

Evaluierung des Förderprogramms „Gesund aus der Krise III“

Förderzeitraum April 2024 bis Juni 2025

Wien, 2025

Impressum

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK), Stubenring 1, 1010 Wien

Evaluierung und Berichterstellung: Vanessa Kulcar, Silvia Exenberger, Barbara Juen

Umsetzung der „Gesund aus der Krise“-Programme: Beate Wimmer-Puchinger

(Gesamtleitung, Präsidentin BÖP), Fabienne Patek (Projektleitung), Viola Ghavidel

(Projektleitung), Barbara Haid (Kooperationspartnerin, Präsidentin ÖBVP), Béa Pall

(Projektkoordinatorin, ÖBVP), Claudia Rupp (Projektkoordinatorin, BÖP)

Wien, 2025. Stand: 19. Jänner 2026

ISBN-Nr.: (nur für Printpublikationen; die ISBN-Vergabe erfolgt über die interne E-Mail-Adresse publikationen@sozialministerium.gv.at, Abt. I/1)

Copyright und Haftung:

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig. Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundesministeriums und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Im Falle von Zitierungen (im Zuge von wissenschaftlichen Arbeiten) ist als Quellenangabe anzugeben: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) (Hg.); Titel der jeweiligen Publikation, Erscheinungsjahr.

Diese und weitere Publikationen sind kostenlos über das Broschürenservice des Sozialministeriums unter www.sozialministerium.gv.at/broschuerenservice sowie unter der Telefonnummer 01 711 00-86 25 25 zu beziehen.

Inhalt

Executive Summary	6
Hintergrund	6
Fragestellungen und Methodik	7
Zentrale Ergebnisse	8
In welchem Ausmaß erreichte GadK III seine Zielgruppe?	8
Wie wirksam war GadK III hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. der Verringerung der psychischen Belastung bei den Klient:innen?	11
Welche Bedingungen waren für den Programmerfolg bedeutsam?	13
Fazit	14
1 Einleitung und Überblick	16
2 Die „Gesund aus der Krise“-Programme	18
Die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich	18
Mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.....	18
Die aktuelle Versorgungslage.....	20
Die GadK-Programme.....	22
Struktur und Abwicklung der Programme	23
GadK III im Vergleich zu den vorhergehenden Programmen	25
3 Die Evaluierung	28
Ziele und Fragestellungen der Evaluierung.....	28
Daten der Evaluierung.....	30
Programmstatistiken.....	32
Monatsdokumentationen	32
Quartalsdokumentationen.....	32
Klient:innen-Fragebogen.....	32
Eltern-Fragebogen.....	33
Interviews und Fokusgruppen.....	33
Protokolle der Projektbegleitgruppe	34
Weitere Daten.....	34
Auswertungsmethode	35
Limitationen	35
4 Reichweite des Programms	37
Überprüfung der Zielindikatoren	38
Die Angebotsstruktur: Wie setzt sich der Behandler:innen-Pool zusammen?.....	40

Von der Kontaktaufnahme bis zur Behandlung: Wie stark wurde das Angebot in Anspruch genommen?.....	43
Kontaktaufnahmen und Anmeldungen.....	43
Clearing und Matching	46
Erfolgte Behandlungen.....	47
Charakterisierung der Klient:innen: Wer wurde erreicht?	52
Soziodemografische Merkmale der Klient:innen.....	54
Zugangshindernisse zur Regelversorgung.....	59
Psychisches Befinden	60
5 Wirksamkeit der GadK III-Behandlungen.....	67
Erfolgsmessung: Wie veränderte sich das Befinden der Klient:innen im Behandlungsverlauf?	68
Steigerung des Wohlbefindens	68
Steigerung der Lebenszufriedenheit.....	69
Steigerung der Positiven Psychischen Gesundheit	71
Reduktion von Beschwerden	72
Erfolgsmessung: Wie veränderte sich die Einschätzung von Bezugspersonen im Behandlungsverlauf?	74
Reduktion von internalisierenden und externalisierenden Schwierigkeiten	74
Steigerung der Positiven Psychischen Gesundheit	80
Subjektive Einschätzungen: Wie beurteilen Klient:innen und Bezugspersonen die Veränderungen?	80
Professionelle Einschätzungen: Wie schätzen Behandler:innen die Behandlungseffekte ein?	82
6 Erfolgsfaktoren des Programms	85
Welche Faktoren trugen zum Erfolg der Programme bei?	85
Günstige Rahmenbedingungen.....	86
Niederschwelligkeit für die Klient:innen	87
Motivation der Behandler:innen.....	88
Kontinuierliche Optimierung.....	89
Welche Faktoren behinderten den Programmerfolg?	90
Kurze Programmlaufzeit und limitiertes Budget.....	91
Strikte Behandlungsbedingungen	92
Grenzen der Niederschwelligkeit	93
Lücken in der Regelversorgung	93
7 Fazit und Empfehlungen	95

Tabellenverzeichnis.....	100
Abbildungsverzeichnis.....	101
Literaturverzeichnis	103
Abkürzungen.....	108
Anhänge	109

Executive Summary

Hintergrund

Die psychosoziale Regelversorgung für Kinder und Jugendliche in Österreich kann den Unterstützungsbedarf der Altersgruppe nicht decken. Verschlechterungen der psychischen Gesundheit sind seit mehreren Jahren zu beobachten und haben sich durch multiple globale Krisen weiter verschärft: Die COVID-19-Pandemie, Kriege und bewaffnete Konflikte, der Klimawandel und wirtschaftliche Probleme schufen Belastungen, die über krisenunabhängige Alltagsprobleme der Kinder und Jugendlichen hinausgingen. Demgegenüber steht ein nach Bundesländern fragmentiertes Versorgungssystem, das Behandlungen im Bedarfsfall oft erst nach langen Wartezeiten oder durch Privatfinanzierung ermöglicht. Als rasch umsetzbare Maßnahme gegen die Versorgungslücken wurden die „Gesund aus der Krise“-Programme (im Folgenden: GadK-Programme) implementiert. Diese hatten und haben das Ziel, unterstützungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen einen niederschweligen Zugang zu psychosozialer Versorgung zu ermöglichen.

Die Programme werden nach Beauftragung durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK) durch den Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) umgesetzt. Als Zielgruppe wurden alle Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr festgelegt, die aufgrund der Krisen unter psychischen oder psychosozialen Belastungen leiden. Diese können kostenfreie Beratungen und Behandlungen im Umfang von bis zu 15 Einheiten (mit der Option auf Verlängerung um weitere fünf Einheiten) bei klinischen und Gesundheitspsycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen in Anspruch nehmen. Zur Abwicklung wurde eine zentrale Servicestelle eingerichtet.

Das erste Programm GadK I begann im April 2022 und wurde nach einer Laufzeit von etwa einem Jahr durch GadK II und im Anschluss daran durch GadK III ergänzt. GadK III begann im April 2024 und wurde im Juni 2025 abgeschlossen. Der vorliegende Bericht evaluiert GadK III in Hinblick auf dessen Reichweite, Wirksamkeit und Umsetzungsprozesse. Die Evaluierung der Vorgängerprogramme GadK I und GadK II ist in separaten Berichten beschrieben (Kulcar et al., 2024; 2025).

Fragestellungen und Methodik

Im vorliegenden Bericht erfolgt eine Evaluierung von GadK III hinsichtlich dreier Fragestellungen:

- **In welchem Ausmaß erreichte GadK III seine Zielgruppe?**

Die Reichweite von GadK III wurde anhand der in der Sonderrichtlinie (BMASGPK, 2024) definierten Indikatoren bewertet:

- Anzahl der Kontaktaufnahmen (mindestens 18.000)
- Anzahl der Bedarfsklärungen (mindestens 12.000)
- Anzahl der Zuweisungen zu Behandlungen (13.000 bis 14.000)
- Anzahl der eingesetzten Behandler:innen (mindestens 1.000)
- Anzahl der Behandlungsstunden pro Klient:in (15 bei Einzelbehandlungen, 30 bei Gruppenbehandlungen)

Ergänzend wurden soziodemografische und psychosoziale Charakteristika untersucht, um zu erfassen, welche Populationen durch das Programm erreicht wurden.

- **Wie wirksam war GadK III hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Befindens der Klient:innen?**

Zur Untersuchung der Wirksamkeit des Programms wurde das Befinden der Klient:innen im Verlauf der Behandlungen erfasst und Veränderungen analysiert. Hierfür wurden sowohl positive als auch negative Indikatoren des Befindens genutzt. Neben der Analyse messbarer Veränderungen wurden subjektive Einschätzungen von Klient:innen, Bezugspersonen und Behandler:innen erfasst.

- **Welche Bedingungen waren für den Programmerfolg bedeutsam?**

Förderliche und hinderliche Bedingungen für die Reichweite und Wirksamkeit von GadK III wurden analysiert. Dies bildete die Grundlage für die Ableitung von Empfehlungen für die weitere Programmgestaltung und zusätzliche Maßnahmen.

Die Evaluierung erfolgte mithilfe eines multiperspektivischen Mixed-Methods-Ansatzes. Dabei wurden quantitative und qualitative Daten sowie Perspektiven unterschiedlicher Interessensträger:innen kombiniert, um ganzheitliche Erkenntnisse zu gewinnen. Die Daten umfassten:

- Diverse Programmstatistiken, z. B. Anzahl der Kontaktaufnahmen, Clearings und Matchings, Verlängerungsanträge

- 90.767 Monatsdokumentationen durch Behandler:innen über erfolgte Behandlungen
- 19.068 Quartalsdokumentationen durch Behandler:innen über Behandlungsziele und -fortschritte
- 8.961 Klient:innen-Fragebögen zur Erfassung von Charakteristika und Veränderungen des Befindens im Verlauf der Behandlungen
- 1.676 Eltern-Fragebögen zur Erfassung von Charakteristika und Veränderungen des Befindens im Verlauf der Behandlungen
- 41 Interviews und Fokusgruppen

Zentrale Ergebnisse

In welchem Ausmaß erreichte GadK III seine Zielgruppe?

Die in der Sonderrichtlinie definierten Ziele konnten durch GadK III erreicht und übertroffen werden. Über 17.000 Kindern und Jugendlichen wurde in dieser Programmphase eine psychologische, psychotherapeutische oder musiktherapeutische Behandlung ermöglicht. Dabei wurden breite Bevölkerungsschichten und eine Vielzahl von Betroffenen erreicht, für die eine Behandlung ohne das Programm nicht möglich gewesen wäre. Die zentrale Servicestelle nahm Kontaktaufnahmen und Anmeldungen entgegen und wies die Betroffenen rasch – meist innerhalb von zwei bis drei Wochen – Behandler:innen zu. Die Behandlungen erfolgten durch einen Pool aus 1.527 geprüften Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen. GadK III trug damit wie die Vorgängerprogramme entscheidend zur Reduktion der bestehenden Versorgungslücken bei. Die Nachfrage überstieg das Angebot dennoch deutlich, sodass wiederholt Anmeldestopps umgesetzt werden mussten.

Die in der Sonderrichtlinie definierten quantitativen Zielindikatoren der Programmreichweite wurden erreicht oder übertroffen:

- Im Verlauf von GadK III gingen 16.342 Anrufe durch Klient:innen bzw. deren Erziehungsberechtigte oder zuweisende Stellen ein. Zusätzlich war die Kontaktaufnahme per E-Mail oder über die Webseite möglich, deren Anzahl nicht dokumentiert wurde. Der Zielwert von mindestens 18.000 Kontaktaufnahmen kann in Zusammenschau mit der Anzahl der Anmeldungen als erfüllt beurteilt werden.
- 20.819 Kinder und Jugendliche wurden ab Mai 2024 bei GadK angemeldet oder – während Anmeldestopps – auf der Vormerkliste registriert. Alle Anmeldungen wurden geprüft (Clearing). Nach dem Clearing erfolgte die Zuweisung zu Behandlungen (Matching). Dokumentiert wurden 21.268 erstmalige Matchings. Der Zielwert von 13.000 bis 14.000 Behandlungszuweisungen wurde somit übertroffen.
- Insgesamt wurden 17.082 Einzelbehandlungen sowie 98 Gruppenbehandlungen für 573 Kinder und Jugendliche durchgeführt. Dies entspricht einer Gesamtzahl von 17.655 behandelten Kindern und Jugendlichen. Der Zielwert von mindestens 13.500 Klient:innen wurde somit übertroffen.
- Die Behandlungen wurden durch 1.527 Behandler:innen – davon 45 % Psycholog:innen, 46 % Psychotherapeut:innen, 1 % Musiktherapeut:innen sowie 8 % Behandler:innen mit geprüfter Mehrfachqualifizierung – umgesetzt. Damit wurde der Zielwert von mindestens 1.000 Behandler:innen übertroffen. Der Behandler:innen-Pool deckte das gesamte Bundesgebiet ab.
- Die meisten Behandlungen wurden innerhalb von 15 Einheiten abgeschlossen. Im Durchschnitt umfassten Einzelbehandlungen elf Einheiten. Für etwa 12 % der Klient:innen wurden Verlängerungen um bis zu fünf Einheiten ermöglicht.
- Gruppenbehandlungen wurden weniger nachgefragt als Einzelbehandlungen. Lediglich 3 % der Klient:innen nahmen an Gruppenbehandlungen teil.

GadK III erreichte unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und trug so nachweislich zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit bei:

Die Zielgruppe von GadK III umfasste – wie bei den Vorgängerprogrammen – Kinder und Jugendliche zwischen null und 21 Jahren. Charakteristika der erreichten Klient:innen wurden anhand von 5.699 Klient:innen- und 1.168 Eltern-Fragebögen bestimmt.

- Am stärksten erreicht wurden Klient:innen ab dem Schulalter bis ins frühe Erwachsenenalter. Das durchschnittliche Alter aller Klient:innen lag bei 14,6 Jahren.

Mädchen waren mit 58,5 % etwas stärker repräsentiert als Burschen. Bis zum Alter von zwölf Jahren machten Burschen den größeren Anteil aus.

- Die meisten Klient:innen waren in schulischer, universitärer oder beruflicher Aus-, Fort- oder Weiterbildung. Schüler:innen machten die Hälfte aller Klient:innen aus.
- Der Anteil der Klient:innen mit Migrationsgeschichte entsprach in etwa dem Anteil in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben. Demnach erreichte das Programm Kinder und Jugendliche unterschiedlicher kultureller Hintergründe und verschiedener Muttersprachen.
- Über die Hälfte der Klient:innen bzw. deren Bezugspersonen gab an, dass ein Zugang zu psychologischer, psychotherapeutischer oder musiktherapeutischer Behandlung für sie ohne GadK III nicht möglich sei. Die GadK-Programme reduzierten somit für zahlreiche Betroffene Zugangshindernisse zu psychosozialer Versorgung.

GadK III erreichte nachweislich Kinder und Jugendliche mit gegebenem Unterstützungsbedarf:

Die Beurteilung der erreichten Zielgruppe basiert auf Einschätzungen durch Behandler:innen in 12.206 Quartalsdokumentationen sowie auf Vergleichen des Befindens und der Symptomatik der Klient:innen laut 5.288 Fragebögen mit der Vergleichsstichprobe der HBSC-Studie (Felder-Puig et al., 2023a).

- 32 % der Klient:innen zeigten zu Behandlungsbeginn Hinweise auf depressive Verstimmungen, 51 % hatten eine niedrige Lebenszufriedenheit. Damit ging es ihnen messbar schlechter als dem Durchschnitt österreichischer Kinder und Jugendlicher.
- 90 % der Klient:innen bedurften aufgrund von neu aufgetretenen Problemen einer Behandlung. GadK III hatte somit das Potenzial, durch die raschen Behandlungen einer Chronifizierung der Schwierigkeiten entgegenzuwirken.
- Die Hälfte der Klient:innen benötigte aufgrund von Belastungs- und Anpassungsschwierigkeiten eine Behandlung. Auch depressive Episoden kamen regelmäßig vor (15 %). Bei Kindern bis zehn Jahren wurden insbesondere Diagnosen aus dem Bereich der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend berichtet.

Wie wirksam war GadK III hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. der Verringerung der psychischen Belastung bei den Klient:innen?

Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit und die positive psychische Gesundheit der Klient:innen wurden im Verlauf der Behandlungen messbar gestärkt. Gleichzeitig gingen psychische sowie physische Beschwerden signifikant zurück. Das Befinden der behandelten Kinder und Jugendlichen näherte sich dem der Vergleichsstichprobe aus der HBSC-Studie an (Felder-Puig et al., 2023a). Auch Befragungen der Bezugspersonen zeigten Verbesserungen bei internalisierenden und externalisierenden Schwierigkeiten sowie eine Zunahme von prosozialem Verhalten im Behandlungsverlauf. Klient:innen, Bezugspersonen und Behandler:innen bewerteten die Behandlungsfortschritte mehrheitlich positiv.

Im Verlauf der GadK III-Behandlungen zeigten sich messbare Verbesserungen der psychischen Gesundheit:

Das Befinden der Klient:innen wurde anhand von 8.961 Fragebögen analysiert, die sie zu Beginn und am Ende der Behandlungen ausgefüllt hatten.

- Das Wohlbefinden der Klient:innen verbesserte sich signifikant. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen, deren Wohlbefinden so niedrig war, dass es auf depressive Verstimmungen hindeutete, sank von 32 % auf 16 %.
- Die Lebenszufriedenheit der Klient:innen stieg im Verlauf der Behandlungen an. Der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit auffällig niedriger Lebenszufriedenheit sank von 51 % auf 29 %.
- Sowohl psychische als auch physische Beschwerden der Kinder und Jugendlichen gingen im Verlauf der Behandlungen messbar zurück.
- 93 % der befragten Klient:innen berichteten am Ende der Behandlungen, dass sich ihr Befinden subjektiv verbessert hatte.

Das Befinden und Verhalten der Klient:innen verbesserte sich laut der Einschätzung durch Bezugspersonen signifikant im Verlauf der GadK III-Behandlungen:

Bezugspersonen der Klient:innen machten zu Beginn und am Ende der Behandlungen Angaben zu psychischer Gesundheit und psychosozialen Schwierigkeiten ihrer Kinder. Zur Analyse lagen 1.676 Fragebögen vor.

- Die externalisierenden Schwierigkeiten Hyperaktivität und Verhaltensprobleme reduzierten sich laut Einschätzungen der Bezugspersonen signifikant im Verlauf der Behandlungen. Die internalisierenden Schwierigkeiten emotionale Probleme und Probleme mit Gleichaltrigen verbesserten sich ebenso.
- Bezugspersonen berichteten von einer Stärkung der Prosozialität und der positiven psychischen Gesundheit ihrer Kinder.
- 88 % der Bezugspersonen berichteten am Ende der Behandlungen, dass sich die Schwierigkeiten ihres Kindes subjektiv verbessert hatten.
- 86 % der Bezugspersonen fühlten sich am Ende der Behandlungen besser in der Lage, selbstständig mit aktuellen und zukünftigen Schwierigkeiten ihres Kindes umzugehen.

Die Behandler:innen berichteten überwiegend von deutlichen Fortschritten ihrer Klient:innen:

Die Ergebnisse beruhen auf Angaben von Behandler:innen in 7.884 Quartalsdokumentationen über erfolgte Behandlungen.

- 64 % der Klient:innen hatten nach mindestens zehn Einheiten aus Perspektive der Behandler:innen gute bis sehr gute Fortschritte gemacht.
- Bei lediglich 1 % der Klient:innen fehlten nach zehn oder mehr Einheiten die Fortschritte gänzlich.
- Ein Teil der Klient:innen benötigte nach GadK III eine weitere Behandlung. Verlängerungen um fünf Einheiten konnten häufig dafür genutzt werden, die Überführung in die Regelversorgung zu organisieren.

Welche Bedingungen waren für den Programmerfolg bedeutsam?

Alle GadK-Programme zeichneten sich durch ihre niederschwellige Gestaltung aus. Kinder und Jugendliche erhielten rasch einen kostenfreien, qualitätsgesicherten und wohnortnahen Zugang zu psychologischer und therapeutischer Behandlung. Zentral hierfür war die Servicestelle, die für die Abwicklung der GadK-Programme eingerichtet worden war. Sie stellte den Knotenpunkt zwischen Klient:innen, Behandler:innen und Institutionen dar. Die kontinuierliche Optimierung der Prozesse unter Berücksichtigung der Interessen aller Beteiligten ermöglichte eine zunehmende Verbesserung der Abläufe im Verlauf der GadK-Programme. Dennoch schränkte der Projektcharakter die Flexibilität auf administrativer und Behandlungsebene ein. Zudem konnten die Versorgungslücken, die durch die Mängel in der Regelversorgung entstanden waren, mithilfe der Programme zwar reduziert, aber nicht vollständig geschlossen werden. Die dadurch fortbestehenden ungedeckten Behandlungsbedarfe stellten auch innerhalb der Programme eine Herausforderung dar.

GadK III stellte aufbauend auf GadK I und GadK II einen niederschweligen Zugang für Klient:innen bereit. Deren Behandlungen konnten durch einen umfangreichen Behandler:innen-Pool realisiert werden:

Wichtige Charakteristika für den Erfolg der GadK-Programme wurden anhand von Befragungen von Klient:innen, Sorgeberechtigten, Behandler:innen sowie Vertreter:innen der Servicestelle und der beteiligten Institutionen identifiziert.

- Der Aufbau auf etablierten Strukturen und die interdisziplinäre Kooperation zwischen Psycholog:innen (vertreten durch den BÖP), Psychotherapeut:innen (vertreten durch den ÖBVP) und Musiktherapeut:innen (vertreten durch den ÖBM) unter enger Zusammenarbeit mit dem BMASGPK schufen günstige Rahmenbedingungen für die rasche und effiziente Umsetzung der GadK-Programme.
- Durch die kostenfreien Behandlungen, die bundesweit einheitliche Struktur sowie die einfache Anmeldung wurde ein niederschwelliger Zugang zu psychosozialer Versorgung geschaffen. Der qualitätsgeprüfte Behandler:innen-Pool und die rasche, wohnortnahe Zuweisung reduzierten Zugangshindernisse weiter.
- Die Behandlungen wurden durch einen großen und vielfältigen Behandler:innen-Pool umgesetzt. Behandler:innen konnten durch die angemessenen Rahmenbedingungen

und die unkomplizierte Abwicklung zur Mitwirkung rekrutiert und durch die Identifikation mit den Programmen gehalten werden.

- Durch die enge Zusammenarbeit zwischen dem BMASGPK und den umsetzenden Berufsverbänden konnten die GadK-Programme kontinuierlich optimiert werden.

Die fortbestehenden Mängel in der Regelversorgung spiegelten sich auch in GadK III wider und stellten Hindernisse in der Umsetzung dar:

- Die Nachfrage nach Behandlungsplätzen war größer als das durch das Programmbudget definierte Behandlungsangebot. Trotz Budgetaufstockung mussten Anmeldestopps umgesetzt werden, sodass nicht alle Kinder und Jugendlichen mit Bedarf eine Behandlung im Rahmen von GadK III erhalten konnten.
- Aufgrund fehlender Alternativen wurden auch Kinder und Jugendliche behandelt, die schwere und chronifizierte Störungsbilder hatten. Deren Bedarfen konnte innerhalb der für leichte bis moderate und akute Belastungen entworfenen Rahmenbedingungen nur schwer entsprochen werden.
- Im Rahmen der GadK-Programme waren Behandlungen im Umfang von bis zu 15 Einheiten – bei Bedarf mit Verlängerung um weitere fünf Einheiten – vorgesehen. Bei weiterem Behandlungsbedarf gestaltete sich die Überführung in die Regelversorgung aufgrund mangelnder Angebote und langer Wartezeiten oft schwierig.

Fazit

Die GadK-Programme ermöglichten insgesamt Behandlungen für etwa 40.000 Kinder und Jugendliche. Dabei wurden Kinder und Jugendliche aus unterschiedlichen Bevölkerungsschichten und mit messbarem Behandlungsbedarf erreicht. GadK III setzte den Erfolg der beiden vorhergehenden Programme GadK I und GadK II fort. Durch das größere Programmvolumen konnten noch mehr Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf wirksam unterstützt werden. Bei den Klient:innen konnten die psychische Gesundheit gestärkt und Beschwerden reduziert werden. Gleichzeitig wurde das Angebot erweitert und optimiert, beispielsweise durch die Aufnahme von Musiktherapeut:innen in den Behandler:innen-Pool. Dennoch blieben Versorgungslücken bestehen, die von den GadK-Programmen nicht geschlossen werden konnten. Die Nachfrage überstieg das bei GadK III verfügbare Behandlungsangebot, sodass nicht allen Kindern und Jugendlichen mit Bedarf eine Behandlung ermöglicht werden konnte. Ein

Ausbau der psychosozialen Versorgung und die langfristige Etablierung in der Regelversorgung sind daher dringend nötig.

Für eine Verbesserung der psychosozialen Versorgung stellen die GadK-Programme ein über mehrere Programmzyklen erprobtes Vorbild dar. Sie zeigen, wie ein bundesweiter, niederschwelliger Zugang etabliert und effizient abgewickelt werden kann. Die erfolgreiche Kooperation verschiedener Berufsgruppen fördert die effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen und stärkt die Niederschwelligkeit durch den einheitlichen Zugang. Während die GadK-Programme für die Versorgung leichter bis moderater Beeinträchtigungen optimiert sind, bedarf es adaptierter Angebote für die Prävention und Resilienzförderung einerseits sowie für die Behandlung schwerer und chronifizierter Beschwerden andererseits.

1 Einleitung und Überblick

Der vorliegende Bericht dient der Darstellung der Evaluierungsergebnisse des Förderprogramms „Gesund aus der Krise III“ (GadK III). GadK III ist das dritte „Gesund aus der Krise“-Programm (im Folgenden: GadK-Programm) mit einer Laufzeit von April 2024 bis Juni 2025. Es folgte auf die Programme „Gesund aus der Krise“ (GadK I, Laufzeit April 2022 bis Juni 2023) und „Gesund aus der Krise II“ (GadK II, Laufzeit Mai 2023 bis Juni 2024). Alle GadK-Programme wurden zur Gänze vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMASGPK, ehemals BMSGPK) finanziert. Mit der Umsetzung beauftragt und für die Abwicklung der Programme verantwortlich war der Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP) in enger Kooperation mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP). Das Institut für Psychologie der Universität Innsbruck führte die Evaluierung aller Programme im Auftrag des BMASGPK durch.

Das erste Programm GadK I wurde als Reaktion auf die psychischen Belastungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich initiiert, die durch die COVID-19-Pandemie verschärft wurden. Der Bedarf an psychosozialer Versorgung konnte damals durch die Regelversorgung nicht gedeckt werden, die Pandemiesituation erforderte schnelle Reaktionen. GadK I war als niederschwelliges Angebot gestaltet, um auf den akuten Bedarf zu reagieren. Durch anhaltende psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen blieb der Bedarf auch nach Ende der Pandemie hoch, sodass zunächst GadK II und im Anschluss GadK III gestartet wurden. Alle drei Programme sind ähnlich strukturiert. Anpassungen erfolgten in Details auf Basis von Lernerfahrungen aus den jeweils vorangegangenen Programmen.

Die Evaluierung von GadK III erfolgte mittels eines multiperspektivischen Mixed-Methods-Ansatzes. Einbezogen wurden Daten, die im Rahmen der Programme durchgehend erfasst wurden (Statistiken über Kontaktaufnahmen, Anmeldezahlen, Matchings etc., 90.767 Monatsdokumentationen, 19.086 Quartalsdokumentationen). Zusätzlich wurden 10.908 Fragebögen von Kindern und Jugendlichen sowie 1.880 Fragebögen von Bezugspersonen (meist Eltern) gesammelt. Zur Erfassung von zusätzlichen Perspektiven und Details sowie zur Einordnung von Ergebnissen wurden 41 qualitative Befragungen verschiedener Interessensgruppen herangezogen. Darüber hinaus wurden Informationen der

Programmleitung und Protokolle der Projektbegleitgruppe in der Evaluierung berücksichtigt.

Die Evaluierungsergebnisse zu den Programmen GadK I und GadK II wurden in gesonderten Berichten dargestellt (siehe Kulcar et al., 2024; 2025). Im Rahmen dieses Berichts werden sie herangezogen, um den Verlauf über alle Programme hinweg abzubilden und Ergebnisse zu vergleichen.

Der Bericht gliedert sich in die folgenden Bereiche:

- Kapitel 2 gibt einen Überblick über die psychosoziale Situation und das Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche in Österreich. Die GadK-Programme werden beschrieben.
- Kapitel 3 bietet einen Überblick über die Evaluierungsmethode und die hierfür genutzten Daten.
- Kapitel 4 beschreibt die Versorgungsleistung durch GadK III anhand der angemeldeten und behandelten Klient:innen. Die Zielerreichung in Bezug auf die Reichweite des Programms wird überprüft. Darüber hinaus erfolgt eine Charakterisierung der Klient:innen und ihrer Problemstellungen.
- Kapitel 5 überprüft die Wirksamkeit von GadK III in Bezug auf die subjektive, durch Behandler:innen eingeschätzte und messbare Verbesserung im Befinden und in der Symptomlast der Klient:innen.
- Kapitel 6 beschreibt Erfolgsfaktoren und Hindernisse von GadK III.
- Kapitel 7 fasst die Evaluierungsergebnisse zusammen und bietet einen Ausblick auf den weiteren Bedarf für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich.
- In den Anhängen finden sich Details zur Methode, den Analysen und den Ergebnissen.

Zu Beginn jedes Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung.

Zu erleichterten Lesbarkeit des Berichts werden zentrale Aspekte hervorgehoben.

2 Die „Gesund aus der Krise“- Programme

Die GadK-Programme dienen der schnellen Reduktion bestehender Lücken in der psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen null und 21 Jahren. Hierfür stellte das BMASGPK insgesamt 54,7 Millionen Euro zur Verfügung, davon 23,5 Millionen für GadK III. Die Abwicklung erfolgte über eine zentrale Servicestelle, die als bundesweit einheitliche Kontaktstelle für Behandler:innen, Klient:innen und Zuweisungsstellen diente. Klient:innen wurden in einem mehrstufigen Clearing- und Matching-Prozess durch die Servicestelle an Behandler:innen vermittelt.

Die psychosoziale Situation von Kindern und Jugendlichen in Österreich

Studien zeigen zunehmende psychische Beschwerden und ein abnehmendes Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen (z. B. Felder-Puig et al., 2023a). Diese Entwicklung begann bereits vor über zehn Jahren und verschärfte sich durch die COVID-19-Pandemie zusätzlich. Den Einschränkungen im Befinden bis hin zu psychischen Erkrankungen stehen Mängel in der psychosozialen Regelversorgung für Kinder und Jugendliche in Österreich gegenüber.

Mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Kindheit und Jugend ist eine entscheidende Phase für die langfristige psychische Gesundheit bis ins Erwachsenenalter (Jones & Schmidt, 2013; Solmi et al., 2022): Kinder und Jugendliche sind besonders vulnerabel für die Entwicklung psychischer Erkrankungen und gleichzeitig leiden Betroffene oft langfristig unter psychischen Problemen, wenn sich diese im jungen Alter etablieren konnten. Die psychische Gesundheit junger Menschen ist daher gesamtgesellschaftlich relevant. Neben der inhärenten Bedeutung psychischer Gesundheit für die Betroffenen selbst hat sie unter anderem wirtschaftliche Folgen. Jährlich ist in Österreich von fast 15 Mrd. Euro Gesamtkosten durch psychische

Erkrankungen auszugehen (Rechnungshof, 2025, basierend auf OECD-Schätzungen). Etwa 42 % davon entstehen indirekt durch Einschränkungen der wirtschaftlichen Produktivität. Zu den Kosten und Folgekosten psychischer Probleme bei Kindern und Jugendlichen fehlen Schätzungen (Rechnungshof, 2025), jedoch sind psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter ein bekannter Risikofaktor für Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich hat sich in den letzten Jahren messbar verschlechtert. Dies führt zu sozialen und wirtschaftlichen Folgekosten.

Die Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT) erfasste psychische Probleme von Kindern und Jugendlichen von zehn bis 18 Jahren in Österreich zwischen 2013 und 2015 (Wagner et al., 2017; Zeiler et al., 2018). Dabei zeigte sich eine Punktprävalenz für psychische Erkrankungen von 23,9 %. Die Lebenszeitprävalenz lag bei 35,8 %. Jüngere epidemiologische Daten zu psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Österreich fehlen. Insgesamt zeigen sich jedoch steigende Prävalenzen in der europäischen Gesamtbevölkerung und besonders bei Elf- bis 17-Jährigen (Thom et al., 2024). Somit ist zu erwarten, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen auch in Österreich gestiegen ist. Darauf deuten auch die Ergebnisse der Studie „Health Behaviour in School-aged Children“ hin (HBSC, Felder-Puig et al., 2023a, 2023b). In dieser alle vier Jahre stattfindenden Studie zu Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schüler:innen und Lehrlingen zeigen sich seit 2010 ein kontinuierlicher Anstieg psychischer und physischer Beschwerden sowie eine Reduktion der Lebenszufriedenheit bei älteren Jugendlichen seit 2014. Die Pandemie und weitere Krisen stellen und stellen eine zusätzliche Belastung für die Psyche der Kinder und Jugendlichen dar (z. B. Dale et al., 2023; Felder-Puig et al., 2023a, 2023b; Ravens-Sieberer et al., 2022). Laut der aktuellsten HBSC-Erhebung von 2021/22 hatten 22 % der Mädchen und 10 % der Burschen ein so niedriges emotionales Wohlbefinden, dass es auf depressive Verstimmungen hinwies (Felder-Puig et al., 2023a). Der Anteil von Antwortenden mit niedriger Lebenszufriedenheit war mit 31 % der Schülerinnen und 19 % der Schülern noch höher.

Die aktuelle Versorgungslage

Den negativen Entwicklungen für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich stehen Mängel in der Versorgungslage gegenüber. Es fehlt an kassenfinanzierten Plätzen zur Behandlung psychischer Erkrankungen (BMSGPK, 2022; Rechnungshof, 2025).

Bereits zwischen 2013 und 2015 erhielt weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen eine Behandlung (Wagner et al., 2017). Aktuelle Daten fehlen. Da sich die psychische Gesundheit in der Altersgruppe seitdem jedoch tendenziell verschlechtert hat, ohne dass die Versorgung substanziell ausgebaut worden wäre, ist von einer Verschärfung der Versorgungsmängel auszugehen. Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zeigen, dass zwischen 2019 und 2023 jährlich zwischen 41.000 (2019) und 56.000 (2023) Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bis 21 Jahren Behandlungen aufgrund psychischer Probleme in Anspruch nahmen. Etwa 30 % nutzten Psychotherapie, 29 % klinische Psychologie, der Rest entfiel auf psychiatrische Einrichtungen. Insgesamt nahmen somit laut Dokumentationen der ÖGK jährlich zwischen 25.000 und 31.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Behandlungen in Anspruch. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass etwa 18 % der Bevölkerung über andere Kassen als die ÖGK versichert sind – eine Hochrechnung basierend auf diesem Anteil weist auf 30.000 bis 36.000 junge Menschen hin, die jährlich psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Leistungen in Anspruch nehmen. Genaue Informationen zur Finanzierung der Behandlungen liegen nicht vor, es ist jedoch davon auszugehen, dass die meisten Behandlungen nicht vollständig kassenfinanziert wurden. Das BMSGPK (2023a) geht von einem zusätzlichen ungedeckten Bedarf bei 1,77 % bis 3,77 % der Kinder und Jugendlichen aus, was 35.000 bis 74.000 Behandlungsplätzen jährlich entspricht.

Zentral für die Versorgungsmängel ist die fehlende Finanzierung von Behandlungen. Die Kosten für Behandlungen werden kontingentiert und nur bei Psychotherapeut:innen mit Kassenvertrag (teilweise) übernommen (ÖGK, 2024). Für klinisch-psychologische Behandlungen ist seit 2024 eine teilweise Erstattung der Kosten möglich. Um Zuschüsse und Erstattungen von Kosten durch die Krankenkassen zu erhalten, benötigen die Betroffenen eine ärztliche Bestätigung. Eine Vollfinanzierung durch die Krankenkassen ist für psychotherapeutische Behandlungen selten, für klinisch-psychologische Behandlungen war sie vor Jänner 2026 nicht möglich. Insbesondere für Kinder und Jugendliche sind vollfinanzierte Behandlungsplätze oft nur über verschiedene Organisationen und Institutionen zugänglich (Sagerschnig et al., 2023). Oft ist die Finanzierung von

Behandlungsplätzen nur mit langen Wartezeiten möglich. Die Lage wird durch das fragmentierte Versorgungssystem verschärft, das bundeslandspezifisch ausgestaltet ist (Riedel, 2015). Betroffenen erschwert dies die Orientierung.

Der Zugang zu psychosozialen Behandlungen ist oft nur durch Privatfinanzierung gegeben. Kinder aus Familien, die die Finanzierung nicht leisten können oder wollen, werden somit in ihrer Entwicklung und Gesundheit langfristig benachteiligt.

Ergänzend führen die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, fehlendes Wissen über Behandlungsmöglichkeiten und mangelnde Kenntnis über das Versorgungssystem zu Schwierigkeiten im Zugang zu Behandlungen (Dale et al., 2023; Sagerschnig et al., 2023).

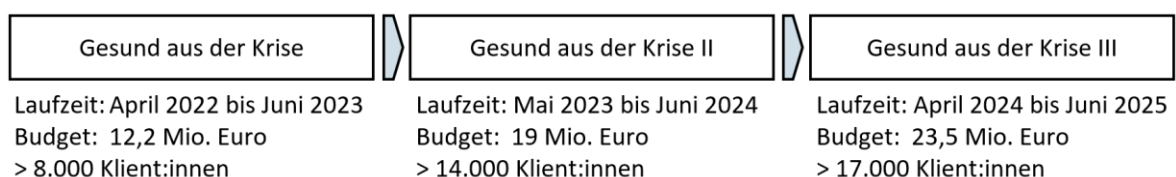
In den letzten Jahren zeigte sich ein steigendes politisches Bewusstsein für den Ausbaubedarf der Versorgungslage. Die Zielsteuerung-Gesundheit – der laufende Reformprozess des österreichischen Gesundheitssystems – adressiert die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen bereits seit 2017. Auch verschiedene Berufsverbände wie die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (ÖGKJP), der Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP) und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) fordern Verbesserungen der Versorgung. Neben der Finanzierung von Behandlungen ist der niederschwellige Zugang zentral. Als Maßnahmen wurden das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeführt und verschiedene Strategiepaper entwickelt. Diese setzen sich unter anderem den Ausbau stationärer Strukturen, erhöhte Ausbildungskapazitäten, zusätzliche Kassenstellen für Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie den Ausbau und die Vernetzung multiprofessioneller Angebote zum Ziel. Laut Rechnungshof (2025) wurden diese Strategien bisher jedoch nicht ausreichend in überprüfbare Richtwerte und praktische Maßnahmen übersetzt. Limitierend für rasche Veränderungen ist unter anderem die schwierige Kompetenzlage im österreichischen Gesundheitssystem. Eine rasche Behebung der Mängel in der Regelversorgung ist daher nicht zu erwarten.

Die GadK-Programme

Der im Vorkapitel geschilderte hohe Bedarf an psychosozialer Versorgung für Kinder und Jugendliche in Kombination mit den Lücken in der Regelversorgung erforderte rasche Maßnahmen. Um der Versorgungslücke zu begegnen, wurde GadK implementiert. Die GadK-Programme wurden und werden zur Gänze durch das BMSGPK finanziert und durch den BÖP in Kooperation mit dem ÖBVP umgesetzt. Die Programme richten sich an Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene bis zum abgeschlossenen 21. Lebensjahr und sollen einen raschen, kostenfreien und qualitätsgesicherten Zugang zu psychologischer, psychotherapeutischer und – ab GadK III – musiktherapeutischer Beratung und Behandlung ermöglichen.

Das erste Programm, GadK I, hatte eine Laufzeit von April 2022 bis Juni 2023 und wurde mit 12,2 Mio. Euro gefördert (siehe Abbildung 1; BMSGPK, 2022). Durch das Programm wurden Behandlungen für mehr als 8.000 Kinder und Jugendliche finanziert. Aufgrund der hohen Nachfrage und des anhaltenden Bedarfs folgte GadK II (BMSGPK, 2023b), das zwischen Mai 2023 und Juni 2024 mit einem Budget von 19 Mio. Euro Behandlungen für über 14.000 Kinder und Jugendliche ermöglichte. Gegenstand der vorliegenden Evaluierung ist das dritte Förderprogramm GadK III (BMSGPK, 2024), das im April 2024 startete und das mehr als 17.000 Kinder und Jugendliche erreichte. Insgesamt wurden die GadK-Programme somit mit 54,7 Millionen Euro finanziert und ermöglichten etwa 40.000 Kindern und Jugendlichen Zugang zu kostenfreier Beratung und Behandlung.

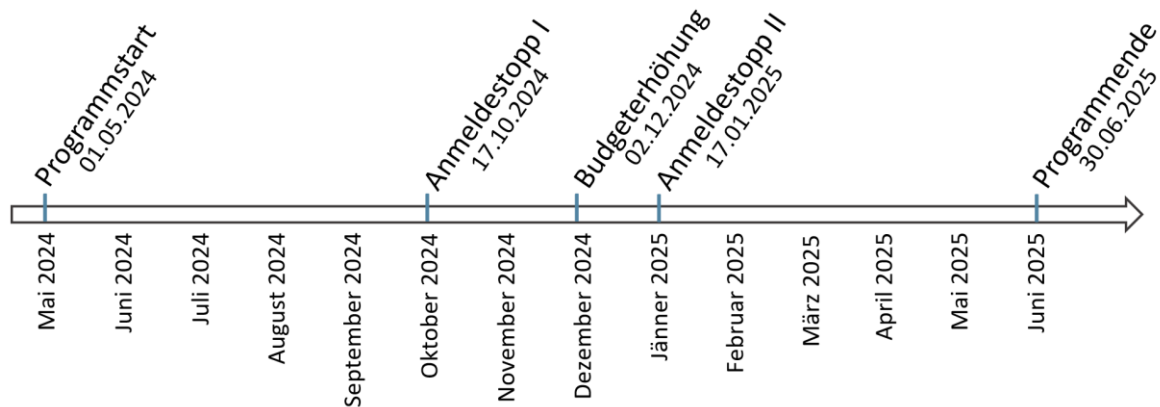
Abbildung 1 Übersicht der GadK-Programme



Für GadK III war zunächst wie für GadK II ein Budget von 19 Mio. Euro vorgesehen. Da dieses Budget durch die hohe Nachfrage frühzeitig ausgeschöpft war, mussten ab 17. Oktober 2024 die Anmeldungen gestoppt werden (siehe Abbildung 2). Begonnene Behandlungen konnten fortgesetzt werden. Um weitere Behandlungen zu ermöglichen, stellte das BMSGPK im Dezember 2024 weitere 4,5 Mio. Euro bereit. Dadurch konnten bis Jänner 2025 erneut Anmeldungen und Behandlungszuweisungen erfolgen. Ab 17.

Jänner 2025 musste die Anmeldung erneut geschlossen werden. Interessierte konnten sich auf eine Vormerkliste setzen lassen. Sie wurden bei freiwerdendem Budget kontaktiert (z. B., wenn eine Behandlung mit weniger Einheiten als erwartet abgeschlossen werden konnte) und konnten sich bei weiterhin bestehendem Bedarf anmelden. Laufende Behandlungen wurden während der Anmeldestopps fortgesetzt.

Abbildung 2 Zeitlicher Verlauf von GadK III



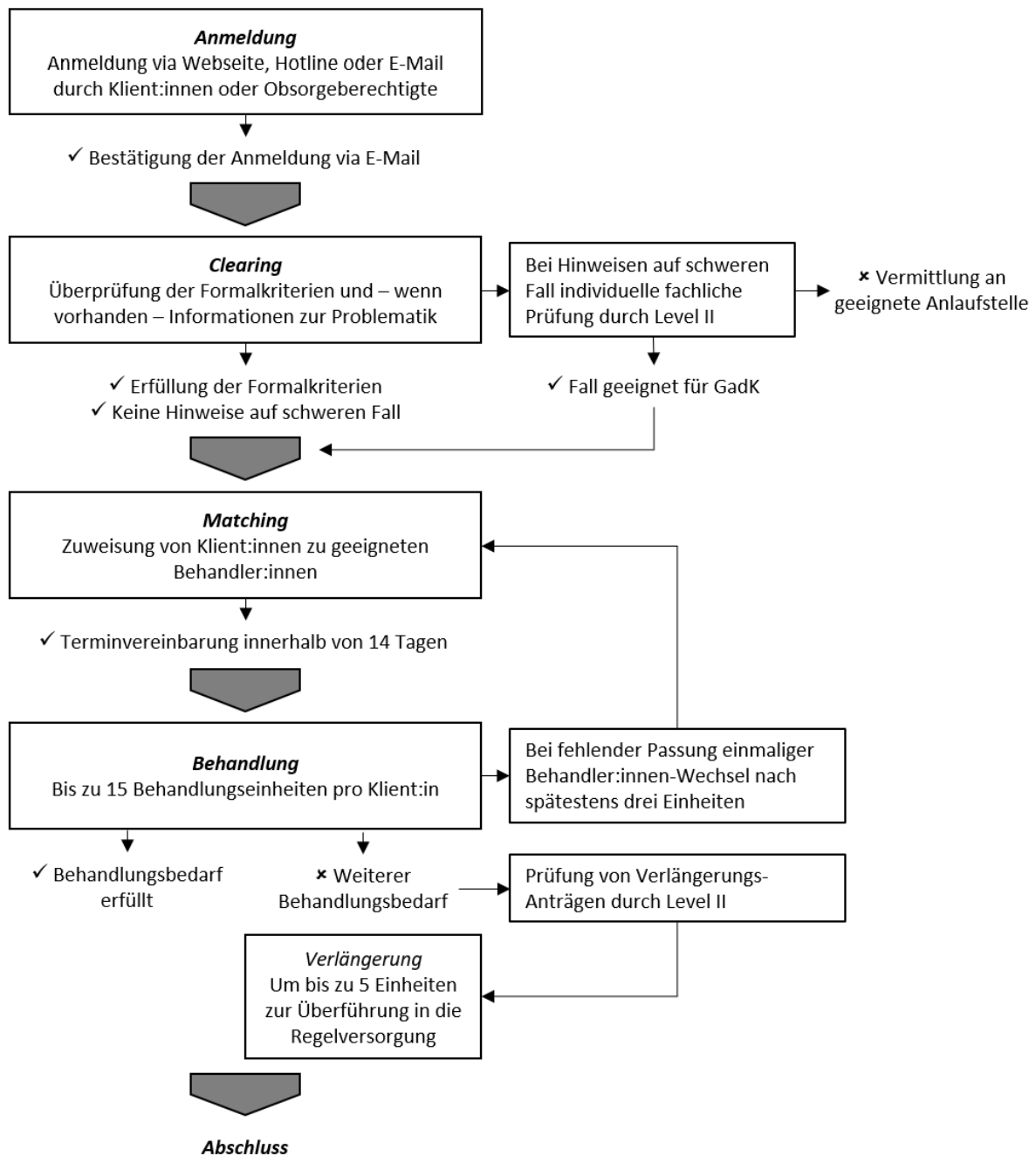
Struktur und Abwicklung der Programme

Zur Abwicklung von GadK wurde eine zentrale Servicestelle eingerichtet. Diese ist bundesweit einheitlich als Anlauf- und Kommunikationsstelle für Klient:innen, Osborneberechtigzte, Zuweisungsstellen und Behandler:innen tätig. Die zentrale Servicestelle wird von einer Projektleitung sowie Projektmitarbeiter:innen im Projektmanagement, in der Klient:innen- und Behandler:innen-Betreuung und in der Abrechnung besetzt (etwa fünf Vollzeitäquivalente). Mitarbeiter:innen ohne psychosoziale Fachausbildung werden auf Level I für die Bearbeitung von Kontaktaufnahmen durch Klient:innen und Behandler:innen eingesetzt. Klinische Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen sind als Level II-Mitarbeiter:innen auf Werkvertragsbasis tätig. Für Steuer- und Rechtsvertretung, Kommunikation und IT-Systeme werden externe Dienstleister:innen herangezogen.

Die Anmeldung der Klient:innen erfolgt online oder telefonisch durch Osborneberechtigzte, Zuweiser:innen oder – ab 14 Jahren – durch die Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst. Dabei erfolgt eine strukturierte Erfassung von Informationen (Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Kontaktdaten, ggf. Sozialversicherungsnummer, gewünschtes Setting, Mobilität, Geschlechtspräferenz der Behandler:innen). Die angemeldeten Klient:innen

durchlaufen ein Clearing durch Level I-Mitarbeiter:innen. Dabei wird die Erfüllung von Formalkriterien (z. B. Alter, Mehrfachanmeldungen) überprüft. Bei Hinweisen auf schwere Belastungen werden Fälle durch Fachpersonal auf Level II überprüft. Durch die zuständigen Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen erfolgt eine Kontaktaufnahme mit den Klient:innen oder Sorgeberechtigten, in deren Rahmen Erwartungen und realisierbare Unterstützungsmaßnahmen geklärt werden. Nach dem Clearing erfolgt das Matching von Klient:innen zu passenden Behandler:innen und die Zuweisung zu den Behandlungen. Matchingkriterien umfassen Wohnortnähe, Sprache, Alter, Behandler:innen-Geschlecht und bei Bedarf Behandler:innen-Schwerpunkte. Das Matching erfolgt manuell durch Level I-Mitarbeiter:innen. Die Klient:innen bzw. Sorgeberechtigten und die Behandler:innen erhalten Informationen über die Zuweisung per Mail. Zwischen Anmeldung und Zuweisungen vergingen bei GadK III wie auch bei den vorhergehenden Programmen im Schnitt zwei bis drei Wochen (nicht berücksichtigt sind Wartezeiten während Anmeldestopps). Innerhalb von 14 Tagen nach Zuweisung muss ein Ersttermin vereinbart werden. Bei begonnenen Behandlungen kann innerhalb der ersten drei Termine die Passung zwischen Klient:innen und Behandler:innen geprüft und bei Bedarf ein Behandler:innen-Wechsel angefordert werden. Die Klient:innen können im Regelfall bis zu 15 Behandlungseinheiten in Anspruch nehmen. Bei Bedarf können die Behandler:innen bis zur achten Einheit einen Antrag auf Verlängerung um bis zu fünf weitere Einheiten stellen. Die Anträge werden von Level II-Mitarbeiter:innen geprüft. Darüber hinaus sind Level II-Mitarbeiter:innen zuständig für die Prüfung der Qualifikationen von Behandler:innen vor der Aufnahme in den Behandler:innen-Pool. Abbildung 3 zeigt den beschriebenen Ablauf von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss.

Abbildung 3 Prozess von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss



GadK III im Vergleich zu den vorhergehenden Programmen

In der Sonderrichtlinie zu GadK III (BMSGPK, 2024) wurden – im Vergleich zu GadK II (BMSGPK, 2023b) bzw. GadK I (BMSGPK, 2022) – einige Anpassungen und Veränderungen festgelegt.

Folgende Veränderungen erfolgten bei GadK III im Vergleich zu GadK I und GadK II:

- Musiktherapeut:innen wurden in den Behandler:innen-Pool aufgenommen.
- Für Klient:innen war eine erneute Teilnahme in einem anderen Setting (Einzel- oder Gruppenbehandlung) möglich.
- Die Frist für einen Behandler:innen-Wechsel wurde von zwei auf drei Einheiten verlängert.
- Bei Gruppenbehandlungen wurde insgesamt eine Einzeleinheit pro Klient:in für individuelle Vor- und Nachgespräche ermöglicht.

Eine zentrale Änderung war die Aufnahme von Musiktherapeut:innen, vertreten durch den Österreichischen Berufsverband für Musiktherapie (ÖBM), in den Behandler:innen-Pool. Musiktherapie ist eine eigenständige Therapieform, die im Musiktherapiegesetz geregelt ist. Sie dient der „bewusste[n] und geplante[n] Behandlung von Menschen, insbesondere mit emotional, somatisch, intellektuell oder sozial bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, durch den Einsatz musikalischer Mittel in einer therapeutischen Beziehung zwischen einem (einer) oder mehreren Behandelten und einem (einer) oder mehreren Behandelnden“ (§6 Abs. 1 Musiktherapiegesetz, BGBl. I Nr. 93/2008). Auf der Musiktherapeut:innenliste des Gesundheitsministeriums sind 542 Musiktherapeut:innen in Österreich verzeichnet (Stand 31.03.2025). Von diesen geben 28 als Zielgruppe Jugendliche an, 27 Kinder, 13 Kleinkinder und sieben Säuglinge (Mehrfachnennung möglich). Die Berufsgruppe der Musiktherapeut:innen ist somit deutlich kleiner als die der Psychotherapeut:innen (12.510 Personen auf der Berufsliste, Stand 31.03.2025), der klinischen Psycholog:innen (11.799 Personen auf der Berufsliste, Stand 31.03.2025) und der Gesundheitspsycholog:innen (10.183 Personen auf der Berufsliste, Stand 31.03.2025). Aktuell wird Musiktherapie nicht durch die Krankenkassen finanziert. Damit wurde für Kinder und Jugendliche erstmals kostenfrei Musiktherapie in freier Praxis möglich.

Klient:innen konnten vor GadK III genau einmal eine Behandlung über ein beliebiges GadK-Programm erhalten. Eine erneute Teilnahme war nicht vorgesehen. Von dieser Regelung ausgenommen sind Kinder und Jugendliche, die fünf oder weniger Einheiten in Anspruch genommen hatten. Bei GadK III wurde diese Regel zusätzlich gelockert: Klient:innen, die im Rahmen von GadK I oder GadK II eine Einzelbehandlung in Anspruch genommen hatten, konnten nach einer Wartezeit von mindestens sechs Monaten an einer Gruppenbehandlung teilnehmen. Klient:innen, die im Rahmen von GadK I oder GadK II an

einer Gruppenbehandlung teilgenommen hatten, konnten nach mindestens sechs Monaten eine Einzelbehandlung nutzen. Während diese Maßnahme Klient:innen mit bereits abgeschlossenen Behandlungen zugutekam, wurde die Möglichkeit nur selten genutzt. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass sie kaum öffentlich beworben wurde. Grund hierfür waren die begrenzten Kapazitäten und das Ziel, möglichst vielen Kindern und Jugendlichen mit Erstbedarf eine Behandlung zu ermöglichen.

Die Frist für einen Behandler:innen-Wechsel wurde von zwei auf drei Einheiten verlängert. Klient:innen und Behandler:innen hatten somit länger Zeit, die Passung zu überprüfen und bei Bedarf einen Wechsel durchzuführen. Zudem konnten Klient:innen, die in vorigen Programmzyklen nicht mehr als fünf Einheiten erhalten hatten, in GadK III neu vermittelt werden.

Auch bei den Gruppenbehandlungen wurden Anpassungen vorgenommen. Bei GadK I und GadK II kritisierten Behandler:innen mit Gruppenangeboten die fehlende Möglichkeit, bei Bedarf Vor- oder Abschlussgespräche im Einzelsetting zu führen. Bei GadK III wurde die Möglichkeit ergänzt, insgesamt eine Einzeleinheit pro Klient:in abzurechnen. Die Einzeleinheiten sind laut Behandler:innen beispielsweise sinnvoll, um Vertrauen aufzubauen und individuelle Herausforderungen und Kontexte zu besprechen, die in der Gruppe nicht ausreichend Raum haben.

3 Die Evaluierung

Ziel der Evaluierung war die Erfassung von Reichweite und Wirksamkeit sowie die Ableitung von Implikationen von GadK III für die Weiterentwicklung der Versorgung. Hierfür wurde ein multiperspektivischer Mixed-Methods-Ansatz angewendet. Daten und Dokumentationen über den Programmablauf (z. B. Anmeldezahlen, Zuweisungen) wurden kombiniert mit Fragebogen-Erhebungen und qualitativen Befragungen verschiedener Beteiligter, um einen umfassenden Einblick in die Abläufe, die Reichweite und die Wirksamkeit von GadK III zu erhalten.

Die Evaluierung wurde durch die Universität Innsbruck (Institut für Psychologie) durchgeführt. Die Beauftragung erfolgte durch das BMSAGPK im September 2024.

Ziele und Fragestellungen der Evaluierung

Die Evaluierung untergliedert sich in drei zentrale Bereiche und Fragestellungen.

1. Reichweite: In welchem Ausmaß erreichte GadK III seine Zielgruppe?

Für den Erfolg des Förderprogramms ist es notwendig, dass Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf erreicht und einer passenden Behandlung zugewiesen werden. In der Sonderrichtlinie zu GadK III wurden konkrete Ziel-Indikatoren definiert: Anzahl der Kontaktaufnahmen, Clearings, Zuweisungen, eingesetzten Behandler:innen und Behandlungsstunden pro Klient:in. Die Zielerreichung wurde im Rahmen der Evaluierung anhand von Dokumentationen der Servicestelle über Kontaktaufnahmen, Zuweisungen und erfolgte Behandlungen überprüft. Zusätzlich wurden soziodemografische Merkmale und Schweregrade der Belastung bei den Klient:innen anhand von Behandlungsdokumentationen und Selbstauskünften mittels Fragebögen betrachtet.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 4 berichtet.

2. Wirksamkeit: **Wie wirksam war GadK III in der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. in der Verringerung von Symptomen bei den Klient:innen?**

Bei den im Rahmen von GadK III behandelten Kindern und Jugendlichen sollten Verbesserungen im Befinden und eine Verringerung von Symptomen erreicht werden. Um die Wirksamkeit des Angebots zu überprüfen, wurden Veränderungen im Befinden der Klient:innen mittels Fragebögen erfasst und überprüft. Zusätzlich erfolgte eine Auswertung von Behandlungsdokumentationen und Einschätzungen durch Bezugspersonen und Behandler:innen.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 berichtet.

3. Prozess: **Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen waren für den Programmerfolg bedeutsam?**

Das Erreichen der Zielgruppe und die Wirksamkeit der Interventionen können von zahlreichen Faktoren beeinflusst werden. Durch die Identifikation dieser Faktoren mittels Interviews und die Analyse von Protokollen und Dokumentationen können Lehren für die weitere Gestaltung der GadK-Programme und für andere Versorgungsangebote gezogen werden.

Die Ergebnisse werden in Kapitel 6 berichtet.

Nicht-Ziele der Evaluierung

Explizit nicht Bestandteil der Evaluierung sind die folgenden Aspekte:

- **Zustand der Regelversorgung:** Bestehende Lücken in der Regelversorgung bildeten die Grundlage für die Notwendigkeit der GadK-Programme. Sie waren jedoch nicht Bestandteil der Evaluierung. Auch der nach Beendigung von GadK III verbleibende Bedarf war nicht Gegenstand der Untersuchung.
- **Interaktionen der GadK-Programme mit der Regelversorgung oder mit anderen Programmen:** Überschneidungen oder Parallelen mit anderen Vorhaben wurden vor Start von GadK III durch das BMASGPK überprüft und ausgeschlossen (siehe Sonderrichtlinie, BMASGPK, 2024). Ähnliche bundesweite Angebote bestanden nicht. Potenzielle Überschneidungen von Elementen des Angebots mit Förderleistungen in

einzelnen Bundesländern wurden daher nicht in das Evaluierungsvorhaben einbezogen.

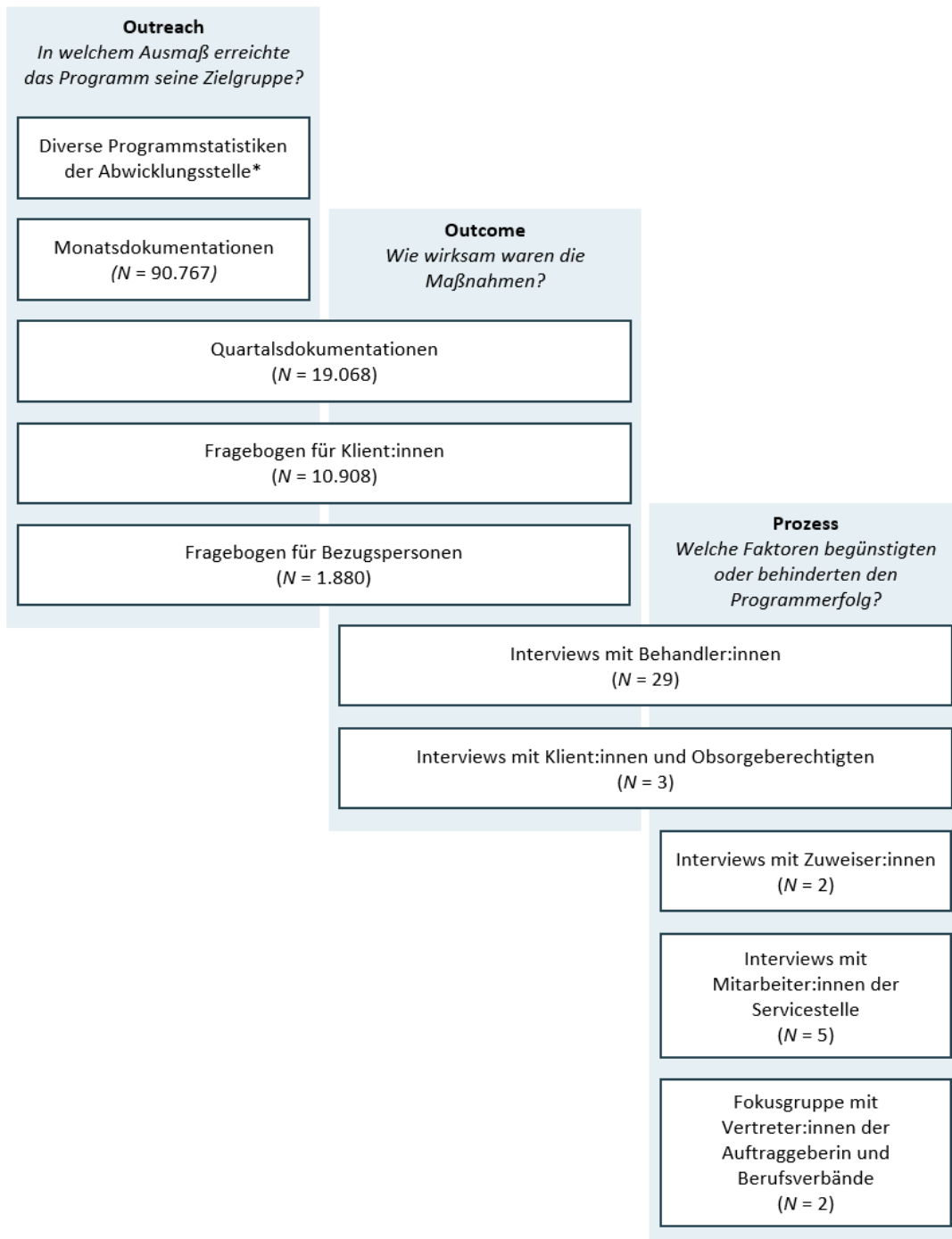
- **Ökonomische Bewertung von Kosten und Nutzen:** Die Evaluierung umfasste keine Kosten-Nutzen-Analyse für GadK III. Es wurde also – auch mangels Vergleichsmodellen – nicht analysiert, ob die gleichen Effekte auch günstiger hätten erreicht werden können. Auch die finanzielle Gebarung der Programme war nicht Gegenstand der Evaluierung. Diese wurde durch eine damit betraute Wirtschaftsprüfungseinrichtung überprüft.

Daten der Evaluierung

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. Dabei kamen die Perspektiven von Klient:innen, deren Bezugspersonen, Behandler:innen, Mitarbeiter:innen der zentralen Servicestelle, Vertreter:innen der abwickelnden Berufsverbände und des BMASGPK zum Tragen. Es wurden Daten aus der Programmabwicklung (z. B. Kontaktaufnahmen, Anmeldezahlen, Dokumentationen zu Matchings und Behandlungen, Protokolle der Projektbegleitgruppe) durch gezielt für die Evaluierung erhobene Daten ergänzt. Hierzu gehörten standardisierte Erhebungen mittels Fragebögen sowie qualitative Interviews. Abbildung 4 bietet eine Übersicht der genutzten Daten inklusive des Stichprobenumfangs und des dazugehörigen Evaluierungsbereichs.

Die Evaluierung erfolgte auf Basis pseudonymisierter Daten. Alle personenbezogenen Informationen wurden für die Speicherung der Daten und für die Analyse entfernt. Individuelle Behandler:innen oder Klient:innen sind auf Basis der Ergebnisdarstellung nicht identifizierbar. Wenn personenbezogene Daten erhoben wurden (z. B. zur Einholung des schriftlichen Einverständnisses zur Teilnahme), wurden diese Informationen getrennt von anderen Informationen aufbewahrt und gespeichert, um die Anonymität zu gewährleisten.

Abbildung 4 Übersicht der Evaluierungsdaten



Anmerkung: * Programmstatistiken umfassen unter anderem Zahlen über Anrufe, Anmeldungen, Vormerkungen, Matchings, Verlängerungen und den Behandler:innen-Pool.

Programmstatistiken

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

Monatsdokumentationen

Die Behandler:innen dokumentierten die Behandlungen pro Klient:in monatlich. 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 90.767 Monatsdokumentationen vor, die anhand der Kennungen 18.009 Einzel- und 122 Gruppen-Behandlungen zugeordnet werden konnten. Auf Basis der jeweils aktuellsten Monatsdokumentationen wurden zentrale Informationen zu den Behandlungen analysiert.

Quartalsdokumentationen

Quartalsweise dokumentierten die Behandler:innen nähere Informationen zu den Behandlungen. Dazu wurden im Multiple-Choice-Format Angaben zu Zielen, Zielerreichung, (Verdachts-)Diagnose(n) und Schweregrad der Problematik abgefragt. Die Dokumentation war jeweils nach mindestens fünf stattgefundenen Einheiten vorgesehen, wurde jedoch zum Teil auch schon früher ausgefüllt. Es lagen 19.086 Quartalsdokumentationen vor (bereinigt um 415 doppelte Eingaben). Diese ließen sich anhand der Kennungen 12.206 Klient:innen zuordnen. Anhand dieser wurden Problemstellungen und Behandlungsziele ausgewertet. Die Analyse von Behandlungsfortschritten erfolgte anhand von 7.884 Dokumentationen, die nach mindestens zehn Einheiten erstellt wurden. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass frühe Behandlungsbeendigungen die Ergebnisse nicht verzerren.

Klient:innen-Fragebogen

Die Klient:innen füllten zu Beginn – innerhalb der ersten fünf Behandlungseinheiten – und am Ende der Behandlungen – innerhalb der letzten fünf Einheiten – einen Fragebogen aus.

Insgesamt lagen 10.908 ausgefüllte Fragebögen vor, von denen 8.961 ausgewertet werden konnten. Bei 5.699 handelte es sich um Angaben zu Beginn der Behandlungen, die genutzt wurden, um die Klient:innen zu charakterisieren. Für 3.262 Klient:innen lagen zwei Fragebögen vor, die einen Vorher-Nachher-Vergleich ermöglichten. 3.071 Fragebögen, die nach mindestens zehn Einheiten ausgefüllt wurden, dienten zur Analyse der subjektiven Veränderungen. Das Ausfüllen des Fragebogens war für Klient:innen freiwillig. Details zum Fragebogen, den genutzten Instrumenten und den Stichproben sind in Anhang I beschrieben.

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 konnten Obsorgeberechtigte, aber auch Verwandte und Bezugspersonen ohne Obsorgerecht sein. In 96 % der Fälle füllten Elternteile den Fragebogen aus. Der Eltern-Fragebogen konnte entweder als Alternative oder zusätzlich zum Klient:innen-Fragebogen ausgefüllt werden. Wie der Klient:innen-Fragebogen diente auch der Eltern-Fragebogen einerseits der Charakterisierung der Klient:innen und andererseits der Erfassung von Schwierigkeiten und dem Befinden der Klient:innen aus Elternperspektive. Insgesamt lagen 1.880 Fragebögen vor, von denen 1.676 ausgewertet werden konnten. Bei 1.165 wurden Angaben zu Demographie und Hintergrund der Klient:innen gemacht, die zur Charakterisierung Klient:innen genutzt wurden. Eine wiederholte Teilnahme in 246 Fällen ermöglichte einen Vorher-Nachher-Vergleich des Befindens. Das Ausfüllen des Fragebogens war für Bezugspersonen freiwillig. Details zum Fragebogen, den genutzten Instrumenten und den Stichproben sind in Anhang I beschrieben.

Interviews und Fokusgruppen

Die quantitativen Daten zu großen Stichproben wurden durch tiefgehende Informationen aus qualitativen Befragungen ergänzt und erweitert. Dabei wurden Behandler:innen, Zuweiser:innen, Klient:innen bzw. deren Bezugspersonen und Programmverantwortliche (Vertreter:innen des BMASGPK, des BÖP, des ÖBVP und der zentralen Servicestelle) einbezogen. Tabelle 1 zeigt die Anzahl der Befragungen pro Gruppe. Überwiegend handelte es sich um Interviews (Dauer zwischen 30 und 78 Minuten), bei der Befragung der Programmverantwortlichen um zwei Fokusgruppen (Dauer 93 und 129 Minuten).

Überwiegend fanden die Befragungen online statt, in Einzelfällen persönlich oder schriftlich. Da grundlegende Strukturen und Abläufe sich zwischen GadK I, GadK II und GadK III nicht verändert hatten, wurden auch Befragungen, die zu den vorherigen Programmen geführt wurden, in die Analyse einbezogen. Insbesondere Behandler:innen wurden interviewt, da sie durch die enge Arbeit mit Klient:innen nicht nur über eigene Erfahrungen, sondern indirekt auch über die Erfahrungen der Klient:innen berichten konnten.

Tabelle 1 Stichprobe qualitativer Befragungen

Personengruppe	Anzahl der Befragungen insgesamt (davon ab Mai 2024)
Behandler:innen	29 (14)
Zuweiser:innen	2 (2)
Klient:innen bzw. Obsorgeberechtigte	3 (1)
Leitende Mitarbeitende der zentralen Servicestelle	5 (1)
Programmverantwortliche (Fokusgruppen mit mehreren Personen)	2 (1)

Protokolle der Projektbegleitgruppe

Die Projektbegleitgruppe, die sich aus Vertreter:innen des BMASGPK, des BÖP, des ÖBVP, des ÖBM, des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Forschung und des Bundeskanzleramts Sektion Familie und Jugend zusammensetzte, traf sich regelmäßig zur Reflexion des Programmerfolgs und zur Identifikation von Optimierungspotenzialen (BMASGPK, 2024). Für jedes Treffen wurden Präsentationen zur Vorstellung des Programmfortschritts sowie Protokolle über die Diskussionsinhalte erstellt. Diese wurden im Rahmen der Evaluierung berücksichtigt.

Weitere Daten

Zur Einordnung der Reichweite erfolgte eine Betrachtung von Daten über den Verlauf aller drei GadK-Programme hinweg. Hierfür wurden Daten von GadK I und GadK II einbezogen, die bereits im Bericht „Evaluierung der ‚Gesund aus der Krise‘-Programme“ (Kulcar et al., 2025) dargestellt wurden.

Details zu der Evaluierungsmethode inklusive zusätzlicher Daten, die für die Evaluierung keine zentrale Rolle einnahmen, aber ergänzende Informationen lieferten, sind in Anhang I beschrieben.

Auswertungsmethode

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

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. Details zu den spezifischen Auswertungsschritten sind in Anhang I beschrieben.

Qualitative Daten aus Interviews, Protokollen und offenen Antworten aus Fragebögen und Dokumentationen wurden mit Unterstützung der Software MaxQDA ausgewertet. Offene Antworten in Fragebögen und Protokollen wurden mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse strukturiert (Kuckartz, 2022; Mayring, 2022). Diese ermöglichte eine klare Abgrenzung zwischen verschiedenen Kategorien und die anschließende Quantifizierung der Nennungen. Die Auswertung der Interviews und Fokusgruppen erfolgte mit der Reflexiven Thematischen Analyse nach Braun und Clarke (2022). Dabei wurden zentrale Themenbereiche herausgearbeitet, die für die Wirksamkeit der GadK-Programme entscheidend waren. Ein induktives Vorgehen und die Gegenüberstellung unterschiedlicher Perspektiven ermöglichten die Ausarbeitung relevanter Aspekte aus Sicht verschiedener Interessensträger:innen.

Limitationen

Die einzelnen Datenquellen weisen Einschränkungen auf, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Die Limitationen der Evaluierung betreffen unter anderem mögliche Verzerrungen der Stichproben: Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme an den Erhebungen der Evaluierung und der Anonymisierung kann nicht sichergestellt werden, dass alle Klient:innen, Bezugspersonen und Behandler:innen in gleichem Maß

repräsentiert sind. Zudem können alternative Interpretationen der Ergebnisse nicht vollständig ausgeschlossen werden. So können beispielsweise andere Faktoren als die Behandlungen zu einer Verbesserung des Befindens der Klient:innen beigetragen haben. Eine Beschreibung und Einordnung der Limitationen ist in Anhang I zu finden. 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.

4 Reichweite des Programms

Beantwortung der Fragestellung: In welchem Ausmaß erreichte „Gesund aus der Krise III“ die Zielgruppe?

GadK III erfüllte, wie bereits die Vorgängerprogramme, die festgelegten quantitativen Zielindikatoren bezüglich der Reichweite, der Angebotsstruktur und der durchgeführten Behandlungen. Ein Behandler:innen-Pool bestehend aus 1.527 Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen ermöglichte im gesamten Bundesgebiet Behandlungen für mehr als 17.000 Kinder und Jugendliche. Die Nachfrage überstieg trotz des im Vergleich zu GadK I und GadK II erhöhten Finanzierungsrahmens die budgetären Grenzen des Programms, sodass vor Programmende Anmeldestopps durchgeführt werden mussten. Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene aller Alters-, Geschlechts- und soziodemografischer Gruppen nahmen die Behandlungen in Anspruch. Für die Mehrheit der Betroffenen wäre eine Behandlung ohne GadK III nicht finanzierbar. Die Klient:innen litten unter unterschiedlichen Störungsbildern. Die Belastungen und Einschränkungen reichten von milden Problemen im Befinden bis zu massiven Beeinträchtigungen im Leben der Betroffenen.

Zentral für die Inanspruchnahme von GadK III war, dass junge Menschen mit Behandlungsbedarf oder deren Bezugspersonen 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 des Förderprogramms. 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 90.767 Monatsdokumentationen zur Verfügung, die sich auf 18.009 Behandlungen 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 12.206 Behandlungen und anhand von Auskünften im Fragebogen (5.699 Befragungen von Klient:innen und 1.186 Befragungen von Bezugspersonen).

Überprüfung der Zielindikatoren

In der Sonderrichtlinie zu GadK III (BMASGPK, 2024) wurden quantitative Zielwerte definiert. Diese wurden fast vollständig erreicht.

Als übergeordnetes Ziel wurde die **psychosoziale Unterstützung von bis zu 13.500 Kindern und Jugendlichen, die durch die aktuellen multiplen Krisen psychisch belastet waren**, definiert.

Eine Behandlung oder Beratung wurde mehr als 17.000 Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermöglicht.

Der Zielwert von psychosozialer Unterstützung für bis zu 13.500 Kinder und Jugendliche wurde übertroffen.

Indikator: Mindestens 18.000 Kontaktaufnahmen durch Kinder und Jugendliche bzw. Erziehungsberechtigte und zuweisende Stellen

Zwischen Mai 2024 und Juni 2025 gingen 16.342 Anrufe durch Klient:innen, Bezugspersonen oder zuweisende Stellen bei der GadK-Servicestelle ein. Zusätzlich erfolgten Kontaktaufnahmen über E-Mail, deren Häufigkeit nicht dokumentiert wurde. Insgesamt erfolgten 20.819 Anmeldungen bzw. Eintragungen auf der Vormerkliste.

Der Zielwert von mindestens 18.000 Kontaktaufnahmen wurde erfüllt.

Indikator: Mindestens 12.000 Clearings und zwischen 13.000 und 14.000 Zuweisungen von Kindern und Jugendlichen zu Behandlungen

Es erfolgten 21.286 erstmalige Matchings für Einzelbehandlungen und 619 Matchings für Gruppenbehandlungen. Daraus resultierten 17.082 Einzelbehandlungen und 98 Gruppen mit 573 Teilnehmer:innen. Allen Zuweisungen zu Behandlungen ging ein Clearing voraus.

Die Zielwerte von mindestens 12.000 Clearings und zwischen 13.000 und 14.000 Zuweisungen zu Behandlungen wurden übertroffen.

Indikator: Mindestens 1.000 Berater:innen und Behandler:innen, die a) das gesamte Bundesgebiet abdecken und b) in einem der Größe der Berufsgruppen entsprechenden Verhältnis eingesetzt werden

1.527 Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen boten Behandlungen im Rahmen von GadK III an. Der Behandler:innen-Pool setzte sich zusammen aus 45 % Psycholog:innen, 46 % Psychotherapeut:innen, 1 % Musiktherapeut:innen und 8 % Behandler:innen mit geprüfter Mehrfachqualifizierung und deckte das gesamte Bundesgebiet ab.

Der Zielwert von mindestens 1.000 Berater:innen und Behandler:innen, die das gesamte Bundesgebiet abdecken und in einem der Größe der Berufsgruppen entsprechenden Verhältnis eingesetzt werden, wurde erfüllt.

Indikator: Behandlungsabschluss innerhalb von durchschnittlich 15 Stunden für Einzelbehandlungen und 30 Stunden für Gruppenbehandlungen

Bei GadK III wurden für Einzelbehandlungen grundsätzlich maximal 15 Stunden ermöglicht, mit der Option einer begründeten Verlängerung um weitere fünf Stunden. Im Durchschnitt wurden bei Einzelbehandlungen 11 Stunden in Anspruch genommen. Die meisten Behandlungen wurden innerhalb von 15 Einheiten abgeschlossen, 12 % der Klient:innen erhielten Verlängerungen um bis zu fünf zusätzliche Einheiten.

Gruppen wurden im Umfang von bis zu 15 Einheiten umgesetzt. Die Betreuung erfolgte durch ein bis zwei Behandler:innen, wobei bei zwei Behandler:innen die doppelte Anzahl an Einheiten, also 30 Stunden, abgerechnet werden konnte. Im Schnitt wurden dadurch pro Gruppe 18 Einheiten abgerechnet.

Der maximale Rahmen von 15 Stunden Einzelbehandlung bzw. 30 Stunden Gruppenbehandlung pro Klient:in wurde weitgehend eingehalten bzw. zum Teil leicht unterschritten.

Zusätzlich zu den Behandlungsangeboten sollten pro Bundesland mindestens drei Sensibilisierungsworkshops für Beschäftigte in der außerschulischen und offenen Jugendarbeit angeboten werden. Diese dienten der Bewusstseinsbildung und Kompetenzvermittlung zu psychischer Gesundheit in den betreffenden Einrichtungen. Insgesamt wurden 46 Workshops angeboten. Von diesen wurden 26 abgehalten. Zwanzig Workshops wurden aufgrund zu geringer Anmeldezahlen abgesagt. Da es sich bei den Sensibilisierungsworkshops um einen ergänzenden Programmbestandteil handelt, erfolgt die detaillierte Beschreibung und Evaluierung in Anhang V.

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

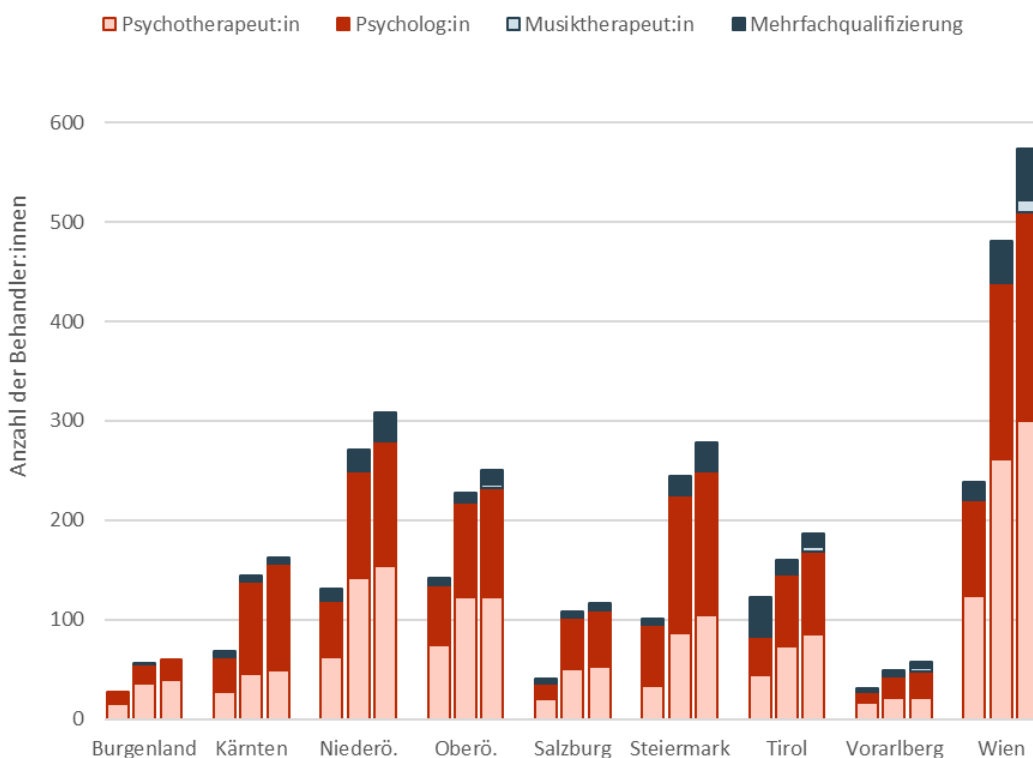
Der Behandler:innen-Pool umfasste am Ende von GadK III 1.527 geprüfte Behandler:innen. Diese verteilten sich annähernd gleichmäßig auf Psycholog:innen (44,7 %) und Psychotherapeut:innen (46,9 %). Weitere 7,3 % waren sowohl als Psycholog:in als auch als Psychotherapeut:in qualifiziert und 1,1 % waren Musiktherapeut:innen. Dies entspricht weitgehend dem Verhältnis der Berufsgruppen laut Listen des Gesundheitsministeriums.

Laut Förderrichtlinie sollten mindestens 1.000 Behandler:innen bei GadK III zum Einsatz kommen. Diese Anzahl wurde bereits kurz nach Programmbeginn erreicht. Bis zum Ende der Programmlaufzeit boten 1.527 Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen im vorgesehenen Verhältnis zwischen den Berufsgruppen und über das gesamte Bundesgebiet verteilt Behandlungen bei GadK III an.

Die Behandler:innen waren auf alle Bundesländer verteilt. Teilweise boten Behandler:innen in mehr als einem Bundesland Behandlungen an, beispielsweise in Wien und in Niederösterreich. Zusätzlich boten 876 Behandler:innen (57,4 %) auch Behandlungen im Online-Setting an.

Während sich die Größe des Behandler:innen-Pools von GadK I zu GadK II mehr als verdoppelt hatte, ging das Wachstum zwischen GadK II und GadK III zurück. Am größten war der Zuwachs mit etwa 19 % im Behandlungsangebot in Wien (siehe Abbildung 5). Wien hatte bereits während GadK II eines der größten Behandlungsangebote im Verhältnis zur Bevölkerungsgröße der Zielgruppe (etwa ein:e Behandler:innen pro 1.000 jungen Menschen). Im ländlich geprägten Vorarlberg war das Angebot dagegen programmübergreifend geringer (etwa ein:e Behandler:innen pro 2.000 jungen Menschen). Diese Differenz verdeutlicht, dass die psychosoziale Versorgung in Österreich besonders in ländlichen Regionen schwierig sicherzustellen ist.

Abbildung 5 Behandler:innen-Pool nach Bundesland bei GadK I, GadK II und GadK III



Anmerkung: Die Balken repräsentieren von links nach rechts pro Bundesland GadK I, GadK II und GadK III. Da Behandler:innen teilweise in mehreren Bundesländern Behandlungen anboten, übersteigt die Summe im Diagramm die Größe des Behandler:innen-Pools.

Die beginnende Stagnation im Wachstum des Behandler:innen-Pools lässt sich einerseits auf eine geringe Bewerbung aufgrund des bereits großen Behandlungsangebots zurückführen. Andererseits deutet sie darauf hin, dass die meisten interessierten Behandler:innen mit geeigneten Qualifikationen bereits in den GadK-Programmen tätig sind. Gleichzeitig stieg die Anzahl der pro Behandler:in betreuten Klient:innen im Verlauf der GadK-Programme (siehe Tabelle 2). Insbesondere die Zahl der Behandler:innen, die 20 oder mehr Klient:innen im Verlauf eines Programms behandelten, nahm zu. Der Anstieg war bereits bei GadK II im Vergleich zu GadK I zu beobachten und lässt sich mit dem stabileren Behandler:innen-Pool und der erhöhten zeitlichen Investition der Behandler:innen in die Programme begründen. Bei GadK II und GadK III wirkten die meisten Behandler:innen von Beginn an mit, sodass sie Klient:innen über die gesamte Laufzeit betreuen konnten. Im Vergleich dazu, wurde der Behandler:innen-Pool bei GadK I erst langsam aufgebaut. Zudem wuchs das Vertrauen in die Programme, sodass die zur Verfügung gestellten Kapazitäten erhöht wurden. Zusätzlich wurden die Budgets mit jedem Programm erhöht, sodass mehr Behandlungen finanziert werden konnten.

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

Klient:innen pro Behandler:in	GadK I (N = 860)	GadK II (N = 1.356)	GadK III (N = 1.358)
1-5	39 %	22 %	21 %
6-10	33 %	31 %	27 %
11-15	17 %	23 %	22 %
16-20	7 %	10 %	10 %
> 20	4 %	14 %	20 %

Anmerkung: Die Stichprobengrößen weichen durch unterschiedliche Dokumentationsformen von der berichteten Größe des Behandler:innen-Pools ab.

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

Kontaktaufnahmen und Anmeldungen

Die telefonischen Kontaktaufnahmen durch Klient:innen sowie deren Bezugspersonen und zuweisende Stellen und die Anrufe durch Behandler:innen wurden dokumentiert.

Zusätzlich waren Kontakte über E-Mail möglich, deren Häufigkeit nicht dokumentiert wurde. Ab Mai 2024 gingen 16.342 Anrufe durch Klient:innen ein. Die Kontaktaufnahmen gingen damit im Vergleich zu GadK II zurück (siehe Abbildung 6 für die Häufigkeit der Anrufe im Verlauf der GadK-Programme, Abbildung 7 für GadK III). Dennoch wurde das Maximum der Anrufe durch Klient:innen im Mai 2024 mit Beginn von GadK III erreicht.

Abbildung 6 Monatliche Anrufe bei der zentralen Servicestelle im Verlauf aller GadK-Programme

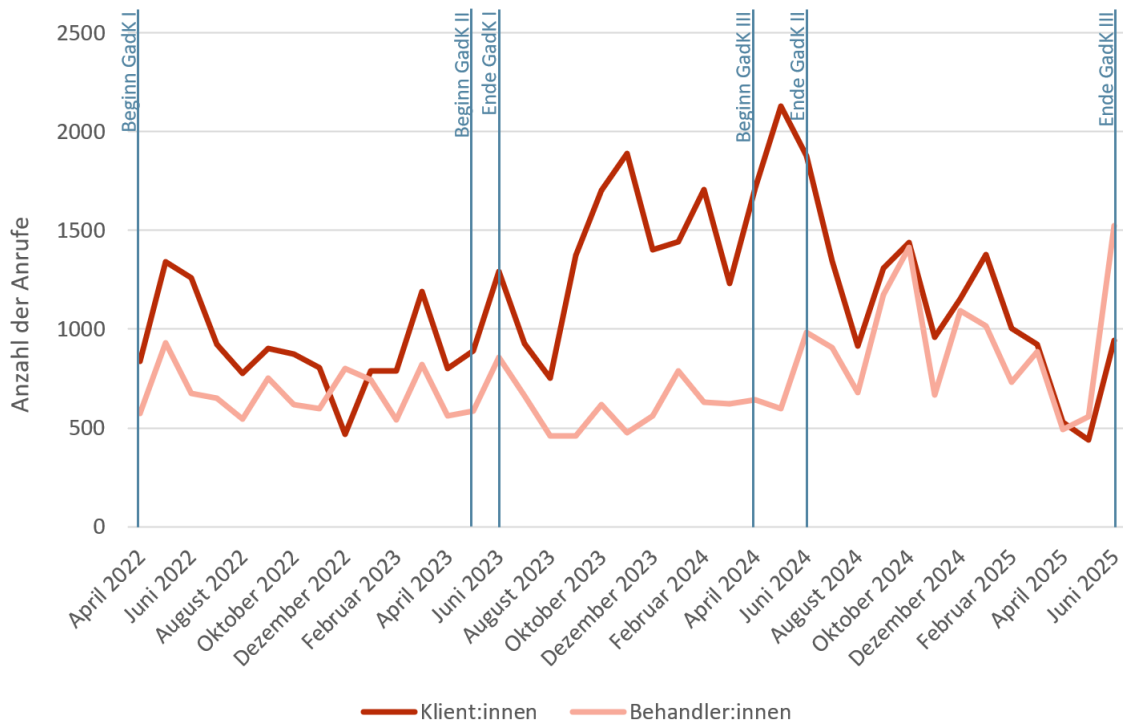
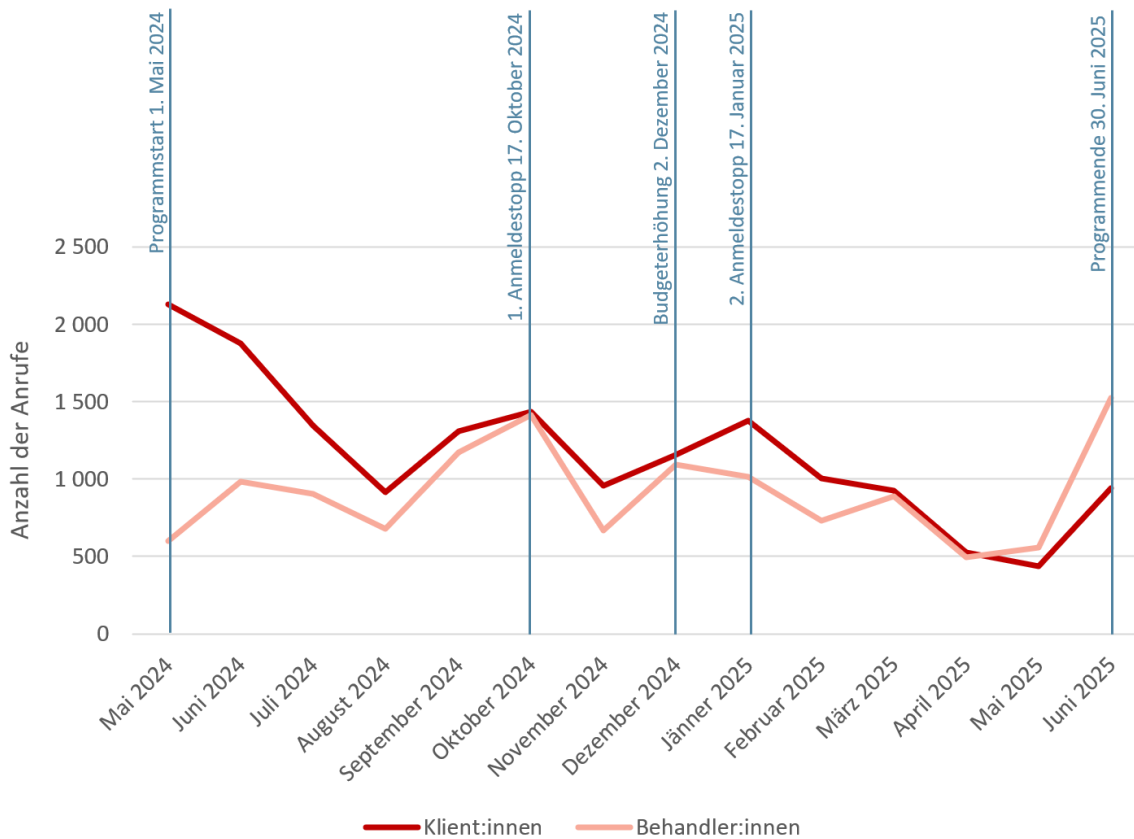


Abbildung 7 Monatliche Anrufe bei der zentralen Servicestelle im Verlauf von GadK III



Die mittlere Anzahl von Anrufen pro Werktag lag bei GadK III mit 57 Kontaktaufnahmen zwischen GadK I (45 Kontaktaufnahmen) und GadK II (73 Kontaktaufnahmen). Im Mai 2024 wurden durchschnittlich 112 Anrufe pro Werktag bearbeitet. Insbesondere zum Ende von GadK III erfolgten weniger Anrufe durch Klient:innen. Dieser Effekt war am Ende der beiden vorhergehenden Programme nicht identifizierbar und deutet auf die abnehmenden Kontaktaufnahmen durch den Anmeldestopp hin. Im Juni 2025 wurde Restbudget genutzt, um Klient:innen von der Vormerkliste im Programm aufzunehmen, was sich in erhöhten Kontaktaufnahmen widerspiegelte.

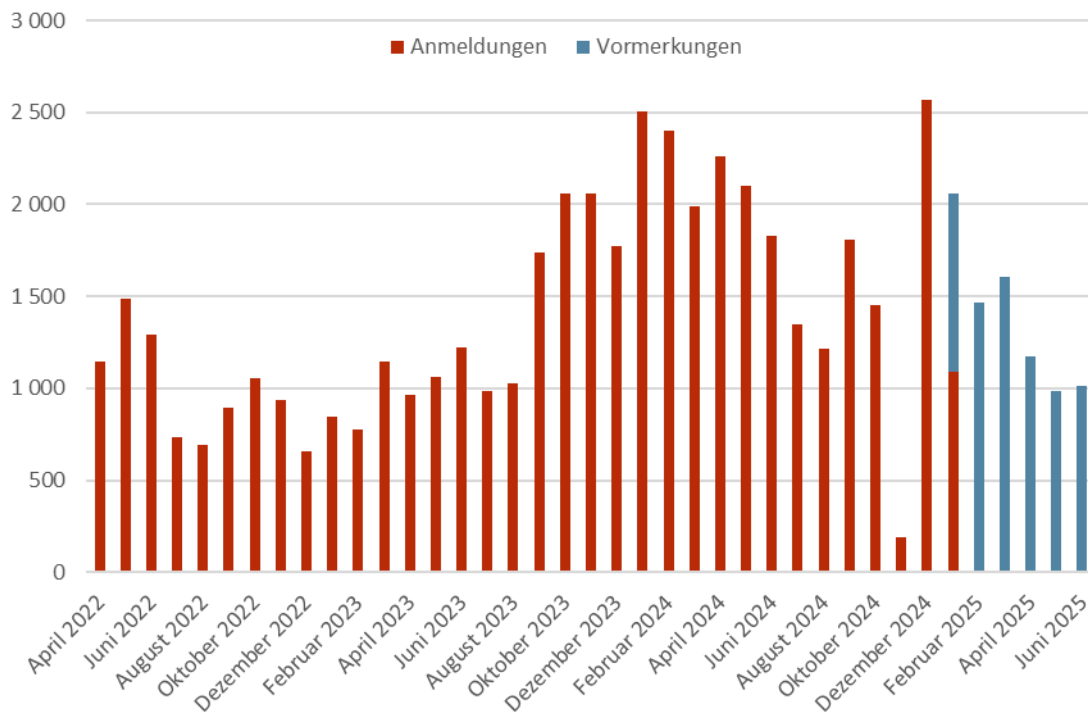
Behandler:innen nahmen während GadK III häufiger telefonisch Kontakt mit der Servicestelle auf als bei GadK I und GadK II. Die mittlere Anzahl von Anrufen pro Werktag stieg von 33 und 32 auf 44 an. Besonders hoch war der Kontaktbedarf am Ende des Programms im Juni 2025 sowie im Oktober 2024, als es erstmals während GadK III zu einem Anmeldestopp kam.

Klient:innen, deren Bezugspersonen und zuweisende Stellen kontaktierten die zentrale Servicestelle während GadK III seltener telefonisch als bei GadK II. Dennoch erfolgten mehr Anmeldungen.

Bei Behandler:innen zeigte sich dagegen ein erhöhter Kontaktbedarfs in bis dahin unbekanntem Situationen wie Anmeldestopps und dem Abschluss des Programms mit ungewisser Fortsetzung.

Trotz der geringeren Anzahl von Kontaktaufnahmen durch Klient:innen blieb die Anzahl der Anmeldungen hoch. Ab Mai 2024 wurden 20.819 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene angemeldet oder während Anmeldestopps auf der Vormerkliste registriert. Die meisten Anmeldungen erfolgten im Dezember 2024 als Reaktion auf die Wiederöffnung nach einem Anmeldestopp ab 17. Oktober 2024 (siehe Abbildung 8). Bereits am 17. Januar musste ein weiterer Anmeldestopp umgesetzt werden. Dennoch blieb die Nachfrage hoch und Betroffene ließen sich weiterhin auf die Vormerkliste setzen. Von den 7.217 Kindern und Jugendlichen auf der Vormerkliste (siehe blaue Balken in Abbildung 8) konnten 2.293 (31,7 %) für Behandlungen angemeldet werden. Überwiegend erfolgte die Aufnahme von Kindern und Jugendlichen auf der Vormerkliste im Programm mit Restbudget im Juni 2025.

Abbildung 8 Anmeldungen und Eintragungen in die Vormerkliste pro Monat bei den GadK-Programmen



Clearing und Matching

Nach der Anmeldung erfolgte das Clearing der Klient:innen. Dabei wurde geprüft, ob die angemeldeten Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Kriterien für eine Behandlung im Rahmen der GadK-Programme erfüllten. Insbesondere wurde hier das Alter überprüft. Im Bedarfsfall erfolgte eine zusätzliche psychologische bzw. psychotherapeutische Bedarfsklärung und eine Klärung der im Rahmen von GadK realisierbaren Unterstützung im direkten Kontakt mit den Klient:innen oder Sorgeberechtigten.

Im Anschluss wurden die Klient:innen geeigneten Behandler:innen zugewiesen (Matching). Berücksichtigt wurden dabei die Wohnortnähe, Altersgruppe sowie die Wartezeit der Klient:innen und die fachlichen Schwerpunkte der Behandler:innen. Auch bei Behandler:innen-Wechseln und bei Verlängerungen erfolgten Matchings. Im Verlauf von GadK III wurden 21.286 erstmalige Matchings für Einzel- und 641 für Gruppenbehandlungen durchgeführt. Hinzu kamen wiederholte Matchings von Klient:innen bei Behandler:innen-Wechseln oder Verlängerungen.

Erfolgte Behandlungen

Die Anmeldungen, Clearings und Matchings resultierten in 17.082 Einzelbehandlungen im Umfang von maximal 20 Einheiten (davon 88 % im Umfang von maximal 15 Einheiten, 12 % mit Verlängerung) sowie 98 Gruppenbehandlungen für 573 Klient:innen. Insgesamt wurden etwa 190.000 Behandlungseinheiten im Rahmen von GadK III ermöglicht. Dies entspricht einer Steigerung von ca. 15 % gegenüber dem Umfang von GadK II. Dass Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen in annähernd gleichen Anteilen im Behandler:innen-Pool vertreten waren, spiegelte sich auch in den Behandlungen wider. Psychotherapeutische Behandlungen machten etwa 52 % aller Behandlungen aus, psychologische 48 % und musiktherapeutische 1 %.

Im Rahmen von GadK I, GadK II und GadK III wurden Behandlungen für etwa 40.000 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene ermöglicht. Über 17.000 erfolgten im Rahmen von GadK III.

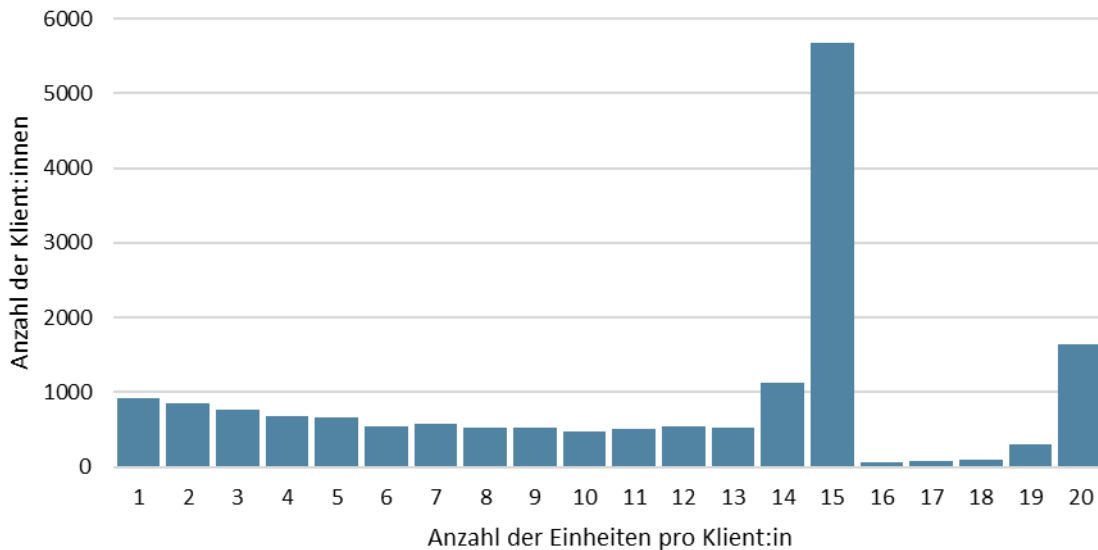
Zur Einordnung der Anzahl über GadK III behandelten Kinder und Jugendlichen können Zahlen der ÖGK herangezogen werden. In den Jahren 2021 bis 2023 wurden klinisch-psychologische und psychotherapeutische Konsultationen für etwa 30.000 junge Menschen jährlich verzeichnet. Geht man bei anderen Kassen von einem ähnlichen Anteil an Kindern und Jugendlichen in Behandlung aus, entspricht dies etwa 35.000 jungen Menschen in Österreich pro Jahr. Zur Finanzierung liegen keine Informationen vor, es ist jedoch davon auszugehen, dass es sich überwiegend um nicht-vollfinanzierte Behandlungen handelte. GadK III ermöglichte innerhalb von etwas über einem Jahr 17.000 Kindern und Jugendlichen eine Behandlung. Dies entspricht etwa einem Drittel der gesamten dokumentierten Behandlungen. Damit hatte das Programm einen deutlichen Anteil an der psychosozialen Versorgung der Altersgruppe.

Einzelbehandlungen

Insgesamt wurden über 188.000 Stunden für Einzelbehandlungen dokumentiert. Im Durchschnitt erfolgten pro Klient:in elf Einheiten. Am häufigsten wurde die ohne Verlängerung maximal mögliche Anzahl von 15 Einheiten genutzt (33 % der Behandlungen, siehe Abbildung 9). Etwa die Hälfte der Behandlungen wurde innerhalb von elf bis 15 Einheiten abgeschlossen, 12 % wurden verlängert und 38 % nutzten zehn oder weniger Einheiten, 23 % sogar fünf oder weniger. Die frühzeitige Beendigung der Behandlungen ließ sich in den meisten Fällen darauf zurückführen, dass der Bedarf nicht

mehr gegeben war (für eine detaillierte Analyse aller Gründe vorzeitiger Behandlungsbeendigungen siehe Anhang II).

Abbildung 9 Anzahl der Einzel-Behandlungseinheiten pro Klient:in bei GadK III



Anmerkung: Berücksichtigt wurden dokumentierte Einzelbehandlungen, Gruppenbehandlungen sind aufgrund der abweichenden Zahl maximaler Einheiten exkludiert.

Wie bereits bei GadK II handelte es sich bei 93 % der dokumentierten Einheiten um Sitzungen mit dem:der Kind oder Jugendlichen. Bei diesen Sitzungen konnten die Klient:innen allein oder gemeinsam mit ihren Bezugspersonen teilnehmen. Die restlichen 7 % der dokumentierten Einheiten entfielen auf reine Elternsitzungen. Diese waren im Umfang von bis zu fünf Stunden pro Klient:in möglich.

Die meisten Einheiten (95 %) fanden in der Praxis der Behandler:innen statt. Der Rest verteilte sich auf Online-Sitzungen (4 %) und aufsuchende Kontakte (1 %). Die Verteilung veränderte sich im Vergleich zu GadK II nicht bedeutend.

Durch das pro Projektphase zunehmende Budget konnte auch die Anzahl der Behandlungen im Verlauf der GadK-Programme gesteigert werden. Der Umfang der Behandlungen pro Klient:in blieb weitgehend konstant, wobei knapp die Hälfte der Klient:innen die gesamten zur Verfügung stehenden Einheiten nutzten (15 für Einzelbehandlungen mit Option auf Verlängerung um fünf Einheiten, 15 für Gruppenbehandlungen). Einzelbehandlungen machten den überwiegenden Teil der Behandlungen in allen GadK-Programmen aus.

Die Anzahl der Behandlungseinheiten pro Klient:in in Einzelbehandlung und der Anteil verlängerter Behandlungen blieben ebenfalls weitgehend konstant zwischen den Programmen. Bei GadK II lag der Anteil von Behandlungen mit mehr als 15 Einheiten bei 9 %, bei GadK III bei 12 %. Bei beiden Folgeprogrammen wurden somit weniger Verlängerungen durchgeführt als bei GadK I (17 %). Dies lässt sich insbesondere darauf zurückführen, dass Verlängerungseinheiten ab GadK II dafür genutzt werden mussten, eine Überführung in die Regelversorgung zu gestalten. Diese musste in den Verlängerungsanträgen beschrieben und begründet werden. Die zunehmende Reichweite der Programme ermöglichte einer größeren Anzahl von Klient:innen eine Behandlung, wodurch jedoch weniger Verlängerungen ermöglicht werden konnten. Wo Verlängerungen beantragt und bewilligt wurden, wurden diese meist vollständig genutzt, was den tatsächlichen Bedarf bei den betroffenen Klient:innen bestätigt. Eine detaillierte Analyse von Verlängerungsanträgen und -bewilligungen findet sich in Anhang II.

Gruppenbehandlungen

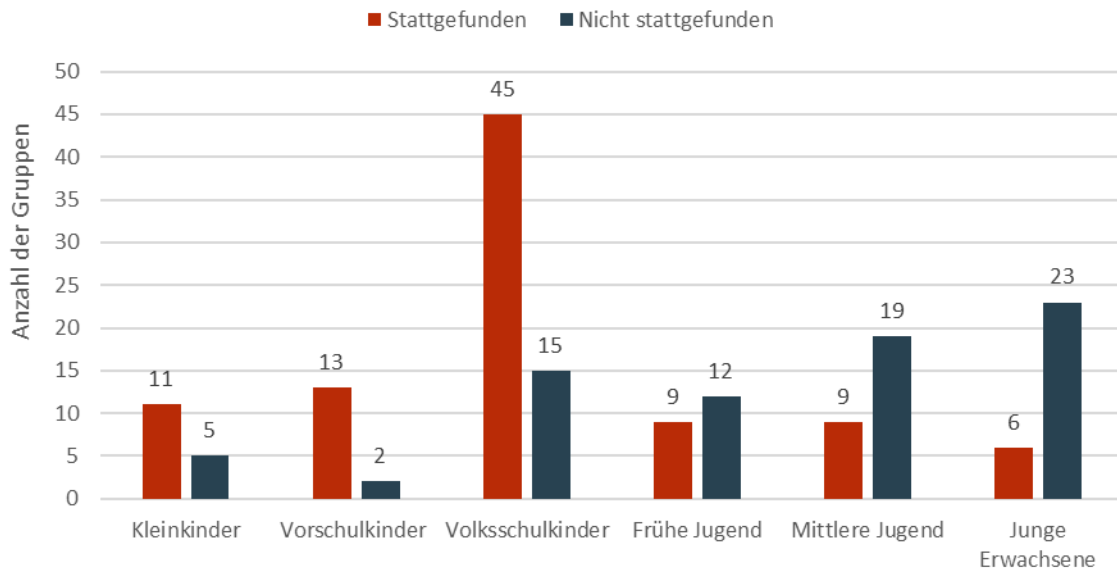
Gruppenbehandlungen wurden über die gesamte Laufzeit von GadK III angeboten. Sie waren nicht vom Anmeldungs- und Zuweisungs-Stopp betroffen. Im Projektzeitraum fanden 98 Gruppenbehandlungen statt, an denen 573 Klient:innen teilnahmen. Pro Gruppe wurden im Durchschnitt 5,8 Klient:innen behandelt. Gruppen wurden in der Regel im Umfang von 15 Einheiten angeboten, die von ein bis zwei Behandler:innen betreut wurden. Zwei Behandler:innen wurden in 30,9 % der dokumentierten Einheiten eingesetzt.

Bei allen GadK-Programmen wurden die Gruppen weniger nachgefragt als die Einzelbehandlungen. Obwohl die Anzahl der durchgeführten Gruppen zwischen den Programmen anstieg, blieb die Zunahme hinter dem Wachstum in Einzelbehandlungen zurück. Die leichte Zunahme in der Nachfrage bei gleichzeitig geringerem Angebot an

Gruppen bei GadK III im Vergleich zu GadK II führte jedoch zu einer höheren Quote stattgefundener Gruppenbehandlungen. Während bei GadK II nur 38 % der 210 angebotenen Gruppen die Mindestzahl an Teilnehmer:innen erreichten und stattfinden konnten (25 % bei GadK I), wurden bei GadK III 54 % der 182 angebotenen Gruppen tatsächlich durchgeführt. Die höhere Nachfrage nach Gruppenbehandlungen lässt sich möglicherweise auf die Anmeldestopps im Verlauf von GadK III zurückführen. Während Anmeldungen für Einzelbehandlungen in diesen Phasen nicht möglich waren, blieben die Gruppenbehandlungen davon unbetroffen. Interessierte konnten somit auf Gruppen ausweichen.

Die Nutzung der Gruppen divergierte stark für unterschiedliche Angebote. Während bei manchen Behandler:innen alle angebotenen Gruppen ausreichend Anmeldungen erhielten und stattfinden konnten, gab es bei anderen regelmäßig Absagen, da die Mindestteilnehmer:innenzahl nicht erreicht wurde. Dies lässt sich vor allem auf die unterschiedlichen Bemühungen um eine individuelle Bewerbung der Gruppen zurückführen. Behandler:innen, bei denen alle Gruppenangebote stattfinden konnten, berichteten, in ihren Netzwerken aktiv darüber zu informieren. Eine gute Vernetzung in der Region und mit möglichen Zuweiser:innen wurde als entscheidend beschrieben. Andere entschieden sich bewusst gegen Eigenwerbung. Diese Behandler:innen berichteten davon, dass regelmäßig Gruppenbehandlungen abgesagt würden, da die Mindestanzahl an Teilnehmer:innen nicht erreicht wurde. Zusätzlich zeigte sich, dass Gruppen für jüngere Kinder seltener abgesagt wurden als Gruppen für Jugendliche und junge Erwachsene (siehe Abbildung 10).

Abbildung 10 Gruppenangebot nach Alter



Anmerkung: Auswertung von 136 Gruppenangeboten mit Angaben zur Ziel-Altersgruppe. Angenäherte Zuordnung zu Altersgruppen; Gruppen können mehrmals vertreten sein, wenn sie an größere Altersspannen gerichtet waren. Gruppen wurden als „nicht stattgefunden“ eingeordnet, wenn sie die Mindestanzahl an Teilnehmer:innen nicht erreichten.

Entfallene Einheiten

Klient:innen konnten vereinbarte Behandlungstermine bei Einhaltung einer 24-Stunden-Frist ohne Konsequenzen absagen oder verschieben. Absagen, die mindestens 24 Stunden vor dem Termin eingingen, wurden nicht dokumentiert und nicht vergütet. Wurden 24 Stunden einmalig unterschritten, wurden die Einheiten mit einer halben Einheit dokumentiert und vergütet. Häufigere kurzfristige Absagen konnten zum Ausschluss aus GadK führen.

Im Verlauf von GadK III kam es zu 8.062 kurzfristigen Absagen. Im Verhältnis zu den über 188.000 stattgefundenen Einheiten liegt der Anteil der abgesagten Stunden somit bei 4 %.

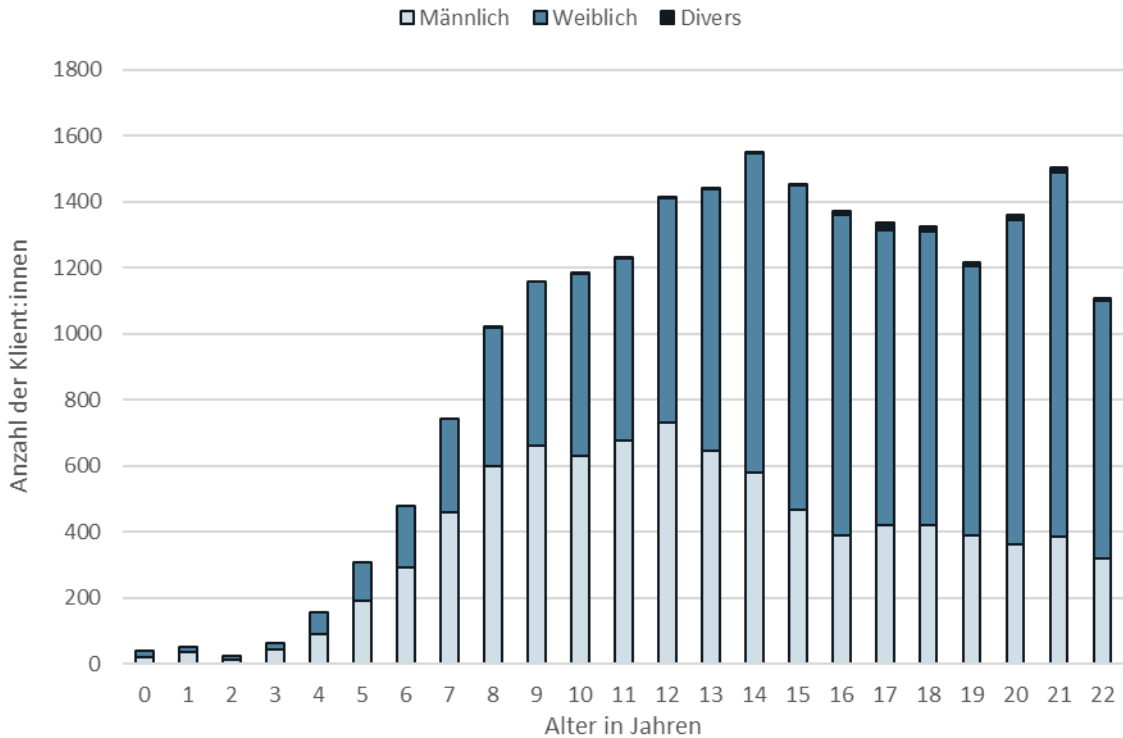
Charakterisierung der Klient:innen: Wer wurde erreicht?

Als Zielgruppe von GadK III wurden „grundsätzlich alle Kinder und Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr [definiert], die aufgrund der aktuell vorherrschenden multiplen Krisen unter psychischen bzw. psychosozialen Belastungen leiden“ (BMASGPK, 2024, S. 13). Diese breite Zielgruppendefinition berücksichtigt die Heterogenität innerhalb der jungen Bevölkerungsgruppe.

GadK III erreichte eine große Diversität von Klient:innen unterschiedlichen Alters und Geschlechts sowie unterschiedlicher soziodemografischer Hintergründe. Besonders die Altersgruppe ab der späten Kindheit bis zum jungen Erwachsenenalter wurde erreicht. Mädchen waren dabei überrepräsentiert und die Mehrheit der Klient:innen befand sich in (Aus-)Bildungsphasen. Bei fast der Hälfte der Klient:innen ermöglichte GadK III eine Behandlung, die ohne das Programm finanziell für die Betroffenen oder ihre Familien nicht leistbar gewesen wäre.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der Klient:innen ist in Abbildung 11 dargestellt. Hier zeigt sich, dass sich das Alter über die gesamte Spanne von null bis 21 Jahren erstreckt. Da Klient:innen die Behandlung auch mit 22 Jahren noch in Anspruch nehmen konnten, sofern sie sich vor Vollendung des 21. Lebensjahrs angemeldet hatten, waren auch 22-Jährige unter den Klient:innen vertreten.

Abbildung 11 Alters- und Geschlechtsverteilung der Klient:innen



Anmerkung: N = 21.521 angemeldete Klient:innen.

Wie bereits bei den vorhergehenden GadK-Programmen waren auch bei GadK II die meisten Klient:innen im späten Kindes- bis frühen Erwachsenenalter. Ein Viertel (24 %) war zwischen zehn und 13 Jahren alt, 27 % zwischen 14 und 17 Jahren und 30 % machten junge Erwachsene ab 18 Jahren aus. Sechs- bis Neunjährige waren mit 21 % noch regelmäßig unter den Klient:innen, während Vorschulkinder bis fünf Jahren lediglich 3 % aller Klient:innen ausmachten. Im Vergleich zu GadK I und GadK II war der Anteil der Kinder zwischen fünf und elf Jahren angestiegen, während es einen leichten Rückgang bei den 14- bis 19-Jährigen gab. Die GadK-Programme erreichten somit verschiedene Altersgruppen immer gleichmäßiger.

In der Geschlechterverteilung zeigten sich dagegen kaum Unterschiede zu GadK II: Mädchen waren mit 58,5 % weiterhin häufiger unter den Klient:innen vertreten als Burschen mit 40,9 %. Diverse Personen machten mit 0,5 % eine Minderheit aus. Burschen machten den größeren Anteil der Klient:innen bis zwölf Jahre aus.

Für Babys und Kleinkinder wurden nur in seltenen Fällen Behandlungen über GadK III in Anspruch genommen. Die Bewerbung der GadK-Programme fand mit einem starken Fokus auf Schulen und kaum in Kindergärten oder für noch jüngere Zielgruppen statt, da die Behandlungskapazitäten für jüngere Kinder geringer waren. Zudem fehlt in Familien oft das Bewusstsein, dass psychologische und psychotherapeutische Behandlung auch für diese Altersgruppe möglich ist. Die Probleme werden im jungen Alter teilweise weniger wahrgenommen oder als weniger behandlungswürdig interpretiert als im Schulalter.

Soziodemografische Merkmale der Klient:innen

Die Fragebögen wurden genutzt, um zentrale soziodemografische Charakteristika der Klient:innen zu erfassen. Informationen lagen aus 5.699 Klient:innen- und 1.165 Eltern-Fragebögen vor. Die Daten ermöglichten einen Vergleich mit repräsentativen Informationen aus der jungen österreichischen Bevölkerung. Hierfür wurden vor allem Daten der HBSC-Befragung von Schüler:innen herangezogen (Felder-Puig et al., 2023).

Der Klient:innen-Fragebogen wurde zu 65,7 % (n = 3.742) von Mädchen ausgefüllt, zu 33,1 % (n = 1.884) von Burschen und zu 1,3 % (n = 73) von diversen Personen. Klient:innen ab sechs Jahren konnten den Fragebogen (bei Bedarf mit Unterstützung) ausfüllen. Im Klient:innen-Fragebogen waren Burschen somit unterrepräsentiert. Im Eltern-Fragebogen waren Burschen dagegen in der Mehrheit mit 55,2 % (n = 644). Über Mädchen wurde in 44,7 % (n = 521) der Eltern-Fragebögen berichtet, über diverse Kinder in 0,1 % (n = 1).

Das mittlere Alter im Klient:innen-Fragebogen lag bei 15,1 Jahren, im Eltern-Fragebogen bei 8,4 Jahren.

Laut Klient:innen-Fragebogen lebten 82 % der Klient:innen zum Befragungszeitpunkt im familiären Umfeld. Dies entspricht dem Anteil, der auch bei GadK II identifiziert wurde. Bei der Befragung zu GadK III erfolgte zusätzlich die Differenzierung nach zusammen- und getrenntlebenden Elternteilen sowie anderen Verwandten (siehe Tabelle 3). Zwar lebten die meisten Klient:innen bei beiden ihrer Eltern, 37,5 % der bei den Eltern lebenden Kinder und Jugendlichen gaben jedoch an, dass die Eltern getrennt waren und sie bei einem alleinerziehenden Elternteil, im Wechselmodell oder in einer Patchwork-Familie lebten. Die meist jüngeren Klient:innen, die mittels Eltern-Fragebogen erfasst wurden, lebten zu einem höheren Anteil bei den Eltern (97,5 %). Der Anteil der Klient:innen, die nicht mit beiden Elternteilen lebten, lag hier bei 35,1 %. In außerfamiliärer Betreuung befand sich nur ein kleiner Teil der Klient:innen.

Tabelle 3 Wohnsituation der Klient:innen

	Klient:innen-Fragebogen		Eltern-Fragebogen	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Bei beiden Eltern	2.874	50,6 %	735	63,3 %
Bei einem Elternteil/im Wechselmodell	1.728	30,4 %	397	34,2 %
Bei Verwandten	56	1,0 %	4	0,3 %
In einer Pflegefamilie oder in einem Heim	48	0,8 %	19	1,7 %
Allein*	252	4,4 %	-	-
In einer WG oder Wohnheim*	518	9,1 %	-	-
Mit Partner:in*	157	2,8 %	-	-
Sonstige	44	0,4 %	6	0,5 %

Anmerkung: N = 5.699 Klient:innen-Fragebögen, davon 22 fehlende Angaben; N = 1.168 Eltern-Fragebögen, davon 7 fehlende Angaben; * Antwortoption nur bei Klient:innen ab 16 Jahren.

Bei Jugendlichen ab 16 Jahren (N = 2.757) wurden zusätzliche Optionen für die Wohnsituation erfasst. Auch bei dieser Altersgruppe wohnte die Mehrheit im familiären Umfeld (64,8 %). Weitere 18,6 % lebten in einer Wohngemeinschaft oder in einem Wohnheim, gefolgt von 9,1 % allein und 5,7 % mit der oder dem Partner:in.

Bei Jugendlichen ab 13 Jahren wurde die aktuelle Beschäftigung oder Ausbildungssituation erfasst. Etwa die Hälfte waren Schüler:innen, gefolgt von Student:innen und Personen in sonstigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen (z. B. Lehre, Abendschule; siehe Tabelle 4). Seltener waren die Klient:innen bereits berufstätig oder auf Arbeitssuche. Auch Lehrlinge waren unterrepräsentiert. Im Vergleich zu GadK II war der Anteil der Schüler:innen zugunsten Student:innen und Personen in sonstigen Aus-, Fort- und Weiterbildungen gesunken.

Tabelle 4 Hauptbeschäftigung der Klient:innen

	Anzahl	%
Schule	1.956	49,5 %
Studium	900	22,8 %
Ausbildung, Fortbildung oder Lehre	466	11,8 %
Beruf	283	7,2 %
Arbeitslos	221	5,6 %
Sonstiges	128	3,2 %

Anmerkung: N = 3.969 Klient:innen-Fragebögen ab 13 Jahren, davon 15 fehlende Angaben.

Der Anteil an Klient:innen mit Migrationshintergrund entsprach bis auf kleine Schwankungen dem, der auch bei GadK II erreicht wurde. Die Mehrheit der Klient:innen hatte keinen Migrationshintergrund (siehe Tabelle 5). Bei 25,9 % der selbst ausfüllenden Klient:innen waren ein oder beide Elternteile im Ausland geboren und 10,5 % der Klient:innen waren selbst nicht in Österreich geboren. Wie bereits bei GadK II war der Anteil der Klient:innen mit Migrationshintergrund bei den meist jüngeren Klient:innen des Eltern-Fragebogens niedriger als im Klient:innen-Fragebogen. Hauptsächlich eine andere Sprache als Deutsch zuhause zu sprechen, berichteten 15,4 % der Klient:innen und 10,0 % der Bezugspersonen. Die Werte entsprechen den Ergebnissen der aktuellsten HBSC-Befragung von Schüler:innen in Österreich. In dieser repräsentativen Erhebung gaben 35 % der Befragten an, einen Migrationshintergrund zu haben.

Tabelle 5 Migrationshintergrund der Klient:innen

	Klient:innen- Fragebogen		Eltern- Fragebogen		HBSC
	Anzahl	%	Anzahl	%	%
Kein Migrationshintergrund	3.444	63,6 %	815	74,1 %	65,3 %
Ein Elternteil im Ausland geboren	838	15,5 %	164	14,9 %	10,9 %
Beide Elternteile im Ausland geboren	563	10,4 %	85	7,7 %	13,6 %
Klient:in im Ausland geboren	571	10,5 %	36	3,3 %	10,1 %

Anmerkung: N = 5.699 Klient:innen-Fragebögen, davon 283 fehlende Angaben; N = 1.168 Eltern-Fragebögen, davon 68 fehlend. Vergleich mit der HBSC-Studie in Österreich 2021/22, N = 7.099 Schüler:innen.

Die finanzielle Situation ihrer Familie schätzten die meisten Klient:innen als durchschnittlich ein (siehe Tabelle 6). Auch die eigene finanzielle Situation, die bei volljährigen Klient:innen zusätzlich erfasst wurde, wurde am häufigsten als durchschnittlich eingestuft. Im Vergleich zu der Befragung im Rahmen von GadK II und zur HBSC-Vergleichsstichprobe zeigten sich tendenziell negative Entwicklungen: Die Klient:innen von GadK III schätzten die finanzielle Situation schlechter ein. Während bei der Befragung zu GadK II 6,3 % die familiäre und 16,8 % die eigene finanzielle Situation als unterdurchschnittlich einschätzten, war der Anteil bei GadK III auf 8,0 % bzw. 24,1 % angestiegen. Der Anteil mit überdurchschnittlich guter finanzieller Situation war von 58,0 % auf 43,8 % für die familiäre Situation und von 33,0 % auf 25,3 % für die eigene Situation gesunken. Aufgrund fehlender aktueller Vergleichsdaten lässt sich nicht beurteilen, ob durch GadK III ein höherer Anteil junger Menschen in schlechterer finanzieller Lage erreicht werden konnte oder ob es bei Familien mit Kindern und jungen Menschen bevölkerungsweit zu einer Verschlechterung der finanziellen Situation gekommen ist. Die aktuelle Entwicklung zu steigenden Arbeitslosenzahlen und die hohe Inflation legen eine durchschnittliche Verschlechterung der finanziellen Situation in der Bevölkerung nahe.

Tabelle 6 Einschätzung der finanziellen Situation durch die Klient:innen

	finanzielle Situation der Familie		HBSC	eigene finanzielle Situation	
	Anzahl	%	%	Anzahl	%
Überhaupt nicht gut	39	0,7 %	0,6 %	70	3,6 %
Nicht sehr gut	414	7,3 %	3,8 %	395	20,5 %
Durchschnittlich	2.162	38,2 %	37,5 %	977	50,6 %
Ziemlich gut	1.935	34,2 %	38,8 %	401	20,7 %
Sehr gut	1.108	19,6 %	22,3 %	88	4,6 %

Anmerkung: N = 5.699 Klient:innen-Fragebögen zur finanziellen Situation der Familie, davon 41 fehlende Angaben. Vergleich mit der HBSC-Studie in Österreich 2021/22, N = 7.099 Schüler:innen. N = 1.968 Klient:innen-Fragebögen ab 18 Jahren zur eigenen finanziellen Situation, davon 37 fehlende Angaben.

Im Eltern-Fragebogen wurde die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation mit einem Item des European Social Survey (ESS; European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC), 2025) erfasst. Dabei zeigte sich, dass der Anteil der Befragten, die mit ihrem Haushaltseinkommen „sorgenfrei leben“ konnten, mit 29,0 % niedriger war als in der Vergleichsstichprobe (siehe Tabelle 7). Die Mehrheit von 61,5 % konnte mit dem Haushaltseinkommen „zurechtkommen“. Haushalte, die mit ihrem Einkommen schwer oder sehr schwer zurechtkamen, waren bei GadK III leicht unterrepräsentiert.

Tabelle 7 Subjektive Bewertung des Haushaltseinkommens laut Eltern-Fragebogen

	Anzahl	%	ESS
			%
Sorgenfrei leben	107	29,0 %	37,0 %
Zurechtkommen	227	61,5 %	50,4 %
Schwer zurechtkommen	31	8,4 %	10,1 %
Sehr schwer zurechtkommen	4	1,1 %	2,5 %

Anmerkung: N = 1.168 Eltern-Fragebögen zum Haushaltseinkommen der Familie, davon 799 fehlende Angaben; Vergleich mit Ergebnissen des European Social Survey (ESS) in Österreich von 2023, N = 2.335.

Zugangshindernisse zur Regelversorgung

Klient:innen ab 14 Jahren wurden ergänzend befragt, inwieweit ein Zugang zu psychosozialer Versorgung auch ohne die GadK-Programme für sie möglich wäre (N = 3.342). Dies wurde mit 48,4 % durch fast die Hälfte der Befragten bestätigt. Dagegen gaben 45,9 % an, dass aus finanziellen Gründen kein anderer Zugang möglich sei. Weitere 5,8 % berichteten von anderen Gründen. Im Eltern-Fragebogen (N = 388) berichteten 42,8 % von einem möglichen Zugang, während 49,5 % aufgrund finanzieller Hürden keinen Behandlungsplatz für ihr Kind in Anspruch nehmen konnten und 7,7 % aus anderen Gründen.

Für über die Hälfte aller Klient:innen wäre ein Zugang zu psychosozialer Versorgung ohne GadK III nicht möglich gewesen. Meist waren finanzielle Hürden entscheidend, aber auch andere Hindernisse waren relevant.

Die anderen Gründe wurden mittels offener Antworten erfasst und sind in ihrer Häufigkeit daher nicht direkt mit den finanziellen Hürden vergleichbar. Bei Klient:innen verteilten sich die anderen Gründe vorwiegend auf familiäre (n = 67) sowie strukturelle und organisatorische Barrieren (n = 65). Bei Bezugspersonen wurden überwiegend strukturelle und organisatorische Barrieren genannt (n = 25). Diese bezogen sich meist auf fehlende freie Behandlungsplätze und lange Wartezeiten (Klient:innen n = 43, Eltern n = 20). Darüber hinaus konnten fehlende Informationen und komplexe Prozesse (Klient:innen n = 9, Eltern n = 1) oder ein mangelhaftes Versorgungsangebot in der eigenen Region (Klient:innen n = 4, Eltern n = 4) Hindernisse darstellen. Die familiären Barrieren für Jugendliche äußerten sich in fehlender Unterstützung durch die Eltern. Die Klient:innen konnten oder wollten nicht mit ihren Bezugspersonen über ihren Behandlungsbedarf sprechen. Dadurch waren ihnen Zugänge zur Regelversorgung oder über Privatfinanzierung verschlossen. Auch wenn Eltern von den Schwierigkeiten ihrer Kinder wussten, aber Behandlungen skeptisch gegenüberstanden, wurde die Finanzierung verweigert. Von Eltern wurden familiäre Barrieren nur einmalig aufgrund einer Scheidung genannt. Seltener wurden persönliche Faktoren als Hindernisse genannt (Klient:innen n = 16), die sich auf Unsicherheiten, Schwierigkeiten der Hilfesuche durch psychische Probleme oder Motivationsschwierigkeiten bezogen.

Psychisches Befinden

Die Zielgruppe von GadK III waren insbesondere Kinder und Jugendliche mit Belastungsreaktionen durch die aktuelle gesellschaftliche Krisenlage. Aufgrund langfristiger Lücken in der Regelversorgung und fehlender alternativer Anlaufstellen wurden auch Kinder und Jugendliche im Programm behandelt, die schwerere und chronifizierte Störungsbilder hatten. Ziel für diese war die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung.

In Anhang VI wird ergänzend die Relevanz gesellschaftlicher Krisen für das Befinden der Kinder und Jugendlichen analysiert.

Durch GadK III wurden Kinder und Jugendliche mit Einschränkungen im Befinden und belastenden Symptomen behandelt. Die Mehrheit der Klient:innen hatte laut Einschätzung der Behandler:innen akute Probleme mittleren Schweregrades. In geringerem Ausmaß wurden Kinder und Jugendliche mit leichten Beeinträchtigungen im Befinden oder mit chronischen und stark einschränkenden Schwierigkeiten behandelt.

Anhand der Fragebogen-Daten zeigte sich, dass 32,2 % der Klient:innen zu Beginn der Behandlungen Hinweise auf depressive Verstimmungen zeigten. Mädchen waren mit 36,4 % (vgl. repräsentative HBSC-Studie 21,7 %) häufiger betroffen als Burschen mit 22,2 % (vgl. HBSC-Studie 9,5 %). Die Lebenszufriedenheit war bei 50,5 % der Klient:innen auffällig niedrig. Zusätzlich berichteten die Klient:innen von häufigen psychosomatischen Beschwerden. Insgesamt war ihr psychisches Befinden schlechter als in der Vergleichsstichprobe österreichischer Schüler:innen (Felder-Puig et al., 2023), was darauf hindeutet, dass Kinder und Jugendliche mit tatsächlichem Behandlungsbedarf erreicht wurden.

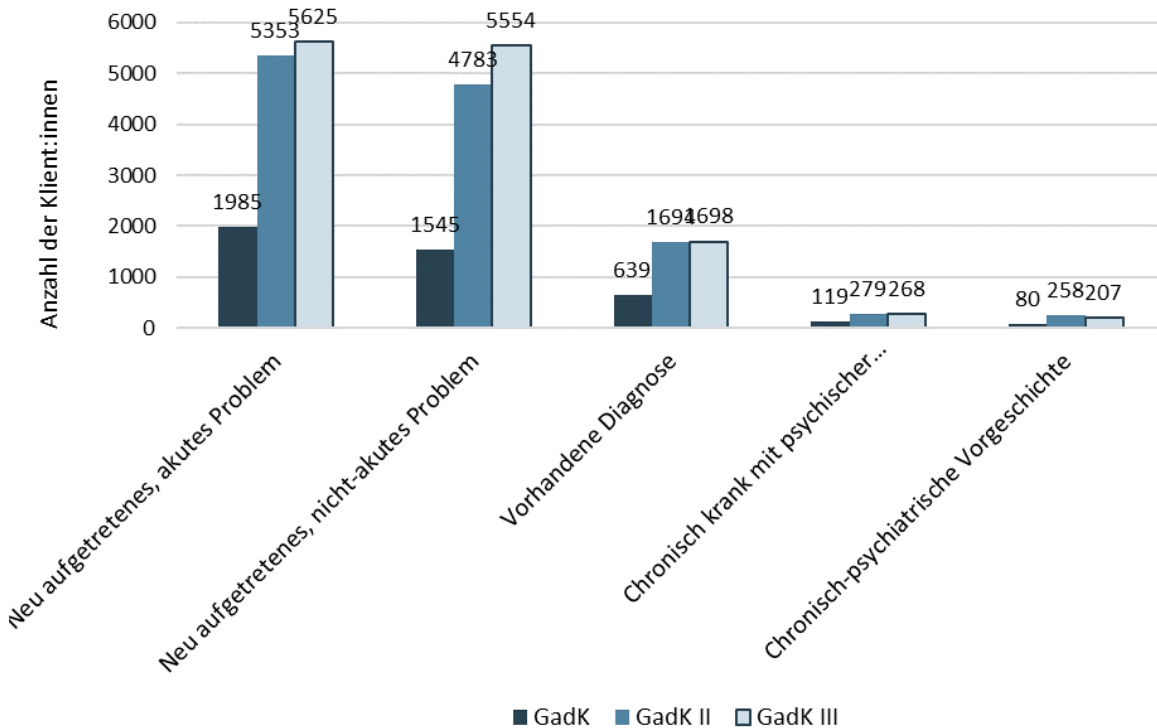
Im Eltern-Fragebogen wurde zusätzlich erfasst, wie viele der Kinder und Jugendlichen aufgrund psychischer Probleme Medikamente einnahmen. Insgesamt wurde bei 7,2 % der Fälle angegeben, dass Psychopharmaka genutzt wurden. Damit liegt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die Psychopharmaka einnahmen, höher als anhand von Daten der ÖGK zu erwarten. Dort sind Anteile zwischen 1,8 % und 2,8 % dokumentiert. Auch dies legt nahe, dass GadK überdurchschnittlich belastete Kinder betreut. Nach Angaben in den Fragebögen handelte es sich in 63,0 % der Fälle um Medikamente gegen Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen (ADHS), gefolgt von Selektiven

Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI; 25,9 %). In Einzelfällen nahmen die Klient:innen von GadK III Antipsychotika oder Neuroleptika ein. Wurde ein Medikament genommen, erhielten die Kinder und Jugendlichen in 22,2 % der Fälle mehrere Medikamente.

Vorgeschichte und Schweregrad der Einschränkungen

Laut Einschätzung der Behandler:innen in den Quartalsdokumentationen erhielten die Kinder und Jugendlichen in etwa 90 % der Fälle eine Behandlung aufgrund von Problemen, die in den letzten Wochen bis Monaten neu aufgetreten waren (siehe Abbildung 12). Dieser Anteil blieb über die drei GadK-Programme hinweg weitgehend konstant. Demgegenüber standen Kinder und Jugendliche mit chronischen psychischen Erkrankungen mit längerer Vorgeschichte. Diese machten bei allen GadK-Programmen einen geringen Anteil der Klient:innen aus, was dem Ziel der Programme entspricht, rasche Unterstützung bei akuten Schwierigkeiten zu ermöglichen.

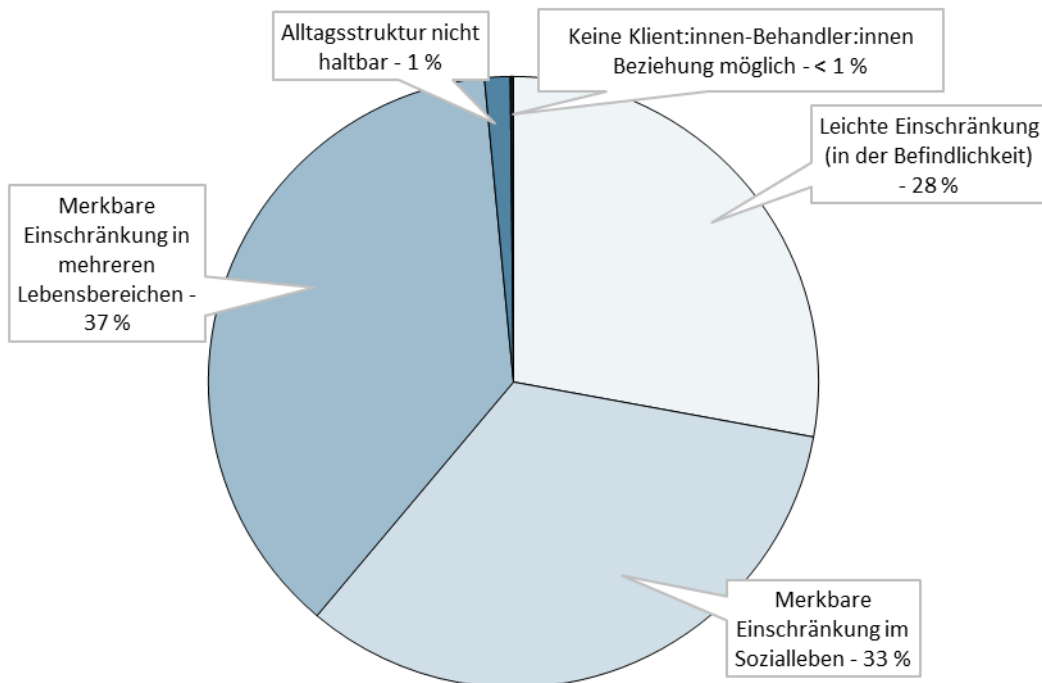
Abbildung 12 Vorgeschichte der Klient:innen



Anmerkung: Angaben der Behandler:innen in den jeweils aktuellsten Quartalsdokumentationen pro Klient:in, GadK I N = 3.929, GadK II N = 11.142, GadK III N = 12.206; Mehrfachangaben möglich.

Im Schweregrad der Einschränkungen der Kinder und Jugendlichen durch ihre psychischen Probleme gab es ebenso wenig Veränderungen im Verlauf der Programme. Mit 28 % wurden die Einschränkungen bei etwa einem Viertel als leicht eingeschätzt (siehe Abbildung 13). Die Mehrheit von 70 % hatte „merkbare Einschränkungen“ im Sozialleben oder in mehreren Lebensbereichen. Nur wenige Klient:innen hatten so schwere Einschränkungen, dass die Alltagsstruktur nicht haltbar war oder ein Beziehungsaufbau nicht möglich war (2 %).

Abbildung 13 Schweregrad der Einschränkungen von GadK III-Klient:innen laut Behandler:innen



Anmerkung: N = 12.148 Quartalsdokumentationen von GadK III, 58 fehlende Angaben.

Störungsbilder

Neben der Vorgeschichte und dem Schweregrad der Einschränkungen machten die Behandler:innen in den Quartalsdokumentationen Angaben zu den (Verdachts-)Diagnosen der Klient:innen. Am häufigsten waren neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F49), die bei über der Hälfte der Klient:innen identifiziert wurden (siehe Tabelle 8). Es folgten Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit

und Jugend (F90–F99) bei etwa einem Viertel und affektive Störungen (F30–F39) bei 15 % der Klient:innen.

Tabelle 8 (Verdachts-)Diagnosen der Klient:innen

	Anzahl	%
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	128	1 %
F30-F39 Affektive Störungen	1.794	15 %
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6.513	53 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	397	3 %
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	419	3 %
F70-F79 Intelligenzminderung	85	1 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	708	6 %
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2.974	24 %
Keine der genannten Optionen	1.397	11 %

Anmerkung: N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in; Mehrfachnennungen möglich.

Bei den affektiven Störungen handelte es sich fast ausschließlich um depressive Episoden (14 %). Sie wurden insbesondere bei Jugendlichen diagnostiziert. Die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen kamen in allen Altersgruppen von der frühen Kindheit bis ins Erwachsenenalter vor und setzten sich zusammen aus Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.-, 34 %), anderen Angststörungen (F41.-, 15 %), neurotischen Störungen (F40.-, 5 %) und Zwangsstörungen (F42.-, 3 %). Dissoziative und somatoforme Störungen kamen selten vor. Bei den Reaktionen auf schwere Belastungen handelte es sich zum größten Teil um Anpassungsstörungen (F43.2, 23 %), aber auch akute Belastungsreaktionen (F43.0, 6 %) und Posttraumatische Belastungsstörungen (F43.1, 6 %) wurden regelmäßig dokumentiert. Bei den anderen Angststörungen machten gemischte Angst und depressive Störungen die häufigste Einzeldiagnose aus (F41.2, 7 %). Bei Kindern bis zehn Jahren wurden regelmäßig Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend diagnostiziert. Den größten Anteil stellten dabei hyperkinetische Störungen (F90.-, 9 %), wobei es sich bei 7 % der Fälle um einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (F90.0) handelte. Es folgten Störungen im Sozialverhalten (F91.-, 6 %), emotionale Störungen des Kindesalters (F93.-, 6 %) und kombinierte

Störungen von Sozialverhalten und Emotionen (F92.-, 2 %). Andere Störungsgruppen kamen insgesamt selten vor. Eine Auflistung aller dokumentierten (Verdachts-)Diagnosen findet sich in Tabelle A 1 in Anhang II. Tabelle A 2 teilt die Störungsgruppen zusätzlich nach Alter auf.

Die meisten Klient:innen benötigten die Behandlungen aufgrund von Belastungs- und Anpassungsschwierigkeiten sowie depressiven Episoden. Bis zum Alter von zehn Jahren war zudem eine Vielfalt an Verhaltens- und emotionalen Störungen bedeutsam.

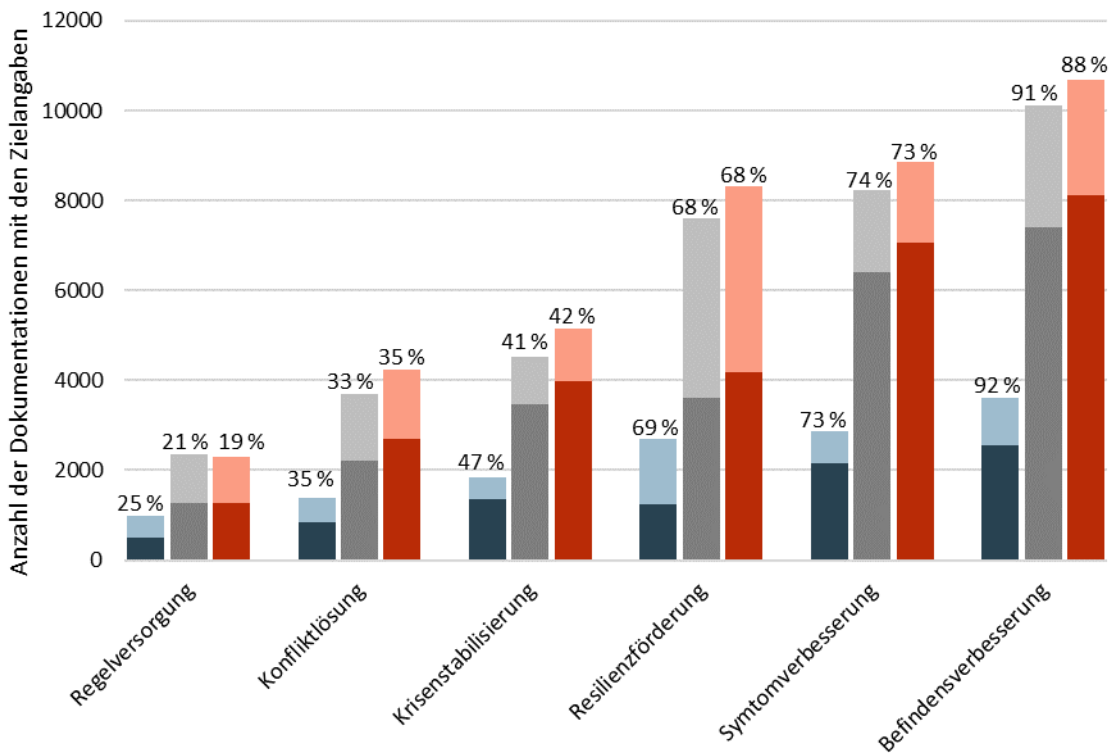
In der Verteilung der (Verdachts-)Diagnosen gab es keine nennenswerten Differenzen zwischen GadK II und GadK III. Bei GadK I war der Anteil an Klient:innen mit affektiven Störungen mit 20 % etwas höher, während weniger Klient:innen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend hatten. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass bei GadK I weniger Klient:innen jüngerer Altersgruppen behandelt wurden. Eine Übersicht der Störungsbilder aller GadK-Programme ist in Tabelle A 3 in Anhang II verzeichnet.

Behandlungsziele

Die Behandler:innen berichteten in den Quartalsdokumentationen zusätzlich, welche Ziele mit den Behandlungen erreicht werden sollten. Am häufigsten wurde programmübergreifend die Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit als Ziel definiert (88–92 %; siehe Abbildung 14), gefolgt von der Verbesserung einer einschränkenden Symptomatik (73–74 %) und der Verbesserung von Resilienzfaktoren (68–69 %). Diese Ziele wurden jeweils bei mehr als der Hälfte aller Behandlungen verfolgt. Seltener wurden in absteigender Reihenfolge die Stabilisierung einer Krise (42–47 %), die Lösung eines Konflikts (33–35 %) und die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung (19–25 %) als Ziele definiert. Nennenswerte Unterschiede im Programmvergleich zeigten sich insbesondere bei der Stabilisierung einer Krise, was bei GadK I, das in näherem zeitlichem Zusammenhang zur COVID-19-Pandemie stattfand, häufiger berichtet wurde als bei den beiden Folgeprogrammen. Auch die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung wurde beim ersten Programm häufiger als Ziel benannt.

Bei etwa 90 % der Klient:innen wurde die Verbesserung des Befindens als Ziel definiert. Auch Verbesserungen in einschränkenden Symptomatiken und die Förderung von Resilienz wurden bei der Mehrheit der Behandlungen als Ziel angestrebt. Bei etwa einem Fünftel der Klient:innen war eine längerfristige Versorgung nötig, sodass mit den GadK-Behandlungen die Wartezeit bis zur Überführung in die Regelversorgung überbrückt werden sollte.

Abbildung 14 Ziele der Behandlungen laut Quartalsdokumentationen



Anmerkung: blau = GadK I, N = 3.929; grau = GadK II, N = 11.142; rot = GadK III, N = 12.206; kräftige Farbe = primäre Ziele, blasser Farbe = sekundäre Ziele. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Kombination von primären und sekundären Zielen. Mehrfachantworten möglich.

Ergänzend erfolgte die Unterscheidung in primäre und sekundäre Ziele. Verbesserungen der Befindlichkeit war das häufigste und Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung das seltenste primäre Ziel. Wenn die Überführung in die Regelversorgung als Ziel genannt wurde, dass in der Hälfte der Fälle als sekundäres Ziel. Bei Kindern und Jugendlichen, die eine Weiterbehandlung im Rahmen der Regelversorgung benötigten,

wurden somit meist auch problemspezifische Ziele innerhalb der Behandlungen erarbeitet. Auch Resilienzförderung war häufig ein sekundäres Ziel neben der Bearbeitung von Konflikten, Krisen und Befindenseinschränkungen. Die absoluten Werte zu GadK III sind in Anhang II verzeichnet.

5 Wirksamkeit der GadK III- Behandlungen

Beantwortung der Fragestellung: Wie wirksam war „Gesund aus der Krise III“ in der Verbesserung des psychischen Befindens bzw. in der Verringerung von Symptomen bei den Klient:innen?

Aus Daten von Klient:innen, Bezugspersonen und Behandler:innen ging übereinstimmend hervor, dass sich das Befinden der behandelten Kinder und Jugendlichen verbessert hatte und ihre Symptome reduziert worden waren. Messungen des Wohlbefindens, der Lebenszufriedenheit und der positiven psychischen Gesundheit zeigten signifikante Zunahmen im Behandlungsverlauf. Gleichzeitig gingen psychische, aber auch physische Symptome zurück. Auch laut Auskunft von Bezugspersonen stiegen positive Gesundheitsindikatoren an, während Schwierigkeiten zurückgingen. Subjektiv berichteten 93 % der Klient:innen und 88 % der Bezugspersonen von spürbaren Verbesserungen durch die Behandlungen. Auch die Behandler:innen berichteten von Verbesserungen. Bei 64 % der Klient:innen wurden gute bis sehr gute Fortschritte im Behandlungsverlauf identifiziert. Dennoch blieb bei etwa der Hälfte der behandelten Kinder und Jugendlichen ein weiterer Behandlungsbedarf bestehen.

Durch die Behandlungen im Rahmen von GadK III sollte eine Verbesserung des Befindens der Klient:innen erreicht werden. Um die Wirksamkeit zu überprüfen, wurde das Befinden der Klient:innen zu Behandlungsbeginn – innerhalb der ersten fünf Sitzungen – und am Ende der Behandlungen – nach mindestens zehn Sitzungen – erfasst. Hierfür wurden 8.961 Klient:innen- und 1.676 Eltern-Fragebögen auf Veränderungen im Behandlungsverlauf hin analysiert. Die Messung von Veränderungen wurde durch die subjektiven Einschätzungen von 2.487 Klient:innen und 250 Bezugspersonen ergänzt. Diese wurden ebenfalls im Fragebogen erfasst. Zusätzlich stellten die Behandler:innen über regelmäßige Quartalsdokumentationen Informationen bereit. Ausgewertet wurden zur Beurteilung der Wirksamkeit 7.884 Dokumentationen, die nach mindestens zehn

Behandlungseinheiten erstellt worden waren. Frühe Behandlungsbeendigungen wurden somit nicht in den Ergebnissen berücksichtigt.

Erfolgsmessung: Wie veränderte sich das Befinden der Klient:innen im Behandlungsverlauf?

Der Klient:innen-Fragebogen wurde genutzt, um Werte zum aktuellen Befinden der Klient:innen zu Beginn und am Ende der Behandlungen zu erfassen. Berücksichtigt wurden das Wohlbefinden, die Lebenszufriedenheit, die positive psychische Gesundheit und verschiedene (psycho-)somatische Beschwerden. Anhand der Daten wurden Verbesserungen im Befinden der Klient:innen überprüft. Dabei 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.

Um die Robustheit der Ergebnisse zu überprüfen, wurden verschiedene Analyseverfahren kombiniert. Statistische Kennwerte und Details zur Analyse finden sich in Anhang III.

Steigerung des Wohlbefindens

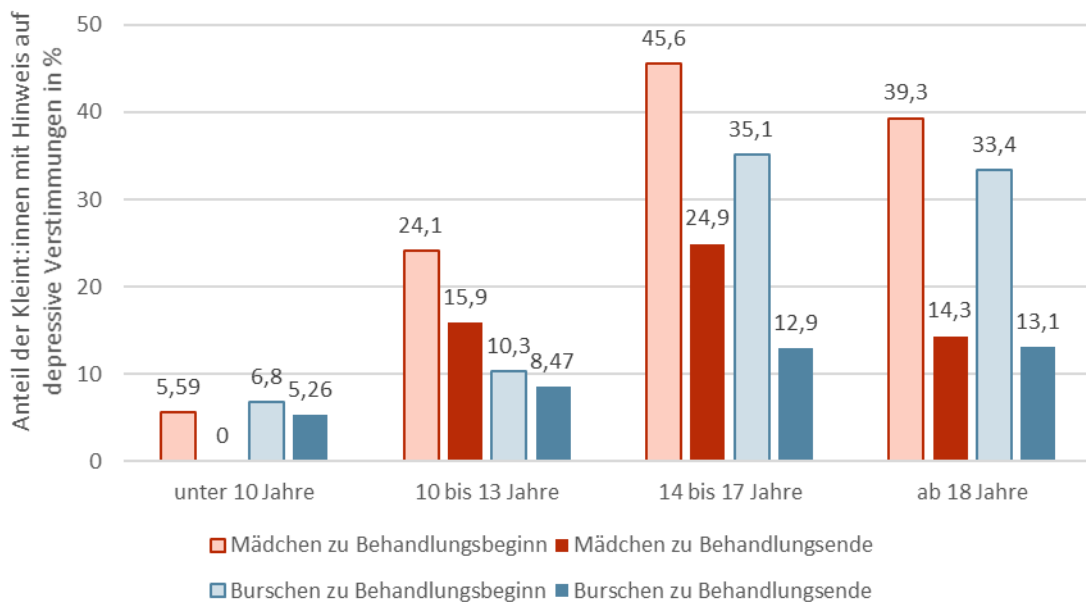
Zu Beginn und am Ende der Behandlungen wurde das Wohlbefinden der Klient:innen mit der Skala WHO-5 (Brähler et al., 2007) erhoben. Die fünf Items der Skala sind positiv formuliert, sodass höhere Werte für ein höheres Wohlbefinden stehen. Die Skala kann Werte zwischen 0 und 25 annehmen, wobei Werte ≤ 7 als Indikator für depressive Verstimmungen gelten.

Das Wohlbefinden der Klient:innen verbesserte sich im Verlauf der Behandlungen signifikant.

Zu Beginn der Behandlungen hatten die Klient:innen ein mittleres Wohlbefinden von 11,2. Mit 32,2 % hatte fast ein Drittel der Befragten Werte, die auf eine depressive Verstimmung hinwiesen. Bei beiden Geschlechtern war das Wohlbefinden zu Behandlungsbeginn signifikant niedriger als in der Vergleichsstichprobe der HBSC-Studie. Nach zehn oder mehr Behandlungseinheiten lag der Mittelwert bei 13,4, wobei noch 15,9 % der Befragten Hinweise auf depressive Verstimmungen zeigten. Die

Verbesserungen im Wohlbefinden im Verlauf der Behandlungen waren signifikant. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserte sich das Wohlbefinden pro Sitzung im Durchschnitt um 0,21 Einheiten. Dies entspricht bei Inanspruchnahme von 15 Behandlungseinheiten einer Erhöhung um 28 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Das Wohlbefinden der Klient:innen hatte sich am Ende der Behandlungen an das durchschnittliche Wohlbefinden von Schüler:innen laut HBSC-Studie angeglichen. Verbesserungen zeigten sich in allen Alters- und Geschlechtsgruppen (siehe Abbildung 15).

Abbildung 15 Anteile der Klient:innen mit Hinweis auf depressive Verstimmungen



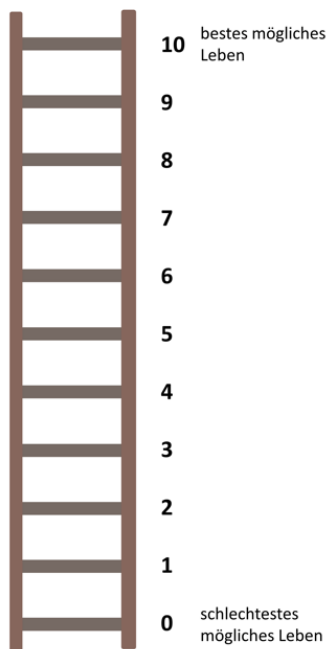
Anmerkung: Basierend auf dem WHO-5 erfasst im Klient:innen-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. Stichprobengrößen N = 7.769; Substichproben N = 35 (Mädchen unter 10 Jahre, Behandlungsende) bis N = 1.439 (Mädchen ab 18 Jahre, Behandlungsabschluss); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Steigerung der Lebenszufriedenheit

Die Erhebung der Lebenszufriedenheit der Klient:innen erfolgte mit der Cantril-Leiter (Cantril, 1965). Die Kinder und Jugendlichen wurden aufgefordert, sich auf dem Bild einer Leiter auf den Sprossen 0 (schlechtestes mögliches Leben) bis 10 (bestes mögliches Leben)

einzuordnen. Statt reinen Zahlen wird die Einordnung zusätzlich optisch verankert (siehe Abbildung 16). Werte ≤ 6 gelten als Indikator für eine niedrige Lebenszufriedenheit.

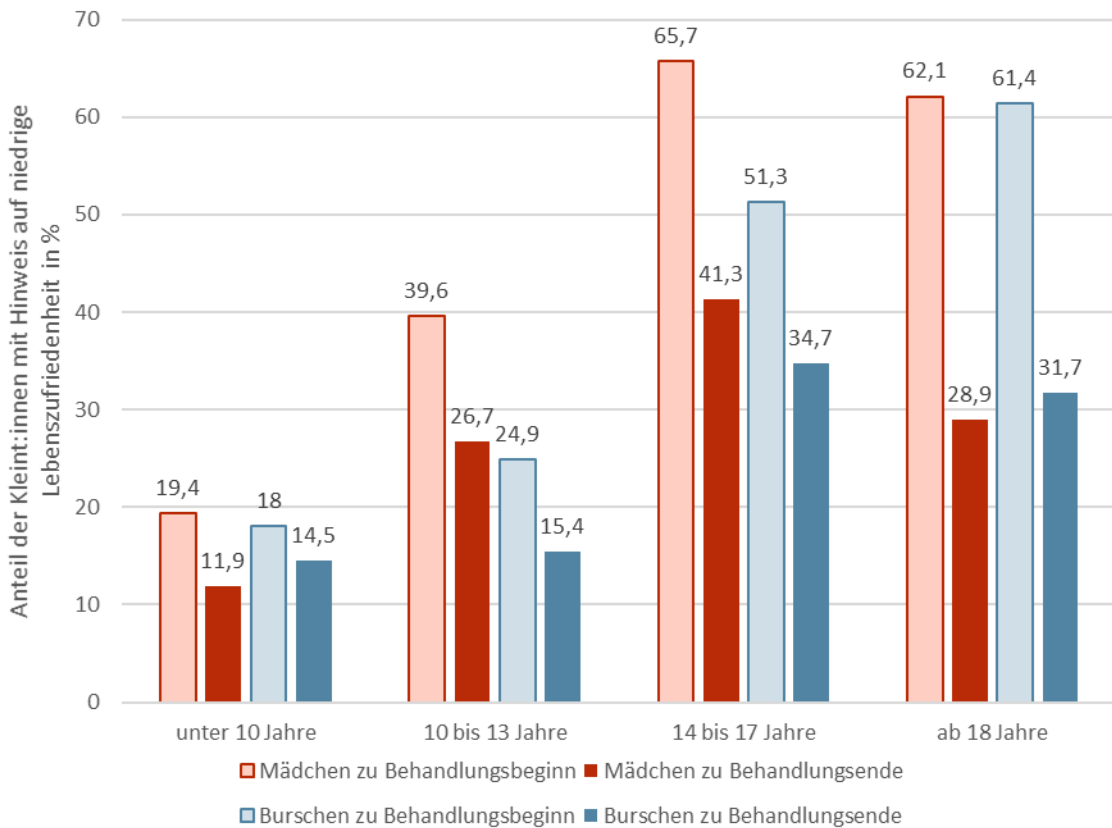
Abbildung 16 Cantril-Leiter zur Messung der Lebenszufriedenheit



Die Lebenszufriedenheit der Klient:innen stieg im Verlauf der Behandlungen signifikant an.

Zu Beginn der Behandlungen ordneten sich die Klient:innen im Mittel bei 6,4 ein. Die Hälfte (50,5 %) hatte eine niedrige Lebenszufriedenheit. Während die Lebenszufriedenheit zu Beginn der Behandlungen niedriger war als bei der HBSC-Vergleichsstichprobe, näherte sie sich dieser am Ende der Behandlungen an. Am Ende der Behandlungen lag die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt bei 7,2. Der Anteil der Klient:innen mit niedriger Zufriedenheit war auf 28,8 % gesunken. Der Anstieg der Lebenszufriedenheit war signifikant. Pro Sitzung erhöhte sich die Lebenszufriedenheit im Durchschnitt um 0,07 Einheiten, wenn Alters- und Geschlechtsunterschiede berücksichtigt wurden. Im Verhältnis zum Wert bei Behandlungsbeginn konnte innerhalb von 15 Einheiten ein Anstieg der Lebenszufriedenheit um 16 % erreicht werden. Verbesserungen zeigten sich in allen Alters- und Geschlechtsgruppen (siehe Abbildung 17).

Abbildung 17 Anteile der Klient:innen mit Hinweis auf niedrige Lebenszufriedenheit



Anmerkung: Basierend auf der Cantril-Leiter erfasst im Klient:innen-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. Stichprobengröße N = 8.254, Substichproben N = 134 (Mädchen unter 10 Jahre, Behandlungsende) bis N = 1.436 (Mädchen ab 18 Jahre, Behandlungsabschluss); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Steigerung der Positiven Psychischen Gesundheit

Die Positive Mental Health Scale (PMH; Lippert et al., 2024; Lukat et al., 2016) wurde als weiterer Indikator für das Befinden der Klient:innen im Verlauf der Behandlungen genutzt. Die psychische Gesundheit wurde mit neun positiv formulierten Items erfasst, die auf vier Stufen von 0 (stimme nicht zu) bis 3 (stimme zu) beantwortet wurden. Die Gesamtskala konnte Werte zwischen 0 und 27 annehmen. Höhere Werte sind ein Indikator für eine bessere psychische Gesundheit.

Die positive psychische Gesundheit der Klient:innen stieg im Verlauf der Behandlungen signifikant an.

Zu Beginn der Behandlungen hatten die Klient:innen durchschnittlich einen Wert von 14,7. Der Wert liegt deutlich unter dem Mittelwert von 21,1 in der deutschen Validierungsstudie (Lippert et al., 2024). Am Ende der Behandlungen lag der Mittelwert der Klient:innen mit 18,2 signifikant höher als zu Beginn. Pro Sitzung verbesserte sich die psychische Gesundheit im Durchschnitt um 0,27 Einheiten. Dies entspricht einem potenziellen Anstieg um 28 % bei Inanspruchnahme von 15 Einheiten. Verbesserungen zeigten sich in allen Alters- und Geschlechtsgruppen.

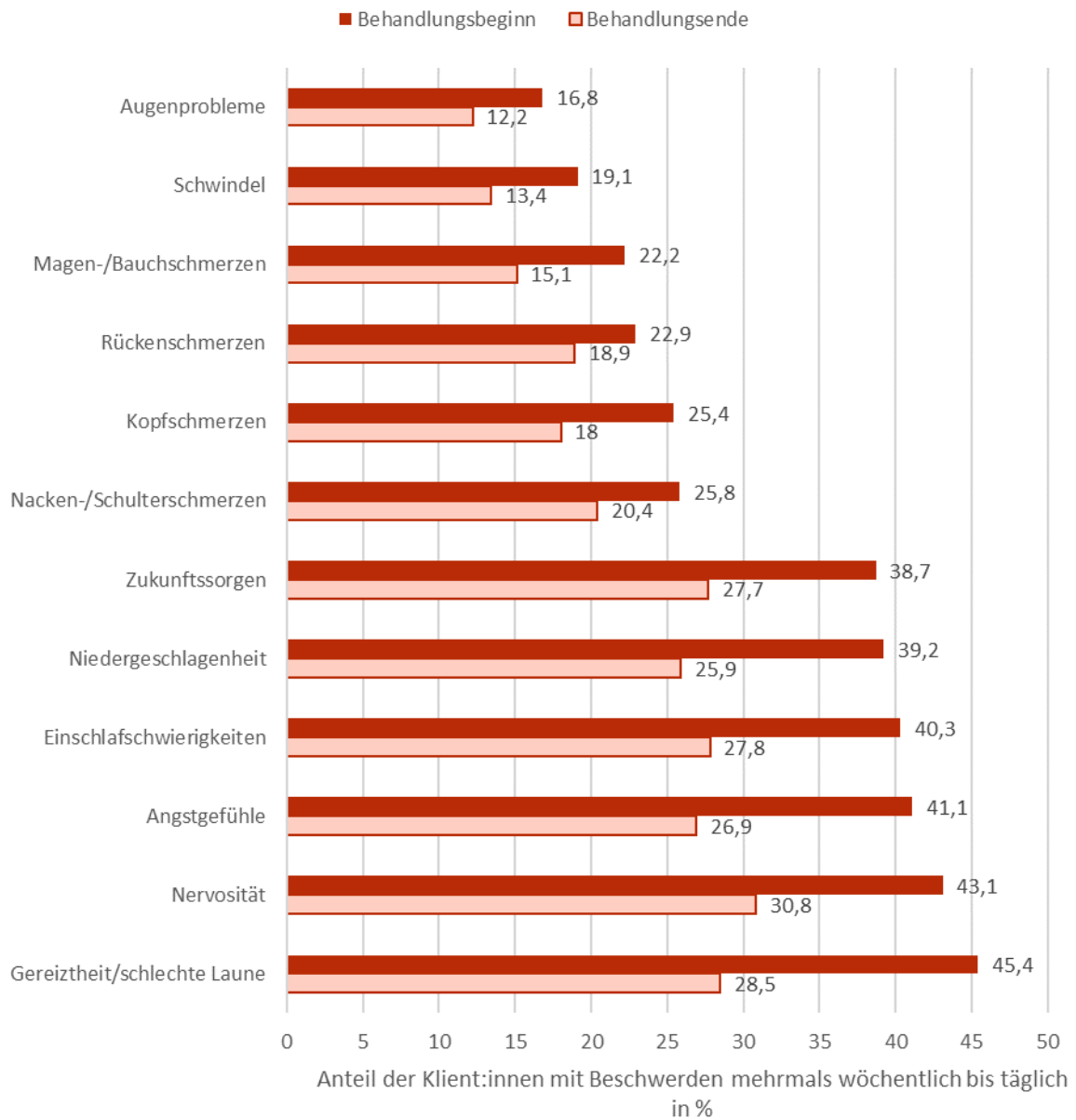
Reduktion von Beschwerden

Die Klient:innen gaben für zwölf (psycho-)somatische Beschwerden an, wie oft sie diese in den letzten sechs Monaten hatten (vgl. Ravens-Sieberer et al., 2008). Die Beschwerden wurden für die Bestimmung der Gesamtbeschwerdelast summiert, wobei der Wert zwischen 0 und 48 liegen konnte. Zusätzlich erfolgte die differenzierte Betrachtung von psychischen und physischen Beschwerden.

Sowohl psychische als auch physische Beschwerden gingen im Verlauf der Behandlungen signifikant zurück.

Die mittlere Gesamtbeschwerdelast lag zu Beginn der Behandlungen bei 19,3. Am Ende der Behandlungen war die Beschwerdelast auf 15,5 gesunken. Nicht nur psychische, sondern auch physische Beschwerden nahmen signifikant ab. Pro Sitzung sank die Beschwerdelast im Mittel um 0,36 Einheiten. Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen nahm die Beschwerdelast somit gegenüber dem Startwert von 19,3 um 28 % ab, wenn Alter und Geschlecht berücksichtigt wurden.

Abbildung 18 Anteile der Klient:innen, die mehrmals wöchentlich bis täglich die Beschwerden hatten



Anmerkung: N = 5.055 Klient:innen-Fragebögen zu Behandlungsbeginn, N = 2.701 Klient:innen-Fragebögen zu Behandlungsende.

Erfolgsmessung: Wie veränderte sich die Einschätzung von Bezugspersonen im Behandlungsverlauf?

Zusätzlich oder alternativ zum Selbstbericht der Klient:innen machten Bezugspersonen Angaben zum Befinden ihrer Kinder zu Beginn und am Ende der Behandlungen. Erfasst wurden verschiedene Schwierigkeiten – emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen (Peers), Verhaltensprobleme und Hyperaktivität – sowie die positiven Indikatoren Prosozialität und positive psychische Gesundheit. Veränderungen dieser Indikatoren für psychische Gesundheit im Verlauf der Behandlungen wurden analysiert. Wie bei der Analyse von Klient:innen-Daten wurden drei verschiedene Analyseansätze kombiniert, um die Robustheit der Ergebnisse sicherzustellen.

Reduktion von internalisierenden und externalisierenden Schwierigkeiten

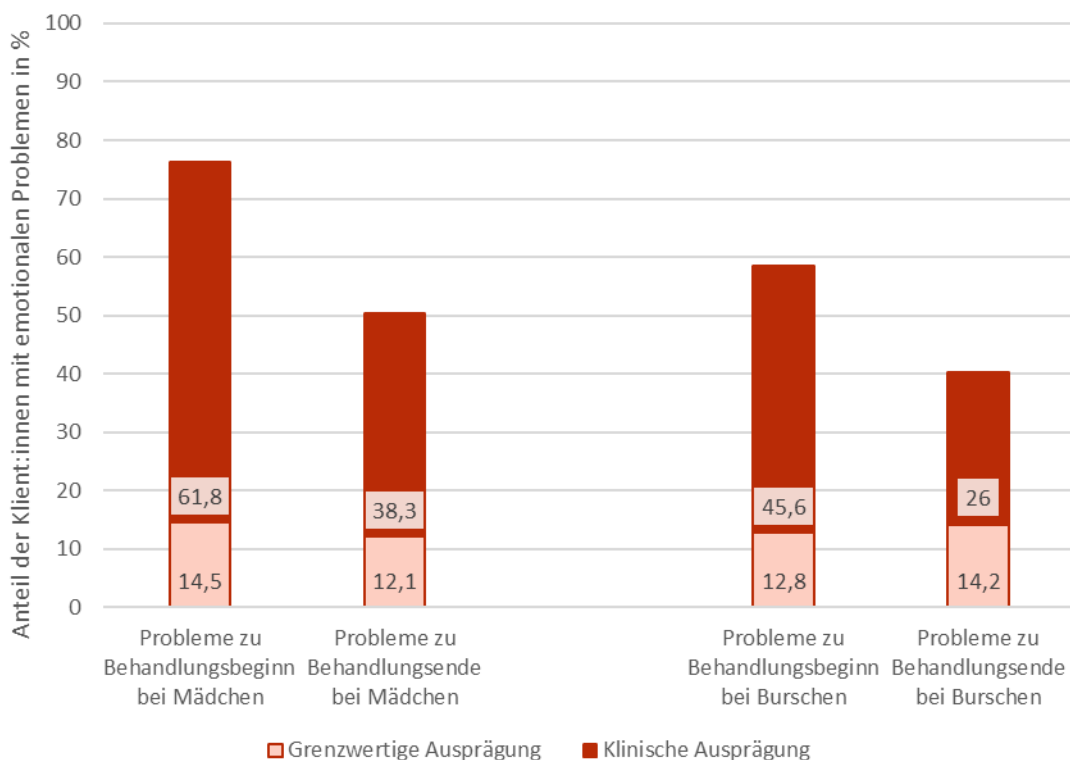
Zu Beginn und am Ende der Behandlungen bewerteten die Bezugspersonen das Befinden und Verhalten ihrer Kinder mit dem Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997). Der SDQ umfasst fünf Subskalen: emotionale Probleme, Probleme mit Gleichaltrigen (Peers), Verhaltensprobleme, Hyperaktivität sowie prosoziales Verhalten. Emotionale Probleme und Peer-Probleme stehen stellvertretend für internalisierende Schwierigkeiten, während externalisierende Schwierigkeiten durch Verhaltensprobleme und Hyperaktivität repräsentiert sind. Höhere Werte auf den Problemskalen zeigen mehr Schwierigkeiten an, höhere Werte auf der Prosozialitäts-Skala hingegen mehr soziale Kompetenzen. Auffällige Werte wurden anhand der Normierung durch Woerner et al. (2004) bestimmt. Zu berücksichtigen ist dabei das Alter der Normierungsstudie. Die Darstellung von „grenzwertigen“ bis „klinischen“ Ausprägungen dient daher vor allem dem vereinfachten Vergleich zwischen Behandlungsbeginn und -ende und sollte nicht als Indikator für den Behandlungsbedarf der Kinder genutzt werden.

Die Bezugspersonen berichteten von Verbesserungen internalisierender (emotionale und Peer-Probleme) und externalisierender (Verhaltensprobleme und Hyperaktivität) Schwierigkeiten im Verlauf der Behandlungen. Gleichzeitig wurde die Prosozialität der Kinder und Jugendlichen gestärkt.

Internalisierende Schwierigkeiten

Zu Beginn der Behandlungen hatten 66,3 % der Kinder und Jugendlichen laut Bezugspersonen emotionale Probleme. Der Mittelwert emotionaler Probleme sank im Behandlungsverlauf signifikant von 4,8 innerhalb der ersten fünf Einheiten auf 3,4 nach zehn oder mehr Einheiten. Am Ende der Behandlungen lag der Anteil mit emotionalen Problemen bei 45,0 %. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserten sich die emotionalen Probleme pro Sitzung um durchschnittlich 0,10 Einheiten. Dies entspricht bei 15 Behandlungseinheiten einer mittleren Verbesserung um 31 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Abbildung 19 zeigt die Anteile der Klient:innen mit erhöhten Werten emotionaler Probleme zu Beginn und am Ende der Behandlungen.

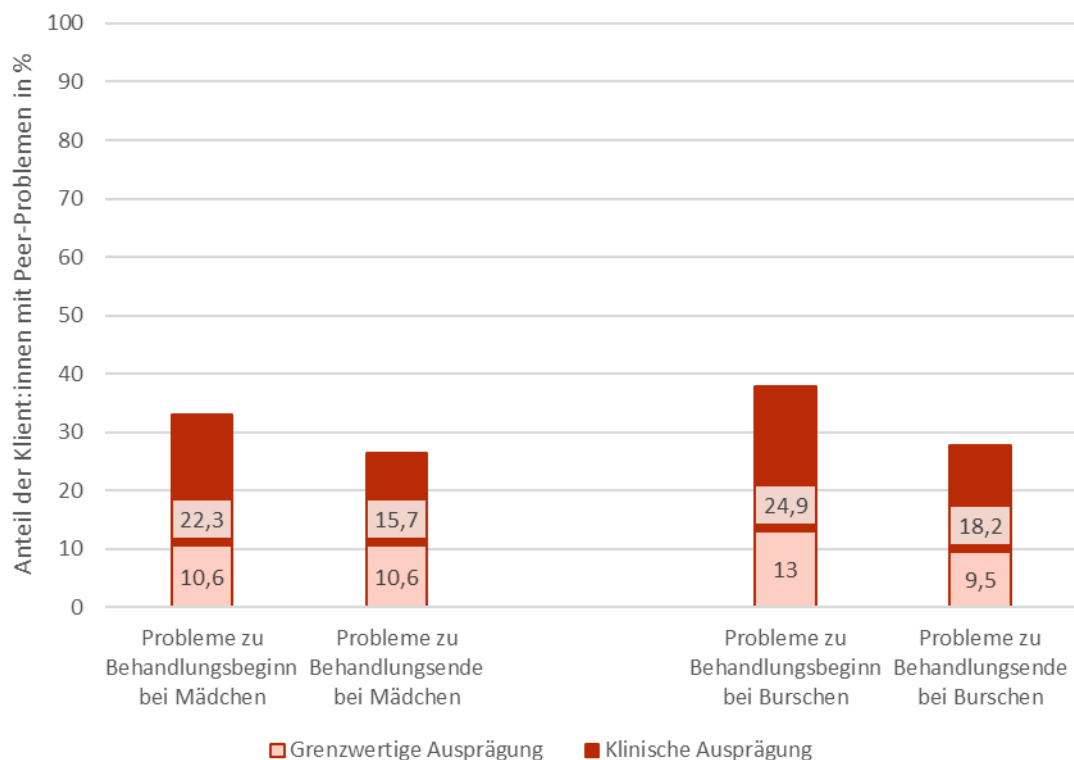
Abbildung 19 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen emotionalen Problemen



Anmerkung: Basierend auf dem SDQ erfasst im Eltern-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. N = 1.359; Substichproben N = 256 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 445 (Burschen zu Behandlungsbeginn); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Probleme mit Gleichaltrigen wurden zu Beginn der Behandlungen bei 35,7 % der Kinder und Jugendlichen berichtet. Der Mittelwert von Peer-Problemen sank im Behandlungsverlauf signifikant von 2,9 innerhalb der ersten fünf Einheiten auf 2,3 nach zehn oder mehr Einheiten. Am Ende der Behandlungen lag der Anteil von Kindern mit Peer-Problemen bei 27,0 %. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserten sich die Peer-Probleme pro Sitzung um durchschnittlich 0,04 Einheiten. Dies entspricht bei 15 Behandlungseinheiten einer mittleren Verbesserung um 21 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Abbildung 20 zeigt die Anteile der Klient:innen mit erhöhten Werten von Peer-Problemen zu Beginn und am Ende der Behandlungen.

Abbildung 20 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen Peer-Problemen

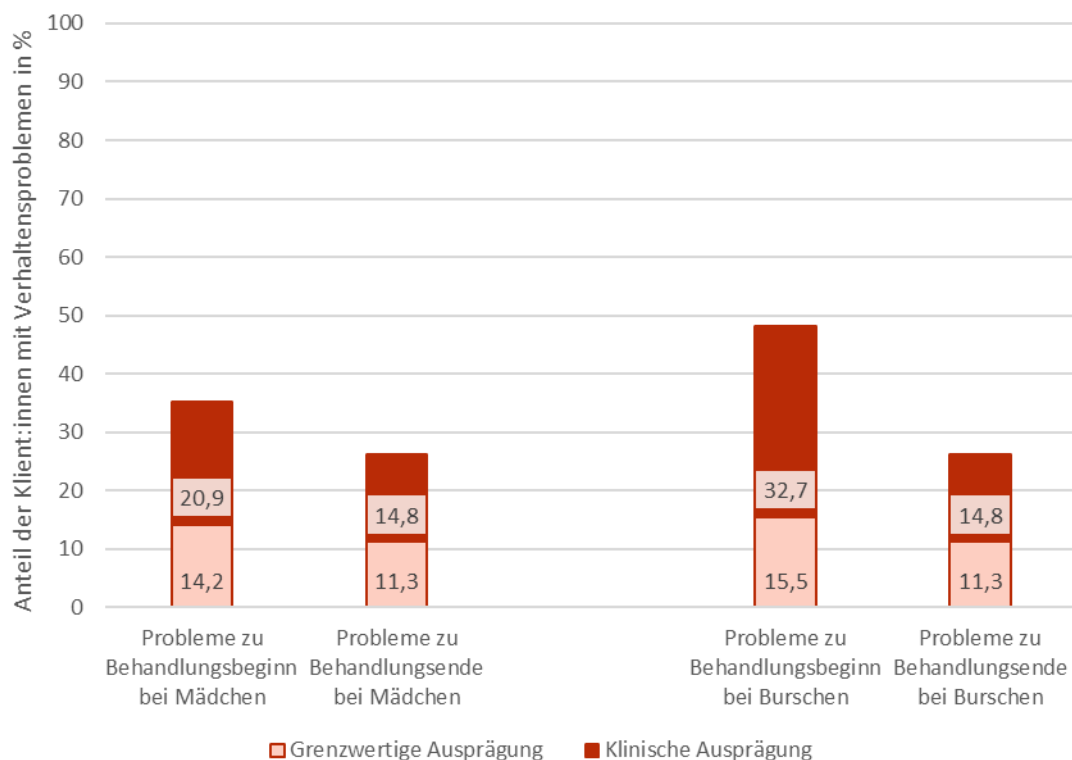


Anmerkung: Basierend auf dem SDQ erfasst im Eltern-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. N = 1.357; Substichproben N = 255 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 446 (Burschen zu Behandlungsbeginn); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Externalisierende Schwierigkeiten

Zu Beginn der Behandlungen hatten 42,3 % der Kinder und Jugendlichen laut Bezugspersonen Verhaltensprobleme. Der Mittelwert von Verhaltensproblemen sank im Behandlungsverlauf signifikant von 3,3 innerhalb der ersten fünf Einheiten auf 2,6 nach zehn oder mehr Einheiten. Am Ende der Behandlungen lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Verhaltensproblemen bei 29,1 %. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserten sich die Verhaltensprobleme pro Sitzung um durchschnittlich 0,05 Einheiten. Dies entspricht bei 15 Behandlungseinheiten einer mittleren Verbesserung um 22,7 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Abbildung 21 zeigt die Anteile der Klient:innen mit erhöhten Werten von Verhaltensproblemen zu Beginn und am Ende der Behandlungen.

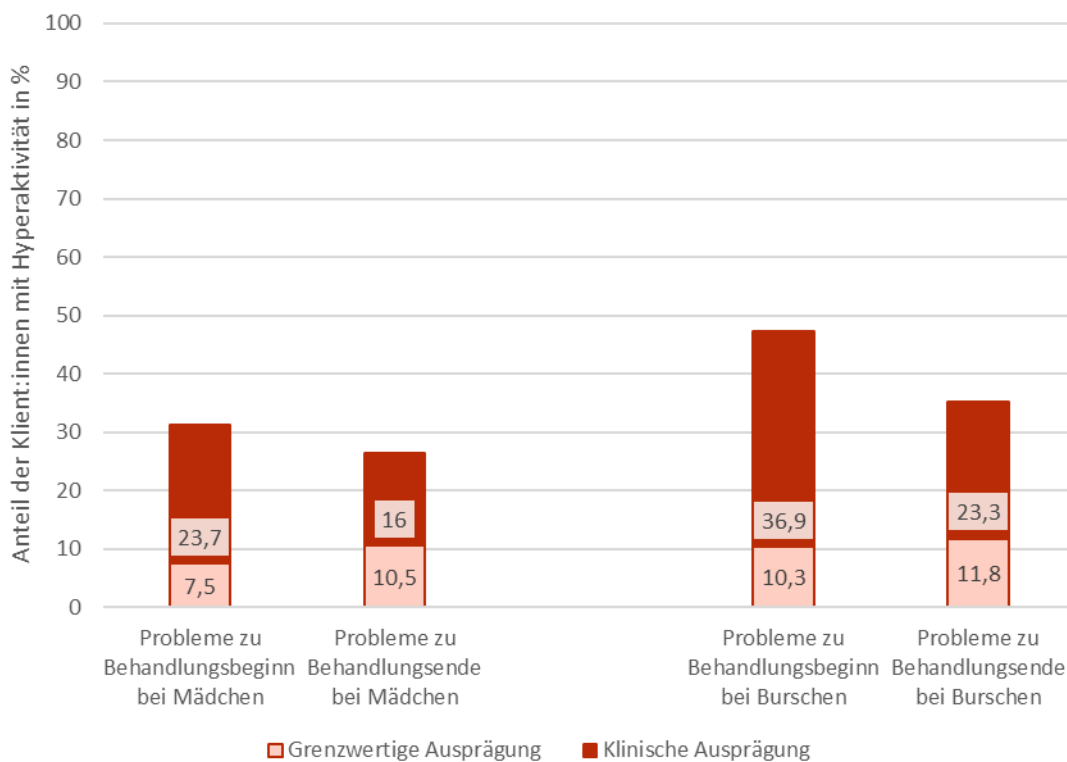
Abbildung 21 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen Verhaltensproblemen



Anmerkung: Basierend auf dem SDQ erfasst im Eltern-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. N = 1.359; Substichproben N = 256 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 446 (Burschen zu Behandlungsbeginn); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Hyperaktivität und Unaufmerksamkeit wurde zu Beginn der Behandlungen bei 41,1 % der Kinder und Jugendlichen berichtet. Der Mittelwert von Hyperaktivität sank im Behandlungsverlauf signifikant von 5,0 innerhalb der ersten fünf Einheiten auf 4,2 nach zehn oder mehr Einheiten. Am Ende der Behandlungen lag der Anteil mit Hyperaktivität bei 31,6 %. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserte sich die Hyperaktivität pro Sitzung um durchschnittlich 0,05 Einheiten. Dies entspricht bei 15 Behandlungseinheiten einer mittleren Verbesserung um 15 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Abbildung 22 zeigt die Anteile der Klient:innen mit erhöhten Werten für Hyperaktivität zu Beginn und am Ende der Behandlungen.

Abbildung 22 Anteile der Klient:innen mit grenzwertiger bis klinischer Hyperaktivität

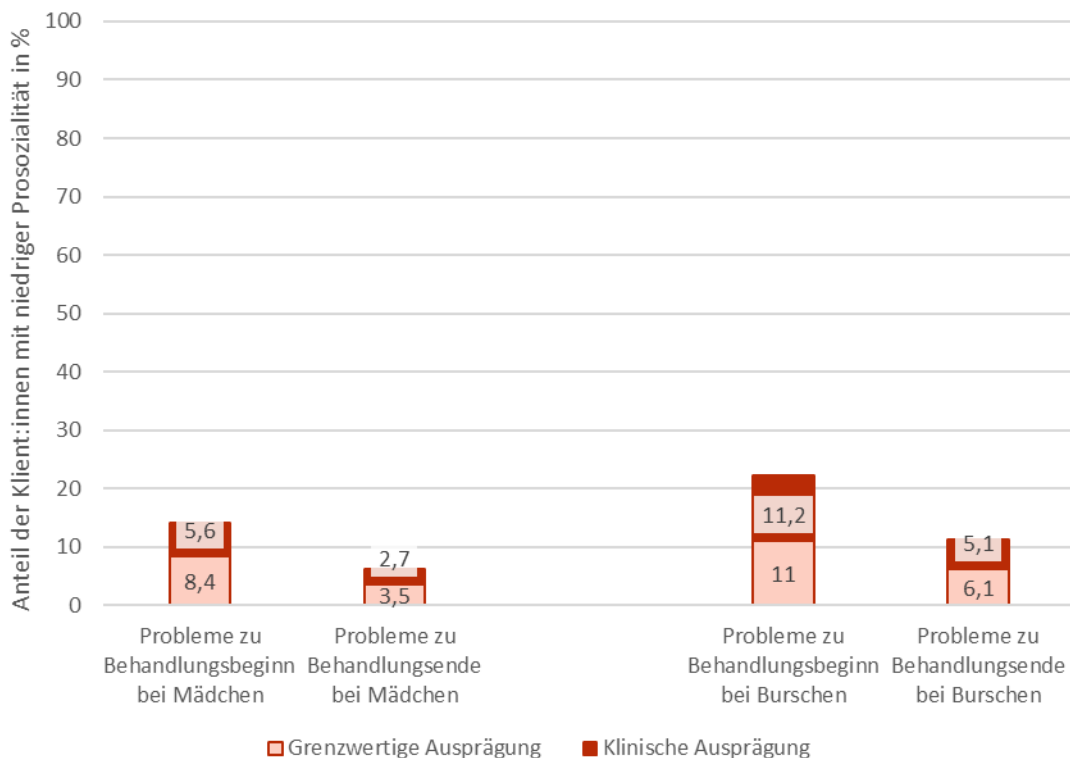


Anmerkung: Basierend auf dem SDQ erfasst im Eltern-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. N = 1.358; Substichproben N = 256 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 445 (Burschen zu Behandlungsbeginn); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Prosozialität

Zu Beginn der Behandlungen berichteten Bezugspersonen bei 18,5 % der Klient:innen von Auffälligkeiten in der Prosozialität. Der Mittelwert von Prosozialität stieg im Behandlungsverlauf signifikant von 7,4 innerhalb der ersten fünf Einheiten auf 8,0 nach zehn oder mehr Einheiten. Am Ende der Behandlungen lag der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Auffälligkeiten bei 8,9 %. Unter Berücksichtigung von Alters- und Geschlechtsunterschieden verbesserte sich die Prosozialität pro Sitzung um durchschnittlich 0,04 Einheiten. Dies entspricht bei 15 Behandlungseinheiten einer mittleren Verbesserung um 8 % im Vergleich zum Behandlungsbeginn. Abbildung 23 zeigt die Anteile der Klient:innen mit niedrigen Werten von Prosozialität zu Beginn und am Ende der Behandlungen.

Abbildung 23 Anteile der Klient:innen mit grenzwertig bis klinisch niedriger Prosozialität



Anmerkung: Basierend auf dem SDQ erfasst im Eltern-Fragebogen. Behandlungsbeginn entspricht Befragungen innerhalb der ersten fünf Einheiten, Behandlungsende entspricht Befragungen nach mindestens zehn Einheiten. N = 1.357; Substichproben N = 256 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 445 (Burschen zu Behandlungsbeginn); diverse Klient:innen sind aufgrund der kleinen Stichprobe nicht aufgeführt.

Steigerung der Positiven Psychischen Gesundheit

Wie bei den Klient:innen wurde auch bei den Bezugspersonen die Positive Mental Health Scale (PMH; Lippert et al., 2024; Lukat et al., 2016) eingesetzt. Die psychische Gesundheit wurde mit neun positiv formulierten Items erfasst, die auf vier Stufen von 0 (stimme nicht zu) bis 3 (stimme zu) beantwortet wurden. Die Gesamtskala kann Werte zwischen 0 und 27 annehmen. Höhere Werte sind ein Indikator für eine bessere psychische Gesundheit.

Die positive psychische Gesundheit der Klient:innen stieg laut Eltern und anderen Bezugspersonen im Verlauf der Behandlungen signifikant an.

Zu Behandlungsbeginn lag die mittlere positive psychische Gesundheit laut den Bezugspersonen bei 17,0. Am Ende der Behandlungen war der Wert signifikant auf 19,7 angestiegen. Pro Sitzung verbesserte sich die positive psychische Gesundheit um durchschnittlich 0,17 Einheiten. Dies entspricht einem potenziellen Anstieg um 15,0 % bei Inanspruchnahme von 15 Behandlungseinheiten.

Subjektive Einschätzungen: Wie beurteilen Klient:innen und Bezugspersonen die Veränderungen?

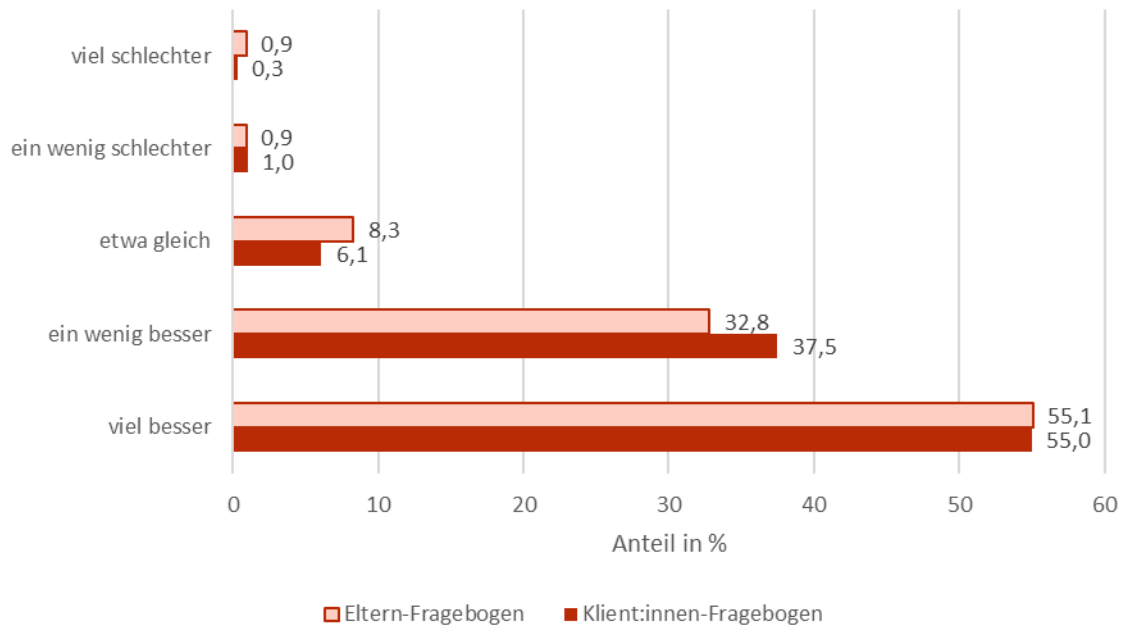
Klient:innen und Bezugspersonen gaben bei der Abschlussbefragung im Fragebogen an, inwiefern sich ihr Befinden subjektiv verändert hatte, seit sie die Behandlung begonnen hatten.

Die messbaren Verbesserungen im Befinden der Kinder und Jugendlichen spiegelten sich auch in den subjektiven Einschätzungen von Veränderungen im Befinden und den Schwierigkeiten wider: 92,5 % der Klient:innen und 87,9 % der Bezugspersonen berichteten von subjektiven Verbesserungen.

Die deutliche Mehrheit von 55,0 % der Klient:innen berichtete von starken Verbesserungen im Befinden (siehe Abbildung 24). Auch Bezugspersonen berichteten in 55,1 % der Fälle von deutlichen Verbesserungen der Schwierigkeiten ihres Kindes nach mindestens zehn Behandlungseinheiten. Weitere 37,5 % der Klient:innen und 32,8 % der Bezugspersonen berichteten von leichten Verbesserungen. Lediglich 6,1 % der

Klient:innen und 8,3 % der Bezugspersonen bemerkten keine Veränderungen und 1,4 % der Klient:innen sowie 1,8 % der Bezugspersonen bemerkten Verschlechterungen.

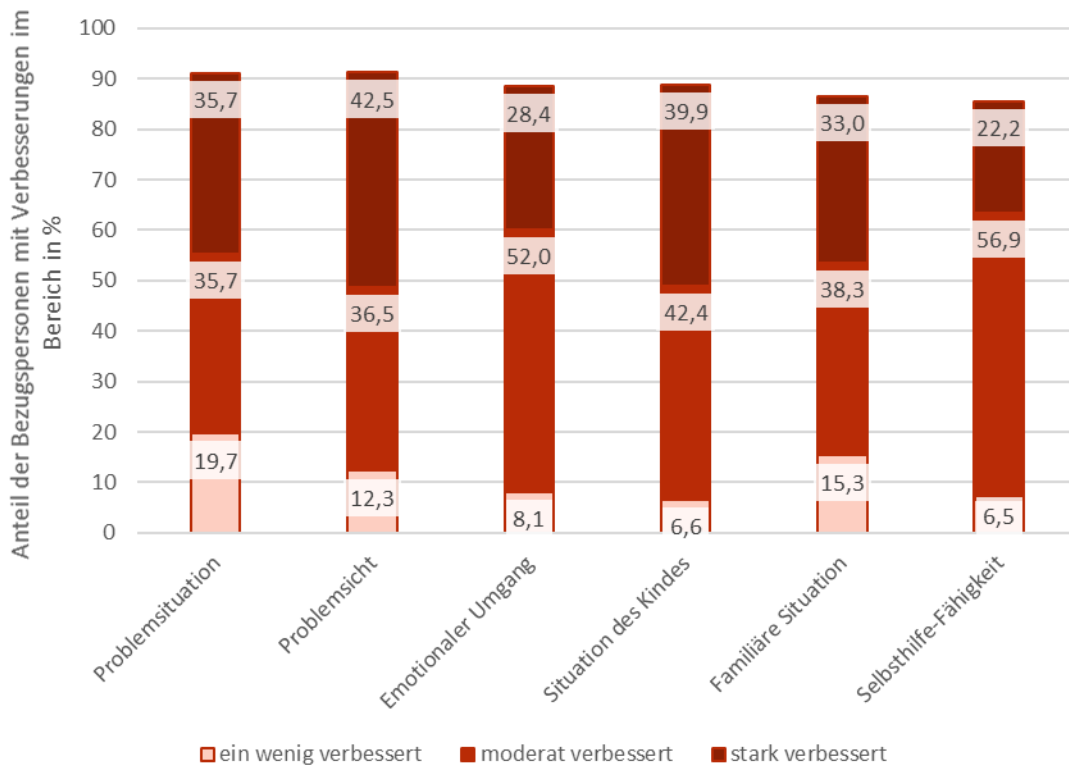
Abbildung 24 Subjektive Veränderungen im Befinden und den Schwierigkeiten der Klient:innen



Anmerkung: N = 2.487 Klient:innen-Fragebögen nach zehn oder mehr Einheiten; Antworten auf die Frage „Seit du die Behandlung begonnen hast, geht es dir ...“. N = 541 Eltern-Fragebögen nach zehn oder mehr Einheiten, davon 11 ohne Schwierigkeiten seit Beginn; Antworten auf die Frage „Seit Sie mit der Behandlung/Beratung begonnen haben, sind die Schwierigkeiten des Kindes ...“.

Ergänzend wurden die Beratungseffekte für die Bezugspersonen mit dem FEF (Vossler, 2001) erfasst. Fast alle Befragten kamen hier zu positiven Schlussfolgerungen: 91,2 % gaben an, dass sich die Problemsituation verbessert hatte, 91,3 % hatten eine neue Sicht auf die Probleme des Kindes entwickelt, 88,5 % konnten emotional besser damit umgehen, 88,9 % sahen Verbesserungen in der Situation des Kindes und laut 86,6 % hatte sich die familiäre Situation insgesamt verbessert. Zusätzlich wurde die Fähigkeit zur Selbsthilfe gestärkt (85,6 %). Die Bezugspersonen wurden gelassener im Umgang mit den Schwierigkeiten und fühlten sich vorbereitet, mit neu auftretenden oder wiederkehrenden Problemen umzugehen. Abbildung 25 zeigt den Anteil der Bezugspersonen, die Verbesserungen in den fünf Bereichen spürten.

Abbildung 25 Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen laut Bezugspersonen



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 530 (Familiäre Situation) bis N = 546 (Emotionaler Umgang); Messung mittels FEF (Vossler, 2001).

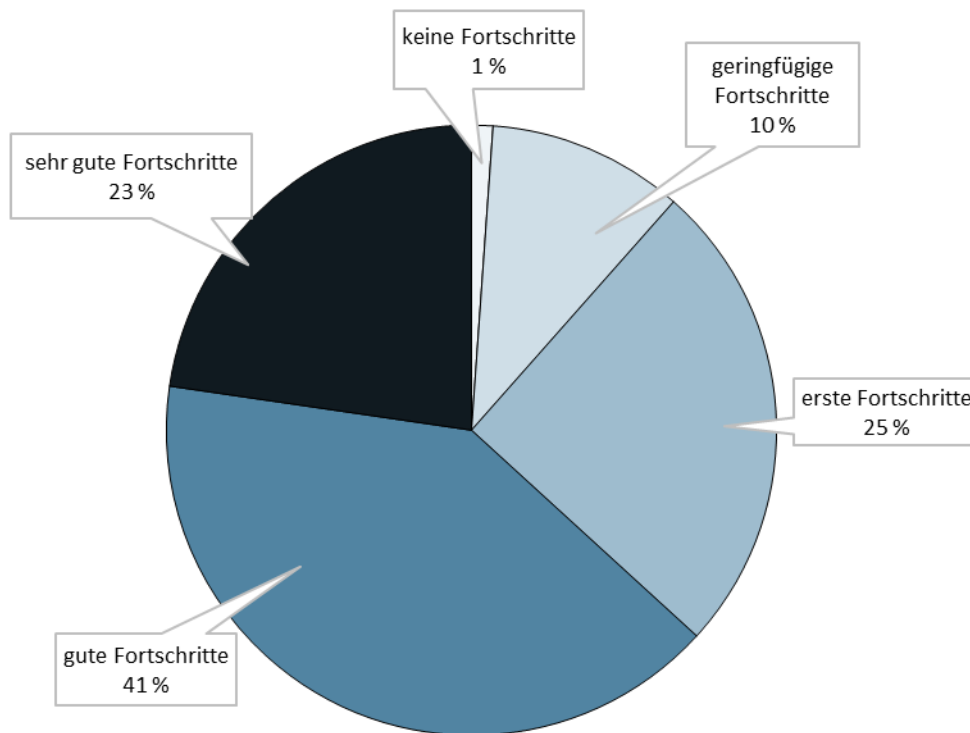
Professionelle Einschätzungen: Wie schätzen Behandler:innen die Behandlungseffekte ein?

Behandler:innen wurden im Klient:innen-Fragebogen und in den Quartalsdokumentationen nach ihrer Einschätzung zum Befinden und zum Behandlungsfortschritt einzelner Klient:innen gebeten.

Die Mehrheit der Klient:innen machte laut Angaben der Behandler:innen deutliche Fortschritte im Rahmen der GadK-Behandlungen. Dennoch blieb häufig ein weiterer Behandlungsbedarf über die vorgesehenen 15 Einheiten hinaus bestehen. Eine Verlängerung um fünf weitere Einheiten konnte in vielen Fällen genutzt werden, um eine Anbindung an die Regelversorgung herzustellen.

In den Quartalsdokumentationen zeigte sich, dass nach zehn oder mehr Behandlungseinheiten bei 64 % der Klient:innen gute bis sehr gute Fortschritte in Bezug auf die primären Behandlungsziele erreicht wurden. Lediglich bei 1 % der Klient:innen wurden keine Fortschritte berichtet (siehe Abbildung 26).

Abbildung 26 Behandlungsfortschritte bezüglich primärer Ziele



Anmerkung: N = 7.884 Quartalsdokumentationen nach mindestens zehn Behandlungseinheiten.

Je mehr Behandlungseinheiten durchgeführt wurden, desto höher war der eingeschätzte Behandlungsfortschritt.

Sekundäre Ziele wurden mit 60 % guten bis sehr guten Fortschritten und 2 % ohne Fortschritte etwas weniger gut erreicht als primäre Ziele. Für eine detaillierte Auflistung aller Werte siehe Tabelle A 5 in Anhang II.

Einen weiteren Behandlungsbedarf sahen die Behandler:innen zum Dokumentationszeitpunkt bei 54 % der Klient:innen gegeben. Dieser Wert ist zum Teil darauf zurückzuführen, dass die Dokumentationen nicht immer zur letzten Einheit ausgefüllt wurden. Es ist also davon auszugehen, dass ein Teil des fortbestehenden

Behandlungsbedarfs durch weitere Einheiten über GadK III abgedeckt wurde. Dennoch war der Anteil besonders hoch bei Klient:innen, deren Behandlung verlängert wurde: 71 % der Klient:innen hatten nach Einschätzung der Behandler:innen auch nach 20 Einheiten einen Weiterbehandlungsbedarf. Bei Klient:innen, die nur 15 Einheiten erhielten, lag der Anteil mit Weiterbehandlungsbedarf bei 48 %.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei vielen Kindern und Jugendlichen innerhalb von 15 Behandlungseinheiten deutliche Fortschritte erzielt werden können. Wenn längere Behandlungen benötigt wurden, handelte es sich oft nicht um einen einfach zu erfüllenden Bedarf, der mit wenigen zusätzlichen Einheiten gedeckt werden konnte. Dem wurde bei GadK mit der Vorgabe begegnet, dass Verlängerungseinheiten für die Überführung in die Regelversorgung genutzt werden müssen. Diese Überführung war nach einer Verlängerung bei 78 % der Klient:innen mit fortbestehendem Bedarf erfolgreich. Ohne Verlängerung konnten 67 % der Klient:innen mit Bedarf an eine weitere Versorgung angebunden werden.

6 Erfolgsfaktoren des Programms

Beantwortung der Fragestellung: Welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen waren für den Programmerfolg von „Gesund aus der Krise III“ bedeutsam?

Die GadK-Programme zeichneten sich durch ihre niederschwellige Gestaltung aus. Der kostenfreie, qualitätsgesicherte, wohnortsnahe und rasche Zugang zu Behandlungen ermöglichte Kindern und Jugendlichen psychosoziale Unterstützung, die ihnen ohne die Programme in vielen Fällen nicht zugänglich gewesen wäre. Voraussetzung hierfür waren die günstigen Rahmenbedingungen für die Abwicklung sowie ein ausreichend großer Behandler:innen-Pool. Entscheidend für die erfolgreiche Umsetzung war die zentrale Servicestelle als Kontaktpunkt für alle Beteiligten und die kontinuierliche Optimierung der Rahmenbedingungen und der Abläufe. Gleichzeitig war GadK in einen gesellschaftlichen und politischen Kontext mit großen Lücken in der psychosozialen Regelversorgung von Kindern und Jugendlichen eingebettet. Die Programme hatten nicht die Kapazitäten, um die Lücken vollständig auszugleichen, konnten sie aber zumindest verkleinern.

Im Rahmen der Evaluierung von GadK I und GadK II wurden zentrale Erfolgsfaktoren und Hindernisse für den Programmerfolg identifiziert (Kulcar et al., 2025). Diese wurden für GadK III überprüft und bestätigt. In diesem Zwischenbericht erfolgt eine präzisiertere Darstellung sowie eine Ergänzung um zusätzliche Aspekte.

Welche Faktoren trugen zum Erfolg der Programme bei?

Abbildung 27 zeigt eine schematische Übersicht, wie der Programmerfolg erzielt werden konnte. Zentral war hierbei das Zusammenspiel aus günstigen Rahmenbedingungen und deren kontinuierlicher Optimierung. Diese waren die Voraussetzung für die Niederschwelligkeit für Klient:innen und die Mitwirkungsbereitschaft der Behandler:innen, die den großen Umfang erfolgreicher Behandlungen ermöglichten. Die zentrale Servicestelle spielte hierfür eine entscheidende Rolle, indem sie die Prozesse abwickelte und Anlaufstelle für alle Beteiligte war.

Abbildung 27 Erfolgsfaktoren der GadK-Programme



Günstige Rahmenbedingungen

Die GadK-Programme wurden auf Grundlage bereits etablierter Strukturen durch interdisziplinäre Kooperation zwischen Psycholog:innen (vertreten durch den BÖP) und Psychotherapeut:innen (vertreten durch den ÖBVP) aufgebaut. Der Aufbau auf etablierten Strukturen – zunächst des BÖP, bei GadK II und GadK III auf bestehenden Programmstrukturen – ermöglichte die schnelle Umsetzung. Der Übergang zwischen den Programmzyklen konnte durch vorhergehende Erfahrungen zunehmend reibungslos gestaltet werden.

Die bundesweit einheitliche Struktur, der Aufbau auf etablierten Strukturen und die interdisziplinäre Kooperation unter enger Zusammenarbeit mit dem BMASGPK schafften günstige Rahmenbedingungen für die Programmabwicklung.

Musiktherapeut:innen (vertreten durch den ÖBM) konnten bei GadK III in die bestehenden Strukturen und Abläufe, die für und von Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen aufgebaut wurden, integriert werden. Andere Berufsgruppen wirkten als Zuweiser:innen indirekt am Programmserfolg mit und profitieren von dem zusätzlichen Versorgungsangebot, indem sie Betroffene an das Angebot verweisen können. Die GadK-Programme sind daher ein Beispiel gelungener interdisziplinärer

Kooperation zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, die an der psychosozialen Unterstützung von Kindern und Jugendlichen arbeiten.

Zudem war ein zentrales Merkmal der GadK-Programme die bundesweit einheitliche und transparente Umsetzung durch die zentrale Servicestelle. Diese erlaubte eine effiziente Abwicklung der Versorgungsleistungen.

Niederschwelligkeit für die Klient:innen

Der Zugang zu psychosozialer Unterstützung ist für viele Betroffene mit Hindernissen verbunden. Entscheidend sind oft die Kosten für Behandlungen. Durch die kostenfreien Behandlungen bei GadK wurde ein entscheidender Schritt für die Niederschwelligkeit gesetzt.

Niederschwelligkeit wurde bei GadK durch den kostenfreien Zugang und durch die zentrale Servicestelle als bundesweit einheitliche Anlaufstelle geschaffen. Einfache Anmeldeprozesse, ein geprüfter, interdisziplinärer Behandler:innen-Pool und die rasche, wohnortnahe Zuweisung zu Behandlungen reduzierten entscheidende Zugangshindernisse zu psychosozialer Versorgung. So konnten Kinder und Jugendliche mit Behandlungsbedarf unterstützt werden, die vor GadK durch Barrieren von der Inanspruchnahme von Unterstützung abgehalten wurden.

Zusätzlich wurde der niederschwellige Zugang durch die zentrale Servicestelle sichergestellt, die als bundesweite Anlaufstelle fungierte. Dies ermöglichte einen einfacheren Zugang zu Informationen als bundeslandspezifische Verfahren. Klient:innen und Obsorgeberechtigte mussten nicht einzelne Behandler:innen kontaktieren und sich über Möglichkeiten der Finanzierung informieren, sondern alle Informationen und die Vermittlung zu Behandlungen wurden zentral organisiert.

Die Anmeldung war einfach gestaltet und konnte über unterschiedliche Wege erfolgen (Webseite, E-Mail, telefonisch). Die Zuweisung erfolgte in der Regel innerhalb weniger Tage bis Wochen wohnortnah. Auch Klient:innen ohne Diagnose und ab 14 Jahren ohne Unterstützung der Eltern konnten das Angebot nutzen. So konnte ein breites Spektrum an jungen Menschen mit Behandlungsbedarf erreicht werden. Ein Nachweis der finanziellen Bedürftigkeit musste nicht erbracht werden. Dadurch nahmen auch Familien das Angebot in Anspruch, für die eine Privatfinanzierung möglich wäre. Gleichzeitig stellte diese

Maßnahme die Niederschwelligkeit und den stigmatisierungsfreien Zugang für diverse junge Menschen mit Bedarf sicher.

Die Mitwirkung der drei Berufsgruppen Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen überwand die für Betroffene oft nicht nachvollziehbare disziplinäre Fragmentierung. Klient:innen konnten sich darauf verlassen, dass sie bei GadK qualifizierten Behandler:innen zugewiesen wurden, was Hindernisse im Zugang zu psychosozialer Versorgung weiter reduzierte.

Motivation der Behandler:innen

Um Behandlungen in großem Umfang anbieten zu können, mussten ausreichend Behandler:innen für die Mitwirkung an den Programmen gewonnen werden. Neben der Informationsvermittlung an noch nicht registrierte Behandler:innen zum Ausbau des Behandler:innen-Pools war entscheidend, dass der Behandler:innen-Pool gehalten und durch die geprüften Behandler:innen Kapazitäten zur Verfügung gestellt wurden.

Bei GadK konnten ein umfangreicher Behandler:innen-Pool aufgebaut und große Behandlungs-Kapazitäten bereitgestellt werden, indem angemessene Rahmenbedingungen für die Behandler:innen geschaffen wurden. Die zentrale Servicestelle stellte Unterstützung bereit und die administrativen Prozesse und Anforderungen waren auf das Nötigste reduziert. Die Behandler:innen identifizierten sich stark mit GadK.

Die GadK-Programme erreichten die Mitwirkungsbereitschaft der Behandler:innen insbesondere durch die Betreuung durch die zentrale Servicestelle. Die Abläufe waren unkompliziert und unbürokratisch gestaltet. Für die Behandler:innen war die Mitwirkung bei GadK daher kaum mit Zusatzaufwand bzw. zum Teil mit reduziertem bürokratischem Aufwand verbunden.

Zusätzlich war die Bezahlung bei den GadK-Programmen bundesweit einheitlich und ermöglichte kostendeckendes Arbeiten. Die Mitwirkung an der Evaluierung wurde im Honorar berücksichtigt. Die Bezahlung wurde als Wertschätzung wahrgenommen, was die Motivation zur Mitwirkung stärkte. Gefordert wurde allerdings eine Inflations-Anpassung der Kostensätze.

Insgesamt äußerten sich 98 % der Behandler:innen zufrieden über GadK und 97 % über die Unterstützung durch die zentrale Servicestelle (für Details siehe Anhang IV).

Kontinuierliche Optimierung

Kritik und Anmerkungen von unterschiedlichen Beteiligten wurden kontinuierlich in die Programmgestaltung eingearbeitet. Die Abläufe wurden laufend optimiert. Hierzu gehörte insbesondere die Vereinfachung administrativer Prozesse durch deren Digitalisierung und Automatisierung. Diese ermöglichten die Abwicklung von Anmeldungen, Zuweisung und Behandlungen einer steigenden Anzahl Klient:innen und vereinfachten die Dokumentationsprozesse für Behandler:innen zunehmend.

Die strukturellen Rahmenbedingungen ermöglichten eine kontinuierliche Optimierung übergeordneter Strukturen und konkreter Abläufe. Dadurch konnte auf Rückmeldungen unterschiedlicher Interessensträger:innen eingegangen werden.

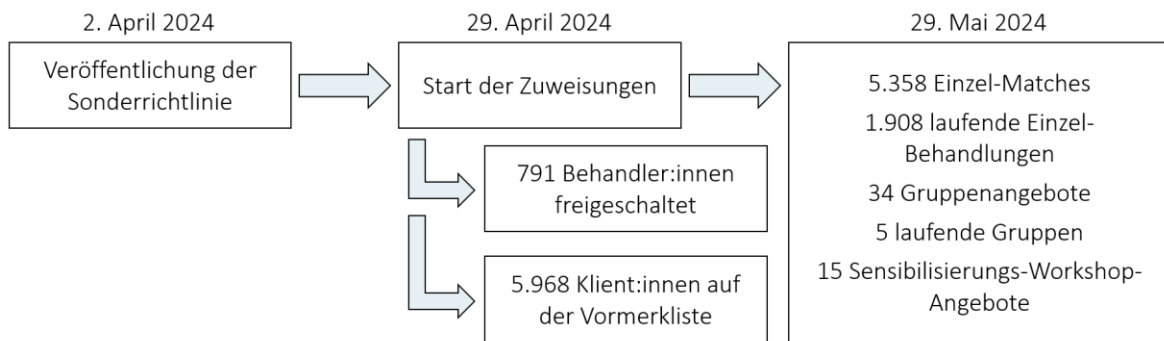
Durch die Maßnahmen wurden die Programme zunehmend effizienter und die Rahmenbedingungen für die Behandlungen erfolgsförderlicher.

Spezifische Anpassungen bei GadK III umfassten die Verlängerung der Frist für Behandler:innen-Wechsel von zwei auf drei Einheiten. Hierdurch wurden fundiertere Entscheidungen über das Potenzial der Zusammenarbeit einer spezifischen Behandler:innen-Klient:innen-Paarung ermöglicht. Zudem konnten Klient:innen, die in vorigen Programmzyklen nicht mehr als fünf Einheiten erhalten hatten, in GadK III neu vermittelt werden. Bei Gruppenbehandlungen wurde ab GadK III eine Einzeleinheit pro Klient:in integriert, um Vor- und Abschlussgespräche umzusetzen. Hierdurch konnten Behandlungs-Beziehungen aufgebaut und individuelle Situationen besprochen werden. Die Ergänzung von Einzeleinheiten habe „qualitativ eine große Verbesserung [und] nochmal ganz viele Möglichkeiten“ gebracht (Behandler:innen-Interview 17).

Insbesondere der Start von GadK III konnte rascher gestaltet werden, indem auf Erfahrungen aus dem Übergang von GadK I zu GadK II aufgebaut wurde. Relevant war hier eine proaktive Kommunikation mit den Behandler:innen, bestehend aus Informationsmaterial, Mail-Erinnerungen und Sprechstunden. Voraussetzung hierfür waren klare Rahmenbedingungen bezüglich des Zeitpunkts des Programmstarts. Auch

Klient:innen auf der Warteliste wurden laufend informiert. Zudem war das Team der zentralen Servicestelle bereits eingespielt und alle Mitarbeiter:innen gut eingeschult. Administrative Prozesse wie die Kooperationsverträge mit den Behandler:innen und die Beauftragung von Dienstleister:innen wurden bereits in den Vormonaten vorbereitet, sodass die Behandlungs-Zuweisungen innerhalb von weniger als einem Monat nach der Veröffentlichung der Förderrichtlinie beginnen konnten (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28 Programmstart von GadK III



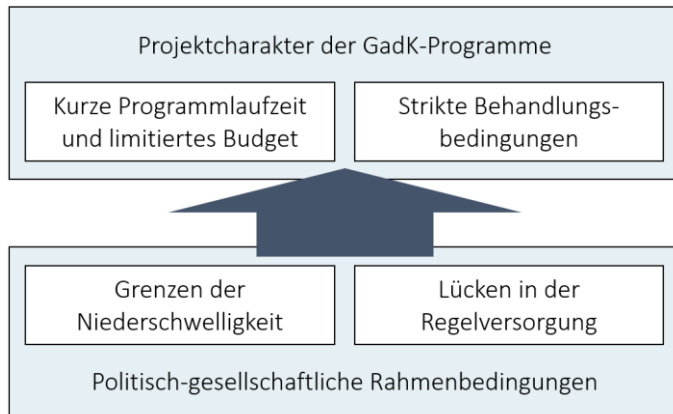
Zum Start der Zuweisungen standen 5.968 Klient:innen auf der Warteliste. Die Zuweisung dieser an die bereits freigeschalteten 791 Behandler:innen konnte somit nahezu sofort beginnen. Einen Monat später war die Anzahl der freigeschalteten Behandler:innen auf 1.302 gestiegen. Der Behandler:innen-Pool hatte somit nahezu die Größe von GadK II erreicht und die Größe von GadK I bereits überschritten. Ende Mai 2024 hatten mehr als 5.000 Zuweisungen stattgefunden, welche in fast 2.000 laufenden Einzel-Behandlungen resultierten. Auch Gruppen wurden angeboten. Fünf Gruppen liefen bereits einen Monat nach Programmstart und 26 Behandlungseinheiten hatten stattgefunden. Auch für Sensibilisierungs-Workshops konnten Interessierte sich anmelden.

Welche Faktoren behinderten den Programmerfolg?

Abbildung 29 zeigt limitierende Faktoren für den Programmerfolg. Diese lassen sich in zwei Hauptaspekte unterteilen. Einerseits hatten die Programme einen Projektcharakter, was Einfluss auf die übergeordnete Abwicklung sowie auf die Behandlungen nahm. Gleichzeitig waren sie in eine Gesamtsituation mit deutlichen Lücken in der Regelversorgung und fortbestehenden Problemen in der Erreichbarkeit mancher

Bevölkerungsgruppen eingebettet. Diese bedingten die Schwierigkeiten durch den Projektcharakter mit.

Abbildung 29 Hindernisse der GadK-Programme



Kurze Programmlaufzeit und limitiertes Budget

Alle GadK-Programme waren als Projekte mit definiertem Beginn und Ende gestaltet, die kurzfristig auf den unerfüllten Bedarf an psychosozialer Versorgung für Kinder und Jugendliche reagieren sollten. Daher waren pro Programm fixe Laufzeiten von etwa einem Jahr definiert. Für die Laufzeit stand ein Budget zur Verfügung, das nicht auf weitere Programmzyklen übertragen werden konnte.

Die begrenzten Laufzeiten und Budgets der GadK-Programme führten zu Unsicherheiten bei allen Interessensgruppen. Da die Nachfrage die budgetären Rahmenbedingungen überstieg, mussten Anmeldestops umgesetzt werden, sodass der Zugang zum Versorgungsangebot nicht mehr gewährleistet war.

Administrativ erforderte die begrenzte Laufzeit, dass die Programmbudgets so verwaltet werden mussten, dass sie möglichst für die gesamte Laufzeit ausreichten und gleichzeitig keine notwendigen Behandlungen oder Verlängerungen aus finanziellen Gründen abgelehnt wurden, obwohl noch ausreichend Budget zur Verfügung stand. Aufgrund der hohen Nachfrage kam es zu Anmeldestops und Einschränkungen bei Behandlungsverlängerungen vor Ende der Programmlaufzeiten. Bei GadK III erfolgte der erste Anmeldestopp am 17. Oktober 2024. Daraufhin wurde das Budget im Dezember

2024 einmalig erhöht, um eine Fortsetzung zu ermöglichen. Bereits am 17. Jänner 2025 mussten die Anmeldungen jedoch erneut geschlossen werden.

Für Klient:innen, Obsorgeberechtigte, Behandler:innen und Zuweiser:innen war diese Situation unzufriedenstellend und gefährdete die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, wie ein:e Zuweiser:in berichtete: „In der Realität stand uns www.gesundausderkrise.at dieses Schuljahr so gut wie nicht zur Verfügung“. Entsprechend herausfordernd war die Außenkommunikation während Anmeldestopps. Hierfür mussten Strategien erarbeitet und auf verärgerte Kontaktaufnahmen reagiert werden. Auch intern waren Kommunikation und Planung herausfordernd, da beispielsweise Mitarbeitende der zentralen Servicestelle wenig Sicherheit über die Zukunft ihrer Anstellung nach Ende der Programmlaufzeit hatten.

Strikte Behandlungsbedingungen

Die GadK-Programme wurden für Kinder und Jugendliche mit überwiegend leichtem bis mittlerem Belastungsniveau durch die aktuellen multiplen Krisen entworfen. Die Rahmenbedingungen der Behandlungen waren auf diese Zielgruppe ausgerichtet. Aufgrund von fehlenden Alternativen wurden jedoch auch Kinder und Jugendliche mit schwereren und chronifizierten Störungsbildern bei GadK behandelt. Die Rahmenbedingungen der Behandlungen, insbesondere das Kontingent an Einheiten, waren für diese Klient:innen nur eingeschränkt geeignet. Auch der Einbezug von verschiedenen Institutionen, z. B. Lehrkräften und Sozialarbeiter:innen, der bei komplexen Fällen oft sinnvoll ist, war bei GadK nicht vorgesehen. Während die Behandlungsbedingungen somit angemessen für die eigentliche Zielgruppe von GadK waren, fehlte die Passung bei einem Teil der tatsächlich über die Programme betreuten Klient:innen.

GadK erreichte nicht nur die definierte Zielgruppe leicht bis moderat belasteter Kinder und Jugendlicher, sondern auch Klient:innen mit schwereren Einschränkungen. Die Rahmenbedingungen der Behandlungen waren oft nicht ausreichend adaptierbar, um auf deren Bedarfe einzugehen.

Zudem nahm die Programmlaufzeit auch auf den Ablauf der Behandlungen Einfluss. Behandlungen mussten mit Ende der Programmlaufzeit abgeschlossen werden, auch wenn eine Weiterführung mit größeren Abständen zwischen einzelnen Sitzungen für die

Klient:innen sinnvoll gewesen wäre. Teilweise konnten Behandlungen nicht abgeschlossen werden, sofern es kurz vor Ende der Programmlaufzeit zu Verzögerungen kam.

Grenzen der Niederschwelligkeit

GadK erreichte Kinder und Jugendliche unterschiedlicher finanzieller, kultureller, sprachlicher und Bildungshintergründe. Dennoch gab es Bevölkerungsgruppen, die trotz der niederschweligen Gestaltung schlechter in die Programme eingebunden werden konnten. Oft handelte es sich dabei um Minderheiten, die sich in den quantitativen Analysen schwer abbilden lassen. Informationen aus Interviews und Fokusgruppen waren daher entscheidend zur Bestimmung der Grenzen der Niederschwelligkeit.

Auch niederschwellig gestaltete Programme wie GadK erreichen nicht alle Bevölkerungsgruppen in gleichem Ausmaß. Voraussetzung ist oft die Offenheit gegenüber professioneller psychosozialer Unterstützung und eine bestehende Anbindung an öffentliche Institutionen.

Oft ließ sich die schlechte Erreichbarkeit auf die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen und Skepsis gegenüber psychologischen, psychotherapeutischen und musiktherapeutischen Angeboten zurückführen. Diese konnten kulturell oder regional bedingt sein. So wurde am Land von höheren Hemmschwellen gegenüber psychosozialer Unterstützung berichtet als in der Stadt. Auch der Bildungshintergrund spielte eine Rolle: Lehrlinge waren im Vergleich zu jugendlichen Schüler:innen und Studierenden seltener unter den Klient:innen.

Zudem wurden Kinder und Jugendliche, die nicht an Institutionen (z. B. Schule, Kindergarten, Kinder- und Jugendhilfe) angebunden waren, schwer durch GadK erreicht. Bei rascher Inanspruchnahme von Behandlungen bei Beginn von Problemen wie Schulabsentismus konnten diese jedoch meist positiv bewältigt und die Anbindung an Institutionen wiederhergestellt werden. Dies hebt die Bedeutung niederschwelliger Angebote wie GadK erneut hervor.

Lücken in der Regelversorgung

GadK war und ist als Überbrückungslösung konzipiert, um die vorherrschenden Lücken in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Österreich rasch zu

adressieren. Die zugrundeliegenden Probleme durch fehlende Kapazitäten und mangelnde Finanzierung in der Regelversorgung bestehen jedoch fort. Das Ausmaß der Lücken wurde in den GadK-Programmen deutlich, da die Kapazitäten des Programms nicht erlaubten, allen Hilfesuchenden ein Behandlungsangebot zu machen. So sind Limitationen durch begrenzte Projektbudgets oder reglementierte maximale Einheiten pro Klient:innen nicht allein als Schwäche der Programme zu interpretieren, sondern zeigen Mängel im zugrundeliegenden Versorgungssystem auf, die durch die GadK-Programme allein nicht kompensiert werden können.

Der aktuelle Zustand der Regelversorgung ermöglicht vielen Kindern und Jugendlichen keinen Zugang zu psychosozialer Betreuung. GadK konnte die Lücken in der Regelversorgung zum Teil kompensieren, jedoch nicht vollständig schließen. Herausforderungen im Programmablauf sind überwiegend auf die Lücken in der Regelversorgung und mangelnde Alternativen zu GadK zurückzuführen.

Die Befragungen von Klient:innen zeigen, dass die Zugangshindernisse zur Regelversorgung zu hoch sind, und Informationen von Behandler:innen belegen, dass zahlreiche Kinder und Jugendliche einen Behandlungsbedarf hatten, der über die Rahmenbedingungen von GadK hinausgeht. Gleichzeitig gestaltet sich die Überführung in die Regelversorgung auch nach Anbindung an GadK häufig schwierig. Dennoch kann die Erstanbindung an ein psychosoziales Versorgungsangebot und der damit einhergehende Abbau von Hemmschwellen als Erfolg interpretiert werden.

7 Fazit und Empfehlungen

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 sehr zufrieden über die Behandlungsfortschritte. 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. **Psychosoziale Versorgung sollte als Sozialversicherungsleistung dauerhaft kostenfrei zugänglich sein.**

Die GadK-Programme konnten entscheidend zur Verbesserung der Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen in Österreich beitragen. Gleichzeitig kritisierte der Rechnungshof (2025) die Finanzierung der Versorgung aus dem Bundesbudget, obwohl diese Aufgabe der Sozialversicherung ist. Anzustreben ist daher eine Überführung der Programmangebote in das Leistungsspektrum der Sozialversicherungen.

Aktuell ist der Zugang zu psychosozialer Versorgung stark abhängig von privaten oder projektbezogenen Finanzierungsmöglichkeiten. Während der seit Jänner 2024 eingeführte

Kostenzuschuss für klinisch-psychologische Behandlungen ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgungslage war, besteht weiterhin ein Bedarf an mehr vollfinanzierten Plätzen für klinisch-psychologische, psychotherapeutische und musiktherapeutische Behandlungen für Kinder und Jugendliche.

Der Ausbau psychosozialer Versorgung als Kassenleistung kann zusätzlich zur Wiederherstellung der finanziellen Zuständigkeiten dazu beitragen, die in der Projektstruktur von GadK begründeten Schwierigkeiten zu adressieren. Die Projektzyklen von etwa einem Jahr führten zu administrativen Herausforderungen, griffen in Behandlungsabläufe ein und erschwerten den Zugang während Übergangsphasen. Durch eine langfristige Etablierung von Behandlungen als Kassenleistung wäre die Versorgungslage planbarer und könnte sich langfristig stabilisieren.

2. Ein mehrstufiges Versorgungskonzept mit Fokus auf flächendeckende Präventionsmaßnahmen sollte ausgebaut werden.

Die Prävention psychischer Erkrankungen und die Vorbeugung der Chronifizierung von Problemen nehmen eine zentrale Rolle in einer wirksamen und effizienten psychosozialen Versorgung ein. Ein niederschwelliger Zugang zu problemangemessener Unterstützung ist entscheidend. Neben der spezifischen Unterstützung von Individuen braucht es flächendeckende Angebote zur Resilienzförderung und Reduktion von Belastungen bei Kindern und Jugendlichen. Für eine flächendeckende Erreichbarkeit von Kindern und Jugendlichen können Maßnahmen beispielsweise an Schulen umgesetzt werden. Präventions- und Resilienzförderungsmaßnahmen sollten für alle Kinder und Jugendlichen zugänglich sein (siehe Abbildung 30).

Abbildung 30 Mehrstufiges Versorgungssystem



Kinder mit ersten Belastungsanzeichen benötigen darüber hinaus einen niederschweligen Zugang zu Interventionen. Oft können die Kinder und Jugendlichen von Gruppenangeboten profitieren, die das Potenzial haben, effizient und wirksam leichte Belastungen zu reduzieren. Bei intensiveren Belastungen bedarf es ambulanter oder stationärer Behandlungen. Die Versorgung sollte jeweils an die Schweregrade der Belastungen und an die Bedarfe der Betroffenen angepasst sein. Anders als bei den GadK-Programmen bedarf es einer Einstufung der Belastungsgrade, um geeignete Maßnahmen zu identifizieren.

Bedeutsam ist eine Einstufung der Bedarfe und angemessener Interventionen auch bei einer Fortsetzung der GadK-Programme. Die wiederholten Anmeldestopps zeigten, dass nicht ausreichend Mittel für eine Einzelbehandlung aller interessierten Kinder und Jugendlichen verfügbar sind. Bei einer stärkeren Betonung von Gruppen- und Kurzzeitangeboten könnten mehr Betroffenen Behandlungen ermöglicht werden.

3. Psychosoziale Versorgung sollte über eine bundesweit einheitliche zentrale Anlaufstelle vermittelt werden.

Die GadK-Programme haben gezeigt, dass eine bundesweit einheitliche zentrale Servicestelle nicht nur den administrativen Aufwand reduzieren, sondern auch

entscheidend zur Niederschwelligkeit von Versorgungsangeboten beitragen kann. Die Fragmentierung der psychosozialen Versorgung mit unterschiedlichen Regelungen pro Bundesland und verschiedenen Berufsgruppen mit unterschiedlichen Aufgabenbereichen, Kompetenzen und Finanzierungsmöglichkeiten ist für Laien schwer durchschaubar. Die individuelle Suche nach und Kontaktaufnahme mit Behandler:innen sind mit Aufwand verbunden, den junge Klient:innen und Obsorgeberechtigte nicht immer leisten können. Auch für die oft allein in niedergelassenen Praxen tätigen Behandler:innen gehen Kontaktaufnahmen trotz vollständig belegter Kapazitäten mit unbezahltem Aufwand einher. Eine zentrale Anlaufstelle schafft Abhilfe, indem Informationen und Abläufe gebündelt werden.

Bei GadK wurde die zentrale Servicestelle mit einem geringen personellen Aufwand von insgesamt nur etwa fünf Vollzeitäquivalenten abgewickelt. Interessierte konnten mit diesen Kapazitäten informiert, Anmeldungen, Clearings und Zuweisungen abgewickelt und bedarfsgerechte, wohnortnahe Behandlungen durch qualifizierte Behandler:innen ermöglicht werden. Die zentrale Servicestelle der GadK-Programme kann daher als Vorbild für die Umsetzung von Anlaufstellen für die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie für andere Versorgungsleistungen dienen.

4. Zur Optimierung der Versorgungsleistung müssen multidisziplinäre Versorgungsangebote und interdisziplinäre Kooperation ausgebaut werden.

GadK vermittelte Behandlungen bei Psycholog:innen, Psychotherapeut:innen und Musiktherapeut:innen. Die verschiedenen Berufsgruppen arbeiteten in den Programmen gleichberechtigt und entsprechend ihrer geprüften Qualifikationen. Während jede Berufsgruppe spezifische Aufgabenbereiche und Schwerpunkte in der Regelversorgung hat, ist die Unterscheidung für Betroffene oft unverständlich. Aufgrund von Überschneidungen in den Kompetenzen und Arbeitsbereichen ist zudem nicht bei allen Problemstellungen relevant, bei welcher der Berufsgruppen die Kinder und Jugendliche eine Behandlung erhalten. Die Integration der drei Berufsgruppen bei den GadK-Programmen ermöglichte stattdessen einen größeren Behandler:innen-Pool, durch den rasche Zuweisungen zu wohnortnahen Behandlungen realisierbar wurden. Bei spezifischen Problemstellungen konnten gleichzeitig Behandler:innen mit geeigneten Schwerpunkten ausgewählt werden.

Auf dieser Grundlage kann die Inter- und Multidisziplinarität der Versorgung weiter ausgebaut werden. Eine Ausweitung auf weitere Berufsgruppen wie Ergotherapeut:innen,

Sozialarbeiter:innen und Elternberatung ist empfehlenswert, um ein ganzheitliches Versorgungsangebot zu schaffen. Auch der Rechnungshof (2025) hebt die Notwendigkeit einer verbesserten Abstimmung zwischen unterschiedlichen Gesundheitsberufen hervor. Die Aufgaben der zentralen Abwicklungsstelle können hierfür ausgebaut werden, um zusätzlich die Zuweisung zu passenden Berufsgruppen und die Unterstützung der Kooperation zwischen Berufsgruppen umzusetzen.

4. Repräsentative epidemiologische Studien zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Österreich sind nötig, um die Versorgungsleistungen an den Bedarf anzupassen.

Mit jedem Programmzyklus vergrößerte sich das Budget von GadK, aber auch die Nachfrage. Die Nachfrage war so hoch, dass mit dem zur Verfügung stehenden Budget nicht allen Interessierten eine Behandlung ermöglicht werden konnte. Statt einer raschen Versorgung mussten bei GadK III Vormerklisten eingeführt werden, die mit langen Wartezeiten ohne Garantie eines Behandlungsplatzes verbunden waren. Schätzungen basierend auf Erhebungen von vor etwa zehn Jahren (Wagner et al., 2017) bestätigen, dass der Bedarf höher ist als der Umfang von durch GadK jährlich ermöglichten Behandlungen. Aktuelle epidemiologische Studien zu psychischen Erkrankungen und dem Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen fehlen. Die hohe Nachfrage, Erkenntnisse über die weiter gestiegene Belastung durch die COVID-19-Pandemie und weitere Krisen sowie Trendanalysen der HBSC-Studie deuten darauf hin, dass der Bedarf in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Aktuelle Studien sind nötig, um den tatsächlichen Behandlungsbedarf einschätzen und die notwendigen Versorgungsleistungen planen zu können.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Stichprobe qualitativer Befragungen.....	34
Tabelle 2 Anzahl der behandelten Klient:innen pro Behandler:in.....	42
Tabelle 3 Wohnsituation der Klient:innen	55
Tabelle 4 Hauptbeschäftigung der Klient:innen.....	56
Tabelle 5 Migrationshintergrund der Klient:innen	57
Tabelle 6 Einschätzung der finanziellen Situation durch die Klient:innen	58
Tabelle 7 Subjektive Bewertung des Haushaltseinkommens laut Eltern-Fragebogen	58
Tabelle 8 (Verdachts-)Diagnosen der Klient:innen	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Übersicht der GadK-Programme.....	22
Abbildung 2 Zeitlicher Verlauf von GadK III	23
Abbildung 3 Prozess von der Anmeldung bis zum Behandlungsabschluss.....	25
Abbildung 4 Übersicht der Evaluierungsdaten.....	31
Abbildung 5 Behandler:innen-Pool nach Bundesland bei GadK I, GadK II und GadK III	41
Abbildung 6 Monatliche Anrufe bei der zentralen Servicestelle im Verlauf aller GadK-Programme	43
Abbildung 7 Monatliche Anrufe bei der zentralen Servicestelle im Verlauf von GadK III ...	44
Abbildung 8 Anmeldungen und Eintragungen in die Vormerkliste pro Monat bei den GadK-Programmen	46
Abbildung 9 Anzahl der Einzel-Behandlungseinheiten pro Klient:in bei GadK III	48
Abbildung 10 Gruppenangebot nach Alter	51
Abbildung 11 Alters- und Geschlechtsverteilung der Klient:innen	53
Abbildung 12 Vorgeschichte der Klient:innen.....	61
Abbildung 13 Schweregrad der Einschränkungen von GadK III-Klient:innen laut Behandler:innen	62
Abbildung 14 Ziele der Behandlungen laut Quartalsdokumentationen	65
Abbildung 15 Anteile der Klient:innen mit Hinweis auf depressive Verstimmungen.....	69
Abbildung 16 Cantril-Leiter zur Messung der Lebenszufriedenheit	70
Abbildung 17 Anteile der Klient:innen mit Hinweis auf niedrige Lebenszufriedenheit.....	71
Abbildung 18 Anteile der Klient:innen, die mehrmals wöchentlich bis täglich die Beschwerden hatten	73
Abbildung 19 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen emotionalen Problemen	75
Abbildung 20 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen Peer-Problemen	76
Abbildung 21 Anteile der Klient:innen mit grenzwertigen bis klinischen Verhaltensproblemen.....	77
Abbildung 22 Anteile der Klient:innen mit grenzwertiger bis klinischer Hyperaktivität	78
Abbildung 23 Anteile der Klient:innen mit grenzwertige bis klinisch niedriger Prosozialität	79
Abbildung 24 Subjektive Veränderungen im Befinden und den Schwierigkeiten der Klient:innen	81
Abbildung 25 Verbesserungen in unterschiedlichen Bereichen laut Bezugspersonen	82
Abbildung 26 Behandlungsfortschritte bezüglich primärer Ziele	83
Abbildung 27 Erfolgsfaktoren der GadK-Programme	86

Abbildung 28 Programmstart von GadK III.....	90
Abbildung 29 Hindernisse der GadK-Programme	91
Abbildung 30 Mehrstufiges Versorgungssystem	97

Literaturverzeichnis

Andresen, S./Wilmes, J./Möller, R.: Children's World National Report: Germany. International Survey of Childrens Well-Being (ISCWeB) 2020.

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.

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.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“. Wien: BMSGPK 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 2023b.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK): Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise III“. Wien: BMSGPK 2024.

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 Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC): ESS11 - integrated file, edition 3.0 [Data set]. Trondheim: Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research 2025.

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.

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. *YouthinMind* 2020.

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

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.

Kaman, A./Erhart, M./Devine, J./Napp, A.-K./Reiß, F./Behn, S./Ravens-Sieberer, U.: Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Zeiten globaler Krisen: Ergebnisse der Copsy-Längsschnittstudie von 2020 bis 2024. *Bundesgesundheitsblatt* 2025, Jg. 26, Nr. 6, S. 670-680.

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.

Kulcar, V./Exenberger, S./Juen, B.: Evaluierung der „Gesund aus der Krise“-Programme: Bericht zu zu „Gesund aus der Krise“ (April 2022 bis Juni 2023) und „Gesund aus der Krise II“ (Mai 2023 bis Juni 2024). Wien: BMASGPK 2025.

Lass-Hennemann, J./Sopp, M. R./Ruf, N./Equit, M./Schäfer, S. K./Wirth, B. E./Michael, T: Generation climate crisis, COVID-19, and Russia-Ukraine-War: global crises and mental health in adolescents. European Child and Adolescent Psychiatry 2023, Jg. 33, Nr. 7.

Lippert, M. W./Schoppmann, J./Kranhold, A.-L./Marks, J./Liedtke, L. M./Margraf, J./Schneider, S.: Looking at the bright sight of life – Introducing the Positive Mental Health Scale for Children and Adolescents (PMH-Kids). Kindheit und Entwicklung 2024, Jg. 22, Nr. 1, S. 26-35.

Lukat, J./Margraf, J./Lutz, R./van der Veld, W. M./Becker, E. S.: Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-Scale). BMC Psychology 2016, Jg. 4, Nr. 8.

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

Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK): Therapie und Rehabilitation. 2024.
<https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867336&portal=oegkportal>

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.

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./Gosch, A./Rajmil, L./Erhart, M./Bruil, J./Duer, W./Auquier, O./Power, M./Abel, T./Czemy, L./Mazur, J./Czibalmos, 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./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.

Rechnungshof: Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung (Reihe BUND 2025/28). Wien: Rechnungshof Österreich 2025.

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

Rost, J.: Regression zur Mitte. In: Dorsch Lexikon der Psychologie 2022.

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

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.

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.

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.

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.

Woerner, W./Becker, A./Rothenberger, A.: Normative data and scale properties of the German parent SDQ. European Child & Adolescent Psychiatry 2004, Jg. 13, Suppl 2.

Zeiler, M./Wagner, G./Philipp, J./Nitsch, M./Truttmann, S./Dür, W./Karwautz, A./Waldherr, K.: The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Study: design, methodology, description of study population. Neuropsychiatrie 2018, Jg. 32, S. 121-132.

Abkürzungen

BMASGPK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BÖP	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
COPSY	Covid-19 and PSYchological health Studie
ESS	European Social Survey
FAS	Family Affluence Scale
FEF	Fragebogen zur Erziehungs- und Familienberatung
GadK	Gesund aus der Krise – betrifft alle drei GadK-Programme
GadK I	Gesund aus der Krise – betrifft das erste GadK-Programm (April 2022 bis Juni 2023)
GadK II	Gesund aus der Krise II (Mai 2023 bis Juni 2024)
GadK III	Gesund aus der Krise III (Mai 2024 bis Juni 2025)
HBSC	„Health Behaviour in School-aged Children“-Studie
ISCWeB	International Survey of Children’s Well-Being
MHAT	„Mental Health in Austrian Teenagers“-Studie
ÖBM	Österreichischer Bundesverband für Musiktherapie
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
PMH	Positive Mental Health Scale for Children and Adolescents
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
WHO-5	World Health Organization Well-Being Index

Anhänge

Inhaltsverzeichnis Anhänge

Tabellenverzeichnis.....	113
Abbildungsverzeichnis.....	115
Anhang I: Details zur Evaluierungsmethode.....	117
Klient:innen-Fragebogen	117
Ablauf der Datenerhebung	117
Instrumente.....	118
Stichprobe	121
Eltern-Fragebogen	122
Ablauf der Datenerhebung	123
Instrumente.....	123
Stichprobe	124
Weitere Evaluierungsdaten	125
Behandler:innen-Fragebogen	125
Feedback zum Sensibilisierungsworkshop	126
Fallstudie Musiktherapie.....	126
Analyse der Fragebogen-Daten.....	126
Limitationen	127
Ablehnung der Teilnahme am Fragebogen.....	127
Fehlende Identifizierbarkeit wiederholter Angaben.....	129
Verzerrungen in der Interview-Stichprobe	130
Limitierter Zugang zu Klient:innen und Bezugspersonen	130
Abweichungen zwischen Datenquellen	131
Regression zur Mitte	131
Anhang II: Details zu den GadK-Behandlungen	132
Behandlungsinformationen der Quartalsdokumentationen	132
Störungsbilder	132
Behandlungsziele	136
Zielerreichung.....	137
Vorzeitige Beendigungen der Behandlungen.....	138
Verlängerungsanträge und -bewilligungen	140
Fallstudie Musiktherapie	146
Anhang III: Analyseergebnisse der Fragebogendaten	147
Klient:innen-Fragebogen: Wohlbefinden (WHO-5)	147
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche des Wohlbefindens.....	147

Analyse von intraindividuellen Veränderungen des Wohlbefindens anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen	150
Analyse von Veränderungen des Wohlbefindens im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe	151
Klient:innen-Fragebogen: Lebenszufriedenheit.....	152
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Lebenszufriedenheit	152
Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Lebenszufriedenheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen	154
Analyse von Veränderungen der Lebenszufriedenheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe	155
Klient:innen-Fragebogen: Positive Psychische Gesundheit (PMH).....	156
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Positiven Psychischen Gesundheit	156
Analyse von intraindividuellen Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen.....	159
Analyse von Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe.....	160
Klient:innen-Fragebogen: (Psycho-)Somatische Beschwerden	161
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Beschwerden	161
Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Beschwerden anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen	166
Analyse von Veränderungen der Beschwerden im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe	167
Eltern-Fragebogen: Stärken und Schwierigkeiten (SDQ)	169
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche für Stärken und Schwierigkeiten	169
Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Stärken und Schwierigkeiten anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen.....	174
Analyse von Veränderungen der Stärken und Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe	176
Eltern-Fragebogen: Psychische Gesundheit (PMH)	180
Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Positiven Psychischen Gesundheit	180
Analyse von intraindividuellen Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen.....	182
Analyse von Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe.....	183
Anhang IV: Behandler:innen-Fragebogen	185
Stichprobe	185
Zufriedenheit mit den GadK-Programmen.....	187

Verschiebung von Angeboten	189
Anhang V: Sensibilisierungs-Workshops	191
Durchgeführte Workshops	192
Bewertung der Workshops.....	193
Anhang VI: Kinder und Jugendliche in gesellschaftlichen Krisen	199

Tabellenverzeichnis Anhänge

Tabelle A 1 (Verdachts-)Diagnosen der GadK III-Klient:innen im Detail	132
Tabelle A 2 Anteil der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit (Verdachts-) Diagnosen	135
Tabelle A 3 (Verdachts-)Diagnosen der Klient:innen der GadK-Programme nach Störungsgruppe	135
Tabelle A 4 Behandlungsziele laut Quartalsdokumentationen.....	136
Tabelle A 5 Fortschritte bezüglich primärer und sekundärer Behandlungsziele	137
Tabelle A 5 (Verdachts-)Diagnosen in den Verlängerungsanträgen im Vergleich zur Gesamtheit der Klient:innen	143
Tabelle A 6 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) für alle Klient:innen	147
Tabelle A 7 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei Mädchen.....	148
Tabelle A 8 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei Burschen.....	148
Tabelle A 9 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei diversen Klient:innen.....	149
Tabelle A 10 Kennwerte der Lebenszufriedenheit für alle Klient:innen	152
Tabelle A 11 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei Mädchen.....	152
Tabelle A 12 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei Burschen.....	153
Tabelle A 13 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei diversen Klient:innen.....	153
Tabelle A 14 Kennwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) für alle Klient:innen	157
Tabelle A 15 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei Mädchen....	157
Tabelle A 16 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei Burschen	157
Tabelle A 17 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei diversen Klient:innen	158
Tabelle A 18 Kennwerte der Gesamtbeschwerdelast für alle Klient:innen	161
Tabelle A 19 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei Mädchen	161
Tabelle A 20 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei Burschen	162
Tabelle A 21 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei diversen Klient:innen	162
Tabelle A 22 Anteil der Mädchen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten	164
Tabelle A 23 Anteil der Burschen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten	165
Tabelle A 24 Anteil der diversen Klient:innen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten	165
Tabelle A 25 Kennwerte der Gesamtskala für alle Klient:innen.....	170
Tabelle A 26 Kennwerte emotionaler Probleme.....	170

Tabelle A 27 Kennwerte von Peer-Problemen	171
Tabelle A 28 Kennwerte von Verhaltensproblemen	171
Tabelle A 29 Kennwerte von Hyperaktivität	172
Tabelle A 30 Kennwerte von Prosozialität	172
Tabelle A 31 Kennwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) für alle Klient:innen laut Eltern-Fragebögen.....	181
Tabelle A 32 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) nach Geschlecht laut Eltern-Fragebögen.....	181
Tabelle A 33 Behandlungssettings der befragten Behandler:innen	186
Tabelle A 34 Behandelte Altersgruppen durch die befragten Behandler:innen	186
Tabelle A 35 Anzahl der durchgeführten Behandlungen durch die befragten Behandler:innen	186
Tabelle A 36 Reduktion anderer Tätigkeiten zugunsten von GadK	189
Tabelle A 37 Mittelwerte zu Sorgen über Krisen	200
Tabelle A 38 Korrelationstabelle der Krisensorgen.....	200
Tabelle A 39 Regressionsanalyse zu Effekten von Krisensorgen auf Befindensindikatoren	201

Abbildungsverzeichnis Anhänge

Abbildung A 1 Stichprobe des Klient:innen-Fragebogens.....	122
Abbildung A 2 Stichprobe des Eltern-Fragebogens.....	125
Abbildung A 3 Gründe für die Ablehnung der Teilnahme am Klient:innen-Fragebogen...	128
Abbildung A 4 Gründe für vorzeitige Behandlungs-Beendigungen	138
Abbildung A 5 Anzahl der Verlängerungsanträge pro Monat	141
Abbildung A 6 Anteil bewilligter und abgelehnter Verlängerungsanträge nach Schweregrad der Einschränkungen	142
Abbildung A 7 Begründung des Verlängerungsbedarfs	144
Abbildung A 8 Art der notwendigen Weiterversorgung	145
Abbildung A 9 Boxplot des Wohlbefindens (WHO-5) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht	149
Abbildung A 10 Intraindividuelle Veränderung des Wohlbefindens (WHO-5) zwischen Behandlungsbeginn und -ende	150
Abbildung A 11 Modellierung des Wohlbefindens (WHO-5) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht.....	151
Abbildung A 12 Boxplot der Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht.....	154
Abbildung A 13 Intraindividuelle Veränderung des Wohlbefindens (WHO-5) zwischen Behandlungsbeginn und -ende	155
Abbildung A 14 Modellierung der Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	156
Abbildung A 15 Boxplot der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht.....	158
Abbildung A 16 Intraindividuelle Veränderung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zwischen Behandlungsbeginn und -ende	159
Abbildung A 17 Modellierung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	160
Abbildung A 18 Boxplot der physischen Beschwerdelast zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht	163
Abbildung A 19 Boxplot der psychischen Beschwerdelast zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht	164
Abbildung A 20 Intraindividuelle Veränderung der psychischen und physischen Symptomlast zwischen Behandlungsbeginn und -ende	167
Abbildung A 21 Modellierung der physischen Beschwerdelast abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht.....	168

Abbildung A 22 Modellierung der psychischen Beschwerdelast abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	169
Abbildung A 23 Boxplots der Stärken und Schwierigkeiten zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht	173
Abbildung A 24 Intraindividuelle Veränderung der Stärken und Schwierigkeiten zwischen Behandlungsbeginn und -ende	175
Abbildung A 25 Modellierung der emotionalen Probleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht.....	176
Abbildung A 26 Modellierung der Peer-Probleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	177
Abbildung A 27 Modellierung der Verhaltensprobleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht.....	178
Abbildung A 28 Modellierung der Hyperaktivität abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	179
Abbildung A 29 Modellierung der Prosozialität abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	180
Abbildung A 30 Boxplot der positiven psychischen Gesundheit (PMH) laut Eltern-Fragebögen zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht	182
Abbildung A 31 Intraindividuelle Veränderung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zwischen Behandlungsbeginn und -ende laut Eltern-Fragebögen	183
Abbildung A 32 Modellierung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) laut Eltern-Fragebögen abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht	184
Abbildung A 33 Zufriedenheit der Behandler:innen mit den GadK-Programmen.....	188
Abbildung A 34 Zufriedenheit der Behandler:innen mit Abläufen und Prozessen.....	188
Abbildung A 35 Stattgefundene Sensibilisierungs-Workshops	192
Abbildung A 36 Informationsgehalt der Themenbereiche in den Sensibilisierungs-Workshops.....	194
Abbildung A 37 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Sensibilisierungs-Workshops.....	196
Abbildung A 38 Gesamtbewertung der Sensibilisierungs-Workshops	197
Abbildung A 39 Offene Antworten zu Krisen, die den Klient:innen Sorgen machen.....	202

Anhang I: Details zur Evaluierungsmethode

Klient:innen-Fragebogen

Die Klient:innen füllten 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 Erstangaben 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 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, gab es eine ausdruckbare PDF-Version des Fragebogens, die manuell ausgefüllt werden konnte.

Die Behandler:innen wurden angehalten, den Fragebogen innerhalb des Behandlungssettings ausfüllen zu lassen. Laut Förderrichtlinie war hierfür bis zu eine Stunde innerhalb der 15 Einheiten vorgesehen. Um die Integration in den Behandlungsablauf zu erleichtern, konnte der Befragungszeitpunkt innerhalb der ersten bzw. letzten fünf Behandlungseinheiten flexibel gewählt werden. Den Klient:innen sollte eine ruhige und beeinflussungsfreie Umgebung zur Verfügung gestellt werden, um ihnen das selbständige Ausfüllen des Fragebogens ohne Einsicht in die 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 enthielt. 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.

Instrumente

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 auf einer Skala von 0 (keine Verbesserung der psychosozialen Situation des Kindes/Jugendlichen) bis 10 (die Probleme, wegen denen das Kind/der Jugendliche in Behandlung kam, wurden vollständig gelöst) 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. Außerdem wurden die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation der Familie sowie bei jungen Erwachsenen die eigene finanzielle Situation erhoben. Diese Fragen wurden bereits bei der Evaluierung von GadK II verwendet. Anpassungen wurden bei der Erfassung des sozioökonomischen Status vorgenommen. Bei GadK II wurde der sozioökonomische Status 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. Da mehrere Kinder und Jugendliche laut den Behandler:innen ablehnend auf die Fragen reagierten, wurde diese Skala für die Evaluierung von GadK III aus dem Fragebogen entfernt. Dies lässt sich auch damit begründen, dass die subjektive Einschätzung der finanziellen Situation einen stärkeren prädiktiven Wert für das Befinden hatte als die FAS. Eine Analyse aller FAS-Items zeigte, dass die Anzahl der Urlaubsreisen in den letzten zwölf Monaten die Gesamtskala in der Stichprobe am besten repräsentierte. Dieses Item wurde daher weiterhin im Fragebogen verwendet. Zusätzlich erfolgte bei Klient:innen ab 14 Jahren die Ergänzung eines Items zum Zugang zu psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Das Item war wie folgt formuliert: „Könntest du auch ohne ‚Gesund aus der Krise‘ psychologische oder psychotherapeutische Behandlung nutzen?“. Antwortoptionen umfassten „Ja“, „Nein, das wäre aus finanziellen Gründen nicht möglich“ und „Nein, das wäre aus anderen Gründen nicht möglich, nämlich:“ mit der Option, offene Antworten zu ergänzen.

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.

Soziale Ressourcen wurden mit zwei Fragen nach dem Vorbild der International Survey of Children’s Well-Being (ISCWeB; Andresen, Wilmes & Möller, 2020) erfasst. Die Klient:innen wurden gefragt, wie zufrieden sie mit den Menschen in ihrer Familie bzw. mit ihren Freunden und Freundinnen sind. Die Antwort erfolgte anhand von einer fünfstufigen Emoji-Skala.

Im Vergleich zu der Evaluierung von GadK II wurde ein Fragenblock zu **Sorgen über Krisen** ergänzt. Die Anpassung erfolgte im November 2024. Ziel war die Abbildung der Bedeutsamkeit der aktuellen multiplen Krisen für die psychosoziale Gesundheit der Kinder und Jugendlichen. Die Fragen wurden spezifisch für diese Befragung entworfen. Jeweils vier Items erfassten Sorgen bezüglich Krankheiten (mit dem Beispiel COVID-19), des Klimawandels, Armut und Wirtschaftsproblemen sowie Kriegen. Für alle Krisen wurden Sorgen bezüglich des eigenen Lebens, der eigenen Zukunft, des engen sozialen Umfelds sowie anderer Lebewesen erfasst. Die Antworten erfolgten auf einer fünfstufigen Skala von „gar nicht“ bis „sehr“. Zusätzlich hatten die Klient:innen die Möglichkeit, weitere Krisen, über die sie sich Sorgen machten, zu ergänzen. Um jüngere Kinder mit der Komplexität dieser Fragen und der Länge des Fragebogens nicht zu überfordern, wurden die Skalen nur bei Klient:innen ab zwölf Jahren verwendet.

Das Befinden der Klient:innen wurde anhand von etablierten Instrumenten erfasst, die ebenfalls in der HBSC-Studie verwendet wurden. Die **Lebenszufriedenheit** wurde anhand der Grafik einer Leiter mit elf Sprossen erfasst (Cantril, 1965). Die Klient:innen ordneten sich auf den Sprossen der Leiter ein, wobei die oberste Sprosse (10) das „beste mögliche Leben“ repräsentierte und die unterste Sprosse (0) das „schlechteste mögliche Leben“. Das **Wohlbefinden** wurde anhand des WHO-5 (World Health Organization Well-Being Index; Brähler et al., 2007), einer Skala mit fünf Items, erfasst. Als negativer Indikator gaben die Klient:innen für zwölf **(psycho-)somatische Beschwerden** (z. B. Kopfschmerzen, Nervosität, Bauchschmerzen) an, wie oft sie diese in den letzten sechs Monaten hatten (Ravens-Sieberer et al., 2008). Diese Skalen wurden bereits bei GadK II verwendet. Rückmeldungen der Behandler:innen wiesen darauf hin, dass die Items des WHO-5 und der (psycho-)somatischen Beschwerden für Volksschulkinder zum Teil zu komplex waren. Die Kinder wollten die Befragung dennoch oft selbst ausfüllen. Daher wurden diese Fragen erst ab einem Alter von elf Jahren im Fragebogen angezeigt. Als einfach auszufüllende Alternative wurde bei allen Klient:innen die **Positive Mental Health Scale for Children and Adolescents** (PMH; Lippert et al., 2024; Lukat et al., 2016) ergänzt. Die Verwendbarkeit dieser Skala wurde für Kinder ab einem Alter von sechs Jahren überprüft.

Während demografische und Hintergrundinformationen nur bei der Erstbefragung erhoben wurden, erfolgte die Erfassung des Befindens zu Beginn und am Ende der Behandlungen, 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. Hierdurch wurde auch die doppelte

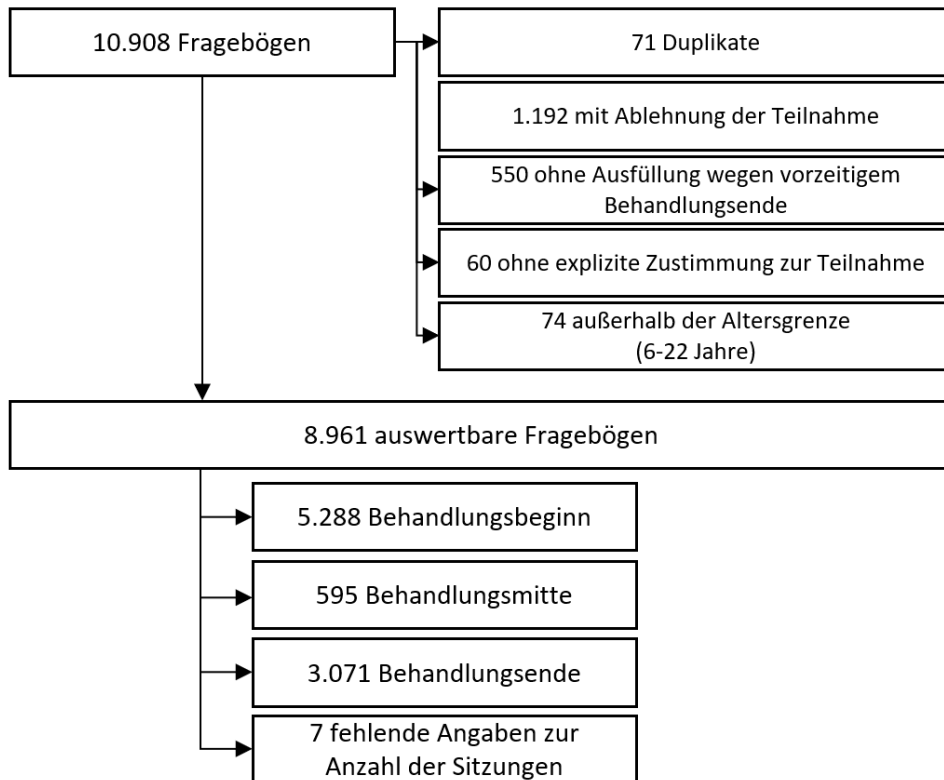
Berücksichtigung von Klient:innen in der Analyse der Hintergrunddaten verhindert, wenn Zuordnungen von Wiederholungsbefragungen nicht möglich waren.

Zusätzlich wurde am Ende der Behandlungen erfasst, inwieweit es subjektiv zu **Veränderungen** kam: „Seit du die Behandlung begonnen hast, geht es dir ...“ mit den Antwortoptionen „viel schlechter“ bis „viel besser“.

Stichprobe

Insgesamt wurden 10.908 Fragebögen übermittelt. Nach einer Bereinigung um Duplikate, fehlende Einwilligungen zur Teilnahme und Klient:innen außerhalb der Zielgruppe für den Fragebogen (Alter 6-22 Jahre) verblieben 8.961 Fragebögen zur Auswertung (siehe Abbildung A 1). Bei 5.699 der Fragebögen (63,6 %) handelte es sich laut Angaben der Behandler:innen um erstmalige Ausfüllungen. Diese erfolgten im Mittel nach 3,0 Sitzungen. Sie dienten als Grundlage für die Charakterisierung der Klient:innen. Bei den restlichen 3.262 (36,4 %) Fragebögen handelte es sich um Wiederholungs-Ausfüllungen, die nach durchschnittlich 13,5 Sitzungen durchgeführt wurden. Da die Fragebögen nicht immer wie geplant erstmals innerhalb der ersten fünf und ein weiteres Mal innerhalb der letzten fünf Sitzungen ausgefüllt wurden, erfolgte zusätzlich die manuelle Unterteilung in Behandlungsbeginn (fünf oder weniger Einheiten), Behandlungsmitte und Behandlungsende (zehn oder mehr Einheiten).

Abbildung A 1 Stichprobe des Klient:innen-Fragebogens



Ein Matching von mehrfach ausgefüllten Fragebögen war in 2.021 Fällen möglich (4.042 Fragebögen).

Obwohl eine große Stichprobe erreicht wurde, weisen die Werte im Verhältnis zu den erfolgten Zuweisungen bei GadK III darauf hin, dass die Fragebögen nicht bei allen Klient:innen eingesetzt wurden.

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.

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.

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 anders als der Klient:innen-Fragebogen auch dann am Ende der Behandlungen vorgelegt werden, wenn er zu Beginn nicht ausgefüllt wurde. Wie der Klient:innen-Fragebogen konnte auch der Eltern-Fragebogen 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.

Instrumente

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.

Demografische und Hintergrundinformationen wurden nach dem gleichen Prinzip wie im Klient:innen-Fragebogen erfasst. Erfragt wurden Alter, Geschlecht, Wohnsituation, Bundesland, Migrationshintergrund und zuhause gesprochene Sprache. Auch beim Eltern-Fragebogen wurde bei der Evaluierung von GadK II die FAS als Indikator für den sozioökonomischen Status verwendet. Äquivalent zum Klient:innen-Fragebogen wurde die FAS als Gesamtskala nicht weiterverwendet, sondern lediglich die Frage zur Urlaubshäufigkeit beibehalten. Stattdessen wurde nach Vorbild der European Social Survey (ESS) eine Frage zur Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen gestellt, welche auf einer vierstufigen Skala beantwortet wurde. Auch ob das Kind ohne die GadK-Programme eine psychologische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch

nehmen könnte, wurden die Bezugspersonen gefragt. Zusätzlich wurde eine Frage ergänzt, die erfasste, ob das Kind aufgrund psychischer Probleme Medikamente einnahm.

Das Befinden des Kindes oder Jugendlichen wurde zu Beginn der Befragung mit vier Items zur Erfassung **positiver Gefühle** des KIDSCREEN (Ravens-Sieberer et al., 2005, 2014; The KIDSCREEN Group Europe, 2006) erfasst. Da der Klient:innen-Fragebogen im Verlauf auf die PMH-Skala umgestellt wurde, welche auch zum Ausfüllen durch Eltern oder andere Bezugspersonen geeignet ist, wurden die KIDSCREEN Items durch die *PMH* ersetzt. Zusätzlich wurde wie bereits für die Evaluierung von GadK II der Fragebogen zu **Stärken und Schwierigkeiten** (Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ; Goodman, 1997, 2020) 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 bereits bei GadK II ergänzt und weiterverwendet. Am Ende der Behandlung wurde erhoben, ob es Veränderungen der Schwierigkeiten durch die Behandlung gab. Antwortoptionen reichten von „viel schlimmer“ bis „viel besser“.

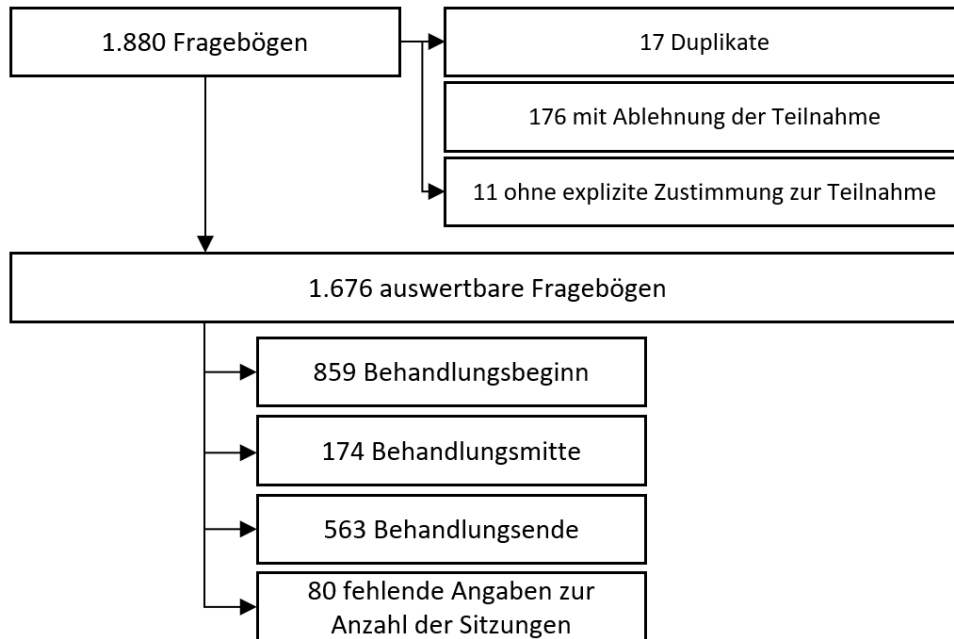
Die Bezugspersonen wurden am Ende der Behandlung zusätzlich gefragt, inwieweit sie selbst von der Behandlung profitiert hatten. Dazu wurde die Subskala **Beratungseffekte** des Fragebogens zur Erziehungs- und Familienberatung (FEF; Vossler, 2001) verwendet. Die Bezugspersonen gaben hier anhand ihrer 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

Insgesamt wurden 1.880 Fragebögen übermittelt. Nach Bereinigung um Duplikate und fehlende Einwilligungen zur Teilnahme verblieben 1.676 Fragebögen zur Auswertung. Bei 1.168 der Fragebögen (69,7 %) handelte es sich nach eigenen Angaben der Bezugspersonen um erstmalige Ausfüllungen. Davon erfolgten 833 innerhalb der ersten fünf Einheiten, 141 am Ende der Behandlungen und der Rest ohne Angabe der Sitzungsanzahl oder in der Mitte der Behandlungen. Insgesamt wurden 859 Angaben zu Behandlungsbeginn (fünf oder weniger Einheiten), 174 zur Behandlungsmitte und 563 am

Ende der Behandlungen (zehn oder mehr Einheiten) gemacht (siehe Abbildung A 2). Bei 80 Fragebögen fehlte die Anzahl der Sitzungen.

Abbildung A 2 Stichprobe des Eltern-Fragebogens



Ein Matching von mehrfach ausgefüllten Fragebögen war in 246 Fällen möglich (492 Fragebögen).

In 96 % aller Fälle wurde der Eltern-Fragebogen durch ein Elternteil ausgefüllt. Selten erfolgten Angaben durch institutionelle Betreuungspersonen, Pflege-Eltern, andere Verwandte oder sonstige Bezugspersonen.

Weitere Evaluierungsdaten

Behandler:innen-Fragebogen

Aufbauend auf den Ergebnissen der Prozessanalyse zu GadK und GadK II wurde ein Fragebogen für Behandler:innen entwickelt. Ziel war die Generalisierung von Ergebnissen aus den bereits erfolgten Interviews und die Beantwortung zusätzlicher im Verlauf der Evaluierung entstandener Fragen.

Die Behandler:innen wurden zunächst nach ihrem beruflichen Hintergrund gefragt (Psycholog:in, Psychotherapeut:in, Musiktherapeut:in; bei Psychotherapeut:in auch Ausrichtung). Informationen zum Angebot über die GadK-Programme wurden erfasst (angebotene Behandlungsformen und -settings, erfolgte Behandlungen, Bundesland und Umfeld, Altersgruppen der Klient:innen, Sprachen). Anschließend wurden sie um Einschätzungen zu verschiedenen Aspekten der GadK-Programme gebeten.

Der Fragebogen wurde im März 2025 an die Behandler:innen ausgesendet und innerhalb eines Monats von 566 Personen (35 % des Behandler:innen-Pools) beantwortet.

Feedback zum Sensibilisierungsworkshop

Teilnehmer:innen der Sensibilisierungs-Workshops wurden im Anschluss an die Workshops gebeten, einen Feedback-Fragebogen auszufüllen. Dieser wurde durch die GadK-Verantwortlichen entworfen und im Rahmen der Evaluierung ausgewertet. Inhalte umfassten die Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten des Workshops und den Informationsgehalt verschiedener behandelte Themen. Zur Auswertung lagen die Daten von 69 Workshop-Teilnehmer:innen vor.

Fallstudie Musiktherapie

Aufgrund der geringen Anzahl von Musiktherapeut:innen und musiktherapeutischen Behandlungen war eine quantitative Analyse des veränderten Behandlungsangebots nicht möglich. Stattdessen erfolgte eine Fallstudie anhand von Befragungen eines Elternteils und einer:eines Behandler:in zu einer:einem Klient:in. Es erfolgten Interviews und das Elternteil stellte Fotos und Videoaufnahmen der Behandlung zur Verfügung. Alle zur Verfügung stehenden Informationen wurden für die Fallstudie integriert.

Analyse der Fragebogen-Daten

Zur Charakterisierung der Klient:innen erfolgten deskriptive Analysen.

Die Analyse von Behandlungseffekten erfolgte mit Hilfe von drei verschiedenen Verfahren.

- Die verfügbaren Daten wurden nach Behandlungsbeginn (innerhalb der ersten fünf Einheiten) und Behandlungsende (nach mindestens zehn Einheiten) aufgeteilt. Die

mittleren Werte der unterschiedlichen Befindensindikatoren wurden deskriptiv analysiert und mit Hilfe unabhängiger t-Tests verglichen.

- Anhand der Fälle, für die zwei Befragungen vorlagen, die mit Hilfe der Codes zugeordnet werden konnten, erfolgte eine Analyse der intraindividuellen Veränderungen in den Befindensindikatoren. Hierfür wurden gepaarte t-Tests berechnet.
- Da zahlreiche Fragebögen in der Mitte der Behandlungen ausgefüllt wurden sowie nicht für alle Klient:innen Mehrfachangaben anhand der Codes identifiziert werden konnten, erfolgte zusätzlich eine Analyse aller verfügbaren Daten. Dabei wurden die Befindensindikatoren in Abhängigkeit von der Anzahl erfolgter Sitzungen modelliert. Mittels Generalized Estimating Equations (GEE) wurden gematchte Fragebögen berücksichtigt und robuste Schätzer generiert. Bei allen Modellen erfolgte eine Kontrolle für Alter und Geschlecht. Die Analyse erfolgte mit dem Paket geepack (Halekoh, Højsgaard & Yan, 2006).

Die Ergebnisse aller Analyseansätze wurden sowohl anhand von Kennwerten als auch mit Hilfe von Grafiken dargestellt.

Fehlende Werte auf einzelnen Items der Befindensindikatoren wurden mittels Mittelwertberechnung ersetzt, sofern mindestens die Hälfte der Items als Grundlage für die Schätzung ausgefüllt war. Fehlten mehr Angaben, so wurde der Fall aus der entsprechenden Analyse ausgeschlossen.

Limitationen

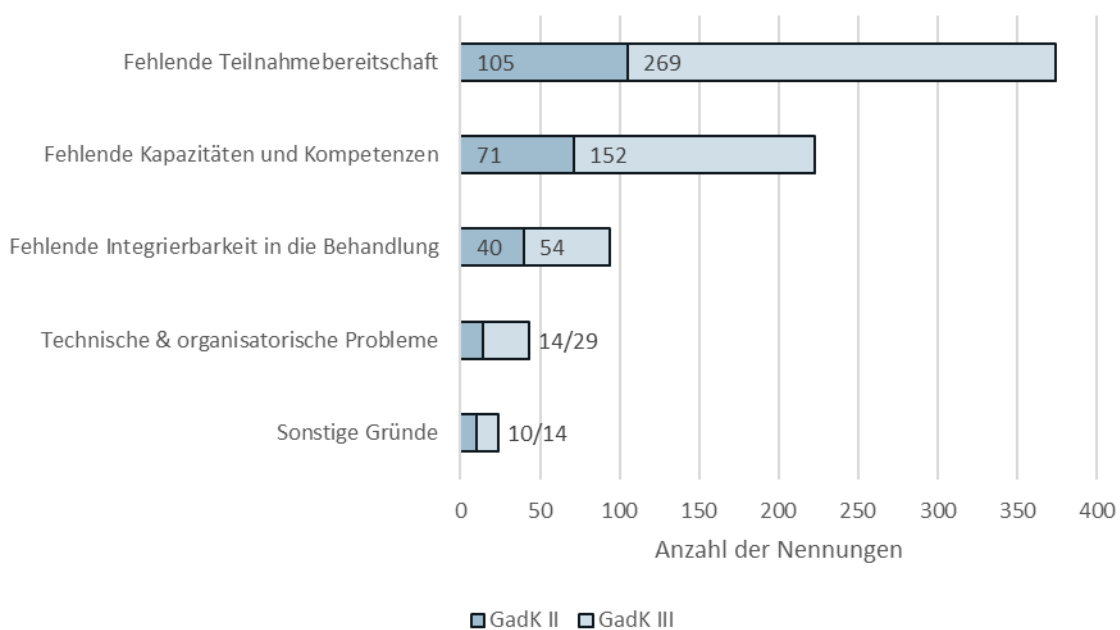
Die Daten der Evaluierung weisen Limitationen auf, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Hierzu gehören Verzerrungen in den Stichproben, Inkonsistenzen und mögliche alternative Interpretationen der Ergebnisse. Die Limitationen werden durch die Kombination verschiedener Daten im Mixed-Methods-Ansatz adressiert.

Ablehnung der Teilnahme am Fragebogen

Die Teilnahme an der Befragung mittels Fragebogen war für die Klient:innen bzw. deren Bezugspersonen freiwillig. Sie konnten die Teilnahme ohne Konsequenzen ablehnen. Hierdurch sind nicht alle Klient:innen gleichermaßen in den Daten repräsentiert, was zu Verzerrungen führen kann. Zur besseren Nachvollziehbarkeit potenzieller Verzerrungen

wurden die Behandler:innen gebeten, die Ablehnung der Teilnahme am Fragebogen zu dokumentieren. Programmübergreifend wurden Ablehnungen der Teilnahme in 10 % der Fälle dokumentiert (N = 1.661 im Klient:innen-Fragebogen). Optional konnten Gründe für die Ablehnung der Teilnahme angegeben werden (N = 740 im Klient:innen-Fragebogen). Die genannten Gründe wurden Kategorien zugeordnet und ausgezählt. Die Häufigkeiten der Nennungen während GadK II und GadK III sind in Abbildung A 3 dargestellt.

Abbildung A 3 Gründe für die Ablehnung der Teilnahme am Klient:innen-Fragebogen



Anmerkung: Auswertung anhand von N = 234 Angaben bei GadK II und N = 506 Angaben bei GadK III zur Ablehnung der Teilnahme im Klient:innen-Fragebogen. Mehrfachzuordnung möglich.

Das Muster der Gründe für die Ablehnung der Teilnahme war bei GadK II und GadK III ähnlich. Programmübergreifend wurde die fehlende Bereitschaft zur Teilnahme bei etwa der Hälfte der Fälle angegeben. Häufig wurde die allgemeine Ablehnung nicht näher begründet (insgesamt 36 %). Genannte Ursachen umfassten Unsicherheit bezüglich der Weitergabe persönlicher Daten (7 %) und den Aufwand für das Ausfüllen (2 %). In 5 % der Fälle lehnten nicht die Klient:innen selbst, sondern die Obsorgeberechtigten die Teilnahme am Fragebogen ab. Fehlende Kapazitäten und Kompetenzen, beispielsweise durch die Schwere der psychischen Probleme (11 %), mangelnde Sprachkenntnisse (6 %), ein zu junges Alter (6 %), kognitive Einschränkungen oder Entwicklungsstörungen (jeweils 2 %) wurden insgesamt bei 30 % der Fälle angegeben. Neben expliziten Nennungen der

Ursachen für die Schwierigkeiten beim Ausfüllen des Fragebogens wurde auch allgemeine Unsicherheit erwähnt. Seltener kam es zu technischen oder organisatorischen Schwierigkeiten, die das Ausfüllen verhinderten (6 %) oder sonstigen Problemen.

Bei 13 % wurde die Ablehnung der Teilnahme durch die fehlende Integrierbarkeit in den Behandlungsablauf begründet. Der Anteil verringerte sich von 17 % bei GadK II auf 11 % bei GadK III. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass der Fragebogen bei GadK II erst im Verlauf des Programms integriert wurde, auch wenn bereits in den Förderrichtlinien festgelegt worden war, dass eine der 15 Einheiten für die Durchführung der Evaluierung vorgesehen war. Die Behandler:innen reagierten darauf zum Teil mit Unwillen, die zuvor frei verfügbare Behandlungszeit für die Fragebögen zu verwenden. Indem der Fragebogen bei GadK III ab Beginn des Programms integriert wurde, konnte der Anteil der hierdurch verweigerten Teilnahmen reduziert werden.

Neben den Fällen, in denen die Klient:innen oder deren Obsorgeberechtigte nicht an der Erhebung teilnehmen konnten oder wollten, wurden Fälle dokumentiert, in denen ein (erneutes) Ausfüllen des Fragebogens zum Behandlungsabschluss nicht möglich war, da die Behandlung vorzeitig beendet wurde. Dies wurde programmübergreifend in n = 738 Fällen (5 %) dokumentiert. Es gab keine bedeutsamen Differenzen zwischen den Programmen.

Fehlende Identifizierbarkeit wiederholter Angaben

Verschiedene Daten – insbesondere die Fragebögen und die Quartalsdokumentationen – wurden pro Klient:in mehrfach erhoben. Um die wiederholten Angaben zuordnen zu können, wurden pseudonymisierte Codes verwendet. Die Behandler:innen gaben diese Codes manuell an. Diese manuelle Eingabe war fehleranfällig, sodass die Eingaben nicht immer zuverlässig Klient:innen zugeordnet werden konnten. Diese Problematik zeigte sich bereits bei der Evaluierung von GadK II. Durch die Nutzung der gleichen Codes bei den Quartalsdokumentationen und beim Fragebogen sollten die Anfälligkeit für Fehler reduziert werden. Ein alternatives Vorgehen wäre die Kopplung der Erhebungen an die Datenbanken von GadK. Neben dem erhöhten technischen Aufwand gefährdet dies jedoch die Anonymität der Klient:innen, weshalb auch bei GadK III die fehleranfällige, jedoch ethisch sichere manuelle Eingabe von pseudonymisierten Codes beibehalten wurde.

Um eine bestmögliche Zuordnung zu ermöglichen, wurden die Codes und die Angaben zu Alter und Geschlecht in einem hierarchischen Vorgehen gematcht. Zunächst erfolgte die Zuordnung basierend auf den Codes, dem Geschlecht und dem Alter (wobei ein möglicher Geburtstag zwischen den Erhebungen berücksichtigt wurde). Die Codes wurden um Sonderzeichen bereinigt und auf einheitliche Großschreibung umcodiert. Die Codes der verbleibenden Fälle wurden manuell überprüft und bei Bedarf korrigiert. Zusätzlich erfolgte eine Zuordnung basierend auf einer Kombination aus Behandler:innen-Code, Alter, Geschlecht und der Eingabe über Erst- oder Wiederholungsangabe. Insgesamt konnten so 4.042 Fragebögen 2.021 Fällen für einen intrapersonellen Vergleich des Befindens aus Klient:innen-Perspektive und 492 Fragebögen 246 Fällen mit Eltern-Angaben zugeordnet werden.

Verzerrungen in der Interview-Stichprobe

Die Rekrutierung für Interviews mit Behandler:innen erfolgte mit Unterstützung der zentralen Servicestelle. Hierdurch wurden insbesondere motivierte und engagierte Behandler:innen erreicht. Bei dieser Subgruppe von Behandler:innen ist davon auszugehen, dass sie die GadK-Programme überdurchschnittlich positiv bewerten. Um diese Verzerrung zu adressieren, wurde auf Basis der Interviews zusätzlich ein Fragebogen entwickelt, der an alle Behandler:innen ausgesendet wurde. Hierdurch konnten die Erkenntnisse aus den Interviews überwiegend bestätigt werden.

Limitierter Zugang zu Klient:innen und Bezugspersonen

Der Zugang zu Klient:innen und deren Bezugspersonen war für die Evaluierung hauptsächlich vermittelt über die Behandler:innen möglich. Fragestellungen zur Wirksamkeit wurden mit Hilfe des Fragebogens beantwortet. Für die Prozessanalyse sind dagegen ausführlichere Befragungen hilfreich. Durch den erschwerten Zugang und da der Fokus für die Betroffenen auf der Verbesserung ihrer individuellen Situation lag, konnten nur wenige Klient:innen und Bezugspersonen für derartige Befragungen im Rahmen der Evaluierung gewonnen werden. Daher wurden 1) Informationen zum Zugang zu GadK III in gekürzter Form im Fragebogen integriert, 2) Behandler:innen als Informationsvermittler:innen zur Situation der Klient:innen befragt und 3) Fallstudien durchgeführt.

Abweichungen zwischen Datenquellen

Zwischen unterschiedlichen Daten zum gleichen Inhalt gab es leichte Differenzen. Beispielsweise lässt sich die Anzahl der behandelten Klient:innen anhand der Monatsdokumentationen oder anhand von Klient:innen-Listen der zentralen Servicestelle schätzen. Bei Differenzen wurden konservativ die niedrigeren oder abgerundeten Werte berichtet. Die Abweichungen bewegten sich hier im dreistelligen Bereich bei insgesamt fünfstelligen Klient:innen-Zahlen und wurden somit als ausreichend gering eingestuft, um die Gesamtinterpretation nicht zu verändern.

Regression zur Mitte

Bei der Untersuchung von Interventionen kann es zum Phänomen der „Regression zur Mitte“ kommen. Klient:innen bzw. Bezugspersonen suchen überwiegend zu einem Zeitpunkt Unterstützung, an dem das Befinden besonders schlecht ist. Durch die natürlichen Schwankungen im Befinden sind ab diesem Tiefpunkt behandlungsunabhängig Verbesserungen zu erwarten (Rost, 2022). Dieser statistische Trend ist anhand der Fragebögen nicht von den Effekten, die durch die Behandlungen erzielt wurden, zu unterscheiden. Daher wurden zusätzlich zu den Fragebogen-Erhebungen die Einschätzungen der Behandler:innen sowie subjektive Veränderungen erfasst. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es sich bei den über GadK vermittelten Behandlungen um Richtlinienverfahren mit Evidenz zur Wirksamkeit handelt, die durch Behandler:innen mit geprüfter Qualifikation durchgeführt wurden. Eine Wirksamkeit ist daher zu erwarten.

Anhang II: Details zu den GadK-Behandlungen

Behandlungsinformationen der Quartalsdokumentationen

Die Quartalsdokumentationen wurden bezüglich der behandlungsspezifischen Klient:innen-Charakteristika sowie Behandlungsziele und -fortschritte ausgewertet. Analysiert wurden 12.206 Dokumentationen. Ausgewählt wurden hierfür jeweils die aktuellsten Dokumentationen pro Klient:in. Zur Analyse der Zielerreichung erfolgte eine zusätzliche Eingrenzung auf 7.884 Quartalsdokumentationen, die nach mindestens zehn Einheiten erstellt wurden. Hierdurch wurde sichergestellt, dass früh beendete oder abgebrochene Behandlungen das Ergebnis nicht verzerren.

Die folgenden Tabellen dienen der Darstellung von detaillierten Werten aus den Dokumentationen ergänzend zu den im Bericht enthaltenen Informationen.

Störungsbilder

Tabelle A 1 zeigt die Auflistung aller (Verdachts-)Diagnosen im Rahmen der Quartalsdokumentationen. Tabelle A 2 schlüsselt die (Verdachts-)Diagnosen nach Altersgruppen auf. Tabelle A 3 stellt die nach Störungsgruppe gruppierten (Verdachts-)Diagnosen aller GadK-Programme gegenüber.

Tabelle A 1 (Verdachts-)Diagnosen der GadK III-Klient:innen im Detail

	Anzahl	%
F10–F19 Missbrauch abhängigkeits erzeugender psychotroper Substanzen	128	1 %
F30.- Hypomanie	5	< 1 %
F31.- Bipolare affektive Störung	50	< 1 %
F32.- Depressive Episode	1.747	14 %
F40.0 Agoraphobie	11	< 1 %
F40.1 Soziale Phobien	493	4 %

	Anzahl	%
F40.2 Spezifische Phobien	161	1 %
F40.8 Sonstige phobische Störungen	22	< 1 %
F41.0 Panikstörung	406	3 %
F41.1 Generalisierte Angststörung	354	3 %
F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	843	7 %
F41.3 Andere gemischte Angststörungen	153	1 %
F41.8 Sonstige spezifische Angststörungen	124	1 %
F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	131	1 %
F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)	90	1 %
F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt	164	1 %
F43.0 Akute Belastungsreaktion	694	6 %
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	708	6 %
F43.2 Anpassungsstörung	2.834	23 %
F44.- Dissoziative Störungen	32	< 1 %
F45.- Somatoforme Störungen	151	1 %
F50.0 Anorexia nervosa	175	1 %
F50.1 Atypische Anorexie	20	< 1 %
F50.2 Bulimia nervosa	53	< 1 %
F50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen	53	< 1 %
F50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen	15	< 1 %
F51.- Nichtorganische Schlafstörungen	69	1 %
F52.- Sexuelle Funktionsstörungen	5	< 1 %
F55.- Schädlicher Gebrauch nicht-abhängigkeitserzeugender Substanzen	12	< 1 %
F60.-, F61.-, F62.- Persönlichkeitsstörungen	240	2 %
F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	99	< 1 %
F64.- Störungen der Geschlechtsidentität	70	< 1 %
F66.- Störungen in Verbindung mit sexueller Entwicklung/Orientierung	24	< 1 %
F70–F79 Intelligenzminderung	85	1 %
F80.- Sprechen und Sprache	105	1 %
F81.- Schulische Fertigkeiten	270	2 %
F82.- Motorische Funktionen	42	< 1 %
F83.- Kombinierte Entwicklungsstörungen	96	1 %

	Anzahl	%
F84.- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	266	2 %
F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	872	7 %
F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	232	2 %
F90.8 Sonstige hyperkinetische Störungen	55	< 1 %
F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens	174	1 %
F91.1 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen	35	< 1 %
F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	123	1 %
F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	167	1 %
F91.8 Sonstige Störungen des Sozialverhaltens	59	< 1 %
F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	73	< 1 %
F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	74	1 %
F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	208	2 %
F93.1 Phobische Störung des Kindesalters	45	< 1 %
F93.2 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	95	1 %
F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	96	1 %
F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	161	1 %
F94.0 Elektiver Mutismus	51	< 1 %
F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	31	< 1 %
F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung	26	< 1 %
F94.8 Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit	21	< 1 %
F95.0 Vorübergehende Ticstörung	24	< 1 %
F95.2 Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)	7	< 1 %
F95.8 Sonstige Ticstörungen	3	< 1 %
F98.0 Nichtorganische Enuresis	74	1 %
F98.1 Nichtorganische Enkopresis	36	< 1 %
F98.3 Pica im Kindesalter	2	< 1 %
F98.2 Fütterungsstörung im frühen Kindesalter	2	< 1 %
F98.4 Stereotype Bewegungsstörungen	1	< 1 %
F98.5 Stottern (Stammeln)	15	< 1 %
F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	115	1 %

Anmerkung: N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in; Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle A 2 Anteil der Klient:innen verschiedener Altersgruppen mit (Verdachts-) Diagnosen

	Bis 6 Jahre	7-10 Jahre	11-15 Jahre	Ab 16 Jahre
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	0,1 %	0,0 %	0,4 %	2,3 %
F30-F39 Affektive Störungen	0,3 %	2,1 %	12,5 %	25,7 %
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	36,4 %	44,3 %	54,4 %	60,1 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,4 %	0,8 %	3,7 %	4,6 %
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,1 %	0,6 %	2,4 %	6,3 %
F70-F79 Intelligenzminderung	0,1 %	0,8 %	1,0 %	0,5 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	14,0 %	9,9 %	6,0 %	2,1 %
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	44,0 %	44,7 %	25,7 %	9,0 %

Anmerkung: N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in; Mehrfachnennungen möglich.

Tabelle A 3 (Verdachts-)Diagnosen der Klient:innen der GadK-Programme nach Störungsgruppe

	GadK I	%	GadK II	%	GadK III	%
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	53	1 %	139	1 %	128	1 %
F30-F39 Affektive Störungen	800	20 %	1.739	16 %	1.794	15 %
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	2.118	54 %	5.953	53 %	6.513	53 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	162	4 %	413	4 %	397	3 %
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	190	5 %	435	4 %	419	3 %

	GadK I	%	GadK II	%	GadK III	%
	Anzahl		Anzahl		Anzahl	
F70-F79 Intelligenzminderung	31	1 %	76	1 %	85	1 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	233	6 %	662	6 %	708	6 %
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	786	20 %	2.779	25 %	2.974	24 %
Keine der genannten Optionen	404	10 %	1.136	10 %	1.397	11 %

Anmerkung: GadK I N = 3.929, GadK II N = 11.142, GadK III N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in; Mehrfachnennungen möglich.

Behandlungsziele

Die in Tabelle A 4 aufgelisteten Ziele wurden im Rahmen der jeweils aktuellsten Quartalsdokumentationen pro Klient:in berichtet. Unterschieden wurde zwischen (primären) Zielen und weiteren (sekundären) Zielen.

Tabelle A 4 Behandlungsziele laut Quartalsdokumentationen

	Häufigkeit primäres Ziel	Anteil primäres Ziel	Häufigkeit sekundäres Ziel	Anteil sekundäres Ziel
Verbesserung der subjektiven Befindlichkeit	8.106	66 %	2.590	21 %
Verbesserung einer einschränkenden Symptomatik	7.068	58 %	1.800	15 %
Verbesserung von Resilienzfaktoren	4.177	34 %	4.128	34 %
Stabilisierung einer Krise	3.996	33 %	1.155	9 %
Lösung eines bestehenden Konflikts	2.705	22 %	1.545	13 %
Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung	1.264	10 %	1.047	9 %

Anmerkung: N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in; Mehrfachangaben möglich.

Zielerreichung

Tabelle A 5 zeigt die Einschätzung der Behandler:innen zu Behandlungsfortschritten nach zehn oder mehr erfolgten Einheiten. Bei der Dokumentation der Fortschritte wurde nach primären und sekundären Zielen unterschieden.

Tabelle A 5 Fortschritte bezüglich primärer und sekundärer Behandlungsziele

	Primäre Ziele	%	Sekundäre Ziele	%
	Anzahl		Anzahl	
Bisher keine Fortschritte wahrnehmbar	89	1 %	142	2 %
Bisher geringfügige Fortschritte wahrnehmbar	820	10 %	721	13 %
Bisher erste Fortschritte wahrnehmbar	1.991	25 %	1.452	25 %
Bisher gute Fortschritte wahrnehmbar	3.195	41 %	2.015	35 %
Bisher sehr gute Fortschritte wahrnehmbar	1.789	23 %	1.396	24 %

Anmerkung: N = 7.884 Quartalsdokumentationen nach mindestens zehn Behandlungseinheiten, davon N = 5.726 mit zusätzlichen sekundären Zielen, Mehrfachangaben möglich.

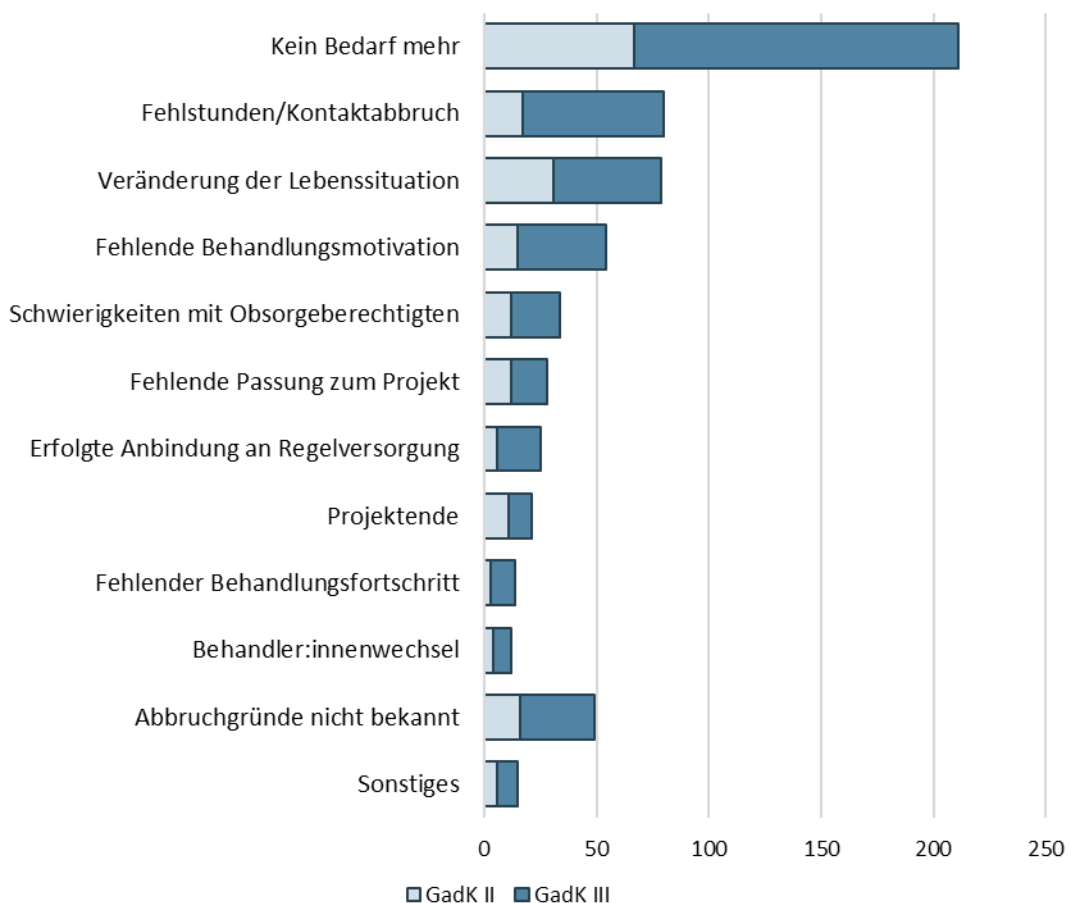
Das Ausmaß der Fortschritte war unabhängig von der Art der Behandlung (Einzel vs. Gruppen; Mann-Whitney U-Test $p = 0,205$ für primäre Ziele, $p = 0,309$ für sekundäre Ziele) und vom Setting (Präsenz vs. Online; Mann-Whitney U-Test $p = 0,338$ für primäre Ziele, $p = 0,165$ für sekundäre Ziele). Bei höheren Schweregraden der Einschränkungen wurden weniger Fortschritte erzielt (Spearman-Korrelationskoeffizient $r = -0,23$, $p < 0,001$ für primäre Ziele, $r = -0,20$, $p < 0,001$ für sekundäre Ziele). Wenn als primäres Ziel die Überbrückung bis zur Überführung in die Regelversorgung (mit) angegeben wurde, wurden geringere Fortschritte berichtet (41 % gute bis sehr gute Fortschritte, 3 % keine Fortschritte).

Je mehr Behandlungseinheiten durchgeführt wurden, desto höher war der eingeschätzte Behandlungsfortschritt (Spearman Korrelationskoeffizient $r = 0,42$, $p < 0,001$). Zur Analyse wurden alle Quartalsdokumentationen berücksichtigt.

Vorzeitige Beendigungen der Behandlungen

Etwa 30 % der Klient:innen nutzten den gesamten verfügbaren Umfang von 15 bzw. 20 Behandlungseinheiten. Während sich ein Anteil der geringeren Behandlungsstunden auf kurzfristige Terminabsagen zurückführen lässt, gab es somit zahlreiche Klient:innen, bei denen die Behandlungen vorzeitig beendet wurden. Um die Gründe für das Behandlungsende zu erfassen, wurden die Behandler:innen gebeten, diese im Fragebogen zu dokumentieren, auch wenn die Klient:innen diesen nicht mehr ausfüllten. Optional konnten zusätzliche Informationen eingegeben werden. Diese wurden kategorisiert, um Gründe für das frühe Ende der Behandlungen zu identifizieren (siehe Abbildung A 4).

Abbildung A 4 Gründe für vorzeitige Behandlungs-Beendigungen



Anmerkung: Auswertung von freiwilligen Angaben zu Abbrüchen bzw. vorzeitigem Behandlungsende im Klient:innen-Fragebogen (GadK II n = 206, GadK III n = 414); Mehrfachzuordnungen möglich.

Der häufigste Grund für das Ende der Behandlungen war, dass kein Bedarf mehr vorhanden war. So hatte sich die „anfängliche Symptomatik weitestgehend erledigt“ oder die „Befindlichkeit verbessert“, sodass „keine weiteren Termine notwendig“ waren. Das Behandlungsende aufgrund der Auflösung des Bedarfs kam nach unterschiedlicher Anzahl von Einheiten zustande. So kam es vor, dass Klient:innen die Behandlungseinheiten fast vollständig in Anspruch nahmen, bevor die Behandlung beendet wurde. In anderen Fällen konnten Probleme innerhalb weniger Einheiten gelöst werden oder die Situation der Klient:innen veränderte sich, sodass belastende Bedingungen aufgehoben wurden und eine Behandlung nicht mehr notwendig war. Dass die meisten der dokumentierten frühzeitigen Behandlungsbeendigungen auf positive Entwicklungen zurückzuführen waren, spricht für die Wirksamkeit des Programms sowie dafür, dass die Klient:innen nicht mehr Einheiten in Anspruch nahmen als sie tatsächlich benötigten.

Die nächste Kategorie bildet Behandlungsbeendigungen aufgrund von kurzfristig abgesagten Terminen oder Kontaktabbrüchen durch die Klient:innen ab. Wurden Termine mehrfach weniger als 24 Stunden zuvor abgesagt oder unentschuldigt nicht in Anspruch genommen, wurden die betroffenen Klient:innen aus dem Projekt ausgeschlossen. Zudem kam es immer wieder zu Situationen, in denen Klient:innen sich nicht mehr meldeten und auf Kontaktaufnahmen durch die Behandler:innen nicht reagierten. Oft fand dieser Kontaktabbruch nach Behandlungspausen oder Lebensumbrüchen statt, teilweise jedoch auch unabhängig von derartigen Faktoren.

Behandlungsbeendigungen durch Veränderungen der Lebenssituation gingen beispielsweise auf Umzüge, neu begonnene Ausbildungen oder Auslandssemester zurück. Dadurch fehlten den Klient:innen die zeitlichen Ressourcen für die Behandlung oder die räumliche Distanz wurde zu groß. Auch gesundheitliche Probleme der Klient:innen konnten dazu führen, dass die Behandlungen nicht länger in Anspruch genommen werden konnten.

Ein Teil der Klient:innen hatte keine Motivation und war nicht offen für die Behandlungen. Oft handelte es sich dabei um Kinder und Jugendliche, die auf Druck von außen – meist der Eltern – bei GadK teilnahmen. Während die Motivation laut anderen Dokumentationen bei einem Teil der Klient:innen aufgebaut werden konnte, war eine Behandlung bei anderen dadurch nicht möglich.

Nicht immer lagen die Schwierigkeiten bei den Kindern und Jugendlichen. Auch die Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen konnte sich so schwierig gestalten, dass die

Behandlungen abgebrochen wurden. Themen waren dabei beispielsweise Loyalitätskonflikte zu den Elternteilen, die unterschiedlich zur Behandlung standen, oder Parentifizierung der Kinder, wobei die Eltern erwarteten, dass die Kinder auf Grundlage der Behandlung elterliche Verantwortung übernehmen sollten. Eine Konfrontation dieser Themen durch die Behandler:innen führte teilweise zum Abbruch durch die Bezugspersonen.

Andere Klient:innen hatten einen Bedarf, der nicht im Rahmen von GadK erfüllt werden konnte. Überwiegend handelte es sich dabei um Klient:innen mit schweren psychischen Erkrankungen oder Traumata. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen waren im ambulanten Setting nach Einschätzung der Behandler:innen nicht sinnvoll behandelbar. Auch wenn eine Gruppenbehandlung für die Klient:innen passender war oder wenn Diagnostik nötig war, wurden Behandlungen über GadK beendet.

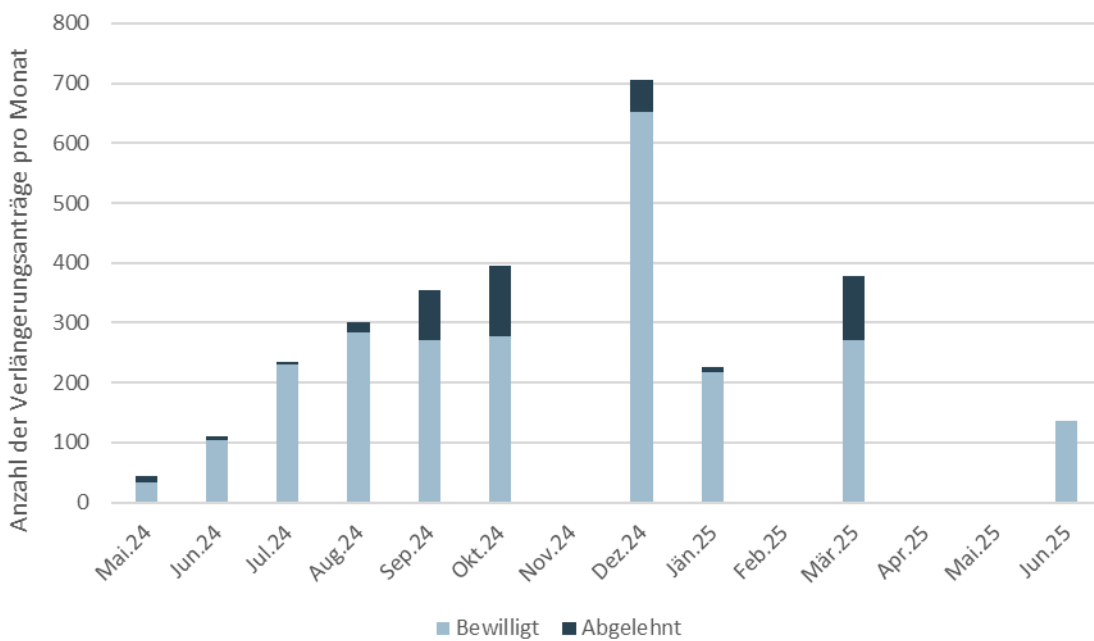
Darüber hinaus wurden Behandlungen erfolgreich beendet, wenn eine Weitervermittlung an die Regelversorgung erfolgt war. Wenn die Programme das Ende ihrer Laufzeit erreicht hatten, verfielen zum Teil nicht genutzte Behandlungseinheiten oder Behandlungen wurden aufgrund fehlender Fortschritte abgebrochen. Auch Behandler:innen-Wechsel wurden dokumentiert.

Verlängerungsanträge und -bewilligungen

Bei Einzelbehandlungen wurden den Klient:innen 15 Behandlungseinheiten ermöglicht. War eine längere Behandlung nötig und sinnvoll, konnte ein Verlängerungsantrag um weitere fünf Einheiten gestellt werden. Die zusätzlichen Einheiten mussten zur Überführung in die Regelversorgung genutzt werden. Im Verlauf von GadK III gingen 2.816 Verlängerungsanträge ein. Der Anteil der Klient:innen in Einzelbehandlung lag somit bei 17 %, was etwa dem Niveau der vorhergehenden Programme entsprach. Bewilligt wurden 86 % der Verlängerungsanträge. Der Anteil der Bewilligungen sank kontinuierlich von GadK I (96 %) über GadK II (92 %) bis GadK III. Dies lässt sich insbesondere auf die insgesamt zunehmende Nachfrage durch die Etablierung und Bekanntheit der Programme und die damit einhergehenden stärkeren Einschränkungen durch das Budget begründen. Ablehnungen von Verlängerungen beruhten auf fachlichen (64 %), administrativen (zu spät eingereicht, 14 %) und Bedarfsgründen (kein Bedarf, 22 %).

Die Verlängerungsanträge gingen relativ kontinuierlich im Verlauf von GadK III ein (siehe Abbildung A 5). In den ersten Monaten waren Anträge seltener, da die Behandlungen noch nicht weit genug fortgeschritten waren, um den Verlängerungsbedarf abzuschätzen. Im November 2024 sowie Jänner bis Mai 2025 gab es Anmeldestopps, die auch die Verlängerungsanträge betrafen. Insbesondere im Dezember 2024 zeigte sich als Reaktion eine Verdopplung der Anträge. Der Anteil der bewilligten Verlängerungsanträge schwankte zwischen 70 % (Oktober 2024) und 100 % (Juni 2025). Die Bewilligung von Verlängerungsanträgen hing somit wie schon bei GadK II vom verfügbaren Budget ab. In Phasen, in denen das Budget nahezu aufgebraucht war und ein Anmeldestopp bevorstand, wurden Verlängerungen seltener bewilligt.

Abbildung A 5 Anzahl der Verlängerungsanträge pro Monat

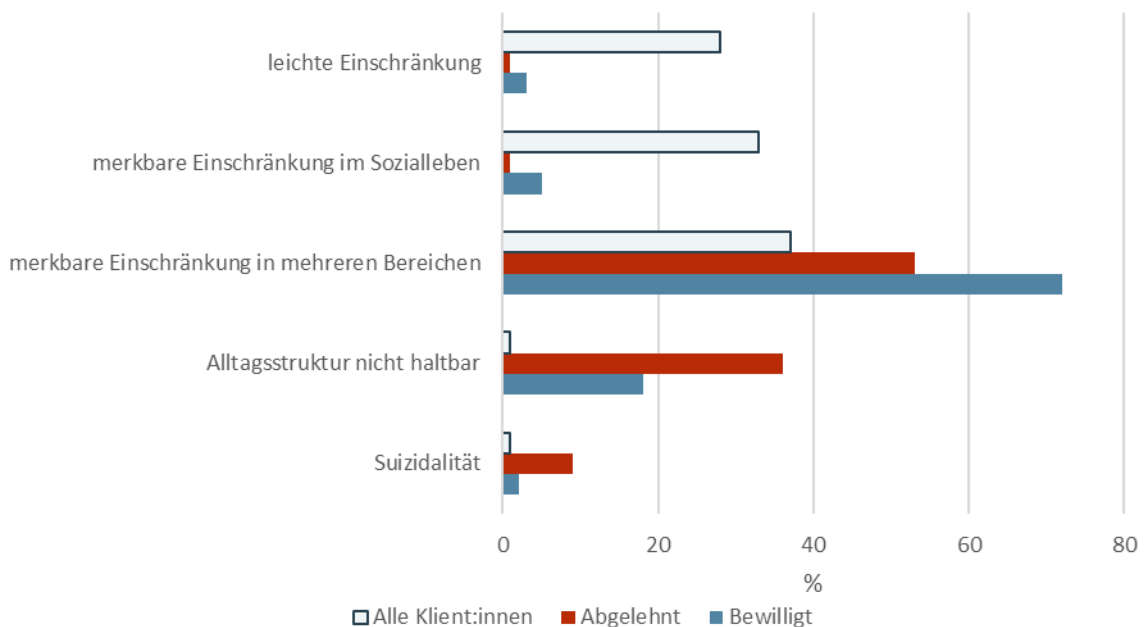


Anmerkung: N = 2.865 Verlängerungsanträge, davon n = 2.470 bewilligt, n = 407 abgelehnt, n = 5 ausgeschlossen, da keine Entscheidung dokumentiert.

Verlängerungsanträge wurden für alle Altersgruppen zwischen null und 22 Jahren gestellt. Das mittlere Alter in den Verlängerungsanträgen entsprach mit 14,5 Jahren dem aller angemeldeten Klient:innen (14,6 Jahre). Das Alter der Klient:innen spielte für die Bewilligung von Verlängerungsanträgen keine Rolle (M = 14,6 bei Bewilligung, M = 14,1 bei Ablehnung; $t(501,2) = 1,86$, $p = 0,064$).

Abbildung A 6 zeigt die Einschätzung der Behandler:innen zu den Schweregraden der Einschränkungen abhängig vom Bewilligungsstatus. Hier zeigt sich, dass die Einschätzungen zum Schweregrad der Einschränkungen nicht zentral für die Entscheidung über eine Bewilligung der Verlängerungen waren. Während bei mittleren Einschränkungen (mehrere Lebensbereiche betroffen) mehr Verlängerungen bewilligt als abgelehnt wurden, kehrte sich die Verteilung bei stärkeren Einschränkungen (Alltagsstruktur nicht haltbar, Suizidversuch) um. Die Verteilung kann damit erklärt werden, dass schwere Störungsbilder auch mit fünf zusätzlichen Einheiten nicht angemessen behandelbar sind.

Abbildung A 6 Anteil bewilligter und abgelehnter Verlängerungsanträge nach Schweregrad der Einschränkungen



Anmerkung: N = 2.865 Verlängerungsanträge, davon n = 2.470 bewilligt, n = 407 abgelehnt, n = 5 ausgeschlossen, da keine Entscheidung dokumentiert; Alle Klient:innen basierend auf N = 12.148 Quartalsdokumentationen, n = 58 ausgeschlossen wegen fehlenden Angaben.

Zusätzlich ist in der Abbildung der Schweregrad der Einschränkungen zu Behandlungsbeginn bei der Gesamtpopulation der Klient:innen dargestellt. Hier zeigte sich, dass bei Verlängerungsanträgen höhere Schweregrade angegeben wurden als beim Durchschnitt der Klient:innen. Behandler:innen beantragten Verlängerungen somit vor allem für schwerer betroffene Klient:innen, sodass eine Priorisierung nach Schweregrad durch die Servicestelle nur bedingt nötig war.

Tabelle A 6 zeigt die (Verdachts-)Diagnosen, die in den Verlängerungsanträgen angegeben wurden im Vergleich zu den in den Quartalsdokumentationen für alle Klient:innen dokumentierten (Verdachts-)Diagnosen. Unterschiede zeigen sich vor allem für affektive Störungen, die bei Verlängerungsanträgen häufiger berichtet wurden. Auch neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen wurden häufiger berichtet. Zusätzlich wurden Störungsbilder im Bereich der Schizophrenie und wahnhaften Störungen ausschließlich bei Verlängerungsanträgen berichtet.

Tabelle A 6 (Verdachts-)Diagnosen in den Verlängerungsanträgen im Vergleich zur Gesamtheit der Klient:innen

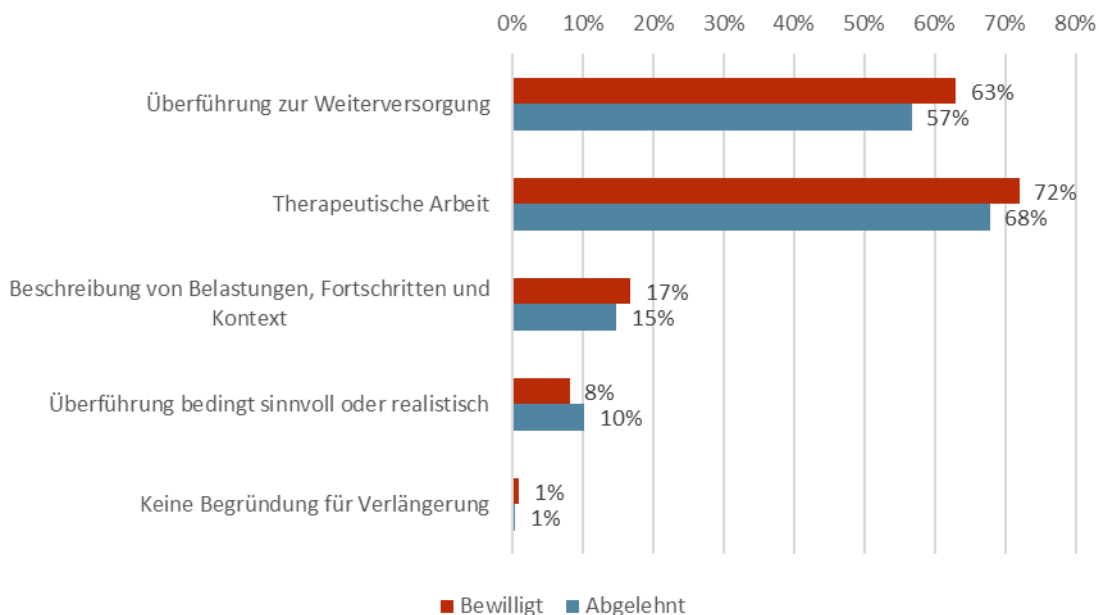
Störungsgruppe	Klient:innen gesamt		Verlängerungs- anträge	
	Anzahl	%	Anzahl	%
F10-F19 Missbrauch abhängigkeiterzeugender psychotroper Substanzen	128	1 %	21	< 1 %
F20-F29 Schizophrenie und wahnhafte Störungen	0	-	7	< 1 %
F30-F39 Affektive Störungen	1.794	15 %	712	25 %
F40-F49 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	6.513	53 %	1.706	59 %
F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	397	3 %	153	5 %
F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	419	3 %	191	7 %
F70-F79 Intelligenzminderung	85	1 %	8	< 1 %
F80-F89 Entwicklungsstörungen	708	6 %	167	6 %
F90-F99 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2.974	24 %	697	24 %

Anmerkung: N = 12.206 aktuellste Quartalsdokumentationen pro Klient:in, N = 2.882 Verlängerungsanträge; Mehrfachnennungen möglich.

In den Verlängerungsanträgen machten die Behandler:innen zusätzlich Angaben darüber, wie die zusätzlichen Einheiten zur Überführung in die Regelversorgung genutzt werden würden. Die Antworten wurden qualitativ inhaltlich kategorisiert. Die Kategorien inklusive prozentualer Häufigkeiten sind in Abbildung A 7 dargestellt. Hier zeigt sich, dass in 63 % der bewilligten Verlängerungsanträge die Überführung in die Regelversorgung adressiert

wurde. Bei den abgelehnten Anträgen waren es mit 57 % geringfügig weniger. Oft wurden die Argumente zur Regelversorgung in den Kontext der notwendigen therapeutischen Arbeit gestellt. Insbesondere sollten begonnene therapeutische Themen und Interventionen fortgesetzt und Fortschritte stabilisiert werden. Auch akute anstehende Lebensumbrüche wurden als Argument für die Notwendigkeit von Behandlungsverlängerungen genutzt. Ein Teil der Behandler:innen beschrieb zudem erreichte Behandlungsfortschritte, die Notwendigkeit der Behandlung über GadK aufgrund finanzieller Rahmenbedingungen der Klient:innen sowie die Schwere der Einschränkungen. In manchen Fällen wurde argumentiert, dass eine Überführung in die Regelversorgung nur eventuell möglich oder nötig sei. Die Behandler:innen gaben an, dass die Problemstellungen mit weiteren fünf Einheiten voraussichtlich gelöst werden könnten oder dass eine Überführung grundsätzlich nicht möglich sei. Gründe waren beispielsweise, dass die Klient:innen ihre Behandlung vor den Eltern verschweigen wollten oder eine Privatfinanzierung nicht möglich sei. Selten fehlten Begründungen, wie die Verlängerung für die Überführung in die Regelversorgung genutzt werden sollte. Teilweise wurden diese stattdessen im Kontext der Symptomatik der Klient:innen beschrieben, die nicht zusätzlich ausgewertet wurde.

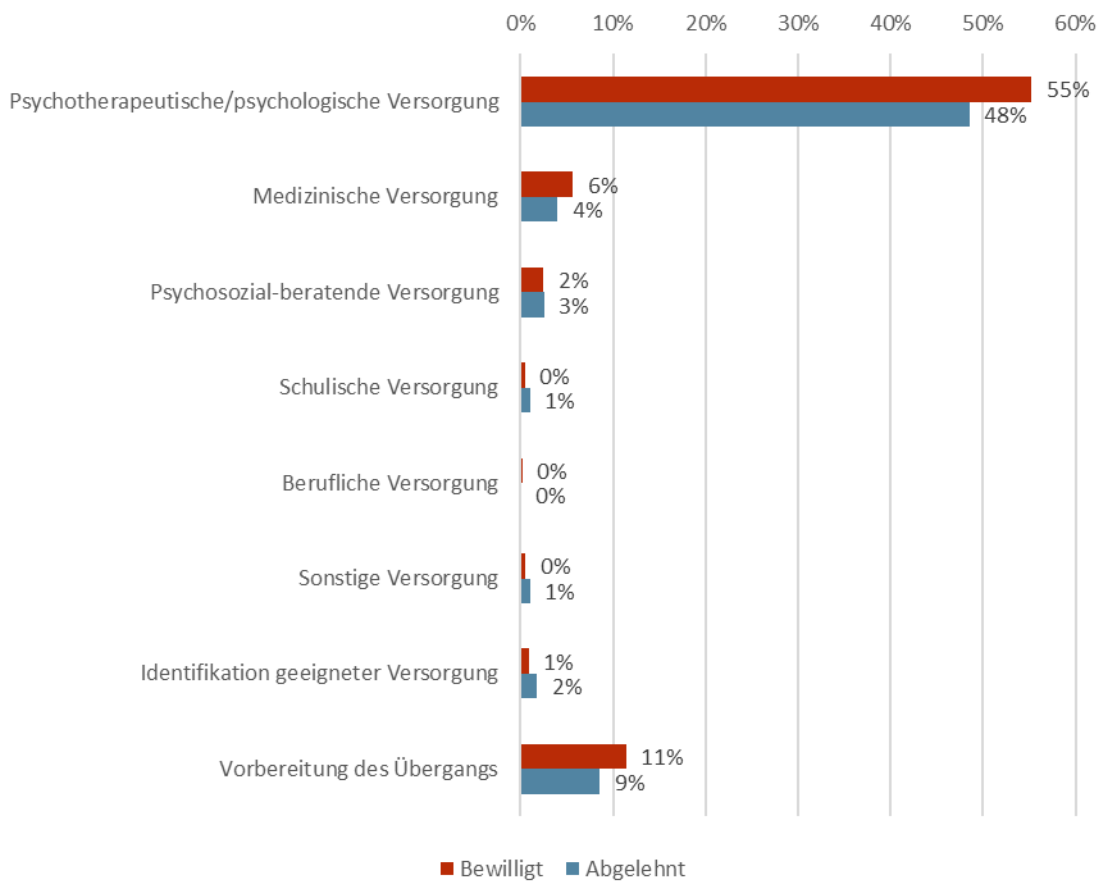
Abbildung A 7 Begründung des Verlängerungsbedarfs



Anmerkung: N = 2.865 Verlängerungsanträge, davon n = 2.446 bewilligt, n = 398 abgelehnt. Mehrfachzuordnungen möglich.

Wo die Überführung in weitere Versorgungsangebote in den Verlängerungsanträgen aufgeführt war, handelte es sich meist um psychotherapeutische oder klinisch-psychologische Versorgung (siehe Abbildung A 8). Dieser Versorgungsbedarf wurde in 55 % der bewilligten und 48 % der abgelehnten Anträge angegeben. Seltener waren medizinische, psychosozial-beratende, schulische, berufliche oder sonstige Versorgungsleistungen nötig. In Einzelfällen wurde argumentiert, dass das passende Versorgungsangebot noch identifiziert werden müsse. Auch die Begleitung des Übergangs in die Weiterversorgung wurde adressiert. So sollten Compliance für die Weiterversorgung aufgebaut oder der Übergangsprozess begleitet werden.

Abbildung A 8 Art der notwendigen Weiterversorgung



Anmerkung: N = 1.768 Verlängerungsanträge mit Angaben zur Überführung in die Weiter- oder Regelversorgung, davon n = 1.542 bewilligt, n = 226 abgelehnt. Mehrfachzuordnungen möglich.

Fallstudie Musiktherapie

Ein Elternteil eines Kindes mit einer schweren Entwicklungsstörung erklärte sich bereit, Informationen zur musiktherapeutischen Behandlung über GadK III zur Evaluierung zur Verfügung zu stellen. Das Elternteil nahm an einem Interview teil und teilte Bilder und Videos aus der Behandlung. Der Kontakt wurde durch den:die Behandler:in vermittelt, der:die ebenfalls an einem Interview im Rahmen der Evaluierung teilnahm.

Das Kind konnte sprachlich nicht kommunizieren und hatte Schwierigkeiten, Kontakt zu anderen Menschen aufzubauen. Aufgrund der Entwicklungsstörung hatte es eine kognitive Behinderung. Laut Behandler:in war das Kind auf einer verbalen Ebene nicht erreichbar. Bereits vor GadK III nahm die Familie für das Kind Musiktherapie in Anspruch und wusste, dass es davon profitierte. Aufgrund der fehlenden Kostenübernahme und finanziellen Limitationen war dies jedoch nicht regelmäßig möglich. Die Anmeldung bei GadK III ermöglichte 20 Einheiten Musiktherapie im wöchentlichen Rhythmus. Durch diese Regelmäßigkeit konnte das Kind noch stärker von der Behandlung profitieren. Ein Beziehungsaufbau basierend auf der musikalischen Kommunikation wurde möglich. Die zur Verfügung gestellten Fotos und Videos verdeutlichten, wie die Musik als Kommunikationsmittel eingesetzt wurde. Das Kind erzeugte selbst auf unterschiedlichen Instrumenten Musik, lauschte der durch die:den Behandler:in erzeugten Musik und nahm als Reaktion auf die Musik Blickkontakt auf. Die Aufnahmen zeigten, wie durch die Musik unterschiedliche Dynamiken und Stimmungen erzeugt und unterstützt wurden. Sie wurde als Hilfestellung zur Entspannung verwendet sowie zur Anregung von Bewegung und Tanzen. Laut dem Elternteil gab es merkbare Verbesserungen in der Konzentration und Aufmerksamkeit des Kindes. Es profitierte kognitiv und emotional von der Behandlung. Das Elternteil übernahm durch Beobachtung der Interaktion zwischen der:dem Behandler:in und dem Kind Ansätze, die Musik in die Kommunikation mit seinem Kind einzubeziehen, was sich positiv auf den Alltag auswirkte.

Das Fallbeispiel zeigt, wie Musiktherapie besonders bei Kindern mit Schwierigkeiten in der verbalen Kommunikation wirksam eingesetzt werden kann. Auffällig ist dabei, dass das Elternteil das eigene Kind aufgrund der Art der Beeinträchtigung zunächst nicht als Zielgruppe der GadK-Programme identifiziert hatte. Erst nach einem Hinweis durch die:den Behandler:in erfolgte die Anmeldung bei GadK III. Während schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche nicht zur eigentlichen Zielgruppe der GadK-Programme gehören, verdeutlicht dieses Beispiel erneut die Lücken in der Regelversorgung, die unabhängig vom Störungsbild und Schweregrad bestehen.

Anhang III: Analyseergebnisse der Fragebogendaten

Für alle Indikatoren des Klient:innen-Befindens wurden drei Analysen durchgeführt. Zunächst erfolgten deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche aller Fragebögen, die innerhalb der ersten fünf oder nach mindestens zehn Sitzungen durchgeführt wurden. Anschließend wurden Fälle identifiziert, die den Fragebogen zwei Mal ausgefüllt hatten, um intraindividuelle Veränderungen zu identifizieren. Zusätzlich erfolgte eine Modellierung des Verlaufs über 15 Behandlungseinheiten basierend auf allen verfügbaren Fragebögen. Durch die mehrfachen Analysen wurde die Robustheit der Ergebnisse überprüft, um zu gewährleisten, dass sie nicht auf Verzerrungen beruhen.

Klient:innen-Fragebogen: Wohlbefinden (WHO-5)

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche des Wohlbefindens

In Tabelle A 7, Tabelle A 8, Tabelle A 9 und Tabelle A 10 sind die Kennwerte des WHO-5 getrennt nach Geschlecht für die gesamte verfügbare Stichprobe dargestellt. Es erfolgt ein geschlechtsspezifischer Vergleich mit Werten aus der HBSC-Studie 2021/22 (Felder-Puig et al., 2023a). Abbildung A 9 stellt die Verteilung grafisch dar. Grundlage für die Darstellung sind alle Fragebögen, die zu Behandlungsbeginn (innerhalb der ersten fünf Einheiten) oder am Ende der Behandlungen (nach mindestens zehn Einheiten) ausgefüllt wurden.

Tabelle A 7 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) für alle Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 5.062)	Behandlungsende (N = 2.707)
Mittelwert (Standardabweichung)	11,2 (5,95)	13,4 (5,30)
Spannweite	0-25	0-25

	Behandlungsbeginn (N = 5.062)	Behandlungsende (N = 2.707)
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	32,2 %	15,9 %

Tabelle A 8 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei Mädchen

	Behandlungsbeginn (N = 3.404)	Behandlungsende (N = 1.860)	HBSC-Vergleichswert (N = 3.626)
Mittelwert (Standardabweichung)	10,4 (5,7)	13,1 (5,3)	12,38
t-Test (Differenz zu HBSC)	t(3403) = -20,29	t(1859) = 5,93	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	0,35	0,14	
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	36,4 %	17,6 %	21,7 %

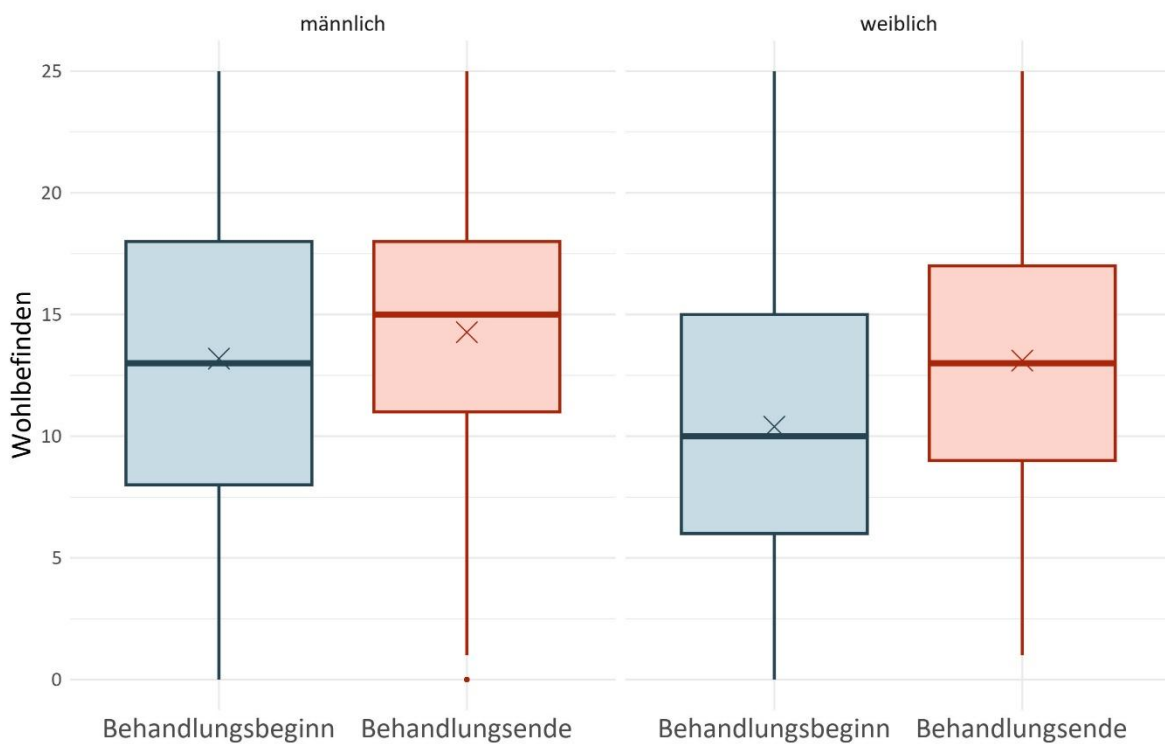
Tabelle A 9 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei Burschen

	Behandlungsbeginn (N = 1.591)	Behandlungsende (N = 802)	HBSC-Vergleichswert (N = 3.237)
Mittelwert (Standardabweichung)	13,2 (6,0)	14,3 (5,2)	15,15
t-Test (Differenz zu HBSC)	t(1.590) = -13,04	t(801) = -4,81	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	0,33	0,17	
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	22,2 %	11,0 %	9,5 %

Tabelle A 10 Kennwerte des Wohlbefindens (WHO-5) bei diversen Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 67)	Behandlungsende (N = 45)
Mittelwert (Standardabweichung)	8,4 (5,5)	10,4 (5,3)
Anteil mit Hinweis auf depressive Verstimmungen	53,7 %	35,6 %

Abbildung A 9 Boxplot des Wohlbefindens (WHO-5) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 1.591 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 3.404 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 802 Burschen am Behandlungsende, N = 1.860 Mädchen am Behandlungsende.

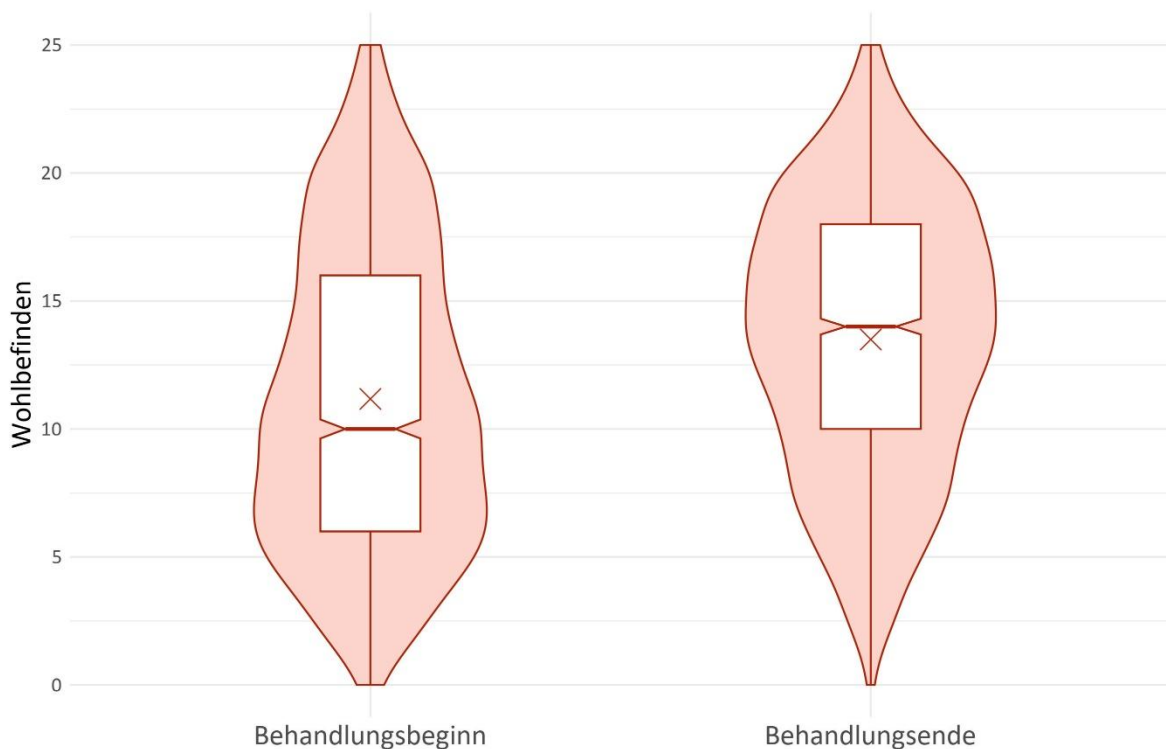
Der Unterschied im Wohlbefinden zwischen Mädchen und Burschen war zu Behandlungsbeginn ($t(2.971) = 15,56, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(1.552) = 5,30, p < 0,001$) signifikant, wobei Mädchen ein niedrigeres Wohlbefinden

berichteten. Ältere Klient:innen berichteten ein niedrigeres Wohlbefinden ($r = -0,35$, $p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen des Wohlbefindens anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

Ein intraindividuellem Vergleich des Befindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Für das Wohlbefinden lagen 1.576 Fälle vor, die innerhalb der ersten fünf und nach mindestens zehn Behandlungseinheiten Angaben gemacht hatten und deren Fragebögen einander zugeordnet werden konnten. Das Wohlbefinden war am Ende der Behandlungen signifikant höher als zu Beginn ($t(1.575) = 19,00$, $p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 25 bei 2,78 Punkten (95%-KI[2,48; 3,07]). Abbildung A 10 zeigt die Veränderungen im Wohlbefinden innerhalb der Stichprobe mit zugeordneten Vorher-Nachher-Erhebungen.

Abbildung A 10 Intraindividuelle Veränderung des Wohlbefindens (WHO-5) zwischen Behandlungsbeginn und -ende

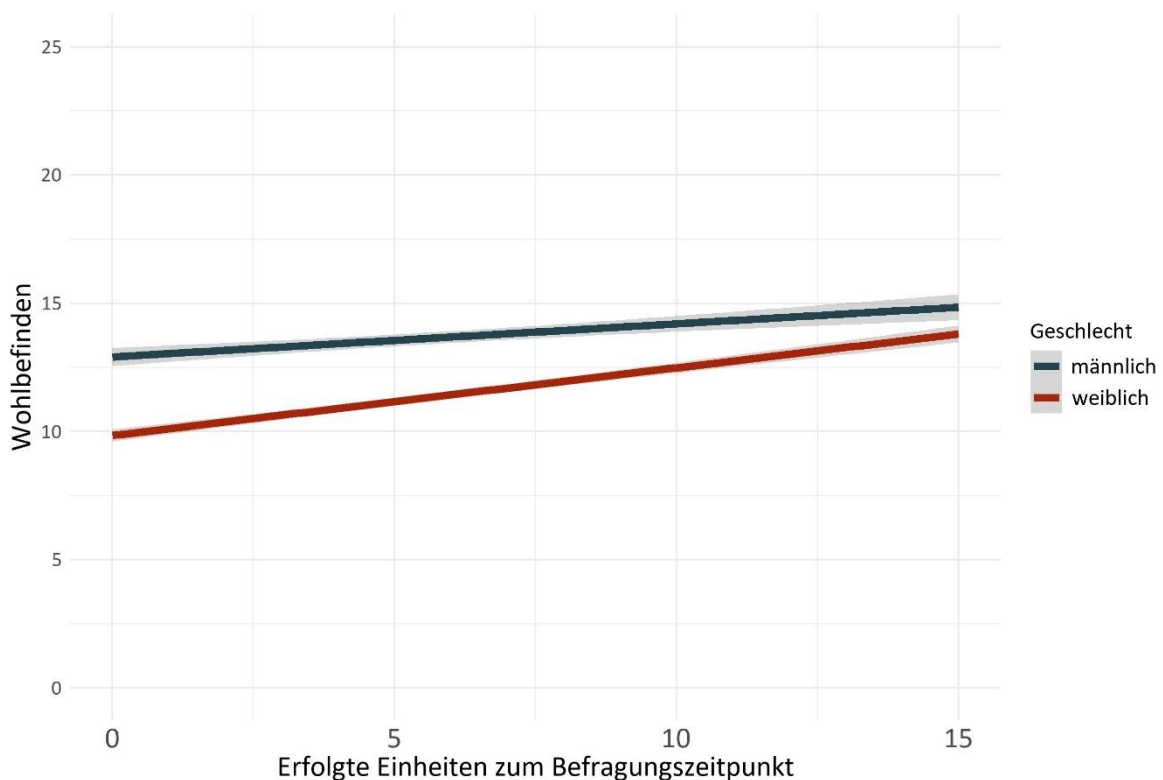


Anmerkung: N = 1.567 gematchte Klient:innen-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen des Wohlbefindens im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

Für die Verlaufsanalyse anhand aller verfügbarer Daten wurde ein GEE-Modell erstellt, mit dem das Wohlbefinden abhängig von der Anzahl der Sitzungen unter Kontrolle von Alter und Geschlecht modelliert wurde. Dabei zeigte sich, dass das Wohlbefinden sich pro Sitzung im Mittel um 0,21 Punkte verbesserte (95%-KI[0,18; 0,22], $p < 0,001$, Beta = 0,20). Dies entspricht bei Inanspruchnahme von 15 Behandlungseinheiten einem Anstieg um 3,15 Punkte auf der Skala von 0 bis 25. Im Vergleich zum durchschnittlichen Befinden zu Beginn der Behandlungen handelt es sich um einen Anstieg um 28 %. Abbildung A 11 zeigt den Verlauf des Wohlbefindens abhängig von der Sitzungsanzahl.

Abbildung A 11 Modellierung des Wohlbefindens (WHO-5) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen, N = 5.578 Mädchen, N = 2.607 Burschen.

Klient:innen-Fragebogen: Lebenszufriedenheit

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Lebenszufriedenheit

Tabelle A 11, Tabelle A 12, Tabelle A 13 und Tabelle A 14 bieten eine Übersicht über die Kennwerte der Lebenszufriedenheit zu Beginn und Ende der Behandlungen. Alle Fragebögen, die zu Behandlungsbeginn (innerhalb der ersten fünf Einheiten) oder am Ende der Behandlungen (nach mindestens zehn Einheiten) ausgefüllt wurden, wurden berücksichtigt. Geschlechtsspezifisch werden die Werte mit Ergebnissen aus der HBSC-Studie 2021/22 (Felder-Puig et al., 2023a) verglichen. Abbildung A 12 stellt die Verteilung grafisch dar.

Tabelle A 11 Kennwerte der Lebenszufriedenheit für alle Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 5.221)	Behandlungsende (N = 3.033)
Mittelwert (Standardabweichung)	6,39 (1,98)	7,19 (1,71)
Spannweite	0 – 10	0 – 10
Anteil mit niedriger Lebenszufriedenheit	50,5 %	28,8 %

Tabelle A 12 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei Mädchen

	Behandlungsbeginn (N = 3.476)	Behandlungsende (N = 2.014)	HBSC-Vergleichswert (N = 3.580)
Mittelwert (Standardabweichung)	6,16 (1,90)	7,06 (1,68)	7,3
t-Test (Differenz zu HBSC)	t(3475) = -35,52	t(2013) = -6,36	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	-0,60	-0,14	
Anteil mit niedriger Lebenszufriedenheit	55,7 %	30,7 %	31,2 %

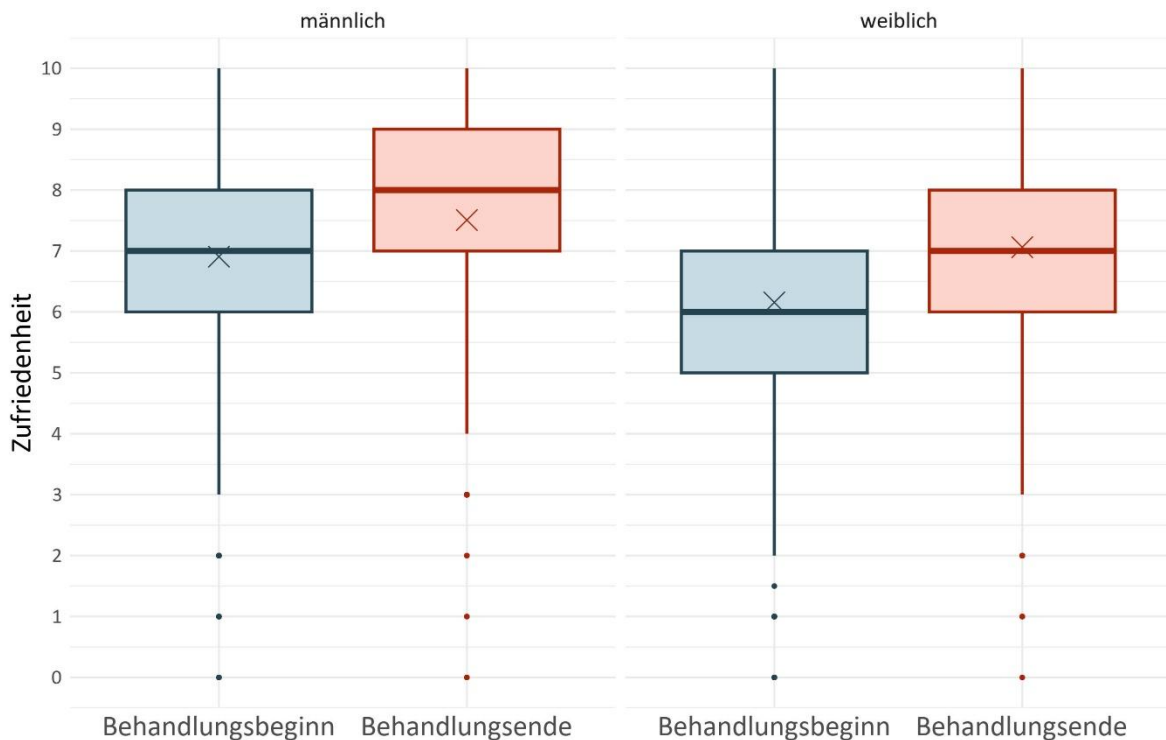
Tabelle A 13 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei Burschen

	Behandlungsbeginn (N = 1.678)	Behandlungsende (N = 974)	HBSC-Vergleichswert (N = 3.167)
Mittelwert (Standard- abweichung)	6,91 (2,03)	7,51 (1,71)	7,8
t-Test (Differenz zu HBSC)	t(1677) = -18,04	t(973) = - 5,33	
p-Wert	< 0,001	< 0,001	
Cohens D (Effektstärke)	-0,44	-0,17	
Anteil mit niedriger Lebenszufriedenheit	39,0 %	23,6 %	18,6 %

Tabelle A 14 Kennwerte der Lebenszufriedenheit bei diversen Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 67)	Behandlungsende (N = 45)
Mittelwert (Standard- abweichung)	5,61 (1,98)	6,29 (2,03)
Anteil mit niedriger Lebenszufriedenheit	67,2 %	53,3 %

Abbildung A 12 Boxplot der Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 1.678 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 3.476 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 974 Burschen am Behandlungsende, N = 2.014 Mädchen am Behandlungsende.

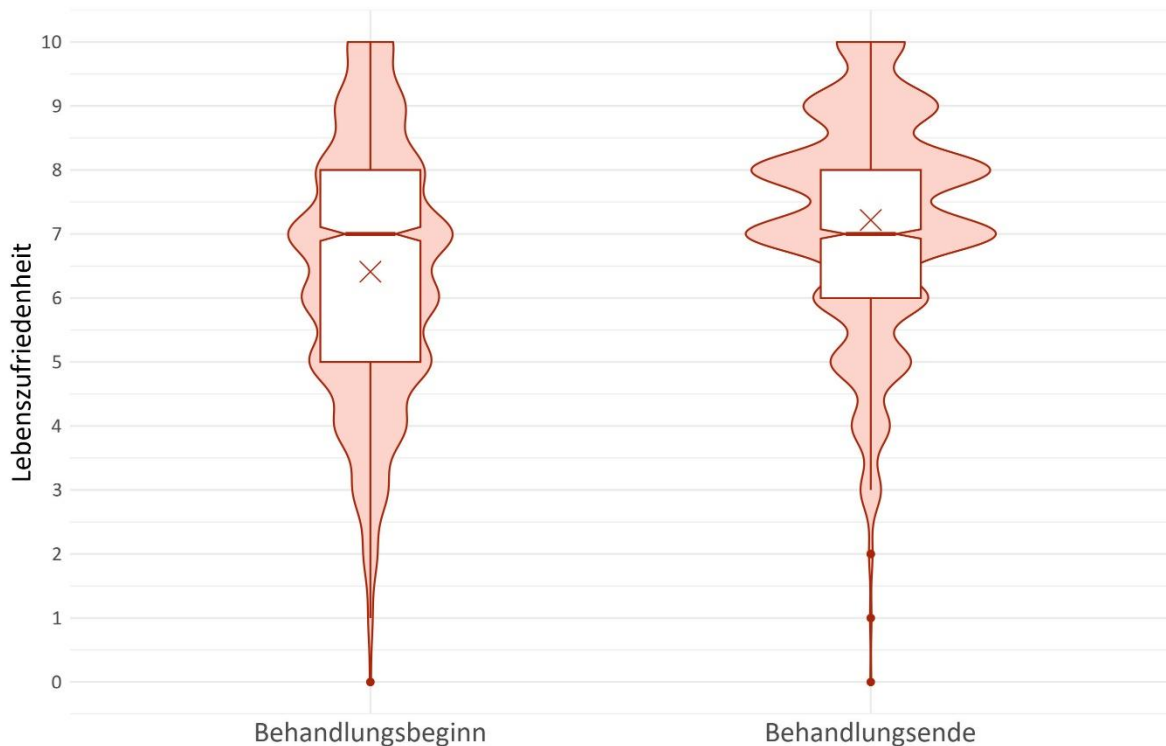
Mädchen hatten zu Beginn ($t(3.126) = 12,71, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(1.896) = 6,71, p < 0,001$) eine niedrigere Lebenszufriedenheit als Burschen. Ältere Klient:innen berichteten eine niedrigere Lebenszufriedenheit ($r = -0,37, p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Lebenszufriedenheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

Ein intraindividuellem Vergleich der Lebenszufriedenheit zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Für die Lebenszufriedenheit lagen 1.734 Fälle vor, die innerhalb der ersten fünf und nach mindestens zehn Behandlungseinheiten Angaben gemacht hatten, die einander zugeordnet werden konnten. Die Lebenszufriedenheit war am Ende der Behandlungen signifikant höher als zu Beginn ($t(1.733) = 18,78, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf

einer Skala von 0 bis 10 bei 0,81 Punkten (95%-KI[0,72; 0,90]). Abbildung A 13 zeigt den Verlauf der Lebenszufriedenheit innerhalb der identifizierbaren Fälle.

Abbildung A 13 Intraindividuelle Veränderung des Wohlbefindens (WHO-5) zwischen Behandlungsbeginn und -ende

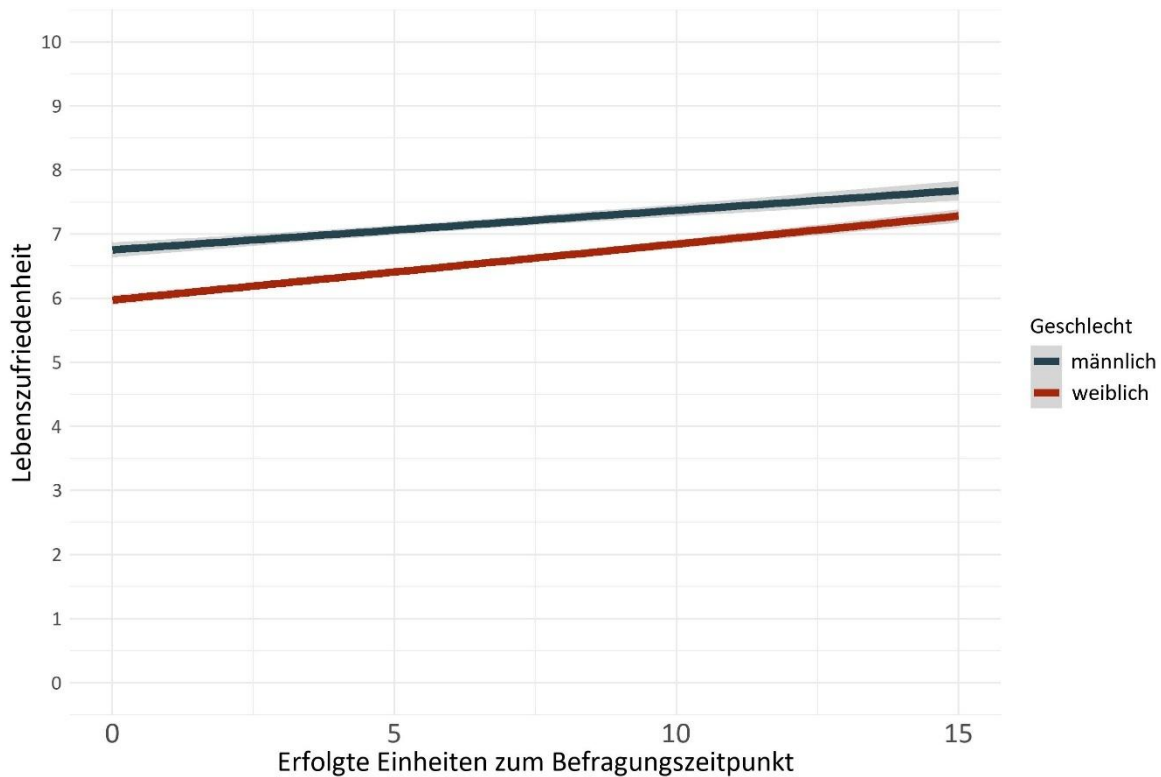


Anmerkung: N = 1.734 gematchte Klient:innen-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen der Lebenszufriedenheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

Das GEE-Modell unter Berücksichtigung aller verfügbarer Fragebögen zeigte nach Kontrolle von Alter und Geschlecht einen durchschnittlichen Anstieg der Lebenszufriedenheit um 0,07 Punkte (95%-KI[0,06; 0,08], $p < 0,001$, Beta = 0,20) pro Sitzung. Das entspricht bei voller Nutzung der 15 Einheiten einer Steigerung um 1,1 Punkte, was etwa einer Leitersprosse entspricht. Dabei handelt es sich im Verhältnis zur mittleren Lebenszufriedenheit zu Behandlungsbeginn von 6,4 um einen Anstieg um 16 %. Abbildung A 14 zeigt den Verlauf der Lebenszufriedenheit abhängig von der Sitzungsanzahl.

Abbildung A 14 Modellierung der Lebenszufriedenheit (Cantril-Leiter) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen, N = 5.490 Mädchen, N = 2.652 Burschen.

Klient:innen-Fragebogen: Positive Psychische Gesundheit (PMH)

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Positiven Psychischen Gesundheit

Tabelle A 15, Tabelle A 16, Tabelle A 17 und Tabelle A 18 zeigen Kennwerte zur Verteilung der positiven psychischen Gesundheit zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende. Abbildung A 15 stellt die Werte grafisch dar. Alle innerhalb der ersten fünf oder nach mindestens zehn Behandlungseinheiten ausgefüllten Fragebögen wurden berücksichtigt. Da der PMH erst im Verlauf der Datenerhebung eingeführt wurde, sind die Stichproben am Behandlungsende größer als am Beginn der Behandlungen.

Tabelle A 15 Kennwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) für alle Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 1.291)	Behandlungsende (N = 2.341)
Mittelwert (Standard- abweichung)	14,7 (5,78)	18,2 (5,15)
Spannweite	0 – 27	0 – 27

Tabelle A 16 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei Mädchen

	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Unter 10 Jahre	19,5 (5,7), N = 61	21,5 (6,44), N = 100
10 bis 13 Jahre	16,0 (6,4), N = 165	18,7 (5,7), N = 340
14 bis 17 Jahre	11,9 (5,2), N = 277	16,4 (5,1), N = 442
Ab 18 Jahre	13,4 (4,9), N = 366	18,0 (4,8), N = 680
Gesamt	13,8 (5,8), N = 869	17,9 (5,2), N = 1.562

Tabelle A 17 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei Burschen

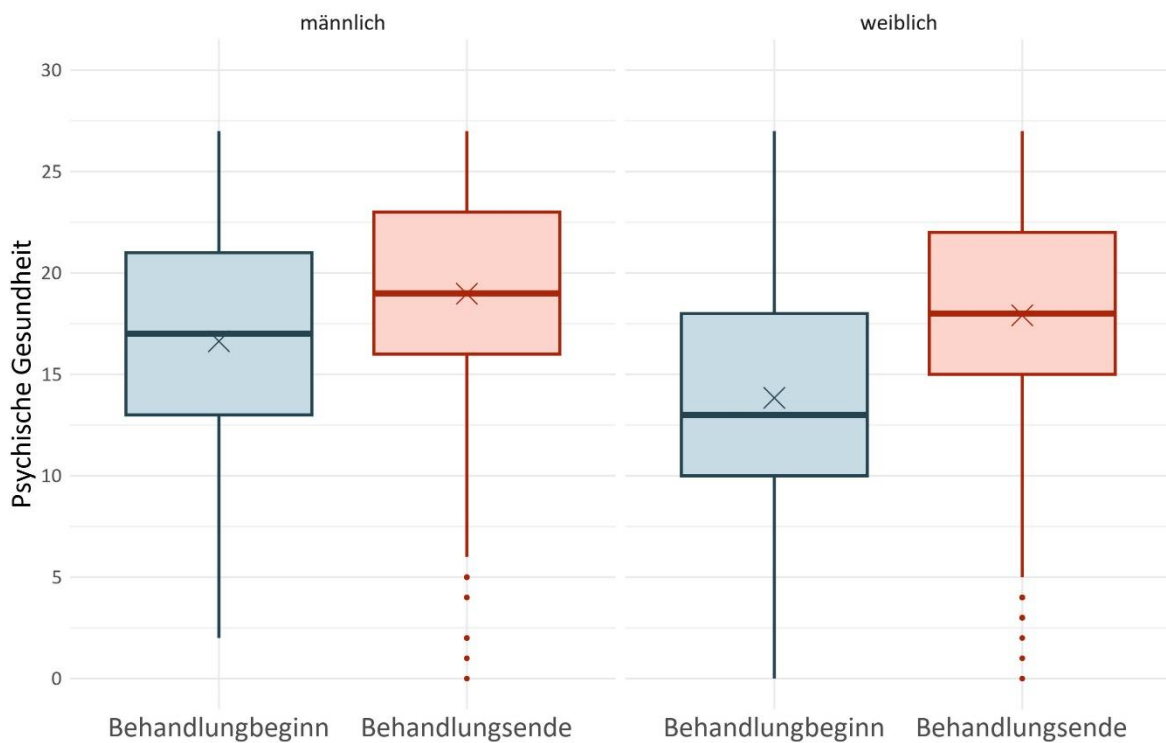
	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Unter 10 Jahre	19,4 (4,3), N = 77	20,3 (4,8), N = 124
10 bis 13 Jahre	18,1 (5,1), N = 135	19,7 (4,8), N = 271
14 bis 17 Jahre	14,4 (4,8), N = 99	17,7 (5,0), N = 152
Ab 18 Jahre	14,5 (5,1), N = 92	18,1 (4,8), N = 196
Gesamt	16,6 (5,3), N = 403	19,0 (4,9), N = 743

Tabelle A 18 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) bei diversen Klient:innen

	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Gesamt	11,7 (6,0), N = 19	15,2 (5,9), N = 36

Anmerkung: Aufgrund der kleinen Stichprobe diverser Klient:innen wird auf eine Aufteilung nach Alter verzichtet.

Abbildung A 15 Boxplot der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



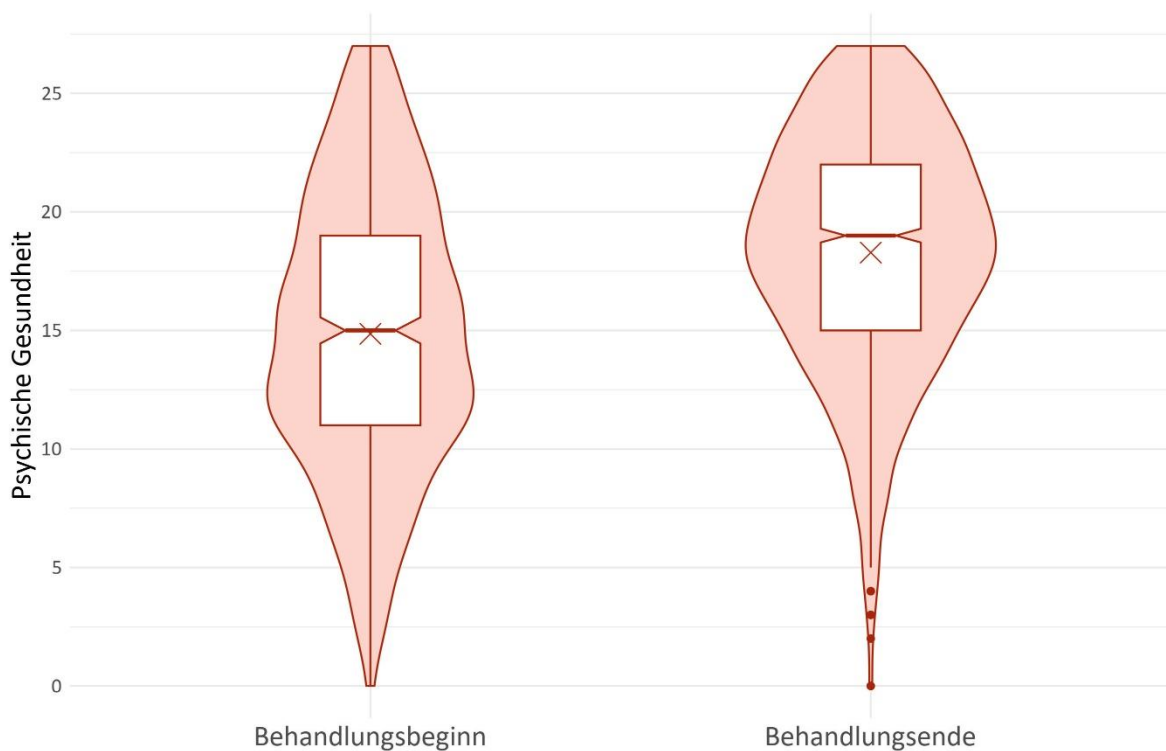
Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 403 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 869 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 743 Burschen am Behandlungsende, N = 1.562 Mädchen am Behandlungsende.

Mädchen hatten zu Beginn ($t(1.248) = 6,42, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(2.274) = 5,75, 0 < 0,001$) eine niedrigere positive psychische Gesundheit als Burschen. Ältere Klient:innen berichteten eine niedrigere psychische Gesundheit ($r = -0,31, p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

Ein intraindivideller Vergleich des Befindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Für die psychische Gesundheit lagen 464 Fälle vor, die innerhalb der ersten fünf und nach mindestens zehn Behandlungseinheiten Angaben gemacht hatten. Die psychische Gesundheit war am Ende der Behandlungen signifikant höher als zu Beginn ($t(463) = 15,37, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 27 bei 3,35 Punkten (95%-KI[2,92; 3,78]). Abbildung A 16 zeigt den Verlauf der positiven psychischen Gesundheit innerhalb der Fälle, die zwei Mal erfasst wurden.

Abbildung A 16 Intraindividuelle Veränderung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zwischen Behandlungsbeginn und -ende

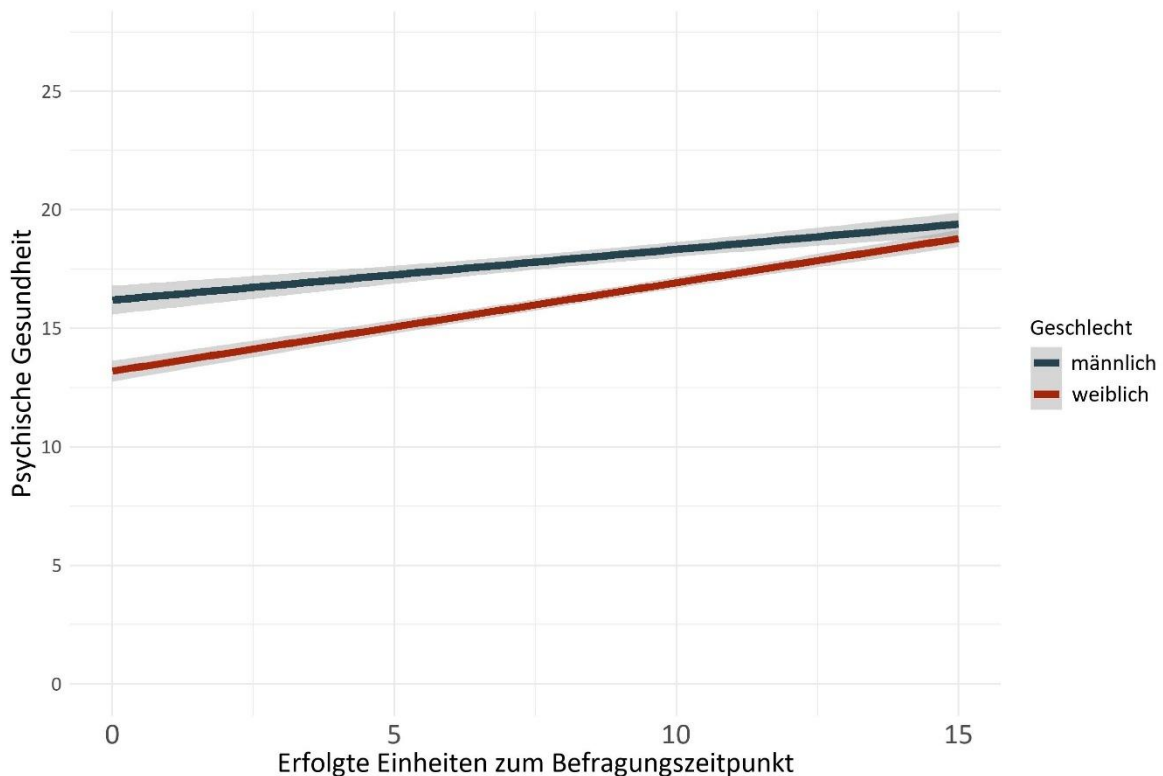


Anmerkung: N = 464 gematchte Klient:innen-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

Zur Analyse der Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit abhängig von den erfolgten Behandlungseinheiten wurde ein GEE-Modell unter Kontrolle von Alter und Geschlecht berechnet. Pro Sitzung stieg die psychische Gesundheit um durchschnittlich 0,27 Einheiten an (95%-KI[0,24; 0,30], $p < 0,001$, Beta = 0,29). Bei Inanspruchnahme von 15 Behandlungssitzungen entspricht dies einem Anstieg um 4,05 Punkte auf der Skala von 0 bis 27. Im Verhältnis zum mittleren Wert zu Behandlungsbeginn von 14,7 entspricht dies einem Anstieg um 28 %. Abbildung A 17 stellt die Veränderungen grafisch dar.

Abbildung A 17 Modellierung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen, N = 2.421 Mädchen, N = 1.146 Burschen.

Klient:innen-Fragebogen: (Psycho-)Somatische Beschwerden

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Beschwerden

Tabelle A 19, Tabelle A 20, Tabelle A 21 und Tabelle A 22 stellen die Kennwerte der psychischen und physischen Gesamtbeschwerdelast dar. Abbildung A 18 und Abbildung A 19 stellen die Werte grafisch dar, wobei zwischen physischen und psychischen Beschwerden unterschieden wird. Tabelle A 23, Tabelle A 24 und Tabelle A 25 zeigen den Anteil der Klient:innen, die berichteten, die einzelnen Beschwerden mehrmals täglich bis wöchentlich zu haben. Berücksichtigt wurden alle Fragebögen, die innerhalb der ersten fünf oder nach mindestens zehn Behandlungseinheiten ausgefüllt wurden.

Tabelle A 19 Kennwerte der Gesamtbeschwerdelast für alle Klient:innen

	Behandlungsbeginn (N = 1.291)	Behandlungsende (N = 2.341)
Mittelwert (Standardabweichung)	19,3 (10,6)	15,5 (9,83)
Spannweite	0-48	0-48

Tabelle A 20 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei Mädchen

	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Unter 10 Jahre	11,1 (7,10), N = 177	8,28 (6,45), N = 35
10 bis 13 Jahre	17,5 (11), N = 693	14,4(11,4), N = 377
14 bis 17 Jahre	23,7(10,3), N = 1092	19,5(9,83), N = 563
Ab 18 Jahre	21,9 (9,58), N = 439	15,9 (8,99), N = 878
Gesamt	21,0 (10,5), N = 3.401	16,5 (9,99), N = 1.853

Tabelle A 21 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei Burschen

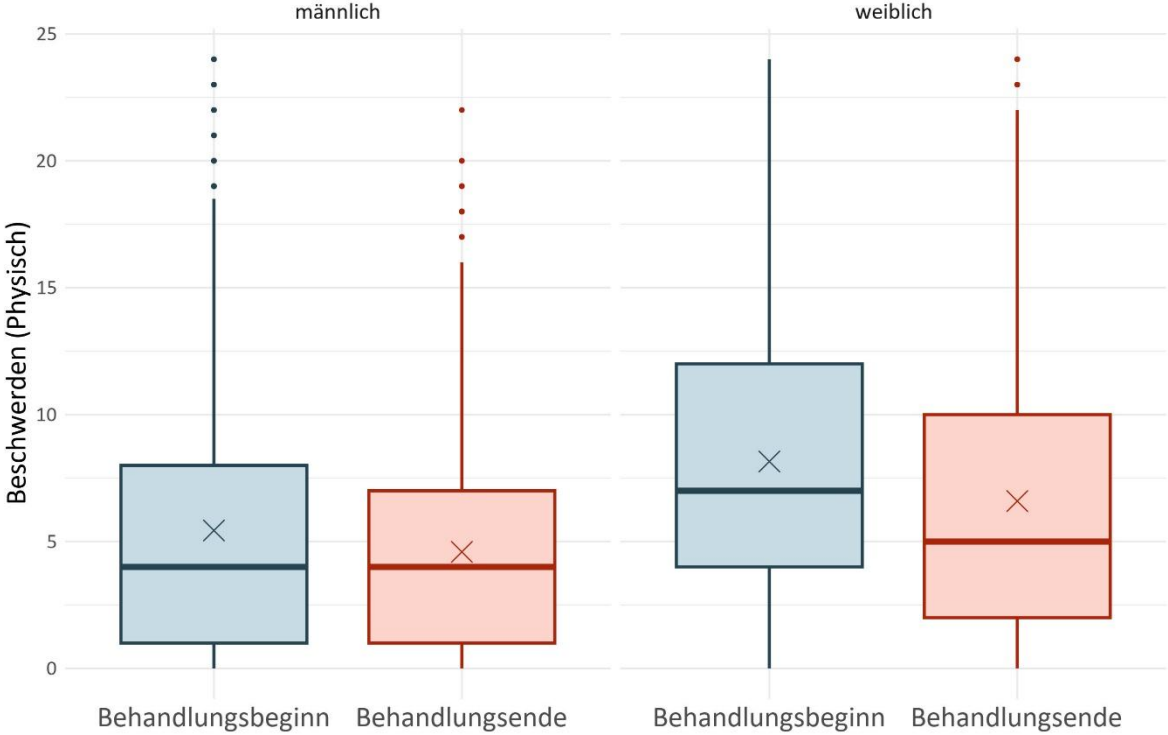
	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Unter 10 Jahre	11,5 (7,90), N = 206	7,32 (5,79), N = 38
10 bis 13 Jahre	12,3 (9,12), N = 564	10,6 (8,13), N = 296
14 bis 17 Jahre	18,1 (9,85), N = 393	14,8 (9,36), N = 201
Ab 18 Jahre	18,3 (8,95), N = 424	14,2 (8,24), N = 268
Gesamt	15,2 (9,61), N = 1.587	12,7 (8,67), N = 803

Tabelle A 22 Mittelwerte der Gesamtbeschwerdelast bei diversen Klient:innen

	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Gesamt	24,6 (10,2), N = 67	22,2 (11,1), N = 45

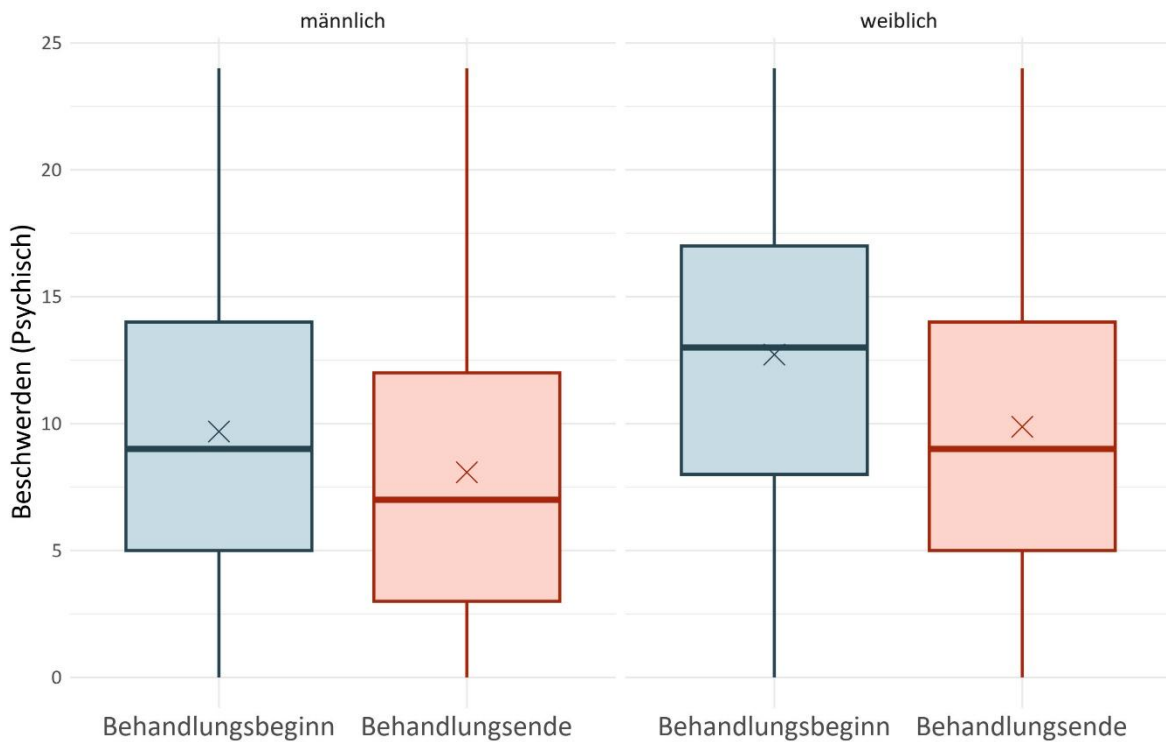
Anmerkung: Aufgrund der kleinen Stichprobe diverser Klient:innen wird auf eine Aufteilung nach Alter verzichtet.

Abbildung A 18 Boxplot der physischen Beschwerdelast zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 1.587 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 3.401 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 803 Burschen am Behandlungsende, N = 1.853 Mädchen am Behandlungsende.

Abbildung A 19 Boxplot der psychischen Beschwerdelast zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 1.587 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 3.401 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 803 Burschen am Behandlungsende, N = 1.853 Mädchen am Behandlungsende.

Tabelle A 23 Anteil der Mädchen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 3.401)	Behandlungsende (N = 1.853)	HBSC (N = 3.503)
Kopfschmerzen	30,0 %	20,4 %	27,4 %
Magen-/Bauchschmerzen	25,9 %	17,9 %	16,6 %
Rückenschmerzen	25,2 %	20,6 %	23,1 %
Nacken-/Schulterschmerzen	29,0 %	22,4 %	24,3 %
Angstgefühle	47,1 %	30,6 %	29,2 %
Niedergeschlagenheit	43,4 %	27,6 %	30,0 %
Gereiztheit/schlechte Laune	49,7 %	30,3 %	44,0 %

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 3.401)	Behandlungsende (N = 1.853)	HBSC (N = 3.503)
Nervosität	47,6 %	33,6 %	35,4 %
Einschlafschwierigkeiten	42,6 %	27,7 %	32,1 %
Zukunftssorgen	41,9 %	29,5 %	29,2 %
Schwindel	23,6 %	16,1 %	19,3 %
Augenprobleme	18,3 %	12,2 %	19,6 %

Tabelle A 24 Anteil der Burschen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 1.587)	Behandlungsende (N = 803)	HBSC (N = 3.157)
Kopfschmerzen	14,9 %	11,6 %	10,1 %
Magen-/Bauchschmerzen	14,2 %	8,1 %	6,2 %
Rückenschmerzen	17,1 %	14,1 %	14,2 %
Nacken-/Schulterschmerzen	18,4 %	14,8 %	13,7 %
Angstgefühle	27,5 %	17,7 %	9,0 %
Niedergeschlagenheit	29,0 %	20,6 %	12,3 %
Gereiztheit/schlechte Laune	35,6 %	23,8 %	24,7 %
Nervosität	32,7 %	23,4 %	17,7 %
Einschlafschwierigkeiten	35,2 %	27,4 %	23,3 %
Zukunftssorgen	31,4 %	22,5 %	16,4 %
Schwindel	9,1 %	6,9 %	8,2 %
Augenprobleme	13,9 %	11,6 %	12,0 %

Tabelle A 25 Anteil der diversen Klient:innen, die mehrmals pro Woche bis täglich die Beschwerden hatten

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 67)	Behandlungsende (N = 45)
Kopfschmerzen	40,3 %	33,3 %

Beschwerde	Behandlungsbeginn (N = 67)	Behandlungsende (N = 45)
Magen-/Bauchschmerzen	20,9 %	24,4 %
Rückenschmerzen	43,9 %	35,6 %
Nacken-/Schulterschmerzen	43,3 %	40,0 %
Angstgefühle	58,2 %	42,2 %
Niedergeschlagenheit	65,7 %	48,9 %
Gereiztheit/schlechte Laune	61,2 %	42,2 %
Nervosität	59,7 %	47,7 %
Einschlafschwierigkeiten	43,1 %	37,8 %
Zukunftssorgen	50,7 %	46,7 %
Schwindel	24,2 %	15,9 %
Augenprobleme	13,6 %	24,4 %

Mädchen hatten zu Beginn ($t(3.363) = -19,21, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(1.741) = -9,93, p < 0,001$) mehr Beschwerden als Burschen. Dies betraf sowohl psychische (Behandlungsbeginn $t(3.129) = -16,32, p < 0,001$; Behandlungsende $t(1.596) = -7,36, p < 0,001$) als auch physische Symptome (Behandlungsbeginn $t(3.577) = -17,45, p < 0,001$; Behandlungsende $t(1.828) = -10,24, p < 0,001$). Ältere Klient:innen berichteten von mehr Beschwerden ($r = -0,27, p < 0,001$): Sie hatten mehr psychische ($r = 0,29, p < 0,001$) und mehr physische Symptome ($r = 0,20, p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Beschwerden anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

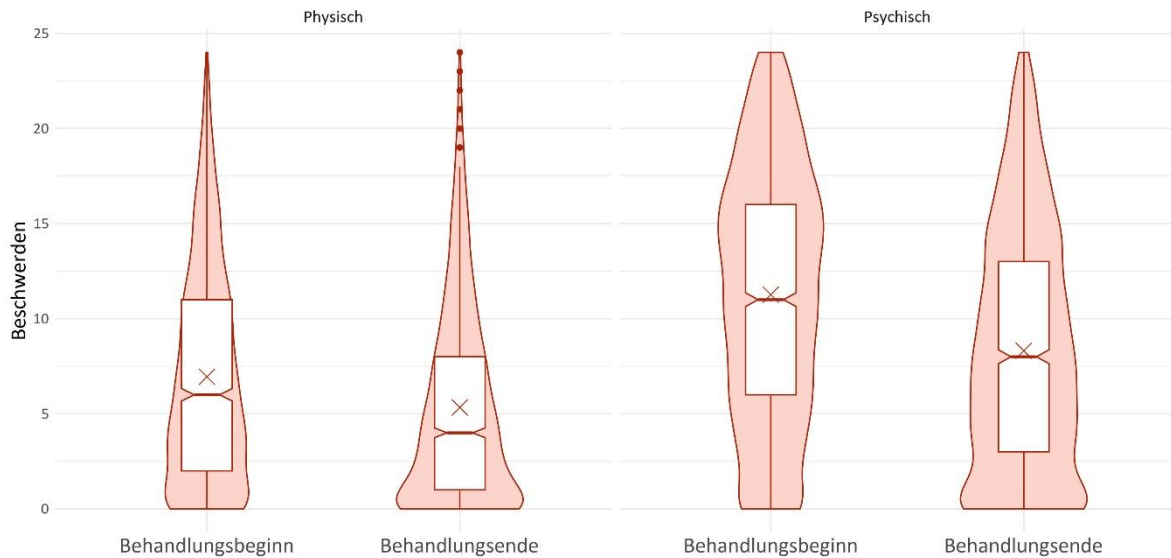
Ein intraindividueller Vergleich des Befindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Für die Summe aller Beschwerden lagen 1.570 Fälle vor, die innerhalb der ersten fünf und nach mindestens zehn Behandlungseinheiten Angaben gemacht hatten. Die Beschwerdelast war am Ende der Behandlungen signifikant niedriger als zu Beginn ($t(1.569) = -21,74, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 48 bei 4,52 Punkten (95%-KI[-4,94; -4,11]).

Physische Symptome nahmen auf einer Skala von 0 bis 24 um durchschnittlich 1,69 Punkte ab (95%-KI[-1,90; -1,48]). Die Abnahme war signifikant ($t(1.772) = -16,35, p < 0,001$).

Psychische Symptome nahmen auf einer Skala von 0 bis 24 um durchschnittlich 2,95

Punkte ab (95%-KI[-3,21; -2,69]). Die Abnahme war signifikant ($t(1.772) = -22,72$, $p < 0,001$). Grafisch sind die Veränderungen in Abbildung A 20 dargestellt.

Abbildung A 20 Intraindividuelle Veränderung der psychischen und physischen Symptomlast zwischen Behandlungsbeginn und -ende

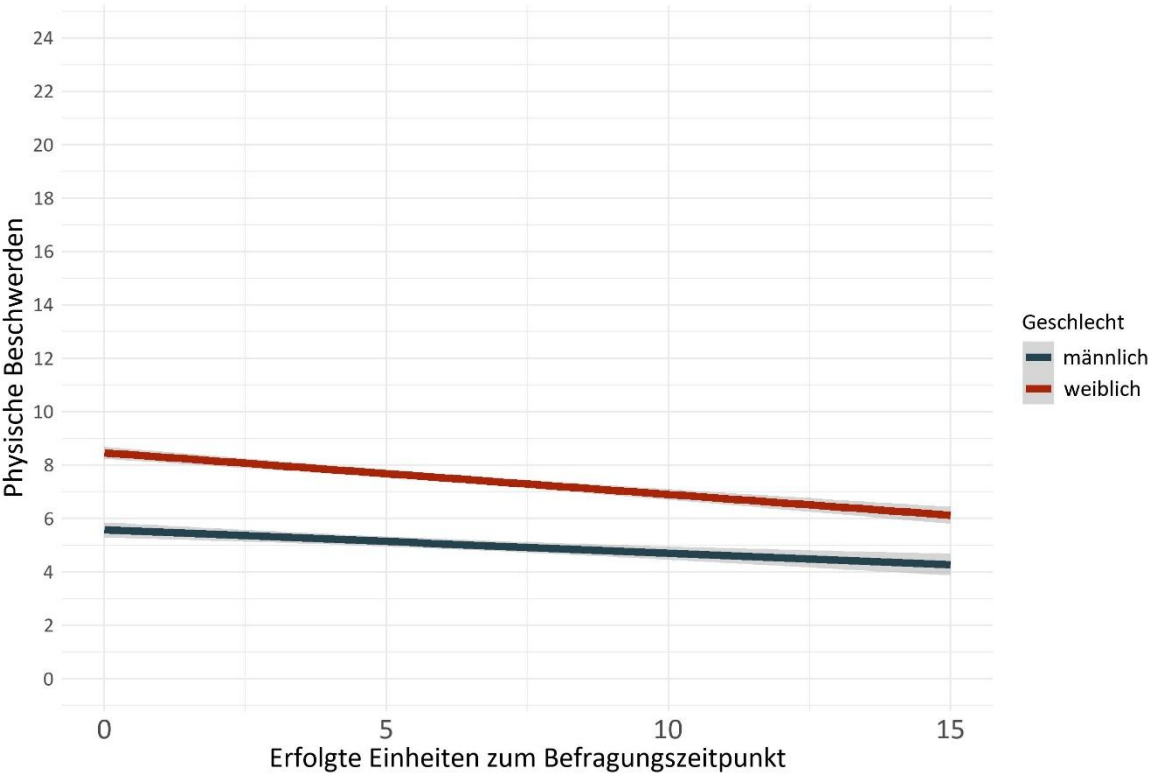


Anmerkung: N = 1.570 gematchte Klient:innen-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen der Beschwerden im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

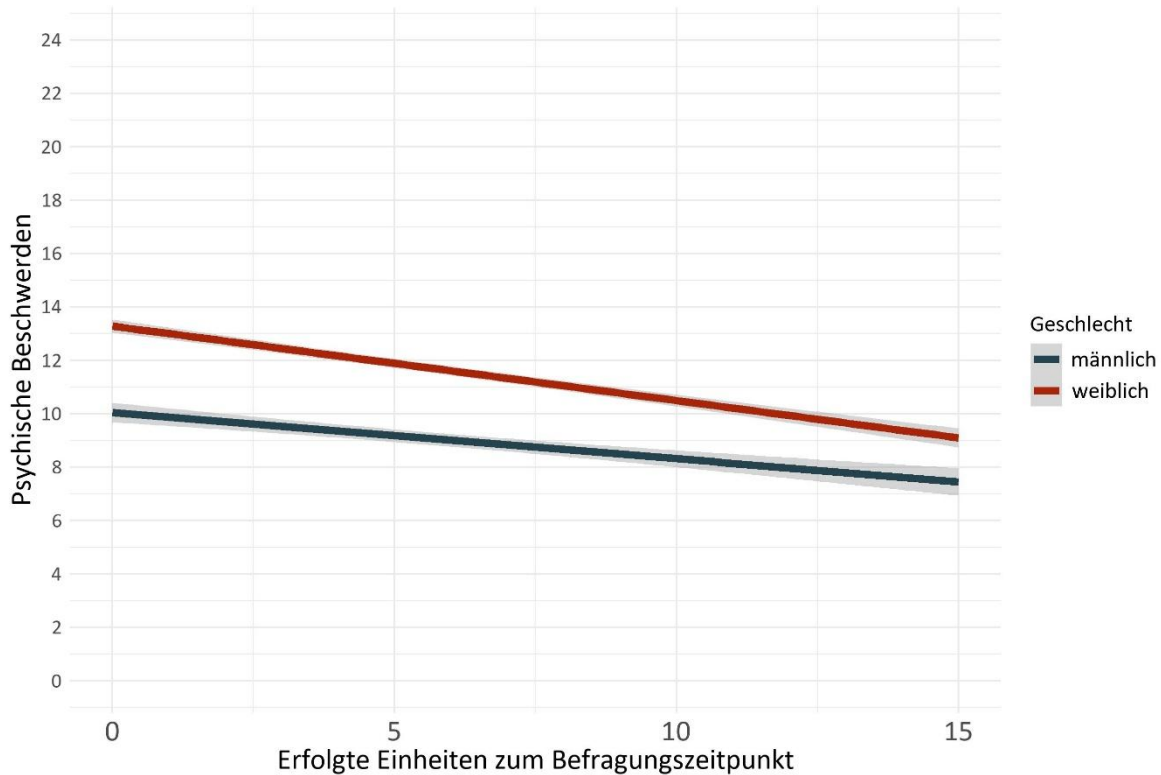
Ein GEE-Modell wurde zur Vorhersage der Veränderungen in den Beschwerden abhängig von der Anzahl der erfolgten Sitzungen unter Kontrolle von Alter und Geschlecht erstellt. Pro Sitzung reduzierte sich die Gesamtbeschwerdelast um durchschnittlich 0,36 Punkte (95%-KI[-0,40, -0,33], $p < 0,001$, Beta = 0,20). Bei 15 Einheiten wurde so im Mittel eine Beschwerdereduktion um 5,40 Punkte auf der Skala von 0 bis 48 erreicht. Das entspricht einer Abnahme von 28 % im Vergleich zum mittleren Wert zu Behandlungsbeginn von 19,3. Abbildung A 21 und Abbildung A 22 zeigen die modellierten Veränderungen grafisch getrennt für psychische und physische Symptome.

Abbildung A 21 Modellierung der physischen Beschwerdelast abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 5.254 Mädchen, N = 2.390 Burschen.

Abbildung A 22 Modellierung der psychischen Beschwerdelast abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Klient:innen-Fragebögen N = 5.254 Mädchen, N = 2.390 Burschen.

Eltern-Fragebogen: Stärken und Schwierigkeiten (SDQ)

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche für Stärken und Schwierigkeiten

In Tabelle A 26, Tabelle A 27, Tabelle A 28, Tabelle A 29, Tabelle A 30 und Tabelle A 31 sind die Kennwerte für die Subskalen des SDQ nach Geschlecht für die gesamte verfügbare Stichprobe dargestellt. Die Werte werden anhand der Grenzwerte laut Woerner et al. (2004) eingeordnet. Die Grenzwerte wurden anhand der Verteilung von Werten innerhalb der Normierungsstichprobe festgelegt, wobei etwa 15 % der Werte als „grenzwertig“ bis „klinisch“ definiert wurden. Bei der Interpretation sind das Alter der Normierungsstichprobe von über 20 Jahren sowie der fehlende Abgleich mit klinischen Stichproben zu berücksichtigen. Die Darstellung von grenzwertigen bis klinischen Ausprägungen dient daher vor allem dem vereinfachten Vergleich zwischen

Behandlungsbeginn und -ende. Abbildung A 23 stellt die Werte zu Beginn und am Ende der Behandlungen grafisch dar. Grundlage für die Darstellung sind alle Fragebögen, die zu Behandlungsbeginn (innerhalb der ersten fünf Einheiten) oder am Ende der Behandlungen (nach mindestens zehn Einheiten) ausgefüllt wurden.

Tabelle A 26 Kennwerte der Gesamtskala für alle Klient:innen

	Psychische Auffälligkeiten (SDQ) zu Behandlungsbeginn (N = 806)	Psychische Auffälligkeiten (SDQ) zu Behandlungsende (N = 553)
Mittelwert (Standard- abweichung)	16,0 (6,4)	12,6 (6,4)
Spannweite	0 - 39	0 - 32

Tabelle A 27 Kennwerte emotionaler Probleme

	Gesamtstichprobe (Beginn N = 805, Ende N = 553)	Mädchen (Beginn N = 359, Ende N = 256)	Burschen (Beginn N = 445, Ende N = 296)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsbeginn	4,7 (2,5)	5,2 (2,5)	4,4 (2,6)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsende	3,4 (2,3)	3,7 (2,4)	3,2 (2,3)
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsbeginn	66,3 %	76,3 %	58,4 %
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsende	45,0 %	50,4 %	40,2 %

Tabelle A 28 Kennwerte von Peer-Problemen

	Gesamtstichprobe (Beginn N = 805, Ende N = 552)	Mädchen (Beginn N = 358, Ende N = 255)	Burschen (Beginn N = 446, Ende N = 296)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsbeginn	2,9 (2,3)	2,8 (2,3)	3,0 (2,3)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsende	2,4 (2,1)	2,4 (2,1)	2,4 (2,1)
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsbeginn	35,7 %	33,0 %	37,9 %
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsende	27,0 %	26,3 %	27,7 %

Tabelle A 29 Kennwerte von Verhaltensproblemen

	Gesamtstichprobe (Beginn N = 806, Ende N = 553)	Mädchen (Beginn N = 359, Ende N = 256)	Burschen (Beginn N = 446, Ende N = 296)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsbeginn	3,3 (2,2)	3,0 (2,2)	3,5 (2,1)
Mittelwert (Standard- abweichung) – Behandlungsende	2,6 (2,0)	2,5 (2,0)	2,6 (1,9)
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsbeginn	42,3 %	35,1 %	48,2 %
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsende	29,1 %	26,2 %	31,4 %

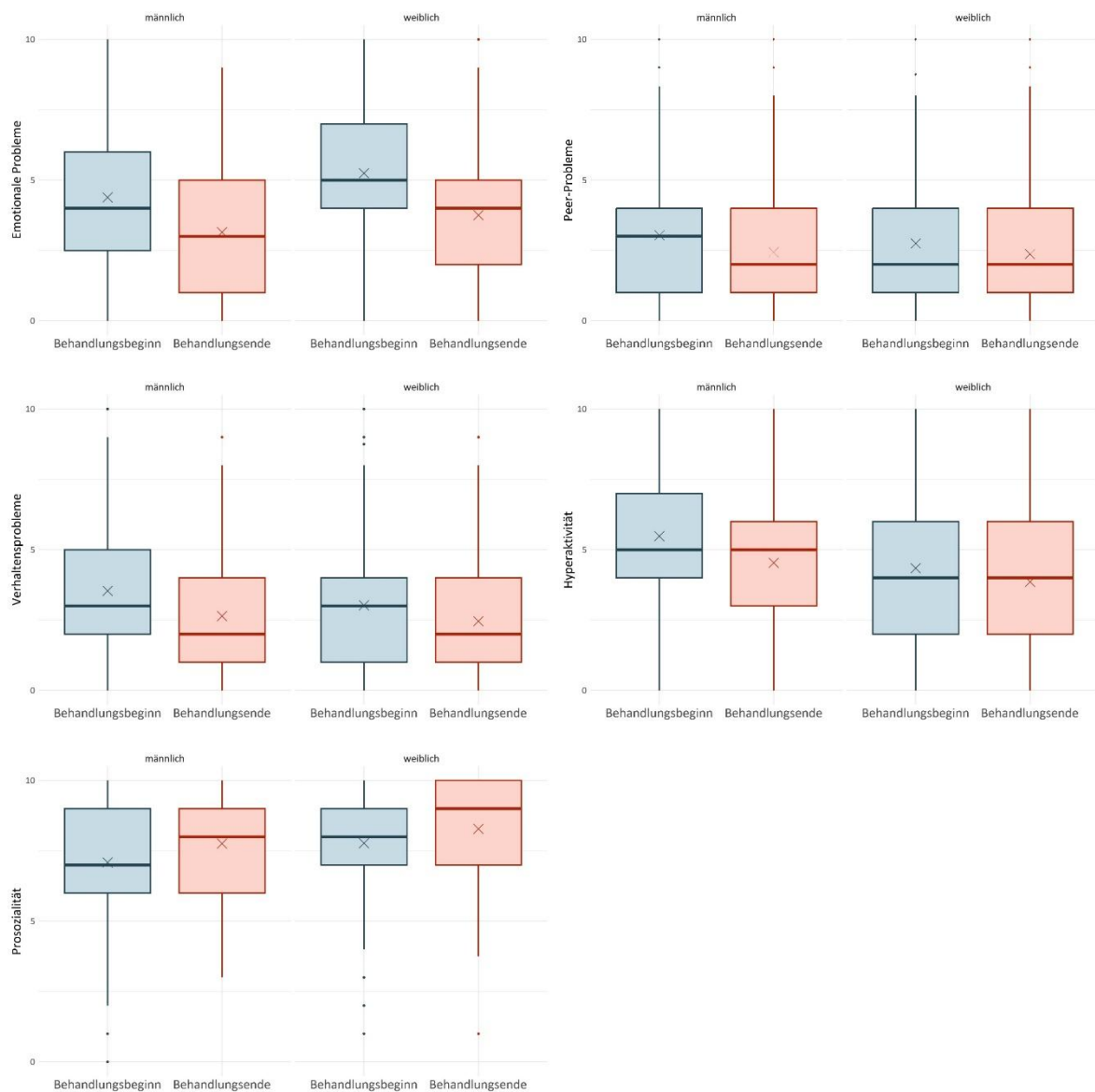
Tabelle A 30 Kennwerte von Hyperaktivität

	Gesamtstichprobe (Beginn N = 805, Ende N = 553)	Mädchen (Beginn N = 359, Ende N = 256)	Burschen (Beginn N = 445, Ende N = 296)
Mittelwert (Standardabweichung) – Behandlungsbeginn	5,0 (2,8)	4,3 (2,8)	5,5 (2,6)
Mittelwert (Standardabweichung) – Behandlungsende	4,2 (2,7)	3,9 (2,7)	4,5 (2,6)
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsbeginn	41,1 %	32,0 %	48,5 %
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsende	31,6 %	27,3 %	35,5 %

Tabelle A 31 Kennwerte von Prosozialität

	Gesamtstichprobe (Beginn N = 804, Ende N = 553)	Mädchen (Beginn N = 358, Ende N = 256)	Burschen (Beginn N = 445, Ende N = 296)
Mittelwert (Standardabweichung) – Behandlungsbeginn	7,4 (2,0)	7,8 (1,9)	7,1 (2,0)
Mittelwert (Standardabweichung) – Behandlungsende	8,0 (1,8)	8,3 (1,7)	7,8 (1,8)
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsbeginn	18,5 %	14,0 %	22,2 %
Anteil mit erhöhten Problemen – Behandlungsende	8,86 %	6,25 %	11,1 %

Abbildung A 23 Boxplots der Stärken und Schwierigkeiten zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen N = 255 (Mädchen am Behandlungsende) bis N = 446 (Burschen zu Behandlungsbeginn).

Mädchen hatten zu Beginn ($t(778) = -4,84, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(531) = -3,03, p = 0,003$) stärkere emotionale Probleme als Burschen. Keine Geschlechtsunterschiede gab es bei Peer-Problemen (Beginn ($t(774) = 1,77, p = 0,078$); Ende $t(539) = 0,43, p = 0,669$). Bei älteren Klient:innen wurden stärkere emotionale Probleme ($r = 0,15, p < 0,001$) und mehr Probleme mit Gleichaltrigen ($r = 0,09, p < 0,001$) berichtet.

Externalisierende Probleme wurden bei Burschen vermehrt berichtet: Mädchen hatten zu Beginn weniger Verhaltensprobleme ($t(763) = 3,37, p < 0,001$), der Unterschied verschwand am Ende der Behandlungen jedoch ($t(529) = 1,09, p = 0,278$). Die Hyperaktivität war zu beiden Zeitpunkten bei Burschen stärker aufgeprägt (Beginn $t(749) = 5,90, p < 0,001$; Ende $t(532) = 2,98, p = 0,003$). Ältere Klient:innen hatten weniger Verhaltensprobleme ($r = -0,13, p < 0,001$) und ein geringeres Level an Hyperaktivität ($r = -0,09, p < 0,001$).

Mädchen hatten zu Beginn ($t(783) = -4,87, p < 0,001$) und am Ende der Behandlungen ($t(546) = -3,51, p < 0,001$) höhere Prosozialität als Burschen. Bei älteren Klient:innen wurde von höherer Prosozialität berichtet ($r = 0,08, p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen der Stärken und Schwierigkeiten anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

Ein intraindividueller Vergleich des Befindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Pro Subskala lagen zwischen 170 und 172 Fällen vor, die mindestens zwei Mal Angaben gemacht hatten.

Die emotionalen Probleme waren am Ende der Behandlungen signifikant niedriger als zu Beginn ($t(170) = -8,80, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei 1,45 Punkten (95%-KI[-1,77; -1,12]).

Die Peer-Probleme waren am Ende der Behandlungen signifikant niedriger als zu Beginn ($t(171) = -2,90, p = 0,004$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei 0,40 Punkten (95%-KI[-0,67; -0,13]).

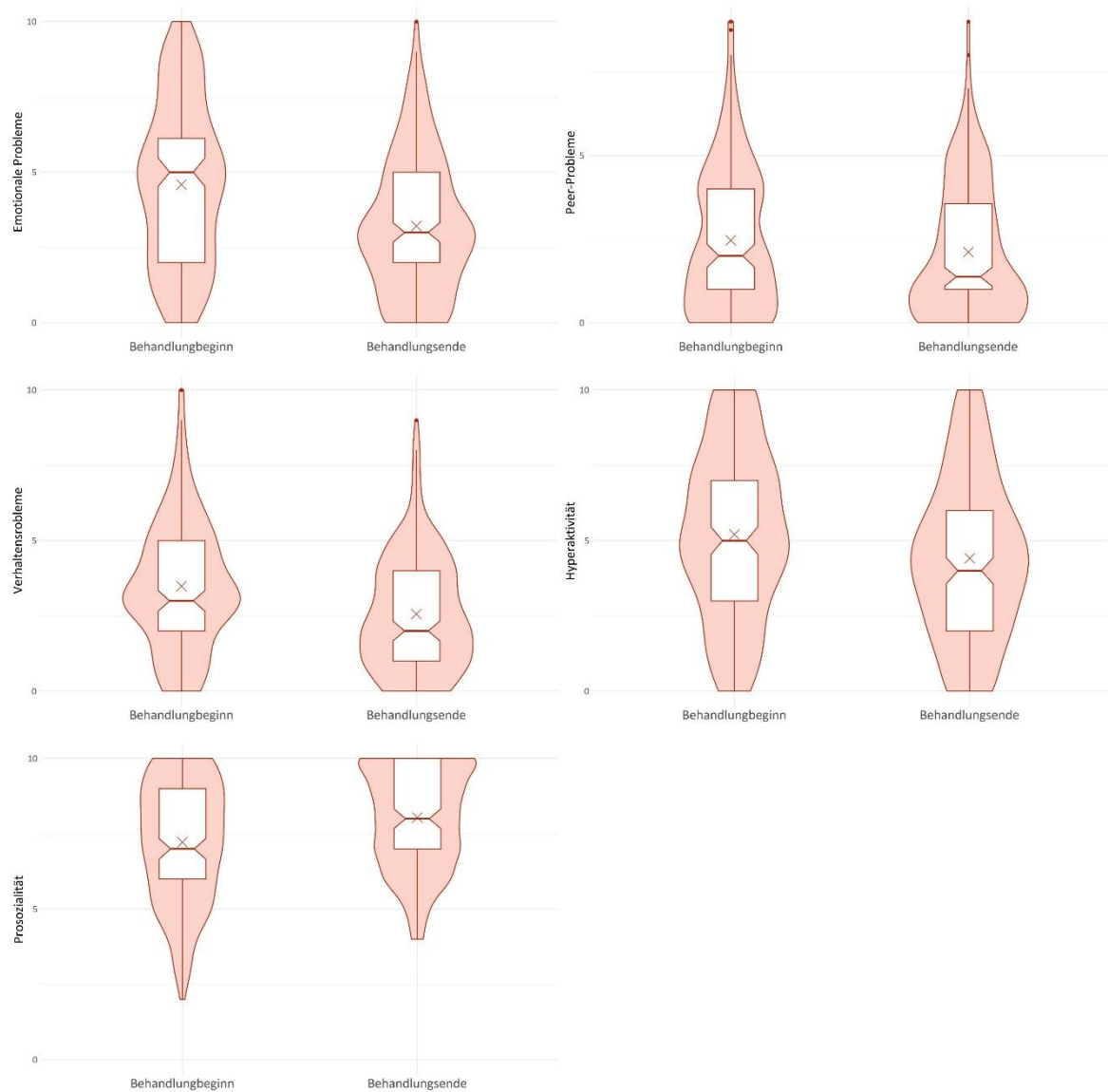
Die Verhaltensprobleme waren am Ende der Behandlungen signifikant niedriger als zu Beginn ($t(171) = -6,97, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei 0,94 Punkten (95%-KI[-1,21; -0,68]).

Die Hyperaktivität war am Ende der Behandlungen signifikant niedriger als zu Beginn ($t(171) = -5,60, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei 0,91 Punkten (95%-KI[-1,23; -0,58]).

Die Prosozialität war am Ende der Behandlungen signifikant höher als zu Beginn ($t(169) = 5,98, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 10 bei 0,77 Punkten (95%-KI[0,51; 1,02]).

Abbildung A 24 zeigt Veränderungen der Schwierigkeiten innerhalb der Stichprobe mit zugeordneten Vorher-Nachher-Erhebungen.

Abbildung A 24 Intraindividuelle Veränderung der Stärken und Schwierigkeiten zwischen Behandlungsbeginn und -ende



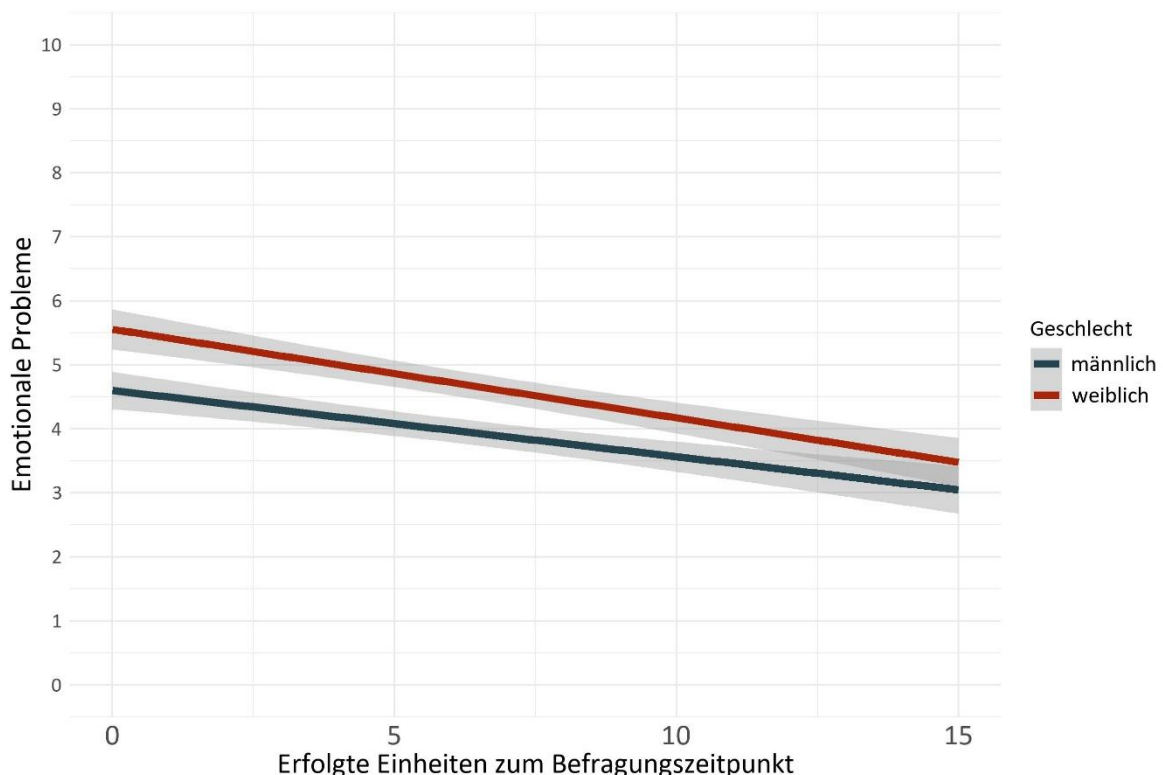
Anmerkung: N = 170 (Prosozialität) bis N = 172 (Hyperaktivität, Verhaltensprobleme, Peer-Probleme) gematchte Eltern-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen der Stärken und Schwierigkeiten im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

Für die Verlaufsanalyse anhand aller verfügbaren Daten wurden GEE-Modelle erstellt. Die Stärken und Schwierigkeiten wurden abhängig von der Anzahl der Sitzungen unter Kontrolle von Alter und Geschlecht modelliert.

Die emotionalen Probleme verbesserten sich pro Sitzung um 0,10 Punkte (95%-KI[-0,12; -0,08], $p < 0,001$, Beta = -0,25). Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen entspricht dies einer Reduktion um 1,5 Punkte auf der Skala von 0 bis 10. Im Vergleich zu den durchschnittlichen Problemen zu Behandlungsbeginn konnten die emotionalen Probleme um 31 % sinken. Abbildung A 25 zeigt den Verlauf der emotionalen Probleme abhängig von der Sitzungszahl.

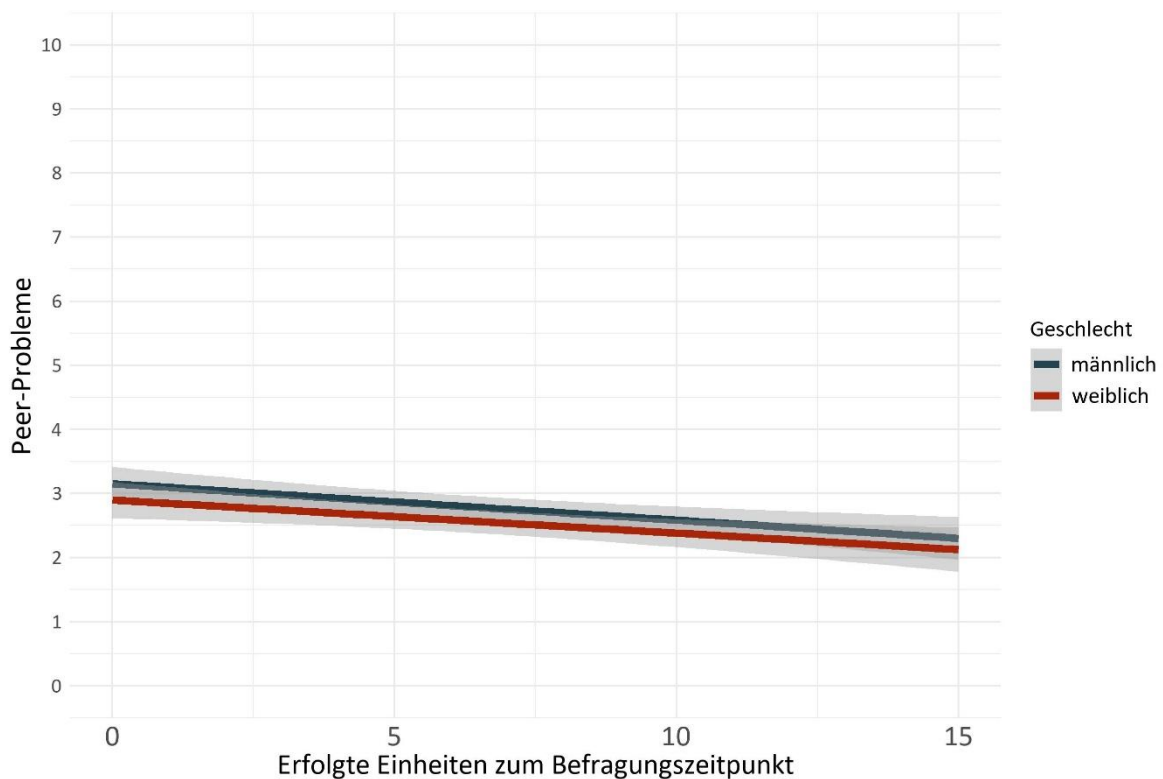
Abbildung A 25 Modellierung der emotionalen Probleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 615 Mädchen, N = 741 Burschen.

Die Peer-Probleme verbesserten sich pro Sitzung um 0,04 Punkte (95%-KI[-0,06; -0,02], $p < 0,001$, Beta = 0,11). Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen entspricht dies einer Reduktion um 0,46 Punkte auf der Skala von 0 bis 10. Im Vergleich zu den durchschnittlichen Problemen zu Behandlungsbeginn konnten die Peer-Probleme um 21 % sinken. Abbildung A 26 zeigt den Verlauf der Peer-Probleme abhängig von der Sitzungszahl.

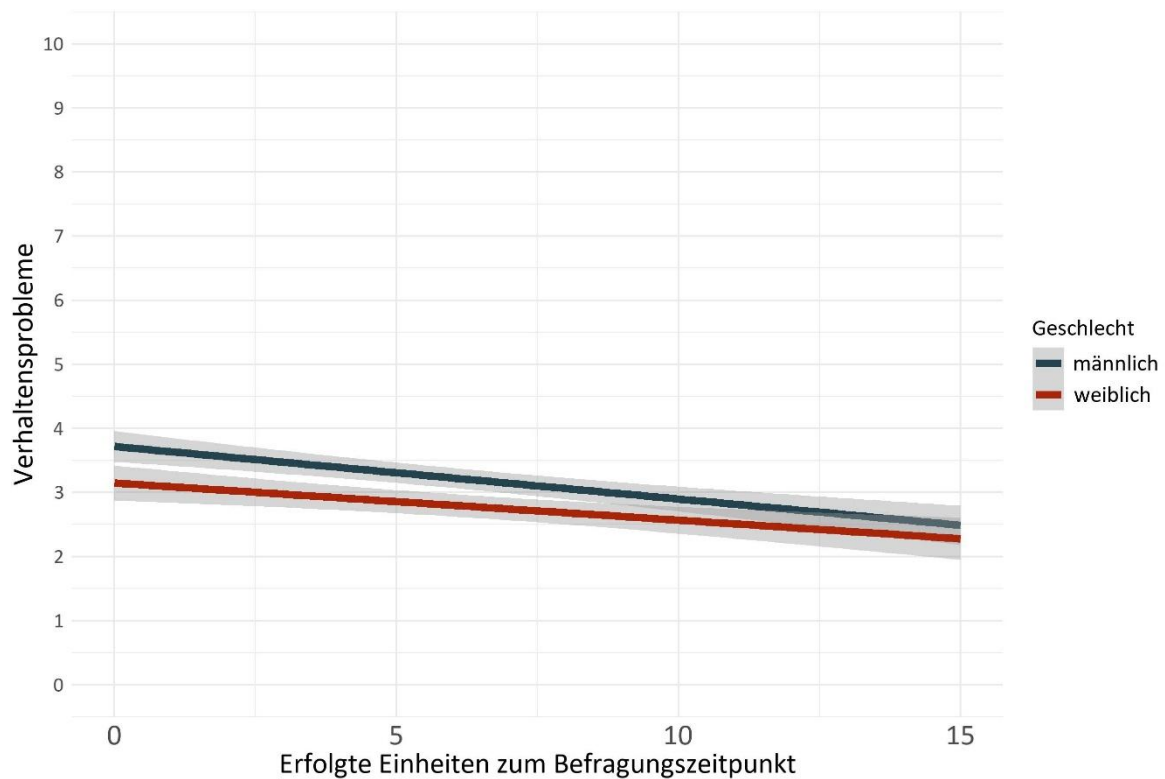
Abbildung A 26 Modellierung der Peer-Probleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 613 Mädchen, N = 742 Burschen.

Die Verhaltensprobleme verbesserten sich pro Sitzung um 0,05 Punkte (95%-KI[-0,07; -0,03], $p < 0,001$, Beta = -0,16). Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen entspricht dies einer Reduktion um 0,75 Punkte auf der Skala von 0 bis 10. Im Vergleich zu den durchschnittlichen Problemen zu Behandlungsbeginn konnten die Verhaltensprobleme um 22,7 % sinken. Abbildung A 27 zeigt den Verlauf der Verhaltensprobleme abhängig von der Sitzungszahl.

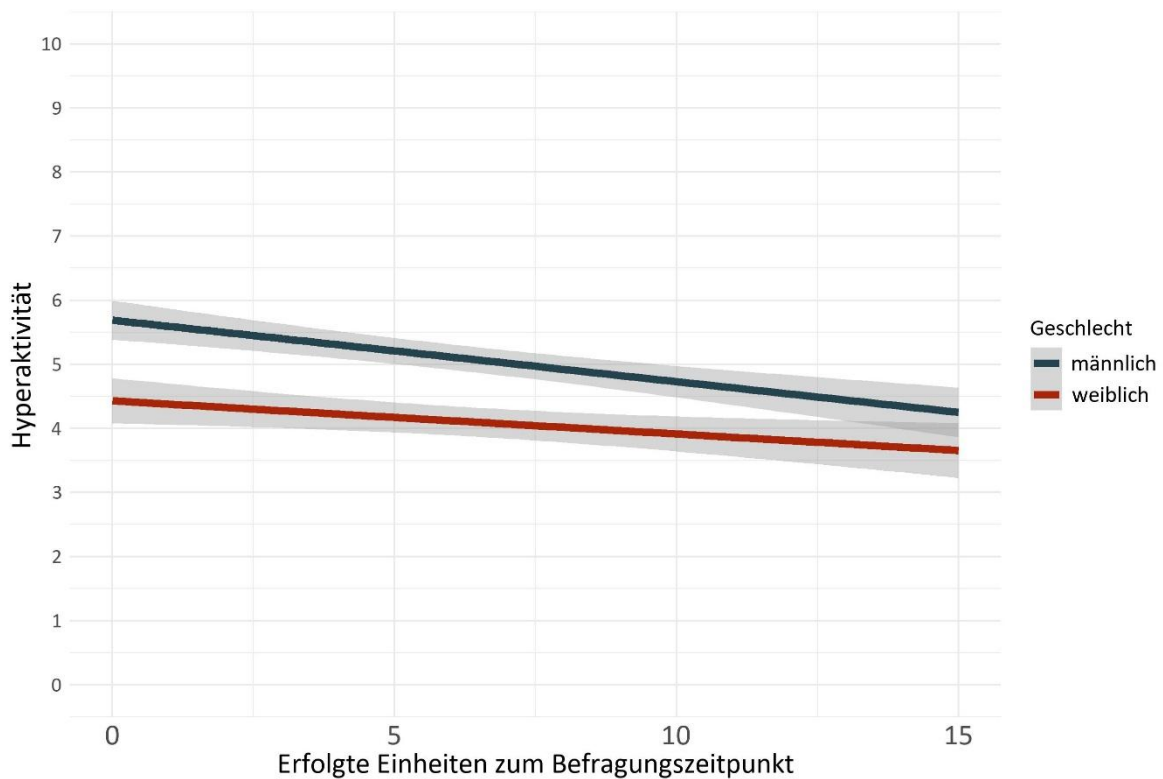
Abbildung A 27 Modellierung der Verhaltensprobleme abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 615 Mädchen, N = 742 Burschen.

Die Hyperaktivität verbesserte sich pro Sitzung um 0,05 Punkte (95%-KI[-0,07; -0,03], $p < 0,001$, Beta = -0,12). Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen entspricht dies einer Reduktion um 0,75 Punkte auf der Skala von 0 bis 10. Im Vergleich zu den durchschnittlichen Problemen zu Behandlungsbeginn konnte die Hyperaktivität um 15 % sinken. Abbildung A 28 zeigt den Verlauf der Hyperaktivität abhängig von der Sitzungszahl.

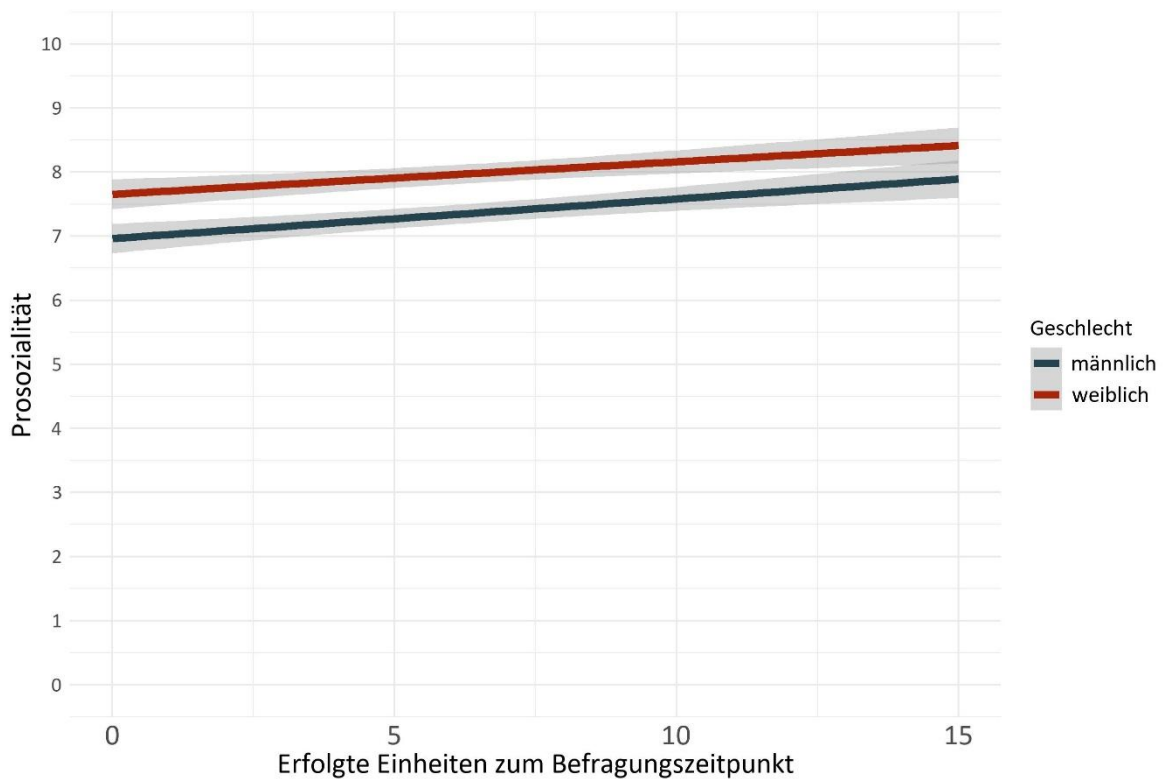
Abbildung A 28 Modellierung der Hyperaktivität abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 615 Mädchen, N = 741 Burschen.

Die Prosozialität verbesserte sich pro Sitzung um 0,04 Punkte (95%-KI[0,02; 0,06], $p < 0,001$, Beta = 0,14). Bei Inanspruchnahme von 15 Sitzungen entspricht dies einem Anstieg um 0,60 Punkte auf der Skala von 0 bis 10. Im Vergleich zur durchschnittlichen Ausprägung zu Behandlungsbeginn konnte die Prosozialität um 8 % steigen. Abbildung A 29 zeigt den Verlauf der Prosozialität abhängig von der Sitzungszahl.

Abbildung A 29 Modellierung der Prosozialität abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 614 Mädchen, N = 741 Burschen.

Eltern-Fragebogen: Psychische Gesundheit (PMH)

Deskriptive Analysen und Gruppenvergleiche der Positiven Psychischen Gesundheit

Tabelle A 32 und Tabelle A 33 zeigen Kennwerte zur Verteilung der positiven psychischen Gesundheit zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende. Abbildung A 30 stellt die Werte grafisch dar. Alle innerhalb der ersten fünf oder nach mindestens zehn Behandlungseinheiten ausgefüllten Fragebögen wurden berücksichtigt. Da der PMH erst im Verlauf der Datenerhebung eingeführt wurde, sind die Stichproben am Behandlungsende größer als zu Beginn der Behandlungen. Aufgrund der kleinen Stichproben für diverse Klient:innen erfolgt keine separate Darstellung.

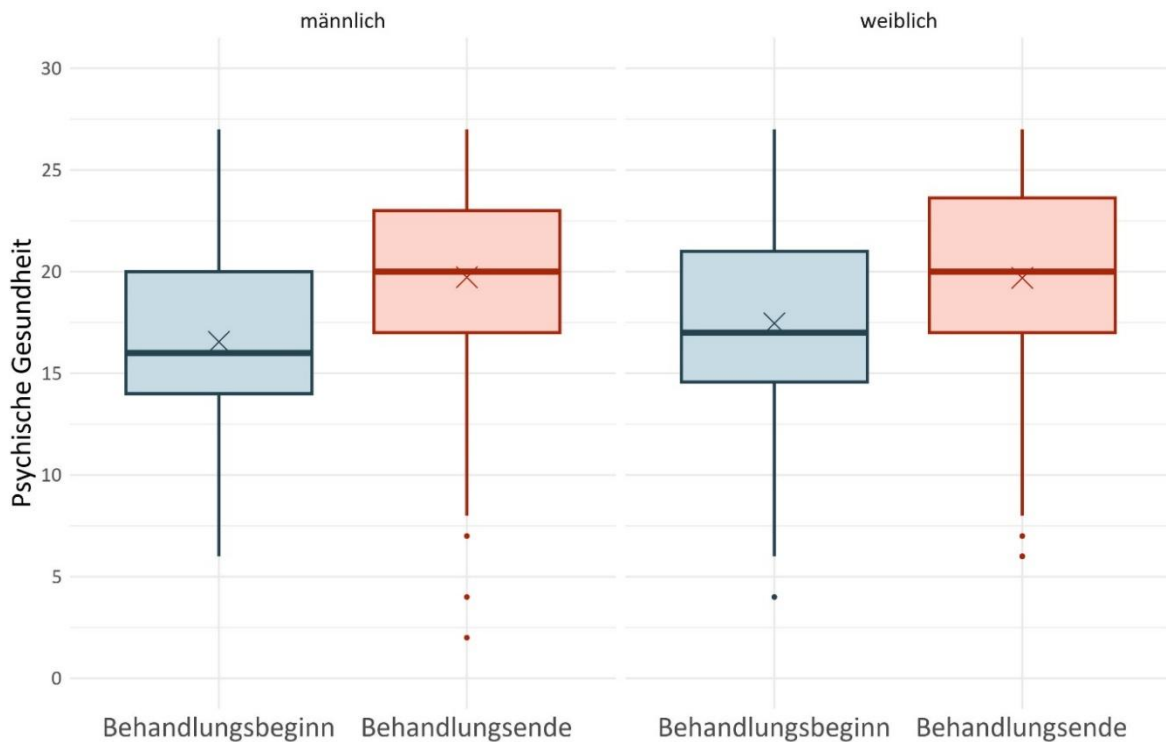
Tabelle A 32 Kennwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) für alle Klient:innen laut Eltern-Fragebögen

	Behandlungsbeginn (N = 183)	Behandlungsende (N = 439)
Mittelwert (Standardabweichung)	17,0 (5,1)	19,7 (1,9)
Spannweite	4-27	2-27

Tabelle A 33 Mittelwerte der positiven psychischen Gesundheit (PMH) nach Geschlecht laut Eltern-Fragebögen

	Behandlungsbeginn M (SD), N	Behandlungsende M (SD), N
Mädchen	17,5 (5,2), N = 83	19,7 (4,9), N = 204
Burschen	16,5 (4,9), N = 100	19,7 (4,9), N = 234

Abbildung A 30 Boxplot der positiven psychischen Gesundheit (PMH) laut Eltern-Fragebögen zu Behandlungsbeginn und -ende nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen N = 100 Burschen zu Behandlungsbeginn, N = 83 Mädchen zu Behandlungsbeginn, N = 234 Burschen am Behandlungsende, N = 204 Mädchen am Behandlungsende.

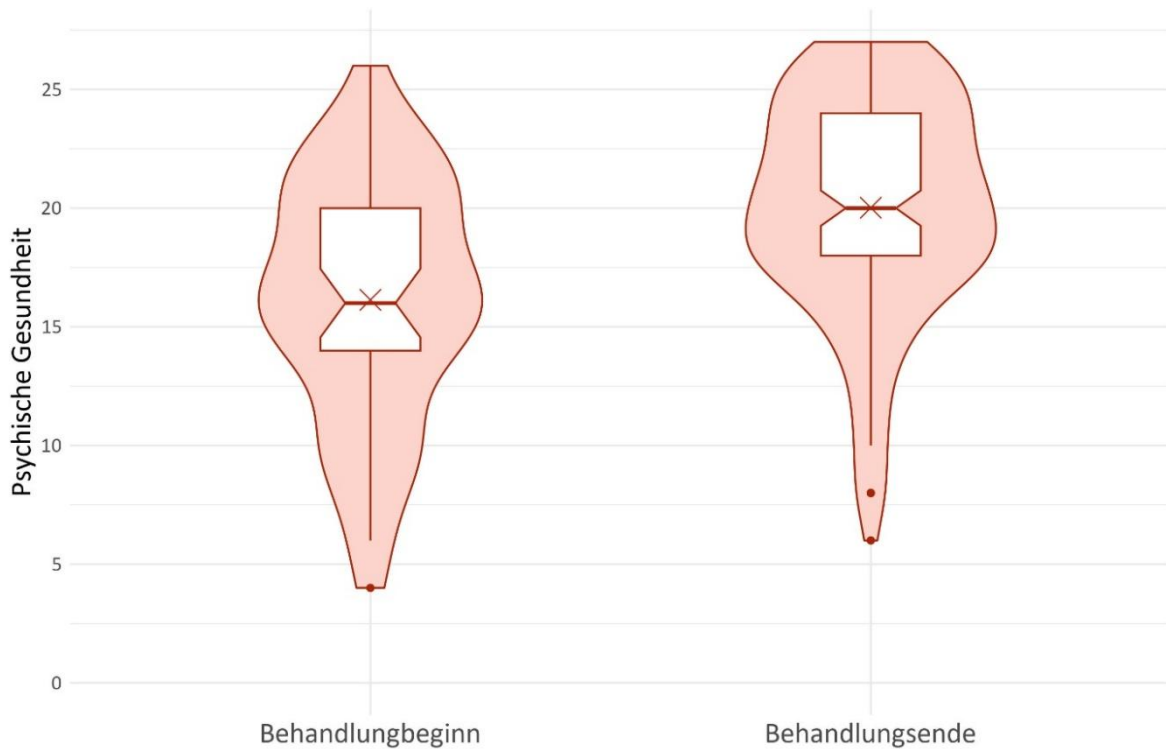
Es gab keine Geschlechtsunterschiede in der psychischen Gesundheit (Beginn $t(171) = -1,21, p = 0,229$; Ende $t(427) = 0,07, p = 0,944$). Bei älteren Klient:innen wurde von einer niedrigeren psychischen Gesundheit berichtet ($r = -0,14, p < 0,001$).

Analyse von intraindividuellen Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit anhand des Vergleichs zwischen Beginn und Ende der Behandlungen

Ein intraindividuellem Vergleich des Befindens zu den zwei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels t-Tests für verbundene Stichproben. Für die positive psychische Gesundheit lagen 38 Fälle vor, die innerhalb der ersten fünf und nach mindestens zehn Behandlungseinheiten Angaben gemacht hatten. Die psychische Gesundheit war am Ende der Behandlungen signifikant höher als zu Beginn ($t(37) = 4,50, p < 0,001$). Die mittlere Differenz lag auf einer Skala von 0 bis 27 bei 3,1 Punkten (95%-KI[1,72; 4,49]). Abbildung A

31 zeigt den Verlauf der positiven psychischen Gesundheit innerhalb der Fälle, die zwei Mal erfasst wurden.

Abbildung A 31 Intraindividuelle Veränderung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) zwischen Behandlungsbeginn und -ende laut Eltern-Fragebögen

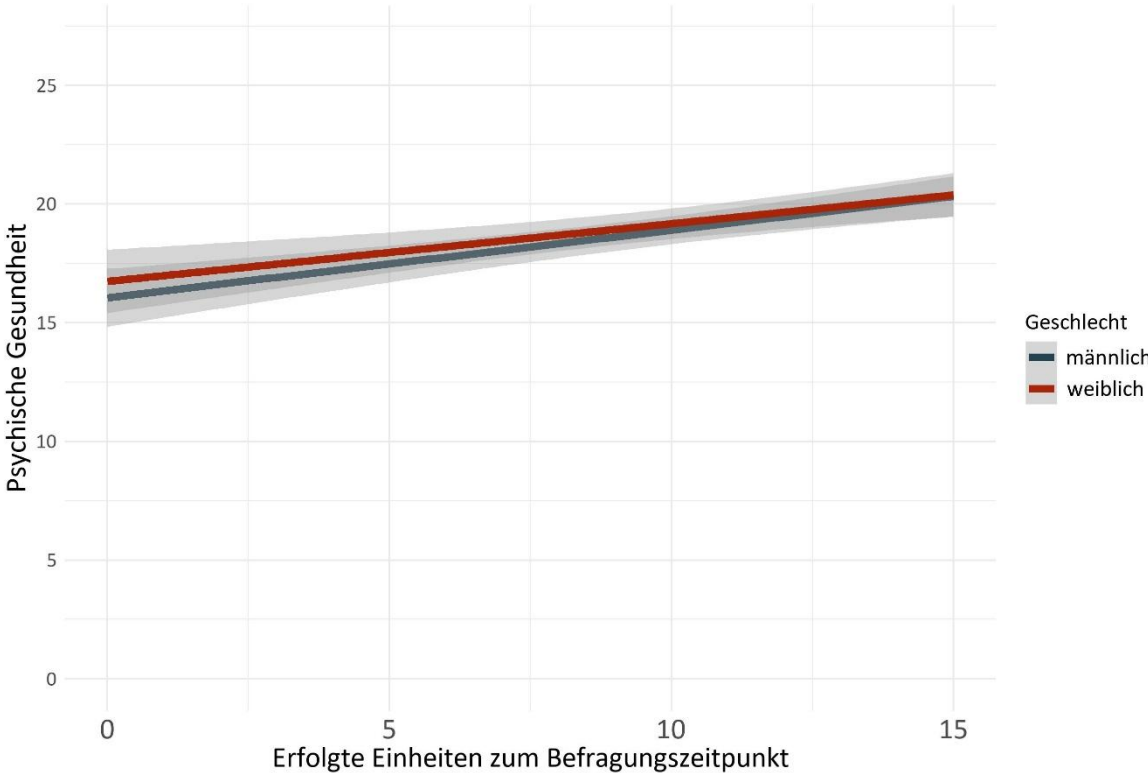


Anmerkung: N = 38 gematchte Eltern-Fragebögen.

Analyse von Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit im Behandlungsverlauf anhand der gesamten Stichprobe

Zur Analyse der Veränderungen der positiven psychischen Gesundheit abhängig von den erfolgten Behandlungseinheiten wurde ein GEE-Modell unter Kontrolle von Alter und Geschlecht berechnet. Pro Sitzung stieg die psychische Gesundheit um durchschnittlich 0,17 Einheiten an (95%-KI[0,11; 0,24], $p < 0,001$, Beta = 0,21). Bei Inanspruchnahme von 15 Behandlungssitzungen entspricht dies einem Anstieg um 2,55 Punkte auf der Skala von 0 bis 27. Im Verhältnis zum mittleren Wert zu Behandlungsbeginn von 17,0 entspricht dies einem Anstieg um 15,0 %. Abbildung A 32 stellt die Veränderungen grafisch dar.

Abbildung A 32 Modellierung der positiven psychischen Gesundheit (PMH) laut Eltern-Fragebögen abhängig von der Anzahl der Sitzungen nach Geschlecht



Anmerkung: Eltern-Fragebögen, N = 287 Mädchen, N = 334 Burschen.

Anhang IV: Behandler:innen- Fragebogen

Im Rahmen von GadK II und GadK III wurden Interviews mit Behandler:innen geführt. Diese Interviews boten Einblicke in Faktoren, die für die Mitwirkungsbereitschaft der Behandler:innen in den Programmen entscheidend waren. Um zu überprüfen, inwieweit es sich bei den Ergebnissen aus den Interviews um Einzelperspektiven handelte und wie stark diese für die Einstellungen im gesamten Behandler:innen-Pool repräsentativ sind, wurde aufbauend auf den Interviewergebnissen ein Fragebogen entworfen. Dieser wurde im März 2025 an alle Behandler:innen ausgesendet. Innerhalb eines Monats nahmen 566 Personen an der Befragung teil, was 35 % aller Behandler:innen entspricht.

Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich zusammen aus 245 Psycholog:innen (43,3 %), 233 Psychotherapeut:innen (41,2 %), sieben Musiktherapeut:innen (1,2 %) und 81 Behandler:innen mit Mehrfachqualifizierungen (14,3 %). Die Psychotherapeut:innen vertraten alle vier psychotherapeutischen Ausrichtungen: Mit 122 Personen (38,9 %) war die Systemische Therapie am stärksten vertreten, gefolgt von der Humanistischen Therapie ($n = 106$; 33,8 %). Einen geringeren Anteil machten psychoanalytisch-psychodynamische Therapeut:innen ($n = 59$; 18,8 %) und Verhaltenstherapeut:innen ($n = 27$; 8,6 %) aus. Die Mehrheit der Befragten ($n = 539$; 95,2 %) bot ausschließlich Einzelbehandlungen über die GadK-Programme an, 25 Personen (4,4 %) führten zusätzlich Gruppenbehandlungen durch und zwei (0,4 %) boten ausschließlich Gruppenbehandlungen an. Wie in Tabelle A 34 zu sehen, boten die meisten Behandler:innen – wie auch die Mehrheit im gesamten Behandler:innen-Pool – Behandlungen in der Praxis an und etwas weniger als die Hälfte machte – meist zusätzlich – Online-Angebote. Der Anteil der Behandler:innen mit Online-Behandlungsmöglichkeiten war somit niedriger als im gesamten Behandler:innen-Pool. Bezüglich der behandelten Altersgruppen zeigten sich Ähnlichkeiten zum gesamten Behandler:innen-Pool: Auch in der Umfrage war die Anzahl der Behandler:innen in höheren Altersgruppen größer (siehe Tabelle A 35). Die meisten der befragten Behandler:innen waren erfahren mit den

Behandlungen über GadK und hatten bereits mehr als zehn Klient:innen behandelt (siehe Tabelle A 36).

Tabelle A 34 Behandlungssettings der befragten Behandler:innen

Behandlungssetting	Anzahl der anbietenden Behandler:innen
In der Praxis	562 (99,3 %)
Online	265 (46,8 %)
Aufsuchend	55 (9,7 %)

Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$; Mehrfachnennung möglich.

Tabelle A 35 Behandelte Altersgruppen durch die befragten Behandler:innen

Altersgruppen	Anzahl der anbietenden Behandler:innen
0-2 Jahre (Babys, Kleinkinder)	31 (5,5 %)
3-5 Jahre (Vorschule)	184 (32,5 %)
6-10 Jahre (Volksschule)	384 (67,8 %)
11-13 Jahre (frühe Jugend)	447 (79,0 %)
14-17 Jahre (mittlere Jugend)	514 (90,8 %)
18-22 Jahre (Volljährige)	494 (87,3 %)

Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$; Mehrfachnennung möglich.

Tabelle A 36 Anzahl der durchgeführten Behandlungen durch die befragten Behandler:innen

Anzahl der Behandlungen	Einzelbehandlungen	Gruppenbehandlungen
Bis zu 10	123 (21,8 %)	31 (91,2 %)
10-50	376 (66,7 %)	3 (8,8 %)

Anzahl der Behandlungen	Einzelbehandlungen	Gruppenbehandlungen
Über 50	65 (11,5 %)	0

Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$.

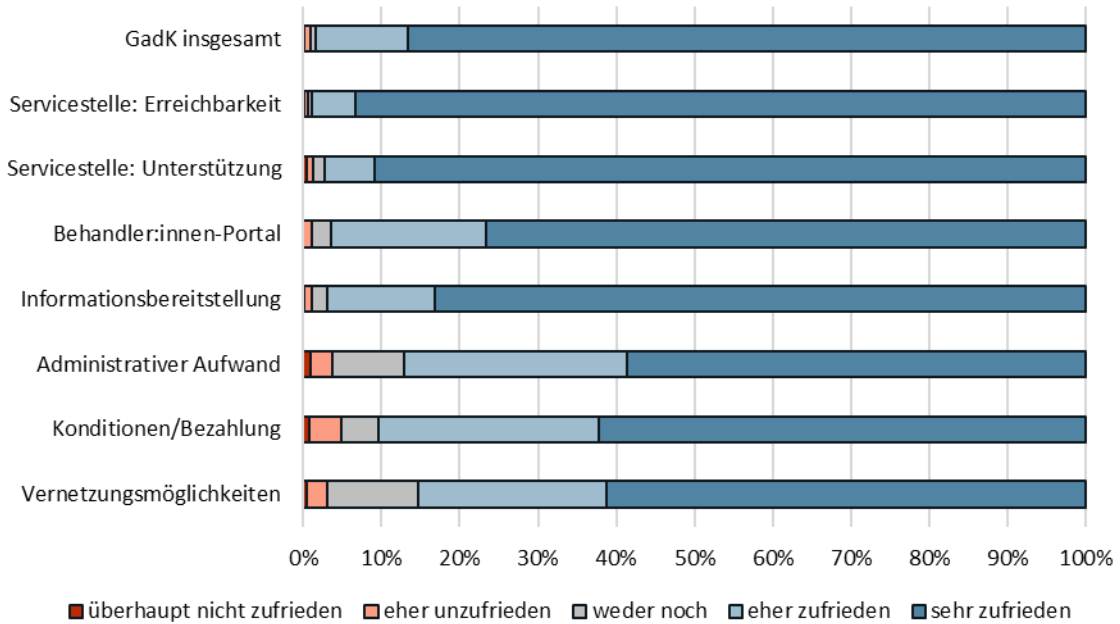
Zusätzlich wurde in der Befragung erfasst, in welchem Umfeld die Behandlungen angeboten wurden. Insbesondere in ländlichen Regionen ist von einer stärkeren Unterversorgung auszugehen. Gleichzeitig ist zu erwarten, dass der rein quantitative Bedarf in städtischen Regionen aufgrund der größeren Bevölkerungsdichte höher ist. Die befragten Behandler:innen von GadK III berichteten zu etwas mehr als der Hälfte, vor allem Klient:innen im städtischen Umfeld zu behandeln ($n = 319, 56,4\%$). Ein Viertel bot vor allem in ländlichen Regionen Behandlungen an ($n = 146, 25,8\%$), der Rest berichtete von Mischformen ($n = 101, 17,8\%$).

Zufriedenheit mit den GadK-Programmen

Die Umfrage bestätigte das hohe Maß an Zufriedenheit mit den GadK-Programmen, das sich bereits in den Interviews abzeichnete und die guten Rahmenbedingungen für erfolgreiche Behandlungen verdeutlicht. Insbesondere die zentrale Servicestelle und die unkomplizierte Abwicklung wurden positiv bewertet. Kritikpunkte lassen sich unter anderem auf die Mängel in der Regelversorgung zurückführen, durch die Kinder und Jugendliche mit höheren Belastungsgraden bei den GadK-Programmen aufgenommen wurden. Für diese Klient:innen war GadK ursprünglich nicht vorgesehen, sodass die Rahmenbedingungen für deren Behandlungen nicht optimal waren.

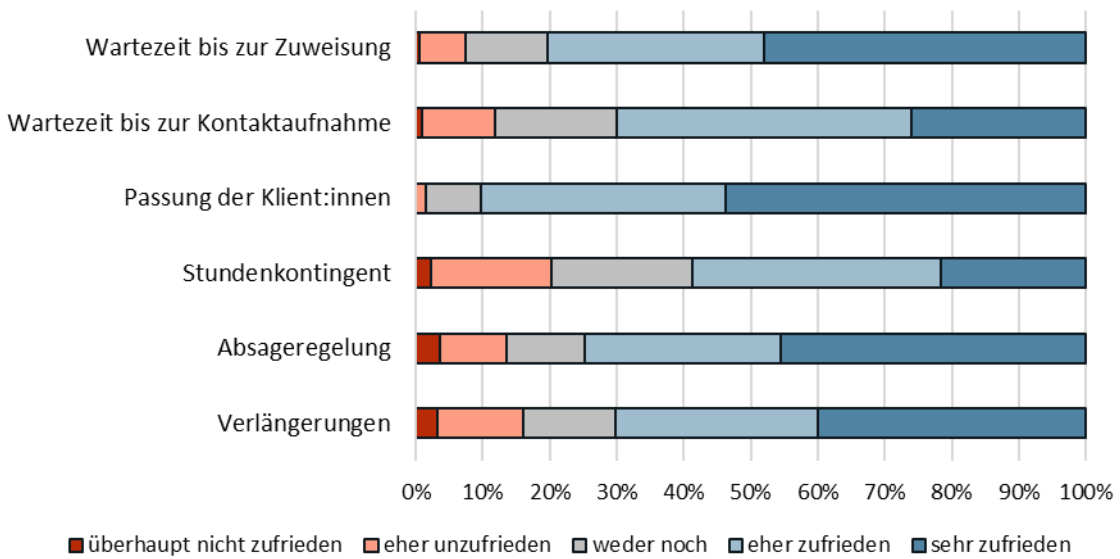
Die Ergebnisse der Befragung sind in Abbildung A 33 und Abbildung A 34 dargestellt.

Abbildung A 33 Zufriedenheit der Behandler:innen mit den GadK-Programmen



Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$. Im Diagramm ist die Anzahl der Behandler:innen dargestellt, welche die jeweilige Antwortoption wählten.

Abbildung A 34 Zufriedenheit der Behandler:innen mit Abläufen und Prozessen



Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$. Im Diagramm ist die Anzahl der Behandler:innen dargestellt, welche die jeweilige Antwortoption wählten.

Als Erklärungsansatz für unterschiedliche Ausmaße der Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen und Abläufen der Programme wurde die Bedeutsamkeit der Projekterfahrung überprüft. Mittels Mann-Whitney U-Test erfolgte eine Analyse von Unterschieden von Behandler:innen mit und ohne Projekterfahrung. Hierbei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Die Unzufriedenheit einzelner Behandler:innen lässt sich somit nicht durch fehlende Erfahrungen mit Projektabläufen begründen.

Verschiebung von Angeboten

In der Behandler:innen-Umfrage wurde unter anderem erfasst, inwieweit andere Angebote zugunsten von GadK reduziert oder aufgegeben wurden. Hier gaben 60,6 % der Befragten an, dass sie andere Behandlungsangebote oder Tätigkeiten reduziert hatten (siehe Tabelle A 37). Der größte Anteil der Behandler:innen (41,9 %) gab an, dass sie weniger privatfinanzierte Behandlungen durchführten. Dies kann damit erklärt werden, dass Interessent:innen bei Anfragen direkt auf die GadK-Programme verwiesen wurden. Eine Privatfinanzierung war somit nicht nötig, unabhängig von der finanziellen Situation der Klient:innen oder deren Familien. Entsprechend zeigte sich auch in den soziodemografischen Daten der Klient:innen von GadK II, dass Klient:innen mit niedrigem sozioökonomischem Status zwar überdurchschnittlich häufig vertreten waren, jedoch auch Klient:innen mit hohem sozioökonomischem Status das Angebot in Anspruch nahmen. Da die GadK-Programme die Zielgruppe nicht auf finanziell bedürftige Kinder und Jugendliche beschränkten, ist dies nicht als Zielverfehlung der Programme zu interpretieren. Zusätzlich würde ein Nachweis der finanziellen Bedürftigkeit die Niederschwelligkeit reduzieren.

Tabelle A 37 Reduktion anderer Tätigkeiten zugunsten von GadK

Reduktion anderer Angebote oder Tätigkeiten	Anzahl der befragten Behandler:innen
Nein	223 (39,4 %)
Ja, andere Projekte	88 (15,5 %)
Ja, kassenfinanzierte Angebote	66 (11,7 %)
Ja, privatfinanzierte Angebote	237 (41,9 %)

Anmerkung: Behandler:innen-Umfrage, $N = 566$; Mehrfachnennung möglich.

Die Hälfte der befragten Psychotherapeut:innen ($n = 168$, 50,6 %) bot Kassen- bzw. Modellplätze an und 86,7 % ($n = 274$) der Psycholog:innen ermöglichte Behandlungen mit Kostenzuschuss der Sozialversicherungen. Insgesamt gaben 11,7 % der Befragten an, kassenfinanzierte Angebote zugunsten von GadK reduziert zu haben. Dieser Gesamtwert lässt sich darauf zurückführen, dass 23,2 % ($n = 39$) der Psychotherapeut:innen mit Kassenplätzen und 11,3 % ($n = 31$) der Psycholog:innen mit Zuschussnutzung ihr Angebot reduziert hatten. Der geringere Anteil der Reduktionen bei den Psycholog:innen lässt sich auf die erst vor kurzem implementierte Zuschussregelung zurückführen. Nicht darin abgebildet sind Psycholog:innen, die ihr zuschussfinanziertes Angebot aufgrund von GadK nicht oder weniger ausgebaut haben.

Die Tätigkeit in anderen Projekten wurde durch 15,5 % der Befragten reduziert. Wenn nur die Behandler:innen berücksichtigt werden, die laut eigener Angabe tatsächlich in anderen Projekten tätig waren, steigt der Anteil auf ein Viertel ($n = 51$ von $n = 205$, 24,9 %). Weitere, nicht strukturiert erfasste und in geringerem Ausmaß betroffene Tätigkeiten umfassten Vortrags- und Lehrtätigkeiten, Angestelltenverhältnisse, diagnostische oder Gutachtertätigkeiten und andere.

Während die Verschiebung der Tätigkeiten aufgrund der Konkurrenz zu anderen Angeboten als negativ interpretiert werden kann, belegt sie die guten Rahmenbedingungen, welche die GadK-Programme für die Behandlungen boten. Diese sind nicht nur Voraussetzung für die Mitwirkung von Behandler:innen, sondern können auch entscheidend für den Behandlungserfolg sein. Zudem deuten die qualitativen Daten darauf hin, dass es nicht nur zu einer Verschiebung von Angeboten kam, sondern insbesondere zu einer Erweiterung von Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche. Durch die GadK-Programme erhöhten die Behandler:innen zum Teil ihre Behandlungskapazitäten für diese Zielgruppe. Somit kann insgesamt von einer Erhöhung des Gesamtangebots von Behandlungen für Kinder und Jugendliche ausgegangen werden.

Anhang V: Sensibilisierungs-Workshops

Im Rahmen der GadK-Programme wurden nicht nur Behandlungen für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene angeboten, sondern auch Workshops für außerschulische Jugendarbeiter:innen. Diese Workshops wurden auf Anregung des Bundeskanzleramts Sektion Familie und 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.

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 Teilnehmer:innen wurden Anzeichen für die Indikation von psychosozialen Beratungen und Behandlungen vermittelt und Anlaufstellen vorgestellt. Zentral war unter anderem, eine Orientierung zu geben, welche Reaktionen als „normal“ gelten können und wann externe fachliche Unterstützung hinzugezogen werden sollte. 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.

Jugendarbeiter:innen konnten sich über die GadK-Webseite individuell für die Workshops anmelden. Zusätzlich konnten Organisationen spezifische Workshops für ihre Mitarbeiter:innen buchen.

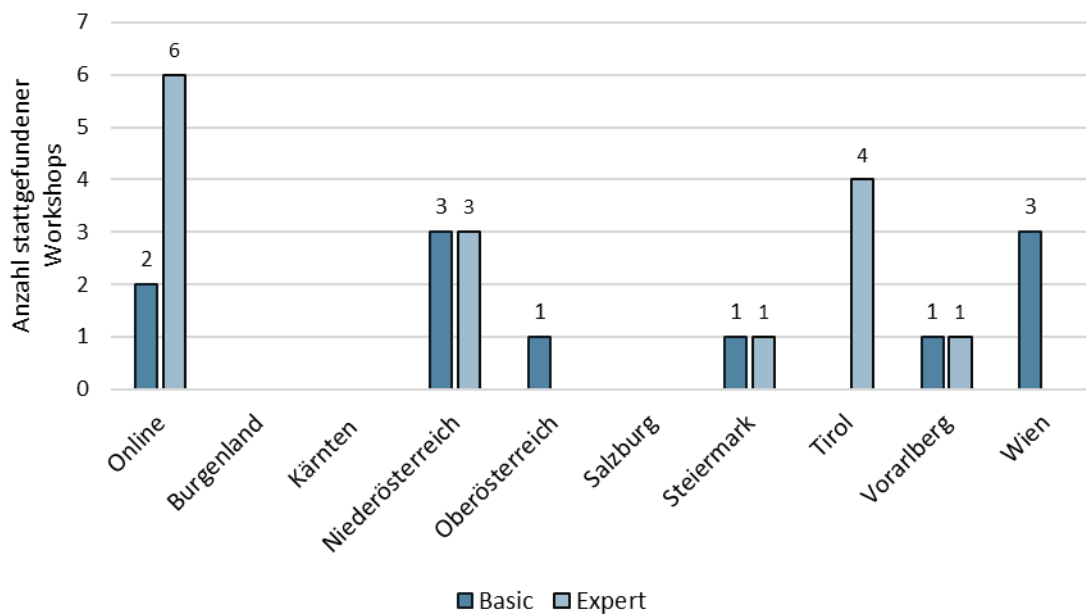
Durchgeführt wurden die Workshops von Behandler:innen, die eine Schulung hierfür erhalten hatten. Sie erhielten Workshop-Unterlagen, zu denen unter anderem vorbereitete Präsentationsfolien gehörten. Hierdurch wurde die konzeptionelle und inhaltliche Einheitlichkeit der Workshops sichergestellt. Gleichzeitig passten die

Behandler:innen individuell Schwerpunkte an und ließen Erfahrungen aus der Praxis einfließen.

Durchgeführte Workshops

Laut Förderrichtlinie sollten innerhalb der Programmlaufzeit von GadK III mindestens drei Workshops pro Bundesland durchgeführt werden. Dies entspricht insgesamt 27 Workshops. Bis zum Ende von GadK III haben 26 Sensibilisierungs-Workshops stattgefunden. Angeboten wurden 46 Workshops, von denen 20 aufgrund fehlender Anmeldungen nicht stattfinden konnten. Die Mehrheit der gebuchten Workshops waren EXPERT Workshops in Präsenz (siehe Abbildung A 35). Der Zielwert von drei Workshops wurde für die Bundesländer Niederösterreich, Tirol und Wien erreicht. In Salzburg, Kärnten und im Burgenland haben keine Präsenz-Workshops stattgefunden, in Oberösterreich, Vorarlberg und der Steiermark weniger als drei.

Abbildung A 35 Stattgefundene Sensibilisierungs-Workshops

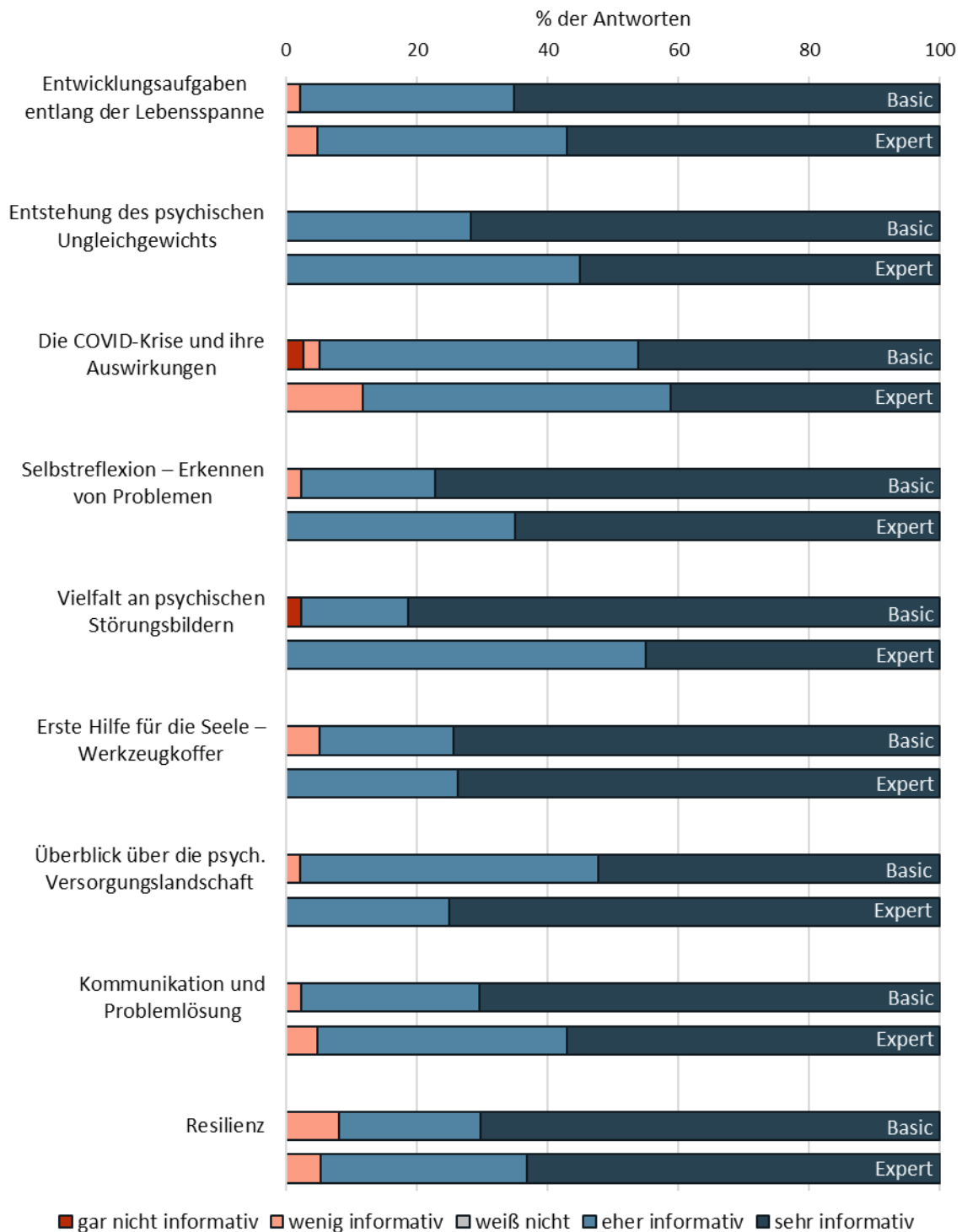


Bewertung der Workshops

Eine Befragung am Ende der Workshops bildete die Erfahrung der Teilnehmer:innen ab. Von den insgesamt 256 Workshop-Teilnehmer:innen (Stand April 2025) füllten 69 den Feedback-Bogen aus (27,0 %). Davon haben 46 (66,7 %) am BASIC Workshop teilgenommen, 22 am EXPERT Workshop (31,9 %; eine Person ohne Angabe). Ergänzt wurden die Feedbacks der Teilnehmer:innen durch Interviews mit Workshop-abhaltenden Behandler:innen.

Abbildung A 36 zeigt, wie die Befragten den Informationsgehalt der Workshops bezogen auf unterschiedliche Themenbereiche einstufen. Von allen Befragten positiv (als „eher“ bis „sehr“ informativ) bewertet wurden der Themenbereich „Entstehung des psychischen Ungleichgewichts“. Als „sehr informativ“ wurde Workshop-übergreifend am häufigsten die Selbstreflexion im Erkennen von Problemen eingeschätzt. Im BASIC und im EXPERT Workshop bewerteten zusammengefasst 73,8 % der Befragten diesen Themenbereich als „sehr informativ“. Weitere 24,6 % ordneten ihn als „eher informativ“ ein. Nur eine Person empfand ihn als „wenig informativ“ und vier machten keine Angabe.

Abbildung A 36 Informationsgehalt der Themenbereiche in den Sensibilisierungs-Workshops



Anmerkung: Feedback-Bögen zu den Sensibilisierungs-Workshops, $N = 69$, davon $n = 46$ Basic, $n = 22$ Expert, $n = 1$ ohne Angabe. Antworten ohne Angabe sind nicht in den prozentualen Werten berücksichtigt.

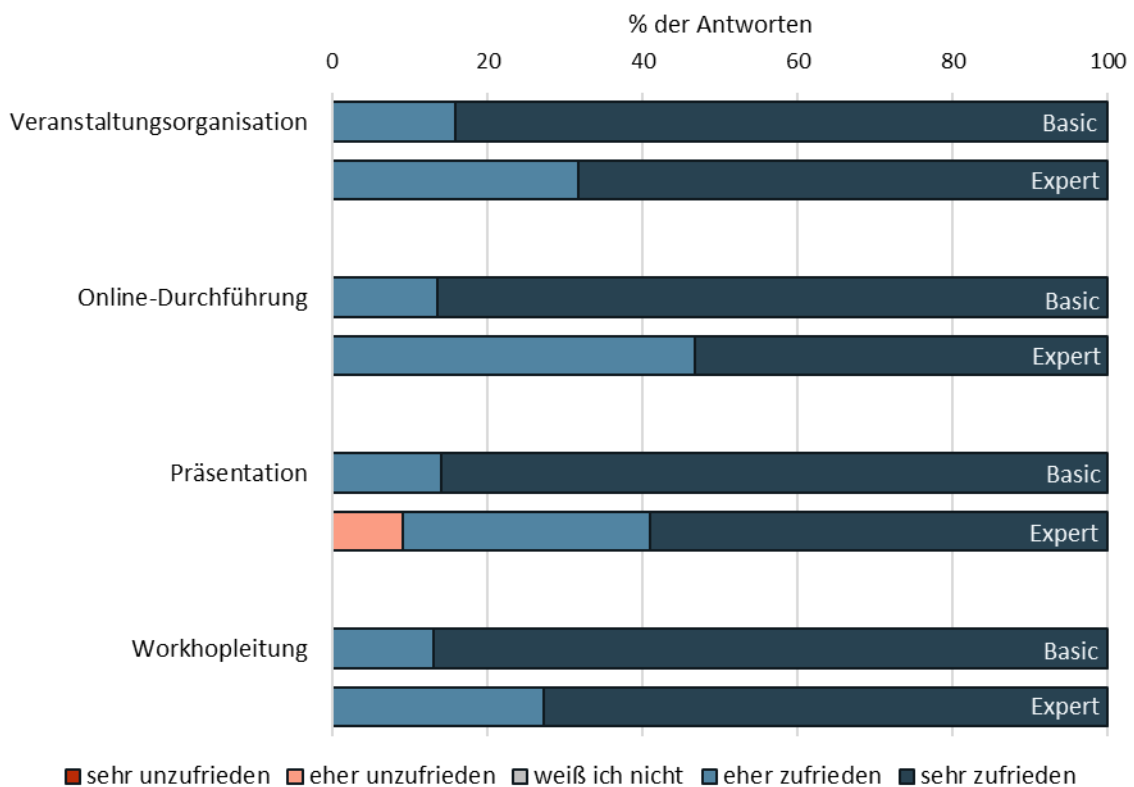
Workshop-übergreifend wurde der Themenbereich zur COVID-19-Pandemie als am wenigsten informativ eingeschätzt. Während 44,6 % ihn als „sehr informativ“ einschätzten, wählten 48,2 % die schwächere Ausprägung „eher informativ“, 6,2 % bewerteten ihn als „wenig“ oder „gar nicht informativ“ und 13 Personen machten keine Angabe. Darin spiegelt sich die abnehmende Alltagsrelevanz der COVID-19-Pandemie wider. Das Interesse an diesem Thema war vor allem während und kurz nach der Pandemie gegeben. Inzwischen sind andere Problemstellungen und Themen für die Workshop-Teilnehmer:innen relevanter.

Unterschiede zwischen den BASIC und EXPERT Workshop-Teilnehmer:innen zeigten sich insbesondere für die Themenbereiche der psychosozialen Versorgungslandschaft und der psychischen Störungsbilder. Für Jugendarbeiter:innen ohne psychosozialen Grundberuf waren Informationen über Störungsbilder informativ. 81,4 % bewerteten sie als „sehr informativ“, weitere 16,3 % als „eher informativ“. Eine Person empfand sie dagegen als „gar nicht informativ“, drei machten keine Angabe. Überwiegend hatten die Teilnehmer:innen somit einen Bedarf an diesen Informationen. Für die EXPERT Workshop-Teilnehmer:innen war der Informationsgehalt geringer ausgeprägt ($p = 0,006$ laut Chi2-Test). Dies lässt sich auf deren psychosoziale Grundberufe zurückführen, durch die bereits Vorwissen in diesem Bereich vorhanden war. Auch die Behandler:innen beschrieben zu starke Übereinstimmungen zwischen den Inhalten der beiden Workshop-Varianten. Gemeinsam mit den Feedback-Ergebnissen deutet dies darauf hin, dass die Inhalte des EXPERT Workshops anspruchsvoller gestaltet werden sollten. Eine Schwierigkeit hierbei liegt jedoch in unterschiedlichem Ausgangswissen bei verschiedenen psychosozialen Fachberufen. Eine exakte Abstimmung auf die Bedarfe der Workshop-Teilnehmer:innen ist dadurch kaum im Voraus möglich.

Abbildung A 37 zeigt die Zufriedenheit der Workshop-Teilnehmer:innen mit verschiedenen Aspekten. Besonders zufrieden waren die Befragten mit den Workshop-Leiter:innen. Über beide Workshop-Arten hinweg gaben 82,6 % der Befragten an, „sehr zufrieden“ mit der Workshop-Leitung zu sein. Die restlichen 17,4 % waren „eher zufrieden“. Über alle Bewertungsbereiche hinweg gaben die Teilnehmer:innen der EXPERT Workshops seltener an, „sehr zufrieden“ zu sein. Dennoch berichteten die Teilnehmer:innen, mit allen Aspekten mit Ausnahme der Präsentation entweder „sehr“ oder „eher zufrieden“ zu sein oder machten keine Angabe. Lediglich bei den Präsentationen erfolgten negative Bewertungen: Zwei Personen (3,0 %) gaben an, „eher unzufrieden“ zu sein. Beide hatten an einem EXPERT Workshop teilgenommen. Die Präsentationen waren einheitlich gestaltet und alle Workshop-Leiter:innen nutzten die

gleichen Unterlagen. Gleichzeitig betonen die Behandler:innen in Interviews, dass sie die Inhalte individuell ergänzt und angepasst haben – insbesondere durch eigene Erfahrungen aus der Praxis oder durch Beispiele aus der klinisch-psychologischen oder psychotherapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.

Abbildung A 37 Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Sensibilisierungs-Workshops



Anmerkung: Feedback-Bögen zu den Sensibilisierungs-Workshops, $N = 69$, davon $n = 46$ Basic, $n = 22$ Expert, $n = 1$ ohne Angabe. Antworten ohne Angabe sind nicht in den prozentualen Werten berücksichtigt.

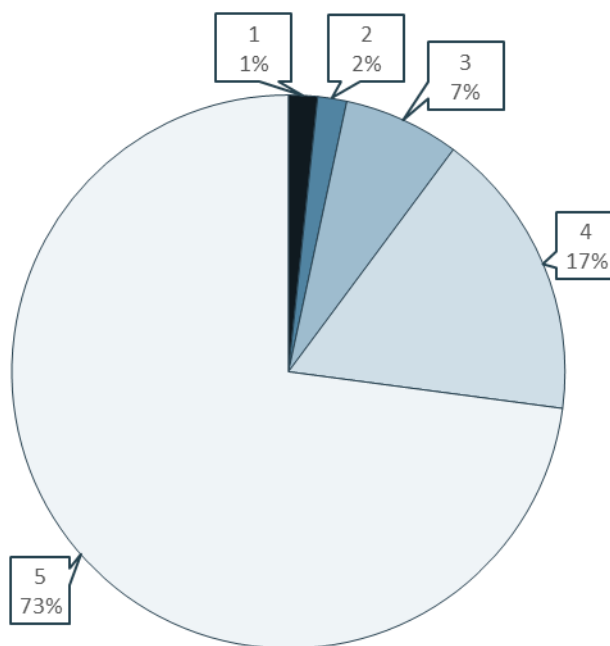
Ein zusätzliches zentrales Element, das in den Feedback-Befragungen nicht explizit erfasst wurde, war der Austausch zwischen den Teilnehmer:innen. Dieser wurde von den Behandler:innen in den Interviews wiederholt hervorgehoben. Die Behandler:innen betonten, dass die Offenheit der Teilnehmer:innen und das gemeinsame Nachdenken über Erfahrungen und Unsicherheiten entscheidend zur Wirkung der Workshops beigetragen hatten. Die Workshops waren nicht als klassische Frontalvorträge konzipiert,

sondern als interaktive Lernräume, in denen Fragen, Fallbeispiele und Diskussionen ausdrücklich erwünscht waren.

„Von dem her war es damals schon ein großer Nutzen auch zu sagen ,ja, wir können uns da austauschen, wir haben das Thema mit unseren Jugendlichen, aber auch mit uns selber, mit unseren Mitarbeitern“. (Behandler:innen-Interview 5)

Insgesamt äußerten sich die Befragten Workshop-Teilnehmer:innen zufrieden: 95,6 % würden die Veranstaltung an Kolleg:innen weiterempfehlen. Zwei der BASIC und eine:r der EXPERT Workshop-Teilnehmer:innen lehnten die Empfehlung ab, eine weitere Person machte keine Angabe. Abbildung A 38 zeigt die Bewertung der Workshops mit einem bis fünf Sternen. Fast drei Viertel der Antwortenden wählten die Höchstpunktzahl. Ein Mann-Whitney U-Test zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmer:innen des BASIC und des EXPERT Workshops ($p = 0,150$).

Abbildung A 38 Gesamtbewertung der Sensibilisierungs-Workshops



Anmerkung: Feedback-Bögen zu den Sensibilisierungs-Workshops, $N = 69$, davon $n = 46$ Basic, $n = 22$ Expert, $n = 1$ ohne Angabe. Bewertet wurden die Workshops insgesamt mit 1 bis 5 Sternen. Antworten ohne Angabe ($n = 10$) sind nicht in den prozentualen Werten berücksichtigt.

Ein möglicher Grund für die fehlende Nachfrage nach Sensibilisierungs-Workshops ist die Bekanntheit von GadK für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Dass ebenfalls Workshops für Jugendarbeiter:innen angeboten wurden, sei vielen nicht bekannt, obwohl diese ebenfalls beworben wurden. Gleichzeitig sei eine gezielte Bewerbung der Sensibilisierungs-Workshops in ähnlichem Ausmaß wie bei den Behandlungsangeboten für Kinder und Jugendliche nicht sinnvoll, da letztere den Kern von GadK ausmachten.

Anhang VI: Kinder und Jugendliche in gesellschaftlichen Krisen

Die potenziellen Folgen gesellschaftlicher Krisen für Kinder und Jugendliche werden regelmäßig diskutiert. Während es Belege für die Effekte der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gibt, existieren bezüglich weiterer Krisen Hinweise auf deutlich ausgeprägte Sorgen, aber wenige Untersuchungen zu deren Zusammenhängen mit psychischen Gesundheitsindikatoren.

Im Klient:innen-Fragebogen wurden zur Einschätzung der Relevanz gesellschaftlicher Krisen für den Behandlungsbedarf der Kinder und Jugendlichen Items zur Erfassung von Sorgen über die Krisen genutzt. Diese wurden bei Kindern ab zwölf Jahren erhoben. Zu Klimawandel, Kriegen, Krankheiten und Armut (bzw. Wirtschaftskrisen) wurde das Ausmaß von Sorgen anhand von jeweils vier Items erfasst. Der Fokus war dabei egoistisch (z. B. „Sorge, dass das eigene Leben durch die Krise schlechter wird“) bis altruistisch („Sorge, dass es Menschen, Tieren oder der Natur durch die Krise schlechter gehen wird“). Jedes Item wurde von 0 (gar nicht) bis 4 (sehr) beantwortet. Ausgewertet wurden die Angaben von 1.428 Kindern und Jugendlichen, die mindestens die Hälfte der Items beantwortet hatten. Pro Item lagen mindestens 1.421 Angaben vor.

Tabelle A 38 zeigt, dass die Sorgen über Kriege bei den Kindern und Jugendlichen im Mittel am stärksten ausgeprägt waren, gefolgt von Klimawandel, Armut und Krankheiten. Zusätzlich zeigte sich der Trend, dass die Befragten sich stärker um andere sorgten als um sich selbst. Besonders der Klimawandel und Kriege lösten altruistische Sorgen aus. Gleichzeitig wurden in Bezug auf die eigene Zukunft ebenfalls die stärksten Sorgen aufgrund von Kriegen berichtet. Die Ergebnisse bestätigen die hohe Prävalenz von Sorgen über gesellschaftlich-systemische Krisen in der späten Kindheit, der Jugend und im frühen Erwachsenenalter.

Tabelle A 38 Mittelwerte zu Sorgen über Krisen

	Armut M (SD)	Krankheiten M (SD)	Kriege M (SD)	Klimawandel M (SD)
1 Sorge, dass das eigene Leben durch X schlechter wird.	1,68 (1,30)	1,30 (1,14)	2,08 (1,32)	1,86 (1,29)
2 Sorge, dass durch X in Zukunft Hobbies, Schulabschluss, Wunschberuf nicht möglich ist.	1,54 (1,36)	1,30 (1,26)	1,69 (1,38)	1,23 (1,23)
3 Sorge, dass es Freund:innen und Familie durch X schlechter gehen wird.	1,83 (1,34)	2,15 (1,32)	2,17 (1,37)	1,64 (1,32)
4 Sorge, dass es Menschen, Tieren oder der Natur durch X schlechter gehen wird.	1,78 (1,30)	1,86 (1,25)	2,46 (1,34)	2,49 (1,31)
Gesamtskala pro Krise M (SD)	1,71 (1,12)	1,65 (0,96)	2,10 (1,19)	1,81 (1,10)

Anmerkung: N = min. 1.420; „X“ wurde in der Befragung durch die einzelnen Krisen ersetzt.

Kinder und Jugendliche, die sich über eine der Krisen Sorgen machten, berichteten auch in Bezug auf die anderen Krisen von stärker ausgeprägten Sorgen (siehe Tabelle A 39). Das deutet auf gemeinsame zugrundeliegende Faktoren hin, die für das Ausmaß von Sorgen über alle Krisen bedeutsam sind. Relevant kann hierbei beispielsweise die (indirekte) Exposition gegenüber den Krisen sein, z. B. über mediale Berichte, oder die Neigung zu Sorgen und Grübeln. Zusätzlich gingen alle Krisensorgen mit einem geringeren Wohlbefinden und einer höheren Beschwerdelast, also mit einem insgesamt schlechteren psychosozialen Befinden, einher.

Tabelle A 39 Korrelationstabelle der Krisensorgen

	Wohlbefinden	Beschwerde- last	Klimawandel	Krankheiten	Kriege	Armut
Wohlbefinden						
Beschwerdelast	-0.55					
Klimawandel	-0.07	.15				
Krankheiten	-0.15	.25	.46			
Kriege	-0.10	.17	.51	.49		

	Wohlbefinden	Beschwerde- last	Klimawandel	Krankheiten	Kriege	Armut
Armut	-0,21	.29	.39	.46	.58	

Anmerkung: N = min. 1.412; alle Korrelationen signifikant mit $p < 0,001$ mit Ausnahme von Wohlbefinden-Klimawandel mit $p = 0,010$.

Um die Zusammenhänge der Sorgen mit den Befindensindikatoren genauer zu betrachten, erfolgten Regressionsanalysen. Hier wurden alle Sorgen gleichzeitig unter Kontrolle von Alter und binärem Geschlecht betrachtet (siehe Tabelle A 40). Die Ergebnisse zeigen, dass Sorgen über Krankheiten und Armut mit dem Befinden assoziiert waren, nicht jedoch Sorgen über Kriege und den Klimawandel. Diese Krisen wurden somit von den meisten Klient:innen als räumlich oder zeitlich weit entfernt erlebt und scheinen keine unmittelbaren negativen Konsequenzen für deren psychosoziale Befinden zu haben. Damit unterscheiden sich die Ergebnisse von vereinzelt vorhergehenden Studien, die Assoziationen von Distress bezogen auf den Klimawandel und den Ukraine-Krieg mit Depressionen und Ängsten identifizierten (Lass-Hennemann et al., 2023). Krisen, mit denen die Klient:innen möglicherweise bereits unmittelbare Erfahrungen hatten, wie Armut oder Krankheiten wie die COVID-19-Pandemie, hatten dagegen bedeutsame Assoziationen mit der psychischen Gesundheit. Anhand der querschnittlichen Daten lässt sich keine eindeutige Ursache-Wirkungs-Beziehung belegen. Sie zeigen jedoch, dass die Bedrohungen, die mit gesellschaftlichen Krisen einhergehen, auch im jungen Alter bedeutsam sein können.

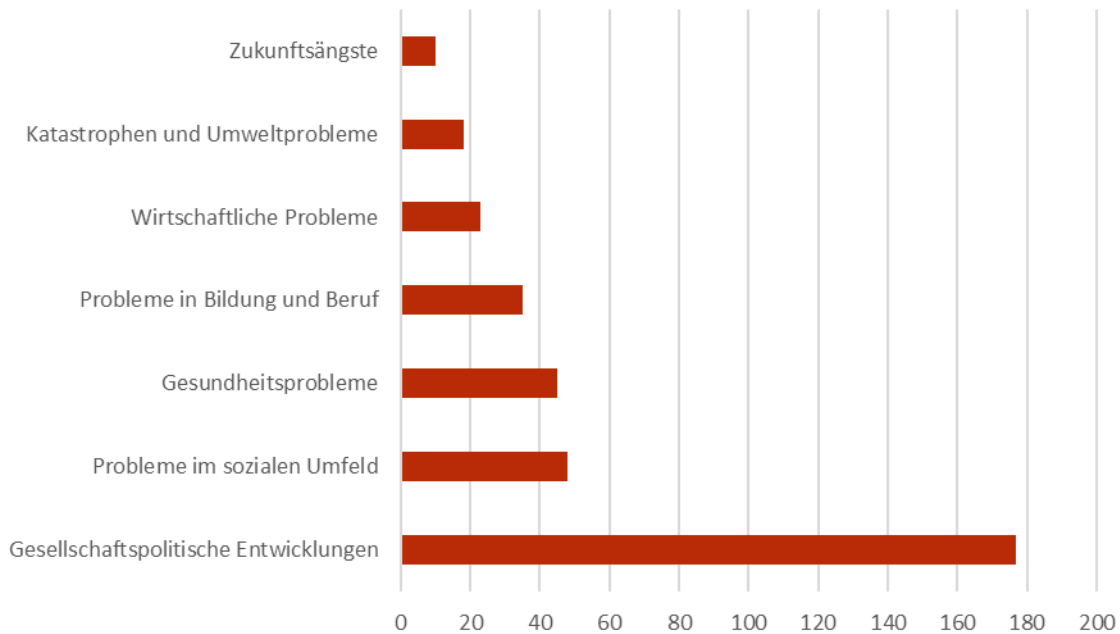
Tabelle A 40 Regressionsanalyse zu Effekten von Krisensorgen auf Befindensindikatoren

	Wohlbefinden B (p)	Beschwerden B (p)
Klimawandel	0,28 (0,066)	-0,17 (0,586)
Krankheiten	-0,39 (0,019)	1,57 (< 0,001)
Kriege	0,24 (0,332)	-0,38 (0,203)
Armut	-0,83 (< 0,001)	2,10 (< 0,001)

Anmerkung: Regressionsmodelle unter Kontrolle von Alter und binärem Geschlecht (männlich, weiblich); Wohlbefinden $F(6, 1.365) = 20,13$ ($p < 0,001$), adj. $R^2 = 0,08$; Beschwerden $F(6, 1.362) = 44,43$ ($p < 0,001$), adj. $R^2 = 0,16$.

Zusätzlich zu den Erhebungen zu den vier spezifischen Krisen und Herausforderungen konnten die Jugendlichen weitere Krisen angeben, die sie beschäftigten. Abbildung A 39 zeigt die Häufigkeit der kategorisierten Antworten.

Abbildung A 39 Offene Antworten zu Krisen, die den Klient:innen Sorgen machen



Anmerkung: N = 254 Antworten; Mehrfachzuordnung möglich.

Am häufigsten wurden gesellschaftliche Entwicklungen als Auslöser von Sorgen genannt. Hier dominierten Sorgen über die politische Entwicklung. In etwa der Hälfte aller Antworten wurden politische Entwicklungen als Stressor genannt. Die Inhalte bezogen sich sowohl auf die nationale als auch auf die internationale Politik. Die Befragten sorgten sich über den wahrgenommenen Rechtsruck und die damit einhergehende Bedrohung von Rechten sowie Versorgungs- und Absicherungssystemen. Vereinzelt wurden auch Migration und Flucht thematisiert. Auch unabhängig von politischen Systemen wurde ein Anstieg von Diskriminierung, Hass und Egoismus durch die Klient:innen erlebt. Terror und Kriege waren manchen Jugendlichen präsent, was auch zu Ängsten an öffentlichen Orten oder zu Sorgen über das Wohlergehen Nahestehender führen konnte. Vereinzelt wurden technologische Entwicklungen als Auslöser von Sorgen benannt. Darunter der Einfluss von sozialen Medien und Falschinformationen und Ungewissheit durch künstliche Intelligenz.

Bezüglich des sozialen Umfelds wurden Sorgen über Übergriffe und Gewalt, über den Verlust nahestehender Personen und über zwischenmenschliche Konflikte benannt. Gesundheitssorgen bezogen sich auf verschiedene physische Erkrankungen sowie psychische Probleme. Die Sorgen waren dabei sowohl auf epidemiologische Entwicklungen als auch auf individuelle Betroffenheit gerichtet. Bei selbstbezogenen Sorgen wurden regelmäßig befürchtete Folgen der eigenen psychischen Probleme für die Zukunft berichtet. Die Gesundheit Nahestehender war ebenfalls Quelle von Sorgen. Probleme in Bildung und Beruf bezogen sich auf aktuelle Probleme, beispielsweise auf Druck im schulischen oder beruflichen Kontext oder Probleme mit Mitschüler:innen, aber auch auf Zukunftsperspektiven wie Berufsaussichten oder auf generelle Kritik am Schulsystem. Ebenso wurden wirtschaftliche Sorgen sowohl selbstbezogen als auch gesellschaftspolitisch berichtet. So gaben Jugendliche an, sich über die Vermögensaufteilung, Inflation und Wirtschaftskrise und deren gesellschaftliche Folgen zu sorgen. Katastrophen und Umweltprobleme umfassten die Bedrohung durch akute Katastrophen wie einen Blackout, Tsunami oder Vulkanausbrüche, sowie den Klimawandel und Wasser- und Nahrungsmittelknappheit. Umweltverschmutzung beschäftigte manche Jugendliche ebenso. Manche Jugendliche berichteten von allgemeiner Angst um die eigene Zukunft oder von Dystopie und Weltschmerz.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass verschiedene Krisen im Leben junger Menschen präsent sind und das Potenzial haben, mit deren psychischer Gesundheit zu interagieren. Neben der Zurverfügungstellung psychosozialer Unterstützung ist ein wichtiger Schritt zum Schutz psychischer Gesundheit von Kindern und Jugendlichen das adäquate Adressieren der Krisen. Der große Anteil von Befragten, die zusätzlich zu den strukturiert erfassten Krisen Sorgen über gesellschaftspolitische Entwicklungen äußerten, zeigt die Vielfalt der gesellschaftlichen Themen, die bedeutsam für die Kinder und Jugendlichen sind.

