

Evaluierung der „Gesund aus der Krise“-Programme

Bericht zu „Gesund aus der Krise“ (April 2022 bis Juni 2023) und
„Gesund aus der Krise II“ (Mai 2023 bis Juni 2024)

Wien, 2025

Impressum

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

Datum: Februar 2025

Durchführung der Evaluierung und Erstellung des Berichts:

Vanessa Kulcar, PhD

Priv.-Doz.in Dr.in Silvia Exenberger

ao. Univ.-Prof.in Dr.in Barbara Juen

Leitung „Gesund aus der Krise“:

ao. Univ. Prof.in Dr.in Beate Wimmer-Puchinger (Gesamtleitung, Präsidentin BÖP)

Fabienne Patek, MSc (WU) (Projektleitung)

Mag.a Barbara Haid, MSc (Kooperationspartnerin, Präsidentin ÖBVP)

Mag.a Claudia Rupp (Projektkoordinatorin)

Béa Pall (Projektkoordinatorin)

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

Mag.a Dr.in Christina Dietscher (Abteilungsleiterin)

Constantin Zieger, BSc MSc (Stellvertretender Abteilungsleiter, Leiter der Kompetenzstelle Psychosoziale Gesundheit)

Zitiervorschlag:

Kulcar, V., Exenberger, S., & Juen, B.: *Evaluierung der Gesund aus der Krise Programme: Bericht zu GadK (April 2022 bis Juni 2023) und „Gesund aus der Krise II“ (Mai 2023 bis Juni 2024)*. Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025.

Inhalt

Executive Summary	5
Hintergrund	5
Fragestellungen und Methodik	7
Ergebnisse.....	9
Fazit und Empfehlungen.....	15
1 Einleitung und Überblick	16
2 Die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich: Versorgungslage und Bedarf	18
Wie ist die aktuelle Lage der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche in Österreich?	19
Wie veränderte sich der Bedarf an psychosozialer Versorgung für Kinder und Jugendliche seit der COVID-19 Pandemie?	22
Kindheit und Jugend als vulnerable Lebensphasen	24
3 Die GadK-Programme	26
Ziele der GadK-Programme	29
Struktur der GadK-Programme	29
4 Evaluierung	38
Ziele und Fragestellungen der Evaluierung	38
Evaluierungsmethode.....	40
Limitationen der Evaluierung	56
5 In welchem Ausmaß wurden die GadK-Programme durch die Zielgruppe in Anspruch genommen?	61
Die Angebotsstruktur: Wie setzt sich der Behandler:innen-Pool zusammen?	62
Quantitative Zielerreichung: Wurden die zu Programmbeginn definierten Zielwerte der Inanspruchnahme erreicht?	67
Von der Kontaktaufnahme bis zur Behandlung: Wie stark wurde das Angebot in Anspruch genommen?.....	70
Charakterisierung der Klient:innen: Welche Personen aus der Zielgruppe wurden erreicht? 80	
6 Wie wirksam waren die GadK-Programme?	98
Objektive Maße für den Erfolg: Wie veränderte sich das Befinden der Klient:innen im Behandlungsverlauf?	99

Objektive Maße für den Erfolg: Wie veränderte sich die Einschätzung der Bezugspersonen im Behandlungsverlauf?	114
Subjektives Erreichen der Behandlungsziele: Wie schätzen Bezugspersonen den Behandlungserfolg ein?	119
Subjektives Erreichen der Behandlungsziele: Wie schätzen die Behandler:innen den Behandlungsfortschritt ein?	121
Erfolge der Programme: Welche gesellschaftlichen Veränderungen konnten die Programme bewirken?	124
7 Welche Lehren lassen sich aus den GadK-Programmen ziehen?	127
Förderliche Faktoren: Was hat zum Erfolg der Programme beigetragen?	128
Hindernisse und Grenzen: Was hat den Erfolg der Programme limitiert?	141
8 Fazit und Ausblick	149
Tabellenverzeichnis	152
Abbildungsverzeichnis	153
Abkürzungsverzeichnis	155
Literaturverzeichnis	156

Executive Summary

Hintergrund

Die COVID-19 Pandemie und die darauf folgenden multiplen Krisen haben weltweit zu einer Zunahme psychischer Belastungen geführt, insbesondere bei vulnerablen Bevölkerungsgruppen wie Kindern und Jugendlichen. Bereits vor den Krisen konnte der Bedarf an psychosozialer Versorgung in Österreich nicht ausreichend durch die Regelversorgung gedeckt werden. Verschiedene Studien kamen zum Ergebnis, dass über alle Alters- und Bevölkerungsgruppen hinweg zu jedem Zeitpunkt etwa 20 % bis 25 % der Bevölkerung von krankheitswertigen psychischen Belastungen betroffen sind (u. a. Wagner et al. 2017; Wancata, 2017). Wancata (2017) schlussfolgerte, dass bis zu 60 % der Betroffenen keine Unterstützung oder Behandlung erhalten. Laut dem Länderprofil Österreich 2023 der EU war die Belastung durch psychische Erkrankungen 2019 – also noch vor der Pandemie – in Österreich etwas höher als in der gesamten EU (OECD, 2023). Das Länderprofil führt weiter aus, dass das Angebot an psychischer Gesundheitsversorgung in Österreich nach wie vor fragmentiert ist und die Zugangsbarrieren höher sind als bei anderen Arten der Versorgung. Wie zahlreiche Studien belegen, hat sich die Versorgungslage im Zusammenhang mit den Krisen verschärft. Unbehandelte psychische Gesundheitsprobleme haben ein hohes Risiko der Aggravation und Chronifizierung. Rasche Hilfe ist daher wichtig.

„Gesund aus der Krise“ als Lösungsansatz

Um auf den krisenbedingt gestiegenen Bedarf zu reagieren, wurde das Programm „Gesund aus der Krise“ (im Folgenden: GadK) im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) durch den Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) implementiert. Ziel des Programmes war es, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen null und 21 Jahren einen niederschweligen und kostenfreien Zugang zu klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer und psychotherapeutischer Beratung oder Behandlung zu ermöglichen. Das Programm startete im April 2022 und lief vorerst im Juni 2023 aus. Aufgrund des weiterhin bestehenden Bedarfs und der hohen Nachfrage wurde das Programm erstmals von Mai 2023 bis Juni 2024 unter dem Titel „Gesund aus der Krise II“

(im Folgenden: GadK II) verlängert. Diese beiden Projektphasen sind Gegenstand des vorliegenden, von der Universität Innsbruck erstellten Evaluierungsberichts. Der Schwerpunkt liegt dabei auf GadK II. Ergebnisse zu GadK wurden in einem bereits veröffentlichten Bericht dargestellt (siehe Kulcar, Exenberger & Juen 2024). Die zentralen Ergebnisse der ersten Evaluierung werden jedoch nochmals dargestellt, um eine programmübergreifende Übersicht und Bewertung zu ermöglichen. Es ist geplant, die inzwischen erfolgte weitere Verlängerung von April 2024 bis Juni 2025 („Gesund aus der Krise III“) ebenfalls in einem eigenen Bericht zu behandeln.

Die GadK-Programme haben das Ziel, unterstützungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen niederschweligen und kostenfreien Zugang zu psychotherapeutischer und psychologischer Beratung und Behandlung zu ermöglichen. Die Abgeltung der Behandlungen an die teilnehmenden Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen erfolgt als Förderung. Für die Durchführung der Programme wurde eine zentrale Koordinations- und Clearingstelle eingerichtet, die von den Berufsverbänden BÖP und ÖBVP gemeinsam betrieben wird und in der acht Personen mit etwa 5,5 Vollzeitäquivalenten, sowie bis zu fünf Personen auf Werkvertragsbasis tätig sind. Diese Stelle war und ist für die erforderliche Infrastruktur, die Durchführung von Clearings und Matchings, die Rekrutierung und Schulung von Behandler:innen, die Zuweisung von Klient:innen zu Behandler:innen, die Abwicklung der Förderung an Behandler:innen, die Förderabrechnung sowie sämtliche projektbezogenen Dokumentationen zuständig.

Fragestellungen und Methodik

Im vorliegenden Bericht werden die oben genannten Förderprogramme hinsichtlich der folgenden in den zugrundeliegenden Sonderrichtlinien festgelegten Indikatoren und Fragestellungen evaluiert:

1. **In welchem Ausmaß wurden die Programme durch die Zielgruppe genutzt?**

Dafür wurden folgende in der Sonderrichtlinie definierten Indikatoren herangezogen:

- Anzahl von Kontaktaufnahmen durch Kinder und Jugendliche bzw. Obsorgeberechtigte und zuweisende Stellen – Zielwert pro Programmphase 15.000 Kontaktaufnahmen
- Clearings/Bedarfsklärungen bei hilfesuchenden Kindern und Jugendlichen – Zielwert mindestens 8.000 durchgeführte Clearings in GadK und mindestens 9.000 Clearings in GadK II
- Anzahl von Zuweisungen zu Beratungen/Behandlungen bzw. sonstige Endpunkte des Kontaktes, wie z. B. Weiterverweisung an andere Leistungen (jeweils differenziert nach Alter, Geschlecht, Bundesland/Region der behandelten Personen und zugehörige Berufsberechtigung der beratenden/ behandelten Person) – Zielwert 7.600 (in GadK) bzw. 10.000 (in GadK II) Kinder und Jugendliche in Beratung/Behandlung
- Anzahl eingesetzter Behandler:innen – Zielwert für GadK II mindestens 1.000 Berater:innen und Behandler:innen, die das gesamte Bundesgebiet abdecken und möglichst im Verhältnis 50/50 (Psycholog:innen/ Psychotherapeut:innen) eingesetzt werden
- Anzahl der Beratungs- und Behandlungsstunden pro Kind bzw. Jugendlichem:r (Einzel-/Gruppenbehandlung) – wobei von durchschnittlich 15 Stunden Einzelbehandlung oder durchschnittlich 30 Stunden Gruppenbehandlung ausgegangen wird

2. **Wie wirksam waren die Programme hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. der Verringerung der psychischen Belastung bei den Klient:innen?**

Analysiert wurden hierfür Veränderungen im Befinden und in der Symptomlast der Klient:innen zwischen Beginn und Ende der Behandlungen als objektive Indikatoren für die Wirksamkeit. Zusätzlich wurden subjektive Einschätzungen von Behandler:innen und Bezugspersonen berücksichtigt.

3. **Welche Lehren können aus den Programmen gezogen werden?**

Voraussetzungen und Hindernisse für den Erfolg der Programme wurden erfasst, um daraus Empfehlungen für weitere Maßnahmen abzuleiten.

Für die Evaluierung wurde ein multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz angewendet. Dafür wurden folgende quantitative und qualitative Datenquellen genutzt:

Inanspruchnahme der Programme	Programmstatistiken zur Anzahl von Kontaktaufnahmen, zu Clearings, Matchings, Verlängerungen und zum Behandler:innen-Pool	Programm-Effekte
	Über 100.000 Monatsdokumentationen der Behandler:innen über die erfolgten Einheiten und deren Format	
	Mehr als 27.000 Quartalsdokumentationen der Behandler:innen über die Behandlungsziele und -fortschritte	
	4.649 Klient:innen-Fragebögen zur Erfassung von Klient:innen-Charakteristika und von Veränderungen im Befinden im Verlauf der Behandlungen	
	814 Eltern-Fragebögen zur Erfassung von Klient:innen-Charakteristika und von Veränderungen im Befinden im Verlauf der Behandlungen	
Lehren aus den GdK-Programmen	15 Interviews mit Behandler:innen	
	2 Interviews mit Klient:innen und Obsorgeberechtigten	
	Eine Fokusgruppe mit Vertreter:innen der Auftraggeberin, der koordinierenden Berufsverbände und der zentralen Servicestelle	
	4 Interviews mit Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle	
	13 Protokolle der Projektbegleitgruppe	

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluierung belegen die Wirksamkeit der Programme. Dies wird im Folgenden anhand der Indikatoren dargestellt.

Die GadK-Programme konnten die Zielgruppe gut erreichen

Beantwortung Fragestellung 1: *In welchem Ausmaß wurden die Programme durch die Zielgruppe genutzt?*

In der Zusammenschau der ausgewerteten Daten kann festgehalten werden: Die in der Sonderrichtlinie festgelegten Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Programme (Einrichtung einer zentralen Abwicklungs- und Servicestelle) haben sich bewährt. Die schlanken Strukturen ermöglichten es nicht nur, die Zielwerte hinsichtlich Kontaktaufnahmen, Bedarfsklärungen, Zuweisungen und Behandlungen in allen Bereichen zu übertreffen, sondern auch Behandlungszuweisungen mit vergleichsweise kurzen Wartezeiten – im Durchschnitt etwa zwei bis drei Wochen – zu ermöglichen. Insgesamt konnten in den beiden evaluierten GadK-Programmen etwa **22.400 Kinder und Jugendliche** beraten und behandelt werden, was ca. 1,3 % der Kinder und Jugendlichen in der Programm-Altersgruppe entspricht. Die Behandlungen wurden in insgesamt 30 Sprachen angeboten. Damit konnten die GadK-Programme rasche Hilfe leisten und einen wichtigen Beitrag zur Verringerung der bestehenden Versorgungslücke leisten. Die Programme wurden von der Zielgruppe gut angenommen und die Nachfrage stieg im Verlauf. Die Programme erreichten breite Bevölkerungsschichten und ermöglichten einer großen Vielfalt an unterstützungsbedürftigen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine klinisch-psychologische, gesundheitspsychologische oder psychotherapeutische Beratung oder Behandlung.

- In GadK kam es laut Dokumentation der GadK-Geschäftsstelle zu 13.943 Kontaktaufnahmen durch potenzielle Klient:innen und Bezugspersonen und weiteren 10.245 Anfragen von Behandler:innen. In GadK II kam es zu 19.440 Kontaktaufnahmen durch potenzielle Klient:innen und weiteren 8.355 Anfragen von Behandler:innen. Damit wurde der Zielwert von jeweils 15.000 Kontaktaufnahmen pro Programmphase deutlich übertroffen, wobei mit zunehmender Bekanntheit der Programme die bevölkerungsseitigen Anfragen zunahmen.
- Aus den Anfragen resultierten in GadK 14.857 und in GadK II 23.916 Anmeldungen, die einem Clearing zugeführt wurden. In GadK wurden 13.320 Clearings und Matchings für Einzelsettings und 378 Clearings für Gruppensettings durchgeführt, in GadK II waren es 21.299 Clearings und Matchings für Einzelsettings und 411 für Gruppensettings. Die Zielwerte von mindestens 8.000 Clearings in GadK und mindestens 9.000 Clearings in GadK II wurden damit deutlich übertroffen. Die GadK-Programme ermöglichen einen Behandler:innen-Wechsel innerhalb der ersten drei Behandlungseinheiten, wenn es aus Behandler:innen- oder Klient:innen-Sicht nicht gelang, eine Behandlungsbeziehung aufzubauen. Entsprechend kam es immer wieder auch zu Re-Matchings.
- In Summe konnten in GadK mehr als 8.000 Klient:innen beraten und behandelt werden (was über dem Zielwert von 7.600 lag), in GadK II waren es 14.400, womit der Zielwert von 10.000 deutlich übertroffen wurde.
- Insgesamt wurden in den beiden evaluierten GadK-Programmen etwa 22.400 Kinder und Jugendliche beraten und behandelt. Dies entspricht etwa 1,3 % der anspruchsberechtigten Null- bis 21-Jährigen in Österreich. Es ist davon auszugehen, dass die Programme damit in etwa zu einer Verdoppelung der im Rahmen der kassenfinanzierten Angebote verfügbaren Behandlungsplätze in Österreich geführt haben. Damit konnte die Versorgungslücke deutlich reduziert, aber nicht vollständig geschlossen werden.
- Zur Bewältigung des Behandlungsbedarfs wirkten in GadK 875 Behandler:innen mit, in GadK II waren es insgesamt 1.414. Beratungen und Behandlungen wurden österreichweit und in 30 verschiedenen Sprachen angeboten.
- 91 % der Beratungen und Behandlungen wurden innerhalb der vorgesehenen 15 Einheiten abgeschlossen. In 18 % der Fälle wurde eine Verlängerung um weitere fünf

Einheiten beantragt. Diese wurde in 92 % der Fälle bewilligt, um eine Überführung in die Regelversorgung zu ermöglichen.

- Der größte Teil der Klient:innen (24 %) waren Mädchen im Alter von 14 bis 18 Jahren. Nur in der Altersgruppe der Drei- bis Zwölfjährigen machten Burschen mit 60 % den größeren Anteil als Mädchen aus. Rund ein Viertel der Klient:innen hatte einen niedrigen sozioökonomischen Status. Klient:innen mit einem hohen sozioökonomischen Status waren seltener vertreten. Der Anteil der Klient:innen mit Migrationshintergrund entsprach annähernd dem Anteil einer repräsentativen Vergleichsstichprobe (35 %). Somit wurden vulnerable Bevölkerungsgruppen erreicht.
- 89 % der Klient:innen wurden aufgrund von psychosozialen Problemen behandelt, die in den letzten Wochen oder Monaten neu aufgetreten waren. Die Einschränkungen waren in 98 % der Fälle leicht bis merkbar ausgeprägt. Schwere Störungen traten nur in Einzelfällen auf. Dies entspricht der angestrebten Zielgruppe.
- Anpassungsstörungen waren die häufigste (Verdachts-) Diagnose und wurden bei 22 % der Klient:innen diagnostiziert. Insgesamt waren Diagnosen aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen am häufigsten, gefolgt von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sowie von affektiven Störungen.
- Die COVID-19 Pandemie trug erheblich zum Behandlungsbedarf der Klient:innen bei. Dennoch waren Ereignisse und Krisen im privaten Umfeld – wie Trennung der Eltern oder Todesfälle – oft bedeutsamer als gesellschaftliche Krisen.

Die GadK-Programme waren wirksam

Beantwortung der Fragestellung 2: *Wie wirksam waren die Programme hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. der Verringerung der psychischen Belastung bei den Klient:innen?*

Das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und die Selbstwirksamkeit der Klient:innen wurden im Verlauf der Behandlungen gestärkt, während (psycho-)somatische Symptome abnahmen. Zu Beginn der Behandlungen ging es den befragten Klient:innen in Bezug auf verschiedene Befindlichkeitsindikatoren schlechter als der repräsentativen Vergleichsgruppe aus der HBSC-Studie. Am Ende der Behandlungen hatte sich das Befinden dem der Vergleichsgruppe angeglichen. Dies spricht für die Wirksamkeit der Interventionen und für das Erreichen einer Zielgruppe mit erhöhtem Bedarf. Die Angaben von Bezugspersonen und Behandler:innen bestätigen die Wirksamkeit.

- Der Anteil der Mädchen mit Hinweisen auf depressive Verstimmungen sank im Verlauf der Beratungen und Behandlungen von 36 % auf 20 %. Bei Burschen lag der Anteil zu Beginn der Beratungen und Behandlungen bei 19 % und sank bis zum Ende auf 13 % (basierend auf insgesamt 4.649 Fragebögen).
- Zu Beginn der Beratungen und Behandlungen hatten 55 % der Mädchen eine niedrige Lebenszufriedenheit. Am Ende der Beratungen und Behandlungen war dieser Anteil auf 33 % gesunken. Bei Burschen sank der Anteil von 40 % auf 25 %.
- Zu Behandlungsbeginn gab jeweils etwa die Hälfte (> 45 %) der befragten Mädchen an, mehrmals pro Woche oder häufiger unter Angstgefühlen, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder schlechter Laune zu leiden. Am Ende der Behandlungen waren die Prävalenzen dieser Symptome auf jeweils etwa 30 % zurückgegangen. Dies spricht für die Wirksamkeit der Interventionen für die Symptomreduktion.
- Laut Einschätzung der Bezugspersonen (814 Fragebögen) verbesserten sich die emotionalen Probleme und die Stimmung der Klient:innen im Behandlungsverlauf. Keine Veränderungen zeigten sich bei Problemen mit Gleichaltrigen, Verhaltensproblemen und Hyperaktivität.

- 89 % der 278 befragten Bezugspersonen berichteten von einer subjektiven Verbesserung der Schwierigkeiten ihres Kindes, mehr als die Hälfte empfand die Schwierigkeiten als „viel besser“. Auch hier bestätigt sich die Wirksamkeit.
- 86 % der 278 Bezugspersonen gaben an, dass sie nicht nur von einer akuten Verbesserung der Situation ausgingen, sondern sich grundsätzlich besser in der Lage fühlten, mit zukünftigen Problemen ihres Kindes umzugehen. Die Interventionen hatten somit auch hier einen positiven Effekt.
- In 60 % der 6.395 durch die Behandler:innen erstellten Quartalsdokumentationen wurden nach zehn oder mehr Einheiten gute bis sehr gute Behandlungsfortschritte berichtet. Nur bei 1 % der Behandlungen konnten keine Fortschritte erzielt werden.
- Die GadK-Programme hatten aus Sicht der Befragten zusätzlich das Potenzial, psychische Probleme zu entstigmatisieren und die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zu normalisieren. Sie ermöglichten vielen Personen positive Erfahrungen beim Erstkontakt mit Behandlungsangeboten.

Was folgt aus den Ergebnissen?

Beantwortung der Fragestellung 3: *Welche Lehren können aus den Programmen gezogen werden?*

Zentral für die Erfolge waren die effiziente Implementierung und Abwicklung der Programme unter Zusammenarbeit der Berufsgruppen der Psycholog:innen (BÖP) und der Psychotherapeut:innen (ÖBVP) sowie der niederschwellige Zugang zu klinisch-psychologischen, gesundheitspsychologischen oder psychotherapeutischen Beratungen und Behandlungen für Betroffene. Bei den Beteiligten auf allen Ebenen konnte eine Identifikation mit den Programmen entwickelt werden, die zur aktiven Mitwirkung und damit zum Erfolg der Programme beitrug.

- Die Befristung der GadK-Programme auf jeweils ein Jahr hat zu Herausforderungen in der Abwicklung und zu längeren Wartezeiten in den Übergangszeiten zwischen den Projektzyklen geführt. Diese Wartezeiten unterstreichen den anhaltenden Bedarf und die Nachfrage nach dem Angebot und verdeutlichen die Notwendigkeit einer langfristigen Lösung ohne Übergangsphasen. Die rasche Zuweisung zu Behandlungen in den GadK-Programmen stellte einen zentralen Erfolgsfaktor dar. Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungsplatz betrug laut Dokumentation der Servicestelle zwei bis drei Wochen und lag damit klar unter den Wartezeiten in der Regelversorgung.
- Entscheidend für die Niederschwelligkeit war der kostenfreie, unkomplizierte, rasche, wohnortnahe und qualitätsgeprüfte Zugang zu Beratungen und Behandlungen. Zentral war zudem, dass die Anmeldung online oder telefonisch erfolgen konnte und dass Obsorgeberechtigte bei Jugendlichen ab 14 Jahren nicht involviert werden mussten. Psychologische oder psychotherapeutische Hilfe muss in Wohnortnähe angeboten werden, da viele Klient:innen sonst nicht die Möglichkeit haben, das Angebot zu nutzen.
- Zentral für den Erfolg der GadK-Programme war der kostenfreie Zugang zu psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Durch diesen wurden finanzielle Einschränkungen als ein Hauptgrund für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen beseitigt.
- Die gut erreichbare zentrale Servicestelle für Behandler:innen und Klient:innen wurde sehr geschätzt.
- Mängel in der Regelversorgung beeinflussten die Beratungen und Behandlungen in den GadK-Programmen: Klient:innen mit schwereren Belastungen wurden aufgrund mangelnder Alternativen aufgenommen, obwohl sie nicht zur Zielgruppe gehörten. Bei mehr als der Hälfte der Klient:innen sahen die Behandler:innen einen weiteren Versorgungsbedarf. Die Weiterversorgung nach den GadK-Programmen stellte jedoch eine Herausforderung dar, da Angebote in der Regelversorgung fehlten. Dadurch war nach Angaben der Behandler:innen bei nur für etwa ein Drittel der Klient:innen eine weitere Behandlung gesichert.
- Die Nutzung bestehender Strukturen und die berufsgruppenübergreifende Kooperation ermöglichten eine rasche Implementierung der Programme.

Fazit und Empfehlungen

Die GadK-Programme haben mehr als 22.000 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen den Zugang zu wirksamen Beratungen und Behandlungen ermöglicht. Psychische Beschwerden konnten reduziert und das Befinden verbessert werden. Trotz dieser Erfolge konnten die Lücken in der psychosozialen Versorgung junger Menschen nicht vollständig geschlossen werden. Der weiterhin bestehende Bedarf hebt die Notwendigkeit eines langfristigen Ausbaus der Regelversorgung hervor.

Der Ausbau vollfinanzierter Plätze für klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist daher dringend erforderlich. Zur Verbesserung der Versorgungslage ist auch die Schaffung bundesweiter Strukturen in der Regelversorgung zu empfehlen. Die GadK-Programme stellen ein Vorbild für eine effiziente Gestaltung der Versorgung und die Herstellung eines niederschweligen Zugangs zu klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer oder psychotherapeutischer Beratung oder Behandlung für Kinder und Jugendliche in Österreich dar. Darüber hinaus wurde im Rahmen der Programme deutlich, wie eine zentrale Anlaufstelle zur Niederschwelligkeit der psychosozialen Versorgung beitragen kann. Die zentrale Servicestelle der GadK-Programme und deren interne Abläufe können als Vorbild für die Gestaltung einer Anlaufstelle dienen. Eine berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit fördert die effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen und überwindet die für Betroffene oft unverständliche Unterscheidungen zwischen den Berufsgruppen.

1 Einleitung und Überblick

Der vorliegende Bericht umfasst die Evaluierung der Programme GadK (Laufzeit April 2022 bis Juni 2023) und GadK II (Laufzeit Mai 2023 bis Juni 2024). Beide Programme wurden vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) als Reaktion auf die zunehmende psychische Belastung der Bevölkerung durch vielfache Krisen seit der COVID-19 Pandemie ins Leben gerufen und finanziert. Die Abwicklung der Programme erfolgte durch den Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).

Im November 2023 beauftragte das BMSGPK das Institut für Psychologie der Universität Innsbruck mit der Evaluierung beider Programme. Die Evaluierung von GadK erfolgte retrospektiv, da das Programm bereits abgeschlossen war. Grundlage waren Daten, die während der Programmlaufzeit von der zentralen Servicestelle erhoben worden waren (Statistiken über Anmeldezahlen u.a., 39.387 Monatsdokumentationen, 11.657 Quartalsdokumentationen). Für die Evaluierung von GadK II wurden neben diesen Daten (Statistiken über Anmeldezahlen u.a., 73.204 Monatsdokumentationen, 14.833 Quartalsdokumentationen) ab Dezember 2023 zusätzlich prospektiv Fragebögen genutzt (4.649 von Klient:innen ausgefüllte Fragebögen, 814 von Bezugspersonen ausgefüllte Fragebögen). Darüber hinaus fanden Befragungen verschiedener Interessensgruppen mittels 21 Interviews und einer Fokusgruppe mit Vertreter:innen der Auftraggeberin und der zentralen Servicestelle statt. Protokolle der Projektbegleitgruppe wurden berücksichtigt.

Der Schwerpunkt dieses Berichts liegt auf dem Programm GadK II. Ergebnisse zu GadK wurden in einem bereits veröffentlichten Bericht dargestellt (siehe Kulcar, Exenberger & Juen, 2024). Die zentralen Ergebnisse der ersten Evaluierung werden jedoch erneut dargestellt, um eine programmübergreifende Evaluierung zu ermöglichen.

Der Bericht gliedert sich in die folgenden Bereiche:

- Kapitel 2 beschreibt die Ausgangssituation im Hinblick auf die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich sowie das bestehende Versorgungsangebot. Dabei wird die Notwendigkeit eines Ausbaus der psychosozialen Versorgung, insbesondere für Kinder und Jugendliche, deutlich.
- Kapitel 3 beschreibt die GadK-Programme einschließlich ihrer Ziele, der verantwortlichen Partner:innen und der Abläufe.
- Kapitel 4 erläutert die Ziele und das methodische Vorgehen der Evaluierung. Die einzelnen Elemente des multiperspektivischen Mixed-Methods-Ansatzes werden beschrieben.
- Kapitel 5 analysiert, wie und durch wen die GadK-Programme in Anspruch genommen wurden. Das Erreichen der definierten Ziele in Bezug auf die Reichweite der Programme wird überprüft. Der Umfang der Programme sowie die Charakteristika der Klient:innen werden beschrieben.
- Kapitel 6 untersucht die Wirksamkeit der GadK-Programme anhand verschiedener Kriterien. Eine Verbesserung der psychosozialen Situation der Klient:innen wird anhand von subjektiven Einschätzungen der Klient:innen und Eltern sowie durch die Analyse des selbstberichteten Befindens im Verlauf der Behandlungen überprüft. Neben Veränderungen auf der individuellen Ebene werden Effekte der GadK-Programme auf der gesellschaftlichen Ebene betrachtet.
- Kapitel 7 beschreibt Lernerfahrungen aus den GadK-Programmen. Dabei werden entscheidende Merkmale der Programme sowie Herausforderungen bei der Umsetzung analysiert.
- Kapitel 8 fasst die Ergebnisse der Evaluierung zusammen und gibt einen Ausblick auf den weiteren Bedarf für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich.

Zur erleichterten Lesbarkeit des Berichts werden zentrale Aspekte in blauen Kästen hervorgehoben. Zusätzlich erfolgt zu Beginn jedes Kapitels eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse in Stichpunkten.

2 Die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich: Versorgungslage und Bedarf

Auf einen Blick

- Kinder und Jugendliche sind besonders vulnerabel für die Entwicklung psychischer Probleme, die sich bis ins Erwachsenenalter manifestieren können.
- Bereits seit 2010 steigt die körperliche und psychische Beschwerdelast bei Schüler:innen in Österreich kontinuierlich an (HBSC-Studie 2021/22).
- Die negativen Auswirkungen der COVID-19 Pandemie und anderer Krisen auf Kinder und Jugendliche sind durch zahlreiche Studien belegt. Entsprechend ist der Bedarf an Versorgungsangeboten durch die Krisen gestiegen.
- Nach Schätzungen des BMSGPK besteht krisenunabhängig ein Bedarf von bis zu 98.000 zusätzlichen Versorgungsplätzen für Kinder und Jugendliche. Kassenfinanzierte Plätze stehen jedoch nur für etwa ein Viertel davon zur Verfügung.

Bereits lange vor der COVID-19 Pandemie litten Kinder und Jugendliche unter stärkeren psychischen Belastungen als andere Altersgruppen. Diese Situation hat sich durch die multiplen Krisen noch weiter verschärft. Gleichzeitig besteht ein Mangel an Versorgungsangeboten.

Schon 2017 erhielt mehr als die Hälfte der psychisch erkrankten Personen in Österreich keine Behandlung (Wancata, 2017). Mit steigenden Prävalenzen verschärfte sich die Situation weiter: Die Prävalenz psychischer Störungen in der europäischen Gesamtbevölkerung stieg zwischen 2012 und 2022 um 13,4 % an (Thom et al., 2024). Besonders betroffen war die Altersgruppe der Elf- bis 17-Jährigen, in der ein Anstieg um 15 % zu verzeichnen war. In der *Health Behaviour in School-aged Children*-Studie (HBSC-

Studie) zeigte sich ein kontinuierlicher Anstieg körperlicher und psychischer Beschwerden bei österreichischen Schüler:innen zwischen elf und 17 Jahren seit 2010 (Felder-Puig et al., 2023a). Dies betraf sowohl Mädchen als auch Burschen und alle Altersuntergruppen. Zusätzlich ist seit 2014 eine Verschlechterung der Lebenszufriedenheit bei älteren Schüler:innen festzustellen. Die Pandemie und andere Krisen haben diese Entwicklungen weiter verschärft (z. B. Alizadeh et al., 2023; Dale et al., 2023; Felder-Puig et al., 2023a, Humer et al., 2021; Ravens-Sieberer et al., 2022).

Wie teils monatelange Wartezeiten in der Regelversorgung (kassenfinanzierte Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) belegen, bestand schon vor der COVID-19 Pandemie eine Unterversorgung für psychische Gesundheitsprobleme, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Aus diesem Grund widmete sich die Zielsteuerung-Gesundheit (der laufende Reformprozess des österreichischen Gesundheitssystems) bereits ab 2017 der Thematik. Es ist aber u.a. aufgrund der schwierigen Kompetenzlage im österreichischen Gesundheitssystem nicht davon auszugehen, dass die Mangelsituation rasch behoben werden kann.

Wie ist die aktuelle Lage der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche in Österreich?

Wissenschaftliche Studien belegen die unzureichende psychosoziale Versorgungslage für Kinder und Jugendliche in Österreich (Wagner et al., 2017). Auch das BMSGPK geht in Beantwortung einer Parlamentarischen Anfrage (2023a; Anfrage Nr. 13533/J) von einer Unterversorgung aus: Es wird von einem Versorgungsbedarf bei 3-5 % der null bis 21-Jährigen ausgegangen. Gleichzeitig stehen kassenfinanzierte Psychotherapieplätze jedoch nur für etwa 1,23 % der Altersgruppe zur Verfügung. Dies entspricht einem unerfüllten Bedarf von etwa 35.000 bis 74.000 Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche dieser Altersgruppen¹.

Eine Versorgungslücke bestand bereits vor dem Eintritt der COVID-19 Pandemie und den darauffolgenden multiplen Krisen. Vor allem für Kinder und Jugendliche fehlen Psychiater:innen (Koubek et al., 2022; Plener et al., 2021; Sevecke et al., 2022),

¹ Bevölkerung der 0-21-Jährigen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024.

Fachambulatorien (Grassl & Marte, 2022) sowie kassenfinanzierte Plätze für die Behandlung psychischer Probleme und Erkrankungen (BMSGPK, 2022). Die MHAT-Studie von Wagner und Kolleg:innen (2017) zeigt, dass zwischen 2013 und 2015 weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen zwischen zehn und 18 Jahren mit psychiatrischen Erkrankungen eine Behandlung erhielten. Von den Betroffenen ohne Behandlung äußerten 18 % ein Interesse daran. Anhand der Hochrechnung auf die gesamte Bevölkerung zwischen null und 21 Jahren entspricht dies einem Bedarf von über 55.000 zusätzlichen Behandlungsplätzen für die aktuelle junge Bevölkerung. Aufgrund der krisenassoziierten Belastungen ist der tatsächliche Bedarf an Behandlungsplätzen deutlich höher einzuschätzen. Zudem berücksichtigen diese Zahlen nur manifeste psychische Erkrankungen. Maßnahmen zur präventiven Intervention müssen zusätzlich eingeplant werden.

Zur schlechten Versorgungslage kommen erschwerend Barrieren für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen hinzu:

- **Finanzierung:** Es stehen zu wenige kassenfinanzierte Versorgungsplätze zur Verfügung. In einer Studie zu Erwachsenen zahlten etwa 60 % der Befragten ihre Behandlung selbst (Wancata, 2017). Für Kinder und Jugendliche sind vollfinanzierte Plätze oft nur über verschiedene Institutionen verfügbar (Saggerschnig et al., 2023). Diese gehen in den meisten Bundesländern mit langen Wartezeiten und begrenzten Kontingenten einher. Psychosoziale Versorgung für Kinder und Jugendliche ist daher häufig nur für Privatzahler:innen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen erhältlich. Dies führt zu einer starken Benachteiligung sozio-ökonomisch vulnerabler Gruppen.
- **Fragmentierung:** Österreich hat aufgrund der Kompetenzverteilung und Finanzierungsströme generell ein sehr fragmentiertes Krankenbehandlungssystem. Dies gilt für den Bereich der psychischen Versorgung noch stärker als für die körperliche Versorgung. Hinzu kommt, dass sich die Versorgungsmodelle und Angebote für Psychotherapie zwischen den Bundesländern unterscheiden (Riedel, 2015). Dadurch wird die Orientierung für Betroffene weiter erschwert.
- **Zusatzanforderungen:** Psychotherapie auf Kassenkosten ist nur bei Psychotherapeut:innen mit Kassenvertrag möglich (Österreichische Gesundheitskasse, 2024), und auch bei diesen nur innerhalb bestehender Kontingente. Zudem ist eine ärztliche Untersuchung Voraussetzung für die Kassenfinanzierung. Für klinisch-

psychologische Behandlungen bestehen bisher keine Kassenverträge zur Vollfinanzierung. Für Zuschüsse ist ebenfalls eine ärztliche Überweisung nötig. Durch fehlende Kassenverträge ist bei allen klinisch-psychologischen Leistungen zunächst eine Privatfinanzierung notwendig, die auf Antrag erstattet werden kann. Vollfinanziert können lediglich diagnostische Tätigkeiten in Anspruch genommen werden. Hierfür ist eine ärztliche oder psychotherapeutische Überweisung notwendig.

- **Stigmatisierung psychischer Erkrankungen:** Eine 2023 veröffentlichte Untersuchung zeigte, dass die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen sowie mangelndes Wissen und fehlende Kenntnisse über Behandlungsoptionen zu einer Unterversorgung beitragen (Sagerschnig et al., 2023).
- **Wissensmangel über das Versorgungssystem:** Dale und Kolleg:innen (2023) erfassten den Unterstützungsbedarf von österreichischen Schüler:innen im Herbst 2021 und erneut im Frühjahr 2022 (Haider et al., 2023) und zeigten deren Wunsch nach niederschweligen Angeboten auf. Eine Schülerin wird zitiert, die beklagt, dass es kaum Wege gebe, professionelle Hilfe zu erhalten, da „man keine Ahnung hat, wo man anfangen soll und man nicht 1000 Leuten sagen will, dass man ein Problem hat.“ (Dale et al., 2023, S. 1019, übersetzt aus dem Englischen).
- **Mängel in der Vermittlung:** Selbst wenn sich Kinder, Jugendliche oder deren Obsorgeberechtigte an eine Beratungs- oder Behandlungsstelle wenden, kommt es oft nicht zu einer Versorgung (Sagerschnig et al., 2023). Grund ist die oft lange Wartezeit, durch welche die Betroffenen den Anschluss verlieren.

Aufgrund dieser Versorgungslücken wurde die verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen als Ziel der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie definiert (BMSGPK, 2024a). Eine Maßnahme hierfür ist der Ausbau von klinisch-psychologischer und psychotherapeutischer Beratung. Als Vorbild gilt die Versorgung bei physischen Erkrankungen. Die Notwendigkeit, geeignete Angebote für junge Menschen zu schaffen, wurde bereits 2018 in der nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit hervorgehoben (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, BMASGK, 2018).

Konkrete Forderungen für die Verbesserung der Versorgung wurden in verschiedenen Arbeiten formuliert: Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (ÖGKJP) fordert unter anderem den

kostenfreien Zugang zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen (Plener et al., 2021). Der BÖP legt den Fokus auf die Kassenfinanzierung von klinisch-psychologischer Behandlung für Kinder und Jugendliche (BÖP, 2024). Sagerschnig und Kolleg:innen (2023) betonen die Notwendigkeit multiprofessioneller Anlaufstellen, die niederschwellig erreicht werden können und rasch an geeignete Angebote weitervermitteln.

Zusammengefasst ist somit nicht nur der Ausbau der Versorgungsplätze, sondern auch die Schaffung eines niederschweligen Zugangs nötig, um die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich zu verbessern.

Wie veränderte sich der Bedarf an psychosozialer Versorgung für Kinder und Jugendliche seit der COVID-19 Pandemie?

Die Unterversorgung verschärfte sich durch die krisenbedingten Belastungen der letzten Jahre weiter. Psychische Beschwerden nahmen bei Kindern und Jugendlichen zu (Felder-Puig et al., 2023a).

Der Einfluss der COVID-19 Pandemie

Zahlreiche Meta-Analysen und systematische Übersichtsarbeiten belegen eine Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Beginn der Pandemie (Angst und Depression: Ma et al., 2021; Panda et al., 2021; Racine et al., 2021; Samji et al., 2021; Aggression: Panchal et al., 2023; Schlafstörungen und Posttraumatische Belastungsstörung/PTBS: Ma et al., 2021). Diese hielten lange an und waren mehrere Monate bis Jahre nach Pandemiebeginn noch nachweisbar (Ravens-Sieberer et al., 2022). Trotz der Belastungen erwies sich eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen als resilient (Kaman et al., 2024). Einige Studien heben zudem positive Aspekte der Krise hervor (Reiss et al., 2024). Dennoch stieg der Bedarf an Behandlungen, was auch Klinische Psycholog:innen in Österreich bestätigten (Santillan-Ramos et al., 2024).

Ergebnisse von Querschnitts- und Längsschnittstudien weisen auf unterschiedliche Trends in Bezug auf die Auswirkungen von COVID-19 Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern hin. Die Ergebnisse von Querschnittsstudien zeigen, dass Eindämmungsmaßnahmen negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Kindern hatten (siehe z. B. die Metaanalyse von Racine et al., 2021).

Längsschnittstudien deuteten dagegen auf eine Stagnation der Symptombelastung im Verlauf der Pandemie hin (siehe z. B. die Metaanalyse von Bussi eres et al. 2021). Ein Review zu Längsschnittstudien zeigt, dass insbesondere internalisierende Probleme wie Angst und Depression zunahmen, während die Ergebnisse zu externalisierenden Problemen wie Aggression heterogener ausfielen (Orban et al., 2024). Unabhängig von diesen Verläufen wurden während der Pandemiezeit weltweit hohe Prävalenzen unterschiedlicher psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen verzeichnet (Alizadeh et al., 2023).

Auch in Österreich sind die negativen Effekte der COVID-19 Pandemie auf Kinder und Jugendliche dokumentiert (z. B. Dale et al., 2023; Humer et al., 2021; Wenter et al., 2022). Studien berichteten von Traumasymptomen, Ängsten, Depressionen und Schlafstörungen. Entsprechend stieg der Bedarf an psychosozialen Versorgungsleistungen an. Beispielsweise wurden an der Kinder- und Jugendpsychiatrie Hall in Tirol/Innsbruck im zweiten Pandemiejahr 2021 40 % mehr Kinder und Jugendliche akut aufgenommen als im Jahr 2019 (Sevecke et al., 2022). Kinder und Jugendliche litten unter anderem unter Sorgen in Bezug auf die Einschränkungen und Probleme mit der Distanzlehre, aber auch unter zunehmenden Bedenken hinsichtlich ihrer Zukunft (Jesser et al., 2022). Die Rückkehr zur Präsenzlehre war für viele ebenfalls mit starkem Schulstress und Überforderung verbunden (Sobotka et al., 2024).

Im Gegensatz zu alters ublichen Unsicherheitserfahrungen waren die sozialen, gesundheitlichen und wirtschaftlichen Unsicherheiten, denen Jugendliche während der COVID-19 Pandemie ausgesetzt waren, weniger kontrollierbar (Schweizer, Lawson & Blakemore, 2023). Die Belastungsfaktoren der Pandemie hatten einen langwierigen Verlauf und potenzielle Folgen von großem Ausmaß, wie das Wohlergehen der Angehörigen oder veränderte gesellschaftliche Strukturen. Zusätzlich führte die verstärkte Nutzung sozialer Medien zu einem erhöheten Bewusstsein für reale Unsicherheiten (Riedout & Robb, 2018). Soziale Medien stellen jedoch auch selbst eine Quelle sozialer Unsicherheit dar, da sie die ständige Bewertung durch andere ermöglichen (Grunewald et al., 2022). Diese Bedrohungen durch ein unsicheres physisches und soziales Umfeld werden von Jugendlichen weltweit geteilt und könnten zum globalen Anstieg von Depressionen und Ängsten bei Jugendlichen beigetragen haben, insbesondere während der Pandemie.

Der Einfluss weiterer Krisen

Während die COVID-19 Pandemie in den letzten Jahren eine prägende Krise mit vergleichsweise akuten Auswirkungen war, sieht sich die österreichische Gesellschaft, einschließlich der Kinder und Jugendlichen, mit weiteren Krisen konfrontiert. Diese reichen vom Klimawandel, dessen Folgen zunehmend spürbar werden, über Kriege (z. B. Ukraine-Krieg, Israel-Gaza Krieg) und Krisenfolgen hin zu Wirtschaftskrisen und Inflation. Bereits vor etwa 20 Jahren zeigten Studien, dass sich Kinder und Jugendliche Sorgen über Umweltprobleme machten (Hicks & Holden, 2007). Die resultierende Belastung für junge Menschen konnte die Langzeitstudie COPSY (COvid-19 and PSYchological Health) in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen im Alter von sieben bis 17 Jahren zeigen: 32 bis 44 % der Jugendlichen äußerten Ängste im Zusammenhang mit anderen aktuellen Krisen (Ravens-Sieberer et al., 2023).

Erwachsene bzw. Eltern fühlten sich ebenfalls durch Krisen belastet. Das elterliche Stresserleben beeinflusst maßgeblich psychische Auffälligkeiten der Kinder (Jörren et al., 2023). Vorläufige Ergebnisse der COPSY-Studie legen nahe, dass Kinder stark belasteter Eltern ein erhöhtes Risiko für eigene psychische Belastungen haben (Habermann et al., 2024).

Kindheit und Jugend als vulnerable Lebensphasen

Kinder und Jugendliche befinden sich aufgrund ihrer Entwicklungsphase in einer besonders vulnerablen Lebensphase für die Entstehung psychischer Probleme (Jones & Schmidt, 2013). Entsprechend zeigen Studien, dass die meisten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter beginnen (Solmi et al., 2022). Mehr als ein Drittel dieser Erkrankungen manifestiert sich vor dem 14. Lebensjahr und über die Hälfte tritt vor dem 25. Lebensjahr auf. Im Kindes- und Jugendalter entstehende psychische Probleme können langfristig bestehen bleiben.

Grundsätzlich wird zwischen psychischen Störungen, die erstmals im Jugendalter auftreten (z. B. schizophrene oder manisch-depressive Störungen), und solchen, die bereits in der Kindheit beginnen und persistieren (z. B. Autismus-Spektrum-Störung), unterschieden. Im Laufe der Entwicklung können sich die Symptome und das klinische Bild einer Störung ändern. Während depressive Symptome im Kindesalter häufig durch introvertiertes Verhalten gekennzeichnet sind, äußern sie sich im Jugendalter eher in Form von Interessensverlust und bedrückter Stimmung. Je länger psychische Störungen im

Jugendalter bestehen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie im Erwachsenenalter fortbestehen (Wenglorz & Heinrichs, 2018). Harrington und Vostanis (1995) konnten in ihren Längsschnittdaten zeigen, dass eine depressive Episode in der Adoleszenz nicht nur einen wesentlichen Risikofaktor für nachfolgende Episoden darstellt, sondern für dauerhafte soziale Beeinträchtigungen.

Die krisenassoziierten Belastungen addieren sich für viele Kinder und Jugendliche zu krisenunabhängigen Herausforderungen wie Schulstress, familiären Konflikten, der Aushandlung von Freundschafts- und ersten Liebesbeziehungen, Bildungsübergängen und vielen weiteren Faktoren, mit denen junge Menschen konfrontiert sind. All diese Herausforderungen zeichnen sich durch eine entwicklungstypische Exposition gegenüber Ungewissheit aus. Obwohl Jugendliche tendenziell eine größere Toleranz gegenüber Ungewissheit zeigen als Erwachsene (Schweizer et al., 2023), berichteten sie im Vergleich zu den Erwachsenen paradoxerweise über stärkere Symptome von Depressionen und Ängsten als Reaktion auf die Unsicherheit während der Pandemie.

Um langfristigen Problemen vorzubeugen, ist es sowohl im individuellen als auch im gesamtgesellschaftlichen Interesse, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu schützen. Es braucht präventive Maßnahmen und frühzeitige Interventionen, die eine Chronifizierung psychischer Probleme verhindern (Sacco et al., 2024). Die Vulnerabilität Kinder und Jugendlicher (z. B. Jones & Schmidt, 2013) in Kombination mit dem Mangel an Behandlungsangeboten (z. B. Wancata, 2017; Sevecke et al., 2022), heben die Notwendigkeit von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation hervor. Nationale und internationale Studien bestätigen somit die durch das BMSGPK betonte Unterversorgung. Insbesondere aufgrund krisenbedingt gesteigener Belastungen ist neben einem langfristigen Ausbau der Versorgungsangebote auch die rasche Reaktion auf akute Behandlungsbedarfe notwendig.

3 Die GadK-Programme

Auf einen Blick

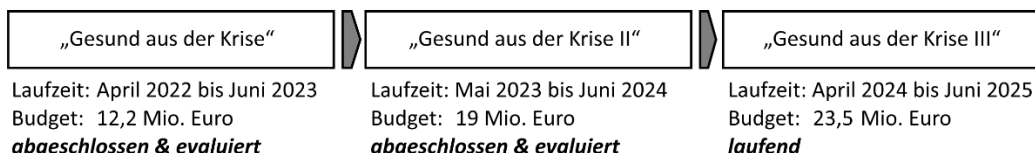
- Die GadK-Programme wurden und werden vom BMSGPK finanziert und durch eine vom BÖP in enger Kooperation mit dem ÖBVP eingerichteten Koordinations- und Abwicklungsstelle umgesetzt.
- Ziel der Programme war es, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von null bis 21 Jahren einen niederschweligen, raschen, kostenfreien und qualitätsgesicherten Zugang zu klinisch-psychologischer, gesundheitspsychologischer oder psychotherapeutischer Beratung bzw. Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting zu ermöglichen.
- Ein besonderes Merkmal der GadK-Programme war die zentrale Servicestelle, die für die Vermittlung der Behandlungen an die Klient:innen zuständig war.
- Die Kontaktaufnahme mit der zentralen Servicestelle war für Interessierte sowohl digital (über die Webseite oder per E-Mail) als auch telefonisch möglich.
- Der standardisierte Prozess, bestehend aus Anmeldung, Clearing und Matching, war ein zentraler Bestandteil der Projektabwicklung.
- Insgesamt standen 1.414 Behandler:innen für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zur Verfügung. Davon waren 48 % Klinische Psycholog:innen und Gesundheitspsycholog:innen, 45 % Psychotherapeut:innen und 7 % Behandler:innen mit einer geprüften Doppelqualifikation.

Als Reaktion auf den steigenden Bedarf an psychosozialen Versorgungsangeboten für Kinder und Jugendliche im Zuge der COVID-19 Krise wurde im April 2022 das Förderprogramm GadK ins Leben gerufen (siehe Abbildung 1). Dafür stellte das BMSGPK 12,2 Millionen Euro für die klinisch- und gesundheitspsychologische² sowie

² Im Folgenden werden klinisch- und gesundheitspsychologische Beratung und Behandlung zusammenfassend als psychologisch bezeichnet.

psychotherapeutische Beratung und Behandlung³ bereit. Die Umsetzung des Programms erfolgte durch den Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP).

Abbildung 1 Übersicht der GadK-Programme



GadK richtete sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von null bis 21 Jahren, die durch die COVID-19 Pandemie psychisch belastet waren. Ziel war es, ihnen einen schnellen, kostenfreien und qualitätsgesicherten Zugang zu psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung im Einzel- oder Gruppensetting zu ermöglichen.

Zu diesem Zweck wurde eine zentrale Servicestelle eingerichtet, über die angemeldete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene nach einem Clearing an geprüfte, im Programm tätige Behandler:innen vermittelt wurden. Dabei wurden individuelle Bedürfnisse und Präferenzen wie Wohnortnähe, das Geschlecht der Behandler:innen sowie die gewünschte Sprache berücksichtigt.

Nach der Zuweisung an Klinische Psycholog:innen, Gesundheitspsycholog:innen⁴ oder Psychotherapeut:innen, die im Programm tätig waren, konnten die Klient:innen bis zu 15 Behandlungseinheiten in Anspruch nehmen. Bei Bedarf war eine Verlängerung um fünf weitere Einheiten möglich (zu Beginn des Programms um bis zu 15 zusätzliche Einheiten). Der Umsetzungszeitraum von GadK erstreckte sich vom 1. April 2022 bis zum 30. Juni 2023.

Aufgrund der anhaltenden Belastungen durch multiple Krisen wurde zwischen April 2023 und Juni 2024 das Programm GadK II umgesetzt. Für dieses Folgeprogramm stellte das

³ Im Folgenden werden Beratungen und Behandlungen im Rahmen der GadK Programme zusammenfassend als Behandlungen bezeichnet.

⁴ Im Folgenden werden Klinische Psycholog:innen und Gesundheitspsycholog:innen zusammenfassend als Psycholog:innen bezeichnet.

BMSGPK 19 Millionen Euro bereit. Es baute direkt auf GadK auf, beinhaltete jedoch verschiedene Neuerungen.

Zu den Unterschieden zwischen den Programmen zählten administrative Verbesserungen wie eine verstärkte Digitalisierung, Automatisierung und Optimierung von Abläufen. Beispielsweise wurden die Bestätigungen der durchgeführten Behandlungen digital mittels einer TAN-Bestätigung erfasst, wodurch die früher genutzten Unterschriftenlisten nur noch bei Bedarf verwendet wurden. Auch das Anmeldeformular wurde überarbeitet, um die standardisierte Erfassung bestimmter Informationen wie des bevorzugten Behandler:innen-Geschlechts und der verfügbaren Transportmittel zu ermöglichen. Zusätzlich machten die Behandler:innen erweiterte Angaben, beispielsweise zu den von ihnen gesprochenen Sprachen, betreuten Altersgruppen und spezifischen Schwerpunkten.

Eine weitere Veränderung betraf die Verlängerungseinheiten. Während die maximale Zahl der Verlängerungsstunden bereits im Rahmen von GadK von 15 auf fünf reduziert wurde, mussten diese Einheiten ab GadK II explizit für den Übergang in die Regelversorgung genutzt werden.

Die positiven Zwischenergebnisse sowie der weiterhin bestehende Bedarf an psychologischer und psychotherapeutischer Versorgung für Kinder und Jugendliche, der durch die Regelversorgung nicht ausreichend gedeckt werden konnte, bildeten die Grundlage für das Folgeförderprogramm „Gesund aus der Krise III“. Dieses startete Ende April 2024 und wird vom BMSGPK mit weiteren 23,5 Millionen Euro gefördert. Die geplante Laufzeit von „Gesund aus der Krise III“ erstreckt sich bis Ende Juni 2025. Dieses Programm wird nach Abschluss Gegenstand eines eigenen Evaluierungsberichts werden.

Die GadK-Programme wurden ausdrücklich als Überbrückungslösung konzipiert (BMSGPK, 2022). Diese wurde notwendig, da die Anpassung und Weiterentwicklung der Regelversorgung zur adäquaten Bedarfsdeckung im österreichischen Gesundheitssystem aufgrund der Kompetenzverteilung und der auf verschiedene Akteur:innen aufgeteilten Finanzierung ein schwieriges und jedenfalls langwieriges Unterfangen ist.

Die Rahmenbedingungen der GadK-Programme wurden in den jeweiligen Sonderrichtlinien festgelegt (siehe BMSGPK, 2022; BMSGPK, 2023b). Aktuelle Informationen sind der Programm-Webseite www.gesundausderkrise.at zu entnehmen. Darüber hinaus informieren die Projekt-Endberichte über die abgeschlossenen

Programme (siehe Wimmer-Puchinger, Patek & Haid, 2023; Wimmer-Puchinger, Patek & Haid, 2024).

Ziele der GadK-Programme

Die GadK-Programme wurden ins Leben gerufen, um Kindern und Jugendlichen einen niederschweligen Zugang zu psychologischer und psychotherapeutischer Versorgung zu ermöglichen. Kinder und Jugendliche gelten aufgrund ihrer Entwicklungsphase als besonders vulnerabel für die negativen Auswirkungen von Krisen (Jones & Schmidt, 2013). Um diese Bevölkerungsgruppe bei der Bewältigung der psychosozialen Folgen der COVID-19 Pandemie (GadK) sowie der folgenden multiplen Krisen (GadK II) zu unterstützen, war eine Erweiterung des Versorgungsangebotes erforderlich. Ziel war es, einer Chronifizierung psychischer Probleme vorzubeugen.

Die GadK-Programme richteten sich an in Österreich lebende Kinder, Jugendliche und junge Erwachsenen im Alter von null bis 21 Jahren, die aufgrund aktueller Krisen psychisch belastet waren. Im Rahmen von GadK sollten bis zu 7.600 Kinder und Jugendliche unterstützt werden. Mit dem höheren Budget von GadK II war vorgesehen, bis zu 10.000 weitere Betroffene zu erreichen.

Für die Umsetzung sollten Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen im gesamten Bundesgebiet eingebunden werden, wobei ein ausgewogenes Verhältnis von 50:50 zwischen den beiden Berufsgruppen angestrebt wurde.

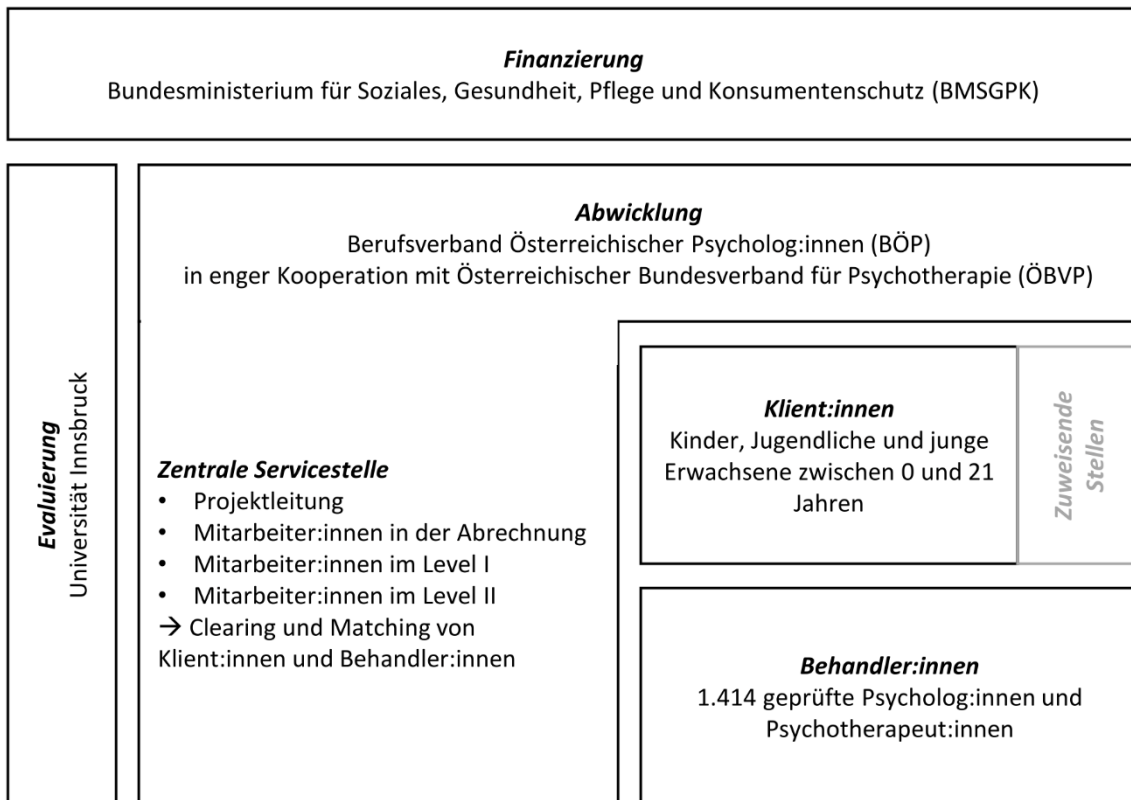
Für die organisatorische Abwicklung wurde eine zentrale Servicestelle eingerichtet, die als Erstanlaufstelle für Betroffene fungierte. Diese Servicestelle vermittelte die Klient:innen an geeignete Versorgungsangebote innerhalb und außerhalb der Programme. Besonderer Wert wurde auf Niederschwelligkeit gelegt: Eine bundesweite Erreichbarkeit über verschiedene Kontaktwege auch zu Tagesrandzeiten sollte ermöglicht werden.

Struktur der GadK-Programme

Die GadK-Programme wurden vom BMSGPK finanziert (siehe Abbildung 2). Die mit der Abwicklung betrauten Berufsverbände BÖP und ÖBVP richteten zur Durchführung eine

zentrale Servicestelle ein, die sowohl als Anlaufstelle für Hilfesuchende und Rekrutierungs- und Schulungs-Stelle für die Behandler:innen fungierte als auch für das Projektmanagement inklusive der finanziellen Abwicklung und sämtliche Dokumentationen zuständig war. Bei der zentralen Servicestelle durchliefen die Klient:innen den Prozess der Anmeldung, des Clearings und des Matchings mit passenden Behandler:innen. Nach der Zuweisung erhielten die Klient:innen bis zu 15 Behandlungseinheiten bei den Behandler:innen. Durch die zentrale Anlaufstelle war sichergestellt, dass bundesweit alle Kinder und Jugendlichen nach den gleichen Standards beraten und behandelt wurden.

Abbildung 2 Beteiligte der GadK-Programme



Zusätzlich wurde vom BMSGPK eine Projektbegleitgruppe eingerichtet (nicht abgebildet), an der neben Vertreter:innen von Auftraggeberin und Abwicklungsstelle auch Vertreter:innen des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) und des Bundeskanzleramts (BKA) Sektion Jugend mitwirkten, da beide Ressorts zum einen Zugang zu potenziellen Zuweiser:innen haben (Schulpsychologie, Schulärzt:innen, Jugendeinrichtungen). Dieser war bedeutsam, da im Rahmen des

Programms auch Sensibilisierungs-Workshops für Jugendarbeiter:innen erfolgten, die darauf abzielten, Unterstützungsbedarfe bei jungen Menschen besser zu erkennen. Diese Gruppe traf sich etwa vierteljährlich. Sie wurde regelmäßig über Projektfortschritte informiert und zur Beratung von Optimierungspotenzialen genutzt (BMSGPK, 2023b).

Die zentrale Servicestelle

Die zentrale Servicestelle war mit der Abwicklung der Programme beauftragt und stellte deren organisatorischen Kern dar. Die Aufgaben der Servicestelle umfassten laut Sonderrichtlinie das Projektmanagement, die projektbegleitende Kommunikation und Information, die Funktion als Erstanlaufstelle, das Clearing und die Zuweisung zu Behandlungen sowie die Mitwirkung bei der Evaluierung (BMSGPK, 2023b).

Durch die zentrale Servicestelle wurden verschiedene Interessensgruppen über die Programme informiert und betreut. Zu den Interessensgruppen gehörten die (potenziellen) jungen Klient:innen sowie deren Obsorgeberechtigte, Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und die (potenziellen) Behandler:innen. Die zentrale Servicestelle war werktags von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar und konnte telefonisch oder digital (E-Mail oder Webseite) kostenlos kontaktiert werden.

Das Projektteam dieser Servicestelle umfasste eine Projektleitung (Vollzeit), sowie Projektmitarbeiter:innen im Projektmanagement (eine Person in Vollzeit), in der Klient:innen und Behandler:innenbetreuung (vier Personen in Teilzeit) und in der Abrechnung (zwei Personen in Teilzeit). Insgesamt waren Personen mit etwa 5,5 Vollzeitäquivalenten beschäftigt. Des Weiteren wurden vier bis fünf klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen nach Bedarf mittels Werkverträgen hinzugezogen. Für Leistungen, deren interner Aufbau aufgrund der begrenzten Programmlaufzeiten nicht sinnvoll war, wurden externe Dienstleister:innen genutzt (Steuerberatung, Rechtsvertretung, Kommunikation, IT-Systeme).

Zur Betreuung von Behandler:innen und Klient:innen wurde das Team in zwei Level gegliedert: Level I umfasste Mitarbeiter:innen, die geschult wurden, aber keine psychosozialen Fachkräfte waren; Level II umfasste Klinische Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Level I Mitarbeiter:innen waren für die Kontaktannahme zuständig. Sie informierten Interessierte über die GadK-Programme und führten das Clearing und das Matching durch. Bei Hinweisen auf schwere Belastungen wurden die Fälle an Level II Mitarbeiter:innen weitergeleitet. Diese überprüften die Fälle individuell

und verwiesen bei Bedarf an alternative Angebote. Zusätzlich überprüften Level II Mitarbeiter:innen die Qualifikationen von Behandler:innen, vertraten das Programm nach außen, prüften Anträge für Behandlungsverlängerungen und standen für individuelle, fachliche Fragestellungen zur Verfügung.

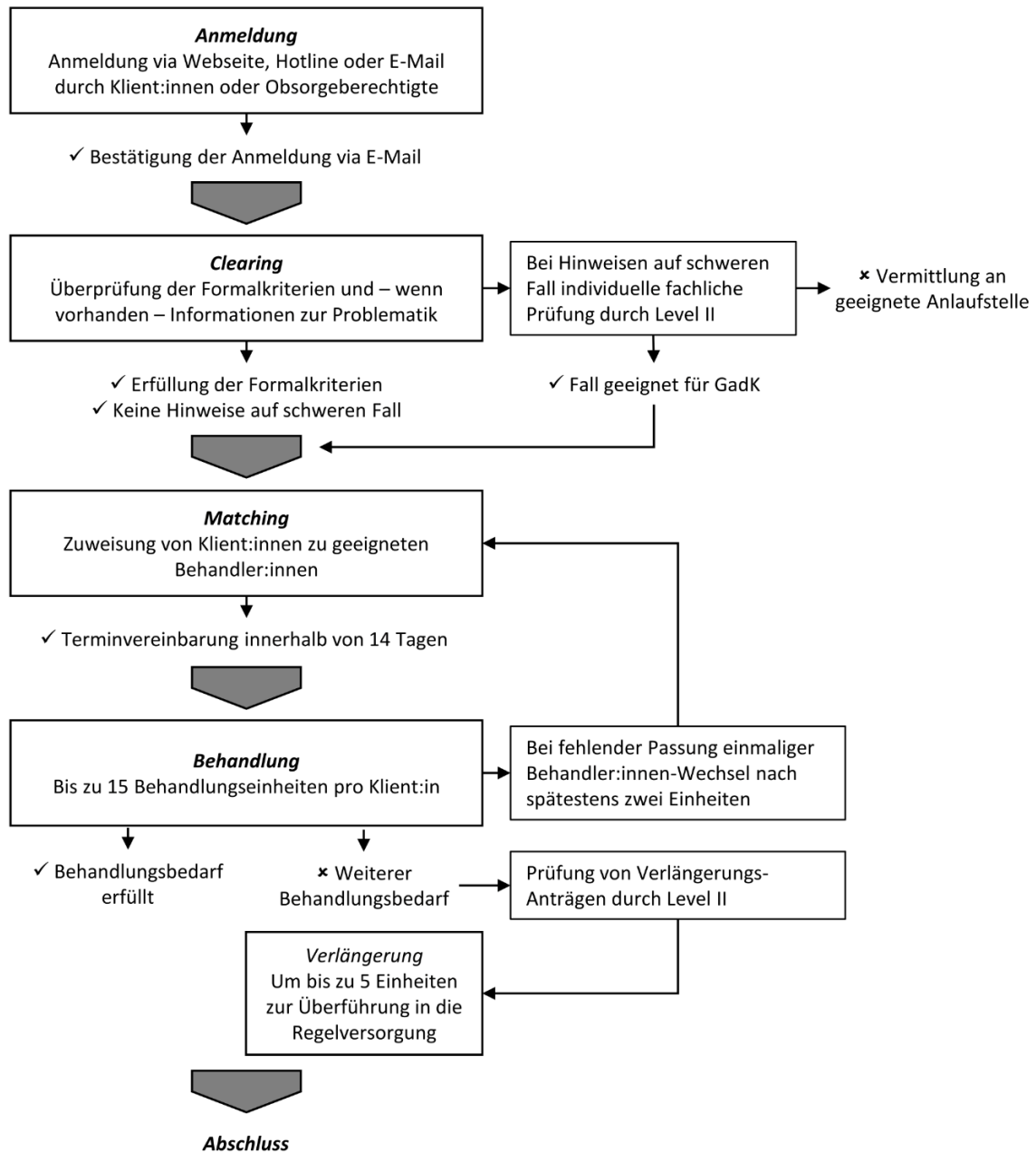
Beschreibung des Prozesses von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss

Eine Übersicht des Anmelde- und Zuweisungsprozesses ist in Abbildung 3 dargestellt.

Die Anmeldung

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sowie Sorgeberechtigte und Zuweiser:innen (z. B. schulische, soziale oder medizinische Einrichtungen) konnten sich online (über die Webseite oder per E-Mail) oder über die kostenlose Servicenummer über das Angebot informieren und sich selbst oder andere Personen anmelden. Bei der Anmeldung wurden zentrale Informationen für die Behandlungszuweisung erfasst. Dazu gehörten personenbezogene Daten (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Kontaktdaten, ggf. Sozialversicherungsnummer). Die Sozialversicherungsnummer diente der Vermeidung von Mehrfachanmeldungen. Es gab keine Schnittstelle zur Sozialversicherung und eine Registrierung war auch ohne Sozialversicherungsnummer möglich. Für das Matching konnten zusätzlich das gewünschte Setting (Einzel- oder Gruppenbehandlung, Präsenz oder Online), Angaben zur Mobilität (Auto, öffentliche Verkehrsmittel) und Präferenzen bezüglich des Behandler:innen-Geschlechts ausgewählt werden. Während diese Angaben in GadK noch optional und unstrukturiert erhoben wurden, erfolgte bei GadK II eine systematische Abfrage mit vorgegebenen Antwortoptionen über das Anmeldeformular. Eine ergänzende Beschreibung der Probleme war optional möglich. Die Angabe von Wunsch-Behandler:innen war zu Beginn von GadK möglich, wurde aber im weiteren Verlauf abgeschafft, um die Finanzierung bereits laufender Behandlungen zu vermeiden. Wenige Minuten nach der Anmeldung erhielten die angemeldeten Personen eine Bestätigungsmail. Nach der Bestätigung waren die Betroffenen als Klient:innen registriert.

Abbildung 3 Prozess von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss



Die Anmeldung musste bei Minderjährigen von einer obsorgeberechtigten Person bestätigt werden. Jugendliche und junge Erwachsene ab 14 Jahren konnten sich selbst anmelden. Ebenso konnten zuweisende Stellen Kinder und Jugendliche anmelden. Bei den zuweisenden Stellen handelte es sich beispielsweise um Kinderärzt:innen, Schulpsycholog:innen und Lehrkräfte, Jugendeinrichtungen oder Beratungshotlines. Nach Schätzungen der Projektleitung wurden etwa 20 bis 25 % der Anmeldungen zusammen mit zuweisenden Stellen vorgenommen.

Das Clearing

Die angemeldeten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden einem Clearing unterzogen. Dabei wurden zunächst formale Aspekte geprüft. Dies geschah durch Level I Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle. Ausschlussgründe waren beispielsweise Doppelanmeldungen, ein Wohnsitz außerhalb Österreichs oder ein Alter von über 21 Jahren.

Darüber hinaus diente das Clearing der Feststellung, ob die Klient:innen einen Behandlungsbedarf im Rahmen der Programme hatten und ob die GadK-Programme für die Problemstellung geeignet waren. Diese Überprüfung erfolgte durch die optionale zusätzliche Angabe von näheren Informationen zu den vorliegenden Problemen. Bei Hinweisen auf schwerwiegende Fälle (für die das Programm nicht ausgerichtet war) wurden die Informationen an Level II Mitarbeiter:innen weitergeleitet. Anhaltspunkte für ein notwendiges Level II Clearing waren unter anderem chronifizierte Störungsbilder, erfolgte stationäre Behandlungen, Substanzmissbrauch, die Einnahme von Psychopharmaka oder Suizidalität.

Das Level II Clearing umfasste neben der Sichtung der bei der Anmeldung gemachten Angaben auch die persönliche Kontaktaufnahme mit den betroffenen Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. deren Obsorgeberechtigten. Durch diesen persönlichen Kontakt wurde sichergestellt, dass schwerer betroffene Personen an geeignete Stellen weitervermittelt werden konnten. Bei Aufnahme in die GadK-Programme wurden Erwartungen geklärt und ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer längerfristigen Betreuung über die Förderprogramme hinaus geschaffen. Nach der Abklärung erfolgte bei Bedarf eine priorisierte Sofortzuweisung.

Im Rahmen des Clearings wurden keine Klient:innen aufgrund zu geringer Schwere der Probleme ausgeschlossen.

Das Matching

Nach Überprüfung der Kriterien wurde das Matching durchgeführt. Die Klient:innen wurden dabei einem/einer passenden Behandler:in zugewiesen. Die Kriterien für das Matching waren:

- Wohnortnähe (unter Berücksichtigung der verfügbaren Verkehrsmittel)
- Sprache
- Altersgruppe

- Geschlecht der Behandler:innen
- bei Bedarf die spezifischen Schwerpunkte und Spezialisierungen der Behandler:innen

Das Matching erfolgte manuell durch Level I Mitarbeiter:innen. Nach Angaben der Projektleitung dauerte der Prozess von der Anmeldung bis zur Behandlungszuweisung im Schnitt etwa zwei bis drei Wochen. Insbesondere in städtischen Regionen konnte die Zuweisung oft schneller erfolgen. Bei einer Wartezeit von drei Wochen oder mehr wurde mit den Klient:innen Kontakt aufgenommen, um individuelle Kompromisslösungen zwischen den angegebenen Präferenzen und der Wartezeit zu finden. Zudem erfolgte eine Priorisierung von Klient:innen mit langer Wartezeit gegenüber anderen Klient:innen. Zusätzlich wurden Klient:innen mit im Level II Clearing identifizierten schweren Problemen und in akuten Belastungssituationen priorisiert (z. B. bei Todesfällen oder ungeplanter Schwangerschaft).

Bei erfolgreichem Matching erhielten die Klient:innen bzw. obsorgeberechtigten Personen sowie die zugewiesenen Behandler:innen parallel eine E-Mail. Die Klient:innen bzw. obsorgeberechtigten Personen mussten daraufhin innerhalb von 14 Tagen mit dem/der Behandler:in Kontakt aufnehmen, um einen Ersttermin zu vereinbaren. Die Termine wurden bilateral zwischen Klient:innen und Behandler:innen vereinbart.

Bei einem Erstgespräch wurden die Passung des Behandlungs-Settings für die Klient:innen sowie die Erfolgsaussichten der Behandlung geprüft. Bei guter Passung konnten die Klient:innen bis zu 15 Behandlungseinheiten bei den zugewiesenen Behandler:innen in Anspruch nehmen. Für die Behandlung im Rahmen der Programme musste eine Datenschutzerklärung schriftlich bestätigt werden. Bei Kindern und Jugendlichen unter 14 Jahren war die Unterschrift eines/einer Obsorgeberechtigten erforderlich. Wurde eine fehlende Passung zwischen Klient:innen und Behandler:innen festgestellt, war ein einmaliger Behandler:innen-Wechsel innerhalb der ersten zwei Einheiten möglich.

Die Behandlungen

Das Angebot umfasste Einzel- oder Gruppenbehandlungen durch geprüfte Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Die Behandlungen konnten sowohl in Präsenz als auch online durchgeführt werden. Zusätzlich waren Elterngespräche möglich. Eltern konnten gemeinsam mit ihren Kindern in unbegrenztem Umfang an den Sitzungen teilnehmen. Sogenannte Elterneinheiten, an denen die Obsorgeberechtigten ohne ihre

Kinder teilnehmen, waren auf drei der maximal 15 Einheiten begrenzt. In Ausnahmefällen konnten bis zu fünf Einheiten als Elterneinheiten genutzt werden.

Bei einem Bedarf von mehr als 15 Einheiten konnte innerhalb der ersten acht Einheiten eine Verlängerung um bis zu fünf Einheiten beantragt werden. Diese zusätzlichen Einheiten mussten ab GadK II für den Übergang in die Regelversorgung genutzt werden. Die Verlängerungsanträge wurden von Level II Mitarbeiter:innen geprüft.

Beschreibung der organisatorischen Prozesse für Behandler:innen

Interessierte Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen konnten sich ebenso wie Klient:innen über ein Online-Formular bei den GadK-Programmen anmelden. Für die Aufnahme in den Behandler:innen-Pool mussten sie die notwendigen Qualifikationen nachweisen. Dazu gehörten neben der Eintragung in das jeweilige Berufsregister eine Spezialisierung bzw. Fortbildungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sowie mehrjährige Berufserfahrung. Die Qualifikationen wurden durch Level II Mitarbeiter:innen überprüft. Die Prüfung der Psycholog:innen erfolgte durch Klinische Psycholog:innen, während Psychotherapeut:innen durch Psychotherapeut:innen geprüft wurden. In Zweifelsfällen konnte Rücksprache mit den Berufsverbänden gehalten werden. Zusätzlich fanden bei Bedarf individuelle Gespräche mit den sich bewerbenden Behandler:innen statt. Abhängig von der Qualifikation war eine eingeschränkte Aufnahme in den Behandler:innen-Pool möglich, z. B. mit einer Beschränkung auf bestimmte Altersgruppen.

Nach Aufnahme in den Behandler:innen-Pool der GadK-Programme erfolgten die Dokumentation und Abrechnung der Behandlungen über eine Online-Plattform, das Behandler:innen-Portal. Die Behandler:innen konnten hier ihre Stammdaten verwalten, Kapazitäten eingeben und Behandlungen dokumentieren. Außerdem wurden über das Portal Informationen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden regelmäßig Newsletter verschickt, Online-Informationsveranstaltungen organisiert und Online-Sprechstunden für Behandler:innen angeboten. Fragen und individuelle Anliegen konnten per E-Mail oder telefonisch mit der Servicestelle geklärt werden.

Sensibilisierungs-Workshops

Neben den Behandlungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wurden im Rahmen der GadK-Programme Sensibilisierungs-Workshops für außerschulische

Jugendarbeiter:innen angeboten. Diese Workshops wurden auf Anregung des BKA Sektion Jugend in den Programmen aufgenommen und dienten der Vermittlung von psychologischem Grundlagenwissen und der Bewusstseinsbildung für die Bedeutsamkeit psychischer Gesundheit. Neben der Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Auswirkung von Krisen auf die Psyche von Kindern und Jugendlichen boten die Workshops die Möglichkeit zum Austausch und zur gemeinsamen Reflexion.

Die Workshop-Leiter:innen waren Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Sie absolvierten nach der fachlichen Prüfung eine Onboarding-Veranstaltung und erhielten Materialien für die Abhaltung der Workshops.

Angeboten wurden zwei verschiedene Module der Sensibilisierungs-Workshops: Der BASIC Workshop richtete sich an Jugendarbeiter:innen ohne psychosozialen Grundberuf. Hier wurden Inhalte wie entwicklungspsychologische Grundlagen und Entwicklungsaufgaben sowie Grundlagen der Kommunikation in Krisensituationen behandelt. Den Teilnehmenden wurden Anzeichen für die Indikation von psychosozialen Beratungen und Behandlungen vermittelt und Anlaufstellen vorgestellt. Auch wissenschaftliche Erkenntnisse zu Auswirkungen von Krisen auf junge Menschen wurden thematisiert. Der EXPERT Workshop richtete sich an Jugendarbeiter:innen mit psychosozialen Grundberufen und ging darüber hinaus vertiefend auf psychische Störungsbilder, Problemlösungsstrategien und Resilienzstärkung ein.

Die Anmeldung bei Sensibilisierungs-Workshops war für einzelne Interessierte aus der außerschulischen Jugendarbeit über die GadK-Webseite möglich. Darüber hinaus konnten Organisationen eigene Termine für ihre Mitarbeitenden und/oder Mitglieder buchen.

4 Evaluierung

Das BMSGPK beauftragte im November 2023 das Institut für Psychologie der Universität Innsbruck, das zum Beauftragungszeitpunkt abgeschlossene Programm GadK sowie das laufende Programm GadK II zu evaluieren. In diesem Kapitel werden die Ziele und Fragestellungen der Evaluierung sowie die methodische Vorgehensweise dargestellt.

Auf einen Blick

- Die Evaluierung gliedert sich in drei zentrale Fragestellungen:
 - 1) Outreach: In welchem Ausmaß wurden die Programme von der Zielgruppe in Anspruch genommen?
 - 2) Outcome: Wie wirksam waren die Maßnahmen?
 - 3) Prozess: Welche Lehren können aus den Programmen gezogen werden?
- Für die Evaluierung standen Daten aus den abgeschlossenen Programmen zur Verfügung, darunter über 100.000 Monats- und mehr als 27.000 Quartalsdokumentationen.
- Ein Fragebogen für Klient:innen wurde 4.649-mal ausgefüllt, ein Eltern-Fragebogen 814-mal. Diese Daten ermöglichten es, die Klient:innen zu charakterisieren und objektiv Veränderungen ihres Befindens zu messen.
- 21 Interviews und eine Fokusgruppe mit Programmverantwortlichen, Behandler:innen und Klient:innen lieferten vertiefte Einblicke in die Abläufe und Prozesse.

Ziele und Fragestellungen der Evaluierung

Die Evaluierung überprüfte, ob und in wie weit die GadK-Programme ihre Ziele erreicht haben. Dies erfolgte in drei Teilschritten:

1. **Outreach-Evaluierung** – beschreibt das Ausmaß der Inanspruchnahme der Programme durch die Zielgruppe und deren Beschreibung.
Die übergeordnete Frage lautete: ***In welchem Ausmaß wurden die Programme durch die Zielgruppe in Anspruch genommen?***

Wie oben ausgeführt, war ein wesentliches Ziel der GadK-Programme, Versorgungsengpässe für psychisch belastete Kinder und Jugendliche in Folge der COVID-19 Pandemie und weiterer Krisen zu mildern. In den Sonderrichtlinien zu den GadK-Programmen wurden daher quantitative Ziele für die Inanspruchnahme der Angebote definiert. Diese wurden im Rahmen der Evaluierung überprüft. Zusätzlich erfolgte eine Charakterisierung der Klient:innen nach sozio-ökonomischen Merkmalen und die Beschreibung der erreichten sowie der in den Programmen unterrepräsentierten jungen Menschen.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 dargestellt.

2. **Outcome-Evaluierung** – beschreibt die Wirksamkeit der Programme hinsichtlich der Verbesserung der psychosozialen Situation der Zielgruppe.

Die übergeordnete Frage lautete: **Wie wirksam waren die Maßnahmen?**

Die Programme können als wirksam bezeichnet werden, wenn sie zu einer Verbesserung des psychischen Befindens bzw. zu einer Verringerung der psychischen Belastung der behandelten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen beitrugen.

Im Rahmen der GadK-Programme waren die Behandler:innen daher zur Dokumentation von Behandlungsverläufen verpflichtet. Ihre Dokumentationen sowie Befragungen der Zielgruppen wurden für die Evaluierung analysiert.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 6 dargestellt.

3. **Prozess-Evaluierung** – umfasst die Identifikation förderlicher und hinderlicher Bedingungen für den Erfolg der Programme.

Die übergeordnete Frage lautete: **Welche Lehren können aus den Programmen gezogen werden?**

Die Ergebnisse der Programme in den beschriebenen Bereichen können von zahlreichen Faktoren abhängen. Daher wurden Erfolgsfaktoren, sowie Hindernisse und Probleme im Programmverlauf, untersucht, um daraus Empfehlungen abzuleiten.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 7 dargestellt.

Nicht-Ziele der Evaluierung

Explizit nicht Bestandteil der vorliegenden Evaluierung sind folgende Punkte:

- **Zustand der Regelversorgung:**

Verschiedene Studien weisen auf Lücken und Probleme in der Regelversorgung hin.

Diese bildeten zwar die Grundlage für die Notwendigkeit der GadK-Programme,

wurden jedoch im Rahmen der Evaluierung nicht explizit untersucht. Auch der nach Beendigung der GadK-Programme verbleibende Bedarf war nicht Gegenstand der Untersuchung.

- ***Interaktion der GadK-Programme mit der Regelversorgung oder mit anderen Programmen:***

Ziel der GadK-Programme war die Überbrückung der aktuellen Lücken in der Regelversorgung. Allfällige Überschneidungen sowie Wechselwirkungen mit und Einflüsse auf andere Förderprogramme und Angebote (z. B. in den Bundesländern) wurden nicht in das Evaluierungsvorhaben einbezogen.

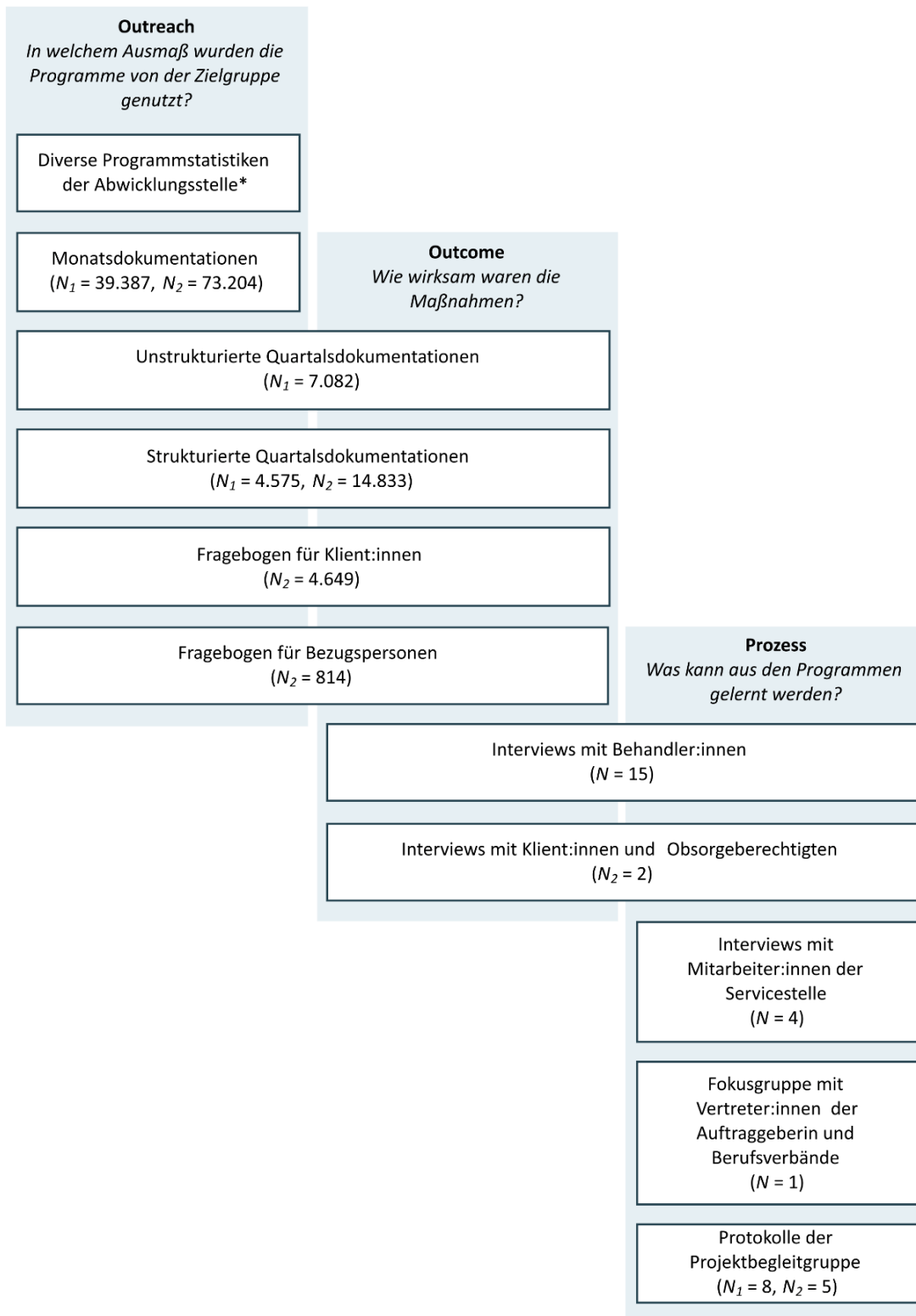
- ***Ökonomische Bewertung von Kosten und Nutzen:***

Im Rahmen der Evaluierung wurde keine Kosten-Nutzen-Analyse der GadK-Programme vorgenommen. Es wurde also – auch mangels Vergleichsmodellen – nicht analysiert, ob die gleichen Effekte auch günstiger hätten erreicht werden können. Auch die finanzielle Gebarung der Programme war nicht Gegenstand der Evaluierung. Diese wurde durch eine damit betraute Wirtschaftsprüfungseinrichtung überprüft.

Evaluierungsmethode

Um eine umfassende Bewertung hinsichtlich der oben genannten Fragestellungen zu ermöglichen, wurde ein multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz verwendet. Es wurden unterschiedliche Datenquellen herangezogen und Auswertungsmethoden angewendet. Für die Evaluierung der GadK-Programme wurden Daten herangezogen, die im Zuge der Programmdurchführung erhoben wurden (Statistiken über Anmeldungen, Kontaktaufnahmen u.a., über 100.000 Monatsdokumentationen, mehr als 27.000 Quartalsdokumentationen, siehe Abbildung 4). Zusätzlich wurden die Endberichte der Programm-Leitung hinzugezogen (Wimmer-Puchinger et al., 2023; Wimmer-Puchinger et al., 2024). Während GadK anhand von diesen Daten ausschließlich retrospektiv evaluiert werden konnte, wurde GadK II zusätzlich prospektiv evaluiert, indem Klient:innen oder deren Bezugspersonen im Behandlungsverlauf Fragebögen ausfüllten. Durch eine wiederholte Befragung im Behandlungsverlauf konnten Veränderungen im Befinden der Klient:innen analysiert werden. Neben 4.649 Klient:innen-Fragebögen wurden auch 814 Fragebögen durch Bezugspersonen (meist Eltern) ausgefüllt. Darüber hinaus wurden zur vertiefenden 21 qualitative Interviews mit Behandler:innen, Vertreter:innen der Klient:innen und Angehörigen sowie eine Fokusgruppe mit Vertreter:innen der Abwicklungsstelle, Berufsverbände und Auftraggeberin durchgeführt.

Abbildung 4 Übersicht der für die Evaluierung genutzten Daten



Anmerkung: * Programmstatistiken umfassten u.a. Zahlen über die Kontaktaufnahmen, Anmeldungen Clearings, Matchings, Verlängerungen und den Behandler:innen-Pool. N₁ = Daten aus GadK, N₂ = Daten aus GadK II, N = Programmübergreifende Daten. Stichprobengrößen für Fragebögen enthalten nur auswertbare Fragebögen, Stichprobengrößen für Programmdaten enthalten alle verfügbaren Informationen.

Für diesen Bericht wurde der Schwerpunkt auf die Daten von GadK II gelegt. Die Daten von GadK werden ebenfalls dargestellt, um Vergleiche und die programmübergreifende Auswertung zu ermöglichen, und können auch einem eigenen Bericht (Kulcar, Exenberger & Juen, 2024) entnommen werden.

Die Evaluierung von Behandlungsergebnissen erfolgte auf Basis anonymisierter Daten. Alle personenbezogenen Informationen wurden für die Analysen entfernt. Individuelle Behandler:innen oder Klient:innen sind auf Basis der Ergebnisdarstellungen nicht identifizierbar. Wenn personenbezogene Daten erhoben wurden (z. B. zur Einholung des Einverständnisses zur Teilnahme an einem Interview), wurden diese Informationen getrennt von den anderen erhobenen Daten aufbewahrt und gespeichert, um die Anonymität zu gewährleisten.

Programmstatistiken

Verschiedene Statistiken zu den GadK Programmen und deren Inanspruchnahme wurden von der Programmleitung zur Verfügung gestellt. Hierzu gehörten Dokumentationen der Kontaktaufnahmen über die Hotline, Anmeldezahlen, Clearings, Matchings, Verlängerungsanträge und Informationen über die Behandler:innen der Programme. Diese Daten wurden verwendet, um festzustellen, inwieweit die Zielgruppe durch die GadK-Programme erreicht wurde.

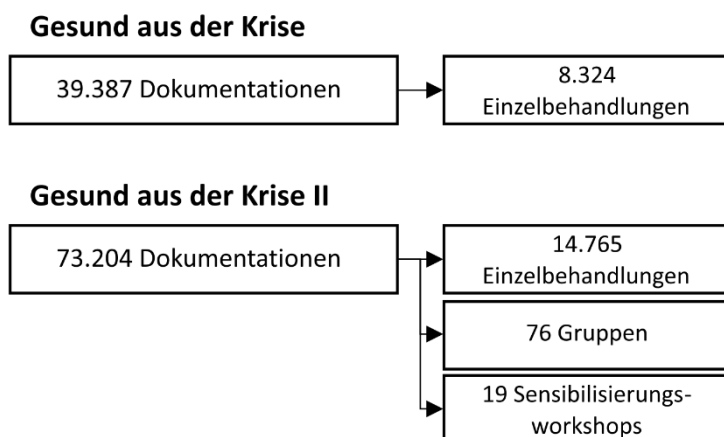
Monatsdokumentationen

Die Behandler:innen dokumentierten die Behandlungen pro Klient:in als Monatsdokumentation. Hier wurden die Kennungen der Behandler:innen und der Klient:innen sowie die Behandlungsweise (klinisch- und gesundheitspsychologisch, psychotherapeutisch oder gemischt) und der Behandlungsstatus angegeben. Dokumentiert wurden die Anzahl der durchgeführten Behandlungseinheiten sowie deren Art und Setting.

Insgesamt lagen für GadK 39.387 und für GadK II 73.204 Monatsdokumentationen vor. Diese ließen sich anhand der Behandler:innen- und der Klient:innen-IDs 8.324 Einzelbehandlungen in GadK und 14.765 Einzelbehandlungen und 76 Gruppenbehandlungen in GadK II zuordnen (siehe Abbildung 5). Auf Basis der jeweils aktuellsten Monatsdokumentationen wurden zentrale Merkmale der Behandlungen analysiert.

In den meisten Fällen lagen pro Klient:in zwei bis drei Monatsdokumentationen vor, maximal gab es 15 Dokumentationen für eine:n Klient:in.

Abbildung 5 Übersicht der Stichprobe der Monatsdokumentationen



Quartalsdokumentationen

Neben der monatlichen Dokumentation stellten die Behandler:innen quartalsweise nähere Informationen zu den Behandlungen zur Verfügung. Dazu wurden im Multiple-Choice-Format Angaben zu Zielen, Zielerreichung, (Verdachts-)Diagnose(n) und Schweregrad der Problematik abgefragt. Zu Beginn von GadK wurden die Quartalsdokumentationen unstrukturiert erfasst. Die Behandler:innen beschrieben dabei Ziele und Zielerreichung in eigenen Worten. Die Dokumentation war jeweils nach mindestens fünf stattgefundenen Einheiten vorgesehen, wurde jedoch zum Teil auch schon früher ausgefüllt.

Von GadK lagen 7.082 Dokumentationen⁵ von 4.279 Klient:innen in eigenen Worten der Behandler:innen und 4.575 Dokumentationen⁶ für 3.929 Klient:innen im Multiple-Choice-Format vor. Im Rahmen von GadK II erfolgten 14.833 Dokumentationen⁷ für 11.142 Klient:innen (siehe Abbildung 6). Die Multiple-Choice-Dokumentationen wurden genutzt, um die Problemstellungen, die in den Behandlungen bearbeitet wurden, sowie die Behandlungsziele zu untersuchen. Die Behandlungsfortschritte wurden anhand von 2.954 Quartalsdokumentationen bei GadK und 6.395 Quartalsdokumentationen bei GadK II analysiert, die nach mindestens zehn Einheiten erstellt wurden. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass frühe Behandlungsbeendigungen die Ergebnisse nicht verzerren. Zusätzlich konnte eine qualitative Analyse anhand von 4.279 Klient:innen mit unstrukturierten Quartalsdokumentationen aus GadK durchgeführt werden.

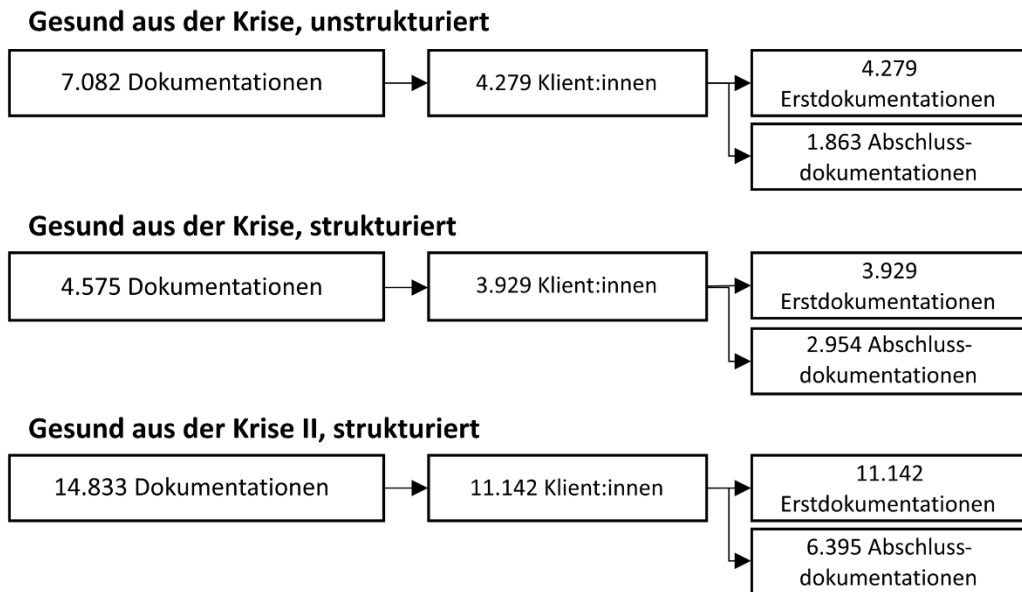
Die Identifikation von mehreren Dokumentationen pro Fall erfolgte über Behandler:innen- und Klient:innen-Codes. Zusätzlich wurden bei unklarer Zuordnung weitere Informationen wie Altersgruppe und (Verdachts-)Diagnose(n) berücksichtigt. In den meisten Fällen (72 % bzw. 75 %) lag eine Dokumentation pro Klient:in vor. In Einzelfällen gab es bis zu fünf Dokumentationen pro Klient:in.

⁵ Bereinigt um 1.018 beschädigte Dateien.

⁶ Bereinigt um 120 doppelte Eingaben.

⁷ Bereinigt um 237 doppelte Eingaben.

Abbildung 6 Übersicht der für die Evaluierung herangezogenen Stichprobe der Quartalsdokumentationen



Anmerkung: Als Erstdokumentation wird die erste Quartalsdokumentation bezeichnet, die pro Klient:in vorlag. Eine Abschlussdokumentation ist die letzte Quartalsdokumentation pro Klient:in, wenn diese nach zehn oder mehr Behandlungseinheiten erfolgt ist.

Klient:innen-Fragebogen

Nach erfolgter Beauftragung der Evaluierung wurde ab Ende Dezember 2023 eine Fragebogenerhebung eingeführt. Hierzu füllten die Klient:innen zu Beginn (innerhalb der ersten fünf Behandlungseinheiten) und am Ende der Behandlungen (innerhalb der letzten fünf Behandlungseinheiten) einen Fragebogen aus. Der Fragebogen trug zur Beantwortung von zwei Evaluierungsfragen bei: 1) Anhand der Angaben erfolgte eine Charakterisierung der Klient:innen für die Outreach-Analyse; 2) Die Erfassung von Indikatoren für das Befinden zu Beginn und am Ende der Behandlungen ermöglichte eine objektive Messung von Veränderungen für die Outcome-Analyse.

Ablauf der Datenerhebung

Die Behandler:innen wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb der ersten und letzten fünf Einheiten beantworten zu lassen. Zu diesem Zweck wurde ein Link zum Fragebogen zur Verfügung gestellt, der über verschiedene Endgeräte genutzt werden konnte. Für Behandlungssettings, in denen kein digitales Endgerät zur Verfügung stand, wurde eine ausdrückbare PDF-Version des Fragebogens erstellt, die manuell ausgefüllt werden konnte. Die Behandler:innen wurden angehalten, den Fragebogen innerhalb der

Behandlungseinheiten ausfüllen zu lassen. Um die Integration in den Behandlungsablauf zu erleichtern, konnte der Befragungszeitpunkt innerhalb der ersten bzw. der letzten fünf Behandlungseinheiten flexibel gewählt werden. Rahmeninformationen wie die Anzahl der erfolgten Behandlungseinheiten wurden durch die Behandler:innen angegeben. Im Anschluss sollte den Klient:innen eine ruhige und beeinflussungsfreie Umgebung zur Verfügung gestellt werden, um ihnen das selbständige Ausfüllen des Fragebogens ohne Einsicht der Antworten durch die Behandler:innen zu ermöglichen. Gleichzeitig sollten die Behandler:innen bei Fragen zur Verfügung stehen.

Zur Teilnahme an der Fragebogenerhebung mussten die Klient:innen explizit zustimmen. Die Aufklärung über die Teilnahme und das Einholen der Zustimmung erfolgten durch die Behandler:innen. Diese gaben im Fragebogen an, ob ihre Klient:innen der Teilnahme zustimmten. Diese Maßnahme erfolgte zusätzlich zur schriftlichen Bestätigung der Datenverarbeitungsinformation, die Voraussetzung für die Teilnahme am Programm war und die Zustimmung zur Datennutzung im Rahmen der Evaluierung beinhaltete. Durch die zusätzliche Einholung der Zustimmung zum Fragebogen sollte die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Fragebogenerhebung im Sinne der guten wissenschaftlichen Praxis sichergestellt werden. Eine Ablehnung der Teilnahme hatte für die Klient:innen keine Nachteile zur Folge.

Datenerhebungs-Instrument

Die Behandler:innen gaben zu Beginn des Klient:innen-Fragebogens Informationen zur Behandlung ein. Dazu gehörten Behandler:innen- und Klient:innen-Codes zur anonymisierten Zuordnung von Erst- und Wiederholungsbefragungen sowie die Anzahl der zum Ausfüllzeitpunkt erfolgten Sitzungen. Die Behandler:innen konnten zudem eingeben, wenn Klient:innen die Teilnahme ablehnten oder aufgrund vorzeitiger Beendigungen nicht an der Befragung zu Behandlungsende teilnahmen. Bei der Befragung am Ende der Behandlungen wurden die Behandler:innen zudem nach ihrer subjektiven Einschätzung des Behandlungserfolgs sowie nach der Relevanz von Krisen für den Behandlungsbedarf gefragt.

Für die Befragung der Klient:innen selbst wurden Skalen und Items genutzt, die einen Vergleich mit einer repräsentativen Stichprobe junger Menschen in Österreich ermöglichten. So wurden mehrere Fragen und Skalen der HBSC-Studie (*Health Behaviour in School-aged Children*; <https://hbsc.org/>) verwendet. Im Rahmen dieser Studie werden Kinder und Jugendliche in Europa und Nordamerika alle vier Jahre zu ihrer Gesundheit und ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Auch Indikatoren zur psychischen Gesundheit

werden erfasst. Die aktuellste Erhebung, die vergleichend für die Evaluierung herangezogen wurde, stammt aus den Jahren 2021/22. In Österreich wurden Schüler:innen im Alter von elf bis 17 Jahren (Felder-Puig et al., 2023a; Teutsch et al., 2023) sowie Lehrlinge im Alter von 16 bis 21 Jahren (Felder-Puig et al., 2023b; Teutsch et al., 2023) befragt.

Die Klient:innen wurden zuerst zu ihren **demografischen und Hintergrundinformationen** befragt. Dazu gehörten Alter und Geschlecht, Wohnsituation, Beschäftigung (z. B. Schule, Studium, Berufstätigkeit) und Bundesland. Nach Vorbild der HBSC-Studie wurden der Migrationshintergrund und die zu Hause gesprochene Sprache erfasst. Der sozioökonomische Status wurde mit der deutschen Übersetzung der Family Affluence Scale (FAS; Boyce et al., 2006; Currie et al., 2008) erfasst, die ebenfalls im Rahmen der HBSC-Studie verwendet wurde. Außerdem wurde die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation der Familie sowie bei jungen Erwachsenen die eigene finanzielle Situation erfragt.

Das **Befinden** der Klient:innen wurde anhand von etablierten Instrumenten erfasst, die ebenfalls in der HBSC-Studie verwendet wurden. Das *Wohlbefinden* wurde anhand des WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index; Brähler et al., 2007), einer Skala mit fünf Items, erfasst. Die *Lebenszufriedenheit* wurde anhand der Grafik einer Leiter mit elf Stufen erfasst (Cantril, 1965). Die Klient:innen ordneten sich auf den Stufen der Leiter ein, wobei die oberste Stufe (10) das „beste mögliche Leben“ repräsentierte und die unterste Stufe (0) das „schlechteste mögliche Leben“. Die *Selbstwirksamkeit* wurde durch zwei Fragen basierend auf der HBSC-Studie erfasst. Schließlich gaben die Klient:innen für zwölf (*psycho-)* *somatische Beschwerden* (z. B. Kopfschmerzen, Nervosität, Bauchschmerzen) an, wie oft sie diese in den letzten 6 Monaten hatten (Ravens-Sieberer et al., 2008).

Während demografische und Hintergrundinformationen nur bei der Erstbefragung erhoben wurden, wurde das Befinden zu Beginn und am Ende der Behandlungen abgefragt, um Veränderungen analysieren zu können. Auf Wiederholungen der Fragen zum Hintergrund der Klient:innen wurde verzichtet, um die zur Beantwortung der Fragebögen benötigte Zeit zu reduzieren.

Einige Items wurden angepasst, um den unterschiedlichen Altersgruppen im Programm gerecht zu werden. So wurden für Jugendliche ab 16 Jahren bei der Wohnsituation zusätzlich die Optionen „alleine“, „in einer Wohngemeinschaft (WG) oder in einem

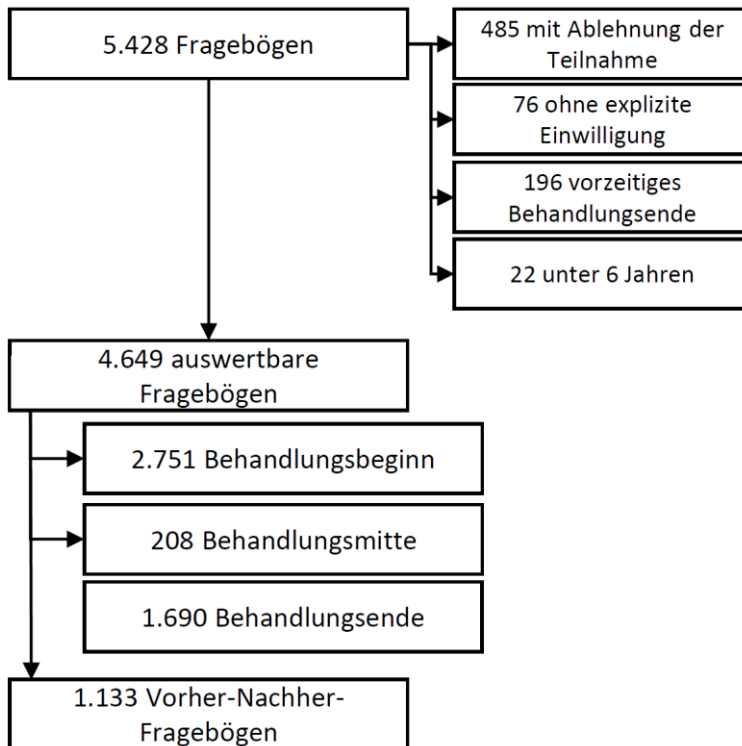
Wohnheim“ und „mit meinem Partner/meiner Partnerin“ angezeigt, die bei den jüngeren Klient:innen zur Vereinfachung nicht inkludiert waren. Teilweise wurden für jüngere Klient:innen vereinfachte Formulierungen verwendet, z. B. wurden Kinder gefragt, ob sie finden, dass ihre Familie „genug Geld hat“, während Jugendliche und junge Erwachsene um eine Einschätzung der „finanziellen Situation“ ihrer Familie gebeten wurden.

Stichprobe

Der Klient:innen-Fragebogen wurde insgesamt 4.910-mal online und 604-mal händisch ausgefüllt. Nach der Bereinigung um doppelte Eingaben verblieben insgesamt 5.428 Fälle (siehe Abbildung 7). Davon wurden 85 % in die Auswertung einbezogen. Ausgeschlossen wurden 485 Fragebögen, bei denen die Teilnahme durch die Klient:innen verweigert wurde, 76 Fragebögen, bei denen das explizite Einverständnis fehlte (nur bei manuell ausgefüllten Fragebögen), 196 Fälle, bei denen der Fragebogen aufgrund eines vorzeitigen Behandlungsendes nicht (erneut) ausgefüllt wurde sowie 22 Fälle unter 6 Jahren. Bei 2.923 Fragebögen handelte es sich nach eigenen Angaben um Erstbefragungen. In diesen wurden unter anderem demografische Daten erfasst, die zur Beschreibung der Klient:innen-Charakteristika genutzt wurden. Datengrundlage für die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf waren alle 4.649 Fragebögen. Fälle, bei denen mehr als die Hälfte der Angaben zum aktuellen Befinden fehlten, wurden in der Analyse der jeweiligen Indikatoren nicht berücksichtigt.

Mit Hilfe des Klient:innen-Fragebogens wurden die Charakteristika und das Befinden der Klient:innen im Verlauf der Behandlungen erfasst. Bei 2.923 Fragebögen handelte es sich nach eigenen Angaben um Erstbefragungen. In diesen wurden unter anderem demografische Daten erfasst, die zur Beschreibung der Klient:innen-Charakteristika genutzt wurden. Die Datengrundlage für die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf bildeten alle 4.649 Fragebögen.

Abbildung 7 Übersicht der Stichprobe des Klient:innen-Fragebogens



Anmerkung: Bei den Stichproben handelt es sich jeweils um Gesamtangaben, die nicht um fehlende Angaben auf einzelnen Skalen bereinigt wurden. Die tatsächliche Stichprobengröße kann daher für die einzelnen Analysen abweichen. Als Behandlungsbeginn wurde eine Befragung innerhalb der ersten fünf Einheiten definiert, als Behandlungsende eine Befragung nach mindestens zehn Einheiten.

Eltern-Fragebogen

Bei jungen Klient:innen, die den Fragebogen noch nicht selbst ausfüllen konnten, wurde ein Fragebogen für Bezugspersonen verwendet (im Folgenden Eltern-Fragebogen genannt). Als Bezugspersonen werden hier verschiedene Personengruppen bezeichnet, die Einblicke in die Situation der Klient:innen ermöglichten. Dies waren Obsorgeberechtigte, aber auch Verwandte und Bezugspersonen ohne Obsorgerecht. Der Eltern-Fragebogen konnte entweder als Alternative oder zusätzlich zum Klient:innen-Fragebogen ausgefüllt werden. Der Eltern-Fragebogen wurde ab Jänner 2024 an die Behandler:innen ausgesandt.

Wie der Klient:innen-Fragebogen diente auch der Eltern-Fragebogen einerseits der Charakterisierung der Klient:innen für die Outreach-Analyse und andererseits der Erfassung von Schwierigkeiten und dem Befinden der Klient:innen aus Elternperspektive zur objektiven Veränderungsmessung für die Outcome-Analyse.

Im Eltern-Fragebogen wurden die Charakteristika der Klient:innen sowie deren Schwierigkeiten und Befinden aus der Perspektive der Bezugspersonen erfasst. Bei 620 ausgefüllten Fragebögen handelte es sich nach eigenen Angaben um Erstbefragungen. Diese wurden genutzt, um die Charakteristika der Klient:innen zu beschreiben. Die subjektiven Veränderungen aus Sicht der Bezugspersonen wurden anhand von 278 Fällen analysiert, bei denen die Angaben nach mindestens zehn Einheiten gemacht wurden. Die Datengrundlage für die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf bildeten alle 814 Fragebögen.

Ablauf der Datenerhebung

Die Behandler:innen wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb der ersten und letzten fünf Behandlungseinheiten den Bezugspersonen vorzulegen. Da der Eltern-Fragebogen auch subjektive Veränderungen erfasste, konnte dieser auch nur am Ende der Behandlungen vorgelegt werden. Dies war insbesondere deshalb relevant, da die Befragung erst ab Jänner 2024 beginnen konnte und zu diesem Zeitpunkt viele Behandlungen bereits über die ersten fünf Einheiten hinaus fortgeschritten waren. Der Eltern-Fragebogen konnte ebenfalls online oder handschriftlich ausgefüllt werden.

Für die Teilnahme an der Fragebogenerhebung war die explizite Zustimmung der Bezugspersonen erforderlich. Neben der Aufklärung durch die Behandler:innen erfolgten eine schriftliche Aufklärung sowie die eigenhändige Bestätigung der Teilnahmebereitschaft. Lehnten die Bezugspersonen die Teilnahme an der Befragung ab, entstanden ihnen oder ihren Kindern keine Nachteile.

Datenerhebungs-Instrument

Zur anonymisierten Zuordnung von Erst- und Wiederholungserhebung gaben die Bezugspersonen den Behandler:innen-Code sowie einen selbst generierten Code an. Anschließend wurden die Anzahl der zum Ausfüllzeitpunkt erfolgten Sitzungen und die Beziehung zu den Klient:innen (z. B. Elternteil, institutionelle Betreuungsperson) erfasst.

Hintergrund und demografische Informationen wurden nach dem gleichen Prinzip wie im Klient:innen-Fragebogen erfasst.

Das ***Befinden*** des Kindes oder Jugendlichen wurde mit vier Items zur Erfassung *positiver Gefühle* des KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2005, 2014; The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erfasst. Zusätzlich wurde der Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997, 2020) zur Erfassung der *Stärken und Schwierigkeiten* des Kindes

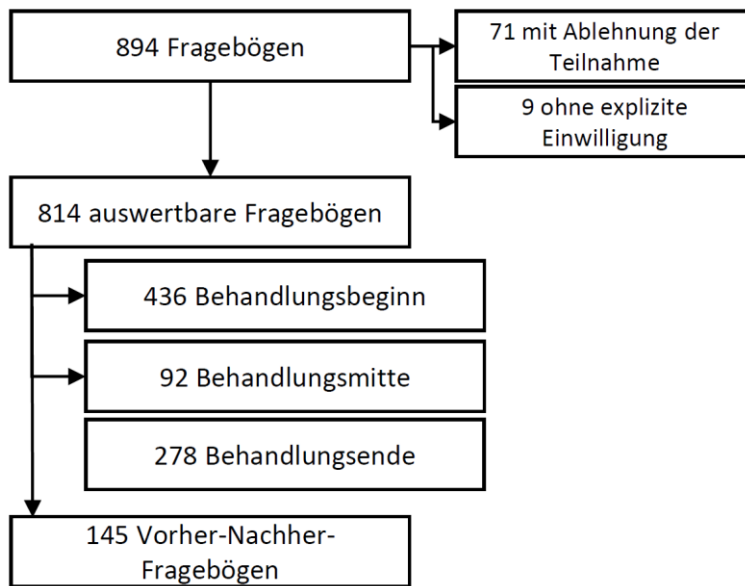
eingesetzt. Dieser besteht aus 25 Items mit Beschreibungen von Stärken und Schwierigkeiten, für die das Ausmaß des Zutreffens ausgewählt wird. Im Fragebogen wurde die erweiterte Version verwendet, die zusätzlich das Ausmaß der Schwierigkeiten, deren Dauer und die damit verbundene Beeinträchtigung und den Leidensdruck erfasst (Goodman, 1999). Eine Frage zur Relevanz von Krisen für die Schwierigkeiten wurde zusätzlich aufgenommen. Am Ende der Behandlung wurde erhoben, ob sich die Schwierigkeiten durch die Behandlung verändert haben.

Die Bezugspersonen wurden am Ende der Behandlung befragt, inwieweit sie selbst von der Behandlung profitiert haben. Dazu wurde die Subskala **Beratungseffekte** des Fragebogens zur Erziehungs- und Familienberatung (FEF; Vossler, 2001) verwendet. Die Bezugspersonen gaben hier anhand ihrer Zustimmung zu 15 Fragen an, inwieweit sich ihre Problemwahrnehmung, ihre emotionalen Reaktionen darauf, die Situation des Kindes und der Familie sowie ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe im Rahmen der Behandlung verändert hatten.

Stichprobe

Der Eltern-Fragebogen wurde 889-mal online und 92-mal manuell ausgefüllt. Nach Bereinigung um doppelte Eingaben verblieben 894 Fälle. Davon gaben 71 Personen an, nicht an der Befragung teilnehmen zu wollen. Bei weiteren neun Personen fehlte das explizite Einverständnis. Somit verblieben 814 Datensätze für die Auswertung. Davon wurden 436 innerhalb der ersten fünf Behandlungseinheiten (im Mittel nach 2,7 Einheiten), 278 nach mindestens zehn Einheiten (im Mittel nach 13,9 Einheiten) und 92 dazwischen (im Mittel nach 7,3 Einheiten) ausgefüllt. Nach Angaben der ausfüllenden Bezugspersonen handelte es sich in 620 Fällen um Erstauffüllungen und bei 195 Fällen um wiederholte Auffüllungen. Ein Matching von mehrfach ausgefüllten Fragebögen konnte für 145 Fälle durchgeführt werden. Eine Übersicht ist in Abbildung 8 dargestellt. Bei 620 ausgefüllten Fragebögen handelte es sich nach eigenen Angaben um Erstbefragungen. Diese wurden genutzt, um die Charakteristika der Klient:innen zu beschreiben. Die subjektiven Veränderungen aus Sicht der Bezugspersonen wurden anhand von 278 Fällen analysiert, bei denen die Angaben nach mindestens zehn Einheiten gemacht wurden. Datengrundlage für die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf waren alle 814 Fragebögen.

Abbildung 8 Übersicht der Stichprobe der Eltern-Fragebögen



Anmerkung: Bei den Stichproben handelt es sich jeweils um Gesamtangaben, die nicht für fehlende Angaben auf einzelnen Skalen bereinigt wurden. Die tatsächliche Stichprobengröße kann daher für die einzelnen Analysen abweichen. Als Behandlungsbeginn wurde eine Befragung innerhalb der ersten fünf Einheiten definiert, als Behandlungsende eine Befragung nach mindestens zehn Einheiten.

Der Eltern-Fragebogen richtete sich an verschiedene Bezugspersonen. Er konnte von Erwachsenen ausgefüllt werden, die in unterschiedlichen Beziehungen zu den Klient:innen standen. Mit 97 % wurden die meisten Angaben von einem Elternteil gemacht. Etwas mehr als 1 % der Fragebögen wurde von Pflegeeltern ausgefüllt, jeweils etwas weniger als 1 % von anderen Verwandten oder institutionellen Betreuer:innen.

Interviews und Fokusgruppen

Zusätzliche Informationen wurden durch qualitative Befragungen gewonnen. Zu den befragten Personengruppen gehörten Programmbeteiligte der zentralen Servicestelle, Behandler:innen, Klient:innen bzw. deren Eltern sowie Vertreter:innen des auftraggebenden Ministeriums und der mit der Abwicklung beauftragten Berufsverbände. Die qualitativen Befragungen dienten insbesondere der Identifikation förderlicher und hinderlicher Faktoren für den Programmerfolg. Sie erweiterten aber auch die Outcome-Analyse um zusätzliche Kontextinformationen.

Interviews und Fokusgruppen mit verschiedenen Interessensgruppen sowie die Analyse von Protokollen ermöglichten es, Kontextinformationen in die Evaluierung einzubeziehen. Die Befragungen wurden mit Klient:innen bzw. Eltern, Behandler:innen, Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle und Entscheidungsträger:innen durchgeführt, um unterschiedliche Perspektiven zu berücksichtigen.

Die Interviews und Fokusgruppen wurden überwiegend online durchgeführt. Sie wurden mit dem Einverständnis der Befragten aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Dabei wurden alle Informationen, die Rückschlüsse auf einzelne Personen zulassen, anonymisiert. Um die Anonymität der Befragten zu gewährleisten, wurden die Aufzeichnungen nach der Transkription gelöscht. Die Einverständniserklärungen wurden separat von den Transkripten aufbewahrt.

Interviews mit Vertreter:innen der zentralen Servicestelle

Zwischen Dezember 2023 und Februar 2024 fanden vier Interviews mit drei Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle statt. Die Interviews bezogen sich insbesondere auf die Prozesse von der Anmeldung bis zur Behandlung der Klient:innen. Auch der Zulassungsprozess von Behandler:innen in den Programmen wurde besprochen. Bei Bedarf wurden die Interviews durch Informationen aus informellen Gesprächen ergänzt. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 67 Minuten.

Interviews mit Behandler:innen

Zwischen Februar und März 2024 wurden 15 Interviews mit Behandler:innen von GadK II durchgeführt. Die Inhalte bezogen sich insbesondere auf den Prozess, der zur Teilnahme am Programm geführt hat, sowie auf den Behandlungsprozess. Es wurden Eindrücke zu den behandelten Klient:innen und deren Bedarfen berichtet. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 71 Minuten.

Bei der Auswahl der Interviewten wurde auf ein ausgewogenes Verhältnis von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen geachtet. Jeweils sechs der Befragten gehörten einer der Berufsgruppen an, drei hatten eine Doppelqualifikation. Bei den Psychotherapeut:innen waren verschiedene Psychotherapieschulen vertreten. Drei Personen waren systemische Psychotherapeut:innen, drei waren nach humanistischen Orientierungen ausgebildet (Existenzanalyse, Integrative Therapie, Personzentrierte Psychotherapie), zwei arbeiteten psychoanalytisch-psychodynamisch fundiert (Katathym

Imaginative Psychotherapie, Individualpsychologie) und eine verhaltenstherapeutisch. Die Psycholog:innen waren bis auf eine:n Klinische Psycholog:in als Klinische und Gesundheitspsycholog:innen qualifiziert. Unter den Interviewten waren fünf Männer und zehn Frauen. Die Mehrheit der Befragten behandelte bereits seit GadK Klient:innen über die Programme. Fünf Interviewte waren neu in GadK II eingestiegen. Die Anzahl der behandelten Klient:innen lag etwa zwischen zehn und 60. Unter den Interviewten waren Behandler:innen aus Wien (7), Niederösterreich (3), Vorarlberg (2), Tirol (1), Burgenland (1), Oberösterreich (1) und Kärnten (1) vertreten⁸. Die Praxen befanden sich sowohl in städtischen als auch in ländlichen Regionen. Vier Behandler:innen behandelten Menschen mit Migrationshintergrund in deren Muttersprache.

Interviews mit Klient:innen und Obsorgeberechtigten

Zwischen Februar und April 2024 wurden ein:e jugendliche Klient:in sowie ein Elternteil einer/eines Klient:in interviewt. Themen der Interviews waren der Zugang zu den GadK-Programmen sowie die Erfahrungen von der Zuweisung bis zum Abschluss der Behandlung und die Einschätzung des Behandlungserfolgs. Die Behandlungen waren zum Zeitpunkt des Interviews abgeschlossen. Die Interviews dauerten zwischen 16 und 32 Minuten.

Fokusgruppe mit Auftraggeberin und abwickelnden Berufsverbänden

Im Dezember 2024 wurde eine Fokusgruppe mit Vertreter:innen des BMSGPK, des BÖP, des ÖBVP und der zentralen Servicestelle durchgeführt. Pro Interessengruppe nahm ein:e Vertreter:in teil. Zusätzlich waren zwei Moderatorinnen anwesend. Die Fokusgruppe wurde online durchgeführt und dauerte 93 Minuten.

Dokumente und Protokolle

Zusätzlich zu den spezifisch erhobenen qualitativen Daten wurden bestehende Protokolle und Dokumentationen zur Evaluierung verwendet. Diese Daten wurden vor allem für die Prozessanalyse verwendet.

Die Projektbegleitgruppe (bei GadK als Projektsteuerungsgruppe bezeichnet) traf sich regelmäßig zur Reflexion des Programmerfolgs und zur Identifikation von Optimierungspotenzialen (BMSGPK, 2023b, S. 13). Sie setzte sich zusammen aus Vertreter:innen des BMSGPK, der Servicestelle, des BÖP, des ÖBVP, des BMBWF und des BKA Sektion VI – Familie und Jugend. Für jedes Treffen wurden Präsentationen zur

⁸ Angegeben wurden die Behandlungsorte. Teilweise waren Behandler:innen in mehreren Praxen in verschiedenen Bundesländern tätig, sodass mehrere Standorte pro Person angegeben werden konnten.

Vorstellung des Programmfortschritts sowie Protokolle über die Diskussionsinhalte erstellt. Diese wurden im Rahmen der Evaluierung analysiert. Zu GadK fanden acht Treffen zwischen April 2022 und Juli 2023 statt. Zu GadK II gab es fünf Treffen zwischen Juli 2023 und Juni 2024.

Zusätzlich fanden im Verlauf der Evaluierung vier Besprechungen des Evaluierungs-Teams mit Vertreter:innen des BMSGPK, der Servicestelle, des BÖP und des ÖBVP statt. Hierbei wurden unter anderem Zwischenergebnisse diskutiert und eingeordnet. Die so gewonnenen Informationen wurden bei der Evaluierung berücksichtigt.

Datenauswertung

Auf Grundlage der unterschiedlichen Datentypen wurden verschiedene Auswertungsmethoden verwendet. Die Ergebnisse wurden triangulierend zusammengeführt.

Statistische Auswertungen

Die Auswertung der quantitativen Daten (Programmstatistiken, Monatsdokumentationen, Quartalsdokumentationen, Fragebögen) erfolgte mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Verfahren. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse wurden Grafiken erstellt. Für die Auswertung wurden die Programme IBM SPSS Statistics und R verwendet.

Basierend auf den Fragestellungen wurden Teildatensätze der Quartalsdokumentationen und der Fragebögen ausgewertet. So erfolgten die Analysen zur Charakterisierung der Klient:innen anhand von erstmals ausgefüllten Fragebögen und anhand der aktuellsten Dokumentationen. Die Analyse des Befindens zu Beginn der Behandlung erfolgte anhand von Fragebögen, die innerhalb der ersten fünf Behandlungseinheiten ausgefüllt wurden. Die Analyse des Befindens am Ende der Behandlung sowie der Behandlungsfortschritte erfolgte anhand von Fragebögen und Dokumentationen, die nach mindestens zehn Sitzungen ausgefüllt wurden. Damit sollte sichergestellt werden, dass mögliche extern bedingte vorzeitige Behandlungsabbrüche die Ergebnisse nicht verzerren. Veränderungen im Behandlungsverlauf wurden anhand aller verfügbaren Fragebögen untersucht.

Einfache Gruppenvergleiche wurden mit t-Tests durchgeführt. Zur Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf wurde der Effekt der Anzahl der erfolgten Einheiten unter Kontrolle von Alter und Geschlecht auf die Indikatoren des Befindens untersucht. Hierfür wurden Generalized Estimating Equations (GEE) mit Hilfe des Pakets

geepack für R berechnet (Halekoh, Højsgaard & Yan, 2006). Grundlage hierfür ist die gute Eignung für geclusterte Daten mit wenigen Fällen pro Cluster (ein bis zwei Erhebungen pro Klient:in) bei gleichzeitiger Robustheit gegenüber unbalancierten Daten, die durch Probleme bei der Zuordnung von Wiederholungserhebungen entstanden. Einzelne fehlende Daten wurden vor der Analyse imputiert. Die Ergebnisse wurden ohne Imputation und anhand der Beschränkung auf Fälle mit zwei vollständigen Befragungen überprüft und wichen nicht bedeutsam ab.

Analyse qualitativer Daten

Qualitative Daten aus Interviews, Protokollen und unstrukturierten Quartalsdokumentationen sowie offene Kommentare aus Fragebögen und Quartalsdokumentationen wurden mit Unterstützung der Software MaxQDA ausgewertet. Für die Auswertung der unstrukturierten Quartalsdokumentationen und der offenen Kommentare wurden die Inhalte mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse strukturiert (Kuckartz, 2022; Mayring, 2022). Die Auswertung der Interviews erfolgte mit der Reflexiven Thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2022). Dabei wurden induktiv zentrale Themenbereiche herausgearbeitet. Der Fokus lag einerseits auf den Programmabläufen und andererseits auf den Merkmalen der Niederschwelligkeit.

Limitationen der Evaluierung

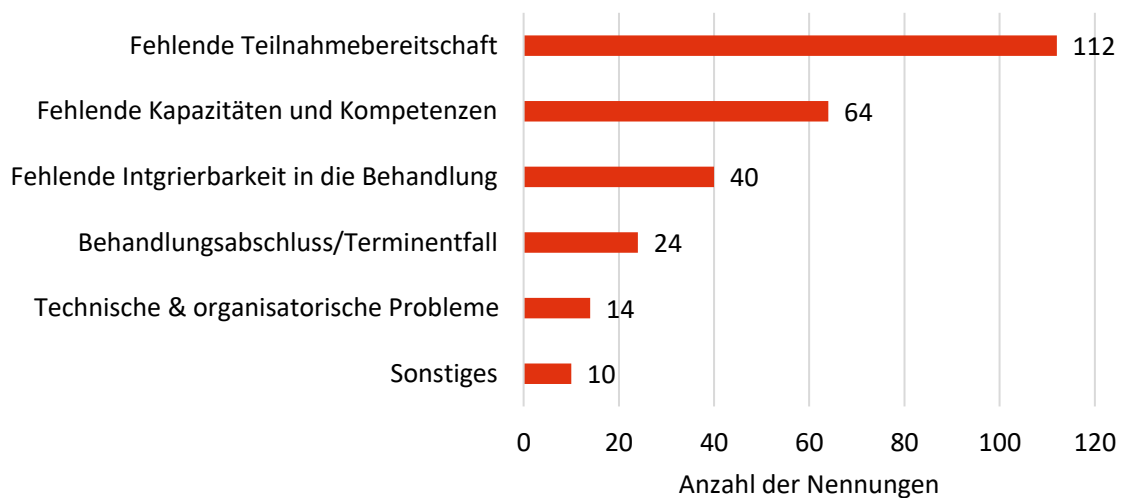
Die einzelnen Datenquellen weisen Einschränkungen auf, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Isoliert betrachtet lässt jede Quelle nur begrenzte Aussagen über die Zielerreichung und die Wirksamkeit der Maßnahmen zu. Die Kombination der Ansätze und die Vielfalt der berücksichtigten Perspektiven sind daher von zentraler Bedeutung, um die Zuverlässigkeit der Evaluierungsergebnisse zu gewährleisten.

Die Limitationen der Evaluierung betreffen insbesondere verzerrte Stichproben der Befragungsteilnehmenden, Inkonsistenzen in den Daten und alternative Interpretationen der Ergebnisse. Durch die Kombination verschiedener Datenquellen und Analyseansätze kann diesen Limitationen entgegengewirkt und die Verlässlichkeit der Evaluierungsergebnisse gewährleistet werden.

Nicht-Teilnahme und Dropouts beim Klient:innen-Fragebogen

Das Ausfüllen des Klient:innen-Fragebogens war für die Klient:innen bzw. deren Bezugspersonen nicht verpflichtend. Während die Freiwilligkeit aus ethischen Gründen erforderlich war, können Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden, da bestimmte Subgruppen von Klient:innen in den Fragebogendaten nicht repräsentiert sind. Um derartige potenzielle Verzerrungen nachvollziehen zu können, wurden die Behandler:innen gebeten, Ablehnungen der Teilnahme im Fragebogen zu dokumentieren und die Gründe hierfür anzugeben, sofern diese bekannt waren. Auf diese Weise war es möglich, nachzuvollziehen, welche Klient:innen nicht an der Befragung teilgenommen haben und somit nicht in den Daten abgebildet sind. Die Nennungen wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse induktiv kategorisiert und ausgezählt. Die Ergebnisse sind in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9 Gründe für die Ablehnung der Teilnahme am Klient:innen-Fragebogen



Anmerkung: Auswertung anhand von $N = 236$ Angaben zu Ablehnungen der Teilnahme im Klient:innen-Fragebogen.

Der am häufigsten genannte Grund für die Nicht-Teilnahme der Klient:innen an der Befragung war laut Behandler:innen die allgemein fehlende Motivation und Bereitschaft hierzu. In den meisten Fällen wurde dies nicht weiter begründet oder es wurde auf Lustlosigkeit und Desinteresse verwiesen. In mehreren Fällen äußerten die Klient:innen bzw. deren Obsorgeberechtigte Skepsis bezüglich der Anonymität beim Ausfüllen des Fragebogens oder waren unsicher, was mit ihren Angaben passieren würde. Auch eine (noch) nicht ausreichend aufgebaute Vertrauensbasis sowie der erforderliche Aufwand

trugen zur fehlenden Teilnahmebereitschaft bei. In Einzelfällen hatten Klient:innen negative Vorerfahrungen beim Ausfüllen von Fragebögen gemacht und lehnten dies daher ab.

Ein weiterer Grund für die Nicht-Teilnahme waren fehlende Kapazitäten und Kompetenzen. Diese waren in den meisten Fällen auf das Ausmaß der psychischen Probleme zurückzuführen. Dadurch fühlten sich die Klient:innen zum Teil überfordert. Zusätzlich spielten kognitive Einschränkungen, Entwicklungsstörungen, gesundheitliche Probleme und mangelnde Deutschkenntnisse eine Rolle. Teilweise wurde auch das junge Alter der Klient:innen als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt.

Mehrfach wurde die fehlende Integrierbarkeit des Fragebogens in den Behandlungsverlauf angeführt. Die Behandler:innen gaben an, die Sitzungen entweder selbst anders gestalten zu wollen oder aufgrund der Bedarfe der Klient:innen gestalten zu müssen. Zusätzlich wurde die Forderung der Klient:innen zitiert, die Sitzung für eigene Themen verwenden zu wollen. Da die Befragung in einer fortgeschrittenen Phase des Programms startete, äußerten mehrere Behandler:innen in der informellen Kommunikation auch den Unwillen, die bisher frei zur Verfügung stehende Zeit für die Evaluierung zu nutzen.

Darüber hinaus wurde der Fragebogen von einigen Klient:innen aufgrund technischer oder organisatorischer Probleme (z. B. Anwesenheit eines Geschwisterkindes, Online-Sitzungen) oder aufgrund des Abschlusses der Behandlung, häufig in Kombination mit spontan abgesagten letzten Terminen, nicht ausgefüllt.

Vereinzelt wurden andere Gründe genannt. So gab es Klient:innen, denen es so gut ging oder deren Befinden so stark schwankte, dass sie eine Momentaufnahme mittels Fragebogen nicht für sinnvoll hielten.

Ein Teil der Klient:innen, bei denen anhand der angegebenen Codes zwei Einträge identifizieren werden konnten, stimmte der Teilnahme nur bei einer der Erhebungen zu. Anhand von 105 Fällen wurde analysiert, ob sich Klient:innen, die an beiden Befragungen teilgenommen haben, systematisch von Klient:innen unterschieden, die explizit nur einen Fragebogen ausgefüllt haben. Weder bei den demographischen Variablen⁹ noch bei den

⁹ T-Test für unabhängige Stichproben: Alter $t(129) = 1,04$, $p = 0,300$; Familienwohlstand $t(1132) = 0,00$, $p = 0,999$. Chi-Quadrat-Test: Geschlecht $X^2(2) = 4,44$, $p = 0,109$; Migrationshintergrund $X^2(2) = 0,37$, $p = 0,830$.

Befindlichkeitsindikatoren¹⁰ konnten Unterschiede bei der ersten Befragung festgestellt werden.

Zuordnung der wiederholt ausgefüllten Klient:innen-Fragebögen

Um den Schutz der Angaben der Klient:innen im Fragebogen zu gewährleisten, wurde die Datenerhebung nicht an die GadK Plattform angebunden. Dadurch war es notwendig, manuell Codes einzugeben, um die Angaben zu Beginn und am Ende der Behandlung einander zuzuordnen. Um die Zuverlässigkeit dieser Angaben zu erhöhen, wurden sie durch die Behandler:innen gemacht. Darüber hinaus wurde empfohlen, die IDs und Codes zu verwenden, die für die Angaben auf der Programmplattform verwendet wurden. Indem keine Verknüpfung mit den bei GadK hinterlegten Daten hergestellt wurde, konnte die Anonymität der ausfüllenden Klient:innen auch bei der Angabe dieser Informationen sichergestellt werden. Trotz dieser Maßnahmen konnten nicht alle Anfangs- und Abschlussbefragungen einander zugeordnet werden. Ein direkter Vorher-Nachher-Vergleich würde eine solche Zuordnung erfordern und ist daher nur unter Ausschluss eines Teils der Daten möglich.

Da davon auszugehen ist, dass die fehlende Zuordnung von Fragebögen zu Beginn und am Ende der Behandlung überwiegend auf Fehler in der Codeeingabe zurückzuführen ist, und da eine Analyse von Dropouts keine Hinweise auf bedeutsame Unterschiede zu nachweisbar zweimalig ausfüllenden Klient:innen aufzeigte, wurde eine Analysemethode gewählt, die einerseits eine Berücksichtigung erfolgter Zuordnungen ermöglicht und andererseits auch nicht zugeordnete Fragebögen berücksichtigt.

Verzerrungen der Behandler:innen-Stichprobe

Die Behandler:innen wurden über die zentrale Servicestelle für die Interviewteilnahme rekrutiert. Erreicht wurden hierdurch vor allem Behandler:innen, die besonders engagiert im Programm tätig waren. Unzufriedene und skeptische Behandler:innen sind somit unterrepräsentiert.

¹⁰ T-Test für unabhängige Stichproben: Wohlbefinden $t(1169) = 1,26$, $p = 0,210$; Lebenszufriedenheit $t(1155) = 0,40$, $p = 0,689$; Beschwerden $t(1121) = -0,32$, $p = 0,752$.

Erschwerter Zugang zu Klient:innen und Bezugspersonen

Der Zugang zu Klient:innen und Bezugspersonen für die Befragungen im Rahmen der Evaluierung war vor allem über die Behandler:innen möglich. Im Rahmen der Behandlungen lag der Fokus jedoch vor allem auf der Verbesserung der Situation und des Befindens der Klient:innen, sodass die Teilnahme an der Evaluierung für diese keine Priorität hatte. Die Perspektive der Klient:innen und deren Bezugspersonen konnte daher bis auf einzelne Ausnahmen nur mittels Fragebogen erfasst werden. Interviews konnten nur in Einzelfällen durchgeführt werden, sodass das subjektive und kontextualisierte Erleben der Betroffenen in den GadK-Programmen nur eingeschränkt dargestellt werden kann. Daher wurden die Behandler:innen auch als Informationsvermittler:innen zur Situation der Klient:innen befragt.

Abweichungen zwischen Datenquellen

Innerhalb der verschiedenen Datenquellen gab es leichte Abweichungen. So variierte beispielsweise die Anzahl der Behandlungen je nach genutzter Datenquelle zwischen 14.381 (Klient:innen-Liste des Programms) und 14.765 (Monatsdokumentationen). Bei Unsicherheiten wurde daher in diesem Bericht der niedrigere Wert angegeben oder ein abgerundeter Wert verwendet. Die Abweichungen waren jedoch ausreichend gering, um keinen Einfluss auf die grundsätzlichen Ergebnisse der Evaluierung zu haben.

Regression zur Mitte

Es ist davon auszugehen, dass Klient:innen zu einem Zeitpunkt psychosoziale Unterstützung suchen, zu dem ihr Allgemeinbefinden besonders schlecht ist. Dementsprechend erfolgte die Anmeldung und der Behandlungsbeginn in den GadK-Programmen meist in einer Phase schlechten Allgemeinzustands und hoher Symptombelastung. Da das Befinden auch ohne Behandlung schwankt, ist von diesem Tiefpunkt aus ein statistischer Trend zur Besserung zu erwarten („Regression zur Mitte“, Rost, 2022). Dieser kann unabhängig von der Intervention sein. Veränderungen des Befindens im Behandlungsverlauf sollten unter Berücksichtigung dieser möglichen Verzerrung interpretiert werden.

5 In welchem Ausmaß wurden die GadK-Programme durch die Zielgruppe in Anspruch genommen?

Auf einen Blick

- GadK II übertraf die vorab definierten Zielwerte in Bezug auf die Anzahl der Kontaktaufnahmen durch potentielle Klient:innen (mindestens 15.000), Clearings (mindestens 9.000), Zuweisungen zu Behandlungen (mindestens 9.000) und den Behandler:innen-Pool (mindestens 1.000 Behandler:innen).
- Pro Bundesland konnten aufgrund geringer Anmeldezahlen weniger als die vorgesehenen drei Sensibilisierungs-Workshops für Jugendarbeiter:innen durchgeführt werden. Als Alternative wurden Online-Workshops durchgeführt.
- Die Nachfrage nach Behandlungsplätzen nahm im Verlauf der Programme zu. Das höhere Budget von GadK II korrespondiert mit den im Vergleich zu GadK gestiegenen Anmelde- und Klient:innen-Zahlen.
- Das Behandlungsangebot und die Anzahl der Klient:innen variierten zwischen den Bundesländern. Am stärksten wurden die Programme in Wien und Kärnten in Anspruch genommen.
- GadK II wurde hauptsächlich von Klient:innen mit niedrigem bis mittlerem sozioökonomischen Status in Anspruch genommen. Personen mit Migrationshintergrund wurden erst ab dem Jugendalter in gleichem Ausmaß erreicht wie Personen ohne Migrationshintergrund.
- Klient:innen wurden überwiegend wegen psychischer Probleme behandelt, die in den letzten Wochen bis Monaten neu aufgetreten waren.
- Anpassungsstörungen stellten das häufigste diagnostizierte Störungsbild dar.
- Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungsplatz in GadK II betrug laut Dokumentation der Servicestelle zwei bis drei Wochen und lag damit klar unter den Wartezeiten in der Regelversorgung.
- Die in GadK und GadK II definierten Zielwerte wurden erreicht, liegen aber unter dem geschätzten Bedarf. Es ist daher weiterhin von einem ungedeckten Bedarf auszugehen.

Zentral für die Inanspruchnahme der GadK-Angebote war, dass junge Menschen mit Behandlungsbedarf auf das Angebot aufmerksam wurden und sich anmeldeten bzw. angemeldet wurden. Die Anzahl von Kontaktaufnahmen, Anmeldungen, Clearings und Matchings sowie der durchgeführten Behandlungen waren daher wichtige Kennwerte für die Beurteilung der Förderprogramme. Die Teilnahme von Behandler:innen an den Programmen war zudem entscheidend, um die Versorgungsleistungen bereitzustellen. Zur Beurteilung dieser Faktoren wurden Dokumentationen über Kontaktaufnahmen, Anmeldungen, Clearings, Matchings, Verlängerungsanträge und den Behandler:innen-Pool der GadK Abwicklungsstelle herangezogen. Zusätzlich standen mehr als 100.000 Monatsdokumentationen zur Verfügung, die sich auf 8.324 Behandlungen im Rahmen von GadK und 14.841 Behandlungen im Rahmen von GadK II bezogen. Neben den Kennwerten wurden Klient:innen, die das Angebot in Anspruch nahmen, hinsichtlich ihrer soziodemografischen und belastungsspezifischen Merkmale charakterisiert. Dies erfolgte auf Grundlage von Quartalsdokumentationen zu insgesamt 19.368 Behandlungen (davon 11.142 über GadK II) und anhand von Auskünften im Fragebogen (2.923 Befragungen von Klient:innen und 620 Befragungen von Bezugspersonen).

Die Angebotsstruktur: Wie setzt sich der Behandler:innen-Pool zusammen?

Für die GadK-Programme sollte ein das ganze Bundesgebiet umfassender Behandler:innen-Pool aufgebaut werden. Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen sollten in einem ausgewogenen Verhältnis vertreten sein. Letzteres wurde, wie die Daten der Abwicklungsstelle zeigen, mit 48 % Psychotherapeut:innen, 45 % Psycholog:innen sowie 7 % Behandler:innen mit geprüfter Doppelqualifizierung erreicht.

Der Pool von 1.414 geprüften Behandler:innen deckte alle österreichischen Bundesländer ab. Zusätzlich wurde das Angebot durch Online-Behandlungen ergänzt. Der Behandler:innen-Pool war um 40 % größer als in den Zielvorgaben angegeben und erfüllte das angestrebte Verhältnis von 50/50 zwischen den Berufsgruppen. In allen Bundesländern vergrößerte sich der Behandler:innen-Pool im Verlauf der GadK-Programme, wodurch das Angebot kontinuierlich erweitert werden konnte. Eine Differenz zwischen Angebot und Nachfrage zeigte sich vor allem im Bereich der Fremdsprachen.

Der Behandler:innen-Pool deckte alle Bundesländer ab (siehe Tabelle 1). Das höchste Verhältnis von Behandler:innen in Relation zur jungen Bevölkerung¹¹ wiesen Wien und Kärnten auf. Hier stand bei GadK II fast ein:e Behandler:in pro 1.000 jungen Menschen zur Verfügung. Das niedrigste Verhältnis wurde, wie bereits bei GadK, in Vorarlberg und in Niederösterreich verzeichnet. Für Klient:innen ohne Behandler:innen im direkten Umkreis bestand bei 58 % der Behandler:innen die Möglichkeit, Behandlungen online in Anspruch zu nehmen.

Tabelle 1 Behandlungsangebot in den Bundesländern

Bundesland	Bevölkerung der 0-21 Jährigen ¹	Anzahl der Behandler:innen ² (Behandler:innen pro 1.000 jungen Menschen in der Bevölkerung)
Burgenland	59.038	42 (0,7)
Kärnten	112.730	111 (1,0)
Niederösterreich	369.785	198 (0,5)
Oberösterreich	340.450	198 (0,6)
Salzburg	123.163	93 (0,8)
Steiermark	254.829	191 (0,8)
Tirol	165.438	142 (0,9)
Vorarlberg	95.367	47 (0,5)
Wien	433.135	425 (1,0)

Anmerkung: ¹ Bevölkerung der 0-21-Jährigen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024; ² Die Summe in „Anzahl der Behandler:innen“ pro Bundesland übersteigt die Gesamtanzahl der 1.414 Behandler:innen, da manche Behandler:innen Behandlungen in mehreren Bundesländern anboten.

Der Behandler:innen-Pool wuchs im Vergleich zu GadK in allen Bundesländern deutlich an. Der größte Zuwachs war in Salzburg zu verzeichnen, wo sich der Behandler:innen-Pool mehr als verdoppelte. Während Salzburg während des ersten Programms vergleichsweise wenige Behandler:innen im Verhältnis zur Bevölkerungszahl hatte, lag das Bundesland am

¹¹ Bevölkerung der 0-21-Jährigen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024

Ende von GadK II im Mittelfeld. In den anderen Bundesländern vergrößerte sich der Behandler:innen-Pool ebenfalls jeweils um mindestens 50 %. Lediglich in Oberösterreich war der Zuwachs mit 39 % niedriger.

Die durchschnittliche Anzahl der betreuten Klient:innen pro Behandler:in stieg zwischen GadK und GadK II. Während im ersten Programm die meisten Behandler:innen zwei oder drei Klient:innen betreuten, lag der häufigste Wert bei GadK II bei fünf Klient:innen pro Behandler:in. Ein größerer Anteil der Behandler:innen betreute nun mehr als zehn Klient:innen (siehe Tabelle 2). Dieser Anstieg lässt sich darauf zurückführen, dass der Behandler:innen-Pool während GadK noch im Aufbau war und Behandler:innen erst im Verlauf des Programms Behandlungen übernehmen konnten. Bei GadK II wurden Behandler:innen aus dem bestehenden Pool übernommen und konnten somit früher in der Programmlaufzeit mit der Betreuung von Klient:innen beginnen und somit in Summe mehr Behandlungen durchführen. Zusätzlich waren manche Behandler:innen zu Beginn skeptisch gegenüber den GadK-Programmen. Sie erhöhten ihre Kapazitäten mit zunehmender Vertrautheit. Zu berücksichtigen ist darüber hinaus das höhere Budget von GadK II, wodurch insgesamt mehr Behandlungen möglich waren.

Tabelle 2 Anzahl der behandelten Klient:innen pro Behandler:in

Klient:innen pro Behandler:in	Prozent GadK (N = 860)	Prozent GadK II (N = 1.356)
1-5	39 %	22 %
6-10	33 %	31 %
11-15	17 %	23 %
16-20	7 %	10 %
> 20	4 %	14 %

Anmerkung: Abweichungen der Stichprobengröße von der Gesamtanzahl der Behandler:innen ergeben sich daraus, dass nicht alle Behandler:innen des Behandler:innen-Pools Behandlungen durchgeführt haben.

Nicht alle Behandler:innen boten Behandlungen für das gesamte Altersspektrum von GadK II an. Je jünger die Klient:innen, desto weniger geeignete Behandler:innen waren verfügbar (siehe Tabelle 3). Da jedoch weniger Klein- und Vorschulkinder als Schulkinder, Jugendliche und junge Erwachsene bei GadK II angemeldet wurden, war das Verhältnis von Angebot und Nachfrage für die jüngste Altersgruppe dennoch günstig.

Tabelle 3 Behandlungsangebot für verschiedene Altersgruppen in GadK II

Altersgruppe	Anzahl der Behandler:innen	Verhältnis Behandler:innen/Klient:innen
0-3 Jahre	298	5,42
3-7 Jahre	460	0,57
7-10 Jahre	687	0,31
10-14 Jahre	864	0,21
14-17 Jahre	1.116	0,30
17-21 Jahre	1.273	0,20

Von den 1.414 Behandler:innen boten 156 (11 %) Behandlungen auch in einer anderen Sprache als Deutsch oder Englisch an. Inklusive Deutsch und Englisch umfasste das Angebot 30 Sprachen. Am häufigsten wurde neben Englisch Französisch (31 Behandler:innen) angeboten, gefolgt von Schweizerdeutsch (20 Behandler:innen), Italienisch (18 Behandler:innen) und Spanisch (17 Behandler:innen). Auch die BKS-Sprachen Bosnisch, Kroatisch und Serbisch sowie Russisch und Türkisch wurden jeweils von mehr als zehn Behandler:innen angeboten (siehe Tabelle 4). Vier Behandler:innen boten Behandlungen in Gebärdensprache an.

Die häufigste Sprache in den durchgeführten Behandlungen war neben Deutsch Englisch (55-mal). Türkisch, Persisch und Arabisch wurden jeweils über 30-mal für Behandlungen verwendet. Eine Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage zeigte sich bei Persisch und Arabisch, die nur von vier bzw. drei Behandler:innen angeboten wurden, jedoch häufig in Anspruch genommen wurden. Im Gegensatz dazu wurden die Sprachen Französisch und Schweizerdeutsch zwar von zahlreichen Behandler:innen angeboten, jedoch nicht für Behandlungen verwendet.

Tabelle 4 Angebot und Nachfrage der Behandlungssprachen

Sprache	Angebot: Anzahl der Behandler:innen	Nachfrage: Anzahl der Behandlungen auf der Sprache
Englisch	87	52
Französisch	31	0
Schweizerdeutsch	20	0
Italienisch	18	2
Spanisch	17	0
Kroatisch	14	1
Russisch	13	28
Türkisch	13	32
Bosnisch	12	2
BKS	11	4
Serbisch	11	4
Rumänisch	6	15
Griechisch	5	2
Niederländisch	5	1
Gebärdensprache	4	3
Persisch	4	31
Arabisch	3	34
Polnisch	3	1
Bulgarisch	2	1
Ukrainisch	2	4
Hebräisch	1	5

Anmerkung: Analyse des Angebots anhand der Angaben von 1.414 Behandler:innen, Analyse der Nachfrage anhand von Informationen zu 14.826 erstmaligen Matches mit erfolgten Einheiten. Weitere nicht für die Behandlungen genutzte Sprachen waren (Anzahl der anbietenden Behandler:innen in Klammern): Tschechisch (5), Ungarisch (4), Schwedisch (3), Slowakisch (3), Hindi (1), Litauisch (1), Slowenisch (1), Telugu (1), Urdu (1); einmal als Behandlungssprache angegeben aber nicht als Angebot genannt wurde Dänisch.

Quantitative Zielerreichung: Wurden die zu Programmbeginn definierten Zielwerte der Inanspruchnahme erreicht?

Im Rahmen der GadK-Sonderrichtlinien wurden quantitative Ziele definiert, die durch die „Förderprogramme erreicht werden sollten. Die Zielsetzungen von GadK II und deren Erfüllung werden im Folgenden dargestellt. In den weiteren Unterkapiteln erfolgt eine detaillierte Analyse der Inanspruchnahme des Angebots durch die Klient:innen, eine Charakterisierung der erreichten Zielgruppe und eine Beschreibung des Behandler:innen-Pools.

Die in der Sonderrichtlinie definierten Ziele für GadK II wurden größtenteils erreicht. Die Anzahl der erreichten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen überstieg deutlich über den Zielwerten. Sowohl die Anzahl der Kontaktaufnahmen als auch die der Clearings und Behandlungszuweisungen lagen über den Zielwerten. Mehr als 14.000 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen konnte durch GadK II eine Behandlung ermöglicht werden. Dies basierte unter anderem auf der erfolgreichen Vergrößerung des Behandler:innen-Pools. Lediglich bei den Sensibilisierungs-Workshops für Jugendarbeiter:innen war die Nachfrage geringer als das Angebot, sodass die angestrebte Anzahl nur durch Online-Workshops erreicht werden konnte.

- **Mindestens 15.000 Kontaktaufnahmen durch Kinder und Jugendliche bzw. Erziehungsberechtigte – Erfüllt**

Für GadK II wurden 19.440 Anrufe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bzw. deren Bezugspersonen dokumentiert. Kontaktaufnahmen per E-Mail sind hierbei nicht berücksichtigt, weshalb die tatsächliche Anzahl höher liegt. Zudem erfolgte nicht vor jeder Anmeldung eine separate Kontaktaufnahme. Die Anzahl der Anmeldungen lag für GadK II bei 23.916.

- **Mindestens 9.000 durchgeführte Clearings (= Bedarfsklärungen) – Erfüllt**

Die Mindestanzahl der Clearings kann anhand der Anzahl der Anmeldungen und der erfolgten Matchings (= Behandlungszuweisungen) abgeleitet werden. Im Verlauf von GadK II gingen 23.916 Anmeldungen ein und es wurden über 19.000 erstmalige Matchings hergestellt. Da jedem erstmaligen Matching ein Clearing vorausgeht, wurde die

Mindestanzahl von 9.000 Clearings deutlich überschritten. Ausscheidungen ohne Matching waren überwiegend auf eine Nicht-Erfüllung von Formalkriterien für eine Behandlung in GadK zurückzuführen. In Einzelfällen schieden Klient:innen nach einem Level II Clearing aus, da andere Angebote für ihren Bedarf angemessener waren.

- **Zwischen 9.000 und 10.000 Zuweisungen von Kindern und Jugendlichen zu Beratungen oder Behandlungen – Erfüllt**

Insgesamt wurden mehr als 19.000 Zuweisungen zu Behandlungen vorgenommen, die in 14.381 durchgeführten Behandlungen resultierten. Der Zielwert wurde damit deutlich übertroffen. Nicht begonnene Behandlungen nach erfolgten Matchings waren in 49 % der Fälle auf den Ablauf der Behandlungsgutscheine zurückzuführen. Dies war der Fall, wenn Klient:innen sich nicht innerhalb von 14 Tagen bei den zugewiesenen Behandler:innen meldeten. In 13 % der Fälle bestand nach dem Matching kein Bedarf mehr. Die restlichen Matchings wurden storniert.

- **Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Umfang von durchschnittlich 15 Stunden bei Einzelbehandlungen und durchschnittlich 30 Einheiten bei Gruppenbehandlungen – Grundsätzlich erfüllt**

Die durchschnittliche Anzahl von Behandlungseinheiten lag in GadK II bei 11,1 Einheiten für Einzelbehandlungen und 18,6 Einheiten für Gruppenbehandlungen. Diese Mittelwerte ergeben sich aufgrund vorzeitiger Beendigungen der Behandlungen vor Erreichen der 15 bzw. 30 Einheiten. Dies widerspricht den Zielvorgaben jedoch nicht, da eine Beendigung bei Zielerreichung sinnvoll ist. Der Median lag bei 14 Einheiten für Einzel- und 15 Einheiten bei Gruppenbehandlungen. Für Einzelbehandlungen entsprach das Angebot daher weitgehend der Nachfrage, während die Inanspruchnahme im Gruppensetting deutlich darunter lag. Dies legt nahe, dass hier bei allfälliger Weiterführung des Programms Anpassungen sinnvoll sein können.

- **Aufbau eines Behandler:innen-Pools aus mindestens 1.000 Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen, der a) das gesamte Bundesgebiet abdeckt, b) möglichst im Verhältnis 50/50 aus Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen besteht und c) nach Möglichkeit Personen mit unterschiedlichen Sprachkenntnissen umfasst – Erfüllt**

Am Ende von GadK II umfasste der Behandler:innen-Pool 1.414 aktive Behandler:innen. Diese waren in allen neun Bundesländern vertreten. Im Verhältnis zur Zielgruppe standen in Wien am meisten Behandler:innen zur Verfügung, während das Angebot in Niederösterreich und in Vorarlberg am kleinsten war. 48 % waren Psychotherapeut:innen, 45 % Psycholog:innen. Weitere 7 % hatten geprüfte Doppelqualifizierungen. Insgesamt wurden Behandlungen in 30 verschiedenen Sprachen angeboten. Somit wurden das Hauptziel und alle Teilziele vollständig erreicht.

- **Abhaltung von mindestens drei Sensibilisierungs-Workshops für Jugendarbeiter:innen pro Bundesland – Teilweise erfüllt**

Im Rahmen von GadK II wurden auf Bitte des BKA Sektion Jugend insgesamt 66 Sensibilisierungs-Workshops angeboten. Deren Ziel war es, Jugendarbeiter:innen für besonderen psychosozialen Unterstützungsbedarf junger Menschen zu sensibilisieren. Es sollten mindestens drei Workshops pro Bundesland abgehalten werden. Von den 66 angebotenen Workshops fanden 28 statt. Die Mindest-Teilnehmer:innenzahl von vier Personen wurde in den restlichen Fällen erreicht, sodass 58 % der Workshops nicht zustande kamen. Zwölf der 28 stattgefundenen Workshops wurden online abgehalten und waren für Interessierte aus allen Bundesländern offen. Dadurch konnte eine Annäherung an den Zielwert erreicht werden. Nur in Wien (sechs Workshops) und Niederösterreich (drei Workshops) wurde die geplante Mindestanzahl von Vor-Ort-Workshops erreicht bzw. übertroffen. In allen weiteren Bundesländer wurden ein bis zwei Workshops abgehalten. Es gab kein Bundesland ohne einen Sensibilisierungs-Workshop. Bei einer allfälligen Weiterführung des Programms sollte daher eine Weiterentwicklung bzw. Optimierung dieser Angebote überlegt werden.

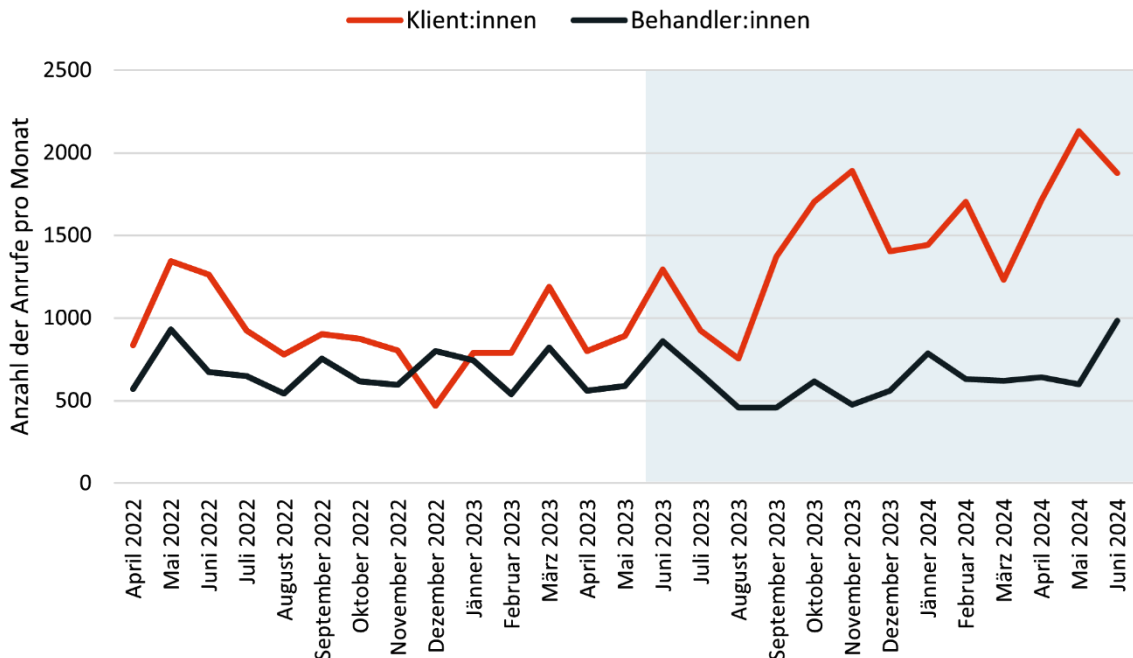
Von der Kontaktaufnahme bis zur Behandlung: Wie stark wurde das Angebot in Anspruch genommen?

Die Analyse der Kontaktaufnahmen, Anmeldungen, Clearings, Matchings und abgeschlossenen Behandlungen zeigt eine steigende Nachfrage im Verlauf der GadK-Programme, die mit zunehmender Bekanntheit bei anhaltend hohem Bedarf in Verbindung gebracht werden können. Gleichzeitig konnte den meisten angemeldeten Klient:innen eine Behandlung ermöglicht werden.

Kontaktaufnahmen

Das Interesse an den GadK-Programmen zeigt sich in der Anzahl der Kontaktaufnahmen. Abbildung 10 zeigt die Kontaktaufnahmen von Beginn des ersten Programms GadK bis zum Ende der Laufzeit von GadK II. Die Anzahl der Kontaktaufnahmen durch Klient:innen war bei GadK II im Vergleich zum ersten Förderprogramm höher, was auf eine zunehmende Bekanntheit hinweist.

Abbildung 10 Monatliche Anrufe bei der Hotline



Anmerkung: Weiß hinterlegt ist die Laufzeit von GadK, blau hinterlegt ist die Laufzeit von GadK II.

Der zunehmende Bekanntheitsgrad der GadK-Programme spiegelt sich in der steigenden Zahl der Kontaktaufnahmen und der Anmeldungen wider.

Während der Laufzeit von GadK gingen durchschnittlich 45 Anrufe pro Werktag ein. Bei GadK II stieg diese Zahl um etwa 62 % auf 73 Anrufe pro Werktag. Zusätzlich gab es über beide Programme hinweg täglich etwa 30 Anrufe von Behandler:innen. Der Monat mit den meisten Anrufen war Mai 2024 und lag damit am Ende der Laufzeit des Förderprogramms. Der Zeitraum überschneidet sich mit den beginnenden Zuweisungen zum Folgeprogramm „Gesund aus der Krise III“, sodass eine zuverlässige Differenzierung nicht möglich ist. Dennoch deutet dieser neue Höchstwert auf den weiterhin gegebenen Bedarf an den GadK-Behandlungen hin.

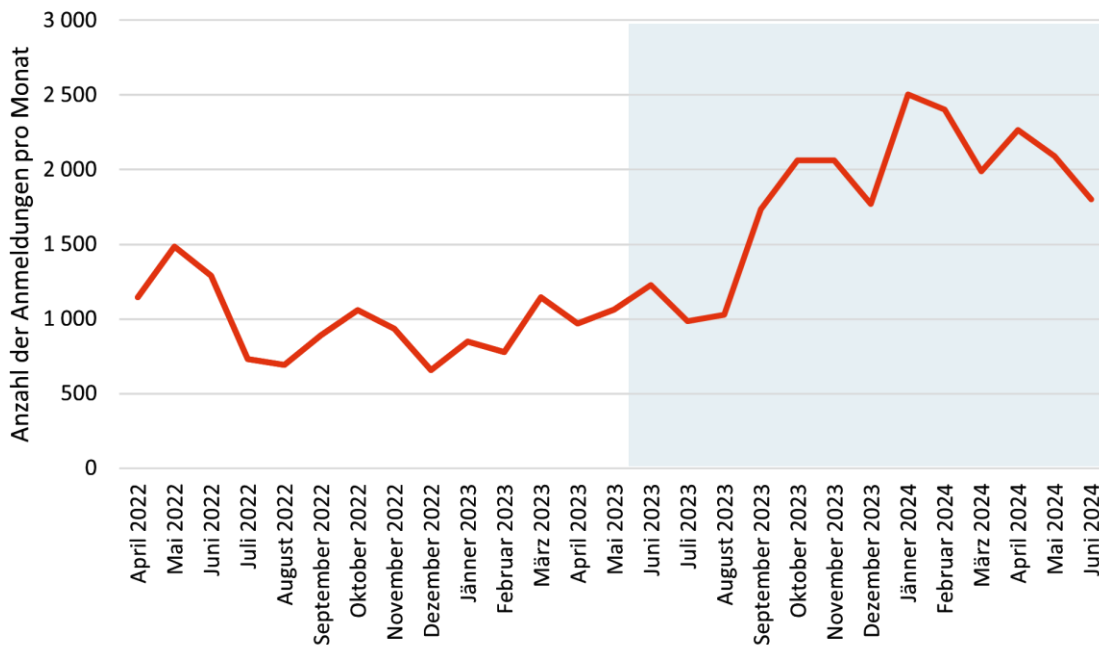
Trotz der zunehmenden Anzahl von Anrufen erhöhte sich die Wartezeit bis zur Annahme von Anrufen im Vergleich zu GadK nur geringfügig von durchschnittlich 56 auf 63 Sekunden. Unter leichten Schwankungen der Wartezeiten abhängig von der Anzahl der Anrufe konnte das zunehmende Interesse somit gut von der zentralen Servicestelle aufgefangen werden. Die Gespräche dauerten im Mittel 3,3 Minuten.

Trotz des wachsenden Behandler:innen-Pools und der größeren Anzahl von Behandlungen bei GadK II als bei GadK blieb die Anzahl der Anrufe durch Behandler:innen weitgehend konstant. Individuelle Nachfragen und Anliegen der Behandler:innen nahmen somit nicht im Verhältnis zur Anzahl der Behandlungen und der involvierten Personen zu. Dies spricht für die Effizienz der Abläufe und der Bereitstellung von Informationen.

Anmeldungen

Die Zahl der Anmeldungen stieg parallel zu den Kontaktaufnahmen an (siehe Abbildung 11). Im Verlauf von GadK II wurden 23.916 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene angemeldet. Die Anzahl der pro Werktag angemeldeten Klient:innen stieg von durchschnittlich 48 während GadK auf 89. Dies entspricht einem Anstieg um 86 %. Nicht berücksichtigt sind hierbei etwa 3.000 Klient:innen, die sich am Ende von GadK vormerken ließen. Der Monat mit den meisten Anmeldungen war Jänner 2024. Hier wurden insgesamt 2.503 Klient:innen angemeldet, was 114 Anmeldungen pro Werktag entspricht.

Abbildung 11 Anmeldungen pro Monat bei den GadK-Programmen



Anmerkung: Weiß hinterlegt ist die Laufzeit von GadK, blau hinterlegt ist die Laufzeit von GadK II.

Clearing und Matching

Nach der Anmeldung wurde durch die zentrale Servicestelle ein Clearing durchgeführt, um zu prüfen, ob die angemeldeten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Kriterien für eine Behandlung im Rahmen von GadK bzw. GadK II erfüllten. Die meisten Clearings wurden durch Level I Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle durchgeführt. Komplexere Fälle wurden an Klinische Psycholog:innen oder Psychotherapeut:innen auf Level II zur Prüfung weitergeleitet.

In der Laufzeit von GadK II wurden 432 Fälle auf Level II geprüft, meist aufgrund schwererer Störungsbilder. Die Mehrheit der Betroffenen (88 %) konnte nach der Prüfung im Programm aufgenommen werden. In 14 Fällen zogen die Betroffenen die Anmeldung selbst zurück oder meldeten sich nicht mehr. Bei 36 Anmeldungen war eine Behandlung im Rahmen des Programms nicht möglich und die Betroffenen wurden an besser geeignete Angebote verwiesen.

Nach dem Clearing erfolgte das Matching, bei dem Klient:innen passenden Behandler:innen zugewiesen wurden. Während GadK II wurden über 19.000 erstmalige Matchings hergestellt. Zusätzlich erfolgten 1.690 erneute Matchings, z. B. im Rahmen von

Verlängerungen oder Behandler:innen-Wechsel. Kriterien für das Matching waren unter anderem die Wohnortsnähe, die Altersgruppe und insbesondere bei schwerer betroffenen Fällen Schwerpunkte der Behandler:innen. Auch individuelle Präferenzen wie das Behandler:innen-Geschlecht wurden berücksichtigt. Zudem wurden Matchings basierend auf 19 der 30 verfügbaren Sprachen vermittelt, um auch nicht-deutschsprachigen Klient:innen eine Behandlung zu ermöglichen.

Anzahl der erfolgten Behandlungen

Die 23.916 Anmeldungen aus GadK II resultierten in 14.381 Behandlungen, womit der Zielwert von bis zu 10.000 behandelten Kindern und Jugendlichen um 44 % überschritten wurde. In GadK II wurden 58 % mehr Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt als in GadK. Dies wurde durch das höhere Projektbudget ermöglicht.

Insgesamt erhielten über beide Programme hinweg mehr als 22.000 Klient:innen eine Behandlung. Mit dem höheren Budget von GadK II im Vergleich zu GadK konnten mehr Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene behandelt werden. Die Programme konnten die Lücke zwischen dem Bedarf an psychosozialer Versorgung und dem Angebot verringern, aber nicht vollständig schließen.

Von 1.000 Personen zwischen null und 21 Jahren in Österreich¹² erhielten vier durch GadK eine Behandlung (bzw. 0,4 % der jungen Bevölkerung). Neun weitere wurden in GadK II behandelt (bzw. 0,9 % der jungen Bevölkerung). Zusammengefasst wurde somit 13 Personen pro tausend jungen Menschen bzw. 1,3 % der Altersgruppe eine Behandlung ermöglicht. Diese Anteile müssen mit dem Anteil der jungen Menschen, die psychische Belastung erleben, ins Verhältnis gesetzt werden. Bei einem auf unterschiedliche Literaturquellen rekurrierenden geschätzten Behandlungsbedarf von 3-5 % der jungen Bevölkerung und einem kassenfinanzierten Angebot für 1,23 % der Anspruchsberechtigten (BMSGPK, 2023a) ist auch bei Weiterführung des Programms von einem ungedeckten Bedarf für 0,5 bis 2,5 % der jungen Bevölkerung auszugehen. Dies entspricht einem zusätzlichen Bedarf von 9.000 bis 48.000 Behandlungsplätzen. Hinzu kommt, dass die

¹² Bevölkerung der 0-21-Jährigen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024.

GadK-Programme für jene Kinder, Jugendliche und jungen Erwachsenen, die eine längere Behandlung benötigen, derzeit kein ausreichendes Angebot machen können.

Des Weiteren variierten die Verhältnisse zwischen Klient:innen und der jungen Gesamtbevölkerung zwischen den Bundesländern, wie in Tabelle 5 dargestellt. Im Verhältnis zur Bevölkerungszahl wurden in Vorarlberg und in Niederösterreich am wenigsten Behandlungen durchgeführt. In Vorarlberg waren die Klient:innen-Zahlen nicht nur aufgrund der geringeren Bevölkerungszahl niedriger als in anderen Bundesländern, sondern das Angebot wurde auch im Verhältnis zur Bevölkerungszahl weniger genutzt. Dies deckt sich mit Erfahrungen von Vorarlberger Behandler:innen, die insbesondere zu Beginn von Anlaufproblemen bei der Implementation berichteten. Vertreter:innen der Berufsverbände und der zentralen Servicestelle bestätigten die Anlaufschwierigkeiten in einzelnen Bundesländern, zu denen auch Vorarlberg gehörte. In Wien und Kärnten erhielten im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung mit jeweils 1,7 % die meisten jungen Menschen eine Behandlung über eines der GadK-Programme.

Tabelle 5 Anzahl der Klient:innen im Verhältnis zur jungen Gesamtbevölkerung

Bundesland	Bevölkerung der 0-21 Jährigen ¹	Anzahl der Klient:innen GadK (Klient:innen pro 1.000 jungen Menschen in der Bevölkerung)	Anzahl der Klient:innen GadK II (Klient:innen pro 1.000 jungen Menschen in der Bevölkerung)
Burgenland	59.038	219 (3,7)	580 (9,8)
Kärnten	112.730	631 (5,6)	1.136 (10,1)
Niederösterreich	369.785	1.230 (3,3)	2.871 (7,8)
Oberösterreich	340.450	1.377 (4,0)	2.668 (7,8)
Salzburg	123.163	351 (2,8)	983 (8,0)
Steiermark	254.829	867 (3,4)	2.158 (8,5)
Tirol	165.438	871 (5,3)	1.584 (9,6)
Vorarlberg	95.367	271 (2,8)	508 (5,3)
Wien	433.135	2.224 (5,1)	4.941 (11,4)

Anmerkung: 1) Bevölkerung der 0-21-Jährigen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024.

Die Unterschiede in der Inanspruchnahme der Programme lassen sich auf unterschiedliche Vernetzungsgrade im Bereich der psychosozialen Versorgung und einen unterschiedlichen

Informationsfluss in verschiedenen Regionen zurückführen und heben die Relevanz bereits bestehender Strukturen für die Verbreitung hervor. Zudem wurde beschrieben, dass die GadK-Programme zu Beginn insbesondere in Bundesländern mit guter Versorgungslage langsamer angenommen wurden.

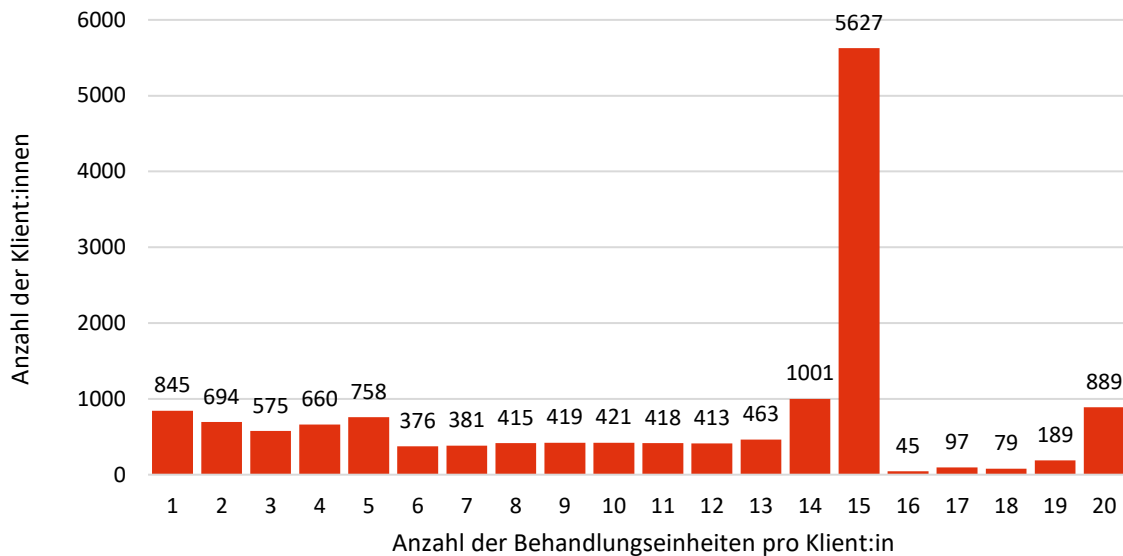
Art der Behandlungen

Insgesamt wurden durch GadK II über 165.000 Behandlungseinheiten ermöglicht. Hier zeigt sich mit einer Steigerung um 60 % der größere Umfang im Vergleich zum Vorgängerprogramm GadK. In 47 % der Fälle wurden laut Behandler:innen-Angaben psychologische Behandlungen durchgeführt, während 53 % der Behandlungen psychotherapeutisch waren.

Über die GadK-Programme wurden den Klient:innen bis zu 15 Behandlungseinheiten ermöglicht, mit der Option auf Verlängerung auf 20 Einheiten. In den meisten Fällen wurden alle zur Verfügung gestellten Einheiten vollständig genutzt. Dabei wurden Einzelbehandlungen bevorzugt. Gruppenbehandlungen wurden trotz aktiver Bewerbung weniger häufig und seltener im angebotenen Umfang in Anspruch genommen.

Im Durchschnitt wurden im Rahmen von GadK II elf Einheiten in Anspruch genommen. Am häufigsten wurde der maximale Umfang ohne Verlängerung von 15 Einheiten genutzt (28 % der Klient:innen). Insgesamt erhielten 91 % 15 oder weniger Einheiten. Bei den restlichen 9 % der Klient:innen wurden die Behandlungen auf bis zu 20 Einheiten verlängert. Der Anteil der Klient:innen, bei denen die Behandlungen verlängert wurden, war somit niedriger als bei GadK (17 % der Klient:innen hatten in GadK mehr als 15 Einheiten erhalten). Wenn Verlängerungen erfolgten, wurden die zur Verfügung gestellten zusätzlichen Einheiten meist vollständig genutzt (siehe Abbildung 12).

Abbildung 12 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in bei GadK II



Der Anteil an Einheiten, die in den Räumlichkeiten der Behandler:innen stattfanden, blieb mit 96 % im Vergleich zu GadK konstant. Ebenso fanden weiterhin etwa 3 % der Einheiten online statt und weitere 1 % aufsuchend. Wie im Vorgängerprogramm wurden mit 92 % die meisten Einheiten als Einzeleinheiten abgehalten. An diesen Einzeleinheiten konnten optional zusätzlich zu den jungen Klient:innen Eltern oder andere Bezugspersonen teilnehmen. Außerdem war es möglich, pro Klient:in drei, in Ausnahmefällen fünf der Einheiten als reine Elterngespräche zu nutzen. Diese wurden für 7 % der Einheiten dokumentiert.

Neben den individuellen Behandlungen konnten junge Menschen über GadK II Gruppenbehandlungen zu verschiedenen Themen in Anspruch nehmen. Insgesamt wurden 1.416 Gruppeneinheiten von 76 Gruppen mit 411 Teilnehmer:innen dokumentiert (1 % der stattgefundenen Einheiten). Dies entspricht einer Steigerung von 37 % im Vergleich zu GadK. Obwohl bei GadK II mehr Gruppenbehandlungen durchgeführt wurden, blieb der Anstieg hinter dem der Einzelbehandlungen zurück. Die Nachfrage nach Gruppen war geringer als nach Einzelbehandlungen, wodurch von 210 angebotenen Gruppenbehandlungen nur 26 % stattfanden. Dieses geringe Interesse an Gruppenbehandlungen wurde bereits zu Beginn von GadK beobachtet. Trotz gezielter Bewerbungen konnte die Inanspruchnahme nur leicht gesteigert werden.

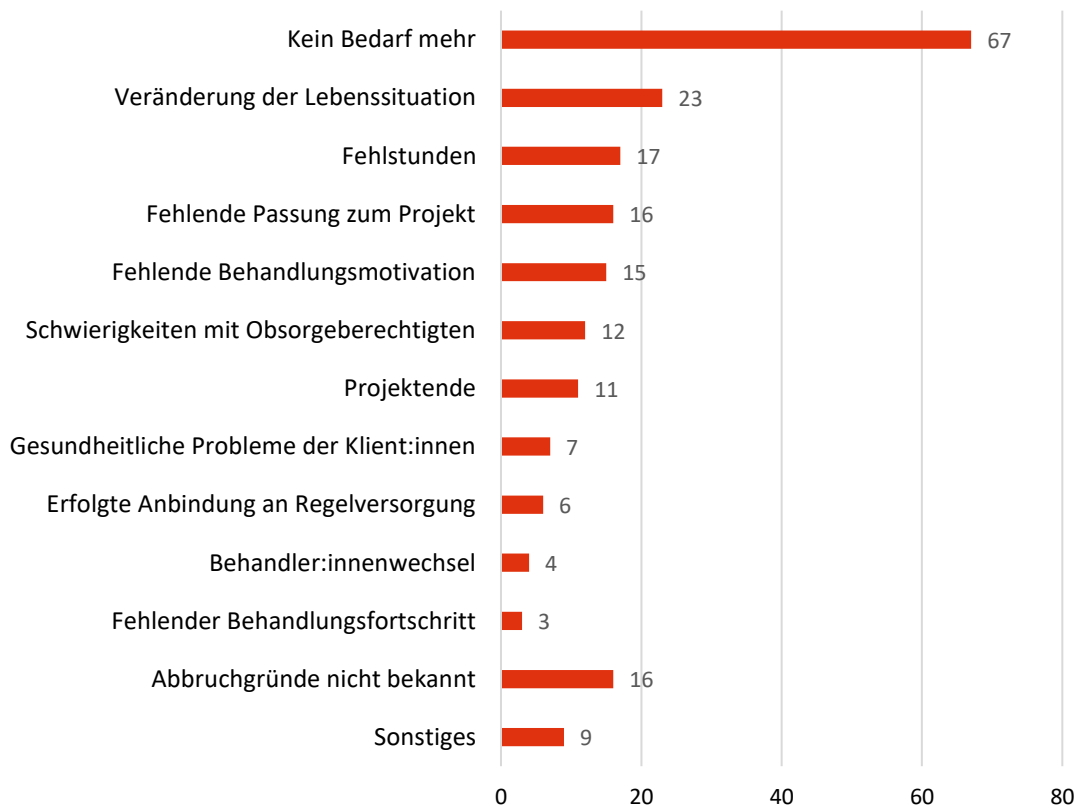
Im Verlauf des gesamten Programms gab es innerhalb von 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin 6.696 Absagen, die jeweils mit einer halben Einheit dokumentiert

und abgerechnet wurden. Wurden Termine mehr als zweimal kurzfristig abgesagt, erhielten die Behandler:innen bei weiteren Ausfällen keine Vergütung mehr und die Behandlungen konnten storniert werden. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Einheiten blieb die Anzahl der Absagen zwischen GadK und GadK II weitgehend konstant.

Vorzeitige Beendigung der Behandlungen

Nicht immer wurden alle 15 pro Behandlung zur Verfügung stehenden Einheiten genutzt. Wenn Behandlungen vor Inanspruchnahme von 15 Einheiten beendet oder abgebrochen wurden, erfolgte dies meist innerhalb der ersten fünf Einheiten. Insgesamt 20 % der Klient:innen nahmen fünf oder weniger Behandlungen in Anspruch. Die Hintergründe von Abbrüchen oder einem vorzeitigen Behandlungsende wurden im Programm nicht systematisch dokumentiert. Mittels Fragebögen und Interviews erhobene Informationen deuten jedoch auf eine Vielfalt von Gründen hin (siehe Abbildung 13).

Abbildung 13 Abbruchgründe laut Klient:innen-Fragebogen



Anmerkung: Auswertung anhand von 206 freiwilligen Angaben zu Abbrüchen bzw. vorzeitigem Behandlungsende im Klient:innen-Fragebogen. Mehrfachzuordnungen möglich.

In den meisten im Fragebogen dokumentierten Fällen (33 %) wurden die Behandlungen vorzeitig beendet, weil der Behandlungsbedarf nicht mehr gegeben war. Teilweise ließ sich dies auf die erfolgreiche Behandlung zurückführen. Manche Klient:innen hatten ein geringes Belastungsniveau, sodass einzelne Einheiten zur Verbesserung ihres Befindens ausreichten und sie die Behandlung entweder selbst oder in Absprache mit den Behandler:innen schnell beendeten. In 3 % der Fälle wurde die Behandlung beendet, da eine Anbindung an die Regelversorgung erfolgt war. Teilweise ließ sich die Auflösung des Behandlungsbedarfs auf veränderte Lebensumstände zurückführen (11 %). Diese führten unter anderem dazu, dass die Klient:innen nicht mehr ausreichend Kapazitäten für die Behandlung hatten, z. B. durch einen Umzug oder den Beginn einer Ausbildung. Ebenso sorgten gesundheitliche Probleme dafür, dass Behandlungen beendet wurden (3 %).

Darüber hinaus war das Programmangebot nicht für alle angemeldeten Klient:innen passend (8 %). In manchen Fällen wurden die Kinder und Jugendlichen von Angehörigen oder Institutionen bei der Behandlung angemeldet, hatten aber selbst kein Interesse daran. In diesen Fällen wurden die Behandlungen oft nach wenigen Einheiten wieder beendet (7 %). Andererseits konnten Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Sorgeberechtigten zu vorzeitigen Behandlungsbeendigungen führen (6 %). In Einzelfällen (1 %) erfolgten Behandlungsabbrüche aufgrund von Unzufriedenheit mit den Behandlungsfortschritten.

Zusätzlich gab es Fälle, in denen es zu wiederholten kurzfristigen Absagen oder Nicht-Erscheinen zu vereinbarten Terminen kam (8 %). In diesen Fällen hatten die Behandler:innen die Option, die Behandlung zu stornieren. Auch das Ende der Programmlaufzeit führte dazu, dass nicht alle 15 Einheiten wahrgenommen werden konnten (5 %). Die Zuweisung wurden zentral gestoppt, wenn die Restlaufzeit der Programme nicht für die vollständigen Behandlungen ausreichte.

Verlängerungen

Bei GadK II wurde in 2.585 Fällen eine Verlängerung der Behandlung über 15 Einheiten hinaus beantragt. Der Anteil der Klient:innen, für die eine Verlängerung beantragt wurde, stieg im Vergleich zu GadK leicht von 16 % auf 18 % an. Dagegen nahm der Anteil der Bewilligungen leicht ab. Während bei GadK 96 % der beantragten Verlängerungen bewilligt wurde, sank der Anteil bei GadK II auf 92 %.

Verlängerungen wurden bei den GadK-Programmen vor allem für schwerer belastete Klient:innen beantragt, die eine langfristige Versorgung benötigten. Die zusätzlichen Einheiten mussten bei GadK II für die Überführung in die Regelversorgung genutzt werden. Die Bewilligung der Verlängerungseinheiten war jedoch stärker von den budgetären Rahmenbedingungen des Programms geprägt als vom Schweregrad der Belastungen der Klient:innen.

Verlängerungen wurden für Klient:innen aller Altersgruppen beantragt und bewilligt. Das Alter spielte keine Rolle für die Bewilligung von Verlängerungsanträgen¹³. Der Schweregrad der Einschränkungen und Belastungen der Klient:innen, für die Verlängerungen beantragt wurden, war höher ausgeprägt als im Durchschnitt der Klient:innen. Verlängerungsanträge wurden demnach überwiegend für Klient:innen gestellt, bei denen tatsächlich ein erhöhter Bedarf gegeben war. Innerhalb dieser Klient:innen-Gruppe, für die Behandler:innen einen Verlängerungsbedarf identifizierten, zeigte der angegebene Schweregrad jedoch keinen statistisch signifikanten Effekt auf die Bewilligung der Anträge¹⁴. Daraus lässt sich schließen, dass die Behandler:innen nur dann Verlängerungsanträge stellten, wenn der Schweregrad so ausgeprägt war, dass auch die Prüfer:innen der Servicestelle dem Verlängerungsbedarf zustimmten. Die Störungsbilder ähnelten sich zwischen der Gruppe der Klient:innen mit Verlängerungsantrag und dem Durchschnitt aller Klient:innen. Lediglich affektive Störungen (F30-39) kamen bei den GadK II-Klient:innen mit Verlängerungsantrag häufiger vor als in der Gesamtgruppe (25 % vs. 16 %). Im Vergleich zu GadK sank die Prävalenz in dieser Subgruppe jedoch leicht von 30 % auf 25 %. Bei GadK zeigten sich bei den Klient:innen mit Verlängerungsantrag zudem höhere Prävalenzen von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-49) und von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-98). Diese Differenz war bei GadK II nicht mehr nachweisbar. Für die Bewilligung der Verlängerungsanträge war die Verdachtsdiagnose nicht bedeutsam¹⁵.

Während weder das Alter noch der Schweregrad oder die Verdachtsdiagnose statistisch bedeutsam für die Bewilligung der Verlängerungen waren, wurden Verlängerungsanträge, die später im Programmverlauf gestellt wurden, seltener bewilligt als solche, die in frühen

¹³ T-Test für unabhängige Stichproben: $t(2476) = 1,44, p = 0,152$.

¹⁴ Mann-Whitney U-Test: $Z = -0,11, p = 0,914$.

¹⁵ Chi-Quadrat-Test für alle Störungsbilder $p > 0,050$.

Programmphasen eingingen¹⁶. Dies lässt sich auf die budgetären Rahmenbedingungen des Programms zurückführen. Zusätzlich mussten bei GadK II etwa 1.000 fachlich bewilligte Verlängerungen wieder zurückgenommen werden, weil insgesamt bei mehr Klient:innen als erwartet die gesamten 15 Behandlungseinheiten ausgeschöpft wurden und somit ursprünglich für Verlängerungen geplante Mittel nicht mehr zur Verfügung standen. Als Kompromisslösung wurden zum Teil Verlängerungen im reduzierten Ausmaß von zwei bis drei Einheiten ermöglicht.

Insgesamt hing die Wahrscheinlichkeit einer Behandlungsverlängerung somit stärker vom Zeitpunkt der Antragsstellung ab als vom Schweregrad der Belastungen. Dies zeigt den Bedarf einer weiteren Optimierung des Entscheidungsprozesses über Verlängerungsbewilligungen sowie die Schwierigkeit der Planung von Bewilligungsprozesses bei strikten budgetären Begrenzungen und jeweils einjährigen Programmlaufzeiten auf.

Charakterisierung der Klient:innen: Welche Personen aus der Zielgruppe wurden erreicht?

GadK II richtete sich an alle Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, die aufgrund der aktuellen multiplen Krisen unter psychischen oder psychosozialen Belastungen litten. Die erreichten Klient:innen waren über die gesamte Altersspanne zwischen null und 21 Jahren verteilt¹⁷. Die Alters- und Geschlechtsverteilung ist in Abbildung 14 dargestellt.

Babys und Kleinkinder waren nur vereinzelt unter den Klient:innen. Am häufigsten wurden Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren über GadK II behandelt. Gemessen an der österreichischen Gesamtbevölkerung¹⁸ wurden pro 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe ab einem Alter von zehn Jahren mindestens zehn Personen (bzw. 1 %) über GadK II behandelt. Bei den 14- und 15-Jährigen waren es fast 15 Personen pro 1.000.

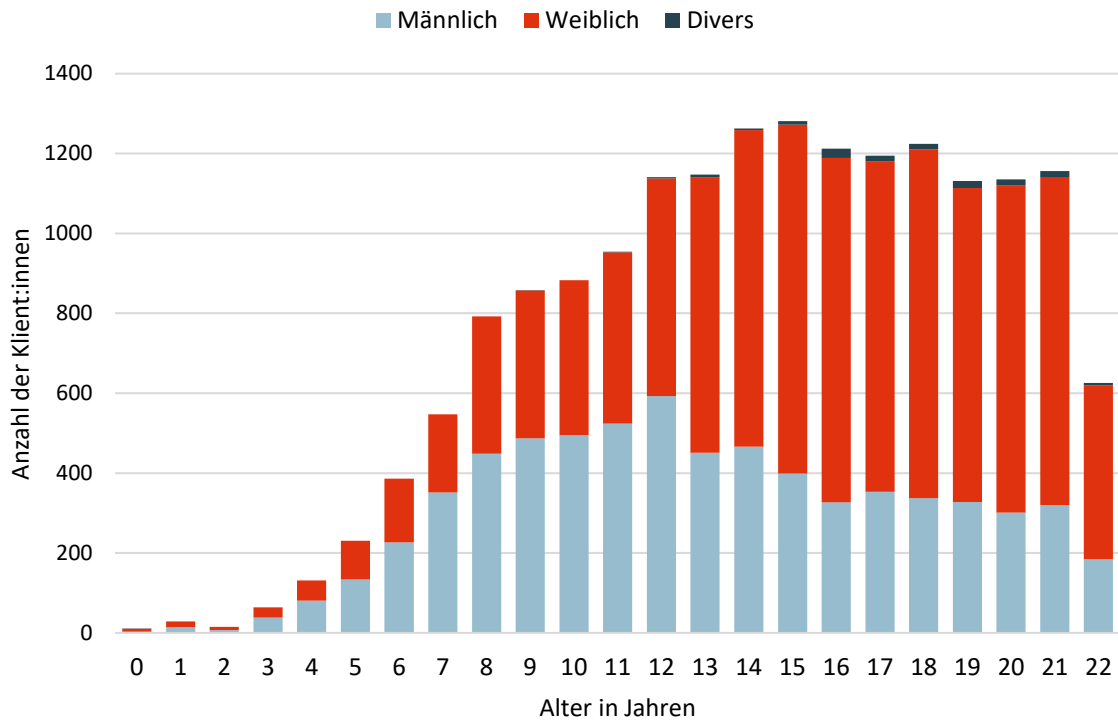
¹⁶ T-Test für unabhängige Stichproben: $t(2580) = -15,26, p < 0,001$.

¹⁷ Die Anmeldung war bis zum vollendeten 21. Lebensjahr möglich. Angemeldete junge Erwachsene wurden auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres weiter behandelt. Daher waren 22-Jährige unter den Klient:innen.

¹⁸ Bevölkerungszahlen laut STATcube – Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA, <https://statcube.at/>, abgerufen am 24.07.2024, letzte Aktualisierung 28.05.2024

Mädchen sowie Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren machten in beiden Programmen den größten Teil der Klient:innen aus.

Abbildung 14 Anzahl der in GadK II angemeldeten Klient:innen nach Alter und Geschlecht



Anmerkung: N = 17.412 Klient:inneninformationen aus GadK II.

Mit 60 % aller Klient:innen waren Mädchen stärker repräsentiert als Burschen¹⁹. Sie erhielten in der Altersgruppe der Babys und Kleinkinder von null bis zwei Jahren sowie unter den Jugendlichen ab 13 Jahren häufiger Behandlungen über GadK II als Burschen. Burschen machten dagegen den größeren Anteil der behandelten Drei- bis Zwölfjährigen aus. Mit 129 Klient:innen ordneten sich weniger als 1 % keinem binären Geschlecht zu. Diese Gruppe bestand überwiegend aus Jugendlichen.

¹⁹ Nicht in dieser Auswertung berücksichtigt sind Unsicherheiten bezüglich der Geschlechtsidentität, die teilweise im Rahmen von Anmerkungen bei der Anmeldung erwähnt wurden, oder Veränderungen, die sich im Rahmen der Behandlungen ergeben konnten.

Während die Geschlechtsverteilung zwischen GadK und GadK II weitgehend unverändert blieb, zeigten sich leichte Änderungen in der Altersverteilung. Die Anteile der Unter-Elfjährigen und der Über-19-Jährigen nahmen geringfügig zu. Somit wurden auch Randgruppen innerhalb der definierten Zielgruppe zunehmend erreicht.

Soziodemografische Merkmale der Klient:innen

In den Fragebogen-Erhebungen wurden verschiedene soziodemografische Merkmale erfasst. Die Angaben von 2.923 Klient:innen sowie 620 Bezugspersonen, die den Fragebogen jeweils zum ersten Mal ausfüllten, wurden analysiert. Das Ausfüllen der Fragebögen war für Klient:innen und deren Eltern freiwillig, sodass es zu Verzerrungen durch eine Nicht-Teilnahme kommen kann. Dennoch zeigt der Vergleich mit Alters- und Geschlechtsdaten aus den Projektdokumentationen, dass die Fragebogendaten die Klient:innen in Bezug auf diese Eigenschaften gut repräsentierten. Im Klient:innen-Fragebogen waren 65 % weibliche, 34 % männliche und 1 % diverse Personen vertreten. Mädchen waren in dieser älteren Gruppe somit etwas überrepräsentiert. Der Anteil männlicher Klient:innen war laut Eltern-Fragebogen höher (53 %), was darauf zurückzuführen ist, dass jüngere Klient:innen häufiger männlich waren und der Eltern-Fragebogen meist für junge Klient:innen genutzt wurde. Die Verteilung auf die Bundesländer entsprach den Anmeldedaten: Die meisten Fragebögen wurden in den am stärksten repräsentierten Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich, Steiermark und Wien ausgefüllt.

Da sowohl Klient:innen selbst als auch deren Bezugspersonen die Fragebögen ausfüllen konnten, kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne Klient:innen in den folgenden Darstellungen doppelt repräsentiert sind.

Die Lebenssituation der Klient:innen: Wohnumfeld und Beschäftigung

Die Mehrheit der Klient:innen lebte im familiären Umfeld und befand sich in schulischer, akademischer oder beruflicher Ausbildung.

Tabelle 6 zeigt die Wohnsituation der Klient:innen und verdeutlicht, dass diese meist im familiären Umfeld lebten. Überwiegend handelte es sich dabei um Haushalte mit beiden Elternteilen, aber auch um Alleinerziehende, verschiedene Wechselmodelle und in Einzelfällen andere Verwandte als die Eltern (z. B. Geschwister, Großeltern). Laut Klient:innen-Fragebogen lebten 82 % der Klient:innen bei der Familie, gemäß Eltern-

Fragebögen (die für jüngere Kinder ausgefüllt wurden) waren es 98 %. In außerfamiliärer Betreuung, wie in Heimen oder Pflegefamilien, waren etwa 1 % der Klient:innen untergebracht. Bei älteren Klient:innen ab 16 Jahren wurden zusätzliche Antwortoptionen erfasst: Insgesamt wohnten 8 % der Klient:innen in Wohngemeinschaften oder Wohnheimen, 4 % alleine und 3 % mit Partner:in.

Tabelle 6 Wohnsituation der Klient:innen

	Klient:innen-Fragebogen		Eltern-Fragebogen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei der Familie (inkl. Verwandten)	2.379	81,9 %	602	98,2 %
In einer Pflegefamilie oder in einem Heim	33	1,1 %	8	1,3 %
Alleine*	127	4,4 %	-	-
In einer WG oder Wohnheim*	244	8,4 %	-	-
Mit Partner:in*	88	3,0 %	-	-
Sonstige	32	1,1 %	3	0,5 %

Anmerkung: N = 2.903 Klient:innen-Fragebögen; N = 613 Eltern-Fragebögen; * Antwortoption bei Klient:innen ab 16 Jahren.

Die Klient:innen wurden darüber hinaus nach ihrer aktuellen Beschäftigung gefragt (siehe Tabelle 7). Bei der Mehrheit handelte es sich um Schüler:innen (57 %), gefolgt von Studierenden (20 %). Ein geringerer Anteil befand sich in anderen Aus-, Fort- oder Weiterbildungen (8 %) oder war berufstätig (8 %). Arbeitslos waren 4 % der Befragten und 3 % gaben als Beschäftigung Sonstiges an, darunter Zivildienst, Freiwilligendienst, Karenz oder Arbeitsunfähigkeit.

Tabelle 7 Beschäftigung der Klient:innen

	Anzahl	%
Schule	1.202	57,1 %
Studium	415	19,7 %
Ausbildung, Fortbildung oder Lehre	167	7,9 %
Beruf	171	8,1 %
Arbeitslos	92	4,4 %
Sonstiges	57	2,7 %

Anmerkung: N = 2.104 Klient:innen-Fragebögen; Abfrage ab 13 Jahren.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Der Migrationsstatus unterschied sich zwischen Klient:innen- und Eltern-Fragebogen. Klient:innen, für die Bezugspersonen den Fragebogen ausfüllten, hatten seltener einen Migrationshintergrund als selbstausfüllende Klient:innen. So waren bei 25 % der selbstausfüllenden Klient:innen ein oder beide Elternteile im Ausland geboren, während es im Eltern-Fragebogen 21 % waren (siehe Tabelle 8). Selbst im Ausland geboren waren 10 % der selbstausfüllenden Klient:innen und 4 % der Klient:innen im Eltern-Fragebogen. Auch gab ein größerer Anteil von Klient:innen (15 %) als von Bezugspersonen (11 %) an, dass zu Hause hauptsächlich eine andere Sprache als Deutsch gesprochen werde.

Bei den älteren Klient:innen, die für die Anmeldung bei GadK II weniger auf die Unterstützung der Eltern angewiesen waren, konnte ein repräsentativer Anteil von Personen mit Migrationshintergrund erreicht werden.

Die Angaben im Klient:innen-Fragebogen stimmten stärker mit den Daten der HBSC-Befragung überein. Hier hatten 35 % der Schüler:innen einen Migrationshintergrund, wobei etwa 10 % selbst im Ausland geboren waren. Klient:innen, die selbst im Ausland geboren wurden, waren zudem im Durchschnitt älter (16,6 Jahre). Dies impliziert, dass Eltern und jüngere Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund vergleichsweise seltener von den GadK-Programmen erreicht wurden. Dieser Unterschied in der Erreichbarkeit scheint sich jedoch mit steigendem Alter und damit steigender Selbstständigkeit der Klient:innen zu reduzieren. Dies lässt sich auch darauf zurückführen,

dass sich Klient:innen ab 14 Jahren ohne das Wissen ihrer Eltern bei den GadK-Programmen anmelden konnten. Dies könnte darauf hinweisen, dass auf diese Weise kulturelle Stigmata gegenüber psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen überwunden werden konnten.

Tabelle 8 Migrationshintergrund der Klient:innen

	Klient:innen-Fragebogen		Eltern-Fragebogen		HBSC
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
Kein Migrationshintergrund	1.901	65,6 %	452	74,1 %	65,3 %
Ein Elternteil im Ausland geboren	447	15,4 %	82	13,4 %	10,9 %
Beide Elternteile im Ausland geboren	267	9,2 %	49	8,0 %	13,6 %
Klient:in im Ausland geboren	284	9,8 %	27	4,4 %	10,1 %

Anmerkung: N = 2.898 Klient:innen-Fragebögen; N = 610 Eltern-Fragebögen.

Der Sozioökonomische Status

Tabelle 9 zeigt den sozioökonomischen Status der Familien der Klient:innen. Dieser wurde mit der Family Affluence Scale erfasst.

Durch GadK II konnten unterschiedliche Bevölkerungsschichten angesprochen werden. Klient:innen und Familien mit niedrigem Familienwohlstand nahmen das Angebot verstärkt in Anspruch.

In der repräsentativen Stichprobe der HBSC-Befragung hatten 17 % der österreichischen Schüler:innen einen niedrigen sozioökonomischen Status. Im Rahmen von GadK II wurden im Vergleich dazu überdurchschnittlich viele Personen mit niedrigem Familienwohlstand erreicht: Gemäß Klient:innen-Fragebogen hatten 25 % einen niedrigen sozioökonomischen Status, gemäß Eltern-Fragebogen 28 %. Der Anteil von Klient:innen mit mittlerem sozioökonomischen Status (68 % bzw. 67 %) entsprach etwa dem der repräsentativen Stichprobe (70 %). Dagegen war der Anteil der Klient:innen mit hohem familiären

Wohlstand (7 % bzw. 6 %) etwas niedriger als in der Gesamtbevölkerung der Schüler:innen (13 %).

Tabelle 9 Sozioökonomischer Status laut *Family Affluence Scale*

	Klient:innen-Fragebogen		Eltern-Fragebogen		HBSC
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
Niedriger sozioökonomischer Status	703	24,6 %	157	27,5 %	16,6 %
Mittlerer sozioökonomischer Status	1.950	68,4 %	382	66,9 %	70,5 %
Hoher sozioökonomischer Status	199	7,0 %	32	5,6 %	12,8 %

Anmerkung: N = 2.852 Klient:innen-Fragebögen; N = 570 Eltern-Fragebögen.

Der Familienwohlstand spiegelte sich in der subjektiven Einschätzung der finanziellen Situation wider. Die Klient:innen wurden gebeten, die finanzielle Situation ihrer Familie einzuschätzen. Dabei schätzten 6 % der Klient:innen die finanzielle Situation ihrer Familie als „überhaupt nicht gut“ bis „nicht sehr gut“ ein (siehe Tabelle 10). Bei der HBSC-Befragung hatten 5 % der Schüler:innen diese negative Einschätzung. Als „ziemlich gut“ bis „sehr gut“ schätzten 58 % aller befragten GadK II-Klient:innen die finanzielle Situation ihrer Familie ein. Dieser Wert stimmt mit jedem der österreichischen Schüler:innen aus der HBSC-Befragung überein. Bezieht man jedoch nur die Schüler:innen unter den Klient:innen in die Analyse ein, ist der Anteil der positiven Einschätzungen mit 51 % etwas niedriger. Die finanzielle Situation der Familie wurde von den Schüler:innen bei GadK II also etwas weniger positiv eingeschätzt als durch den Durchschnitt der österreichischen Schüler:innen.

Für erwachsene Klient:innen wurde zusätzlich eine Frage zur eigenen finanziellen Situation gestellt. Diese wurde insgesamt weniger positiv eingeschätzt als die familiäre Situation, was darauf zurückzuführen ist, dass junge Menschen noch am Beginn ihrer beruflichen und damit auch finanziellen Entwicklung stehen. Klient:innen, deren Familie subjektiv

finanziell besser gestellt war, empfanden jedoch auch ihre eigene finanzielle Situation als positiver²⁰.

Tabelle 10 Einschätzung der finanziellen Situation durch die Klient:innen

	finanziellen Situation der Familie		HBSC	eigene finanziellen Situation	
	Anzahl	%	%	Anzahl	%
Überhaupt nicht gut	20	0,7 %	0,6 %	24	2,6 %
Nicht sehr gut	163	5,6 %	3,8 %	131	14,2 %
Durchschnittlich	1.032	35,7 %	37,5 %	464	50,2 %
Ziemlich gut	1.001	34,7 %	38,8 %	229	24,8 %
Sehr gut	672	23,3 %	22,3 %	76	8,2 %

Anmerkung: N = 2.888 Klient:innen-Fragebögen für die Einschätzung der finanziellen Situation der Familie, N = 924 Klient:innen-Fragebögen für die Einschätzung der eigenen finanziellen Situation (Abfrage ab 18 Jahren).

Aus den qualitativen Befragungen der Behandler:innen können unterschiedliche Einschätzungen des sozioökonomischen Status der Klient:innen abgeleitet werden. Demnach waren sowohl Klient:innen in Behandlung, „die sich das sonst nicht leisten könnten“ (Behandler:innen-Interview 5) als auch solche, die „ziemlich gut situiert“ (Behandler:innen-Interview 4) waren. Während somit für einige Klient:innen eine Behandlung über Privatzahlung finanzierbar wäre, ermöglichten die GadK-Programme sowohl gemäß selbst eingeschätzter Situation als auch aus Sicht der Behandler:innen zahlreichen jungen Klient:innen eine Behandlung, für die diese sonst nicht zugänglich gewesen wäre. Dadurch war das „soziale Spektrum wesentlich größer“ (Behandler:innen-Interview 15) als bei privat finanzierten Behandlungen. Die Klient:innen in den GadK-Programmen waren laut den Behandler:innen sowohl in Bezug auf den finanziellen Hintergrund als auch in Bezug auf den Migrationshintergrund und die Bildungsschicht „bunt durchmischt“ (Behandler:innen-Interview 15).

²⁰ Korrelationskoeffizient nach Spearman: $r = 0,62$, $p < 0,001$.

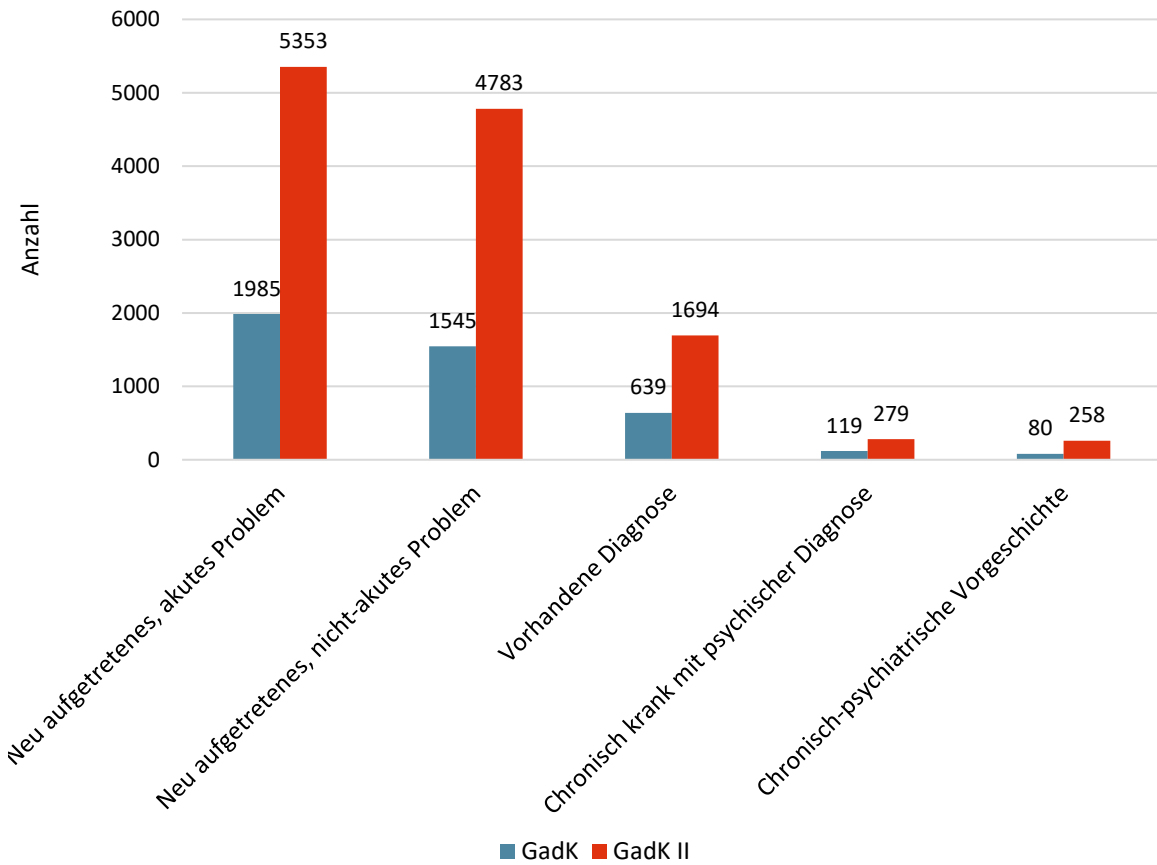
Vorgeschichte und Schweregrad der Einschränkungen

Als Zielgruppe von GadK wurden Kinder und Jugendliche mit erhöhten psychischen Belastungen durch die COVID-19 Pandemie definiert. Mit dem Auftreten weiterer systemischer Krisen wurde die Zielgruppe für GadK II auf Kinder und Jugendliche erweitert, die durch die vorherrschenden multiplen Krisen psychisch belastet waren. Der Fokus lag auf akuten Belastungsreaktionen. Für junge Menschen mit schwereren und chronifizierten Störungsbildern war das Setting mit dem begrenzten Kontingent an Behandlungseinheiten weniger geeignet. Diese wurden nur in Ausnahmefällen bei fehlenden alternativen Versorgungsangeboten in den Programmen aufgenommen, um eine Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung zu ermöglichen.

Aus den Behandlungs-Dokumentationen geht hervor, dass die GadK-Programme vor allem von Klient:innen mit akuten, nicht-chronifizierten, aber dennoch merkbar einschränkenden Problemen in Anspruch genommen wurden. Zudem wurden in GadK II im Vergleich zur repräsentativen HBSC-Befragung überwiegend Kinder und Jugendliche behandelt, die im Vergleich zur jungen Gesamtbevölkerung erhöhte Belastungen aufwiesen. Die Programme erreichten somit die definierte Zielgruppe. Der Schweregrad der Belastungen erwies sich insgesamt als höher als bei der Planung der GadK-Programme erwartet.

In den Quartalsdokumentationen (3.929 bei GadK, 11.142 bei GadK II), die durch die Behandler:innen durchgeführt wurden, zeigte sich, dass bei 89 % der Klient:innen ein in den letzten Wochen bis Monaten neu aufgetretenes Problem zum Behandlungsbedarf geführt hatte (siehe Abbildung 15). Dieser Wert blieb zwischen GadK und GadK II konstant. Diagnosen lagen in 16 % bzw. 15 % der Fälle vor, was sich im Rahmen der Behandlungen auf 43 % bzw. 37 % erhöhte. Der Anteil von Klient:innen mit chronischer Erkrankung und psychischer Diagnose bzw. mit chronisch-psychiatrischer Diagnose blieb konstant bei jeweils 2 % bis 3 %.

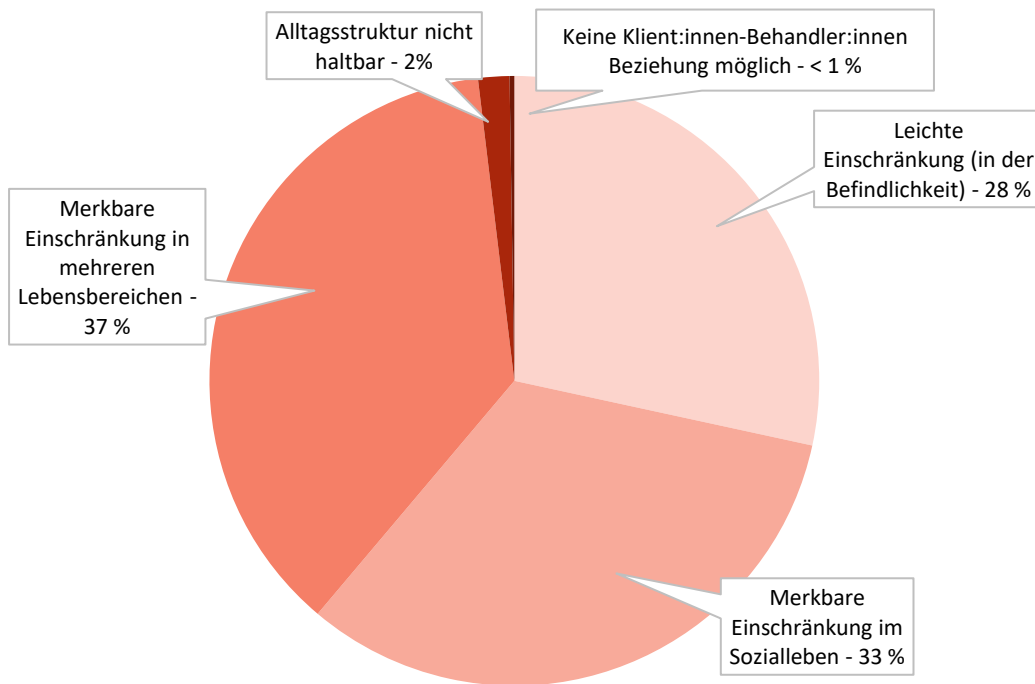
Abbildung 15 Vorgeschichte der Klient:innen laut Behandler:innen



Anmerkung: $N_1 = 3.929$ Quartalsdokumentationen, $N_2 = 11.142$ Quartalsdokumentationen; Mehrfachangaben möglich.

Der Schweregrad der Einschränkungen veränderte sich ebenfalls nicht wesentlich zwischen den beiden Programmen. Etwa ein Viertel der Klient:innen hatte leichte Einschränkungen in der Befindlichkeit, ein Drittel litt unter merkbaren Einschränkungen im Sozialleben und 38 % bzw. 37 % hatten Einschränkungen in mehreren Lebensbereichen (siehe Abbildung 16). Der Anteil von Klient:innen mit schweren Einschränkungen, die sich in einer nicht haltbaren Alltagsstruktur bis hin zur Unmöglichkeit des Beziehungsaufbaus äußerten, war bei beiden Programmen gering (3 % bzw. 2 %).

Abbildung 16 Schweregrad der Einschränkungen von GadK II Klient:innen laut Behandler:innen



Anmerkung: N = 11.142 Quartalsdokumentationen von GadK II.

Die interviewten Behandler:innen berichteten von unterschiedlichen Schweregraden und Störungsbildern. Während einige vor allem leichte Störungsbilder präventiv behandelten, berichteten andere, dass ihnen häufig schwer belastete Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zugewiesen wurden. Mehrere Behandler:innen behandelten Klient:innen mit unterschiedlichen Schweregraden über die GadK-Programme:

„Ein paar sind dabei, die weniger belastet sind. Und eigentlich, wenn ich jetzt auch nachdenke, sind aber ein paar dabei, die dermaßen belastet sind, dass ich das Gefühl habe, das überfordert das Programm bei Weitem.“ (Behandler:innen-Interview 9)

Ab Ende Dezember 2023 wurden Klient:innen, die neu bei GadK II aufgenommen wurden, mittels Fragebogen zu ihrer Selbsteinschätzung befragt. Dabei wurden unter anderem verschiedene Indikatoren für die psychische Gesundheit und die Befindlichkeit erhoben. Die dafür verwendeten Skalen orientierten sich an der HBSC-Studie. Dies ermöglichte einen Vergleich der Klient:innen zu Behandlungsbeginn mit der repräsentativen HBSC-Befragung von 2021/22 (Felder-Puig et al., 2023a; Teutsch et al., 2023). Anhand dieses

Vergleichs zeigte sich, dass die GadK II-Klient:innen zu Beginn ihrer Behandlung ein niedrigeres Wohlbefinden, eine niedrigere Lebenszufriedenheit, und mehr (psycho-) somatische Beschwerden hatten als der Durchschnitt der österreichischen Schüler:innen (für Details siehe S. 99 ff). Durch GadK II wurden somit überwiegend Kinder und Jugendliche behandelt, die im Vergleich zur jungen Gesamtbevölkerung einen erhöhten Behandlungsbedarf aufwiesen.

Fälle mit hohem Schweregrad der Belastung

Fälle, bei denen in der Anmeldung Hinweise auf schwere oder chronische Belastungen identifiziert wurden, wurden im Rahmen des Clearings vertieft geprüft. Dies betraf während der Laufzeit von GadK II 432 Fälle. Besonders häufig vertreten waren dabei Kinder und Jugendliche mit Depressionen oder depressiven Verstimmungen (107 Fälle), mit gestörtem Ess- und/oder Trinkverhalten (78 Fälle), mit Ängsten (72 Fälle) und mit Suizidalität (von Suizidgedanken bis hin zu -plänen und -versuchen; 68 Fälle). Auch Fälle mit Halluzinationen, Psychosen, posttraumatischen Belastungsstörungen, Borderline, AD(H)S und/oder Autismus-Spektrum-Störungen wurden überprüft. Vielfach handelte es sich zudem um Fälle mit traumatischen Erfahrungen wie Mobbing, Gewalt und sexuellem Missbrauch sowie problematischen familiären Hintergründen. In 86 der geprüften Fälle hatte eine stationäre Behandlung stattgefunden, in 49 Fällen war eine medikamentöse Behandlung psychischer Beschwerden erfolgt oder geplant.

Die Mehrheit der Betroffenen (88 %) konnte nach der Prüfung im Programm aufgenommen werden. Bei 36 Anmeldungen war eine Behandlung im Rahmen von GadK II nicht möglich und die Betroffenen wurden an besser geeignete Angebote weitervermittelt. Dabei handelte es sich überproportional häufig um angemeldete Personen mit einer gerichtlich angeordneten Behandlung (75 % der geprüften Fälle), einer laufenden Behandlung (25 % der geprüften Fälle) sowie mit Autismus-Spektrum-Störungen (30 % der geprüften Fälle) oder wahnhaften Störungen (30 % der geprüften Fälle). Für diese Kinder und Jugendlichen stellte eine Behandlung über GadK II kein geeignetes Setting dar.

Für Klient:innen, die bei GadK II behandelt wurden, aber eine längerfristige Behandlung benötigten, konnte ein Verlängerungsantrag gestellt werden. Bei den Klient:innen, für die ein Verlängerungsantrag gestellt wurde, berichteten die Behandler:innen von stärker ausgeprägten Einschränkungen als bei anderen behandelten Klient:innen. Das Ausmaß der Belastung dieser Klient:innen war bei GadK II jedoch etwas geringer ausgeprägt als bei GadK. So sank der Anteil der Klient:innen mit beantragter Verlängerung, bei denen die

Alltagsstruktur nicht haltbar war (inklusive Suizidversuch), von 9 % auf 3,5 %. Bei GadK II wurden somit schon bei geringeren Schweregraden Verlängerungsanträge gestellt.

Störungsbilder

In den Quartalsdokumentationen wurden (Verdachts-)Diagnosen dokumentiert. Ausgewertet wurden die aktuellsten Dokumentationen aller Klient:innen (3.929 bei GadK, 11.142 bei GadK II).

Die GadK II-Klient:innen litten besonders häufig unter Anpassungsstörungen und anderen neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen. Auch Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und affektive Störungen kamen regelmäßig vor.

Wie die Vorgeschichten und Schweregrade der Einschränkungen, blieb die Prävalenz unterschiedlicher Störungsbilder im Verlauf der beiden Programme GadK und GadK II weitgehend unverändert. Lediglich im Bereich der affektiven Störungen kam es zu leichten Abnahmen (von 20 % auf 16 %) zugunsten der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (von 20 % auf 24 %; siehe Tabelle 11). Diese Veränderung in den Störungsbildern lässt sich möglicherweise auf den etwas höheren Anteil an Kindern bis elf Jahren bei GadK II zurückführen, bei denen emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend häufiger diagnostiziert wurden als bei älteren Kindern und Jugendlichen.

(Verdachts-)Diagnosen aus dem Formenkreis der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen blieben über die Programme hinweg am häufigsten und wurden bei über der Hälfte der Klient:innen angegeben. Allein Anpassungsstörungen (F43.2) wurden bei 21 % bzw. 22 % der Klient:innen vermutet bzw. diagnostiziert. Es folgten die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend und die affektiven Störungen. Diese verteilten sich auf unterschiedliche Störungsbilder, die in Summe zunahmen. Bei GadK II wurden bei 7 % der Klient:innen Hyperkinetische Störungen (F90) identifiziert, bei 6 % Störungen im Sozialverhalten (F91) und bei 6 % Emotionale Störungen des Kindesalters (F93). Weitere Störungsbilder lagen bei jeweils weniger als 5 % der Klient:innen vor. Während der zunehmende Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend sich somit auf zahlreiche Diagnosen verteilt, machen depressive Episoden (F32) den Formenkreis der

affektiven Störungen fast vollständig aus. Die Abnahme affektiver Störungen lässt sich daher vollständig auf eine Reduktion depressiver Episoden von 20 % auf 16 % zurückführen.

Tabelle 11 (Verdachts-) Diagnosen der Klient:innen

Störungsgruppe	GadK		GadK II	
	Anzahl	%	Anzahl	%
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	53	1 %	177	1 %
F30-F39 Affektive Störungen	800	20 %	2.375	16 %
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.118	54 %	7.960	54 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	162	4 %	572	4 %
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	190	5 %	587	4 %
F70-F79 Intelligenzminderung	31	1 %	95	1 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	233	6 %	873	6 %
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	786	20 %	3.567	24 %
Keine der genannten Optionen	404	10 %	1.528	10 %

Anmerkung: $N_1 = 3.929$ Quartalsdokumentationen, $N_2 = 11.142$ Quartalsdokumentationen; Mehrfachnennungen möglich.

Störungen aus dem Formenkreis der Schizophrenie und wahnhaften Störungen (F20-29) wurden in den Quartalsdokumentationen nicht berichtet. In Einzelfällen wurden diese jedoch als Verdachtsdiagnosen bei Verlängerungsanträgen aufgeführt.

Relevanz von Krisen als Anlassfall für die Behandlung

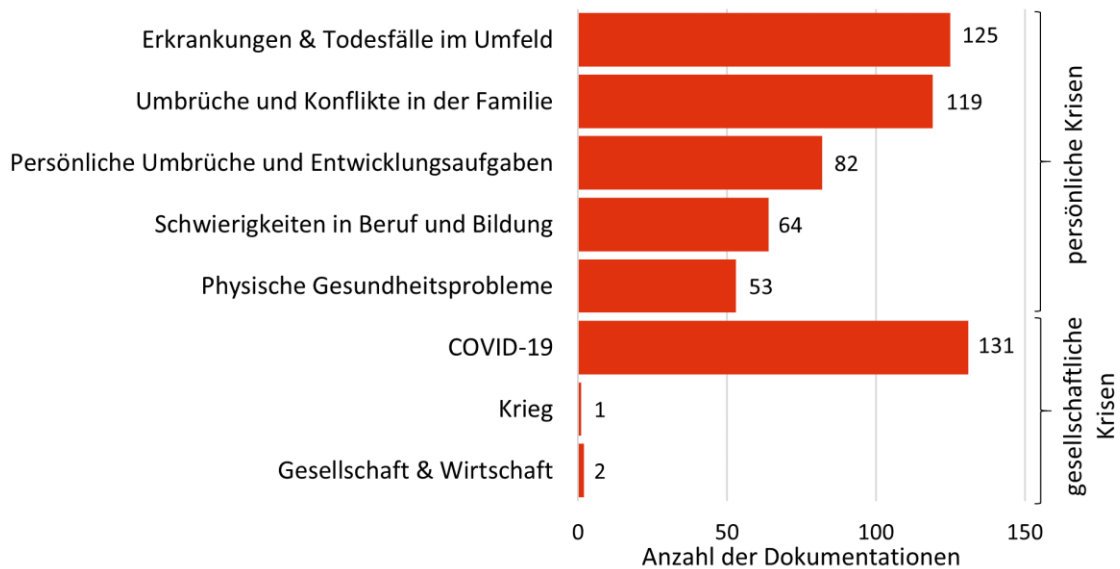
Der Ursprung der GadK-Programme lag in den erhöhten psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen durch die COVID-19 Pandemie und die damit einhergehenden Eindämmungsmaßnahmen. GadK II nahm die darauffolgenden multiplen Krisen in den Fokus. Die Interviews mit Behandler:innen, die im Frühjahr 2024 geführt wurden, zeigten, dass die Folgen der COVID-19 Pandemie in vielen Fällen bis zu diesem Zeitpunkt noch

bedeutsam waren. Die Probleme der Kinder und Jugendlichen hätten bereits vor der Pandemie begonnen, denn, *„dass Kinder Probleme haben, das haben wir auch schon vor der Corona gewusst, dass es da einen großen Bedarf gibt, Corona hat das nochmal sichtbarer gemacht“* (Behandler:innen-Interview 2). Verschärft wurde dies, indem *„unsere Kinder-, Jugendgruppe mal komplett vergessen [wurde] am Anfang“* (Behandler:innen-Interview 7). Während manche Behandler:innen berichteten, *„dass die Corona Zeit Gott sei Dank vorbei ist, dass jetzt die Jugendlichen wieder eher diese Probleme haben, die auch früher waren“* (Behandler:innen-Interview 12) erlebte ein größerer Anteil langfristige Nachwirkungen dieser Krise. So bemerkten sie *„bei den Jüngeren, bei denen die Kindergarten-Zeit Corona-Zeit war oder die erste Schulklasse in die Coronazeit gefallen ist, [...] Auffälligkeiten, die mit Sicherheit mit dieser Zeit zu tun haben“* (Behandler:innen-Interview 2), beschrieben bei Schulkindern, dass diese *„schwerer wieder in das schulische Setting zurückgefunden haben“* (Behandler:innen-Interview 3), und nahmen wahr, dass bei Jugendlichen *„auf Ebenen der sozialen Kompetenzen [...] sehr, sehr viel fehlt“* (Behandler:innen-Interview 15). Die Pandemie habe *„Rattenschwänze“* (Behandler:innen-Interview 5) hinterlassen, die auch nach deren Ende Probleme bereiten. Dennoch sei sie kaum noch explizit Thema in den Behandlungen, sondern komme immer wieder *„im Hintergrund [auf], wenn es auch unausgesprochen war“* (Behandler:innen-Interview 5). Insbesondere gäbe es häufig *„auch schon langfristige, teilweise chronifizierte Sachen, die im Zuge von Corona sich manifestiert haben und noch so akut geworden sind, dass offensichtlich die Jugendlichen oder die Eltern dringenden Handlungsbedarf gesehen haben.“* (Behandler:innen-Interview 11). Durch die Einschränkungen der Pandemie hätten die Kinder und Jugendlichen verlernt, gesunde Bewältigungsstrategien wie *„mit anderen zu kommunizieren und Spaß zu haben, rauszugehen, Hobbys zu pflegen“* (Behandler:innen-Interview 13) zu nutzen. Häufig äußerten sich Probleme daher als individuelle Krisen, die sich aber auf die Pandemie zurückführen ließen:

„Das bedeutet interessanterweise, die aktuellen Krisen und alles, was aktuelle Krisen sind, kann man trotzdem manchmal zurückführen auf diese Corona-Zeit.“
(Behandler:innen-Interview 10)

Entsprechend wurde die COVID-19 Pandemie zu Beginn von GadK in den Quartalsdokumentationen regelmäßig als relevant für den Behandlungsbedarf erwähnt (siehe Abbildung 17). Bei der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass diese Informationen nicht systematisch abgefragt wurden. Die Häufigkeit der Nennungen ermöglicht dennoch einen Einblick in die Bedeutsamkeit verschiedener Arten von Krisen für den Behandlungsbedarf der Klient:innen.

Abbildung 17 Nennung von Krisen in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen



Anmerkungen: N = 2.936 unstrukturierte Quartalsdokumentationen (April 2022 bis Jänner 2023).

Doch nicht nur die COVID-19 Pandemie spielte hierfür eine Rolle, sondern die Vielfalt an systemischen und gesellschaftlichen Krisen:

„Das haben wir in dem Alter auch ganz stark, wo es dann irgendwie von einer gesellschaftlichen Krise zu persönlichen Krisen und Störungen ganz einfach kommt, weil die so extrem verunsichert sind.“ (Behandler:innen-Interview 13)

Insbesondere die Vielfalt der Krisen führe zu Ängsten, Zukunftsunsicherheit und Überforderung. Verschärft werde dies, da *„pausenlos medial berichtet“* (Behandler:innen-Interview 6) und somit insbesondere digital-affine junge Generationen kontinuierlich mit negativen Nachrichten konfrontiert werde. Die Überforderung und die entstehenden negativen Zukunftserwartungen erschweren die Bewältigung individueller Probleme:

„Und natürlich so Zukunftshoffnungen oder so. Das ist natürlich auch ein Problem, weil die brauche ich vielleicht, um meine Probleme zu lösen, irgendeine Form von Motivation, um über gewisse Hindernisse drüber zu gehen. Und die ist gar nicht so leicht zu finden immer in einer Welt, wo sie nicht so viel gute Sachen vielleicht erwarten oder so das Gefühl ist, jederzeit könnte alles wieder ausbrechen oder wieder von neu losgehen oder so.“ (Behandler:innen-Interview 15)

Im Klient:innen-Fragebogen, der ab Dezember 2023 ausgesendet wurde, gaben Behandler:innen bei der Abschlussbefragung an, ob eine gesellschaftliche oder persönliche Krise oder ein potenziell traumatisches Ereignis eine Rolle für den Behandlungsbedarf der Klient:innen gespielt hatte. Auch Bezugspersonen machten Angaben zur Relevanz von Krisen für die Schwierigkeiten ihres Kindes. Gesellschaftliche Krisen spielten laut Behandler:innen bei 18 % der Klient:innen eine Rolle. Bezugspersonen schätzten die Relevanz gesellschaftlicher Krisen für die Schwierigkeiten ihrer Kinder höher ein: Hier gaben 27 % der Befragten an, dass eine gesellschaftliche Krise eine Rolle spielte. Vorwiegend war hier die COVID-19 Pandemie bedeutsam.

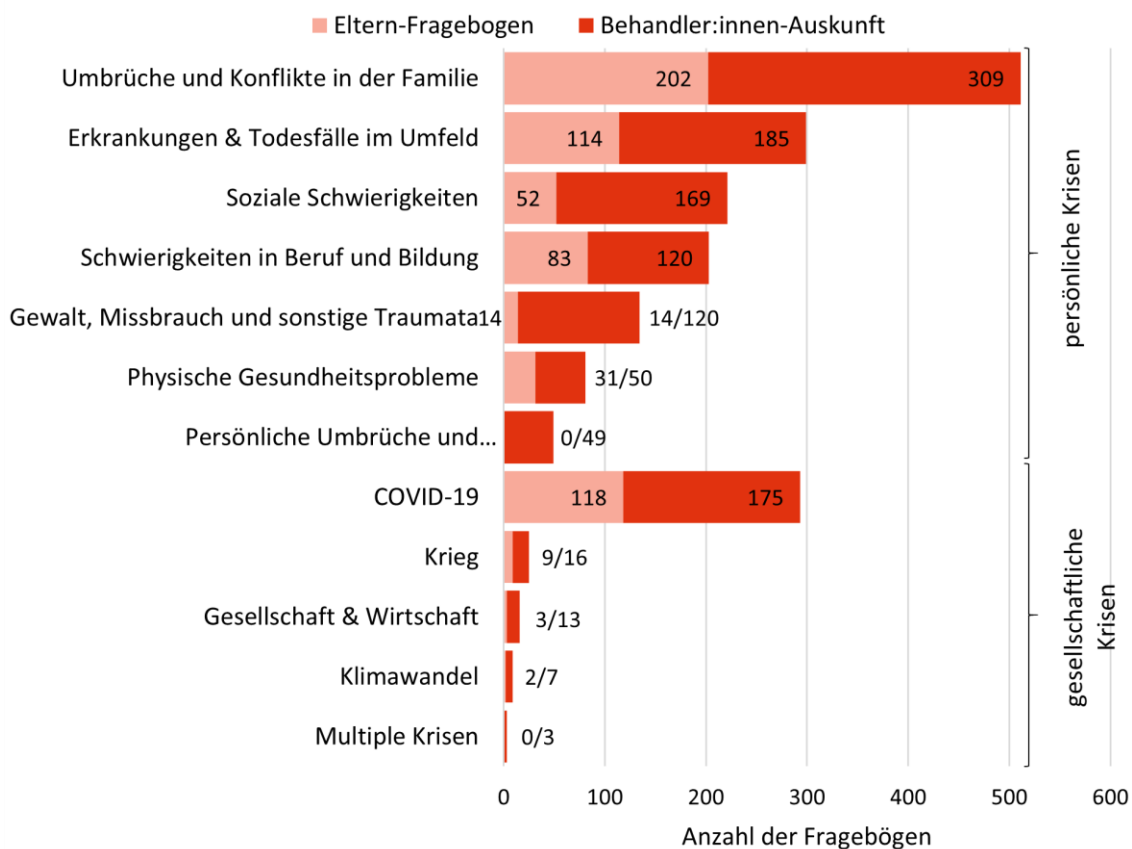
Bedeutsamer als gesellschaftliche Krisen waren aber persönliche Krisen. Hier stimmten die Einschätzungen von Behandler:innen und Bezugspersonen überein. Bereits zu Beginn von GadK, als die COVID-19 Pandemie den öffentlichen Diskurs noch dominierte, wurden persönliche Krisen insgesamt häufiger als relevant definiert als die COVID-19 Pandemie. Beispiele umfassten Erkrankungen und Todesfälle im Umfeld, Trennungen der Eltern Schwierigkeiten im schulischen, universitären und beruflichen Kontext oder physische Gesundheitsprobleme inkl. Unfälle, welche zu psychischer Belastung führten. In der strukturierten Erfassung mittels Fragebogen ab Dezember 2023 bestätigte sich, dass persönliche Krisen häufig eine Rolle für den Behandlungsbedarf spielten. Dies war laut Behandler:innen bei 46 % der Klient:innen der Fall, laut Eltern bei 51 %. Potenziell traumatisierenden Ereignissen waren laut Behandler:innen 16 % der Klient:innen ausgesetzt. Potenziell traumatisierende Ereignisse wurden von Bezugspersonen nicht erfragt, da diese einer fachlichen Einschätzung bedürfen.

Die Ergebnisse verdeutlichen die besondere Vulnerabilität von jungen Menschen nach traumatisierenden Erlebnissen. Gesellschaftliche Krisen wurden vor allem durch Bezüge zum eigenen Leben und in Interaktion mit persönlichen Krisen bedeutsam. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass individuelle Traumatisierungserfahrungen (z. B. Krankheit und Tod im nahen Umfeld, Krisen und Konflikte in der Familie, eigene Schwierigkeiten in Beruf und Bildung) durch gesellschaftlich relevante Krisen verstärkt auftreten.

Neben der Auswahl der verschiedenen Krisentypen konnten Behandler:innen bzw. Bezugspersonen zusätzliche Angaben zu den Krisen machen. Diese wurden mittels Qualitativer Inhaltsanalyse induktiv strukturiert und sind in Abbildung 18 dargestellt. Hier zeigte sich, dass insbesondere Umbrüche und Konflikte innerhalb der Familie für den

Behandlungsbedarf bedeutsam waren. Die Trennung der Eltern wurde besonders häufig genannt. Erkrankungen und Todesfälle im Umfeld, soziale Schwierigkeiten und Probleme im schulischen, universitären und beruflichen Kontext spielten oft eine Rolle. Besonders Behandler:innen benannten Gewalt- und Missbrauchserfahrungen sowie andere potenziell traumatische Ereignisse (z. B. Unfälle, medizinische Eingriffe, Kriegserfahrungen, Flucht), aber auch persönliche Umbrüche und Entwicklungsaufgaben als bedeutsam. Bezogen auf gesellschaftlich-systemische Krisen dominierte die COVID-19 Pandemie auch bei der Befragung im Jahr 2024. Die Mehrheit der Befragten hob die Relevanz dieser Krise für den Behandlungsbedarf hervor, während Kriege, Wirtschaftsprobleme, der Klimawandel und multiple Krisen im Allgemeinen eine quantitativ geringe Rolle spielten.

Abbildung 18 Für den Behandlungsbedarf bedeutsame Krisen laut Fragebogen



Anmerkung: N = 834 Behandler:innen-Angaben im Klient:innen-Fragebogen, N = 423 Eltern-Fragebögen; Mehrfachzuordnungen möglich.

6 Wie wirksam waren die GadK-Programme?

Auf einen Blick

- Die Auswertung von 4.649 Fragebögen zeigt, dass das selbstberichtete Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit und die Selbstwirksamkeit der Klient:innen im Behandlungsverlauf signifikant zunahm. Die Beschwerden nahmen ab.
- Zu Behandlungsbeginn war das Befinden der Klient:innen signifikant schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt für Schüler:innen (laut HBSC-Studie). Zu Behandlungsende war das Befinden vergleichbar.
- Die Bezugspersonen berichteten anhand von 814 ausgefüllten Fragebögen von einem gleichbleibenden Ausmaß von Peer-Problemen, Verhaltens-Problemen und Hyperaktivität im Verlauf der Behandlungen. Dagegen nahmen emotionale Probleme signifikant ab und positive Gefühle zu.
- Subjektiv berichteten 89 % von 278 Bezugspersonen von Verbesserungen der Schwierigkeiten ihrer Kinder.
- Die Bezugspersonen profitierten selbst von den Behandlungen ihrer Kinder, indem sie sich als zunehmend kompetent im Umgang mit den Problemen erlebten.
- In 60 % der analysierten 6.395 Quartalsdokumentationen wurden nach zehn oder mehr Einheiten gute bis sehr gute Behandlungsfortschritte berichtet. Nur bei 1 % der Behandlungen wurden keine Fortschritte erzielt.
- Die GadK-Programme hatten aus Sicht der befragten Projektbeteiligten zusätzlich das Potenzial, psychische Probleme zu entstigmatisieren und die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zu normalisieren. Sie ermöglichten zahlreichen Personen positive Erfahrungen beim ersten Kontakt mit Behandlungsangeboten.

Durch die GadK-Behandlungen sollte eine Verbesserung im Befinden der Klient:innen erreicht werden. Um die Wirksamkeit der Programme zu überprüfen, wurden das Befinden der Klient:innen zu Behandlungsbeginn – innerhalb der ersten fünf Sitzungen – und am Ende der Behandlungen – nach mindestens zehn Sitzungen – erfasst. Hierfür wurden durch die Klient:innen 4.649 Fragebögen ausgefüllt. Die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf ermöglichte eine Messung von Behandlungseffekten. Alternativ oder ergänzend zu den Befragungen der Klient:innen wurden auch Bezugspersonen zu Beginn und am Ende der Behandlungen befragt. Sie füllten 814 Fragebögen aus. Der objektive Vergleich des Befindens zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgte nur für GadK II, da GadK rein retrospektiv evaluiert wurde. Die objektive Messung von Veränderungen wurde durch die subjektiven Einschätzungen durch 166 Bezugspersonen und durch 1.684 Behandler:innen ergänzt. Diese wurden ebenfalls im Fragebogen erfasst. Zusätzlich stellten die Behandler:innen über regelmäßige Quartalsdokumentationen Informationen bereit. Ausgewertet wurden zur Beurteilung der Wirksamkeit 6.395 Dokumentationen aus GadK II, die nach mindestens zehn Behandlungseinheiten erstellt worden waren. Frühe Behandlungsbeendigungen wurden somit nicht in den Ergebnissen berücksichtigt.

Objektive Maße für den Erfolg: Wie veränderte sich das Befinden der Klient:innen im Behandlungsverlauf?

Im Fragebogen wurden die Klient:innen zu Beginn und am Ende der Behandlungen zu ihrem Befinden befragt. Das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, die Selbstwirksamkeit und verschiedene (psycho-)somatische Beschwerden wurden erfasst. Die Fragebogenerhebung ermöglichte die Analyse von Veränderungen des selbstberichteten Befindens der Klient:innen im Behandlungsverlauf. Bei der Analyse wurden Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt. Die Gegenüberstellung mit den Ergebnissen der HBSC-Befragung von 2021/22 (Felder-Puig et al., 2023a; Teutsch et al., 2023) ermöglichte zusätzlich einen Vergleich der Klient:innen mit repräsentativen Daten von Gleichaltrigen.

Steigerung des Wohlbefindens

Mit der Skala WHO-5 (Brähler et al., 2007) wurde das Wohlbefinden der Klient:innen erfasst. Die fünf Items der Skala sind positiv formuliert, sodass höhere Werte für ein höheres Wohlbefinden stehen. Die Skala kann Werte zwischen 0 und 25 annehmen, wobei

eine Wert ≤ 7 als Indikator für depressive Verstimmungen gilt. Die Analyse erfolgte auf Grundlage von 4.622 Fällen (65 % weiblich, 34 % männlich, 1 % divers), bei denen mindestens die Hälfte der Items zur Messung des Wohlbefindens ausgefüllt wurden.

Das Wohlbefinden nahm im Verlauf der Behandlungen signifikant zu. Geschlechterübergreifend reduzierte sich der Anteil der Klient:innen mit Verdacht auf depressive Verstimmungen von 30 % zu Behandlungsbeginn auf 18 % am Ende der Behandlungen. Weibliche, nicht-binäre und ältere Klient:innen berichteten insgesamt von einem niedrigeren Wohlbefinden. Während zu Behandlungsbeginn 36 % der Klientinnen so niedrige Werte hatten, dass diese auf eine depressive Verstimmung hinwiesen, sank der Anteil zu Behandlungsende auf 20 %. Bei Burschen sank der Anteil von 19 % auf 10 %.

Das mittlere Wohlbefinden stieg von 11,5 ($SD = 6,1$) zu Behandlungsbeginn um 1,9 Punkte auf 13,4 ($SD = 5,7$) zu Behandlungsende. Dies entspricht unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden einem Anstieg des Wohlbefindens um 0,17 Punkte pro Einheit²¹ (siehe Abbildung 19). Insgesamt nahm das Wohlbefinden somit leicht zu ($\beta = 0,15$)²².

Wie in der repräsentativen Stichprobe der HBSC-Befragung hatten Mädchen niedrigere Werte im Wohlbefinden als Burschen. Zudem war das Wohlbefinden bei älteren Klient:innen niedriger als bei jüngeren.

Bei beiden Geschlechtern war das Wohlbefinden der GadK II Klient:innen zu Behandlungsbeginn signifikant niedriger als in der HBSC-Vergleichsstichprobe der Schüler:innen (siehe Tabelle 12 und Tabelle 13). Am Ende der Behandlung hatten sich die Werte der Klient:innen an die der Vergleichsstichprobe angenähert, sodass keine bedeutsamen Differenzen²³ nachweisbar waren.

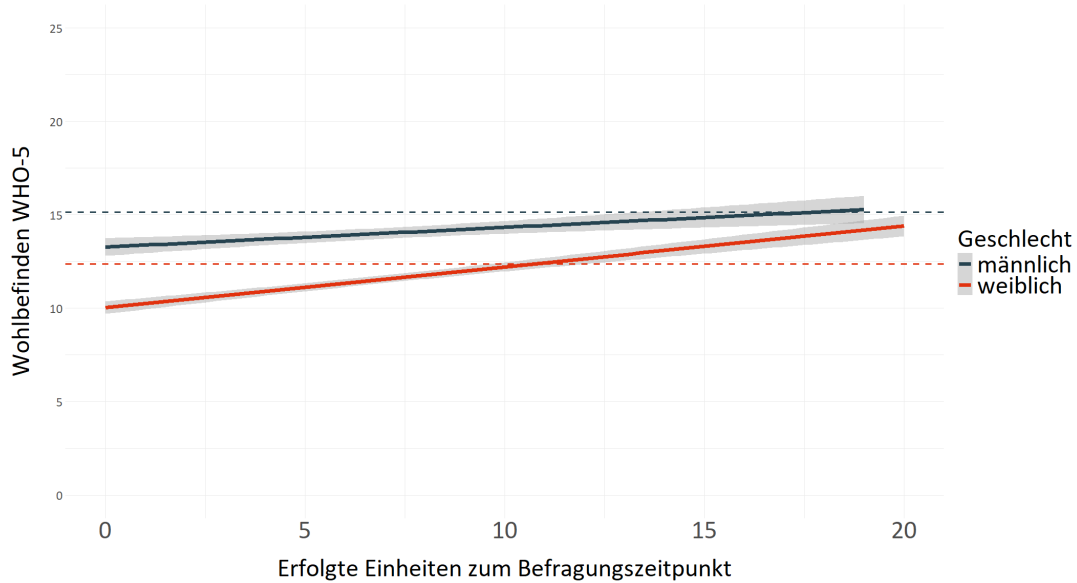
²¹ GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,17$, $p < 0,001$; Alter $b = -0,39$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = -1,66$, $p < 0,001$; Geschlecht (divers) $b = -3,83$, $p < 0,001$.

²² Die Interpretation der Effektgrößen orientierte sich an Funder und Ozer (2019), wobei ein Effekt ab $r = 0,05$ als sehr klein, ein Effekt ab $r = 0,10$ als klein und ein Effekt ab $0,20$ als mittelgroß gilt.

²³ Als bedeutsamer Unterschied wird eine Effektgröße von mindestens $d = 0,20$ gewertet.

Dies deutet darauf hin, dass das Befinden der Klient:innen durch die Behandlungen im Rahmen der GadK-Programme von unterdurchschnittlich zu durchschnittlich angehoben werden konnte.

Abbildung 19 Modellierung des Wohlbefindens im Verlauf der Behandlung



Anmerkung: $N_{männlich} = 1.550$, $N_{weiblich} = 3.012$; Aufgrund der kleinen Stichprobe für diverse Klient:innen sind nur die Ergebnisse für Mädchen und Burschen abgebildet. Die gestrichelten Linien entsprechend dem geschlechtsspezifischen mittleren Wohlbefinden laut der HBSC-Studie von 2021/22.

Tabelle 12 Kennwerte zum Wohlbefinden bei Mädchen

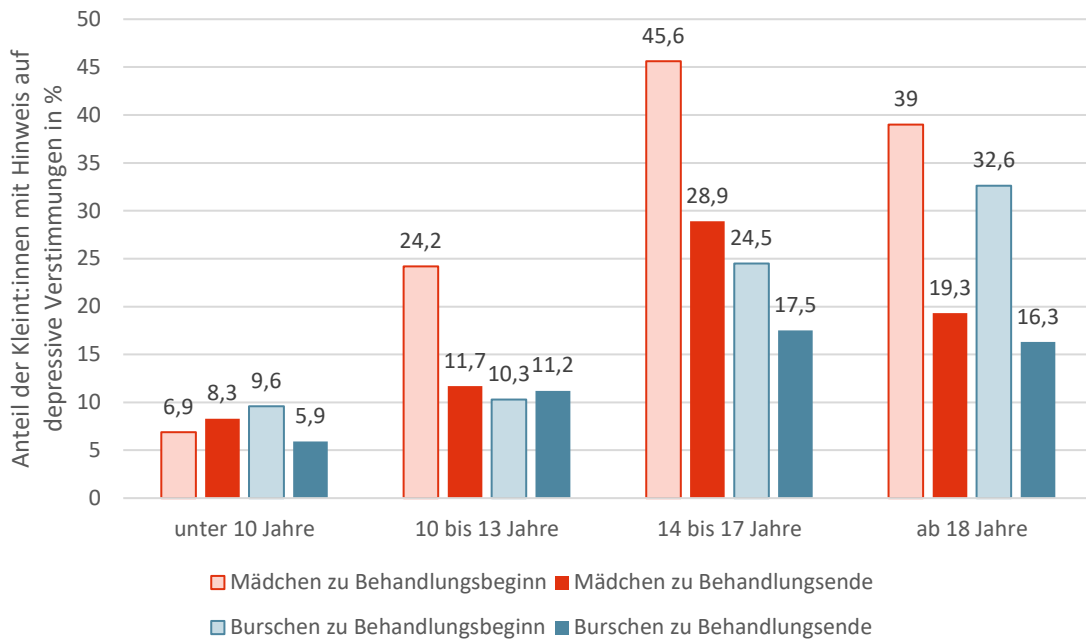
	Behandlungsbeginn ($N = 1.773$)	Behandlungsende ($N = 1.110$)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	10,5 (5,9)	12,9 (5,7)	12,38
t-Test (Differenz zu HBSC)	$t(1760) = -13,20$	$t(1090) = 3,30$	
p-Wert	< 0,001	0,001	
Cohens D (Effektstärke)	0,31	0,10	
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	35,9 %	19,9 %	21,7 %

Tabelle 13 Kennwerte zum Wohlbefinden bei Burschen

	Behandlungsbeginn (N = 929)	Behandlungsende (N = 546)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	13,5 (6,1)	14,6 (5,5)	15,15
t-Test (Differenz zu HBSC)	t(917) = -8,33	t(542) = -2,38	
p-Wert	< 0,001	0,02	
Cohens D (Effektstärke)	0,28	0,10	
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	18,9 %	12,8 %	9,5 %

Die Verbesserung des Wohlbefindens lässt sich auch anhand der Anteile der jungen Menschen erkennen, deren Werte auf depressive Verstimmungen hindeuten (Allgaier et al., 2012). In der HBSC-Befragung hatten 22 % der Mädchen auffällige Werte. Bei den GadK II-Klientinnen waren es zu Beginn der Behandlung 36 %, am Ende 20 %. Der Anteil der Burschen mit auffälligen Werten lag in der HBSC-Befragung bei 10 %. Zu Beginn der GadK II-Behandlungen wiesen 19 % Hinweise auf depressive Verstimmungen auf. Zu Behandlungsende lag der Anteil bei 13 %. Die Anteile sind für verschiedene Altersgruppen und Geschlechter in Abbildung 20 dargestellt.

Abbildung 20 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit Hinweis auf depressive Verstimmungen

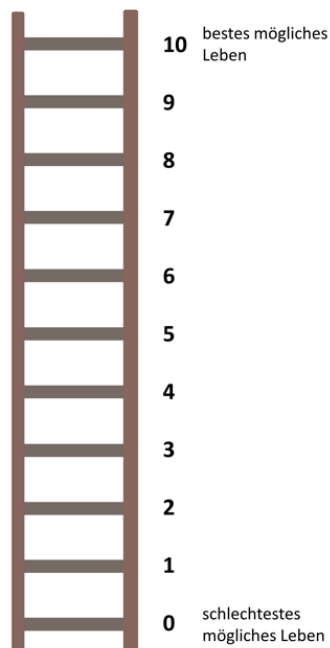


Anmerkungen: Basierend auf dem WHO-5 erfasst im Klient:innen-Fragebogen. Mädchen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 131$, $N_{Ende} = 96$; Mädchen 11 bis 13 Jahre: $N_{Anfang} = 355$, $N_{Ende} = 214$; Mädchen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 607$, $N_{Ende} = 350$; Mädchen ab 18 Jahre: $N_{Anfang} = 680$, $N_{Ende} = 450$. Burschen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 157$, $N_{Ende} = 101$; Burschen 11 bis 13 Jahre: $N_{Anfang} = 321$, $N_{Ende} = 196$; Burschen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 233$, $N_{Ende} = 114$; Burschen ab 18 Jahre $N_{Anfang} = 218$, $N_{Ende} = 135$. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten.

Steigerung der Lebenszufriedenheit

Die Lebenszufriedenheit der jungen Menschen wurde anhand einer Cantril-Leiter (Cantril, 1965) erfasst. Diese verankert optisch die zwei Ausprägungen des „besten möglichen Lebens“ (oben auf der Leiter) und des „schlechtesten möglichen Lebens“ (unten auf der Leiter). Die Klient:innen wurden gebeten, sich selbst auf den Stufen der Leiter anzuordnen, indem sie eine Nummer zwischen 0 (unten) und 10 (oben) angaben (siehe Abbildung 21). Werte ≤ 6 gelten als Indikator für eine niedrige Lebenszufriedenheit. Die Analyse erfolgte auf Basis von 4.568 Fällen (65 % weiblich, 34 % männlich, 1 % divers), die einen Wert auswählten.

Abbildung 21 Leiter zur Einordnung der Lebenszufriedenheit

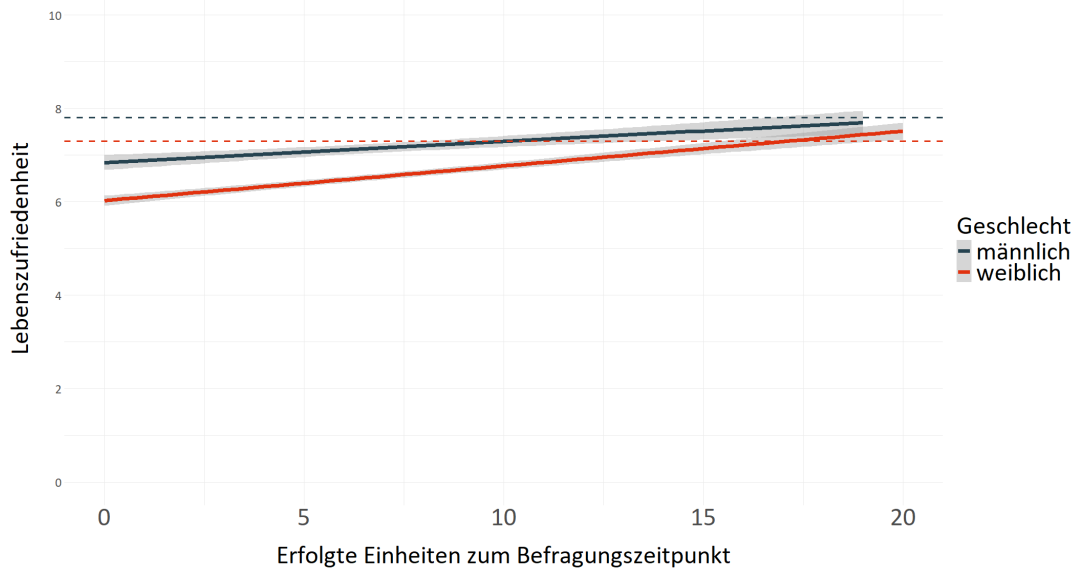


Die Lebenszufriedenheit stieg signifikant im Behandlungsverlauf. Geschlechterübergreifend sank der Anteil an Klient:innen mit einer auffällig niedrigen Lebenszufriedenheit zwischen den Befragungen von 50 % auf 30 %. Weibliche, nicht-binäre und ältere Klient:innen berichteten von einer niedrigeren Lebenszufriedenheit als männliche und jüngere Klient:innen. Bei den Mädchen sank der Anteil der Klientinnen mit niedriger Lebenszufriedenheit von 55 % auf 33 % und entsprach somit am Ende der Behandlung in etwa der HBSC-Vergleichsstichprobe. Der Anteil der männlichen GadK II Klienten mit auffällig niedriger Lebenszufriedenheit sank von 40 % auf 25 %, blieb damit jedoch etwas höher als der Anteil der Burschen aus der HBSC-Studie (19 %).

Auf der Leiter ordneten sich die Klient:innen zu Behandlungsbeginn im Mittel beim Wert 6,4 ($SD = 2,0$) ein, zu Behandlungsende beim Wert 7,1. Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht entspricht dies einem Anstieg der Lebenszufriedenheit um 0,06 Punkte

pro Behandlungseinheit²⁴ (siehe Abbildung 22). Die Lebenszufriedenheit nahm somit leicht zu ($\beta = 0,17$).

Abbildung 22 Modellierung der Lebenszufriedenheit im Verlauf der Behandlung



Anmerkung: $N_{männlich} = 1.526$, $N_{weiblich} = 2.982$; Aufgrund der kleinen Stichprobe für diverse Klient:innen sind nur die Ergebnisse für Mädchen und Burschen abgebildet. Die gestrichelten Linien entsprechend der geschlechtsspezifischen mittleren Lebenszufriedenheit laut der HBSC-Studie von 2021/22.

Mädchen hatten eine niedrigere Lebenszufriedenheit Werte als Burschen. In der HBSC-Studie berichteten Schülerinnen im Durchschnitt von einer Lebenszufriedenheit von 7,3; Burschen lagen mit 7,8 einen halben Punkt (bzw. eine halbe Leitersprosse) darüber. Die Werte der GadK II-Klient:innen lagen zu Beginn der Behandlung bei beiden Geschlechtern deutlich unter diesen Vergleichswerten (siehe Tabelle 14 und Tabelle 15). Sie näherten sich diesen jedoch mit einem Anstieg von 6,2 auf 7,0 bei Mädchen und von 6,9 auf 7,5 bei Burschen daran an, sodass am Ende der Behandlung keine bedeutsamen Unterschiede zur Vergleichsstichprobe bestanden.

²⁴ GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,06$, $p < 0,001$; Alter $b = -0,13$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = -0,34$, $p < 0,001$; Geschlecht (divers) $b = -1,47$, $p < 0,001$.

Tabelle 14 Kennwerte zur Lebenszufriedenheit bei Mädchen

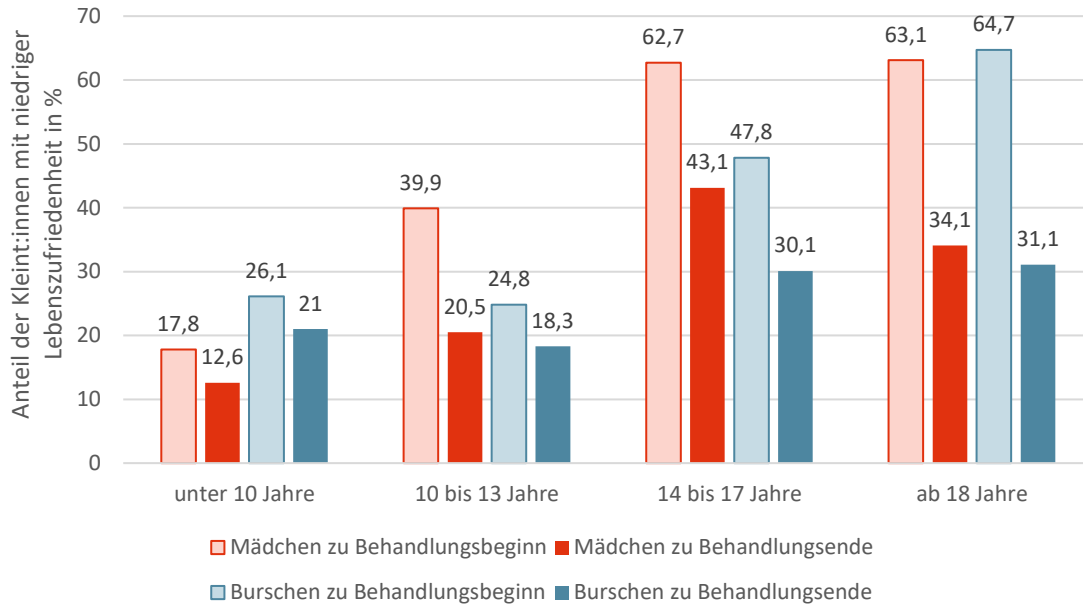
	Behandlungsbeginn (N = 1.753)	Behandlungsende (N = 1.100)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	6,2 (1,9)	7,0 (1,7)	7,3
t-Test	t(1752) = -24,40	t(1099) = -5,16	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	0,58	0,16	
Anteil mit Hinweis auf niedrige Lebenszufriedenheit	55,0 %	32,5 %	31,2 %

Tabelle 15 Kennwerte zur Lebenszufriedenheit bei Burschen

	Behandlungsbeginn (N = 912)	Behandlungsende (N = 539)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	6,9 (2,1)	7,5 (1,8)	7,8
t-Test	t(911) = -12,70	t(538) = -4,36	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	0,42	0,19	
Anteil mit Hinweis auf niedrige Lebenszufriedenheit	40,0 %	24,5 %	18,6 %

In Abbildung 23 sind die Anteile der Klient:innen mit niedriger Lebenszufriedenheit nach Geschlecht und Altersgruppen aufgeteilt dargestellt. Ältere sowie weibliche und nicht-binäre Klient:innen hatten eine niedrigere Lebenszufriedenheit.

Abbildung 23 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit niedriger Lebenszufriedenheit



Anmerkungen: Basierend auf der Cantril-Leiter erfasst im Klient:innen-Fragebogen. Mädchen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 129$, $N_{Ende} = 95$; Mädchen 11 bis 13 Jahre: $N_{Anfang} = 348$, $N_{Ende} = 210$; Mädchen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 598$, $N_{Ende} = 346$; Mädchen ab 18 Jahre: $N_{Anfang} = 678$, $N_{Ende} = 449$. Burschen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 153$, $N_{Ende} = 100$; Burschen 11 bis 13 Jahre: $N_{Anfang} = 318$, $N_{Ende} = 191$; Burschen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 226$, $N_{Ende} = 113$; Burschen ab 18 Jahre: $N_{Anfang} = 215$, $N_{Ende} = 135$. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten.

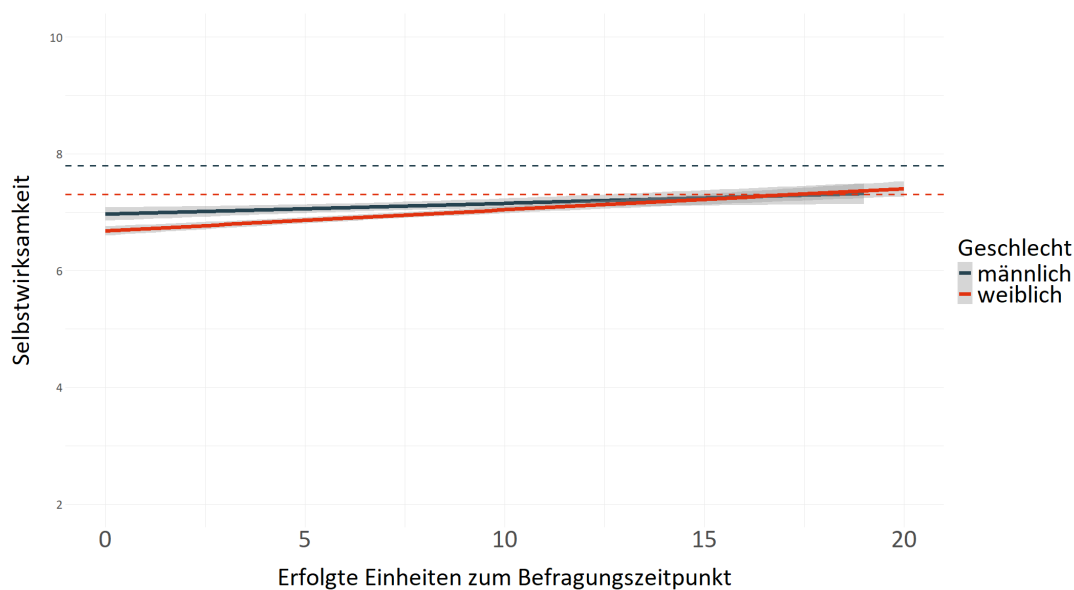
Steigerung der Selbstwirksamkeit

Als wichtiger und potenziell im Rahmen der Behandlungen veränderlicher Aspekt von psychischer Gesundheit wurde Selbstwirksamkeit betrachtet. Hierfür wurde mit zwei Items erfasst, inwieweit die Klient:innen subjektiv in der Lage waren, Probleme zu lösen und Ziele zu erreichen. Höhere Werte auf der Skala von 2 bis 10 zeigen eine höhere Selbstwirksamkeit. Werte ≤ 6 gelten als niedrige Selbstwirksamkeit, zwischen 7 und 8 gilt die Selbstwirksamkeit als moderat und ab 9 als hoch. Zur Analyse wurden 4.618 Fragebögen genutzt, bei denen mindestens eins der Items ausgefüllt wurde (65 % weiblich, 34 % männlich, 1 % divers).

Die Selbstwirksamkeit wurde im Verlauf der Behandlungen gestärkt. Der Anteil von Klient:innen mit niedriger Selbstwirksamkeit nahm ab. Bei Mädchen und nicht-binären Personen war die Selbstwirksamkeit niedriger als bei Burschen. Zu Behandlungsbeginn hatten 39 % der Klientinnen und 32 % der Klienten eine niedrige Selbstwirksamkeit. Am Ende der Behandlung reduzierte sich der Anteil an Klient:innen mit niedriger Selbstwirksamkeit bei beiden Geschlechtern auf 28 %.

Das Level der Selbstwirksamkeit hing vom Behandlungsfortschritt ab²⁵ (Abbildung 24). Klient:innen hatten im Mittel zu Beginn der Behandlung eine Selbstwirksamkeit von 6,8 ($SD = 1,4$) und am Ende der Behandlung von 7,2 ($SD = 1,3$). Unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht nahm die Selbstwirksamkeit pro Behandlungseinheit um 0,03 Einheiten zu, was einem kleinen Effekt entspricht ($\beta = 0,12$).

Abbildung 24 Modellierung der Selbstwirksamkeit im Verlauf der Behandlung



Anmerkung: $N_{männlich} = 1.546$, $N_{weiblich} = 3.012$; Aufgrund der kleinen Stichprobe für diverse Klient:innen sind nur die Ergebnisse für Mädchen und Burschen abgebildet. Die gestrichelten Linien entsprechend der geschlechtsspezifischen mittleren Selbstwirksamkeit laut der HBSC-Studie von 2021/22.

²⁵ GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,03$, $p < 0,001$; Alter $b = 0,00$, $p = 0,561$; Geschlecht (weiblich) $b = -0,18$, $p < 0,001$; Geschlecht (divers) $b = -0,86$, $p < 0,001$.

Der Anteil der Klient:innen mit niedriger Selbstwirksamkeit nahm zugunsten des Anteils mit mittlerer und hoher Selbstwirksamkeit im Behandlungsverlauf ab. Während zu Beginn der Behandlung 37 % der Klient:innen eine niedrige Selbstwirksamkeit hatten, waren es am Ende 28 % und somit 9 % weniger. Dagegen stieg der Anteil von Klient:innen mit hoher Selbstwirksamkeit von 9 % auf 15 % an.

In der HBSC-Befragung berichteten Mädchen eher von niedrigerer bzw. seltener von hoher Selbstwirksamkeit als Burschen. Dieser Unterschied zeigte sich auch bei den GadK II-Klient:innen (siehe Tabelle 16 und Tabelle 17). Zu Beginn der Behandlung hatten 39 % der Klientinnen einen niedrigen Selbstwert (31 % in der HBSC-Studie) und 32 % der Klienten (24 % der HBSC-Studie). Am Ende der Behandlung reduzierte sich der Anteil an Klient:innen mit niedrigem Selbstwert bei beiden Geschlechtern auf 28 %. Insgesamt lag der mittlere Selbstwert bei beiden Geschlechtern zu Behandlungsbeginn unter dem Vergleichswert, während zu Behandlungsende keine signifikante Differenz mehr vorhanden war. Anders als für das Geschlecht, zeigten sich für das Alter keine signifikanten Effekte auf die Selbstwirksamkeit. Alters- und geschlechtsspezifische Anteile niedriger Selbstwirksamkeit sind in Abbildung 25 dargestellt.

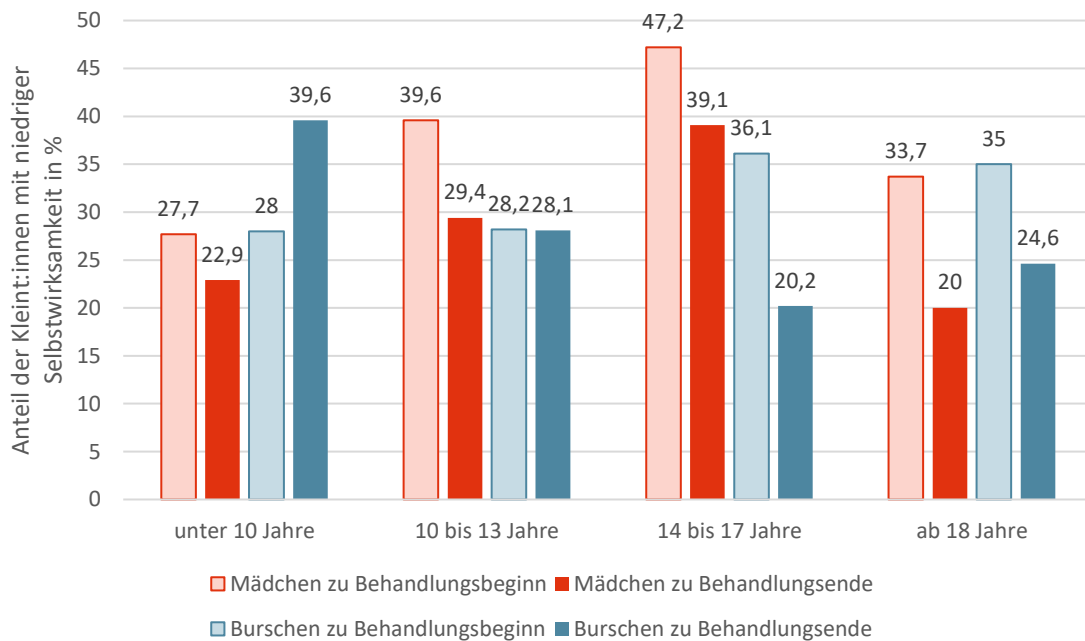
Tabelle 16 Kennwerte zur Selbstwirksamkeit bei Mädchen

	Behandlungsbeginn (N = 1.774)	Behandlungsende (N = 1.109)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	6,8 (1,4)	7,2 (1,3)	7,1
t-Test	$t(1773) = -10,10$	$t(1098) = 1,87$	
p-Wert	< 0,001	0,062	
Cohens D (Effektstärke)	0,24	0,06	
Anteil mit niedriger Selbstwirksamkeit	39,1 %	28,1 %	31,0 %

Tabelle 17 Kennwerte zur Selbstwirksamkeit bei Burschen

	Behandlungsbeginn (N = 926)	Behandlungsende (N = 545)	HBSC Vergleichswert
Mittelwert (Standardabweichung)	7,0 (1,4)	7,2 (1,4)	7,3
t-Test	t(925) = -6,73	t(544) = -1,34	
p-Wert	< 0,001	0,182	
Cohens D (Effektstärke)	0,22	0,06	
Anteil mit niedriger Selbstwirksamkeit	31,7 %	27,7 %	24,3 %

Abbildung 25 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit niedriger Selbstwirksamkeit



Anmerkungen: Basierend auf der Selbstwirksamkeits-Skala der HBSC-Studie erfasst im Klient:innen-Fragebogen. Mädchen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 130$, $N_{Ende} = 96$; Mädchen 11-13 Jahre: $N_{Anfang} = 356$, $N_{Ende} = 214$; Mädchen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 608$, $N_{Ende} = 350$; Mädchen ab 18 Jahre: $N_{Anfang} = 680$, $N_{Ende} = 449$. Burschen unter 10 Jahre: $N_{Anfang} = 157$, $N_{Ende} = 101$; Burschen 11-13 Jahre: $N_{Anfang} = 319$, $N_{Ende} = 196$; Burschen 14 bis 17 Jahre: $N_{Anfang} = 233$, $N_{Ende} = 114$; Burschen ab 18 Jahre $N_{Anfang} = 217$, $N_{Ende} = 134$. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten.

Reduktion der Beschwerden

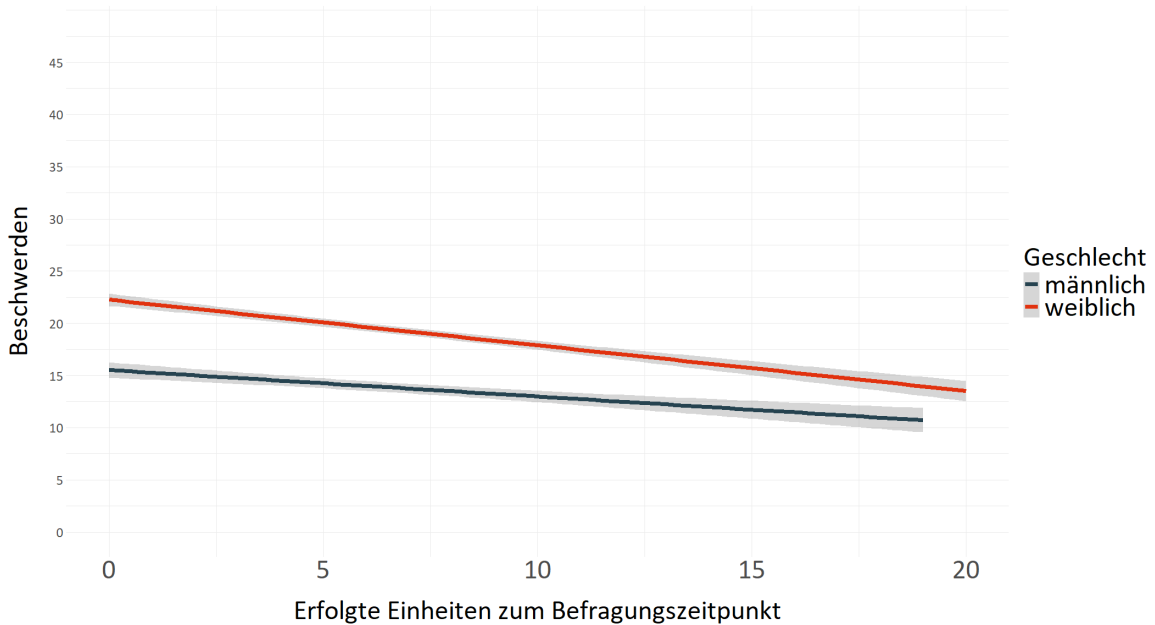
Neben den Indikatoren für die positive Befindlichkeit, bei denen ein Anstieg erstrebenswert ist, wurde im Fragebogen die Häufigkeit verschiedener (psycho-) somatischer Symptome erfasst. Insgesamt wurden zwölf verschiedene Beschwerden erfasst, für die jeweils angegeben wurde, ob sie selten oder nie, (fast) jeden Monat, (fast) jede Woche, mehrmals pro Woche oder (fast) jeden Tag auftreten. Bei der Auswertung wurden 4.629 Fälle berücksichtigt (65 % weiblich, 34 % männlich, 1 % divers), die zu mindestens 50 % der Beschwerden eine Angabe gemacht hatten.

Mädchen und nicht-binäre sowie ältere Klient:innen berichteten von einer höheren Beschwerdelast. Zu Behandlungsbeginn berichtete jeweils etwa die Hälfte (> 45 %) der befragten Mädchen, mehrmals pro Woche oder öfter unter Angstgefühlen, Niedergeschlagenheit, Nervosität oder schlechter Laune zu leiden. Zu Behandlungsende hatte sich die Prävalenz dieser Symptome auf jeweils ca. 30 % reduziert. Die häufigsten Beschwerden bei Burschen waren Gereiztheit und Einschlafprobleme, die zu Behandlungsbeginn bei jeweils 36 % mehr als einmal pro Woche auftraten. Bei beiden Geschlechtern reduzierten sich verschiedene Beschwerden im Behandlungsverlauf und waren bei den Klient:innen zu Behandlungsende oft sogar seltener als in der Vergleichsstichprobe der HBSC-Studie.

Das Gesamtausmaß der Beschwerden nahm mit zunehmender Behandlungsdauer ab²⁶ (siehe Abbildung 26). Pro Behandlungseinheit reduzierte sich die Beschwerdelast um 0,37 Einheiten, was einem kleinen Effekt von $\beta = -0,19$ entspricht. Ältere Klient:innen, Mädchen und nicht-binäre Personen litten unter einer insgesamt höheren Beschwerdelast. Entsprechend waren auch einzelne Beschwerden bei Mädchen häufiger als bei Burschen (siehe Tabelle 18 und Tabelle 19). Zusätzlich hatten ältere Klient:innen mehr und häufigere Beschwerden.

²⁶ GEE: Behandlungseinheiten $b = -0,37$, $p < 0,001$; Alter $b = 0,54$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = 4,37$, $p < 0,001$; Geschlecht (divers) $b = 9,72$, $p < 0,001$.

Abbildung 26 Modellierung der Beschwerden im Verlauf der Behandlung



Anmerkung: $N_{männlich} = 1.552$, $N_{weiblich} = 3.017$; Aufgrund der kleinen Stichprobe für diverse Klient:innen sind nur die Ergebnisse für Mädchen und Burschen abgebildet.

Zu Behandlungsbeginn waren vor allem Angstgefühle, Niedergeschlagenheit, Nervosität und schlechte Laune häufig bei Mädchen. Pro Beschwerde berichteten mehr als 45 % der Klient:innen mehrmals pro Woche oder täglich darunter zu leiden. Einschlafschwierigkeiten und Zukunftssorgen wurden von mehr als 40 % berichtet und über ein Viertel gab zu Behandlungsbeginn an, an mehreren Tagen pro Woche unter Kopfschmerzen oder Nacken- und Schulterschmerzen zu leiden. Zu Behandlungsende zeigten alle Beschwerden abnehmende Tendenzen. Insbesondere die Prävalenzen der stärker psychisch geprägten Beschwerden wie Ängste, Niedergeschlagenheit, Gereiztheit, Nervosität, Zukunftssorgen und Einschlafprobleme reduzierten sich um mehr als 10 %. Damit erreichten die GadK II-Klientinnen am Ende ihrer Behandlung etwa das Niveau der Vergleichsstichprobe aus der HBSC-Studie. Zum Teil zeigten sich nach den Behandlungen sogar niedrigere Prävalenzen als in der repräsentativen Stichprobe.

Tabelle 18 Anteil der Mädchen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 1.778)	Behandlungsende (N = 1.110)	HBSC
Kopfschmerzen	31,4 %	21,8 %	27,4 %
Magen-/Bauchschmerzen	23,5 %	16,4 %	16,6 %
Rückenschmerzen	24,0 %	21,7 %	23,1 %
Nacken-/Schulterschmerzen	27,7 %	19,7 %	24,3 %
Angstgefühle	47,1 %	28,8 %	29,2 %
Niedergeschlagenheit	46,1 %	27,0 %	30,0 %
Gereiztheit/schlechte Laune	50,8 %	31,3 %	44,0 %
Nervosität	49,2 %	32,6 %	35,4 %
Einschlafschwierigkeiten	43,3 %	28,7 %	32,1 %
Zukunftssorgen	44,5 %	28,4 %	29,2 %
Schwindel	23,6 %	14,4 %	19,3 %
Augenprobleme	18,4 %	15,3 %	19,6 %

Burschen hatten insgesamt eine geringere Beschwerdelast. Dies traf sowohl auf die GadK II-Klienten zu als auch auf die Vergleichsstichprobe aus der HBSC-Studie. Die häufigsten Beschwerden waren Einschlafprobleme, Gereiztheit, Nervosität und Zukunftssorgen, die zu Behandlungsbeginn jeweils von 30 % oder mehr der Klienten mehrmals pro Woche bis täglich erlebt wurden. Bei Burschen zeigte sich wie bei Mädchen über alle Beschwerdetypen hinweg ein abnehmender Trend. Für viele Beschwerden lagen die Anteile der betroffenen Burschen am Ende der Behandlung im Bereich der HBSC-Vergleichsstichprobe. Lediglich Angstgefühle, Niedergeschlagenheit und Zukunftssorgen waren bei GadK II-Klienten häufiger.

Tabelle 19 Anteil der Burschen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 930)	Behandlungsende (N = 547)	HBSC
Kopfschmerzen	13,5 %	11,8 %	10,1 %
Magen-/Bauchschmerzen	14,0 %	8,3 %	6,2 %
Rückenschmerzen	16,0 %	11,1 %	14,2 %
Nacken-/Schulterschmerzen	16,3 %	11,2 %	13,7 %
Angstgefühle	27,9 %	15,3 %	9,0 %
Niedergeschlagenheit	28,5 %	20,0 %	12,3 %
Gereiztheit/schlechte Laune	36,1 %	22,6 %	24,7 %
Nervosität	31,2 %	21,6 %	17,7 %
Einschlafschwierigkeiten	35,6 %	26,4 %	23,3 %
Zukunftssorgen	31,8 %	22,1 %	16,4 %
Schwindel	10,4 %	7,7 %	8,2 %
Augenprobleme	14,0 %	13,6 %	12,0 %

Objektive Maße für den Erfolg: Wie veränderte sich die Einschätzung der Bezugspersonen im Behandlungsverlauf?

Die Analyse von Veränderungen im Behandlungsverlauf erfolgte zusätzlich anhand der Angaben der Bezugspersonen im Eltern-Fragebogen.

Reduktion von einzelnen Schwierigkeiten

Im Fragebogen für Bezugspersonen wurden Stärken und Schwierigkeiten der Kinder erfasst (SDQ; Goodman, 1997, 2020). Die Schwierigkeiten lassen sich unterscheiden in externalisierende Schwierigkeiten – Hyperaktivität und Verhaltensprobleme – und internalisierende Schwierigkeiten – emotionale und Peer-Probleme. Zusätzlich wurde prosoziales Verhalten als Stärke erfasst. Die einzelnen Stärken und Schwierigkeiten können Werte zwischen 0 und 10 annehmen. In der Auswertung wurden 697 Fragebögen

berücksichtigt, bei denen mindestens die Hälfte der Fragen zu den Schwierigkeiten beantwortet wurden.

Laut Angaben der Bezugspersonen nahmen emotionale Probleme der Klient:innen im Verlauf der Behandlungen ab. Zu Behandlungsbeginn hatten 61 % der Mädchen und 52 % der Burschen deutliche emotionale Probleme. Bis zum Ende der Behandlungen sanken die Anteile auf 42 % bei den Mädchen und 37 % bei den Burschen. Keine Veränderungen zeigten sich bei Peer- und Verhaltensproblemen, Hyperaktivität und Prosozialität.

Tabelle 20 bietet eine Übersicht der Mittelwerte verschiedener Stärken und Schwierigkeiten getrennt für weibliche und männliche Klient:innen.

Tabelle 20 Mittelwerte der Schwierigkeiten und Stärken laut Eltern-Fragebogen

Schwierigkeit/ Stärke	Weiblich	Weiblich	Männlich	Männlich
	Behandlungs- beginn (N = 195)	Behandlungs- ende (N = 88)	Behandlungs- beginn (N = 228)	Behandlungs- ende (N = 100)
Emotionale Probleme	5,1 (2,4)	4,2 (2,4)	4,5 (2,6)	3,7 (2,5)
Peer-Probleme	2,4 (2,1)	2,5 (2,0)	2,9 (2,4)	3,1 (2,4)
Verhaltens- probleme	2,9 (1,9)	2,6 (2,2)	3,3 (2,2)	3,0 (2,0)
Hyperaktivität	4,1 (2,8)	4,2 (2,8)	5,4 (2,7)	5,1 (2,8)
Prosozialität	7,7 (2,1)	8,2 (1,9)	7,4 (2,0)	7,6 (2,1)

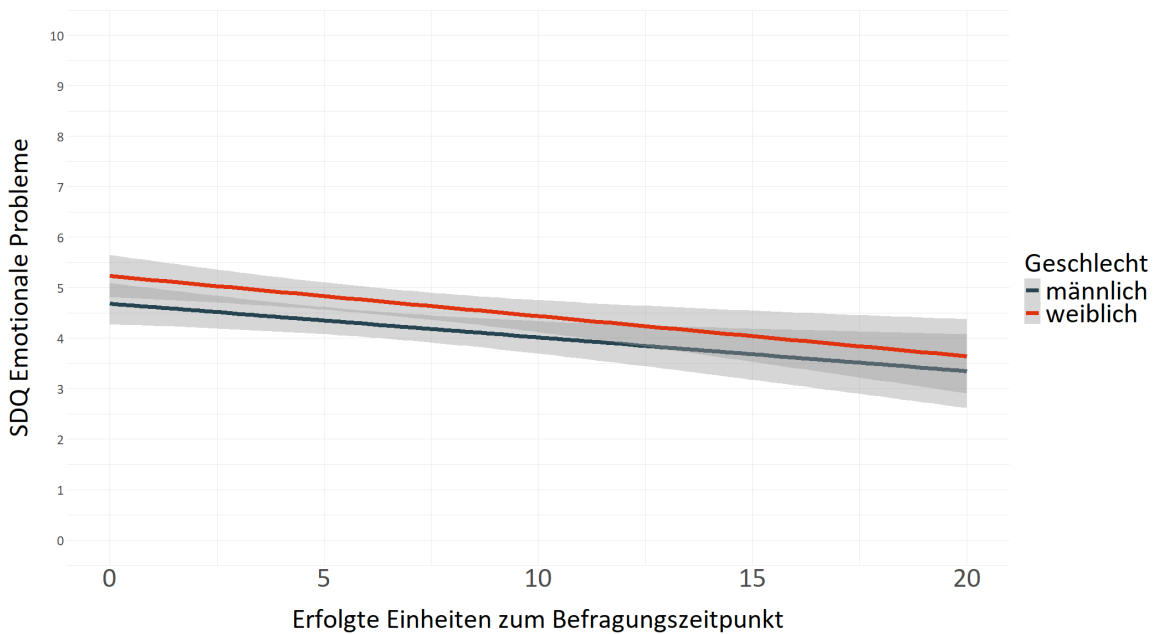
Anmerkung: Dargestellt sind die geschlechtsspezifischen Mittelwerte mit Standardabweichung in Klammern.

Emotionale Probleme der Klient:innen reduzierten sich unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtseffekten um 0,08 Einheiten (siehe Abbildung 27)²⁷. Dies entspricht einem

²⁷ GEE: Behandlungseinheiten $b = -0,08$, $p < 0,001$; Alter $b = 0,16$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = 0,38$, $p = 0,052$.

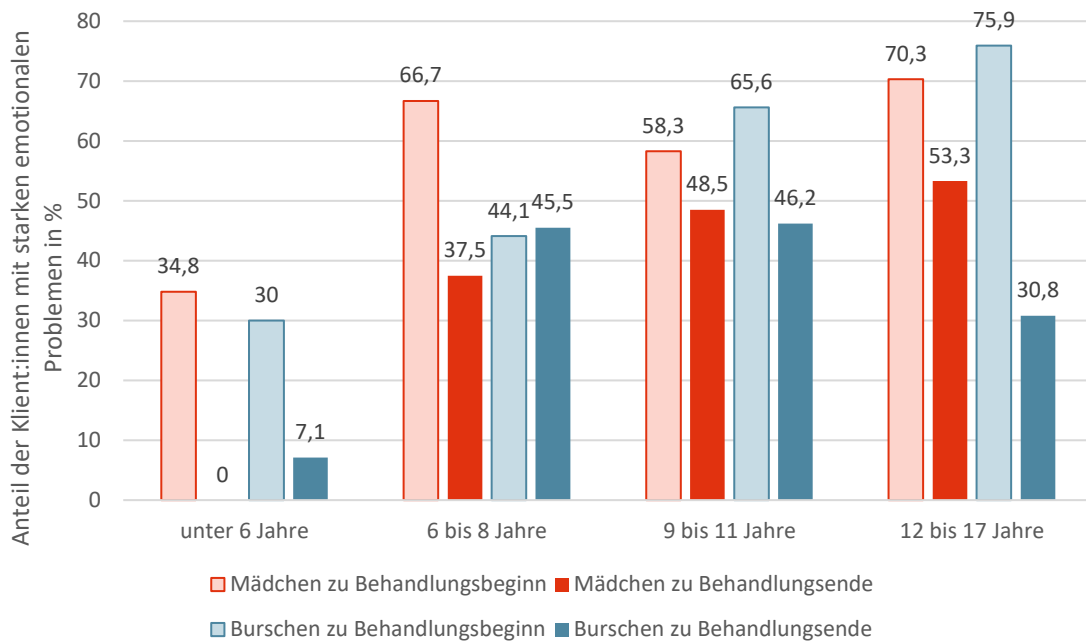
kleinen Effekt ($\beta = -0,16$). Zu Behandlungsbeginn lagen die emotionalen Probleme nach Einschätzung der Bezugspersonen bei einem Wert von 4,8 ($SD = 2,5$). Bei der Befragung am Ende der Behandlungen lag der Mittelwert 0,9 Einheiten niedriger bei 3,9 ($SD = 2,5$). Bezugspersonen nahmen bei weiblichen Kindern tendenziell mehr emotionale Probleme wahr als bei männlichen, der Unterschied war jedoch nicht signifikant, wenn Alter und Behandlungsfortschritt berücksichtigt wurden. Je älter die Klient:innen waren, desto mehr emotionale Probleme wurden bei ihnen wahrgenommen. Alters- und geschlechts-spezifische Anteile von Klient:innen mit starken bis sehr starken emotionalen Problemen sind in Abbildung 28 dargestellt.

Abbildung 27 Modellierung der emotionalen Probleme laut Eltern-Fragebogen im Behandlungsverlauf



Anmerkung: $N_{männlich} = 373$, $N_{weiblich} = 322$.

Abbildung 28 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit starken bis sehr starken emotionalen Problemen



Anmerkungen: Basierend auf dem Strengths-and-Difficulties Questionnaire (SDQ) erfasst im Eltern-Fragebogen. Mädchen unter 6 Jahre: $N_{Anfang} = 23$, $N_{Ende} = 7$; Mädchen 6 bis 8 Jahre: $N_{Anfang} = 75$, $N_{Ende} = 32$; Mädchen 9 bis 11 Jahre: $N_{Anfang} = 33$, $N_{Ende} = 26$; Mädchen 12 bis 17 Jahre $N_{Anfang} = 15$, $N_{Ende} = 13$. Burschen unter 6 Jahre: $N_{Anfang} = 40$, $N_{Ende} = 14$; Burschen 6 bis 8 Jahre: $N_{Anfang} = 93$, $N_{Ende} = 44$; Burschen 9 bis 11 Jahre: $N_{Anfang} = 61$, $N_{Ende} = 26$; Burschen 12 bis 17 Jahre $N_{Anfang} = 29$, $N_{Ende} = 13$. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten.

Für Peer-Probleme waren keine Veränderungen im Behandlungsverlauf nachweisbar²⁸. Peer-Probleme waren bei Burschen stärker ausgeprägt als bei Mädchen, veränderten sich aber nach Kontrolle des Alters und des Geschlechts nicht im Verlauf der Behandlungen. Ebenso zeigten sich keine signifikanten Veränderungen in den externalisierenden Schwierigkeiten Verhaltensprobleme²⁹ und Hyperaktivität³⁰. Verhaltensprobleme wurden

²⁸ GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,01$, $p = 0,507$; Alter $b = 0,07$, $p = 0,016$; Geschlecht (weiblich) $b = -0,54$, $p = 0,004$. Mittelwerte: Behandlungsbeginn $M = 2,7$ ($SD = 2,2$), Behandlungsende $M = 2,8$ ($SD = 2,2$).

²⁹ GEE: Behandlungseinheiten $b = -0,01$, $p = 0,379$; Alter $b = -0,10$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = 0,31$, $p = 0,071$. Mittelwerte: Behandlungsbeginn $M = 3,1$ ($SD = 2,1$), Behandlungsende $M = 2,8$ ($SD = 2,1$).

³⁰ GEE: Behandlungseinheiten $b = -0,01$, $p = 0,636$; Alter $b = -0,07$, $p = 0,045$; Geschlecht (weiblich) $b = -1,07$, $p < 0,001$. Mittelwerte: Behandlungsbeginn $M = 4,8$ ($SD = 2,8$), Behandlungsende $M = 4,7$ ($SD = 2,6$).

insbesondere bei jüngeren Klient:innen berichtet, während Hyperaktivität besonders bei Burschen auftrat. Auch eine Zunahme der Prosozialität war nicht nachweisbar³¹.

Zunahme positiver Gefühle

Positive Gefühle der Kinder aus Perspektive der Bezugspersonen wurden anhand von vier Items des KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2005, 2014; The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erfasst. In der Analyse wurden 805 Fragebögen berücksichtigt, bei denen mindestens die Hälfte der Items ausgefüllt wurde.

Die Bezugspersonen beobachteten im Verlauf der Behandlungen eine Zunahme positiver Gefühle bei ihren Kindern.

Auf einer Skala von 4 bis 20 lag der Mittelwert positiver Gefühle zu Behandlungsbeginn bei 15,2 ($SD = 3,3$). Bei der Befragung am Ende der Behandlung wurde eine mittlere positive Gefühlslage von 16,1 ($SD = 3,0$) berichtet (siehe Tabelle 21). In der Modellierung mit Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtseffekten entspricht dies einer Zunahme von 0,08 Einheiten pro Behandlungseinheit³² (siehe Abbildung 29). Dabei handelt es sich um einen kleinen Effekt ($\beta = 0,13$). Je jünger die Klient:innen waren, desto stärker wurde durch die Bezugspersonen von positiven Gefühlen berichtet. Ein zusätzlicher Geschlechtseffekt war nicht identifizierbar.

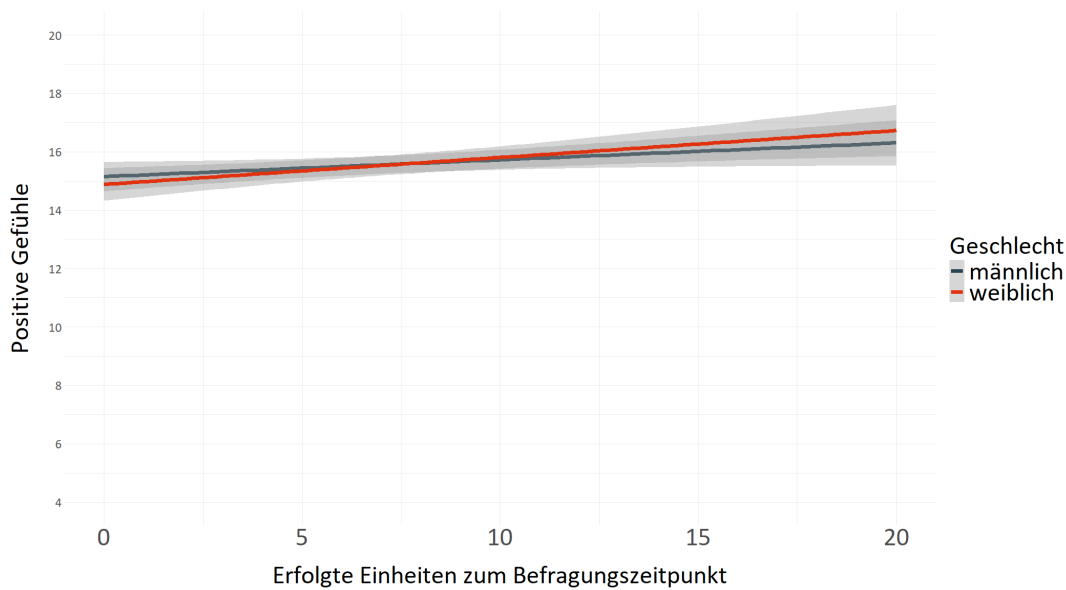
³¹ GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,01$, $p = 0,335$; Alter $b = 0,05$, $p = 0,097$; Geschlecht (weiblich) $b = 0,42$, $p = 0,013$. Mittelwerte: Behandlungsbeginn $M = 7,6$ ($SD = 2,0$), Behandlungsende $M = 7,9$ ($SD = 2,0$).

³² GEE: Behandlungseinheiten $b = 0,08$, $p < 0,001$; Alter $b = -0,35$, $p < 0,001$; Geschlecht (weiblich) $b = 0,20$, $p = 0,390$.

Tabelle 21 Mittelwerte positiver Gefühle laut Eltern-Fragebogen

	Weiblich Behandlungs- beginn (N = 199)	Weiblich Behandlungs- ende (N = 128)	Männlich Behandlungs- beginn (N = 230)	Männlich Behandlungs- ende (N = 149)
Positive Gefühle				
Mittelwert (Standardabweichung)	15,1 (3,4)	16,1 (3,2)	15,3 (3,3)	16,0 (2,9)

Abbildung 29 Modellierung der positiven Gefühle im Behandlungsverlauf laut Eltern-Fragebogen



Anmerkung: $N_{männlich} = 432$, $N_{weiblich} = 373$.

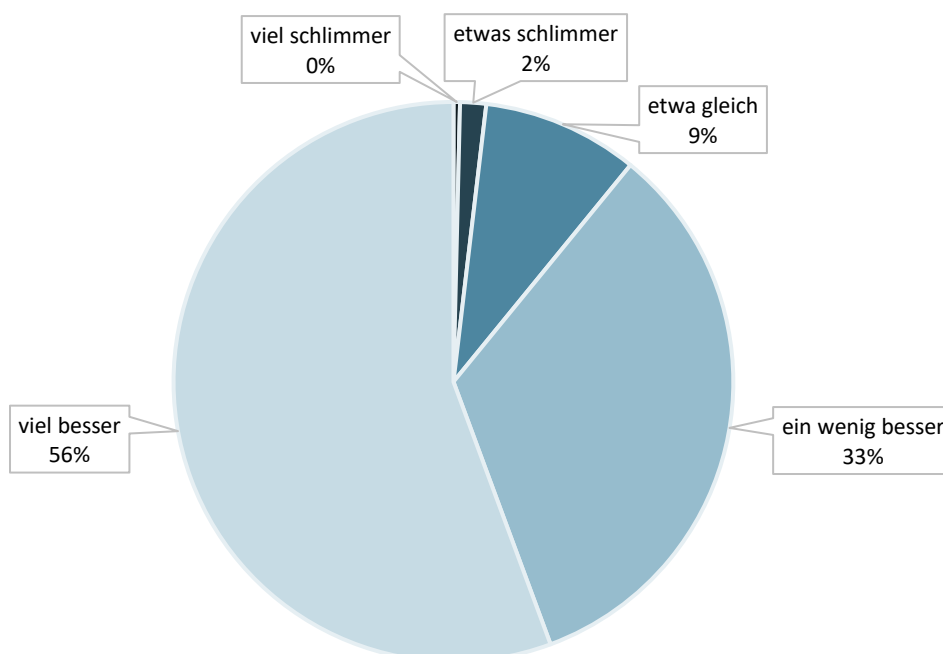
Subjektives Erreichen der Behandlungsziele: Wie schätzen Bezugspersonen den Behandlungserfolg ein?

Neben dem Vergleich von Aussagen der Bezugspersonen über ihre Kinder am Beginn und Ende der Behandlung, wurden diese gebeten, subjektive Einschätzungen zu Veränderungen vorzunehmen. Berücksichtigt wurden Angaben, die nach zehn oder mehr Behandlungseinheiten erfolgten.

89 % der Bezugspersonen nahmen Verbesserungen der Schwierigkeiten ihrer Kinder durch die Behandlungen wahr. Die Verbesserungen beschränkten sich meist nicht auf die Klient:innen, sondern spiegelten sich in der familiären Situation wider. Das Kompetenzerleben der Bezugspersonen im Umgang mit ihrem Kind verbesserte sich ebenfalls.

Die Bezugspersonen wurden gebeten, Veränderungen im Ausmaß der Schwierigkeiten des Kindes zu beurteilen (siehe Abbildung 30). Schwierigkeiten bezogen sich dabei auf Probleme in Stimmung, Konzentration, Verhalten und Umgang mit anderen. Hier berichteten 89 % von einer Verbesserung: Über die Hälfte gab an, dass die Schwierigkeiten „viel besser“ seien, ein weiteres Drittel empfand sie als „ein wenig besser“. Eine Minderheit von 2 % berichtete von einer Verschlechterung, wobei nur von einer einzigen Person angegeben wurde, dass die Schwierigkeiten „viel schlimmer“ geworden seien. Die verbleibenden 9 % berichteten von gleichbleibenden Schwierigkeiten.

Abbildung 30 Veränderungen im Ausmaß von Schwierigkeiten laut Eltern-Fragebogen



Anmerkungen: N = 266 Eltern-Fragebögen.

Zusätzlich zu den zusammengefassten Veränderungen der Schwierigkeiten des Kindes, wurden die Beratungseffekte für die Bezugspersonen selbst mit dem FEF (Vossler, 2001) abgefragt. Hierbei zeigte sich, dass sich die Problemsituation aus Perspektive der meisten Bezugspersonen verbessert hatte (91 %³³) und dass die meisten Befragten durch die Behandlungen selbst eine neue Sicht auf die Probleme des Kindes entwickelten (94 %). Sie gaben an, dass sie emotional besser damit umgehen konnten (90 %). Die Bezugspersonen wurden unter anderem gelassener im Umgang mit den Schwierigkeiten und fühlten sich weniger überfordert. Darüber hinaus fühlten sie sich durch die Behandlung besser vorbereitet, mit möglichen neu auftretenden oder wiederkehrenden Problemen des Kindes umzugehen (86 %). Auch die Gesamtsituation in der Familie verbesserte sich (89 %). Insbesondere wurde das Familienleben harmonischer und Konflikte wurden subjektiv konstruktiver ausgetragen.

Subjektives Erreichen der Behandlungsziele: Wie schätzen die Behandler:innen den Behandlungsfortschritt ein?

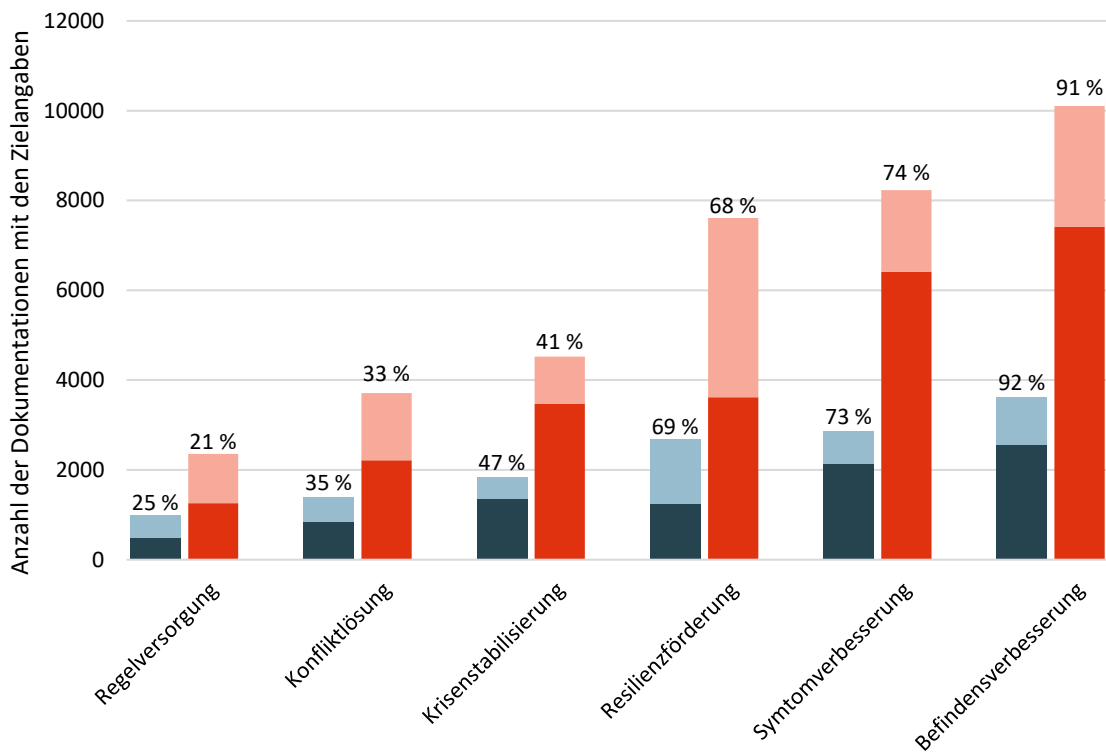
Im Rahmen der Quartalsdokumentationen gaben die Behandler:innen an, welche Ziele die Behandlungen verfolgten. Dabei wurde zwischen primären und sekundären Zielen unterschieden. In Bezug auf diese Ziele berichteten sie zudem über die erzielten Fortschritte. Zur Analyse der Ziele wurden die aktuellsten Dokumentationen pro Klient:in herangezogen ($N = 3.929$ für GadK und $N = 11.142$ für GadK II). Um tatsächliche Behandlungseffekte erfassen zu können, wurde die Analyse der Fortschritte auf Dokumentationen beschränkt, die nach mindestens zehn Behandlungseinheiten durchgeführt wurden.

Sowohl bei GadK als auch bei GadK II war die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit das häufigste primäre Ziel (siehe Abbildung 31). Etwa zwei Drittel der Behandler:innen wollten durch die Behandlung vor allem das subjektive Befinden ihrer Klient:innen verbessern. Ein weiteres Viertel gab dieses Ziel als sekundär an. Es folgte die Verbesserung einer eingeschränkten Symptomatik, welche von über der Hälfte der Behandler:innen als primäres und von 18 % bzw. 16 % als sekundäres Ziel genannt wurde. Die Verbesserung

³³ Die einzelnen Dimensionen der Skalen bestanden aus jeweils mehreren Items, die zwischen -3 und +3 eingeschätzt wurden. Als positive Entwicklung wurden positive Ausprägungen nach Summierung aller Items der Subskalen gewertet.

von Resilienzfaktoren war mit etwa einem Drittel etwas seltener ein primäres Ziel, wurde aber von zahlreichen Behandler:innen (37 % bzw. 36 %) als sekundäres Ziel verfolgt. Weitere Ziele waren die Stabilisierung einer Krise (35 % bzw. 31 % primär, 12 % bzw. 9 % sekundär) und die Lösung eines bestehenden Konfliktes (21 % bzw. 20 % primär, 14 % bzw. 13 % sekundär). Bei beiden Programmen wurde die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung am seltensten als Ziel angegeben (12 % bzw. 11 % primär, 12 % bzw. 10 % sekundär). Während es leichte Schwankungen in den Zieldefinitionen gab, blieb die Verteilung der Ziele zwischen GadK und GadK II somit weitgehend konstant. Dies lässt sich mit den ähnlichen Störungsbildern und Schweregraden der Klient:innen beider Programme begründen.

Abbildung 31 Ziele der Behandlungen laut Quartalsdokumentationen



Anmerkung: blau = GadK, N₁ = 3.929; rot = GadK II, N₂ = 11.142; kräftige Farbe = primäre Ziele, blasse Farbe = sekundäre Ziele. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Kombination von primären und sekundären Zielen. Mehrfachantworten möglich.

Während die Behandler:innen bei GadK tendenziell etwas zufriedener mit den Fortschritten in Bezug auf die sekundären Ziele waren, berichteten sie bei GadK II bessere Fortschritte in Bezug auf die primären Ziele (gute bis sehr gute Fortschritte bei GadK: 55 %

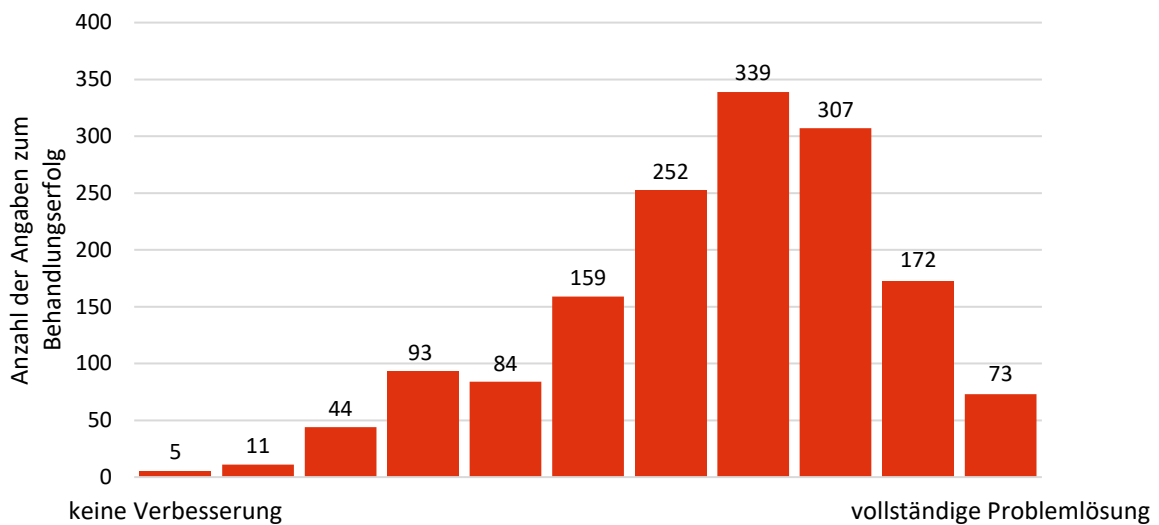
primäre Ziele, 62 % sekundäre Ziele; GadK II: 60 % primäre Ziele, 56 % sekundäre Ziele). Der Anteil der Behandler:innen, der in Bezug auf primäre Ziele keine Fortschritte wahrnahm, reduzierte sich von 5 % auf 1 %, dafür stieg der Anteil in Bezug auf sekundäre Ziele von 1 % auf 4 % an. Unterschiede in den Zieldefinitionen und der berichteten Zielerreichung zwischen GadK und GadK II lassen sich daher überwiegend auf einen veränderten Umgang in der Definition von Zielen als primär und sekundär zurückführen.

Die Behandler:innen hatten im Rahmen der GadK-Programme insbesondere die Verbesserung des Befindens, die Reduktion von Symptomen und die Förderung von Resilienz zum Ziel. Über beide Förderprogramme hinweg berichteten die Behandler:innen von guten bis sehr guten Fortschritten bei mehr als der Hälfte ihrer Klient:innen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen aus den Fragebögen. Schwierig gestaltete sich die Zielerreichung vor allem dann, wenn eine Überführung in die Regelversorgung erfolgen sollte.

Zusätzlich wurden die Behandler:innen im Fragebogen nach einer Einschätzung des Behandlungserfolgs gefragt. So wurden 1.684 Angaben erfasst. Auf einer Skala von 0 (keine Verbesserung der psychosozialen Situation der Klient:innen) bis 10 (vollständige Lösung der Probleme, wegen der die Klient:innen die Behandlung begonnen hatten) wählten die meisten Behandler:innen am Ende der Behandlungen den Wert 7. Im Durchschnitt lagen die Antworten bei 6,6 ($SD = 2,0$). Die Verteilung ist in Abbildung 32 dargestellt. Die Einschätzung der Behandler:innen stimmt dabei gut mit dem gemessenen Befinden der Klient:innen überein: Die subjektive Einschätzung des Behandlungserfolgs ging mit einem besseren Befinden der Klient:innen zu Behandlungsende auf allen erfassten Befindlichkeitsindikatoren einher³⁴.

³⁴ Pearson-Korrelation des Behandlungserfolgs mit dem Wohlbefinden $r = 0,35$ ($p < 0,001$), Lebenszufriedenheit $r = 0,39$ ($p < 0,001$), Selbstwirksamkeit $r = 0,32$ ($p < 0,001$), Beschwerden $r = -0,25$ ($p < 0,001$).

Abbildung 32 Subjektiver Behandlungserfolg laut Behandler:innen im Klient:innen-Fragebogen



Anmerkungen: N = 1.684 Angaben nach mindestens zehn Behandlungseinheiten.

Erfolge der Programme: Welche gesellschaftlichen Veränderungen konnten die Programme bewirken?

Die GadK-Programme konnten Effekte über die individuelle Verbesserung des Befindens hinaus erreichen. Aus den 21 Interviews und der Fokusgruppe ließen sich potenziell angestoßene Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene identifizieren.

Entstigmatisierung psychischer Probleme und der Berufsgruppe

Die Niederschwelligkeit ermöglichte es einer großen Anzahl von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen, psychologische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen. Hierdurch wurde die Inanspruchnahme professioneller Hilfsangebote normalisiert. Zusätzlich wurde die Gruppe der jungen Menschen mit psychischen Belastungen in der Gesellschaft sichtbarer.

Durch die flächendeckende Verbreitung der Programme konnten diese entscheidende Beiträge zur Etablierung psychischer Gesundheitsthemen und zur Entstigmatisierung

psychischer Probleme sowie psychologischer und psychotherapeutischer Behandlungen leisten. Es wurde zunehmend als normal angesehen, dass Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene sich über ihre eigenen Behandlungen im Rahmen der GadK-Programme austauschten. Dies führte zu einem aktiven Dialog über Unterstützungsbedarf, Unterstützungsoptionen und deren Nutzung zwischen den jungen Menschen:

„dass sich da die Gesellschaft in der Altersgruppe auch ein bisschen ändert, was jetzt den Bezug zur psychischen Gesundheit angeht. Die sagen viel eher ‚ja, ich habe eine Therapeutin. Und du hast keine?‘“ (Interview mit Vertreter:in der zentralen Servicestelle 1.2)

Befragte Projektbeteiligte nahmen diese Entwicklung als Ausdruck eines stärkeren Bewusstseins für psychische Gesundheit und Erkrankungen als ernstzunehmendes Problem in der Öffentlichkeit wahr. Der Bedarf an Unterstützung und Behandlung vonseiten der jungen Bevölkerungsgruppe rückte gesamtgesellschaftlich stärker in den Fokus.

Das Bewusstsein, dass auch leichtere und moderate Störungen oder Belastungen behandlungswürdig sind, veränderte die Außenwirkung von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen. Die Erkenntnis, dass bei Problemen Hilfe aufgesucht werden kann, um im Leben wieder besser zurecht zu kommen, wurde gestärkt. Durch die Programme entstand das Bewusstsein, dass Unterstützung auch ohne schwerwiegende Störungen in Anspruch genommen werden kann:

„dass ich das eben so toll finde, [...] dass man da ihnen auch so diese Hemmschwelle [nimmt] vor dieser Stigmatisierung des Psychologen, des Psychotherapeuten... es muss nicht immer etwas mit Störung zu tun haben.“ (Behandler:innen-Interview 7)

Erfahrung, es gibt Hilfe: GadK als Einstieg

Durch die GadK-Programme kamen Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene oft zum ersten Mal mit professioneller Hilfe in Berührung:

„Was wir schon merken, ist, dass GadK wirklich ideal dient, um so das erste Andocken an die psychosoziale Versorgung zu sein. Also Personen, die noch nie bei einer Psychologin oder Psychotherapeutin waren und absolut keine Ahnung haben,

wie das abläuft, die können bei uns wirklich sehr einfach andocken.“ (Interview mit Vertreter:in der zentralen Servicestelle 1.2)

Der meist positiv verlaufende Erstkontakt mit psychologischer und psychotherapeutischer Versorgung über die GadK-Programme hat das Potenzial, langfristig das Bewusstsein für psychische Gesundheit zu stärken und die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu fördern.

Bereits in jungen Jahren erfuhren die Klient:innen, dass es weder schwierig noch schlimm ist, wegen psychischer Probleme Hilfe in Anspruch zu nehmen. Diese Erfahrung kann als langfristige Prävention bis ins Erwachsenenalter angesehen werden. Basierend auf dieser frühen Erfahrung kann professionelle Hilfe in Zukunft schneller in Anspruch genommen werden, insbesondere während einer Krise:

„Und dass diese Kinder und Jugendlichen dann auch in ihrem Leben einen positiven Zugang haben zu dieser Thematik, zu unseren Berufen, finde ich toll.“

(Behandler:innen-Interview 7)

Kooperation von Berufsgruppen

Ein wichtiges Merkmal der GadK Programme war die Kooperation der Berufsgruppen für Psycholog:innen (BÖP) und Psychotherapeut:innen (ÖBVP). Eine Kooperation dieses Ausmaßes kam erstmals zustande:

„Ergänzend möchte ich schon sagen, dass es zustande gekommen ist durch beide Berufsgruppen, also Psychologen UND Psychotherapeutinnen. [Es ist] einmalig, dass Psychologen und Psychotherapeutinnen so eng zusammenarbeiten.“

(Interview mit Vertreter:in der zentralen Servicestelle 4)

Die GadK-Programme trugen so dazu bei, berufsgruppenspezifische Trennungen zu überwinden. Darauf kann langfristig aufgebaut werden, um Ressourcen zu bündeln und gemeinsame Interessen kooperativ zu verfolgen.

7 Welche Lehren lassen sich aus den GadK-Programmen ziehen?

Auf einen Blick

- Die Beteiligten aller Ebenen identifizierten sich in hohem Maße mit den GadK-Programmen und waren stolz, daran mitwirken zu können.
- Durch die Nutzung bestehender Strukturen und die schlanke und transparente Gestaltung der Programme war eine rasche Umsetzung trotz der erschwerten Bedingungen durch COVID-19 möglich.
- Die GadK-Programme zeichneten sich durch die erfolgreiche Zusammenarbeit von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen, vertreten durch den BÖP und den ÖBVP, aus. Durch das gemeinsame Angebot entfiel die für Betroffene oft unklare Unterscheidung zwischen den Berufsgruppen.
- Die Niederschwelligkeit für Klient:innen und Bezugspersonen wurde unter anderem durch den kostenfreien, unkomplizierten, raschen, wohnortnahen und qualitätsgeprüften Zugang zu Behandlungen gewährleistet.
- Die Behandler:innen wurden durch die Verlässlichkeit und Unterstützung durch die zentrale Servicestelle zur Teilnahme motiviert. Auch die unkomplizierten Abläufe und die als angemessen empfundene Vergütung waren Erfolgsfaktoren.
- Die Veränderungen im Verlauf der GadK-Programme heben die Relevanz der laufenden engen Abstimmung zwischen Auftraggeberin und Abwicklungsstelle hervor. Diese ermöglichte bei Bedarf rasche Anpassungen und eine kontinuierliche Optimierung von Programmstrukturen und -abläufen. Insbesondere die zunehmende Digitalisierung trug dazu bei, Prozesse effizienter zu gestalten.
- Dass die GadK-Programme jeweils für ein Jahr bewilligt und budgetiert wurden, führte zu Herausforderungen in der Abwicklung und zu erhöhten Wartezeiten während der Übergangszeiten zwischen den Programmzyklen. Diese Wartezeiten heben den anhaltenden Bedarf und die Nachfrage nach dem Angebot hervor und verdeutlichen die Notwendigkeit einer langfristigen Lösung ohne Übergangsphasen.

- Behandler:innen schätzten einerseits die klaren Vorgaben durch die Programme, empfanden diese jedoch zum Teil als zu strikt, insbesondere bezüglich des Behandlungs-Kontingents von 15 Einheiten.
- Für Klient:innen mit schwereren Belastungen stellten die Programme aufgrund des begrenzten Behandlungs-Kontingents eine Übergangslösung dar. Durch fehlende Alternativangebote war der Übergang in die Regelversorgung jedoch teilweise schwer zu umzusetzen.

Förderliche Faktoren: Was hat zum Erfolg der Programme beigetragen?

Die Analyse von Interviews und Fokusgruppen mit unterschiedlichen Interessensgruppen ermöglichte die Identifikation von Faktoren, die zum Erfolg der GadK-Programme beitrugen. Insgesamt wurden 15 Interviews mit Behandler:innen, zwei Interviews mit Klient:innen und Obsorgeberechtigten sowie vier Interviews mit Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle geführt. Darüber hinaus fand eine Fokusgruppe mit Vertreter:innen des BMSGPK, des BÖP, des ÖBVPs und der Servicestelle statt und es wurden acht Protokolle der Projektbegleitgruppe analysiert.

Erfolgsfaktoren der GadK-Programme ließen sich auf verschiedenen Ebenen identifizieren. So wurden bereits bei der Planung der Programme förderliche strukturelle Rahmenbedingungen geschaffen. Die zentrale Servicestelle und die vollständige Kostenübernahme der Behandlungen stellten einen niederschweligen Zugang für die Klient:innen her und die Berufsgruppen kooperierten erfolgreich in der Umsetzung der Programme. Zusätzlich waren die Programme attraktiv für die Behandler:innen gestaltet, was den Aufbau eines großen und qualifizierten Behandler:innen-Pools ermöglichte. Während so von Beginn an günstige Voraussetzungen für den Erfolg geschaffen wurden, ermöglichte die fortlaufende Optimierung eine weitere Verbesserung im Verlauf der Programme.

Die Erfolge zeigen sich in der starken Identifikation mit den GadK-Programmen auf allen Ebenen. Sowohl Behandler:innen als auch Entscheidungsträger:innen waren stolz auf ihre Rolle in den Programmen und motiviert, aktiv dazu beizutragen. Während dies ein Resultat der gelungenen Umsetzung ist, trug diese Identifikation wiederum dazu bei, den Programmserfolg weiter zu verstärken.

Erfolgsfaktor: Schaffung günstiger struktureller Rahmenbedingungen

Die GadK-Programme wurden trotz der COVID-19 Beschränkungen rasch und effektiv implementiert. Grundlage hierfür waren der klar definierte Finanzierungsrahmen sowie der Aufbau auf bereits etablierten Strukturen. Die Nutzung der bestehenden Strukturen des BÖP anstatt neue Strukturen zu etablieren und die Bereitschaft des ÖBVP, eng mit dem BÖP zu kooperieren, waren einerseits ressourcenschonend und andererseits schneller. Zudem gab es mit Hinblick auf die Erfordernisse der Programme – der Notwendigkeit, unbürokratisch arbeiten, rasch einen Behandler:innen-Pool aufbauen und bundesweit agieren zu können – kaum Alternativen.

Bei der Abwicklung wurde ein Fokus auf schlanke und transparente Strukturen gelegt, welche die Effizienz der Programme zusätzlich sicherstellten. In der Fokusgruppe wurde darüber hinaus die Wichtigkeit des Einbeziehens verschiedener fachlicher Kompetenzen hervorgehoben. Entscheidend war, dass für die Projektleitung wirtschaftliche statt psychosoziale Kompetenzen sowie Erfahrung in der Projektabwicklung und im Controlling im Vordergrund standen. Psychosoziale Fachkräfte wurden dagegen für fachspezifische Tätigkeiten eingesetzt. Eine zusätzliche Projektbegleitgruppe ermöglichte die Einbindung von Kompetenzen weiterer Institutionen, um eine ganzheitlich sinnvolle Weiterentwicklung der Programme sicherzustellen.

Erfolgsfaktor: Interdisziplinäre Kooperation

Bei den GadK-Programmen waren Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen gleichrangig als Behandler:innen tätig. Für die Abwicklung kooperierten die Berufsverbände beider Berufsgruppen.

Die gemeinsame Verwirklichung der GadK-Programme durch den BÖP und den ÖBVP sowie die gleichberechtigte Mitarbeit von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen wurde durch den Fokus auf das gemeinsame Ziel ermöglicht: die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen.

Diese berufsübergreifende Kooperation überwand zugleich die für Klient:innen oft schwer nachvollziehbare Differenzierung zwischen den verschiedenen Berufsgruppen. Hilfe bei psychischen Beschwerden wurde so einheitlich präsentiert.

Grundlage für die Zusammenarbeit war die Kooperationsbereitschaft von Entscheidungsträger:innen beider Berufsgruppen und die Fähigkeit, individuelle Interessen zugunsten des gemeinsamen Ziels zurückzustellen. Die GadK-Programme wurden als „Herzensangelegenheit“ (Fokusgruppe) beschrieben, bei der die Differenzierung zwischen den Berufsgruppen bewusst hintenangestellt wurde.

Gegenseitige Wertschätzung und gezielte vertrauensbildende Maßnahmen spielten eine entscheidende Rolle für das Gelingen der Kooperation. Auch die zentrale Servicestelle, die an einem neutralen Ort räumlich unabhängig von den Berufsverbänden eingerichtet wurde, trug zum Erfolg der Zusammenarbeit bei.

Erfolgsfaktor: Zentrale Servicestelle zur Herstellung von Niederschwelligkeit

Die Inanspruchnahme von psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung ist für Hilfesuchende oftmals mit Hürden verbunden. Gerade für Kinder und Jugendliche sollte das Programm so niederschwellig wie möglich organisiert werden, was sich gemäß qualitativen Daten als wesentlicher Erfolgsfaktor herausstellte. Verschiedene Charakteristika der zentralen Servicestelle trugen zu dieser Niederschwelligkeit bei.

Unkomplizierte Anmeldung

Zentral für die Niederschwelligkeit war, dass die Anmeldung online oder telefonisch erfolgen konnte und dass Obsorgeberechtigte bei Jugendlichen ab 14 Jahren nicht involviert werden mussten.

Die Anmeldung konnte sowohl durch die Klient:innen selbst als auch durch Angehörige oder Zuweisungsstellen durchgeführt werden. Besonders wichtig war die Möglichkeit, sich unabhängig von der Sozialversicherung anzumelden, da dies vor allem Jugendlichen zugutekam, deren Eltern die Behandlung nicht unterstützten. Dies ist bei kassenfinanzierten Plätzen oft nicht möglich:

„Also ich habe zumindest zwei Jugendliche bekommen, die sich ganz eigenständig angemeldet haben, hinter dem Rücken der Eltern, die Therapie oder psychologische Unterstützung oft auch ganz dezidiert ablehnen oder abgelehnt haben und wo die Kinder oder Jugendlichen sich heimlich angemeldet haben und wo das auch für die der einzige Weg war dadurch, dass es kostenlos ist, so was in Anspruch nehmen zu können. Und das finde ich wiederum auch ganz toll und ganz wichtig bei diesem Projekt, dass das möglich ist für Über-14-Jährige.“ (Behandler:innen-Interview 11)

Laut den Behandler:innen zeichneten sich diese selbst angemeldeten Jugendlichen im Vergleich zu Jugendlichen, die durch Sorgeberechtigte angemeldet wurden, durch eine besonders hohe Motivation für die Behandlung aus.

Geprüfte Qualifikation der Behandler:innen

Durch die GadK-Programme hatten Klient:innen die Sicherheit, Behandler:innen mit geprüften und passenden Qualifikationen zugewiesen zu werden.

Vor Aufnahme in den Behandler:innen-Pool mussten Behandler:innen eine Qualitätsprüfung durchlaufen, bei der Arbeitserfahrungen, Zertifizierungen und Fortbildungen nachgewiesen werden mussten. Besonders im Kontext der Vielfalt von Berufsbezeichnungen und Qualifikationen im Bereich der psychosozialen Unterstützung und Behandlung erleichterte dies den Zugang für Klient:innen und deren Bezugspersonen und stellte die Qualität der Behandlungen sicher.

Gleichzeitig war die Qualifikationsprüfung mit großem Aufwand für die zentrale Servicestelle verbunden, der insbesondere zu Beginn von GadK viele Ressourcen beanspruchte.

Angebot in verschiedenen Sprachen

Die Möglichkeit, in einer vertrauten Sprache zu kommunizieren, war für viele Klient:innen und Eltern zentral, um eine Behandlung beginnen und Fortschritte erzielen zu können.

Eine gemeinsame Sprache erleichterte die Behandlung und half dabei, dass „die Türen geöffnet“ und „der Behandlungsprozess damit auch beschleunigt wurde“ (Behandler:innen-Interview 8).

„Also ich weiß zum Beispiel von einer Klientin [...], die dann an mich zugewiesen wurde. Die waren dann alle so erleichtert, weil sie nicht so gut Deutsch kann. Und sie hat nie geredet. Und wie sie dann bei mir in der Therapie war, ich meine die erste Stunde war sie eh ruhig, aber dann hat sie immer so viel erzählt. Und dann haben wir uns mal mit der Stelle, wo sie dann war, ausgetauscht und die meinten, so würden sie sie gar nicht kennen.“ (Behandler:innen-Interview 14)

Mehrsprachigen Klient:innen war es oft wichtig, dass die Behandler:innen beide Sprachen beherrschten, da sie so „hemmungsloser“ (Behandler:innen-Interview 14) kommunizieren und dabei beide Sprachen verwenden konnten. Die Sprache der Eltern war ebenfalls bedeutsam, wenn diese in der Behandlung involviert waren. Dies galt auch wenn die Klient:innen selbst die Behandlung auf Deutsch in Anspruch nahmen. Behandler:innen sollten mit den Eltern kommunizieren können, ohne dass die Kinder als Übersetzer:innen fungieren müssen.

Die zentrale Servicestelle der GadK-Programme half maßgeblich dabei, Klient:innen auf die sprachlichen Angebote aufmerksam zu machen, die ihnen sonst zum Teil nicht bekannt gewesen wären.

Dabei war nicht immer nur die Sprache entscheidend, sondern auch der gemeinsame kulturelle Hintergrund und die dadurch entstehende Vertrautheit. So berichtete eine Behandler:in, dass der eigene Migrationshintergrund für Klient:innen und Eltern ein Anknüpfungspunkt für die Beziehung sei, selbst wenn die Muttersprachen unterschiedliche waren.

Rasche Zuweisung zu Behandlungen

Lange Wartezeiten stellen in der aktuellen Versorgungsstruktur ein Problem dar. Im Verlauf der Wartezeiten können sich Probleme verschlimmern und chronifizieren und die Kinder und Jugendlichen können die Motivation zur Inanspruchnahme der Behandlung und somit den Anschluss an die Versorgung verlieren. Die rasche Zuweisung zu Behandlungen stellte daher einen entscheidenden Erfolgsfaktor der GadK-Programme dar.

„Und die Leute schätzen das auch, dass sie einfach schnell irgendwo einen Platz bekommen, schnell irgendwo eine Möglichkeit bekommen. [...] Das ist was, was die Menschen wirklich schätzen, dass sie sich dort anmelden können und wirklich zeitnah irgendwo eine therapeutische Versorgung für ihr Kind bekommen.“
(Behandler:innen-Interview 13)

Wie sehr es sich bei der raschen Zuweisung um ein Alleinstellungsmerkmal der GadK-Programme handelte, wird daran deutlich, dass die Behandler:innen bei Anfragen mit raschem Behandlungsbedarf selbst an die Programme verweisen:

„Wo kann ich die Kinder am schnellsten unterbringen?“ und das ist dann für mich immer GadK.“ (Behandler:innen-Interview 14)

Örtliche Erreichbarkeit

Psychologische oder psychotherapeutische Hilfe muss in Wohnortnähe angeboten werden, da viele Klient:innen sonst nicht die Möglichkeit haben, das Angebot zu nutzen.

Die örtliche Erreichbarkeit wurde durch die Angabe von Informationen zur Mobilität bei der Anmeldung sichergestellt:

„Auch der Zugang zu einem Auto und öffentlichen Verkehrsmitteln wird jetzt angegeben. Und das hilft uns einfach bei den Zuweisungen sehr, weil es um einiges effizienter wird.“ (Interview mit Vertreter:in der zentralen Servicestelle 1.2)

Bei eingeschränkter Mobilität oder in Regionen ohne ausreichenden Pool an Behandler:innen stellten Online-Behandlungen eine Alternative dar.

Für die örtliche Erreichbarkeit von Behandlungen war der Aufbau eines bundesweiten Behandler:innen-Pools entscheidend.

Zugang ohne Diagnose

Eine Behandlung oder Beratung über die GadK-Programme konnte ohne ärztliche Diagnose, ohne Überweisung und ohne vorherige Diagnostik kostenfrei in Anspruch genommen werden. Damit wurde ein großes Hindernis für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen behoben.

Psychische und psychiatrische Erkrankungen sind weiterhin häufig negativ konnotiert, sodass der Verzicht auf eine Diagnose Stigmatisierungen vorbeugen kann.

Zudem eröffnet die Behandlung ohne diagnostizierte Erkrankung jungen Klient:innen mit mild ausgeprägten Probleme den Zugang. Bei diesen konnte präventiv interveniert werden, um einer Verschärfung und Chronifizierung des Problems vorzubeugen.

Bundesweite Umsetzung

Während die meisten Angebote zur Förderung psychosozialer Gesundheit auf regionaler Ebene umgesetzt werden, erfolgte die Abwicklung der GadK-Programme auf Bundesebene. Diese Vereinheitlichung erleichterte den Zugang für Klient:innen zusätzlich und stellte sicher, dass allen Betroffenen die gleichen Abläufe und die gleiche Qualität angeboten wurde. Informationen waren überregional gültig und die zentrale Servicestelle war unabhängig vom Wohnort die Anlaufstelle für alle Interessent:innen.

Erfolgsfaktor: Kostenfreie Versorgung

Zentral für den Erfolg der GadK-Programme war der kostenfreie Zugang zu psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung. Somit wurden finanzielle Barrieren als Hauptgrund für die Nicht-Inanspruchnahme von Hilfe bei psychischen Problemen beseitigt.

In Behandler:innen-Interviews wurde die Bedeutsamkeit der kostenfreien Versorgung hervorgehoben, damit psychosoziale Versorgungsleistungen unabhängig von der finanziellen familiären Situation zugänglich wurden. Entscheidend war dabei nicht nur, dass die Kosten grundsätzlich übernommen wurden, sondern auch, dass keine finanziellen Vorleistungen nötig waren:

„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:innen-Interview 6)

Die multiplen Krisen erhöhten den Bedarf an kostenfreier Versorgung weiter:

„Also die Inflation auf jeden Fall. Das wurde auch mehrmals in den Eltern-Gesprächen thematisiert, dass sie sehr froh sind, dass sie diese Behandlungen nicht zahlen müssen, weil es sonst nicht möglich wäre, dass diese Kinder diese Unterstützung bekommen.“ (Behandler:innen-Interview 8)

Erfolgsfaktor: Attraktivität für Behandler:innen

Um qualitativ hochwertige psychologische und psychotherapeutische Behandlungen anbieten zu können, musste die Teilnahme für die Behandler:innen attraktiv gestaltet werden. Hierfür spielten mehrere Faktoren eine entscheidende Rolle.

Verlässlichkeit und Unterstützung durch die zentrale Servicestelle

Die zentrale Servicestelle stand mit den Behandler:innen in Kontakt. Die Erreichbarkeit der Servicestelle und deren unkomplizierte Hilfestellung wurden von den Behandler:innen geschätzt.

Das Team der zentralen Servicestelle der GadK-Programme wurde von den interviewten Behandler:innen einstimmig als sehr freundlich und zuverlässig erlebt:

„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:innen-Interview 1)

Die verschiedenen Kontaktwege über E-Mail und Telefon sowie die flexible und unkomplizierte Problemlösung wurden von den Behandler:innen wertgeschätzt. Es konnte werktags von acht bis 18 Uhr persönlich Kontakt aufgenommen werden und auf Anfragen wurde stets schnell reagiert.

Zusätzlich standen als wertvoll empfundene Informationen auf einem regelmäßig gewarteten Downloadbereich und im Behandler:innen-Portal zur Verfügung und es wurden Newsletter ausgesendet. Die Informationen waren klar strukturiert und verständlich. Zwischen GadK und GadK II habe sich der Informationsfluss insgesamt verbessert. Davor habe es ein „Ost-West-Gefälle“ gegeben:

„... dass es nicht so ein bisschen untergeht vom Ost-West-Gefälle und dann bleibt nichts mehr an Information. Also das hat sich sicher deutlich verbessert, auch mit diesen Treffen, mit diesen Online-Treffen, mit diesen Informationen, die immer wieder angeboten werden, mit Austausch.“ (Behandler:innen-Interview 5)

Das Team der zentralen Servicestelle nahm in Bedarfsfällen proaktiv Kontakt mit Behandler:innen auf, um Unklarheiten und Probleme rasch beheben zu können.

Unkomplizierte Abläufe für Behandler:innen

Nicht nur für Klient:innen musste die Teilnahme bei den GadK-Programmen niederschwellig gestaltet werden, sondern auch für Behandler:innen.

Die meisten Behandler:innen beschrieben die Anmeldung und die Abläufe bei den GadK-Programmen als unkompliziert, sodass sie ihren Fokus auf die Behandlungen statt auf administrative Prozesse legen konnten.

Zum Teil beschrieben die Behandler:innen den administrativen Aufwand im Vergleich zur freien Praxis als reduziert, da viele Prozesse durch die zentrale Servicestelle abgewickelt wurden. Auch die Bezahlung laufe in der Regel problemlos und pünktlich ab. Dies schaffe freie Ressourcen für die Arbeit mit den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen:

„Man hat eigentlich selber fast überhaupt keinen administrativen Aufwand und hat dadurch maximale Ressourcen für die Kinder oder die Jugendlichen zur Verfügung.“ (Behandler:innen-Interview 6)

Vor allem Behandler:innen, die noch wenig Routine in den Abläufen und wenig Erfahrung mit projektfinanzierten Behandlungen hatten, empfanden die Dokumentationsanforderungen teilweise als kompliziert und mühsam.

Wo Veränderungen zwischen GadK und GadK II erwähnt wurden, handelte es sich um Verbesserungen. Beispielsweise wurden zahlreiche administrative Prozesse wie das Scannen von Unterschriftenlisten oder die Abrechnung digitalisiert.

Voraussetzung für die Aufnahme in den Behandler:innen-Pool war jedoch der Nachweis der passenden Qualifikationen. Teilweise berichteten die Behandler:innen von Schwierigkeiten, diese nachzuweisen. Abgelehnte Behandler:innen reagierten zum Teil verärgert. Durch direkten Kontakt zwischen der zentralen Servicestelle und den Behandler:innen war jedoch oft eine Lösung möglich. Zum Teil wurden Behandler:innen mit Einschränkungen im Behandler:innen-Pool aufgenommen und mussten sich nachqualifizieren bzw. durften abhängig von den Qualifikationen nur bestimmte Altersgruppen oder Störungsbilder behandeln. Diese strengen Kriterien wurden vom Großteil der Behandler:innen als sehr positiv bewertet, da die Behandlungen – auch wenn sie für die Klient:innen kostenfrei waren – hochwertig sein sollten.

„Hohe Zufriedenheit eigentlich auch, glaube ich, bei den Behandlern und Behandlerinnen, wenn sie mal diese Qualitätshürden überwunden haben und drinnen sind. Vorher raunzen manche so irgendwie, weil die Standards oder die Latte so hoch gelegt ist. Aber da stehen wir auch total dazu.“ (Behandler:innen-Interview 11)

Vernetzungs- und Interaktionsmöglichkeiten

Von Seiten der Vertreter:innen der zentralen Servicestelle wurde die Möglichkeit der Vernetzung zwischen Behandler:innen als Vorteil der Programmteilnahme hervorgehoben. Von den interviewten Behandler:innen wurde dies als Option zwar geschätzt, jedoch nur selten genutzt. Nur vereinzelt erwähnten auch Behandler:innen die Vorteile der Vernetzungs- und Interaktionsmöglichkeiten über die GadK-Programme:

„... um andere Kollegen zu treffen und sich vielleicht auszutauschen. Ein Networking. Weil jeder hat natürlich etwas, was der andere nicht hat, oder bietet etwas, was der andere nicht anbietet. Und ein nettes Come Together oder Get Together. Vor allem für uns als Therapeuten oder Psychologen, die jetzt in einer

eigenen Praxis arbeiten und nicht in einer Institution, ist man manchmal, können Sie sich vorstellen, ein bisschen einsam.“ (Behandler:innen-Interview 10)

Fachliche Unterstützung

Die bei der zentralen Servicestelle der GadK-Programme im Level II tätigen Klinischen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen boten im Bedarfsfall fachliche Unterstützung an. Bei Unsicherheiten in der Behandlung oder im Umgang mit GadK-Klient:innen konnten sich die Behandler:innen melden und wurden von Mitarbeiter:innen des Programms zum Vorgehen beraten. In Konfliktfällen zwischen Behandler:innen und Klient:innen agierten die GadK-Mitarbeiter:innen als Schlichter:innen und Vermittler:innen.

Durch die Teilnahme an den GadK-Programmen waren die Behandler:innen weniger auf sich allein gestellt, sondern konnten mit anderen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen in Kontakt treten und Unterstützung erhalten.

Angemessene Bezahlung

Ein wiederholt genannter, für viele Behandler:innen wichtiger Aspekt war die angemessene Entlohnung für die Behandlungen. Diese war nicht nur aus finanzieller Sicht nötig, sondern wurde als Zeichen der Wertschätzung interpretiert. Hervorzuheben ist dabei auch die einheitliche Bezahlung über alle Bundesländer und Regionen hinweg. Der Aufwand für die Mitwirkung an der Evaluierung war zusätzlich im Honorar berücksichtigt.

Die angemessene Entlohnung ermöglichte es den Behandler:innen, ausreichend Behandlungskapazitäten bereitzustellen, und wurde gleichzeitig als Ausdruck von Wertschätzung wahrgenommen.

Die angemessene Bezahlung im Rahmen der Programme und die Vermittlung von Klient:innen ermöglichte manchen Behandler:innen die Ausweitung ihrer Tätigkeit oder den verstärkten Fokus auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Erfolgsfaktor: Kontinuierliche Optimierung

Die Abwicklung der GadK-Programme wurde kontinuierlich verbessert. So konnten „Kinderkrankheiten“ (Behandler:innen-Interview 7) behoben und Abläufe zunehmend optimiert werden:

„Aber an sich waren am Anfang natürlich viel mehr Projekt-Schwierigkeiten auch dabei. Wie machen wir das Ganze? Wie geben wir es bekannt, wie vernetzen wir? Und jetzt läuft es einfach auch.“ (Behandler:innen-Interview 5)

In der Fokusgruppe mit Vertreter:innen des BMSGPK, der Berufsverbände und der Servicestelle wurde diese fortlaufende Optimierung unter anderem als zentral für die Reaktion auf Probleme oder Kritik im Projektverlauf beschrieben. Hierdurch wurde signalisiert, dass Kritik ernstgenommen und angemessen darauf eingegangen wurde.

Ermöglichung der Anpassungen durch das BMSGPK

Operative Anpassungen waren nur mit Zustimmung der Auftraggeberin möglich. Entsprechend zentral war die Flexibilität und die Bereitschaft des BMSGPK, auf Rückmeldungen einzugehen und Anpassungen zu ermöglichen. In jeder der Sonderrichtlinien wurden Veränderungen implementiert, um eine noch bessere Versorgung der Klient:innen zu verwirklichen.

Digitalisierung und Automatisierung

Die zunehmende Digitalisierung und Automatisierung von Prozessen ermöglichte eine effiziente Abwicklung auch bei einer steigenden Anzahl von Klient:innen und Behandler:innen.

Während die Abläufe von vielen Behandler:innen bereits in Bezug auf GadK gelobt wurden, verbesserten sich diese bei GadK II weiter. Wie ein:e Behandler:in beschrieb war *„das Berichtswesen ein bisschen mühsamer, wo es noch nicht über den Computer war, wo so viel handschriftlich war.“* (Behandler:innen-Interview 1). Neben den durch die Behandler:innen auszufüllenden Dokumentationen über die Behandlungen, wurden die Abrechnung und die Angabe von Kapazitäten digitalisiert. Zusätzlich wurden statt Unterschriftenlisten digitale Bestätigung einzelner Einheiten durch die Klient:innen bzw. deren Eltern eingeführt:

„Jetzt ist das System natürlich viel leichter, wir als Behandlerinnen müssen jetzt nicht viel tun, wir müssen nicht einscannen die Unterschriftenlisten und so weiter. Das hat unsere Arbeit zeitlich viel vereinfacht.“ (Behandler:innen-Interview 8)

Diese Veränderungen reduzierten laut den befragten Behandler:innen den administrativen Aufwand. Zudem wurden so weniger Fehler gemacht.

Optimierte Anmeldung für verbessertes Matching

Veränderungen betrafen zudem den Anmeldeprozess. Zusätzliche Angaben der Klient:innen wurden strukturiert erfasst, um das Matching zu verbessern und den Prozess effizienter zu gestalten. Hierfür wurden Auswahloptionen zu dem präferierten Behandler:innen-Geschlecht sowie zur ihrer Mobilität im Anmeldeformular eingefügt. Diese Informationen konnten somit einfacher mit ebenfalls digital hinterlegten Informationen der Behandler:innen abgeglichen werden, um einen schnellen und präzisen Matchingprozess zu gewährleisten.

Die Option, Wunsch-Behandler:innen bei der Anmeldung anzugeben, wurde dagegen entfernt. Die Berücksichtigung derartiger Wünsche war mit zunehmender Größe der Programme nicht mehr möglich. Zudem sollte so der Finanzierung laufender Behandlungen vorgebeugt werden. Eine Behandler:in beschrieb diese Änderung als für sie entlastend, da keine Vorwürfe der Selbstzuweisung entstehen können.

Optimierung des Informationsflusses

Zusätzlich hat sich der Informationsfluss laut verschiedenen Projektbeteiligten verbessert. Dies betraf alle für die Programme relevanten Gruppen.

Verbesserungen in der Bereitstellung von Informationen trugen zur zunehmend effizienten Abwicklung der Programme bei.

Für die Behandler:innen standen mit zunehmender Projektlaufzeit mehr Informationen über das Online-Portal zur Verfügung. Für zuweisende Stellen wurde ein regelmäßiger Newsletter eingeführt. Zusätzlich vergrößerte sich der Bekanntheitsgrad der Programme immer weiter. Entsprechend wurden die Programme besser in Anspruch genommen und erreichten vermehrt Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf.

„Mittlerweile hat sich das herumgesprochen und funktioniert gut, was das anbelangt, die Information, dass man sich dort anmelden kann.“ (Behandler:innen-Interview 13)

Die Behandler:innen berichteten, selbst zu dieser zunehmenden Bekanntheit beizutragen, indem sie regelmäßig auf die Programme verwiesen.

Hindernisse und Grenzen: Was hat den Erfolg der Programme limitiert?

Neben Erfolgsfaktoren wurden aus den 21 Interviews, der Fokusgruppe und den Protokollen der Projektbegleitgruppe auch Schwierigkeiten und Hindernisse identifiziert. Zentral war dabei insbesondere der Projektcharakter der GadK-Programme, der sowohl administrative Herausforderungen mit sich brachte als auch die Behandlungsabläufe beeinflusste. Damit einhergehend waren auch die durch Behandler:innen teilweise als streng empfundenen Rahmenbedingungen der Behandlungen. Trotz des niederschweligen Zugangs konnten zudem nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Maß erreicht werden und Lücken der Regelversorgung wirkten sich auf die GadK-Behandlungen aus. Schließlich wurden die Programme nicht von allen Interessensträger:innen in gleichem Maß begrüßt, sodass es vor allem zu Beginn zu Widerstand und Kritik kam.

Projektcharakter mit kurzer Laufzeit

Die GadK-Programme waren jeweils auf ein Jahr befristet. Dies führte sowohl auf administrativer Ebene als auch bei der Behandlung der Klient:innen zu Herausforderungen, da die Planbarkeit eingeschränkt und die Handlungsspielräume reduziert wurden.

Administrative Herausforderungen

Die begrenzten Programmlaufzeiten erforderten, dass das vorgesehene Programmbudget so verwaltet werden musste, dass es einerseits bis zum Ende der Laufzeit ausreichte und andererseits in dieser Zeit möglichst vollständig aufgebraucht wurde. Verbleibende Budgets konnten nicht auf weitere Projektzyklen übertragen werden. Durch die Laufzeit- und Budgetbegrenzung auf ein Jahr mussten Schätzungen erfolgen, wie viele Behandlungen und Verlängerungen pro Programmlaufzeit möglich waren. Aufgrund dieser

Rahmenbedingungen konnten Verlängerungen besonders am Ende der Programm-
laufzeiten unabhängig von der Schwere des Störungsbildes zum Teil nicht mehr bewilligt
werden. Bei GadK II mussten zudem bereits bewilligte Verlängerungen zurückgenommen
werden, da sich die Inanspruchnahme von Einheiten und damit die Kalkulationen
verändert hatten.

Zusätzlich mussten Strategien für die interne und die externe Kommunikation über die
Zukunft der Programme erarbeitet werden. Behandler:innen sowie Mitarbeitende wurden
bezüglich der Fortführung der Programme und ihren eigenen davon abhängenden
Zukunftsplänen verunsichert. Die Verantwortlichen waren gefordert, Unsicherheit zu
reduzieren, ohne selbst Sicherheit bezüglich der weiteren Entwicklung zu haben.

Verzögerungen durch Übergangszeiten für Klient:innen und Behandler:innen

In den Übergangszeiten zwischen den einzelnen Programmzyklen kam es zu
Verzögerungen bis Zuweisungen beginnen konnten und Klient:innen mussten länger als
während der Laufzeit der Programme auf die Behandlungen warten. Die wartenden
Klient:innen wurden bei Programmstart in größerer Anzahl auf einmal Behandlungen
zugewiesen, was die Behandler:innen als stressreich erlebten.

Laufende Behandlungen mussten jeweils zum Ende der einzelnen Programmlaufzeiten
abgeschlossen sein. Wenn es zu Verzögerungen beim Behandlungsbeginn oder zu Pausen
zwischen den Einheiten kam, konnten Klient:innen daher zum Teil unabhängig vom Bedarf
nicht innerhalb der Laufzeit alle 15 Einheiten erhalten.

Allgemein führten die Befristungen zu Unsicherheiten. So berichtete ein:e Behandler:in,
dass bewusst Kapazitäten für andere Einnahmemöglichkeiten, z. B. für Privatklient:innen
vorgehalten wurden, damit Einnahmeausfälle durch eine Ende der GadK-Programme
kompensiert werden konnten. Die Behandler:innen hofften daher, *„dass [GadK]
hoffentlich so etabliert wird, dass man nicht jedes Jahr sich nicht sicher ist, ob es eine
Verlängerung geben wird oder nicht.“* (Behandler:innen-Interview 3).

Strikte Rahmenbedingungen der Behandlungen

Die Rahmenbedingungen der Behandlungen limitierten zum Teil die erreichbaren
Fortschritte. Während die Bedingungen gut an die Zielgruppe der Klient:innen mit leichten
bis moderaten Belastungen angepasst waren, war die Behandlung von schwerer
belasteten Klient:innen oft nur eingeschränkt möglich.

Begrenztes Behandlungs-Kontingent

Im Rahmen der GadK-Programme waren Einzelbehandlungen im Umfang von bis zu 15 Stunden vorgesehen (mit Option auf Verlängerung um fünf Stunden). Während das Behandlungs-Kontingent für viele Problemstellungen angemessen war und Vorteile hatte, brachte es sowohl bei Klient:innen mit höherem Bedarf als auch bei geringerem Bedarf Schwierigkeiten mit sich.

Die Begrenzung war sinnvoll, da sie den Klient:innen, Obsorgeberechtigten und Behandler:innen eine klare Grenze zur Orientierung vorgab. Klient:innen wussten von Beginn an, ab wann sie selbstständig werden mussten. Zudem wurde angesichts des hohen Bedarfs und des begrenzten Budgets die Priorität darauf gelegt, möglichst vielen Kindern und Jugendlichen eine Behandlung zu ermöglichen, anstatt längere Behandlungen pro Klient:in anzubieten.

Das klar definierte Kontingent von 15 Einheiten pro Behandlung führte einerseits dazu, dass unabhängig vom tatsächlichen Bedarf alle Einheiten abgerufen wurden, andererseits reichte es für die Behandlung schwererer Fälle nicht aus.

Der Bedarf der Klient:innen war jedoch sehr unterschiedlich ausgeprägt. Während manche einen deutlich geringeren Bedarf als 15 Einheiten hatten, gab es andere, bei denen das vorgesehene Kontingent nicht ausreichte. Durch die klare Kommunikation der 15 Einheiten war eine frühzeitige Beendigung der Behandlung aus Sicht der Behandler:innen erschwert. Einerseits bemühten sich die Behandler:innen selbst seltener um ein schnelleres Behandlungsende, andererseits wurde die volle Anzahl an Einheiten oft durch Klient:innen oder Obsorgeberechtigte aktiv eingefordert, auch wenn kein Bedarf mehr bestand:

„Wissen Sie, wenn man vielleicht gesagt hätte, man kriegt nicht automatisch 15 Stunden, also das nicht so nach außen. Sondern eher zu sagen ‚da gibt es ein kostenloses Angebot, da können Sie mal hingehen, also anschauen, und dann haben Sie ein Erstgespräch mit der Therapeutin, und die schaut sich das an und überlegt, was denn ein sinnvolles Angebot wäre‘. Dann sind wir etwas flexibler.“
(Behandler:innen-Interview 2)

Für Klient:innen mit größerem Bedarf fehlten dagegen Alternativen. Die Betroffenen und die Behandler:innen waren in Fällen, in denen innerhalb der GadK-Behandlungen keine

Überführung in die Regelversorgung gelang, oft hilflos. Zudem war ein Wechsel zu anderen Angeboten nach erfolgtem Beziehungs- und Vertrauensaufbau oft nicht sinnvoll oder möglich.

Notwendigkeit früher Bekanntgabe von Verlängerungsbedarfen

Bei Bedarf konnte eine Verlängerung der Behandlungen um fünf Einheiten beantragt werden. Der Antrag musste spätestens zur achten Einheit eingereicht werden. Bei GadK II musste die Verlängerung explizit zur Überführung in die Regelversorgung genutzt werden. Während einzelne Behandler:innen berichteten, dass *„das schon relativ schnell sichtbar [wird] nach den ersten ein, zwei Stunden, dass es mehr wird oder mehr werden sollte“* (Behandler:innen-Interview 2), empfanden andere diese Frist als zu früh im Behandlungsprozess. Oft *„kann [es] sich nämlich noch verändern die letzten Stunden, dass es oft wieder schlechter wird oder oft spontan doch mal noch mehr Stunden braucht“* (Behandler:innen-Interview 12). Insbesondere wenn es zu zusätzlichen Krisen oder Umbrüchen kam, entstehe kurzfristig ein weiterer Behandlungsbedarf, der in der ersten Hälfte der Behandlungen nicht einschätzbar sei.

Begrenzte Kapazität für die Arbeit mit Systemen

Für Behandler:innen, die das Umfeld der Klient:innen in die Behandlung einbeziehen wollten, war die Möglichkeit wichtig, Tätigkeiten abrechnen zu können, die über die reine Arbeit mit den Klient:innen hinaus gingen. Spezifisch ging es dabei um die Einbindung von Systemen, inklusive der Eltern, aber auch verschiedener Institutionen. So besprachen sich die Behandler:innen unter anderem mit Schulen und Lehrkräften, Kinderhorten oder Betreuungskräften der Kinder- und Jugendhilfe.

Besonders bei Kindern und Jugendlichen, die bereits an anderen Stellen angebunden waren, wurde die Arbeit mit Systemen als zentral für den Behandlungserfolg bewertet. Im Rahmen der GadK-Programme waren derartige Tätigkeiten nicht explizit vorgesehen.

Insbesondere bei komplexeren Fällen war es bedeutsam, Systeme einzubeziehen:

„Also ich merke auch, dass mich das entlastet in meiner Arbeit, wenn ich weiß, ich bin nicht alleine für die ganze Familie sozusagen zuständig oder hab als Alleinige irgendwo auch die Verantwortung, sondern ich schau gleich von Beginn an, wo gibt es Möglichkeiten der Vernetzung, und da habe ich den Eindruck, dass Eltern das oft auch sehr gerne annehmen und sehr dankbar sind für diese Informationen.“

(Behandler:innen-Interview 3)

Die Behandler:innen wünschten sich die Möglichkeit, diese Tätigkeiten formell abrechnen zu können. Auch für mehr als drei Elterneinheiten pro Behandlung wurde Bedarf genannt, denn *„es bringt nichts, wenn Sie das Kind alleine in die Behandlung bringen, [...] wir müssen gemeinsam arbeiten“* (Behandler:innen-Interview 8). Auf diesen Bedarf wurde im Rahmen von GadK II eingegangen, indem in Ausnahmefällen bis zu fünf Elterneinheiten durchgeführt werden können (BMSGPK, 2023b). Da die Interviews nach Umsetzung dieser Maßnahme erfolgt sind, deutet der Verweis auf ein Maximum von drei Elterneinheiten durch mehrere Behandler:innen darauf hin, dass diese Information nicht vollständig bei den Behandler:innen angekommen war.

Unklarer Bedarf ohne Diagnostik

Eine Stärke der GadK-Programme war, dass die Klient:innen für die Behandlungen keine Diagnose brauchten. Gleichzeitig stellte das Fehlen einer Diagnostik vor der Behandlung eine Herausforderung dar. Ein:e Behandler:in schilderte, dass so einerseits Kinder ohne Behandlungsbedarf identifiziert werden könnten. Teilweise sei die psychologische oder psychotherapeutische Behandlung nicht dem Bedarf entsprechend, sondern es bräuchte andere Angebote wie Ergotherapie, Nachhilfe oder Freizeittätigkeiten. Andererseits sei die Diagnostik gerade bei psychiatrischen Erkrankungen wichtig.

Zudem wurde ergänzt, dass vor der Durchführung von Gruppen ein (diagnostisches) Einzelgespräch sinnvoll wäre, um hier den Bedarf der jeweiligen Klient:innen und ihre Eignung für die Gruppe prüfen zu können. Dies wurde im Rahmen von „Gesund aus der Krise III“ etabliert, indem pro Klient:in 0,5 Stunden im Einzelsetting vor und nach einer Gruppenbehandlung ermöglicht werden (BMSGPK, 2024b).

Grenzen der Niederschwelligkeit

Trotz der insgesamt niedrigen Schwelle zur Inanspruchnahme von Behandlungen über die GadK-Programme, konnte das Angebot nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreichen. So berichteten die Behandler:innen übereinstimmend, dass viele Klient:innen der GadK-Programme aus der „Mittelschicht“ stammten. Andere Bevölkerungsgruppen wurden oft weniger gut erreicht.

Manche Bevölkerungsgruppen, wie Schulverweiger:innen, Lehrlinge und Personen mit ideologisch oder kulturell bedingter Skepsis gegenüber psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungen wurden durch die GadK-Programme wenig erreicht.

Die demografischen Informationen der Klient:innen zeigten, dass zwar zahlreiche Schüler:innen und Studierende das Angebot nutzten, der Anteil von Lehrlingen jedoch gering war. Als schwer an die Programme anzubinden wurden auch Schulverweiger:innen eingeschätzt. Da Schulverweigerung in den Behandlungen ein häufiges Thema war, wird hierdurch die Notwendigkeit einer frühen Anbindung und Intervention nochmals hervorgehoben.

Ebenso konnten Bevölkerungsgruppen, die psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen aus ideologischen Gründen ablehnten, kaum erreicht werden. Behandler:innen benannten unter anderem Erfahrungen mit Vorurteilen bei Personen, die sehr abgelegen am Land leben.

„Die Schwelle ist vielleicht da am Land noch wirklich immer so ‚zum Depperten-Doktor gehe ich nicht‘. Das ist wirklich noch da. Solche Bilder sind wirklich noch da und die Schamgrenze ist wahnsinnig hoch.“ (Behandler:innen-Interview 1)

Neben der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen spielte hier die fehlende Anonymität eine Rolle. Diese entstand durch die ausgeprägtere persönliche Bekanntheit untereinander in ländlichen Gemeinschaften. Man „kennt sich“ auf dem Land stärker (Behandler:innen-Interview 5) und es gebe daher mehr „Getuschel“ (Behandler:innen-Interview 1), wenn die Inanspruchnahme von Behandlung bekannt werde.

Eine weitere Gruppe, die schwerer erreichbar war, waren Familien mit Migrationshintergrund. Während ältere Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in einem

repräsentativen Anteil unter den Klient:innen vertreten waren, brachten Eltern mit Migrationshintergrund ihre jüngeren Kinder seltener in die Behandlung. Diese Gruppe wurde wiederholt von Behandler:innen erwähnt. Kulturelle Unterschiede zwischen Behandler:innen und Klient:innen stellten oft ein zusätzliches Hindernis dar. So berichtete ein:e Behandler:in von Schwierigkeiten, sich aufeinander einzulassen und darauffolgenden Behandlungsabbrüchen. Zudem stimmten die in den GadK-Programmen angebotenen Sprachen nicht vollständig mit dem Bedarf der Klient:innen überein. Fehlende Sprachkenntnisse konnten außerdem dazu führen, dass bereits eine Anmeldung bei den Programmen nicht möglich war.

Mängel in der Regelversorgung

Die primäre Zielgruppe der GadK-Programme waren Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit milden bis moderaten, nicht-chronifizierten psychischen Belastungen. Aufgrund fehlender Alternativen wurde zum Teil auch schwerer belasteten Klient:innen eine Behandlung angeboten. Die unbehandelten und oft bereits chronifizierten Probleme der Klient:innen zeigen die langfristigen Versorgungsmängel auf. In derartigen Fällen sollte eine Überbrückung zur Überführung in die Regelversorgung ermöglicht werden. Diese Überführung in die Regelversorgung gestaltete sich aufgrund der Versorgungslücken jedoch häufig schwierig.

Bei mehr als der Hälfte der Klient:innen sahen die Behandler:innen einen weiteren Versorgungsbedarf. Die Weiterversorgung nach den GadK-Programmen stellte jedoch eine Herausforderung dar, da Angebote in der Regelversorgung fehlten. Dadurch war nach Behandler:innen-Angaben bei nur für etwa ein Drittel der Klient:innen eine weitere Behandlung gesichert.

Für eine Weiterbehandlung der Klient:innen nach den GadK-Programmen fehlten ausreichend finanzierte Plätze. Ein Bedarf an weiteren Versorgungsleistungen war laut Quartalsdokumentationen nach mindestens zehn Einheiten ($N = 6.395$) bei 55 % der Klient:innen gegeben. Die Vermittlung in eine weiterführende Versorgung hatte jedoch nur in 32 % der betroffenen Fälle stattgefunden. Dies spiegelt die weiterhin bestehende Lücke in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wider.

In mehreren Fällen finanzierten die Familien die Fortführung der Behandlungen privat. Dies war jedoch nicht für alle Familien möglich, sodass begonnene Behandlungsprozesse

in diesen Fällen nicht fortgeführt werden konnten. Als Alternativen wurden die Klient:innen unter anderem an andere – oft regionale – Programme und Angebote weitervermittelt. Insbesondere in schweren Fällen, in denen der Beziehungsaufbau sich schwierig gestaltete, war das Beenden der Beziehung und des Vertrauensverhältnisses eine zusätzliche Herausforderung. Daher wurde in vielen Fällen eine Weiterbehandlung ohne Wechsel angestrebt. Zum Teil investierten Behandler:innen nach eigenen Angaben unentgeltlich private Zeit, um die Weiterversorgung ihrer Klient:innen sicherzustellen.

Insbesondere bei Klient:innen, bei denen eine langfristige Behandlung nötig war, wurde es als Behandlungserfolg gewertet, wenn Hemmschwellen abgebaut und Einsicht in den Hilfebedarf entwickelt werden konnten. Hierdurch sollte die Weiterversorgung erleichtert werden, auch wenn keine direkt anschließende Behandlung möglich war.

Widerstand zu Beginn der Programme

Vor allem zu Beginn der Programme kam es zu Widerstand unterschiedlicher Interessensgruppen. Unter anderem wurde eine Konkurrenzsituation zu bestehenden – oft föderal strukturierten – Angeboten wahrgenommen. Entsprechend wurden Forderungen geäußert, dass kein bundesweites Angebot geschaffen, sondern Gelder auf die Bundesländer aufgeteilt werden sollten. Da ein niederschwelliger Zugang zu Behandlungen zentrales Ziel der Programme war und ein bundesweites Angebot hierzu beitragen konnte, wurde an dieser Gestaltung festgehalten.

Auch die im Vergleich zu anderen Initiativen überdurchschnittliche Entlohnung der Behandler:innen wurde kritisiert. Die GadK-Programme wurden dadurch im Vergleich zu anderen Initiativen attraktiver für die Behandler:innen. Verhandlungen zwischen den Berufsverbänden und der Auftraggeberin identifizierten die Bezahlung als angemessenen Standard für die erbrachten Leistungen, insbesondere da mit dem Programm spezifische Dokumentationsverpflichtungen sowie die Verpflichtung zur Mitwirkung an der Evaluierung verbunden waren.

8 Fazit und Ausblick

Die GadK-Programme konnten Lücken in der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen verkleinern. Dabei wurden auch junge Menschen in vulnerablen Situationen, beispielsweise mit einem niedrigen sozioökonomischen Status oder Migrationshintergrund, erreicht. Das Angebot wurde vor allem durch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einem tatsächlichen Bedarf in Anspruch genommen: Im Mittel ging es den Klient:innen messbar schlechter als dem Durchschnitt der jungen Menschen in Österreich. Psychische Beschwerden nahmen im Verlauf der Behandlungen ab und das Befinden der Klient:innen verbesserte sich. Sowohl die Behandler:innen als auch die Bezugspersonen äußerten sich überwiegend sehr zufrieden mit den Behandlungsfortschritten. Vor allem Klient:innen mit leichten bis moderaten Belastungen konnten erfolgreich versorgt werden.

Trotz der Erfolge der GadK-Programme ist von einem weiter bestehenden ungedeckten Versorgungsbedarf für mehrere zehntausend Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene auszugehen. Dieser Bedarf ist nicht nur auf die aktuellen multiplen Krisen zurückzuführen, sondern besteht krisenunabhängig (BMSGPK, 2022; Plener et al., 2021; Sevecke et al., 2022; Wagner et al., 2017; Wancata, 2017). Ein weiterer Ausbau der psychosozialen Versorgungslandschaft ist daher unabhängig von den GadK-Programmen dringend erforderlich. Für eine effiziente Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Österreich lassen sich aus den Evaluierungsergebnissen die folgenden Empfehlungen ableiten:

1. Langfristige Angebote zur Schaffung von Stabilität und Planbarkeit

Die entscheidende Ursache für viele Schwierigkeiten im Verlauf der GadK-Programme war die kurze Laufzeit von nur einem Jahr pro Programmzyklus. Gleichzeitig zeigt die krisenunabhängige Unterversorgung im Bereich der psychosozialen Gesundheit, dass die kurzfristige Reaktion auf Versorgungslücken nicht ausreicht. Ein langfristiger Ausbau der psychosozialen Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche ist daher anzustreben, beispielsweise im Rahmen des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG).

2. Zentrale Anlaufstelle zur Herstellung von Niederschwelligkeit

Im Rahmen der GadK-Programme zeigte sich deutlich, wie eine zentrale Anlaufstelle zur Niederschwelligkeit psychosozialer Versorgung beitragen kann. Statt sich in der für Laien oft unübersichtlichen Vielfalt der psychosozialen Versorgungsangebote zurecht finden zu müssen, konnten sich Betroffene an die Servicestelle wenden und wurden dort über weitere Schritte informiert. Das Clearing und das Matching der angemeldeten Klient:innen erfolgte mit geringen personellen Ressourcen rasch und effizient, im Schnitt innerhalb von zwei bis drei Wochen. So wurden den Klient:innen eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Behandlung ermöglicht. Durch die Überprüfung der Qualifikationen der Behandler:innen konnten sich Klient:innen zudem auf die Vermittlung an geeignete Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen verlassen. Die zentrale Servicestelle der GadK-Programme und deren interne Abläufe können als Vorbild für die Gestaltung einer Anlaufstelle dienen.

3. Kostenfreie Angebote für die psychosoziale Versorgung aller Bevölkerungsschichten

In der Regelversorgung ist der rasche Zugang zu psychosozialer Versorgung aufgrund der begrenzten Kapazitäten, der Kontingentierung psychotherapeutischer Leistungen und des nach wie vor eingeschränkten Zugangs zu psychologischen Angeboten meist nur mittels Privatfinanzierung möglich. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sollte nicht von den finanziellen Möglichkeiten und der Zahlungsbereitschaft der Sorgeberechtigten abhängen. Der Ausbau von vollfinanzierten Plätzen für klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlungen von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist daher dringend erforderlich.

4. Bundesweite Vereinheitlichung schafft Niederschwelligkeit und ermöglicht zentrale Abläufe

Während psychosoziale Versorgungsmodelle in Österreich bisher meist spezifisch für einzelne Regionen und Bundesländer waren (Riedel, 2015), wurde mit den GadK-Programmen ein bundesweites Modell geschaffen. Dies reduziert einerseits den Ressourcenbedarf für die organisatorische Abwicklung und trägt andererseits zur Niederschwelligkeit für die Betroffenen und zu einer bundesweit einheitlichen Qualität bei. Die Fragmentierung von Versorgungsmodellen ist für Betroffene oft unübersichtlich und erschwert den Zugang (Sagerschnig et al., 2023). Zur Verbesserung der Versorgungslage ist daher die Schaffung bundesweiter Strukturen zu empfehlen.

5. Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit zur effizienten Nutzung vorhandener Ressourcen

In den GadK-Programmen arbeiteten Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen gleichberechtigt zusammen. Bei „Gesund aus der Krise III“ wurden zusätzlich Musiktherapeut:innen integriert. Diese Kooperation überwindet für Betroffene oft unverständliche Unterscheidungen zwischen den Berufsgruppen und ermöglicht die effiziente Nutzung von Versorgungsressourcen. Insbesondere in Kombination mit der Überprüfung von Behandler:innen-Qualifikationen kann dies auch dazu beitragen, dass Betroffene nicht aus Unwissenheit unseriöse Angebote nutzen. Eine Ausweitung der Zusammenarbeit auf weitere Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeiter:innen, Ergotherapeut:innen, Elternberatung) und die Vermittlung von Betroffenen an passende Angebote ist für die Schaffung eines ganzheitlichen Versorgungsangebotes zu empfehlen.

6. Ganzheitliche Perspektive auf psychische Gesundheit

Für eine effektive und wirksame psychosoziale Gesundheitsversorgung ist ein ganzheitlicher Ansatz notwendig. Insbesondere darf nicht gewartet werden, bis sich psychische Erkrankungen etabliert und chronifiziert haben. Präventive Interventionen und Resilienzförderung sollten genutzt werden, um der Entstehung psychischer Probleme vorzubeugen. Zentral ist hierfür unter anderem die Arbeit an Schulen. Bei leichten bis moderaten Belastungen sind niederschwellige Angebote wie die GadK-Programme geeignet, um frühzeitig Interventionen zu setzen und mit geringen Ressourcen einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Damit derartige Angebote genutzt werden, muss die Entstigmatisierung psychischer Probleme und der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsleistungen weiter vorangetrieben werden (Sagerschnig et al., 2023). Zusätzlich ist der Ausbau von Angeboten für schwere psychische Probleme notwendig (Koubek et al., 2022; Plener et al., 2021; Sevecke et al., 2022).

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Behandlungsangebot in den Bundesländern	63
Tabelle 2 Anzahl der behandelten Klient:innen pro Behandler:in	64
Tabelle 3 Behandlungsangebot für verschiedene Altersgruppen in GadK II	65
Tabelle 4 Angebot und Nachfrage der Behandlungssprachen	66
Tabelle 5 Anzahl der Klient:innen im Verhältnis zur jungen Gesamtbevölkerung	74
Tabelle 6 Wohnsituation der Klient:innen	83
Tabelle 7 Beschäftigung der Klient:innen	84
Tabelle 8 Migrationshintergrund der Klient:innen	85
Tabelle 9 Sozioökonomischer Status laut <i>Family Affluence Scale</i>	86
Tabelle 10 Einschätzung der finanziellen Situation durch die Klient:innen.....	87
Tabelle 11 (Verdachts-) Diagnosen der Klient:innen	93
Tabelle 12 Kennwerte zum Wohlbefinden bei Mädchen	101
Tabelle 13 Kennwerte zum Wohlbefinden bei Burschen	102
Tabelle 14 Kennwerte zur Lebenszufriedenheit bei Mädchen	106
Tabelle 15 Kennwerte zur Lebenszufriedenheit bei Burschen	106
Tabelle 16 Kennwerte zur Selbstwirksamkeit bei Mädchen.....	109
Tabelle 17 Kennwerte zur Selbstwirksamkeit bei Burschen	110
Tabelle 18 Anteil der Mädchen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten	113
Tabelle 19 Anteil der Burschen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten	114
Tabelle 20 Mittelwerte der Schwierigkeiten und Stärken laut Eltern-Fragebogen.....	115
Tabelle 21 Mittelwerte positiver Gefühle laut Eltern-Fragebogen.....	119

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Übersicht der GadK-Programme	27
Abbildung 2 Beteiligte der GadK-Programme	30
Abbildung 3 Prozess von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss	33
Abbildung 4 Übersicht der für die Evaluierung genutzten Daten.....	41
Abbildung 5 Übersicht der Stichprobe der Monatsdokumentationen.....	43
Abbildung 6 Übersicht der für die Evaluierung herangezogenen Stichprobe der Quartalsdokumentationen	45
Abbildung 7 Übersicht der Stichprobe des Klient:innen-Fragebogens.....	49
Abbildung 8 Übersicht der Stichprobe der Eltern-Fragebögen	52
Abbildung 9 Gründe für die Ablehnung der Teilnahme am Klient:innen-Fragebogen.....	57
Abbildung 10 Monatliche Anrufe bei der Hotline.....	70
Abbildung 11 Anmeldungen pro Monat bei den GadK-Programmen	72
Abbildung 12 Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in bei GadK II	76
Abbildung 13 Abbruchgründe laut Klient:innen-Fragebogen.....	77
Abbildung 14 Anzahl der in GadK II angemeldeten Klient:innen nach Alter und Geschlecht	81
Abbildung 15 Vorgeschichte der Klient:innen laut Behandler:innen	89
Abbildung 16 Schweregrad der Einschränkungen von GadK II Klient:innen laut Behandler:innen	90
Abbildung 17 Nennung von Krisen in den unstrukturierten Quartalsdokumentationen ...	95
Abbildung 18 Für den Behandlungsbedarf bedeutsame Krisen laut Fragebogen.....	97
Abbildung 19 Modellierung des Wohlbefindens im Verlauf der Behandlung.....	101
Abbildung 20 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit Hinweis auf depressive Verstimmungen.....	103
Abbildung 21 Leiter zur Einordnung der Lebenszufriedenheit.....	104
Abbildung 22 Modellierung der Lebenszufriedenheit im Verlauf der Behandlung	105
Abbildung 23 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit niedriger Lebenszufriedenheit.....	107
Abbildung 24 Modellierung der Selbstwirksamkeit im Verlauf der Behandlung	108
Abbildung 25 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit niedriger Selbstwirksamkeit.....	110
Abbildung 26 Modellierung der Beschwerden im Verlauf der Behandlung.....	112
Abbildung 27 Modellierung der emotionalen Probleme laut Eltern-Fragebogen im Behandlungsverlauf.....	116

Abbildung 28 Anteile der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit starken bis sehr starken emotionalen Problemen.....	117
Abbildung 29 Modellierung der positiven Gefühle im Behandlungsverlauf laut Eltern-Fragebogen.....	119
Abbildung 30 Veränderungen im Ausmaß von Schwierigkeiten laut Eltern-Fragebogen.	120
Abbildung 31 Ziele der Behandlungen laut Quartalsdokumentationen	122
Abbildung 32 Subjektiver Behandlungserfolg laut Behandler:innen im Klient:innen-Fragebogen.....	124

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetzes
BKA	Bundeskanzleramt
BMBWF	Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BÖP	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
FEF	Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung (Vossler, 2001)
GadK	Gesund aus der Krise
GadK II	Gesund aus der Krise II
GEE	Generalized Estimating Equations
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (Studie)
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
OECD	European Observatory on Health Systems and Policies
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)

Literaturverzeichnis

Alizadeh S., Shahrousvand S., Sepandi M., Alimohamadi Y: Prevalence of Anxiety, Depression and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Children and Adolescents during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Public Health*, 2023, Jg. 29.

Allgaier A.-K., Pietsch K., Frühe B., Prast E., Sigl-Glöckner J., Schulte-Körne G.: Depression in pediatric care: Is the WHO-Five Well-Being Index a valid screening instrument for children and adolescents? *General Hospital Psychiatry*, 2012, Jg. 34, S. 234–241.

Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP): Ausbau der Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche. 2024.
<https://www.boep.or.at/berufspolitik/zentrale-berufspolitische-ziele/gesundheitsversorgung>

Brähler E., Mühlhan H., Albani C., Schmidt S.: Teststatistische Prüfung und Normierung der deutschen Versionen des EUROHOS-QOL Lebensqualität-Index und des WHO-5 Wohlbefindens-Index. *Diagnostica*, 2007, Jg. 53, Nr. 2, S. 83-96.

Braun V., Clarke V.: *Thematic Analysis – A practical guide*. Los Angeles: Sage, 2022.

Boyce W., Torsheim T., Currie C., Zambon A.: The Family Affluence Scale as a measure of national wealth: Validation of an adolescent self-reported measure. *Social Indicators Research*, 2006, Jg. 78, S. 473-487.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK): Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (3. Auflage) - Empfehlungen des Beirats für psychische Gesundheit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien: 2018.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“. Wien: BMSGPK, Sektion VI, Gruppe A, Abteilung 1: 2022.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK):
Antwort auf die Parlamentarische Anfrage Nr. 13533/J. Wien, BMSGPK: 2023a.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK):
Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise II“. Wien: BMSGPK, Sektion VI, Gruppe A, Abteilung 1: 2023b.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (Hg.): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie – Aktualisierung 2024: 2024a.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK):
Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise III“. Wien: BMSGPK, Sektion VI, Gruppe A, Abteilung 1: 2024b.

Bussières E. L., Malboeuf-Hurtubise C., Meilleur A., Mastine T., Hérault E., Chadi N., . . . Camden C.: Consequences of the COVID-19 Pandemic on Children's Mental Health: A Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 2021, Jg. 12, S. 691659.

Cantril H.: Evaluating the probable reactions to the landing in North Africa in 1942: a case study. *Public Opinion Quarterly*, 1965, Jg. 29, Nr. 3, S. 400-410.

Currie C., Molcho M., Boyce W., Holstein B., Torsheim T.K., Richter M.: Researching health inequalities in adolescents: The development of the HBSC Family Affluence Scale. *Social Science and Medicine*, 2008, Jg. 66, S. 1429–36.

Dale R., Jesser A., Pieh C., O'Rourke T., Probst T., Humer E.: Mental health burden of high school students, and suggestions for psychosocial support, 1.5 years into the COVID-10 pandemic in Austria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2023, Jg. 32, S. 1015-1024.

European Observatory on Health Systems and Policies (OECD): Österreich: Länderprofil Gesundheit 2023, State of Health in the EU. Brüssel: OECD Publishing, 2023.

https://www.oecd.org/de/publications/2023/12/austria-country-health-profile-2023_bcf79c3f.html

Felder-Puig R., Teutsch F., Winkler, R.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern: Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22. Wien: BMSGPK, 2023a.

Felder-Puig R., Teutsch F., Winkler, R.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen: Ergebnisse der Lehrlingsbefragung 2021/22. Wien: BMSGPK, 2023b.

Funder D. C., Ozer D. J.: Evaluating Effect Size in Psychological Research: Sense and Nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2019, Jg. 2, Nr. 2, S. 156-168.

Goodman R.: The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1997, Jg. 38, S. 581-586.

Goodman R.: The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1999, Jg. 40, S. 791-801.

Goodman R.: Strengths and Difficulties Questionnaire: Information for researchers and professionals about the Strengths & Difficulties Questionnaires, 2020.
<https://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=German>

Grassl R., Marte E.: Unterversorgung mit Kinder- und jugendpsychiatrischen Fachambulatorien in Österreich, die Mindestanforderungen erfüllen können. *Neuropsychiatrie*, 2022, Jg. 36, S. 165–172.

Grunewald K., Deng J., Wertz J., Schweizer S.: The effect of online social evaluation on mood and cognition in young people. *Scientific Reports*, 2022, Jg. 12, S. 20999.

Habermann K., Napp A.-K., Reiß F., Kaman A., Erhart M., Ravens-Sieberer U.: Psychosomatic health complaints among children and adolescents during the COVID-19 pandemic – Results of the longitudinal German COPSYP study (Preprint). *Research Square*, 2024.

Haider K., Humer E., Weber M., Pieh C., Ghorab T., Dale R., Dinhof C., Gächter A., Probst T., Jesser, A.: An Assessment of Austrian School Students' Mental Health and Their Wish for Support: A Mixed Methods Approach. *Environmental Research and Public Health*, 2023, Jg. 20, Nr. 4, S. 4749.

Halekoh U., Højsgaard S., Yan J.: The R Package geePack for Generalized Estimating Equations. *Journal of Statistical Software*, 2006, Jg. 15, Nr. 1, S. 1-11.

Harrington R., Vostanis P.: Longitudinal perspectives and affective disorder in children and adolescents. In: Goodyer I. M. (Hg.): *The Depressed Child and Adolescent: Developmental and Clinical Perspectives*. New York: Cambridge University Press, 1995, S. 311–342.

Hicks D., Holden C.: Remembering the future: What do children think? *Environmental Education Research*, 2007, Jg. 14, Nr. 4, S. 501-512.

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, Jg. 4, Nr. 11, S. e2135571-e2135571.

Jesser A., Schaffler Y., Gächter A., Dale R., Humer E., Pieh C.: School Students' Concerns and Support after One Year of COVID-19 in Austria: A Qualitative Study Using Content Analysis. *Healthcare*, 2022, Jg. 10, Nr. 7, S. 1334.

Jones S.L., Schmidt, C.K.: Psychosocial effects of disaster in children and adolescents. *Nursing Clinics of North America*, 2013, Jg. 48, S. 229–239.

Jörren H. L., Schmidt H., Kaman A., Ravens-Sieberer U., Rumpf H.-J., Pawils S.: Mental Health im Kindesalter: der Einfluss von Mediennutzung, Erziehungsverhalten und elterlichem Stresserleben – eine Sekundärdatenanalyse von KiGGS- und BELLA-Daten. *Bundesgesundheitsblatt*, 2023, Jg. 66, S. 784–793.

Kaman A., Devine J., Wirtz M. A., Erhart M., Boecker M., Napp A.-K., Reiss F., Zoellner F., Ravens-Sieberer U.: Trajectories of mental health in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: findings from the longitudinal COPSYP study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2024, Jg. 18, Nr. 89.

Koubek D., Krönke H., Karwautz, A.: Die aktuelle Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Österreich im niedergelassenen Bereich. *Neuropsychiatrie*, 2022, Jg. 36, S. 160–164.

Kuckartz U.: Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim: BELTZ Juventa, 2022.

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

Ma L., Mazidi M., Li, K., Li Y., Chen S., Kirwan R., et al.: Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2021, Jg. 293, S. 78–89.

Mayring U.: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: BELTZ, 2022.

Orban E., Li L. Y., Gilbert M., Napp A.-K., Kaman A., Topf S., Boecker M., u. a.: Mental health and quality of life in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review of longitudinal studies. *Frontiers in Public Health*, 2024, Jg. 11, S. 1275917.

Österreichische Gesundheitskasse: Therapie und Rehabilitation. 2024.

<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867336&portal=oegkportal>

Panchal U., Salazar de Pablo G., Franco M., Moreno C., Parellada M., Arango C., Fusar-Poli P.: The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2023, Jg. 32, Nr. 7, S. 1151-1177.

Panda P.K., Gupta J., Chowdhury S. R., Kumar R., Meena A.K., Madaan P., Sharawat I. K., Gulati S.: Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Tropical Pediatrics*, 2021, Jg. 67, Nr. 1, S. fmaa122.

Plener P. L., Klier C. M., Thun-Hohenstein L., Sevecke K.: Psychische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich neu aufstellen: Dringender Handlungsbedarf besteht JETZT !. *Neuropsychiatrie*, 2021, Jg. 35, S. 213-215.

Racine N., McArthur B. A., Cooke J. E., Eirich R., Zhu J., Madigan S.: Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 2021, Jg. 175, S. 1142–1150.

Ravens-Sieberer U., Gosch A., Rajmil L., Erhart M., Bruil J., Duer W., Auquier O., Power M., Abel T., Czemy L., Mazur J., Czimbalmos A., Tountas Y., Hagquist C., Kilroe J., European KIDSCREEN Group: KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 2005, Jg. 5, Nr. 3, S. 353-364.

Ravens-Sieberer U., Erhart M., Torsheim T., Hetland J., Freeman J., Danielson M., Thomas C.: An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health*, 2008, Jg. 18, Nr. 3, S. 294-299.

Ravens-Sieberer U., Herdman M., Devine J., Otto C., Bullinger M., Rose M., Klaasen F.: The European KIDSCREEN approach to measure quality of life and well-being in children: Development, current application, and future advances. *Quality of Life Research*, 2014, Jg. 23, Nr. 3, S. 731-803.

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 COPSY study. *Journal of Adolescent Mental Health*, 2022, Jg. 71, Nr. 5, S. 570-578.

Ravens-Sieberer U., Devine J., Napp A. K., Kaman A., Saftig L., Gilbert M., Reiß F., Löffler C., Simon A. M., Hurrelmann K., Walper S., Schlack R, Hölling H., Wieler L. H., Erhart M.: Three years into the pandemic: results of the longitudinal German COPSY study on youth mental health and health-related quality of life. *Frontiers in Public Health*, 2023, Jg. 11, S. 1129073.

Reiss F., Cosma A., Bersia M., Erhart M., Dalmasso P., Devine J., Hulber S., et al.: Adolescents perception of the COVID-19 pandemic restrictions and associated mental health and well-being: gender, age and socioeconomic differences in 22 countries. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2024, Jg. 18, Nr. 86.

Riedel, M.: Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Wien: Institut für Höhere Studien, 2015.

Riedout V., Robb M. B.: Social media, social life: teens reveal their experiences. San Francisco, CA: Common Sense Media, 2018.
<https://www.common sense media.org/research/social-media-social-life-teens-reveal-their-experiences-2018>

Rost J.: Regression zur Mitte. Dorsch Lexikon der Psychologie, 2022.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/regression-zur-mitte>

Sacco R., Camilleri N., Eberhardt J., Umla-Runge K. Newbury-Birsch D.: A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. European Child & Adolescent Psychiatry, 2024, Jg. 9, S. 2877-2894.

Sagerschnig S., Grabenhofer-Eggerth A., Kern D.: Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche. Wien: Gesundheit Österreich, 2023.

Santillan-Ramos P., Humer E., Schaffler Y., Pieh C., Probst T., Felnhofer A., et al.: Impact of the COVID-19 pandemic on the work of clinical psychologists in Austria: results of a mixed-methods study. Frontiers in Psychology, 2024, Jg. 15, S. 1302442.

Samji H., Wu J., Ladak A., Vossen C., Stewart E., Dove N., Long D., Snell G.: Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth - a systematic review. Child and Adolescent Mental Health, 2022, Jg. 27, Nr. 2, S. 173-189.

Schweizer S., Lawson R.P., Blakemore S.J.: Uncertainty as a driver of the youth mental health crisis. Current Opinion in Psychology, 2023, Jr. 53, S. 101657.

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, Jg. 37, S. 12-21.

Sobotka M., Kern T., Haider K., Dale R., Wöhrer V., Pieh C., Probst T., Humer E., Jesser A.: School students' burdens and resources after 2 years of COVID-19 in Austria: A qualitative study using content analysis. *Frontiers in Public Health*, 2024, Jg. 12.

Solmi M., Radua J., Olivola M., Croce E., Soardo L., Salazar De Pablo G., Il Shin J., u. a.: Age at Onset of Mental Disorders Worldwide: Large-Scale Meta-Analysis of 192 Epidemiological Studies. *Molecular Psychiatry*. 2022, Jg. 27, Nr. 1, S. 281–95.

The KIDSCREEN Group Europe: The KIDSCREEN Questionnaires - Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook. Lengerich: Pabst Science Publishers, 2006.

Thom J., Jonas B., Reitzle L., Mauz E., Hölling H., Schulz M.: Trends in the Diagnostic Prevalence of Mental Disorders, 2012-2022: Using Nationwide Outpatient Claims Data for Mental Health Surveillance. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2024, Jg. 121, Nr. 11.

Teutsch F., Felder-Puig R., Winkler R.: Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schüler:innen und Lehrlingen. Ergebnisse aus den Erhebungen 2021/22 in Form von Lineartabellen. Wien: Gesundheit Österreich, 2023.

Vossler A.: Der Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung (FEF): Entwicklung eines Evaluationsverfahrens. *Diagnostica*, 2001, Jg. 47, Nr. 3, S. 122-131.

Wancata J.: Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wien, Medizinische Universität Wien, 2017.

Wagner G., Zeiler M., Waldherr K., Philipp J., Truttmann S., Dürr W., Treasure J. L., Karwautz A. F. K.: Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2017, Jg. 26, S. 1483-1499.

Wenglorz M., Heinrichs, N.: Psychische Störungen. In: Lohaus A. (Hg.): *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Berlin: Springer, 2018, S. 251-282.

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, Jg. 13, S. 901205.

Wimmer-Puchinger B., Patek F., Haid B.: Endbericht „Gesund aus der Krise“. Wien, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 2023. https://gesundausderkrise.at/wp-content/uploads/0923_Projektbericht-GadK-I.pdf

Wimmer-Puchinger B., Patek F., Haid B.: Endbericht „Gesund aus der Krise II“. Wien, Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie, 2024. https://gesundausderkrise.at/wp-content/uploads/0924_Abschlussbericht_GadK-II_final.pdf

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

post@sozialministerium.at

sozialministerium.at