandler:innen größere Fortschritte bei der Zielerreichung ($r = -.21$ für primäre Ziele, $r = -.22$ für sekundäre Ziele). Der Grad der Zielerreichung unterschied sich nicht für Einzel- im Vergleich zu Gruppenbehandlungen oder zwischen Behandlungen in der Praxis im Vergleich zu Online-Behandlungen³.

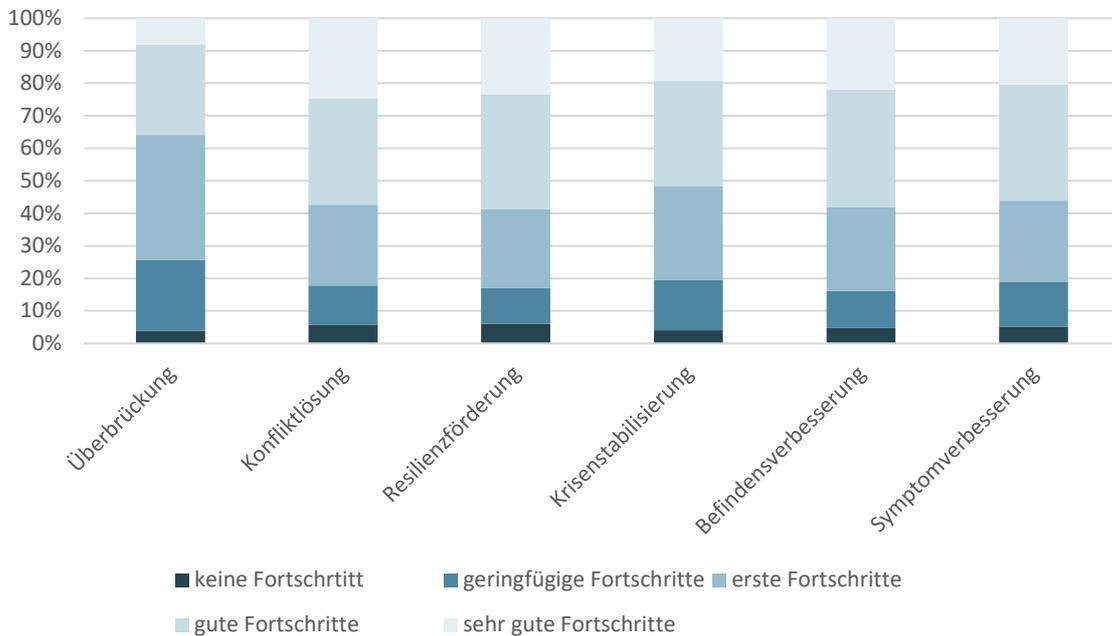
³ Hier ist jedoch die eingeschränkte Interpretierbarkeit aufgrund der kleinen Stichprobengrößen bei Gruppenbehandlungen und für Onlinesettings zu berücksichtigen.

Abbildung 10 Fortschritte nach mindestens zehn Behandlungseinheiten



Der Behandlungserfolg nach mindestens zehn Einheiten variierte leicht in Abhängigkeit von den verfolgten Zielen (siehe Abbildung 11). Die geringsten Fortschritte wurden bei Klient:innen berichtet, für die eine Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung als primäres Ziel angestrebt wurde. Hier gaben 36 % der Behandler:innen gute bis sehr gute Fortschritte an. Für die weiteren Ziele lag der Anteil der Klient:innen mit guten bis sehr guten Fortschritten nach zehn oder mehr Einheiten bei zwischen 52 und 59 %.

Abbildung 11 Fortschritte nach mindestens 10 Behandlungseinheiten abhängig von der Zielsetzung



Vereinzelt waren die Probleme der Klient:innen durch weniger Einheiten lösbar. So kam es auch vor, dass die Probleme, die der Grund für die Anmeldung bei „Gesund aus der Krise“ waren, sich bereits vor Beginn der Behandlung gelöst hatten. So wurde beispielsweise von einer Klientin berichtet, die durch eine längere Wartezeit eigene Strategien entwickelt hatte und deren Behandlungsbedarf sich durch eine zusätzliche Änderung der Lebenssituation aufgelöst hatte. In diesen Fällen wurden laut Interviewangaben der Behandler:innen einzelne Einheiten zur Reflexion genutzt und die Behandlung anschließend beendet.

Rahmenbedingungen der Behandlungen

Im Rahmen der Interviews berichteten die Behandler:innen über die Rahmenbedingungen der Behandlungen und ordneten diese im Hinblick auf den Behandlungserfolg ein.

Behandlungskontingent

Ein zentrales Thema war dabei die Begrenzung des Behandlungskontingents auf 15 Einheiten mit Option auf 5 bzw. 15 Verlängerungseinheiten. Dieses Kontingent wurde als

für viele Probleme ausreichend bewertet. Voraussetzung für einen erfolgreichen Behandlungsabschluss innerhalb von 15 Einheiten war neben einem milden bis mäßigen Schweregrad das Vorhandensein externer Ressourcen wie eines stabilen Familiensystems. Die Wahrnehmung der Begrenzung auf 15 Einheiten hing dabei auch vom fachlichen Hintergrund der einzelnen Behandler:innen ab. Behandler:innen, die es gewohnt waren, im Rahmen von begrenzten Einheiten zu arbeiten, sahen das Kontingent weniger kritisch als Behandler:innen, die üblicherweise länger andauernde Behandlungen durchführten. Während einzelne Behandler:innen betonten, dass sie lieber mit einer begrenzten Anzahl an Einheiten mehr jungen Menschen helfen wollten, hoben andere hervor, dass es wichtig sei, ausreichend Einheiten pro Klient:in zur Verfügung zu haben, um nachhaltige Effekte erzielen zu können. So sei beispielsweise die Aufarbeitung länger bestehender Probleme kaum möglich und unvorhersehbare zusätzliche belastende Ereignisse im Leben der jungen Menschen würden nicht berücksichtigt. Insbesondere wünschten sich die Behandler:innen mehr Flexibilität und eigene Entscheidungsmöglichkeiten, wie viele Einheiten nötig seien.

Auch die Nutzung der vorgesehenen Verlängerungsoption wurde von manchen Behandler:innen als zu unflexibel wahrgenommen. Insbesondere wurde kritisiert, dass der Verlängerungsbedarf spätestens zur achten Einheit bekannt gegeben werden musste. Nicht immer war der Bedarf an zusätzlichen Einheiten für die Behandler:innen zu diesem Zeitpunkt ersichtlich. Auch zusätzliche, erst nach der Frist eintretende Stressoren, die zu einem weiteren Behandlungsbedarf führten, könnten so nicht berücksichtigt werden.

Behandler:innen gingen unterschiedlich damit um, wenn nach Aufbrauchen des Kontingents weiterer Behandlungsbedarf gegeben war. Wenn die finanziellen Möglichkeiten gegeben waren, wurden die Behandlungen häufig über eine private Finanzierung fortgesetzt. Zusätzlich nutzten Behandler:innen ihre Netzwerke, um eine Weiterbehandlung ihrer Klient:innen über verschiedene Institutionen sicherzustellen. Nicht immer waren diese Optionen jedoch gegeben. Dies führte dazu, dass die Behandler:innen teilweise mit dem Ärger ihrer Klient:innen oder deren Eltern über den Versorgungsmangel konfrontiert waren. In mehreren Fällen investierten sie zudem private Zeit, um die Versorgung sicherzustellen.

In manchen Fällen wurden die Behandlungen vor Erreichen der 15 Einheiten abgeschlossen. Manche Themen ließen sich in kurzer Zeit gut lösen, sodass das volle Ausschöpfen des Kontingents nicht nötig war. Die Behandler:innen überließen die Entscheidung eines früheren Behandlungsabschlusses in der Regel ihren Klient:innen.

Ein:e Behandler:in berichtete dabei von Altruismus der jugendlichen Klient:innen, die ihre Plätze nach Erreichen des Behandlungsziels für andere frei machen wollten. Häufig käme es aber zu einer vollständigen Ausnutzung des Kontingents auch bei vorher erfülltem Bedarf.

In Einzelfällen wurden Behandlungen auch ohne Behandlungserfolg vorzeitig abgebrochen und/oder storniert. Klient:innen gaben hierfür oft keine Gründe an. Von Seiten der Behandler:innen kam es zu Abbrüchen oder Stornierungen, wenn die Basis für eine erfolgreiche Zusammenarbeit nicht gegeben war. Dies konnte beispielsweise an Sprachbarrieren oder fehlender Compliance liegen. So kam es vor, dass Jugendliche von den Eltern angemeldet wurden oder in Einzelfällen auch vom Jugendamt zu einer Behandlung verpflichtet wurden, aber selbst kein Interesse daran hatten.

Zusammenarbeit mit Systemen

Verschiedene Behandler:innen betonten die Relevanz der Systeme, in denen die jungen Klient:innen leben. Bei „Gesund aus der Krise“ waren die Elterneinheiten begrenzt. Einheiten für die Zusammenarbeit mit anderen Systemen waren nicht vorgesehen. Für diese mussten entweder individuelle Ausnahmeregelungen geschaffen werden oder die Behandler:innen investierten zusätzliche private Zeit für die Zusammenarbeit. Daher wurde der Bedarf an mehr Flexibilität für derartige Kooperationen und für die Arbeit mit Eltern in den Interviews genannt.

Herausforderungen bei der Überführung in die Regelversorgung

Bei Klient:innen mit schwerwiegenden Problemen, die sich im Rahmen der über „Gesund aus der Krise“ angebotenen Behandlungseinheiten nicht ausreichend lösen ließen, wurde eine Überführung in die Regelversorgung angestrebt. Wie sich im geringeren Grad der Zielerreichung in Fällen mit diesem Ziel zeigt, war die Überführung in die Regelversorgung oft mit Hindernissen verbunden und nicht immer erfolgreich. Die begrenzte Anzahl von Plätzen und lange Wartezeiten erschwerten den Übergang. Zusätzlich sei es laut Behandler:innen vor allem für Kinder und Jugendliche oft schwierig, die aufgebaute Beziehung und das Vertrauensverhältnis zu beenden und in der Regelversorgung wieder aufzubauen. Angestrebt wurde daher zumindest bei den Psychotherapeut:innen eine Weiterbehandlung ohne Wechsel. Hierfür waren jedoch nicht immer im ausreichenden Maß Plätze vorhanden.

Aufgrund der fehlenden Kapazitäten in der Regelversorgung erfolgte die Weiterversorgung der Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen häufig über andere Projekte und Initiativen. Der Erfolg der Weitervermittlung hing oft von der Vernetzung der Behandler:innen ab und von regionalen Unterschieden in der Versorgung. Insbesondere Wien wurde oft als Positivbeispiel hervorgehoben. Die Regelversorgung wurde hier als besser beschrieben, aber auch andere Angebote seien im Vergleich zu ländlichen Regionen vermehrt verfügbar.

Projektcharakter von „Gesund aus der Krise“

Während „Gesund aus der Krise“ aus Perspektive der Behandler:innen ein wichtiger Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene war, resultiert der Projektcharakter des Angebots auch in Schwierigkeiten. Insbesondere dass Klient:innen nur einmalig am Projekt teilnehmen konnten führte in Kombination mit dem auf 15 Einheiten begrenzten Behandlungskontingent pro Person dazu, dass der Behandlungsbedarf teilweise nicht erfüllt werden konnte. Zudem fehlte Flexibilität in der zeitlichen Gestaltung der Behandlungen, da diese mit Abschluss der Projektlaufzeit abgeschlossen sein mussten.

Für die Behandler:innen selbst wurde die Planbarkeit ihrer eigenen Berufsgestaltung durch die Unsicherheit über die Fortsetzung von „Gesund aus der Krise“ erschwert. So wurde berichtet, dass Behandler:innen gerne mehr Kapazitäten für das Projekt zur Verfügung gestellt hätten. Da die Fortführung jedoch ungewiss war, wurden die Plätze stattdessen zum Teil an Privatpatient:innen gegeben, um eine zu große Abhängigkeit vom Projekt zu verhindern.

Merkmale und Abläufe von „Gesund aus der Krise“

Zentral für den Projekterfolg sind Abläufe und Prozesse. Hierzu gehören die Bekanntmachung des Projektes, Prozesse von der Anmeldung über den Behandlungsbeginn bis zum Behandlungsabschluss, Abläufe der Aufnahme und Betreuung der Behandler:innen sowie interne Prozesse.

Abläufe aus Behandler:innenperspektive

Die interviewten Behandler:innen betonten ihre Zufriedenheit mit der professionellen Abwicklung von „Gesund aus der Krise“ und der guten Betreuung durch das Projektteam. Während es zu Beginn noch leichte Startschwierigkeiten gegeben habe, seien die Abläufe durch die Digitalisierung von Dokumentationen schnell vereinfacht und optimiert worden. Zu Beginn des Projektes sei noch viel händisch auszufüllen gewesen, was aber im Verlauf zunehmend digitalisiert wurde. Lediglich für Behandler:innen, die die Prozesse erstmalig durchliefen und wenig Erfahrung in Projektstätigkeiten hätten, seien die erforderlichen Dokumentationen aufwendig.

Besonders betont wurde der positive Kontakt zum Team der Abwicklungsstelle:

„Aber ich habe das immer toll gefunden. [Das] Team von GadK möchte ich herausstreichen. Ich würde mir wünschen, oft so gute Kooperationspartner zu haben. Wo Verständnis ist, wo Lösungsbereitschaft ist, wo einfach wirklich eine tolle Zusammenarbeit möglich ist. Allerhöchstes Lob.“ (Behandler:inneninterview 1)

Auf Anliegen werde schnell reagiert. Die verschiedenen Kontaktwege über E-Mail und Telefon sowie die flexible und unkomplizierte Problemlösung wurden wertgeschätzt. Das Team nehme in Bedarfsfällen auch proaktiv Kontakt mit Behandler:innen auf, um Probleme schnell zu lösen.

Auch die Informationsbereitstellung wurde überwiegend gelobt. Insbesondere Online-Meetings zur Vermittlung von Informationen zum Projekt wurden als hilfreich bewertet.

Informationen über E-Mails wurden nicht immer von allen Behandler:innen wahrgenommen, sodass die zusätzlichen Veranstaltungen wichtig für die Informationsvermittlung waren.

Bekanntmachung und Aufnahme von „Gesund aus der Krise“

Die interviewten Behandler:innen erfuhren überwiegend über die beteiligten Berufsverbände oder über Kolleg:innen von „Gesund aus der Krise“. Viele bewerteten das Projekt schnell als positiv und hoben hervor, wie froh sie über diese Reaktion auf den Bedarf der Kinder und Jugendlichen waren. Insbesondere der niederschwellige Zugang für Klient:innen wurde positiv hervorgehoben. „Gesund aus der Krise“ wurde als Prestige- und Vorreiter-Projekt gesehen, in dem sie sich gerne beteiligten:

„Und man muss auch sagen europaweit, es gibt kein anderes Land, das sowas hat. Wir sind in Österreich eigentlich Vorreiter auf dem Gebiet, das gibt es in keinem anderen Land.“ (Behandler:inneninterview 7)

Gleichzeitig gab es jedoch auch Kritik und Ablehnung. Insbesondere eine Konkurrenz-situation führte zu Skepsis gegenüber „Gesund aus der Krise“. Die meisten bestehenden Projekte oder Institutionen bezahlten den Behandler:innen weniger als „Gesund aus der Krise“. Somit kam es zu einer Konkurrenz um Behandler:innen. Auch das Gefühl als lokale:r Akteur:in in der Einführung des bundesweiten Projektes übergangen zu werden, führte in manchen Regionen zu einer initialen Ablehnung von „Gesund aus der Krise“. Dies behinderte auch die Bekanntwerdung des Projektes bei Zuweisenden und Klient:innen.

Die Informationen zum Projekt erreichten die Behandler:innen abhängig von der Region unterschiedlich gut. Während manche sich von Beginn an gut informiert fühlten, beschrieb ein:e Behandler:in, dass sie den Informationen in Vorarlberg „*fast nachspringen*“ mussten.

Zusätzlich wurden regionale Unterschiede in der Resonanz auf „Gesund aus der Krise“ verstärkt, da die Vernetzungsgrade und die bestehende Versorgung sich unterschieden. Wo bereits gute Vernetzungen vorhanden waren wurde das Projekt bei gleichzeitiger positiver Resonanz durch Personen in zentralen Positionen schneller bekannt und akzeptiert. Auch positive Vorerfahrungen mit anderen Projekten förderten die Annahme des neuen Angebots durch die Behandler:innen.

Vorteile durch die Projektteilnahme

Zusätzlich entstünden durch die Projektbeteiligung weitere Vorteile für die Behandler:innen. So berichtete ein:e Behandler:in, von einem reduzierten administrativen Aufwand, da viele Prozesse durch die zentrale Servicestelle abgewickelt würden. Die Bezahlung sei besser als bei vielen anderen Projekten oder auch über die Kassa. Für manche Behandler:innen erleichterte dies den Aufbau einer eigenen Praxis. Für andere eröffnete das Projekt ein breiteres Klientel oder den verstärkten Fokus auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Zusätzlich bot das Projekt den meist individuell in Einzelpraxen arbeitenden Behandler:innen im Bedarfsfall fachliche Unterstützung. Bei Unsicherheiten in der Behandlung oder im Umgang mit Klient:innen konnten sich die Behandler:innen melden und wurden von Mitarbeiter:innen des Projektes zum Vorgehen beraten. Die Mitarbeiter:innen fungierten in Konfliktfällen auch als Schlichter:innen zwischen Behandler:innen und Klient:innen.

Von Seiten der Projektbeteiligten wurde auch die Möglichkeit der Vernetzung zwischen Behandler:innen hervorgehoben. Diese wurde von den befragten Behandler:innen jedoch weniger wahrgenommen.

Niederschwelligkeit

Ein zentrales Kriterium von „Gesund aus der Krise“ war die Niederschwelligkeit. Anhand der Analyse von Interviews wird im Rahmen der Evaluierung die Fragestellung *„Wie kann ein niederschwelliger Zugang zur Gesundheitsversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher gestaltet werden?“* untersucht⁴. Hierzu werden zwei Aspekte im Detail betrachtet:

- Wie sieht die Niederschwelligkeit konkret im Projekt aus?
- Wer wird trotz der Bestrebung nach Niederschwelligkeit im Projekt nicht erreicht?

⁴ Die Analysen zur Niederschwelligkeit werden für den Evaluationsbericht zu „Gesund aus der Krise II“ fortgesetzt. Im vorliegenden Bericht wurden die Interviews von fünf Behandler:innen berücksichtigt.

Die Auswertung der Behandler:innen-Interviews weist einerseits auf die Wichtigkeit der Niederschwelligkeit für Klient:innen und für Behandler:innen hin. Andererseits wird auch aufgezeigt, dass Grenzen gelegt sind, und es werden Ideen geliefert, um den Bekanntheitsgrad der „Gesund aus der Krise“ Förderprogramme zu erhöhen.

Niederschwelligkeit für Klient:innen

Die Behandler:innen betonten, dass durch „Gesund aus der Krise“ Hürden zur klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen und psychotherapeutischen Behandlung aus dem Weg geräumt wurden. Dies liege insbesondere an vier Merkmalen des Programms:

- **Das kostenlose Angebot:**
Finanzielle Limitationen sind ein zentraler Grund, warum psychosoziale Unterstützung nicht in Anspruch genommen wird. Entsprechend zentral war die kostenlose Verfügbarkeit von „Gesund aus der Krise“:
„weil es einfach kostenlos ist. Also das ist sicherlich der Hauptgewinn, weil selbst in Vorleistung zu gehen, ist für einen Großteil der Jugendlichen oder der Familien, die ich habe, einfach nicht möglich.“ (Behandler:inneninterview 6)
- **Die unkomplizierte Anmeldung:**
Dass die Anmeldung online und anonym ablief, war zentral für die Niederschwelligkeit. Die Anmeldung konnte sowohl durch die Klient:innen selbst als auch durch Angehörige oder Zuweisungsstellen durchgeführt werden. Die Möglichkeit, anonym zu bleiben, spielte für Jugendliche eine Rolle, deren Eltern die Behandlung nicht unterstützten. Dies sei auch bei kassafinanzierten Plätzen nicht möglich:
„wenn sie älter als 14 sind, sich selbst anzumelden, und die Eltern wissen nicht einmal, dass sie kommen.“ (Behandler:inneninterview 10)
- **Die örtliche Erreichbarkeit der Unterstützung:**
Für Eltern stelle es eine Entlastung dar, wenn keine langen Anfahrtswege gemacht werden müssen. Bei eingeschränkter Mobilität oder in Regionen ohne ausreichend Behandler:innen sei die alternative online Abhaltung von Behandlungen ein wichtiger Aspekt.
- **Die geprüfte Qualifikation der Behandler:innen:**
Durch die Prüfung der Behandler:innen vor der Aufnahme im Projekt, konnten sich die Klient:innen auf deren Qualifikation verlassen.

Die Niederschwelligkeit wurde weiter gefördert durch eine Normalisierung der Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung und die damit einhergehende Entstigmatisierung. Einerseits sei die Entstigmatisierung in den letzten Jahren allgemein zu beobachten. Andererseits fördere „Gesund aus der Krise“ das Bewusstsein dafür.

„Und ich habe jetzt drei bis vier Jugendliche von der gleichen Schule oder von der gleichen Klasse. Und die reden OFFEN darüber. Das finde ich wirklich einen Paradigmenwechsel, den wir noch nie hatten, in keinem Land.“

(Behandler:inneninterview 10)

Diese Entstigmatisierung wurde auch bei Eltern beobachtet. Dies trage dazu bei, dass frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützung ermöglicht werde „*bevor sehr gravierende Symptomatiken da sind*“ (Behandler:inneninterview 3). Kinder sowie Eltern machten so die Erfahrung, dass es Hilfe gibt.

Niederschwelligkeit für Behandler:innen

Zentral für die Niederschwelligkeit für die Behandler:innen war der einfache Zugang zu Informationen über die Teilnahme am Projekt sowie einfache Prozesse bei der Anmeldung. Teilweise herrschte Unzufriedenheit über die Nachweiserfordernisse von Qualifizierungen und die Voraussetzungen zur Aufnahme im Programm. Diese waren gleichzeitig jedoch notwendig, um die Niederschwelligkeit für Klient:innen sicherzustellen. Neben den standardisierten Prozessen war die Freundlichkeit und Verlässlichkeit des Teams der zentralen Servicestelle ein zentrales Merkmal, dass das Projekt für Behandler:innen durch unkomplizierte Problem- und Einzelfalllösungen niederschwellig machte.

Grenzen der Niederschwelligkeit

Trotz der Merkmale, die „Gesund aus der Krise“ für viele Bevölkerungsgruppen niederschwellig machte, konnten nicht alle angemessen erreicht werden. Laut den Behandler:innen handle es sich dabei insbesondere um Personengruppen, in denen psychische Erkrankungen weiterhin stigmatisiert würden und die psychologische und psychotherapeutische Behandlungen grundsätzlich ablehnten. Hier wurden kulturelle sowie sozioökonomische Faktoren und regionale Unterschiede (z. B. stärkere Tabuisierung in ländlichen Gebieten) hervorgehoben. Auch Sprachbarrieren hinderten am Erreichen von Gruppen mit Behandlungsbedarf.

Zudem war das Programm aus Behandler:innenperspektive auch im Frühjahr 2024 noch nicht ausreichend bekannt. Die meisten Behandler:innen sahen den Weg zur Informationsverbreitung und damit Stärkung der Niederschwelligkeit über Bildungseinrichtungen und über Medien. Psychische Gesundheit und Hilfsangebote müssten möglichst weit als Themen verbreitet werden und „überall [...] wo man einfach viele, viele Menschen erreicht“ präsent sein (Behandler:inneninterview 11).

Interne Prozesse

Voraussetzung für reibungslose Abläufe bei der Betreuung von Klient:innen, zuweisenden Stellen und Behandlungen war eine gute interne Organisation sowie Schulung der Mitarbeitenden.

Fachliche Prüfung der Behandler:innen

Alle Behandler:innen wurden zur Qualitätssicherung vor der Aufnahme bei „Gesund aus der Krise“ fachlich überprüft. Neben der Eintragung in die Liste der Psychotherapeut:innen oder der Klinischen Psycholog:innen war eine zentrale Voraussetzung vorhandene Fortbildungen und praktische Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Die Entscheidung über die Aufnahme wurde individuell anhand der Aus- und Fortbildungen sowie der Berufserfahrung getroffen. Zusätzlich wurde der Bedarf berücksichtigt. Vor allem bei Behandler:innen in Regionen oder mit Qualifizierungen und Sprachkenntnissen, für die eine geringe Abdeckung bestand, wurde die Aufnahme unter der Voraussetzung einer Nachqualifizierung ermöglicht. Gegebenenfalls wurde das zuzuweisende Klientel an die Qualifizierung von Behandler:innen angepasst. Wie in der Betreuung der Behandler:innen im laufenden Projekt war auch bei der Prüfung der Qualifizierungen und der Aufnahme der individuelle Kontakt zentral, um Entscheidungen zu treffen und Lösungen zu finden.

Clearing & Matching

Durch die zentrale Servicestelle fand vor der Zuweisung zu Behandlungen ein Clearing der angemeldeten Klient:innen statt. Dabei wurde überprüft, ob die Klient:innen sich für die Betreuung und Behandlung im Rahmen von „Gesund aus der Krise“ eignen. Besonders geprüft wurden dabei Anmeldungen, bei denen Hinweise auf schwerere Störungen oder akute Krisen bestanden. Zu diesen wurde Kontakt aufgenommen, um die Passung zum

Projekt individuell zu prüfen. Aufgrund der Lücke in der Regelversorgung wurden häufig auch Klient:innen mit einer Störungsschwere, die nicht im Rahmen der „Gesund aus der Krise“ Behandlungen bewältigbar waren, aufgenommen. Hier wurde „Gesund aus der Krise“ als Überbrückung genutzt, um den Zugang zur Regelversorgung zu ermöglichen. Dies wurde den Klient:innen bzw. deren Sorgeberechtigten und den Behandler:innen vor Behandlungsbeginn kommuniziert. Bei akuten Krisen, insbesondere bei Selbstgefährdung, oder bei spezifischen Störungsbildern wie Autismus wurde an passendere Anlaufstellen verwiesen.

Im Rahmen des Matchings wurden Klient:innen im Anschluss Behandler:innen zugewiesen. Hierbei wurde insbesondere die Wohnortnähe, aber auch Präferenzen wie das Behandler:innengeschlecht berücksichtigt. Bei Klient:innen, die im Clearing Hinweise auf schwerere Störungsbilder zeigten, wurden Behandler:innen mit entsprechenden Erfahrungen und Qualifizierungen gesucht und gegebenenfalls vor der Zuweisung kontaktiert. Klient:innen, für deren Präferenzen kein:e passende:r Behandler:in gefunden werden konnte, wurden ebenfalls kontaktiert um mögliche Abweichungen von den Präferenzen oder längere Wartezeiten zu besprechen. Hier spielte somit die proaktive Kontaktaufnahme eine entscheidende Rolle.

Supervision von Mitarbeitenden

Mitarbeitende der zentralen Servicestelle wickelten die Anmeldungen und Zuweisungen ab und standen telefonisch sowie schriftlich mit Klient:innen, Behandler:innen und Zuweisungsstellen in Kontakt. Bei diesen Mitarbeitenden handelte es sich nicht um psychosoziale Fachkräfte. Die Schulung und Supervision im Umgang mit Klient:innen und Angehörigen waren daher zentral. Diese wurde klinischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen durchgeführt. Während es nicht notwendig war, dass alle Mitarbeitenden Fachkräfte waren, spielte die Verfügbarkeit von Fachkräften in einzelnen Situationen eine wichtige Rolle.

Zusammenfassung

„Gesund aus der Krise“ war das erste von inzwischen drei „Gesund aus der Krise“ Förderprogrammen zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Ab dem Beginn des Projektes im April 2022 wurde das Angebot von mehr jungen Menschen angenommen als erwartet, sodass die zur Verfügung gestellten Kontingente und die Laufzeit angepasst werden mussten, um möglichst vielen Betroffenen eine Behandlung über das Projekt zu ermöglichen. Alle definierten Zielgrößen wurden erreicht.

Laut Angaben der Behandler:innen konnten im Rahmen der Behandlungen überwiegend gute Fortschritte erzielt werden. Bei Fällen mit geringem Schweregrad konnte das Programm präventiv wirken und eine Verschlechterung der psychischen Situation der Klient:innen verhindern. Bei moderaten Fällen konnten Symptome im Rahmen der Behandlungen oft ebenfalls gut adressiert werden, sodass die Klient:innen gestärkt aus der Behandlung entlassen werden konnten.

Herausfordernd war insbesondere der Umgang mit Klient:innen mit schwereren und chronifizierten psychischen Störungen. Aufgrund fehlender Alternativen wurden diese oft trotzdem bei „Gesund aus der Krise“ aufgenommen. Die Behandlung im Rahmen des Programmes sollte dabei als Überbrückung für die Überführung in die Regelversorgung dienen. Diese gestaltete sich aufgrund eines Mangels an Kapazitäten jedoch häufig als schwierig. Zudem konnte das Ende der Behandlung bei einem/einer vertraut gewordenen Behandler:in schwierig für die schwerer betroffenen Klient:innen sein. Diese Beobachtung hebt die Relevanz einer langfristigen Schaffung von ausreichend Versorgungsplätzen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene hervor.

Zudem verhinderte der Projektcharakter des Programms eine Deckung des Bedarfs. Durch die zeitlichen Begrenzungen konnten Behandlungen nicht bedarfsgerecht gestaltet werden und Behandler:innen mussten zur beruflichen Absicherung stets weitere berufliche Standbeine behalten. Obwohl „Gesund aus der Krise II“ an „Gesund aus der Krise“ anschloss, führte der Übergang zwischen den Programmen zu verlängerten Wartezeiten für die Klient:innen. Eine langfristige Etablierung könnte diese Schwierigkeiten beheben.

„Gesund aus der Krise“ zeichnete sich durch seine Niederschwelligkeit aus. Diese ermöglichte es Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen schnell und unkompliziert eine gesundheitspsychologische, klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung zu erhalten. Das Ziel der Niederschwelligkeit wurde für viele Bevölkerungsgruppen erfüllt. Dennoch gab es Gruppen, die durch das Programm weniger erreicht wurden. Hierbei handelte es sich vor allem um soziale Schichten, in denen psychische Erkrankungen verstärkt stigmatisiert werden, sowie um Personen, für die eine Sprachbarriere besteht. Damit Niederschwelligkeit auch für diese Gruppen gegeben ist, sind weitere Anpassungen notwendig. Zudem müssen psychische Erkrankungen und die Nutzung von psychosozialer Gesundheitsversorgung weiter entstigmatisiert werden.

Der Erfolg des Programmes basierte vor allem auf dessen Koordination und Abwicklung, welche von den beteiligten Behandler:innen wiederholt lobend hervorgehoben wurden. Die Qualität der Behandlungen war durch die Prüfung aller Behandler:innen gesichert. Die Anmeldung erfolgte für Klient:innen niederschwellig und die Zuweisung rasch. Entscheidend waren darüber hinaus die gute Erreichbarkeit und das flexible Eingehen auf Bedürfnisse und Spezialfälle durch die zentrale Servicestelle. Zu Beginn des Programmes habe es vereinzelt Startschwierigkeiten gegeben. Diese seien jedoch angemessen adressiert worden und die Abläufe wurden im Verlauf durch Digitalisierung vereinfacht.

Insgesamt stellte „Gesund aus der Krise“ erfolgreich über 8.000 psychisch belasteten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen österreichweit Zugang zu gesundheitspsychologischer, klinisch-psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung oder Beratung zur Verfügung. Probleme beschränkten sich überwiegend auf die Anfangsphase und auf Einzelfälle. Die hohe Nachfrage hebt die Notwendigkeit einer langfristigen Etablierung eines Angebots zur niederschweligen psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen hervor.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Behandler:in	15
Tabelle 2 Art der Behandlung	17
Tabelle 3 Verteilung von Behandler:innen und Klient:innen nach Bundesland	19
Tabelle 4 (Verdachts-) Diagnosen	24
Tabelle 5 (Verdachts-) Diagnosen innerhalb der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	25
Abbildung 1 Anrufe und Websitebesuche	13
Abbildung 2 Anmeldungen im Zeitverlauf	14
Abbildung 3 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in.....	16
Abbildung 4 Vorgeschichte der Klient:innen laut Behandler:innen	22
Abbildung 5 Schwere der Einschränkungen laut Behandler:innen	23
Abbildung 6 Nicht-normative Ereignisse laut Quartalsdokumentationen	29
Abbildung 7 Ziele der Behandlungen.....	32
Abbildung 8 Genutzte Begriffe für die Zielbeschreibung	33
Abbildung 9 Genutzte Begriffe für die Zielerreichung.....	36
Abbildung 10 Fortschritte nach mindestens zehn Behandlungseinheiten.....	38
Abbildung 11 Fortschritte nach mindestens 10 Behandlungseinheiten abhängig von der Zielsetzung.....	39

Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK):

Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“. Wien: BMSGPK, Sektion VI, Gruppe A, Abteilung 1: 2022.

Felder-Puig R., Teutsch F., Winkler, R.: Psychische Gesundheit von österreichischen Jugendlichen. HBSC Factsheet 01 aus Erhebung 2021/22. Wien: BMSGPK, 2023.

Grotberg E.H.: Anleitung zur Förderung der Resilienz von Kindern – Stärkung des Charakters. In: Zander M. (Hg.): Handbuch Resilienzförderung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011, 1. Aufl., S. 51-101.

Humer E., Dale R., Plener P.L., Probst T., Pieh C.: Assessment of mental health of high school students 1 semester after COVID-19-associated remote schooling measures were lifted in Austria in 2021. JAMA Network Open, 2021, 4. Jg., Nr. 11, S. e2135571-e2135571.

Ravens-Sieberer U., Erhart M., Devine J., Gilbert M., Reiss F., Barkmann C., Siegel N.A., Simon A.M., Hurrelmann K., Schlack R., Höllig H., Wieler L.H. Kaman A.: Child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic: results of the three-wave longitudinal COPSYP study. Journal of Adolescent Mental Health, 2022, 71. Jg., Nr. 5, S. 570-578.

Sevecke K., Wenter A., Schickl M., Kranz M., Krstic N., Fuchs M.: Stationäre Versorgungskapazitäten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Zunahme der Akutaufnahmen während der COVID-19 Pandemie? Neuropsychiatrie, 2022, 37. Jg., S. 12-21.

Wenter A., Schickl M., Sevecke K., Juen B., Exenberger S.: Children’s mental health during the first two years of the COVID-19 pandemic: Burden, Risk Factors and Posttraumatic Growth—A Mixed-Methods Parents’ Perspective. Frontiers in Psychology, 2022, Nr. 13, S. 901205.

Wenter A., Schickl M., Sevecke K., Juen B., Exenberger S.: Children’s mental health during the first two years of the COVID-19 pandemic: Burden, Risk Factors and Posttraumatic Growth—A Mixed-Methods Parents’ Perspective. Frontiers in Psychology, 2022, Nr. 13, S. 901205.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.at

sozialministerium.at