

Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und
des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autor:

Sophie Sagerschnig
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Daniela Kern

Projektassistenz:

Matea Mijic

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen / des Autors und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im Mai 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Konsumentenschutz und Pflege
und des Dachverbands der Sozialversicherungsträger

Zitervorschlag: Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela (2023):
Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche,
Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5321

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel
(SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“, sowie zu den Unterzielen 3.4, 3.5 und 3.8.

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung

Im Jahr 2014 erfüllte gemäß der Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT-Studie) rund ein Fünftel der 10- bis 18-Jährigen die Diagnosekriterien gemäß DSM-5 für zumindest eine psychische Erkrankung (Punktprävalenz), und rund 13 Prozent sollten aufgrund deren Schweregrads unbedingt eine professionelle Behandlung erhalten (Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2018). Allerdings wurde knapp die Hälfte der in der MHAT-Studie solchermaßen identifizierten Jugendlichen bisher nirgends wegen einer einschlägigen Erkrankung vorstellig und suchte keine adäquate Behandlung auf (Fliedl et al. 2020). Zusätzlich sind seit Beginn der COVID-19-Krise steigende psychosoziale Belastungen in der gesamten Bevölkerung sowohl in der klinischen Praxis und in Studien als auch in dem durch das BMSGPK initiierten Monitoring der psychosozialen Gesundheit erkennbar, wobei Kinder und Jugendliche zu den psychisch am stärksten betroffenen Gruppen gehören.

Eine zentrale Herausforderung ist hier der schnelle und niedrigschwellige Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten. Ziel der vorliegenden Arbeit, die vom BMSGPK gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger in Auftrag gegeben wurde, ist es, idealtypische Zugangswege für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung ihrer Lebensrealitäten (z. B. Schule, Familie) zu definieren. Kinder und Jugendliche bzw. ihre Angehörigen sollen darin unterstützt werden, so schnell und mit so geringem Aufwand wie möglich an den „best point of service“ zu gelangen.

Methoden

Neben der Analyse von Daten der Sozialversicherung zur bisherigen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen und Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen wurden eine Fokusgruppe mit Expertinnen und Experten sowie qualitative Interviews mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zur Erfassung des Status quo der Zugangswege und der psychosozialen Versorgung durchgeführt. Im Fokus der qualitativen Erhebung standen hilfreiche bzw. erschwerende Faktoren und mögliche Verbesserungspotenziale. Parallel dazu wurden ausgewählte Modelle der aktuellen psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen recherchiert und anhand ihrer Stärken und Schwächen analysiert. Die aus den vorhergehenden Arbeitsschritten abgeleiteten Erkenntnisse waren die Grundlage für die Entwicklung eines idealtypischen Zugangsmodells.

Ergebnisse der Interviews

Auf Basis der durchgeführten Interviews mit Fachexpertinnen/Fachexperten, Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern zeigte sich, dass Stigma nach wie vor eine Hemmschwelle für den Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten darstellt. Weiters wurde deutlich, dass das mangelnde Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten das

Ankommen im Hilffsystem beträchtlich verzögert. Wenn es schließlich doch zu einer Kontaktaufnahme mit dem Hilffsystem kommt, ist die Qualität des Erstkontakts von zentraler Bedeutung für den weiteren Behandlungsverlauf. Es sollten so rasch wie möglich entsprechende Behandlungsangebote eingesetzt werden, sonst besteht die Gefahr, die Kinder und Jugendlichen wieder zu verlieren. Das Versorgungssystem ist insgesamt noch zu wenig flexibel und zu wenig auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet.

Weiters wurde deutlich, dass Kindergarten und Schule ein zentraler Ansatzpunkt für (mentale) Gesundheitsförderung und die Vermittlung entsprechender Gesundheitskompetenz werden müssen. Das bedeutet auch, dass das dortige Personal im Rahmen der Ausbildung oder von Fortbildungen dazu befähigt werden muss, psychische Probleme zu erkennen und anzusprechen.

Modellentwicklung/Empfehlungen

Zentrale Drehscheibe des empfohlenen Modells sind die zahlenmäßig aufzustockenden und an die Bedürfnisse auch von Jugendlichen anzupassenden multiprofessionellen Einrichtungen (Beratungsstellen/Ambulatorien). Diese One-Stop-Shops können entweder direkt aufgesucht werden oder via Vermittlung über Hotlines, den schulischen/außerschulischen, den niedergelassenen und den stationären Bereich oder auch online per Chat erreicht werden. Wer nicht in diesen Stellen beraten oder behandelt wird, wird in der Systemnavigation unterstützt und qualifiziert an den niedergelassenen oder stationären Bereich oder an weitere psychosoziale Angebote weitervermittelt. Nachholbedarf besteht bei den meisten bereits existierenden multiprofessionellen Angeboten in der Bedürfnisorientierung (Öffnungszeiten, Möglichkeit mit Freundinnen und Freunden zu kommen ...) und Niedrigschwelligkeit (Beratung ohne e-card, Chatberatung ...) und natürlich in der zahlenmäßigen Verfügbarkeit.

Abgesehen von Ausbau und Adaption im Bereich der multiprofessionellen Angebote werden in folgenden Bereichen Handlungsnotwendigkeiten gesehen:

- » Ausbau der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie, klinisch-psychologischer Behandlung, kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sowie Home-Treatment
- » Ausbau der schulischen Unterstützungssysteme
- » Ausbau von Telefon- und Chatberatung
- » Kompetenzsteigerung bei Fachleuten
- » Erhöhung der psychosozialen Gesundheitskompetenz in der Gesamtgesellschaft
- » Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen

Schlüsselwörter

psychosoziale Versorgung, Kinder und Jugendliche, Psychotherapie, multiprofessionell, Zugang

Summary

Background

In 2014, according to the Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) study, about one-fifth of 10–18 year olds met the DSM-5 diagnostic criteria for at least one mental condition (point prevalence) and about 13 percent should definitely receive professional treatment due to the severity (Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2018). However, just less than half of the adolescents with a disorder identified in the MHAT study have not been presented anywhere for the disorder and have not sought adequate treatment (Fliedl et al. 2020). Additionally, since the onset of the COVID-19 crisis, rising rates of psychosocial distress across the population have been evident in both clinical practice, studies, and mental health monitoring initiated by the BMSGPK, with children and adolescents among the most psychologically affected groups.

A central challenge is the fast and low-threshold access to psychosocial support services. The aim of the present work, which was commissioned by the BMSGPK together with the umbrella organisation of social insurance, is to define ideal-typical access paths for children and adolescents, taking into account their life realities (e.g. school, family). Children and adolescents or their relatives should be supported in reaching the “best point of service” as quickly and with as little effort as possible.

Methods

In addition to the analysis of social insurance data on the previous utilisation of psychotherapeutic services and diagnostics services in children and adolescents by clinical psychologists, a focus group with experts and qualitative interviews with patients and relatives were conducted to assess the status quo of access pathways to psychosocial care. The qualitative interviews focused on helping and hindering factors as well as potentials for improvement. In parallel, selected models of current psychosocial care for children and adolescents were researched and analysed according to their strengths and weaknesses. The findings derived from these work steps were the basis for the development of an ideal-typical access model.

Results of the interviews

On the basis of the interviews conducted with experts, children and adolescents as well as their parents, it became evident that stigma continues to be a barrier to accessing psychosocial support services. Furthermore, it became clear that the lack of knowledge about mental illnesses and their treatment options considerably delays the arrival in the help system. If contact is finally made with the help system, the quality of the initial contact is of central importance for the further course of treatment. Appropriate treatment offers should be made as quickly as possible, otherwise there is a risk of losing the children and adolescents again. The care system as a whole is still not flexible enough and not geared enough to the needs of the children and adolescents.

Furthermore, it became clear that kindergarten and school must be a key starting point for (mental) health promotion and the teaching of appropriate health literacy. This also means that staff in kindergartens and schools must be enabled to recognise and address mental health problems as part of their training or continuing education.

Model development/recommendations

The central hub of the proposed model is the multiprofessional services (counselling centres/ambulatories), which should be increased in number and adapted to the needs of adolescents as well. These one-stop shops can either be accessed directly or via referral via hotlines, the school/out-of-school, the outpatient and the inpatient sector, or online via chat. Those who do not receive counselling or treatment at these centres receive support in navigating through the system and qualified referrals to the inpatient or outpatient sector or to other psychosocial services. Most of the already existing multi-professional services need to catch up in terms of need orientation (opening hours, possibility to come with friends ...) and low-threshold (counselling without e-card; chat counselling ...) and of course in terms of availability.

Apart from expansion and adaptation in the area of multiprofessional services, the need for action is seen in the following areas:

- » Expansion of the provision of services in kind with psychotherapy, clinical-psychological treatment and child and adolescent psychiatric treatment as well as home treatment
- » Expansion of school support systems
- » Expansion of telephone and chat counselling
- » Increasing the competence of professionals
- » Increasing psychosocial health literacy in society as a whole
- » destigmatisation of mental illness

Keywords

psychosocial care, children and adolescents, psychotherapy, multiprofessional, access

Inhalt

Kurzfassung	III
Summary	V
Abbildungen.....	IX
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
2 Aufgaben/Ziele und Nichtziele des Projekts	3
2.1 Aufgaben/Ziele	3
2.2 Nichtziele	3
3 Projektdesign/Methoden.....	4
3.1 Analyse von Daten der Sozialversicherung.....	4
3.2 Durchführung von Einzelinterviews sowie einer Fokusgruppe mit Expertinnen und Experten aus der Praxis	5
3.3 Durchführung von Einzelinterviews mit Kindern und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und deren Eltern	5
3.4 Analyse ausgewählter derzeitiger Versorgungsmodelle der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	7
4 Ausgangslage: Organisation der extramuralen psychosozialen Versorgung in Österreich	8
4.1 Multiprofessionelle Versorgung im Rahmen von Institutionen	8
4.2 Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie durch Ärztinnen und Ärzte mit PSY III	9
4.3 Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.....	10
4.4 Versorgung durch niedergelassene Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen.....	12
5 Ergebnisse der Ist-Analyse	15
5.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertungen	15
5.2 Ergebnisse der Fokusgruppe/Experteninterviews.....	19
5.2.1 Erkennen des Problems und „typische Zuweiser:innen“.....	20
5.2.2 Typische Zugänge zu psychosozialen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen	21
5.2.3 Problemfelder und Hemmschwellen beim Zugang zu psychosozialer Unterstützung	22
5.2.4 Was würden die Familien brauchen, um rascher zur passenden Unterstützung zu kommen?	25
5.2.5 Vernetzung und Kooperation.....	26
5.3 Ergebnisse der Interviews mit Betroffenen	26
5.3.1 Erkennen des Problems und anschließender Behandlungspfad	26
5.3.2 Hilfreiche Faktoren und Angebote	27
5.3.3 Schwierige Faktoren und Rahmenbedingungen	28
5.3.4 Verbesserungsbedarf	30
5.4 Schlussfolgerungen und Fazit.....	33
6 Ergebnisse: Die untersuchten Modelle psychosozialer Versorgung.....	38

6.1	Ausgewählte Modelle der multiprofessionellen Versorgung.....	38
6.1.1	Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste	38
6.1.2	Früherkennungs- und Therapiezentrum SoulSpace Berlin	40
6.1.3	@ease (Niederlande).....	41
6.2	Zugangsmodelle für psychotherapeutische Versorgung	42
6.2.1	Deutsches Psychotherapiemodell.....	42
6.2.2	Ausgewählte österreichische Psychotherapiemodelle	44
6.3	Gesund aus der Krise	46
6.4	Wir stärken Stärken.....	49
7	Empfehlungen und Modellentwicklung	52
7.1	Empfehlungen für den verbesserten Zugang von Kindern und Jugendlichen zu psychosozialer Unterstützung	53
7.1.1	Multiprofessionelle Einrichtungen.....	53
7.1.2	Telefon-/Chatberatung	54
7.1.3	Niedergelassener Bereich	54
7.1.4	Neue Ansätze seit der Coronapandemie.....	54
7.1.5	Schulische Unterstützungssysteme	55
7.1.6	Offene Jugendarbeit	55
7.2	Modell für einen verbesserten Zugang.....	55
7.2.1	Use-Case 1: Elternteil mit jungem Sohn.....	57
7.2.2	Use-Case 2: Mutter mit 15-jähriger Tochter.....	58
7.2.3	Use-Case 3: 15-jähriger Jugendlicher	58
7.2.4	Use-Case 4: 15-jährige Jugendliche kommt mit Freundin (ohne Wissen der Eltern)	59
8	Diskussion und Ausblick.....	60
	Quellen und Literatur.....	61

Abbildungen

Abbildung 5.1: Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bzw. Ärztinnen/Ärzten psychotherapeutische Leistungen in den Jahren 2012 bzw. 2018 erhielten	16
Abbildung 5.2: Geschlechterverteilung.....	17
Abbildung 5.3: Altersverteilung der Patientinnen/Patienten in Prozent	17
Abbildung 5.4: Leistungsumfang pro Patient:in nach Berufsgruppe	18
Abbildung 5.5: Diskussionsgrundlage: Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialer Unterstützung.....	20
Abbildung 7.1: Zugangsmodell und damit verbundene Pfade	57

Tabellen

Tabelle 4.1: Anzahl eingetragener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	12
Tabelle 4.2: Anzahl Klinischer Psychologinnen bzw. Klinischer Psychologen mit Spezialisierung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie*.....	14
Tabelle 6.1: Empfehlungen betreffend Standards für KJP-Ambulatorien.....	38

Abkürzungen

ÄAVE	ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
Abs.	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung
AIHTA	Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
bOJA	bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
Bsp.	Beispiel
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DSM-IV/DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Version IV bzw. 5)
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
etc.	et cetera
ev.	eventuell
EW	Einwohner:innen
GAF	Global Assessment of Functioning / Globale Erfassung des Funktionsniveau
Ges.f.P.V.T.	Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols
ggf.	gegebenenfalls
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
HPE	Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter

ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10
ifs	Institut für Sozialdienste gemeinnützige GmbH (Vorarlberg)
IHS	Institut für Höhere Studien
KOST	Koordinierungsstelle(n) Ausbildung bis 18
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
KP	Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen
LEICON	Leistungscontrolling der Sozialversicherungsträger
MHAT	Mental Health in Austrian Teenagers
MW	Mittelwert
o. Ä.	oder Ähnliches
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
OJA	Offene Jugendarbeit
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
p. M.	persönliche Mitteilung
PSD	Psychosozialer Dienst
PT	Psychotherapie
PV	Primärversorgung
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TCM	traditionelle chinesische Medizin
u. a.	unter anderem
UN	United Nations / Vereinte Nationen
v. a.	vor allem

VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation)
WPV	Wiener Psychoanalytische Vereinigung
Z	Ziffer
ZSG	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Einleitung

In den Jahren 2013–2015 wurde „die erste und einzige repräsentative epidemiologische Studie zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen zwischen 10 und 18 Jahren in Österreich namens „Mental Health in Austrian Teenagers“ (MHAT) durchgeführt (Wagner et al. 2017; Zeiler et al. 2018). Dabei handelte es sich um eine umfangreiche und repräsentative Studie, welche die Prävalenz verschiedener Indikationen erhob. Laut Zeiler et al. (2018) erfüllte auf Basis der MHAT-Studie im Jahr 2014 rund ein Fünftel der 10- bis 18-Jährigen die Diagnosekriterien gemäß DSM-5 für zumindest eine psychische Erkrankung (Punktprävalenz), und rund 13 Prozent sollten aufgrund deren Schweregrads (GAF-Wert unter 70) unbedingt eine professionelle Behandlung erhalten. Allerdings kamen Fliedl et al. (2020) auf Basis der Daten der MHAT-Studie für Kinder und Jugendliche sechs Jahre später zu folgendem Schluss: „Da durchschnittlich über alle Diagnosen knapp die Hälfte der in der MHAT-Studie identifizierten Jugendlichen mit einer Erkrankung bisher nirgends wegen dieser vorstellig wurden und keine adäquate Behandlung aufgesucht haben, besteht hier eine hohe Dunkelziffer zu behandelnder Betroffener.“

Am 13. 5 2020 wandte sich UN-Generalsekretär António Guterres in einer Videobotschaft bezüglich der psychischen Probleme infolge der COVID-19-Krise an die Öffentlichkeit. Er warnte dabei davor, dass, selbst wenn das Virus unter Kontrolle sei, die psychischen Folgen Menschen und Gemeinschaften weiterhin beeinträchtigen würden. Im Verlauf der COVID-19-Pandemie und auch in ihrem Gefolge zeigten sich dann sowohl im klinischen Alltag als auch in Studien sowie in dem vom BMSGPK initiierten Monitoring der psychosozialen Gesundheit vielfältige psychosoziale Belastungen in der gesamten Bevölkerung, wobei Kinder und Jugendliche generell zu den psychisch am stärksten betroffenen Gruppen gehörten.

Nationale und internationale Studien (Schlack et al. 2020) zeigen bei ihnen erhöhte Werte in Angst- und Depressionsskalen. Die Inanspruchnahmezahlen von Angeboten wie Rat auf Draht, aber auch die Inanspruchnahme der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie nahmen seit Beginn der Coronapandemie beträchtlich zu. Kinder spüren nicht nur die Ängste und Sorgen der Erwachsenen (Zukunftsängste und Einschnitte in der Lebensplanung bei Bezugspersonen werden von Kindern verstärkt wahrgenommen), auch die Kindergarten- und Schulschließungen und damit der Verlust der gewohnten Tagesstruktur, die damit verbundenen Kontaktabbrüche und das lange Distance-Learning führten zu erheblichen Herausforderungen für betroffene Kinder/Jugendliche und deren Familien (Schober et al. 2021). Räumliche Enge und fehlende Ausweichmöglichkeiten stellten in dieser Situation eine besondere Erschwernis dar, zumal Kinder besonders von Wohnungsenge betroffen sind – abhängig vom Alter der Kinder sind es zwischen 17 und 24 Prozent. Sozioökonomisch benachteiligte Gruppen sind generell besonders von der Krise betroffen. Vielfach sind Menschen mit geringeren sozialen und finanziellen Ressourcen oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen deutlich weniger in der Lage, die in der aktuellen Situation bestehenden Einschränkungen abzufedern. Kinder, die in einem sozioökonomisch benachteiligten Umfeld aufwachsen, gelten somit als besonders vulnerabel, desgleichen Kinder/Jugendliche mit psychischen Vorerkrankungen wie ADHS sowie Kinder/Jugendliche mit chronischen Erkrankungen und solche mit erhöhtem Förderbedarf.

Studien zu früheren Krisen zeigen auch, dass der Peak der psychosozialen Belastungen und Belastungsreaktionen erst beim Abflauen der physischen Bedrohung (der Infektionszahlen) erreicht wird. Auch wirtschaftliche Folgen für die:den Einzelnen treten in vielen Fällen erst verspätet auf (Kreditstundungen, Arbeitslosigkeit, Rezession ...). Mittlerweile sind zur abklingenden Pandemie mit dem Russisch-Ukrainischen Krieg und der damit verbundenen Teuerungswelle sowie den immer sichtbarer werdenden Folgen des Klimawandels neue Belastungsfaktoren in Europa hinzugekommen.

Eine zentrale Herausforderung ist daher der schnelle und niedrighschwellige Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten. Frühere Arbeiten der GÖG betreffend den Erwachsenenbereich (Sagerschnig et al. 2018) zeigten, dass es für Hilfesuchende oft ein sehr beschwerlicher und langer Weg ist, bis sie zu den für sie passenden Angeboten kommen, und dass entsprechende Clearingangebote (wie sie im Konzept der „gesamthaften Lösung“ (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019) vorgesehen sind) hierbei sehr helfen könnten.

Die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist – im Vergleich zu jener von Erwachsenen – von einer besonders großen Komplexität der bestehenden Versorgungsstrukturen geprägt. Denn in diesem Bereich sind nicht nur Leistungsanbieter:innen des Gesundheits- und Sozialsystems an der Versorgung beteiligt, sondern auch Strukturen der Kinder- und Jugendhilfe und des Bildungssystems (Schule, Kindergarten) (Kern/Sagerschnig 2017).

Das von der GÖG erarbeitete „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019) sieht ein aus den besten Elementen bereits vorhandener Modelle zusammengesetztes „Puzzlemodell“ für den Zugang zur Sachleistungsversorgung in der Psychotherapie vor. Das Konzept beschreibt mögliche Zugänge zum psychosozialen Hilfsspektrum allerdings nur **für Erwachsene**. Für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen haben sich jedoch andere Zugangs-, Zuweisungs- und Weitervermittlungswege etabliert, sodass für ihren Zugang zur psychosozialen Versorgung ein eigenes Modell entwickelt werden sollte.

2 Aufgaben/Ziele und Nichtziele des Projekts

2.1 Aufgaben/Ziele

Ziel des gegenständlichen Projekts ist es nun, analog zum vorliegenden Modell für Erwachsene, idealtypische Zugangswege zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung ihrer Lebensrealitäten (z. B. Schule, Familie) zu definieren.

Folgende **Prämissen** gelten für die Entwicklung bzw. Erweiterung des Konzepts:

- » Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige sollen darin unterstützt werden, so schnell und mit so geringem Aufwand wie möglich an den „best point of service“ zu gelangen.
- » Soweit möglich, soll das Konzept auf den bestehenden Modellen der psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche bzw. auf bisherigen Zugangswegen aufbauen.
- » Stärken der bestehenden Modelle sollen genutzt und deren Hürden/Schwächen abgebaut bzw. vermieden werden.

Es sollte versucht werden, das Konzept aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten zu denken und zu entwickeln. Basis dafür sind die Ergebnisse der durchgeführten Interviews mit Kindern, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und Eltern. Deren Bedürfnisse und Anliegen in Hinblick auf den Zugang zur Versorgung werden mit den beschriebenen Vorteilen ausgewählter bereits existierender Modelle der psychosozialen Versorgung gekoppelt, woraus ein „Idealmodell“ skizziert wird.

2.2 Nichtziele

Die psychosoziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen war in den letzten Jahren zunehmend Thema der österreichischen Gesundheitspolitik. So äußerten Expertinnen und Experten bzw. Organisationen medial bzw. über parlamentarische Anfragen vermehrt Bedenken bezüglich der Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen – vor allem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde daher im Jahr 2017 als Maßnahme in den Zielsteuerungsvertrag aufgenommen (vgl. ZSG, strat. Ziel 1, operat. Ziel 4: „Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen“). Seither finden laufende Arbeiten zu diesem Thema statt. Die Lösung des Fachärztemangels in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Erörterung der Frage der Bedarfsgerechtigkeit der vorhandenen Angebote waren nicht explizites Ziel dieses Projekts und würden den Rahmen des Auftrags sprengen.

3 Projektdesign/Methoden

Um einen möglichst breiten Einblick in das derzeitige psychosoziale Versorgungssystem für Kinder und Jugendliche sowie in die unterschiedlichen Zugangswege dazu mit ihren Stärken und Schwächen zu bekommen, wurden mehrere Arbeitsschritte durchgeführt:

3.1 Analyse von Daten der Sozialversicherung

Bisher konnten valide Vergleiche zwischen den Bundesländern im Bereich der Kinder- und Jugendversorgung nur eingeschränkt angestellt werden. Dies ist vor allem auf die verschiedenen Versorgungslösungen der Sozialversicherungsträger in den unterschiedlichen Therapiebereichen (z. B. Verträge mit Therapeutinnen und Therapeuten, Verträge mit Ambulatorien, die pauschal bezahlt werden) zurückzuführen.

Im Rahmen des Standardprodukts LEICON der Sozialversicherung konnte eine weitestgehend vollständige Datenbasis zur Beantwortung von Versorgungsfragestellungen in den Bereichen funktionelle Therapien und Therapien psychischer Erkrankungen sowie klinisch-psychologische Diagnostik von Kindern und Jugendlichen zwischen null und 20 Jahren zusammengestellt werden.

Für das gegenständliche Projekt wurden die Abrechnungsdaten der Jahre 2012-2018 der damals größten Krankenversicherungsträger Österreichs (neun Gebietskrankenkassen, VAEB, BVA, SVA, SVB) für Kinder und Jugendliche in den Bereichen **Psychotherapie** durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Ärztinnen und Ärzte (jeweils Vertragspartner:innen und Wahlpartner:innen) und **klinisch-psychologische Diagnostik** analysiert. Ziel war es dabei, herauszufinden, *wo* derzeit vorrangig Leistungen in Anspruch genommen werden. Die Ergebnisse sind in Kap. 5.1 dargestellt.

Patientinnen und Patienten, die Leistungen in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen erhielten, konnten nur zum Teil in die Auswertung miteinbezogen werden, da die Abrechnung der in Ambulatorien erbrachten Leistungen mehrheitlich durch Pauschalen geregelt wird. In diesen Fällen liegt keine Information zur Art der Behandlung vor. Jene Bundesländer, in denen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen großteils über berufsgruppenübergreifende Einrichtungen stattfindet, sind daher tendenziell unterrepräsentiert.

Bezogen auf Patient:innen Leistungen in einem Ambulatorium, die einem Leistungsbereich zugeteilt werden konnten, wurde er:sie in der entsprechenden Zuordnung gezählt und nicht in der „Sammelkategorie“ Patientinnen oder Patienten in einer berufsgruppenübergreifenden Einrichtung. Diese Leistungen sind daher miteinbezogen.

Einschränkungen der Datenqualität sind im Abschlussbericht des LEICON-Projekts festgehalten. Beispielsweise konnten Kostenerstattungen der bundesweiten Sozialversicherungsträger (mit Ausnahme der Kostenerstattungen der SVB) nicht in die Datenbasis eingearbeitet werden, daher ist der Wahlbereich der bundesweiten Träger in den Daten unterrepräsentiert (Grün et al. 2017).

3.2 Durchführung von Einzelinterviews sowie einer Fokusgruppe mit Expertinnen und Experten aus der Praxis

Die Einbindung von Expertinnen und Experten aus der Praxis hatte das Ziel, Informationen zum Ist-Stand des derzeitigen Zugangs zu Versorgungsleistungen zu erhalten sowie bestehende Problemlagen zu identifizieren und mögliche künftige Zugangswege zu diskutieren.

In einem ersten Schritt wurden drei Onlineinterviews mit Klinischen Psychologinnen und/oder Psychotherapeutinnen, die in freier Praxis und/oder in Institutionen (Die Boje, Child Guidance Clinic, WPV-Ambulanz, Die Möwe, AKH Wien) mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, durchgeführt. In einem nächsten Schritt wurde eine Fokusgruppe – ebenfalls online – abgehalten, an der Vertreter:innen folgender Institutionen teilnahmen:

- » Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit
- » Verein Achterbahn – unabhängige Peerbewegung für psychische Gesundheit
- » bundesweites Netzwerk Offene Jugendarbeit (bOJA)
- » HPE Österreich – Hilfe für Angehörige und Freunde psychisch Erkrankter
- » Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)
- » Volkshilfe Wien
- » Jobcoaching Burgenland
- » Rat auf Draht
- » Zentrum für Entwicklungsförderung Wien
- » Die Möwe – Kinderschutzzentrum
- » BMBWF, Schulpsychologie
- » Ambulatorium Rettet das Kind Burgenland

Sowohl die Einzelinterviews als auch die Fokusgruppe wurden leitfadengestützt durchgeführt, die Antworten wurden nach den einzelnen Leitfragen ausgewertet, zusammengefasst und analysiert.

3.3 Durchführung von Einzelinterviews mit Kindern und Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und deren Eltern

Leitthemen der Interviews mit Betroffenen waren ihre persönlichen Erfahrungen beim Zugang zu psychosozialen Hilfsangeboten, hilfreiche sowie erschwerende Faktoren in diesem Prozess sowie gesehene Verbesserungspotenziale. Es wurden wieder halbstrukturierte leitfadengestützte Interviews durchgeführt, die in der Folge nach den Leitfragen zusammengefasst und analysiert wurden.

Die Rekrutierung der Teilnehmer:innen erfolgte über Vermittlung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weiteren Fachexpertinnen, über persönliche Ansprache vor Ort (im KJP-Ambulatorium Oberwart) sowie über den erweiterten Bekanntenkreis der Teammitglieder.

Insgesamt wurden **20 Interviews** geführt, die online (n = 12), telefonisch (n = 1) oder persönlich (n = 7) im Zeitraum Dezember 2021 bis Mai 2022 stattfanden und deren Dauer zwischen 15 Minuten und 1,5 Stunden variierte.

Die Stichprobe setzte sich folgendermaßen zusammen:

- » zwei Jugendliche
- » drei junge Erwachsene
- » vier Erwachsene mit Beginn der Erkrankung in der Kindheit
- » drei Mütter und drei Jugendliche gemeinsam
- » sieben Eltern (sechsmal sechs Mütter und ein Elternpaar)
- » eine WG-Bezugsbetreuerin eines Jugendlichen

Die interviewten Personen waren großteils weiblich, nur einer der Jugendlichen und ein Elternteil waren männlich. In den Fällen, in denen die Bezugspersonen (Eltern und Betreuerin) befragt wurden, waren die betroffenen Kinder und Jugendlichen teils weiblich (n = 3), teils männlich (n = 5), und ihr Alter variierte zwischen Vorschul- und Jugendalter.

Die Erhebung weist aufgrund ihres Designs einige Limitationen auf:

- » Es erfolgte keine Zufallsziehung der Stichprobe, sondern eine freiwillige Kontaktaufnahme der Interessierten mit dem Interviewteam bzw. eine aktive Ansprache der Interviewpartner:innen, daher ist die Stichprobe nur begrenzt repräsentativ.
- » Es erwies sich zudem als sehr schwierig, Interviewpartner:innen zu finden, was neben dem sensiblen Thema vermutlich auch mit den zum damaligen Zeitpunkt vorherrschenden Coronabeschränkungen zusammenhängt. Infolgedessen war es auch nicht möglich, eine bezüglich des Geschlechts ausgeglichene Stichprobe zu erhalten. Spezifische Zugangswege bzw. Probleme/Hemmnisse für männliche Kinder und Jugendliche sind dadurch ev. nicht (genügend) abgebildet, da sie in der Stichprobe stark unterrepräsentiert sind.
- » Auch umfasst die Stichprobe nicht Teilnehmer:innen aus allen Bundesländern: Wien und das Burgenland sind überrepräsentiert, während es keine Interviewpartner:innen aus den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg gab.
- » Zudem ist ein Extremgruppeneffekt nicht auszuschließen: Es ist möglich, dass sich vorwiegend jene Personen gemeldet haben, die mit ihrer Versorgung besonders zufrieden oder besonders unzufrieden waren. Darüber hinaus haben sich möglicherweise insbesondere Personen gemeldet, die einen besonders hohen Redebedarf bezüglich ihrer Erkrankung und Versorgung hatten, weil sie sich durch das einstündige Interview einen Entlastungseffekt erhofften, bzw. jene Personen, die ihre Situation schon sehr stark bearbeitet und reflektiert hatten.
- » In Hinblick auf das Antwortverhalten der Befragten ist des Weiteren auch der Einfluss sozialer Erwünschtheit nicht auszuschließen.

3.4 Analyse ausgewählter derzeitiger Versorgungsmodelle der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Folgende vom Projektteam gemeinsam mit den Auftraggebern ausgewählte Good-Practice-Modelle der psychosozialen Versorgung wurden mittels Telefoninterviews, Literatur- und Internetrecherchen untersucht und für den vorliegenden Bericht bezüglich ihrer Stärken und Schwächen zusammenfassend aufbereitet:

- » KJP-Ambulatorien
- » Psychotherapiemodelle: deutsches PT-Modell, Clearingstelle für Psychotherapie NÖ, Clearingstelle Vorarlberg, Tiroler PT-Modell
- » Projekt: Gesund aus der Krise
- » Projekt: Wir stärken Stärken
- » Soulspace (Berlin)
- » @ease (Niederlande)

4 Ausgangslage: Organisation der extramuralen psychosozialen Versorgung in Österreich

4.1 Multiprofessionelle Versorgung im Rahmen von Institutionen

Psychotherapeutische und klinisch-psychologische Leistungen werden bei Kindern und Jugendlichen – im Unterschied zu solchen für Erwachsene – häufig im Rahmen von Institutionen erbracht bzw. finanziert. Eine besondere Rolle spielen dabei **Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Ambulatorien und spezielle psychosoziale Beratungseinrichtungen**. Laut ÖSG 2017 soll pro 250.000 Einwohner:innen eine ambulante multiprofessionelle Einrichtung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen bzw. Erkrankungen bestehen. Ziel ist es, eine multidisziplinäre Versorgung aller psychisch kranken bzw. stark belasteten Kinder und Jugendlichen unabhängig von deren sozialem Status durch ein flächendeckendes, abgestuftes und kostenfreies ambulantes Versorgungsangebot inkl. fachärztlicher Betreuung, getragen von Vertragsinstituten, bereitzustellen (vgl. BMASGK 2019, S. 46).

In der Regel werden in diesen Einrichtungen folgende Leistungen vorgehalten:

- » Diagnostik (fachärztlich, psychologisch)
- » Therapie (zumindest fachärztliche Therapie, Psychotherapie)
- » Beratung
- » aktive Familienarbeit
- » Krisenmanagement
- » Konsiliar-/Liaisonversorgung (CL-Dienst) der Einrichtungen im Sozialbereich bzw. der Kinder- und Jugendhilfe
- » Vernetzungstätigkeit

Relevant für die psychosoziale Versorgung sind darüber hinaus **spezielle Kriseneinrichtungen für Kinder und Jugendliche**, die in jedem Bundesland vorhanden sind (z. B. Krisenzentren, Kinderschutzzentren). Sie sind Anlaufstellen für Kinder und Jugendliche, die sich in unterschiedlichen Not- und Krisensituationen befinden. Die Familien- und/oder Bezugssysteme werden dort in die Versorgung der Kinder und Jugendlichen immer eingebunden. Diese Einrichtungen bieten in der Regel Krisenintervention, Diagnostik, kinderneuropsychiatrische Behandlung, Kurzzeittherapie, Gruppentherapie und Arbeit mit Eltern bzw. Bezugspersonen an (Grabenhofer–Eggerth et al. 2022).

Darüber hinaus bestehen im entwicklungs- und sozialpädiatrischen Bereich interdisziplinäre und multiprofessionelle Einrichtungen zur Diagnostik, Beratung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten. **Entwicklungs- und sozialpädiatrische Einrichtungen** bieten in der Regel ein multiprofessionelles Leistungsspektrum an, bestehend aus funktionell-therapeutischen, psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten sowie psychologischer und fachärztlicher Diagnostik. Der Anteil der

Kinder und Jugendlichen mit psychosozialen bzw. sozioökonomischen Belastungsfaktoren ist hoch. Entwicklungs- und sozialpädiatrische Einrichtungen sind daher auch als Bestandteil der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu betrachten. Die Zielgruppe sind meist 0- bis 18-jährige Personen, teilweise bestehen Einschränkungen auf Subgruppen, vielfach werden im Sinne der Transitionsbehandlung bei Bedarf auch Personen, die älter als 18 Jahre sind, behandelt (BMSGPK 2021).

4.2 Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater:innen sowie durch Ärztinnen und Ärzte mit PSY III

Im Jahr 2008 wurden erstmals die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffende Bestimmungen in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMSGK 2019) integriert, es handelt sich also um einen relativ jungen medizinischen Fachbereich. Die Planungsgrundlagen im ÖSG sind eine Richtschnur für den Auf- und Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl hinsichtlich Verbesserungen in der Versorgung wie auch bezüglich der Anhebung der Zahl von Fachärztinnen und Fachärzten in diesem Bereich. Letzteres ist eine Voraussetzung für den längerfristig geplanten Ausbau der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Der Umsetzungsstand ist in Österreich noch ausbaufähig und variiert je nach Region.

Hinsichtlich des Bedarfs an kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten bzw. Versorgungsstrukturen sind im ÖSG Bedarfsrichtwerte sowohl für den ambulanten Bereich als auch für den stationären Bereich festgelegt. Die Kenngröße für den ambulanten Bereich bilden sogenannte ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE). Diese umfassen sowohl niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte als auch fachärztliche Versorgungseinheiten in Spitalsambulanzen und in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten (vgl. BMSGK 2019, S. 38 f.).

Die Versorgung mit Vertragsärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie war in den letzten zehn Jahren von einer großen Dynamik gekennzeichnet. Im Jahr 2011 gab es österreichweit noch keine Vertragsärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dann begann der Aufbau in Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich. Erst ab dem Jahr 2015 kam es zu einer deutlichen Steigerung, sodass mittlerweile (Stand 2020) österreichweit 32 Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem §-2-Kassenvertrag tätig sind. Von den insgesamt 32 Versorgungsregionen in Österreich gab es mit Stand 2020 immer noch 13 Versorgungsregionen ohne Vertragsfachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zusätzlich sind 51 Wahlärztinnen und Wahlärzte vorhanden. In den Bundesländern Kärnten, Steiermark und Wien ist die Anzahl der Wahlärztinnen und -ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie am höchsten (GÖG-Datenbasis 2020, basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ÖZÄK und Informationen des DVSV zum Vorliegen von Kassenverträgen).

Zusätzlich zu den Fachärztinnen/-ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie stehen für die psychosoziale Versorgung grundsätzlich auch Ärztinnen/Ärzte aus anderen medizinischen Fachbereichen zur Verfügung, die über ein entsprechendes Diplom der Ärztekammer verfügen:

Psychosomatische Medizin (PSY II) oder Psychotherapeutische Medizin (PSY III). In Bezug auf die psychosoziale Versorgung *von Kindern und Jugendlichen* ist es jedoch schwierig zu quantifizieren, wie viele Ärztinnen/Ärzte mit PSY-II- oder PSY-III-Diplom zur Verfügung stehen. Dazu müsste man die entsprechenden Fachrichtungen eingrenzen. Während Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde mit PSY-II- oder PSY-III-Diplom hier selbstverständlich in Betracht kommen, ist es beispielsweise bei Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern mit einschlägigen Diplomen schon schwieriger, deren Versorgungswirksamkeit für Kinder und Jugendliche einzuschätzen.

4.3 Versorgung durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 1991) wurden Psychotherapie und klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Im Bereich Psychotherapie kam es nach langjährigen Verhandlungen zwischen dem HVB (ab 01.01.2020 DVSV) und dem ÖBVP zu keinem Gesamtvertragsabschluss. Auch Einzelverträge mit freiberuflichen PsychotherapeutInnen gibt es nicht.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sieht vor, dass, solange kein Gesamtvertrag in Geltung steht, für die Träger der Krankenversicherung vom DVSV Einzelverträge mit freiberuflich tätigen Psychotherapeutinnen/-therapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden können (99. Bundesgesetz: Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (58. Novelle zum ASVG) 2001). Solche Einzelverträge gibt es derzeit allerdings nicht. Seit dem Jahr 2000 schlossen aber die Krankenversicherungsträger mit psychotherapeutischen Versorgungsvereinen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung. Zusätzlich zu diesen Verträgen existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung. Die Krankenversicherungsträger leisten auf Antrag der Patientinnen/Patienten und nach Bewilligung durch die Krankenkasse Zuschüsse zu den gezahlten Honoraren, differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie; die seit 1992 geltenden Zuschüsse in der Höhe von 21,80 Euro wurden viele Jahre hindurch nicht erhöht. Erst im Jahr 2018 wurde der Zuschuss von den Gebietskrankenkassen auf 28 Euro erhöht (andere Kassen hatten den Zuschuss teilweise schon in den Jahren davor erhöht) und im Jahr 2023 wurde der Zuschuss seitens der ÖGK nochmals auf 31,50 Euro erhöht. Weiters schloss eine Reihe psychosozialer Institutionen Verträge mit Versicherungsträgern ab und kann kostenlos Psychotherapie für ihre Klientinnen und Klienten anbieten. Psychotherapie kann auch in den eigenen Einrichtungen mancher Kassen für die Betroffenen kostenfrei in Anspruch genommen werden. Ein weiteres Angebot sind die von Ärztinnen und Ärzten unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ mit den Sozialversicherungsträgern abgerechneten Therapieeinheiten.

Auf dieser Basis entwickelten sich in den einzelnen Bundesländern ganz unterschiedliche Modelle der psychotherapeutischen Versorgung, siehe Riedel (2015) bzw. Grabenhofer–Eggerth/Sator (2019), denen gemeinsam ist, dass es eine Kontingentierung des Angebots¹ und im Regelfall (teils beträchtliche) Wartezeiten in Bezug auf einen voll kassenfinanzierten Psychotherapieplatz gibt.

Um auf die spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen einzugehen, gab das BMSGPK zwei Richtlinien heraus:

- » Die „Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen auf Grundlage des Gutachtens des Psychotherapiebeirates vom 2. 12. 2014“ empfiehlt die themenspezifischen Inhalte des Propädeutikums und des Fachspezifikums und geht auf die Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich ein. Sie listet auch die Kompetenzen auf, über welche die spezialisierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen sollten (BMSGPK 2014).
- » Die „Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates; zuletzt vom 2. 12. 2014“ regelt unter anderem, wer als Anbieter von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen infrage kommt und in welcher Form die Fort- und Weiterbildung absolviert werden kann (BMSGPK 2014). Ferner werden dort z. B. Mindeststandards für die Inhalte von Weiterbildungscurricula gesetzt und wird die Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie näher erläutert.

Derzeit sind 1.182 Personen als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie beim Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) eingetragen². Dies entspricht rund elf Prozent aller eingetragenen Personen. Von den 1.182 Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sind 81 Prozent weiblich, 19 Prozent männlich. Die Anzahl eingetragener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie pro 10.000 EW variiert auch je nach Bundesland stark (siehe Tabelle 4.1). Da die Eintragung dieser Weiterbildung nicht verpflichtend ist, kann die Gesamtzahl ihrer Absolventinnen und Absolventen jedoch nicht vollständig bestimmt werden. Unklarheit besteht vor allem bezüglich jener Personen, die sich um Nachzertifizierung bemühen müssten, da sie schon vor Inkrafttreten der Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und -therapeuten im gegenständlichen Bereich gearbeitet bzw. dort eine entsprechende Weiterbildung absolviert haben.

¹ Eine Ausnahme bildet hier Niederösterreich, wo für Kinder und Jugendliche keine Kontingentierung besteht.

² <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut/Weiterbildung-in-Kinder--und-Jugendlichenpsychotherapie.html> (abgerufen am 8. 8. 2022)

Tabelle 4.1:

Anzahl eingetragener Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Bundesland	Anzahl	pro 10.000 EW
Wien	442	2,3
Vorarlberg	30	0,8
Tirol	113	1,5
Steiermark	107	0,9
Salzburg	86	1,5
Oberösterreich	159	1,1
Niederösterreich	215	1,3
Kärnten	85	1,5
Burgenland	27	0,9

Quelle: ÖBVP; Darstellung: GÖG

4.4 Versorgung durch niedergelassene Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 1991) wurden Psychotherapie sowie klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Anders als bei der Psychotherapie gibt es bei der klinisch-psychologischen Diagnostik einen Gesamtvertrag zwischen dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV; vormals Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger [HVB]) und dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP).

Der Beruf der Klinischen Psychologin / des Klinischen Psychologen sowie die Ausbildung dazu ist im Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013) geregelt. So werden dort etwa die Voraussetzungen beschrieben, die den Zugang zur postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie (wie auch Gesundheitspsychologie) ermöglichen, wie etwa ein abgeschlossenes Studium der Psychologie, das bestimmte Kriterien erfüllt. Das Gesetz beschreibt auch Tätigkeiten, die unter einen sogenannten Tätigkeitsvorbehalt fallen, das heißt, dass sie ausschließlich Berufsangehörigen der Klinischen Psychologie vorbehalten sind. Unter diese Tätigkeiten fallen gemäß § 22 Abs. 2 Z 1–2 Psychologengesetz die klinisch-psychologische Diagnostik sowie darauf aufbauende klinisch-psychologische Befunde und Gutachten (Psychologengesetz 2013). Die Anwendung klinisch-psychologischer Behandlungsmethoden ist genauso wie die Begleitung Betroffener und deren Angehöriger in Krisensituationen, die klinisch-psychologische Beratung und die klinisch-psychologische Evaluation als Tätigkeitsbereich im Gesetz explizit erwähnt, fällt jedoch nicht unter den oben beschriebenen Tätigkeitsvorbehalt.

Anders als im stationären Setting (Grabenhofer–Eggerth 2012) ist die klinisch-psychologische Versorgung im extramuralen Bereich von der Diskrepanz zwischen der gesetzlichen Befugnis und den Möglichkeiten der Verrechnung mit den Sozialversicherungsträgern geprägt. Während im Psychologengesetz der Tätigkeitsbereich Klinischer Psychologinnen und Klinischer Psychologen breiter gefasst ist, sieht der Gesamtvertrag auf Grundlage von §135 Abs 1 Z 2 ASVG zwischen HVB und BÖP aus dem Jahr 1994 vor, dass lediglich klinisch-psychologische Diagnostik als Kassenleistung abgerechnet werden kann. Zu diesem Zweck werden Vertragspsychologinnen und -psychologen im Rahmen eines bundesweiten Kontingents ausgewählt. Kriterien dafür finden sich im Gesamtvertrag. Voraussetzung für die Direktverrechnung mit den Krankenkassen ist eine Überweisung zur klinisch-psychologischen Diagnostik durch eine Ärztin / einen Arzt oder eine Psychotherapeutin / einen Psychotherapeuten. Zusätzlich zur Liste der Vertragspsychologinnen und -psychologen gibt es Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, die in die Wahlpsychologenliste des DSVS aufgenommen wurden.

Im Psychologengesetz ist auch festgehalten, dass „der Berufsbezeichnung ‚Klinische Psychologin‘ oder ‚Klinischer Psychologe‘ bis zu höchstens vier Hinweise auf Spezialisierungen gemäß § 26 Abs. 2 Z 10 jeweils in Klammer angefügt werden dürfen, wenn nach Erlangung der Berufsberechtigung entsprechend psychologisch wissenschaftlich begründete Kenntnisse sowie Fertigkeiten nachgewiesen werden können, die insbesondere im Rahmen einer mehrjährigen beruflichen schwerpunktspezifischen Tätigkeit und eines zumindest 120 Einheiten umfassenden Weiterbildungscurriculums erworben wurden“ (Psychologengesetz 2013; § 29 Abs. 2). „Berufsangehörige, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes in die jeweilige Berufsliste eingetragen sind, haben für einen Hinweis auf eine Spezialisierung, sofern die Vorgaben im Sinne des § 20 Abs. 5 oder des § 29 Abs. 5 nicht erbracht werden, nachzuweisen, dass bis zum Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes eine zumindest fünfjährige kontinuierliche berufliche schwerpunktspezifische Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses in einer für den Spezialisierungsbereich einschlägigen Einrichtung oder eine freiberufliche fünfjährige Tätigkeit im Spezialisierungsbereich, ergänzt durch eine diese freiberufliche Tätigkeit begleitende Supervision, Intervention oder theoretische Fortbildung im Mindestausmaß von insgesamt 50 Einheiten, absolviert wurde“ (Psychologengesetz 2013, § 48, Abs. 6). Eine der Spezialisierungen bezieht sich speziell auf die Arbeit mit Kindern-, Jugendlichen und Familien. Mit 16. 12. 2022 ließen 520 Personen eine Spezialisierung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie eintragen³. Dies entspricht nur rund fünf Prozent aller eingetragenen Klinischen Psychologinnen und Psychologen. Von den mit Spezialisierung eingetragenen Personen sind 89 Prozent weiblich. Auch die Verteilung zwischen den Bundesländern zeigt ebenfalls Unterschiede (siehe Tabelle 4.2).

3

<http://klinischepsychologie.ehealth.gv.at> (abgerufen am 8. 8. 2022)

Tabelle 4.2:

Anzahl Klinischer Psychologinnen bzw. Klinischer Psychologen mit Spezialisierung in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie*

Bundesland	Anzahl	pro 10.000 EW
Wien	121	0,6
Vorarlberg	4	0,1
Tirol	18	0,2
Steiermark	185	1,5
Salzburg	13	0,2
Oberösterreich	71	0,5
Niederösterreich	88	0,5
Kärnten	22	0,4
Burgenland	12	0,4

*einige der KP arbeiten in mehr als einem Bundesland

Quelle: Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen; Darstellung: GÖG

5 Ergebnisse der Ist-Analyse

5.1 Ergebnisse der quantitativen Auswertungen

Die in LEICON erfassten Daten zu psychotherapeutischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen weisen darauf hin, dass im Jahr 2018 rund ein Fünftel mehr Kinder und Jugendliche bei Ärztinnen und Ärzten psychotherapeutische Leistungen erhielten als bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wobei ein geringer Teil der Kinder und Jugendlichen diese Leistung bei beiden Berufsgruppen in Anspruch nahm. Nehmen Kinder und Jugendliche diese Leistung bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Anspruch, so erfolgt dies zu 58 Prozent als voll kassenfinanzierte Leistung bei Vertragspartnerinnen und -partnern, aber zu 94 Prozent, wenn die Leistung von Ärztinnen und Ärzten erbracht wird (vgl. Abbildung 5.1). Sowohl in Bezug auf Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten als auch auf psychotherapeutische Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, welche diese voll kassenfinanziert erhalten, seit 2012 gestiegen.

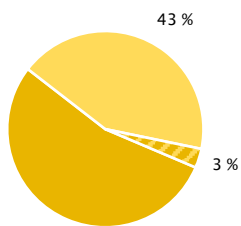
Abbildung 5.1:

Anteil der Patientinnen und Patienten, die bei Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten bzw. Ärztinnen/Ärzten psychotherapeutische Leistungen in den Jahren 2012 bzw. 2018 erhielten

PT durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten

2012

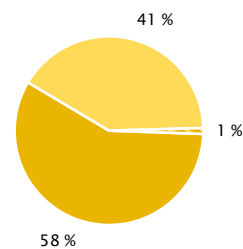
10.302: Patientinnen/Patienten



- Anteil Patientinnen/Patienten bei Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 5.574)
- Anteil Patientinnen/Patienten bei Wahlpartnerinnen/-partnern (absolut: 4.403)

2018

16.162: Patientinnen/Patienten

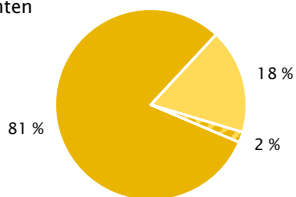


- Anteil Patientinnen/Patienten bei Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 9.227)
- Anteil Patientinnen/Patienten bei Wahlpartnerinnen/-partnern (absolut: 6.619)
- Anteil bei Wahl- UND Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 316)

PT durch Ärztinnen/Ärzte

2012

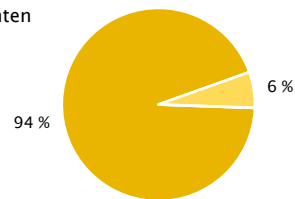
14.338: Patientinnen/Patienten



- Anteil Patientinnen/Patienten bei Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 11.547)
- Anteil Patientinnen/Patienten bei Wahlpartnerinnen/-partnern (absolut: 2.540)
- Anteil bei Wahl- UND Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 251)

2018

20.375: Patientinnen/Patienten



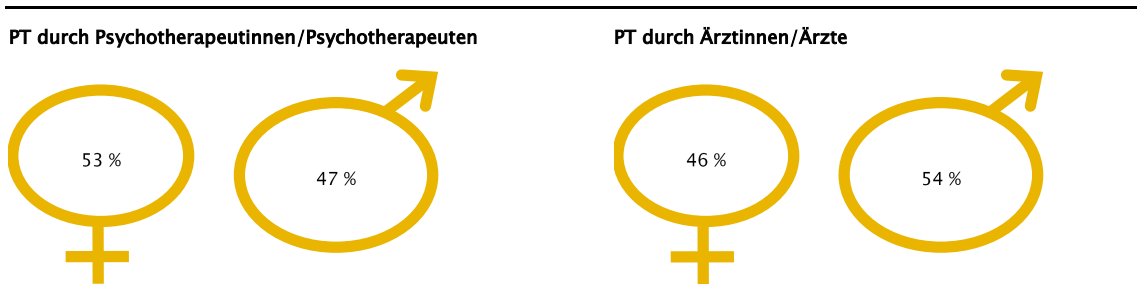
- Anteil Patientinnen/Patienten bei Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 19.047)
- Anteil Patientinnen/Patienten bei Wahlpartnerinnen/-partnern (absolut: 1.186)
- Anteil bei Wahl- UND Vertragspartnerinnen/-partnern (absolut: 142)

Quelle: LEICON; Darstellung: GÖG

Es zeigt sich, dass sich psychotherapeutische Leistungen durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie durch Ärztinnen und Ärzte in mehreren Parametern voneinander unterscheiden, u. a. in der durchschnittlichen Anzahl von Einheiten pro Patient:in, in den durchschnittlich aufgewandten Stunden pro Patient:in, aber auch in der Alters- sowie Geschlechterverteilung (vgl. Abbildung 5.2 und Abbildung 5.3; vgl. Abbildung 5.4). Die analysierten Daten zu Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten beinhalten jedoch nicht alle Leistungen, die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten im ambulanten Setting erbracht werden, u. a. da es nicht in allen Bundesländern möglich ist, Psychotherapieleistungen, die in berufsgruppenübergreifenden Einrichtungen durchgeführt werden, eindeutig zuzuordnen (teilweise nur pauschalisierte Erfassung) bzw. aus anderen

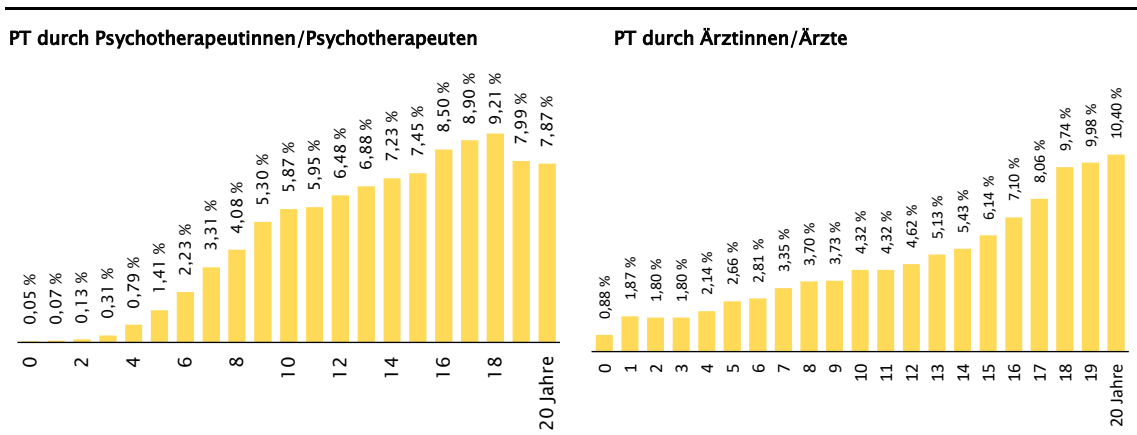
Gründen keine Erfassung dieser Leistung vorgenommen wird (z. B. in Salzburg). Betreffend den Leistungsumfang (Stunden/Einheiten) zeigt sich, bezogen auf Psychotherapie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dennoch zwischen den Bundesländern ein relativ homogenes Bild.

Abbildung 5.2:
Geschlechterverteilung



Quelle: LEICON; Darstellung: GÖG

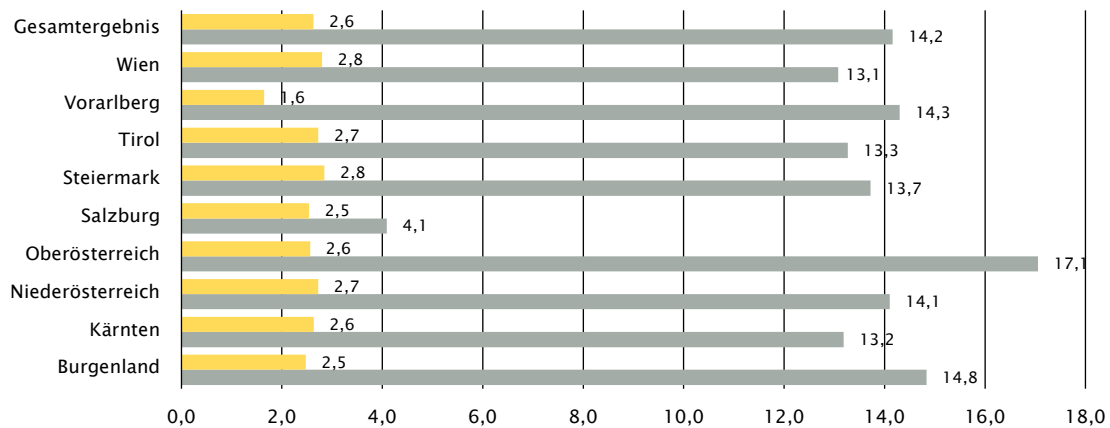
Abbildung 5.3:
Altersverteilung der Patientinnen/Patienten in Prozent



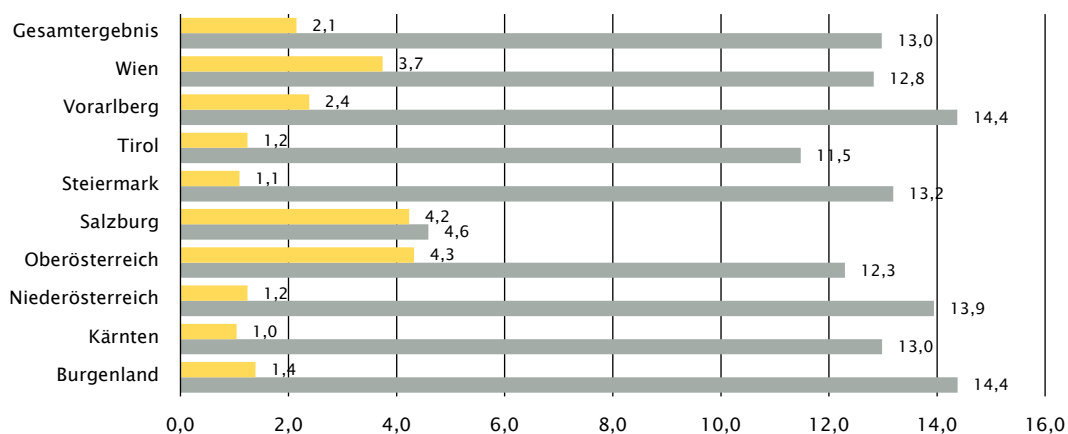
Quelle: LEICON; Darstellung: GÖG

Abbildung 5.4:
Leistungsumfang pro Patient:in nach Berufsgruppe

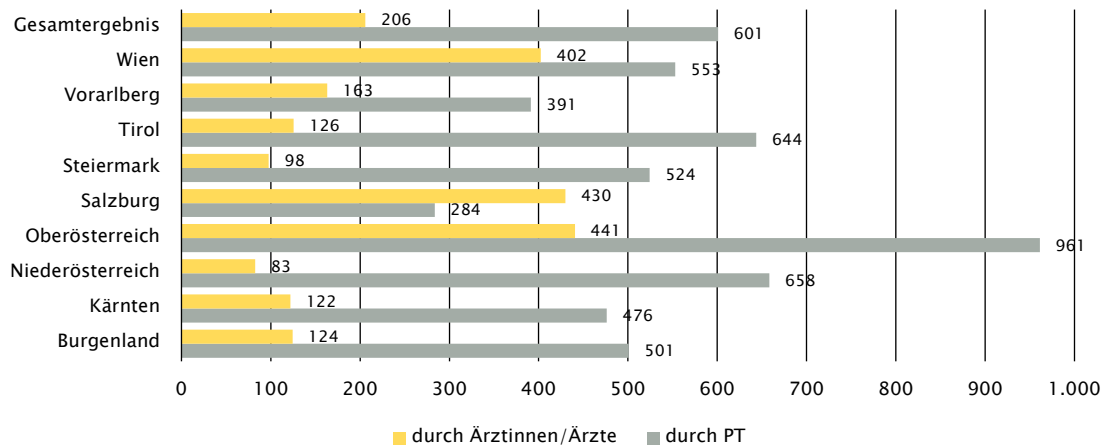
Einheiten pro Patient:in



Stunden pro Patient:in



Betrag pro Patient:in



Quelle: LEICON; Darstellung: GÖG

In Summe deuten die LEICON-Auswertungen darauf hin, dass psychotherapeutische Leistungen, die von Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, eine andere Funktion haben als jene, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen, und dass damit auch andere Zielgruppen erreicht werden (Alter, Geschlecht und vermutlich Diagnose). Nur etwas mehr als der Hälfte der bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten behandelten Personen wird diese Leistung von der Sozialversicherung voll finanziert.

5.2 Ergebnisse der Fokusgruppe/Experteninterviews

Das Leitthema der Fokusgruppe bzw. der Experteninterviews war die Frage, was üblicherweise bei Kindern und Jugendlichen vom Erkennen eines psychischen Problems bis zum Ankommen beim geeigneten Unterstützungsangebot passiert.

Die konkreten Fragestellungen lauteten:

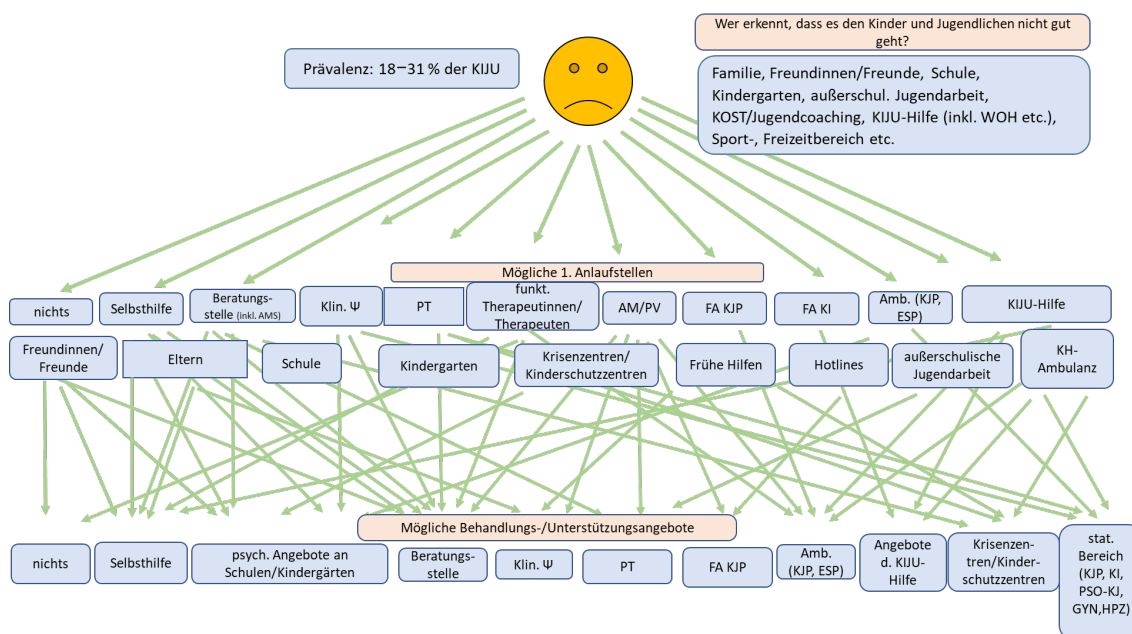
- » Wer erkennt die psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen?
- » Wie sehen „typische“ Zuweisungswege zu psychosozialen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen aus?
- » Was sind Problemfelder/Hemmschwellen beim Zugang zu psychosozialer Unterstützung?
- » Was würden die Familien brauchen, um rascher zur passenden Unterstützung zu kommen?
- » Mit welchen Stakeholdern gibt es bereits gute Kooperationen? Wo ist die Vernetzung schwierig und warum?

Die psychologische und psychotherapeutische Versorgung ist nur ein Teil eines sehr breit gefächerten Angebots psychosozialer Unterstützungsmöglichkeiten – die Wege zum persönlichen „best point of service“ sind daher oft verschlungen. Um den Ist-Stand des Zugangs zu den Versorgungsleistungen zu diskutieren und entsprechende Weichenstellungen zu den einzelnen Angeboten genauer zu analysieren, wurden am Beginn der Fokusgruppe und der Experteninterviews **übliche Zugangswege zu psychosozialen Leistungen für Kinder und Jugendliche im Allgemeinen und zu Psychotherapie im Besonderen** diskutiert. Als Diskussionsgrundlage diente eine adaptierte grafische Darstellung der Zugangswege im Erwachsenenbereich (siehe Abbildung 5.5). Als Resultat der Diskussion mit den Expertinnen und Experten wurde neben einer Anpassung der einzelnen Anlaufstellen bzw. Unterstützungsangebote noch eine weitere Ebene vorgeschaltet, in der es darum geht, *wer überhaupt erkennt*, dass Kinder und Jugendlichen Unterstützung benötigen.

Im Zentrum standen Kinder und Jugendliche mit F-Diagnose nach ICD-10.

Abbildung 5.5:

Diskussionsgrundlage: Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialer Unterstützung



AM = Allgemeinmediziner:in, Amb. = Ambulatorium, AMS = Service für Arbeitssuchende, ESP = Entwicklungs- und Sozialpädiatrie, FA = Fachärztin/-arzt, GYN = Gynäkologie, HPZ = , KI = Krisenintervention, PSO-KJ = Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, KH = Krankenhaus, KIJU = Kinder und Jugend, KJP = Kinder- und Jugendpsychiatrie, Klin. Ψ = Klinische Psychologie, KOST = Koordinierungsstelle(n) Ausbildung bis 18, PSD = Psychosozialer Dienst, PSY = Psychiater:in, PT = Psychotherapie, PV = Primärversorgung, WOH = Wohneinrichtungen

Darstellung: GÖG

Neben dem Status quo der Zuweiser:innen und Zuweisungswege lag ein weiterer Fokus der Einzelinterviews bzw. der Fokusgruppe mit Expertinnen und Experten aus der Praxis in der **Identifizierung von Problemlagen beim Zugang zu psychosozialer Unterstützung** sowie im Herausarbeiten dessen, was Familien brauchen würden, um rascher zur passenden Unterstützung zu gelangen.

Im Folgenden sind die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Leitfragen zusammengefasst:

5.2.1 Erkennen des Problems und „typische Zuweiser:innen“

Laut Einschätzung der Expertinnen und Experten werden Probleme am häufigsten in der **Familie** (Eltern, Geschwister, Großeltern ...), in der **Schule** (Lehrer:innen, Sozialarbeiter:innen, Psychologinnen/Psychologen, Schulärztinnen/-ärzte ...), im **Kindergarten/Hort** oder im **Freundeskreis** erkannt bzw. zum ersten Mal thematisiert. In einigen Familien muss die Situation jedoch teilweise sehr eskalieren, damit Hilfe gesucht wird, und bei vielen Kindern werden die Probleme zuerst **eher in anderen Strukturen** entdeckt. Auch die **außerschulische Jugendarbeit** sowie der **Sport- und Freizeitbereich** werden als wichtige Bereiche genannt, in denen belastete Kinder- und Jugendliche auffallen.

Eine weitere Rolle beim Erkennen von Unterstützungsbedarf und bei der Zuweisung zu spezialisierten Angeboten spielen **Angebote der Kinder- und Jugendhilfe**. Bei **Fremdunterbringungen** tauchen psychische Probleme oft in der Abklärungsphase im Krisenzentrum auf.

Jugendliche ohne verlässliches soziales Umfeld, welche sich nicht in Ausbildung befinden, fallen teilweise über die Maßnahmen zur **Ausbildungspflicht bis 18 Jahre** (KOST – Koordinierungsstellen Ausbildung bis 18, Jugendcoaching) bei den entsprechenden Institutionen auf. Es dauert allerdings häufig länger, bis erkannt wird, dass ein psychisches Problem vorliegt, bzw. bis so weit Vertrauen aufgebaut wird, dass Unterstützung in Anspruch genommen wird.

Als erste, niedrigschwellige Anlaufstelle für Jugendliche fungieren neben den obengenannten Bereichen auch Hotlines (zum Beispiel **Rat auf Draht**). Diese hören oft, dass sie die Ersten sind, denen die Probleme anvertraut werden. Sie sehen auch, dass Jugendliche sich oft zunächst an **Gleichaltrige** wenden, die allerdings damit häufig überfordert sind.

In der **Schule** spielen neben der **Schulpsychologie** vor allem die **Vertrauens- bzw. Beratungslehrer:innen** als erste Anlaufstelle und Zuweiser:innen eine wichtige Rolle, weil sie präsenter sind als die Schulpsychologinnen und Schulpsychologen.

Ebenfalls als häufige Zuweiser:innen werden Kinderärztinnen und -ärzte sowie Krankenhäuser bzw. Ambulanzen genannt.

5.2.2 Typische Zugänge zu psychosozialen Angeboten bei Kindern und Jugendlichen

Ein Ergebnis der Experteninterviews war, dass es bei Kindern und Jugendlichen nicht *den* typischen Zugangsweg zum psychosozialen Versorgungssystem gibt, sondern sehr unterschiedliche Zugangswege. Man muss also davon ausgehen, dass im Moment sehr viele Berufsgruppen und Institutionen die erste Anlaufstelle sind. In den Interviews wurde immer wieder betont, dass Betroffene/Eltern sich bei der Suche nach Unterstützungsangeboten häufig zuerst an Personen aus dem Familien- bzw. Freundeskreis wenden, zu denen sie Vertrauen haben, und Angebote in Anspruch nehmen, mit denen es schon positive Erfahrungen im Bekanntenkreis gab.

Allerdings ist deutlich geworden, dass die **Zuweisungswege in einer Stadt ganz anders aussehen als im ländlichen Raum**, in dem der erste Weg oft direkt ins Krankenhaus führt, was für die betroffenen Familien sehr überfordernd sein kann. Teilweise führen die Zugangswege über Schulärztinnen/-ärzte, Schulsozialarbeiter:innen und Jugendzentren.

Die **Erreichbarkeit im ländlichen Raum** stellt oft eine große Zugangshürde für die Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützung dar. Wenn die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln schwierig ist, kein Führerschein oder kein Auto vorhanden ist, dann wird häufig auch keine Hilfe in Anspruch genommen. Onlineangebote sind auf lange Sicht nicht beliebt, die betroffenen

Personen wollen der Erfahrung der Fachexpertinnen und -experten zufolge auch den persönlichen Kontakt.

In der Stadt gibt es eine viel größere Angebotsdichte und mehr verschiedene Angebote, es ist dort daher grundsätzlich leichter und schneller, das passende Angebot zu finden. Allerdings wird das Versorgungssystem gerade in städtischen Gebieten durch die vielen Angebote sehr komplex und als undurchschaubar erlebt. Häufig müssen einige Stationen durchlaufen werden, um bei den passenden Hilfsangeboten anzukommen.

5.2.3 Problemfelder und Hemmschwellen beim Zugang zu psychosozialer Unterstützung

Hinsichtlich des Zugangs zu psychosozialen Unterstützungsangeboten wurden gemeinsam mit den Expertinnen und Experten aus der Praxis jede Menge Problemfelder und Verbesserungsbedarf identifiziert. Die Problemfelder wurden in vier große Themenblöcke geclustert:

Nicht ernst genommen werden

Beim **ersten Anvertrauen** von Problemen (im Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis oder Schulbereich) werden Jugendliche oft nicht ernst genommen. Es dauert daher, bis es zu einer entsprechenden Kontaktaufnahme mit dem Unterstützungssystem kommt. Dabei fallen oft Phrasen wie „er/sie will doch nur Aufmerksamkeit“. Auf der anderen Seite werden vor allem ruhige, „brave“ **Kinder oft übersehen**, da sie nicht „stören“. Es wäre wichtig, auch bei „angenehmen“ Kindern besser hinzusehen. Kinder mit expansivem Verhalten (v. a. Burschen) bekommen schneller Hilfe, Mädchen werden oft übersehen (zwischen null und zehn Jahren gelten zwei Drittel der Zuweisungen Buben).

Kinder werden oft nicht mitbedacht, wenn die Eltern erkrankt sind. Schwere psychiatrische Erkrankungen der Eltern haben jedoch zwangsweise Auswirkungen auf die Kinder. Dafür, dass **Kinder psychisch erkrankter Eltern(teile)** selbst eine Risikogruppe für psychische Erkrankungen darstellen und man auf diese Gruppe achten muss, gibt es zwar ein zunehmendes Bewusstsein, aber noch keine flächendeckenden Programme und Maßnahmen.

Auch vom Gesundheitssystem selbst fühlen sich Jugendliche in ihren Bedürfnissen „nicht ernst genommen“. Das **Versorgungssystem ist oft zu sehr auf Erwachsene zugeschnitten**: Jugendliche sind mit den Anforderungen des Behandlungssystems bezüglich Organisiertheit und klarer Kommunikation häufig überfordert. Es wäre auf Behandlerseite wichtig, zu verstehen, dass man ein Kind vor sich hat. Jugendlichen fällt es z. B. schwer, gewisse Termine einzuhalten. Daher wäre mehr Flexibilität im System vonnöten. Auch bei **Öffnungszeiten** sollte man sich mehr am Rhythmus Jugendlicher orientieren und z. B. verstärkt auf Nachmittags- und Abendangebote setzen. Öffnungszeiten von Ambulanzen sind oft nicht mit Schulbesuch oder Arbeitszeiten der Eltern vereinbar – Termine an Tagesrandzeiten wären wichtig.

Angst vor Stigmatisierung

Auch die **Angst vor Stigmatisierung** wurde als hohe Hemmschwelle identifiziert: Kinder und Jugendliche haben wenig Möglichkeit, sich jemandem tatsächlich anzuvertrauen. Entstigmatisierung ist in allen Bereichen notwendig. Dazu bedarf es mehr offener Kommunikation über psychische Erkrankungen, dahingehend dass viele Menschen davon betroffen sind und dass jede:r einmal Hilfe braucht etc. Der Zugang zu Unterstützungsangeboten ist niedrigschwelliger, wenn nicht „PSY“ draufsteht. Scham und Scheu sind für Kinder und Jugendliche oft riesig, es gibt viel Druck in Peergruppen und in der Schule. Viele Jugendliche haben große Sorge, verstoßen zu werden. „Psycho“ ist ein Schimpfwort. Burschen sind noch mehr vom Stigma betroffen als Mädchen. Die Coronapandemie hat dazu beigetragen, dass psychische Belastungen mehr im Fokus stehen und dadurch „besprechbarer“ geworden sind. Die Haltung in den Herkunftsfamilien ist ebenfalls entscheidend. Es besteht oft eine große Hemmschwelle bei Familien, an eine psychische Erkrankung zu denken – davor gibt es viele andere Erklärungsmodelle für die Probleme der Kinder.

Auch die Eltern haben oft große Angst, sich zur Unterstützung für ihre Kinder an entsprechende Institutionen zu wenden. Sie haben beispielsweise Schuldgefühle oder das Gefühl, versagt zu haben, weil das Kind Hilfe benötigt und psychische Probleme hat.

Systemprobleme

Die **Versorgungslandschaft ist für Hilfesuchende zu verwirrend** („Dschungel der Angebote“): Die vorhandenen Angebote sind entweder zu wenig bekannt, oder die Unterschiede zwischen den Berufsgruppen und deren Leistungen sind für viele unklar. Dies betrifft insbesondere psychotherapeutische, psychiatrische und psychologische Angebote. Darüber hinaus gibt es zu wenig Orientierung und Wissen bezüglich der regionalen Versorgungsangebote und des Zugangs zu diesen Unterstützungsangeboten. Fremdsprachige Angebote sind generell rar, was zusätzlich zu Sprachbarrieren für den Zugang zu Hilfsangeboten und deren Inanspruchnahme führt.

Mangelnde Verfügbarkeit zeitnaher Termine: Die eingebundenen Expertinnen und Experten betonten mehrmals, dass Termine zeitnahe angeboten werden müssten, wenn eine Jugendliche / ein Jugendlicher Hilfe sucht. Da die Hemmschwelle sehr hoch sei und ein Anruf oft angst-/schambesetzt sei, sei es problematisch, wenn dann kein zeitnaher Termin für ein Erstgespräch angeboten werden könne, weil die Kontingente ausgeschöpft seien. Wichtig sei außerdem das Angebot eines Rückrufs durch die kontaktierten Behandler:innen.

Der **Prozess bis zum Behandlungsbeginn dauert zu lange:** Abgesehen davon, dass es lange dauert, bis es auffällt, dass Jugendliche ein Problem haben, bis Eltern verstehen, dass eventuell Hilfe benötigt wird und die Jugendlichen selbst bereit sind, Hilfe in Anspruch zu nehmen, sind die Wartezeiten in Bezug auf Unterstützungsangebote in der Regel sehr lang, und es ist mit einem hohen organisatorischen Aufwand verbunden, bis man die Behandlung „erreicht“. Ad-hoc-Angebote sind ob telefonisch oder online sehr gut und werden auch gerne angenommen, aber es bedarf im Anschluss daran auch genügend persönlicher Angebote.

Die **Unterversorgung bei kassenfinanzierten Hilfsangeboten**, die zum Teil – vor allem im ländlichen Raum – besteht, führt dazu, dass Kinder aus ökonomisch bessergestellten Familien aufgrund der finanziellen Hürden für schlechtergestellte Familien eher Hilfe bekommen bzw. in Anspruch nehmen. Auch Therapieangebote, die einer klassischen Psychotherapie „vorgelagert“ sind, werden kaum finanziert. Zudem ist es zunehmend schwieriger Fachleute zu finden, die bereit sind, zu den bestehenden Kassenbedingungen im Rahmen von Psychotherapieambulatorien oder Vereinslösungen zu arbeiten, dadurch werden Wartezeiten betreffend kassenfinanzierte Psychotherapieangebote für Patientinnen und Patienten verschärft.

Das **Risiko von „Übergängen“ im System**: Bei notwendigen Weitervermittlungen besteht die Gefahr, dass Familien bei diesen Übergängen „verloren gehen“. Auch für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist ein Behandlerwechsel oft schwierig. Sich einer weiteren Person anvertrauen und wieder „von vorn beginnen zu müssen“ kann auch zu Behandlungsabbrüchen führen. Es ist wichtig für die Familie, an einem Ort gut anzukommen, zu dem man Vertrauen hat, das Gefühl zu haben, dass dort gut auf einen geschaut wird. Probleme immer wieder zu erzählen ist für Betroffene generell schwierig, für Kinder und Jugendliche noch mehr als für Erwachsene.

Zu wenig Eltern- und Familienarbeit: Oft wird nur mit den Kindern gearbeitet, und Elternarbeit wird nicht finanziert. Die Arbeit mit Familien ist sehr wichtig, da sich sonst erfahrungsgemäß nichts ändert. Die Eltern müssen mit im Boot sein. Für solche Arbeit gibt es zu wenig Unterstützung, das Feld wird marginalisiert, weil es nicht abrechenbar ist. Es scheitert an der Finanzierung. Auch ganz besonders bei fremduntergebrachten Kindern wäre Elternarbeit essenziell, da es immer das Ziel ist, die Kinder in die Herkunftsfamilie rückführen zu können. Eltern haben auch viel zu wenig Info und sehr viel Unsicherheit: Was ist noch Pubertät? Was ist schon pathologisch? Da wäre viel mehr Wissensvermittlung notwendig.

Der **Prozess der Diagnostik ist teilweise optimierbar**: Ergebnisse klinisch-psychologischer Gutachten sollten nicht einfach per Post zu den Familien/Jugendlichen nach Hause geschickt werden. Der unkommentierte professionelle Text löst häufig Schock, Verzweiflung, Angst aus, und es kommt häufig zum Rückzug aus dem helfenden (stigmatisierenden) System. Ergebnisse der Diagnostik sollten daher nur mit persönlicher Erklärung übergeben werden.

Mangelndes Wissen bei betroffenen Kindern, Jugendlichen, Eltern und Systempartnern (mental health literacy)

Die Ergebnisse haben deutlich gemacht, dass über die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen („was ist noch normal?“) sowie über psychische Erkrankungen und deren (erfolgreiche) Behandlungsmöglichkeiten generell **zu wenig Wissen** besteht. Mehrmals brachten die Fachexpertinnen und -experten in diesem Zusammenhang auch das Thema Selbstpathologisierung bzw. Überpathologisierung als Problem ein. Kinder und Jugendliche stellen z. B. auf Social-Media-Basis Selbstdiagnosen. Es herrscht große Verwirrung. Auch unter Fachleuten gibt es teilweise zu wenig Wissen über Entwicklungsaufgaben bei Kindern und Jugendlichen und die Unterscheidung zwischen einem der Entwicklung entsprechenden Verhalten und pathologischem Verhalten (z. B. „Trend“ zu ADHS-Diagnosen).

5.2.4 Was würden die Familien brauchen, um rascher zur passenden Unterstützung zu kommen?

Als zentrale Erfolgsfaktoren hierfür wurden die **Niedrigschwelligkeit** sowie die **Qualität des Erstkontakts** genannt:

- » Der **Ersttermin** sollte so rasch wie möglich stattfinden (wenn möglich gleich am nächsten Tag).
- » Es sollte die Möglichkeit geben, auch **ohne Voranmeldung** eine Erstberatung in Anspruch zu nehmen (durch Bereitstellung offener Termine / Sprechstunden).
- » Die **Öffnungszeiten** sollten familienorientiert sein (auch Tagesrandzeiten nach der Arbeit)
- » Psychosoziale Beratung und Behandlung sollte immer **kostenfrei** sein.
- » Die Bezeichnung und Zugänglichkeit der Einrichtung sollte aus **Stigmagründen** gut überlegt sein (soll z. B. im Namen der Beratungsstelle tatsächlich „Psy...“ vorkommen?).
- » Es sollte **entwicklungspsychologische Expertise** vorhanden sein, um kompetent feststellen zu können, ob ein pathologisches Problem vorliegt, und gegebenenfalls zu einer adäquaten Stelle im Versorgungssystem weiterleiten zu können.
- » Im Idealfall sollten die Kinder und Jugendlichen von der ersten Anlaufstelle **direkt** bei einem passenden Angebot **angedockt** werden (Bsp. Rat auf Draht: Möglichkeit einer Konferenzschaltung bei Weitervermittlung zu einem anderen Angebot).

Weiters wurde die Wichtigkeit **multiprofessioneller Angebote** (im Sinne „regionaler Kompetenzzentren für psychische Gesundheit“) betont. Eine Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem multiprofessionellen Setting sollte Standard sein, eine Einzeltherapie in einer niedergelassenen Praxis nur der Ausnahmefall. Bei der **Behandlung** selbst kommt der **Einstiegsphase bzw. Therapieplanung** (Vertrauensaufbau, Aufklärungsarbeit, alle ins Boot holen) sowie einer „**kindgerechten**“ Gestaltung (ernst nehmen, aber keine Erwachsenenanforderungen an Klientinnen und Klienten stellen) eine besondere Bedeutung zu. Ebenso sind (finanzierte) Elternarbeit sowie Vernetzung mit anderen (Unterstützungs-)Systemen essenziell.

Weitere Faktoren, die ein rascheres Andocken an passende Unterstützungsangebote fördern können:

- » **Ausbau der Versorgungsangebote** sowohl bezogen auf die medizinischen Angebote als auch die Angebote nichtärztlicher Berufsgruppen, um raschere Verfügbarkeiten zu erreichen (kassenfinanzierte Psychotherapieplätze, klinisch-psychologische Behandlung als Kassenleistung)
- » **Angebote niedrigschwelliger gestalten**: flexiblere Öffnungszeiten, mehr Angebote vor Ort (z. B. Schule), nachgehende/aufsuchende Angebote, regionale Angebote, mehrsprachige bzw. kultursensible Angebote (Dolmetscher:innen, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren in Communities), mehr Telefon- und Chatangebote
- » **Ausbau der unterschiedlichsten schulischen Beratungsangebote**: Beratungslehrer:innen, Schulpsychologinnen/-psychologen, Schulsozialarbeit und Anhebung des Betreuungsschlüssels bei schulischen Stützsystemen

- » **Förderung von Prävention, Aufklärung und Entstigmatisierung:** Jugendliche wissen oft nicht, ob sie ein „normales Problem“ haben oder ob sie psychisch krank sind und wohin sie sich mit ihren Problemen wenden können bzw. welche Behandlungsmöglichkeiten es jeweils gibt.

5.2.5 Vernetzung und Kooperation

Die Nahtstellen zwischen den Versorgungsangeboten funktionieren aus Sicht der Expertinnen/Experten aus der Praxis nicht immer optimal. Das wird insbesondere dann zum Problem, wenn viele Einzelpersonen an Unterstützungs- und Behandlungsmaßnahmen beteiligt sind und die einzelnen Angebote nicht koordiniert sind. Die Verbesserung von Kommunikation und Vernetzung ist insbesondere in folgenden Bereichen angezeigt:

- » **Problemfeld Nahtstelle Schule/Beruf:** Psychosoziale Unterstützung ist oft schulzentriert. Bei Unterstützungsangeboten darf der Übergang zwischen Schule und Beruf nicht vergessen werden, sonst gehen Jugendliche verloren.
- » **Problemfeld Transition:** Eine Ausweitung der Altersgrenzen in den Institutionen wäre enorm wichtig. Jugendliche haben noch andere Bedürfnisse als Erwachsene und haben andere Entwicklungsaufgaben zu bewältigen.
- » **Datenschutz** ist teilweise schwierig: Eine gute Kooperation zwischen Institutionen wird durch die strengen Datenschutzrichtlinien erschwert. Obwohl er aus ethischer Sicht sehr wichtig ist, bringt der Datenschutz Hemmschwellen an den Übergängen mit sich.

5.3 Ergebnisse der Interviews mit Betroffenen

Die Interviews mit betroffenen Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Eltern wurden anhand folgender **Leitfragen** geführt:

- » Wer ist darauf gekommen, dass du Unterstützung für deine psychische Gesundheit benötigst? Was ist dann passiert?
- » Was war hilfreich? Was hat dir geholfen?
- » Was war schwierig für dich?
- » Was hättest du gebraucht, um schneller die „richtige“ Unterstützung zu bekommen?
- » Was sollte man verbessern?

5.3.1 Erkennen des Problems und anschließender Behandlungspfad

Ein Ergebnis der Interviews ist, dass der **Beginn psychischer Probleme häufig bereits in der frühen Kindheit** liegt, aber es relativ lange dauert, bis jemand das Problem erkennt bzw. anspricht. Die befragten Personen gaben an, oft bereits in Kindergarten und Volksschule ängstlich, depressiv, schüchtern gewesen zu sein. Sie haben „immer viel geweint“, waren impulsiv oder besonders

angepasst und introvertiert. Rückblickend hätten sich Betroffene gewünscht, dass jemand sie früher darauf angesprochen und ihre Probleme ernst genommen hätte. Kinder aus schwierigen Verhältnissen bzw. aus Familien, in denen nicht über Gefühle und Befindlichkeiten gesprochen wird bzw. in denen „nichts nach außen getragen wird“, sind dabei besonders auf Bezugspersonen im schulischen Bereich angewiesen.

Wenn niemand mit den Kindern und Jugendlichen spricht, wird die eigene Befindlichkeit als „normal“ interpretiert, bzw. kann im Vergleich zu anderen nicht richtig eingeordnet werden, was es bedeutet, „psychisch gesund“ zu sein. Ein Ankommen im Hilfesystem wird dadurch weiter verzögert. Auch die betroffenen Eltern können Symptome einer psychischen Erkrankung bei ihren Kindern oft nicht einordnen bzw. als solche erkennen (z. B. problematisches Essverhalten als Zeichen einer psychischen Erkrankung interpretieren). Zudem hoffen Eltern (verständlicherweise) auch darauf, dass es sich nur um eine „Phase“ handelt, die wieder vorbeigeht.

Auffällig waren die besonders langen Behandlungspfade betroffener Kinder und Jugendlicher, die aus schwierigen bzw. desolaten familiären Verhältnissen stammen und deren die Eltern zum Teil selbst unter psychischen Erkrankungen bzw. Suchterkrankungen leiden. In diesen Familien wurden psychische Probleme der Kinder nicht angesprochen bzw. die Kinder und Jugendlichen auch nicht bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten unterstützt, zum Teil wurde ihnen sogar davon abgeraten.

Knapp die Hälfte der interviewten Personen gab an, das Problem **selbst** als psychisches Problem bzw. Erkrankung erkannt zu haben, in vielen Fällen sind es auch die Eltern, in geringerem Ausmaß sprechen Hausärztinnen/Hausärzte oder Personen aus den Settings Kindergarten und Schule das Problem an.

Die ersten Anlaufstellen, die für den Zugang zum Hilfesystem gewählt werden, sind sehr unterschiedlich und hängen oft von gelungenen Erfahrungen im Familien- und Bekanntenkreis ab (**„Mundpropaganda“**). Erste Ansprechpartner:innen sind beispielsweise Hausärztinnen/Hausärzte, ambulante Institutionen, Schulpsychologinnen/-psychologen, niedergelassene Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten oder Psychologinnen/Psychologen.

5.3.2 Hilfreiche Faktoren und Angebote

Insbesondere wenn Probleme lange nicht erkannt werden bzw. wenn ein spezieller oder komplexer Behandlungsbedarf besteht (z. B. bei Essstörungen) sind **stationäre Behandlungseinrichtungen** häufig auch der erste Einstieg ins Gesundheitssystem und werden dann auch als hilfreich wahrgenommen („hat mir das Leben gerettet“). Während der stationären Behandlung erhielten Betroffene teilweise erstmals psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche, Ergotherapie oder medikamentöse Therapie. Außerdem wird die Möglichkeit, für mehrere Wochen eine stationäre Behandlung zu erhalten, sowohl von Betroffenen als auch Angehörigen als entlastend erlebt.

Diejenigen, die im Rahmen einer **multiprofessionellen ambulanten Behandlungseinrichtung** versorgt werden, erleben dieses Angebot ebenfalls als sehr positiv und entlastend. Als hilfreich wurde genannt, dass in diesen Einrichtungen eine umfassende Diagnostik möglich war, dass man bei Notfällen bzw. in Krisen schnell Termine bekommt, dass Aufklärung und Information für betroffene Kinder und Jugendliche, aber auch für die Eltern stattfindet und es mehrere Therapieangebote „unter einem Dach“ gibt („Es hat viel Stress genommen, hier angekommen zu sein.“ „Es gibt eine gute Zusammenarbeit mit Schule und Eltern“). Als explizit hilfreich wurden auch aufsuchende mobile Angebote genannt.

An dritter Stelle wurde **Psychotherapie** als hilfreich genannt. Explizit wurde darauf verwiesen, dass die positiven Erfahrungen damit von der Person bzw. der Methode abhängig gewesen seien. Eine tragfähige Beziehung ist das Wichtigste dabei und gelingt manchmal erst nach einem (mehrfachen) Therapeutenwechsel („Es hat lange gedauert, bis ich jemanden gefunden habe.“). Auch der **Freundes- und Bekanntenkreis** wurde im Zusammenhang mit dem Erkennen psychischer Probleme und dem Zugang zu psychosozialen Versorgungsangeboten als hilfreich genannt.

Weitere genannte hilfreiche Aspekte bzw. Angebote waren:

- » Selbsthilfegruppen und Peer-Beratungsangebote („von Betroffenen zu Betroffenen“): Das wird als „eine andere Ebene“ der Unterstützung wahrgenommen; man kann sich gegenseitig Mut machen und erlebt Austausch und Zugehörigkeit („Von anderen Geschichten zu hören macht Mut, die eigene Erkrankung bewältigen zu können.“)
- » Kreativwerkstatt
- » betreute Wohnformen (z. B. Wohngemeinschaften)
- » Schule: Schulärztin/-arzt, Betreuungsperson (Hilfslehrer:in)
- » Hausärztin/-arzt: hatte früh den richtigen Verdacht und verwies an die richtige Stelle weiter
- » alternative Methoden und Therapien: TCM, Akupunktur, Homöopathie, Cranio-Sacral-Therapie; Patientinnen und Patienten probieren auf der Suche nach „hilfreichen“ Angeboten oft viel aus.

5.3.3 Schwierige Faktoren und Rahmenbedingungen

Angst vor Stigmatisierung

Auch wenn sich in den letzten Jahren schon viel zum Positiven verändert hat, ist das **Stigma von psychischen Erkrankungen bzw. Personen**, die davon betroffen sind, noch immer häufig, insbesondere im ländlichen Raum. Stigmatisierung ist einer der Hauptgründe, der es Betroffenen erschwert, über psychische Probleme mit jemandem zu sprechen und geeignete Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Eltern machen sich Sorgen, dass ihr Kind als „behindert“ oder „deppert“ gesehen wird oder gleich die ganze Familie „abgestempelt“ wird, wenn jemand in der Familie mit psychischen Erkrankungen konfrontiert ist („man ist als Familie gleich abseits, wenn man irgendwie auffällig ist“). Erstaunlich in diesem Zusammenhang ist auch, wie präsent manche „Mythen“ über die Arbeitsweise der Kinder- und Jugendhilfe immer noch sind (z. B. Angst vor Kindesabnahmen!).

Systemprobleme im Gesundheitssystem

Eine weitere häufig genannte Belastung ist die **Organisation der Behandlung allgemein**: lange Wartezeiten in Bezug auf Therapieangebote, die Angst, dass man ev. gar keine kassenfinanzierte Psychotherapie oder keine stationäre Behandlung in einer spezialisierten Einheit bekommt, wird als belastend erlebt. Auch die (oft lange) Überbrückungszeit bis zur Behandlung bzw. Organisation weiterführender ambulanter Behandlung nach einem stationären Aufenthalt ist für alle schwierig. Eltern wünschen sich ambulante und stationäre Behandlungsangebote in der Nähe.

Insbesondere die **Organisation und Finanzierung von Psychotherapie** wurde mehrmals explizit angesprochen: Es ist vor allem in ländlichen Regionen schwierig, einen kassenfinanzierten Platz zu bekommen; es ist schwierig, eine Person zu finden, zu der man Vertrauen findet und mit der man eine gute Gesprächsbasis hat. Wenn man spürt, dass es mit einer Person nicht klappt, traut man sich wegen des knappen Angebots nicht zu wechseln. Es gibt zu wenige Informationen über unterschiedliche Zugänge und Therapieformen von Psychotherapie.

Zum Teil wurde die **Kommunikation mit Ärztinnen/Ärzten** als schwieriger Faktor angesprochen: nicht „auf Augenhöhe“, bevormundend, nicht partnerschaftlich; Kassenärztinnen und -ärzte haben keine Zeit für Gespräche („Man muss sich trauen, dass man nachfragt, z. B. bezüglich Nebenwirkungen“. „Ärzte sind Erfolgsmenschen, haben wenig Verständnis.“ Es bestehe ein „Gefühl der Ohnmacht gegenüber Ärzten“).

Systemprobleme im Bildungssystem (Kindergarten, Schule)

Aus Sicht der Eltern werden oft der **Umgang des Schulsystems** mit psychischen Problemen der Kinder und die mangelnden Ressourcen für Schulpsychologie angesprochen („man wartet monatelang auf Termine mit der Schulpsychologie“): Abklärung und Diagnostik würden seitens der Schule zu wenig gefördert bzw. durchgeführt, Problemkinder würden als „schlimme Kinder“ wahrgenommen und „links liegen gelassen“, psychische Probleme der Kinder würden nicht erkannt bzw. nicht angesprochen.

Mangelndes Wissen und mangelnde Information (mental health literacy)

Aus Sicht der betroffenen Jugendlichen und aus Elternsicht wurde häufig die **in Kindergarten und Schule mangelnde Kommunikation und Information** darüber, in welcher Hinsicht die Kinder auffällig sind, angesprochen. Familien kennen oft keine adäquaten Stellen, an die man sich wenden kann; man weiß nicht, ob Therapie etwas kostet, ob man sich das leisten kann, es fehlen geeignete Ansprechpartner:innen für Eltern, es fehlen „Lotsinnen/Lotsen“ durch das System. Im Kindergarten wird meist nur Ergotherapie empfohlen, die Eltern werden nur informiert, dass das Kind eine Betreuungsperson benötigt (ohne Information über die Hintergründe). Jugendliche vermissen Aufklärung und Information bezüglich psychischer Erkrankungen und geeigneter Hilfestellungen im Sinne von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz („Aufklärung darüber: Was ist normal?“ „Was bedeutet Glücklich-Sein?“). Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus schwierigen familiären Verhältnissen, weil für Kinder selbst zerrüttete Verhältnisse „normal“ sind.

Schwierige familiäre Verhältnisse

Kinder und Jugendliche empfinden zum Teil die **familiäre Situation** als schwierige Rahmenbedingung, um über eigene psychische Probleme zu sprechen bzw. diese zu bewältigen oder diesbezüglich Behandlung in Anspruch zu nehmen. Zudem ist für Jugendliche aus schwierigen familiären Verhältnissen eine **finanzielle Absicherung** (insbesondere bei eingeschränkter Ausbildungs- bzw. Arbeitsfähigkeit) wichtig für ihre Gesundheit.

Rückblickend sehen diese Personen, dass sie in keinem gesunden Umfeld aufgewachsen sind, aber Kinder wissen nicht, dass ihr Umfeld problematisch ist („In deiner Familie ist das ungesunde „normal.“ „Das merkt man erst als Erwachsener, dass da etwas schiefgelaufen ist.“). Dies ist zum einen ein Auftrag, besser auf Kinder zu achten, deren Eltern von psychischer Erkrankung bzw. einer Suchterkrankung betroffen sind, aber auch auf Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen, wobei es bezüglich letzterer Zielgruppe in der Zwischenzeit ja die Frühe-Hilfen-Netzwerke gibt, die solche Familien unterstützen.

5.3.4 Verbesserungsbedarf

Auf die Frage „Was hättest du gebraucht, um schneller die ‚richtige‘ Unterstützung zu bekommen?“ bzw. auf jene, welchen Verbesserungsbedarf es allgemein gibt, wurden zahlreiche Ideen genannt, die wiederum in Themencluster zusammengefasst wurden.

Mehr Wissen, Information und Aufklärung

Viele der genannten Probleme wurden auf das mangelnde Wissen und die mangelnde Gesundheitskompetenz zurückgeführt. Als Verbesserungsmöglichkeit wurde daher häufig die entsprechende **Wissensvermittlung bzw. Vermittlung von Gesundheitskompetenz** angeführt. Kindergarten und Schule werden generell als geeigneter Ort zur Vermittlung von Gesundheitskompetenz erachtet. Auch die bundesweite Umsetzung bereits evaluierter **gesundheitsfördernder Maßnahmen** an Schulen wurde in diesem Zusammenhang als Lösungsmöglichkeit angeführt (z. B. „Verrückt? Na und!“, Unterrichtsfach „Glück“, Unterrichtsfach „Medienkompetenz“; Schüler als Peers ausbilden und einsetzen etc.).

Mehr eigenes Wissen kann auch durch die **Erstellung und Verbreitung niedrigschwelliger Informationsangebote** über Behandlungsbedarf und bestehende Angebote generiert werden (z. B. via Broschüren, Plakate, Zeitungsinserate, „Checklisten“, „Entscheidungsbäume“, **Websites** mit gesammelten Ansprechpersonen und Telefonnummern, an die man sich wenden kann, stärkere Bekanntmachung der Angebote der Schulpsychologie inkl. möglicher Zugänge). Diese Informationsmaterialien sollten gut zugänglich gemacht und beispielsweise an geeigneten Orten wie Arztpraxen, Schulen, Supermärkten, Apotheken etc. aufgelegt werden.

Auch die Notwendigkeit von **mehr Aufklärung über die Rahmenbedingungen von Psychotherapie** wurde in diesem Zusammenhang genannt (z. B. zu kommunizieren, dass Therapie Zeit braucht, dass über den Prozess aufgeklärt wird, dass es okay ist und normal, zwischendurch auch keine Lust auf Therapie zu haben, dass man Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auch wechseln darf, wenn man keine Beziehung zu einer bestimmten Person aufbauen kann, „keinen Draht zu der Person hat“).

Wichtigstes Medium für Jugendliche im Zusammenhang mit Information sind **Social-Media**-Kanäle: Dort sind psychische Erkrankungen zwar ein Thema („man merkt, man ist nicht allein mit dem Problem“), aber es sollte auch stärker vermittelt werden, dass Hilfe zu suchen etwas Positives ist, dass Psychotherapie oder andere Unterstützungsangebote hilfreich sind. Damit kann dem gegengesteuert werden, dass es nach wie vor sehr schambesetzt ist, sich Hilfe wegen psychischer Probleme zu suchen. Es sollte stärker kommuniziert und betont werden, dass es wichtig ist, sich Hilfe zu suchen, und dass das genauso „normal“ ist, wie eine Ärztin / einen Arzt wegen körperlicher Beschwerden aufzusuchen. Umgekehrt sollte psychische Erkrankung in Social-Media-Kanälen auch nicht idealisiert/romantisiert und als „Lifestyle“ dargestellt werden.

Wissen über psychische Erkrankungen in Ausbildungen und Schulungen vermitteln

Im Rückblick geben viele der interviewten Kinder und Jugendlichen an, sie hätten den Weg zur geeigneten Unterstützung schneller gefunden, wenn es **Ansprechpersonen** gegeben hätte (Peers oder eine vertraute Ansprechperson in der Familie oder in der Schule), mit der man über psychische Probleme hätte reden können, bzw. jemanden, der das Problem frühzeitig erkannt hätte und ggf. auch drangeblieben wäre und/oder diesbezüglich nachgefragt hätte. Wie in der Kategorie „Erkennen des Problems“ ausgeführt (s. o.), hätten sie sich rückblickend auch *gewünscht*, dass jemand sie auf ihre Befindlichkeit angesprochen hätte (anstatt diese zu ignorieren oder falsch zu interpretieren).

Dabei müssen die Kinder und Jugendlichen selbstverständlich dort „abgeholt“ werden, wo sie ihren Alltag verbringen. Wenn es in der Familie keine geeigneten (= unterstützenden) Ansprechpersonen gibt, sind betroffene Kinder und Jugendliche darauf angewiesen, dass die Pädagoginnen/Pädagogen in Kindergarten und Schule etwas bemerken, das auffällige Verhalten richtig einordnen können und genug Wissen haben, um das Kind überhaupt einmal darauf anzusprechen. Es ist daher von großer Wichtigkeit, dass Wissen über psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten in pädagogischen Ausbildungen und Weiterbildungen vermittelt wird, auch wenn es nur um das *Erkennen* psychischer Probleme geht und um eine Weiterleitung an geeignete schulische Unterstützungsangebote.

Wie die Erfahrungen der Befragten zeigen, besteht auch bei den Allgemeinmediziner:innen und Kinderärzten/Kinderärztinnen ein Bedarf an besserer **Ausbildung bzw. verpflichtender Weiterbildung** in Hinblick auf psychische Erkrankungen und medikamentöse sowie nichtmedikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Es z. B. auch mehr Bewusstsein darüber erforderlich, dass Schlafstörungen ein Zeichen psychischer Erkrankungen sein können.

Außerdem wurden **Schulungen sowie Kurse für werdende Eltern** zum Erkennen psychischer Probleme/Auffälligkeiten bzw. zum Umgang damit als mögliche Maßnahme genannt. Bei diesen Kursen („Elternschule“) sollte vermittelt werden, welches Verhalten „noch im Rahmen ist, „normal“ ist und was nicht (z. B. Ritzen), aber auch wie Eltern helfen können.

Behebung von Systemmängeln

In den Interviews nannten viele Personen in Hinblick auf Verbesserungsbedarf einen **bedarfsgerechten** und **wohnnahen** Ausbau von Angeboten (besonders bezüglich stationärer Behandlungsplätze, kassenfinanzierter Psychotherapieangebote, des Personals im Krankenhaus, ambulanter Angebote für Betreuung zu Hause).

Aus Elternsicht wurde bei der Frage nach allfälligem Verbesserungsbedarf vor allem die Bedeutung einer **ausführlichen** und **guten Anamnese** für den Behandlungsverlauf, das Vorhandensein von Anlaufstellen und die **bessere Verfügbarkeit von Angeboten** hervorgehoben („die nächste Psychologin ist ohne Auto nicht erreichbar“). Auch **kürzere Wartezeiten** und **klarere Zuständigkeiten** („weniger Hin-und-her-Schieben“) wurden genannt.

Dem **Entlassungsmanagement** und der Gestaltung des Übergangs nach einem stationären Aufenthalt eignet ebenfalls Optimierungsbedarf („da wird man einfach fallen gelassen“). Bemängelt wird hier vor allem die fehlende rechtzeitige Einbeziehung der Eltern in den Prozess der Entlassung. In diesem Zusammenhang wurde auch die **Schaffung einer Krisenanlaufstelle** genannt, an die man sich wenden kann und bei der man schnell Hilfe erhält, auch zur Überbrückung von Wartezeiten bis zur Inanspruchnahme anderer Unterstützungsmöglichkeiten (Psychotherapie, stationärer Aufenthalt ...).

In Bezug auf **Psychotherapie** wurde Verbesserungsbedarf hinsichtlich der Durchführung ausführlicher **„Clearinggespräche“** vor Beginn einer Psychotherapie geortet. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die sorgfältige Therapieplanung mit Aufklärung und Information zu Beginn: zeitliche und finanzielle „Folgen“, Therapieprozess inkl. realistischer Erwartungen bezüglich Veränderungen, Aufklärung über die Möglichkeit des Wechsels der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten. Die Rahmenbedingungen einer Behandlung müssten bei jedem Erstkontakt aktiv besprochen und betont werden. Eltern wünschen sich, dass man im Psychotherapieprozess auch den Austausch mit den Eltern mitdenkt („Geht es dem Kind gut? Braucht es etwas? Kann man unterstützen?“). Bei der Gestaltung dieser Eingangsphase ist außerdem zu beachten, Angst zu reduzieren. Es ist wichtig, auch von vornherein offen anzusprechen, dass nicht immer ein Behandlungsplatz (gleich) angeboten werden kann. Weiters ist es wichtig, die gesamte Familie im Boot zu haben, bevor man eine Behandlung mit einem Kind bzw. einer:inem Jugendlichen beginnt, denn Kinder und Jugendliche sind ohne Eltern schwer zu behandeln. Allerdings braucht die Eingangsphase oft Zeit, und es ist wichtig, sich am Beginn diese Zeit zuzugestehen (bzw. sie zu finanzieren).

Der Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten könnte niedragschwelliger gestaltet werden, indem er auch **ohne Diagnose** möglich wäre („ein Ort, an dem man einfach hingehen kann“; „der Zugang zum System sollte leichter gemacht werden“). Auch **Onlineangebote** sind aus

Sicht der Interviewpartner:innen eine niedrigschwellige Zugangsmöglichkeit, die gefördert bzw. ausgebaut werden sollte (Onlineberatung, Chatangebote). Onlineangebote (insbesondere Chatangebote) sind für Jugendliche adäquate Kommunikationsformen und werden gerne genutzt, weil sie niedrigschwellig und einfach sind sowie eine gewisse Distanz ermöglichen („außerdem hat man die Antworten schriftlich stehen und kann später nochmals nachschauen!“).

Auch das Bildungssystem würde sich aus Sicht der Interviewpartner:innen als „erste Anlaufstelle“ für niedrigschwellige Beratungsangebote gut eignen, weil die Kinder dort viel Zeit verbringen. Kinder und Jugendliche wünschen sich aber eher Beratung und Information dahingehend, wohin man sich außerhalb der Schule wenden kann und nicht unbedingt zu Angeboten *in* der Schule. Auch die Inanspruchnahme von Schulpsychologie ist für Betroffene hochschwellig und stigmatisierend (vor Mitschülerinnen und -schülern will man „keine Schwäche zeigen“, „Schulpsychologie ist bei Mitschülern verschrien“). In diesem Zusammenhang wurden beispielsweise die Möglichkeit „**telefonischer Sprechstunden**“ **durch die Schulpsychologie** oder der **Einsatz von Peers** genannt. Diese Angebote müssten bei den Schülerinnen und Schülern auch entsprechend beworben und bekannt gemacht werden. Auch das Hineinholen von Fachkräften des Gesundheitssystems in die Schule wird zum Teil bereits erfolgreich eingesetzt.

Eine weitere hier genannte Idee war die Einrichtung von **Eltern-Kind-Selbsthilfegruppen**.

5.4 Schlussfolgerungen und Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass man grundsätzlich mehrere Ansatzpunkte verfolgen muss, um den Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten zu verbessern, all diese „Stellschrauben“ sind wichtig. In die vorliegende Studie können in Hinblick auf die „Modellentwicklung“ (vgl. Kapitel 7) allerdings vorrangig die Aspekte für den Zugang zur *Gesundheitsversorgung* einbezogen werden.

Auf Basis der ermittelten Ergebnisse zeigen sich zentrale Hebel in folgenden Bereichen:

- » Gesundheitsversorgung
- » Prävention und Gesundheitsförderung
- » Öffentlichkeitsarbeit und Medienbereich in Hinblick auf Bewusstseinsbildung und Entstigmatisierung
- » Bildungsbereich (Schule, Kindergarten)

Aus der Zusammenschau der Ergebnisse aus Sicht der Fachexpertinnen/Fachexperten und jener der Erfahrungsexpertinnen/Erfahrungsexperten (Kinder und Jugendliche bzw. deren Eltern) lassen sich nachfolgende **zentrale Prämissen** für die Modellentwicklung des Zugangs zu psychosozialer Versorgung ableiten.

⇒ **Das Stigma psychischer Erkrankungen ist nach wie vor Hemmschwelle und hindernder Faktor für den Zugang zu psychosozialen Unterstützungsangeboten.**

Die **Angst vor Stigmatisierung** wurde als hohe Hemmschwelle für die Inanspruchnahme von Hilfsangeboten identifiziert: Kinder und Jugendliche haben wenig Möglichkeit, sich jemandem tatsächlich anzuvertrauen. Entstigmatisierung ist in allen Bereichen notwendig. Dazu bedarf es mehr offener Kommunikation über psychische Erkrankungen, dahingehend dass viele Menschen davon betroffen sind und dass jede:r einmal Hilfe braucht etc. Scham und Scheu sind für Kinder und Jugendliche oft riesig, es gibt viel Druck in Peergruppen und in der Schule. Viele Jugendliche haben große Sorge, verstoßen zu werden. „Psycho“ ist ein Schimpfwort. Burschen sind noch mehr vom Stigma betroffen als Mädchen. Die Haltung in den Herkunftsfamilien ist ebenfalls entscheidend. Es besteht oft eine große Hemmschwelle bei Familien, an eine psychische Erkrankung zu denken – davor gibt es viele andere Erklärungsmodelle für die Probleme der Kinder. Auch die Eltern haben oft große Angst, sich zur Unterstützung ihrer Kinder an entsprechende Institutionen zu wenden. Sie haben beispielsweise Schuldgefühle oder das Gefühl, versagt zu haben, weil das Kind Hilfe benötigt und psychische Probleme hat. Allerdings hat die Coronapandemie dazu beigetragen, dass psychische Belastungen mehr im Fokus stehen und dadurch „besprechbarer“ geworden sind.

Die Förderung von Prävention, Aufklärung und Entstigmatisierung in Bezug auf psychische Erkrankungen ist ein wichtiger und notwendiger Hebel zur Verbesserung der Situation betroffener Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien.

Ein überraschendes (Neben-)Ergebnis der Interviews mit den Eltern war, dass der Kinder- und Jugendhilfe – insbesondere in ländlichen Bereichen – zum Teil noch immer das Image der „Kindesabnahmen“ anhaftet. Eltern berichteten, dass sie die Angst vor möglichen Kindesabnahmen davon abgehalten habe, psychosoziale Einrichtungen mit ihren Kindern aufzusuchen. Es ist davon auszugehen, dass die Kinder- und Jugendhilfe und ihre Unterstützungssysteme zum Teil ähnlich stigmatisiert sind wie die psychiatrische und psychosoziale Versorgung. Auch in diesem Bereich bedürfte es daher gezielter Informationen und Maßnahmen zur Entstigmatisierung. Allerdings gab es auch Eltern, die von sich aus Angebote der Kinder- und Jugendhilfe aufgesucht hatten und damit sehr zufrieden gewesen waren.

⇒ **Mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen verzögert das Ankommen im Hilffsystem.**

Die Ergebnisse haben deutlich gemacht, dass generell **zu wenig Wissen** über die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen (was ist noch normal?) sowie über psychische Erkrankungen und deren (erfolgreiche) Behandlungsmöglichkeiten besteht. Zusätzlich gibt es zu wenig **Orientierung und Wissen bezüglich der regionalen Versorgungsangebote** und des Zugangs zu diesen Unterstützungsangeboten. Die Versorgungslandschaft ist für Hilfesuchende zu verwirrend („Dschungel der Angebote“), und die vorhandenen Angebote sind zu wenig bekannt. Die **Stärkung der Gesundheitskompetenz** in Bezug auf psychische Erkrankungen wird als ein zentraler Hebel erachtet, der bisher wenig berücksichtigt wurde.

Auch bei den Fachkräften im Gesundheitsbereich sowie im Bildungsbereich bedarf es einer besseren **Aus-, Fort- und Weiterbildung** in Hinblick auf altersspezifische Entwicklung und Störungsbilder im jeweiligen Alter, das Erkennen psychischer Probleme generell sowie den Umgang mit psychischen Erkrankungen. Auf Basis der Interviewergebnisse zeigte sich, dass Kinder und Jugendliche mit ihren psychischen Problemen oft „übersehen“ oder falsch (z. B. als schlimm, faul, nach Aufmerksamkeit heischend) interpretiert werden. Die Tatsache, dass der Beginn psychischer Probleme häufig bereits in der frühen Kindheit liegt und diese Kinder bereits im Kindergarten oder in der Grundschule ein spezifisch ausgeprägtes und auffälliges Verhalten zeigen (z. B. besonders ängstlich, weinerlich, schüchtern, introvertiert oder sehr impulsiv und aggressiv), diese Probleme aber oft nicht bzw. erst sehr spät erkannt bzw. angesprochen werden, weist auf die Notwendigkeit hin, Kinder in ihrer Befindlichkeit stärker wahrzunehmen und früher ernst zu nehmen.

⇒ **Niedrigschwelligkeit und Qualität des Erstkontakts sind Erfolgsfaktoren für ein rasches und erfolgreiches Andocken im Unterstützungssystem.**

Die Zugangswege zum psychosozialen Hilfssystem sind bei Kindern und Jugendlichen sehr unterschiedlich, unabhängig von der ersten Anlaufstelle ist daher die Niedrigschwelligkeit und Qualität des Erstkontakts von zentraler Bedeutung. Wenn negative Erfahrungen beim Erstkontakt gemacht werden, wird oft jahrelang keine Hilfe mehr gesucht.

Folgende Aspekte sollten beim Erstkontakt beachtet werden:

- » Der Ersttermin sollte **so rasch wie möglich** stattfinden (wenn möglich gleich am nächsten Tag).
- » Es sollte die Möglichkeit geben, auch ohne Voranmeldung eine Erstberatung in Anspruch zu nehmen (durch Bereitstellung offener Termine / Sprechstunden).
- » Die **Öffnungszeiten** sollten familienorientiert sein (auch Tagesrandzeiten nach der Arbeit)
- » Psychosoziale Beratung und Behandlung sollte immer **kostenfrei** sein.
- » Die Bezeichnung und Zugänglichkeit der Einrichtung sollte aus Stigmagründen gut überlegt sein (soll z. B. im Namen der Beratungsstelle tatsächlich „Psy...“ vorkommen?).
- » Es sollte entwicklungspsychologische Expertise vorhanden sein, um kompetent feststellen zu können, ob ein pathologisches Problem vorliegt, und gegebenenfalls zu einer adäquaten Stelle im Versorgungssystem weiterleiten zu können.
- » Im Idealfall sollten die Kinder und Jugendlichen von der ersten Anlaufstelle direkt bei einem passenden Angebot angedockt werden (Bsp. Rat auf Draht: Möglichkeit einer Konferenzschaltung bei Weitervermittlung zu einem anderen Angebot).

⇒ **Das Versorgungssystem muss flexibler gestaltet und besser auf die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen ausgerichtet sein.**

Die Organisation der Behandlung allgemein und die Organisation und Finanzierung von Psychotherapie im Speziellen ist derzeit eine Belastung für betroffene Kinder/Jugendliche bzw. deren Eltern. Lange Wartezeiten in Bezug auf Therapieangebote, die Angst, dass man ev. gar keine

kassenfinanzierte Psychotherapie oder keine stationäre Behandlung in einer spezialisierten Einheit bekommt, werden als belastend erlebt. Auch die (oft lange) Überbrückungszeit bis zur Behandlung bzw. die Organisation weiterführender ambulanter Behandlung nach einem stationären Aufenthalt ist für viele schwierig. Eltern wünschen sich ambulante, stationäre sowie auch nachgehende und aufsuchende Behandlungsangebote in der Nähe.

Es wurde sowohl aus fachlicher Sicht als auch aus Sicht der befragten Kinder/Jugendlichen/Eltern die Wichtigkeit und entlastende Funktion **multiprofessioneller Einrichtungen** mit interdisziplinären Angeboten betont. Die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen in einem multiprofessionellen Setting sollte daher Standard sein, eine Einzeltherapie in einer niedergelassenen Praxis nur der Ausnahmefall.

Bei der **Behandlung** selbst kommt neben der **Einstiegsphase** und **Therapieplanung** (Vertrauensaufbau, Aufklärungsarbeit, alle ins Boot holen) einer „**kindgerechten**“ Gestaltung (ernst nehmen, aber keine Erwachsenenforderungen an Klientinnen und Klienten stellen) eine besondere Bedeutung zu. Auch bei **Öffnungszeiten** sollte man sich mehr am Rhythmus Jugendlicher orientieren und z. B. verstärkt auf Nachmittags- und Abendangebote setzen. Öffnungszeiten von Ambulanzen sind oft nicht mit Schulbesuch oder Arbeitszeiten der Eltern vereinbar – Tagesrandzeiten wären auch hier wichtig.

Ebenso sind hier (finanzierte) **Elternarbeit** sowie Vernetzung mit anderen (Unterstützungs-)Systemen essenziell. Außerdem sollten Unterstützungsangebote bei Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern und Jugendlichen auch **ohne psychische Diagnose** in Anspruch genommen werden können. Damit würden weitere Zugangsschwellen geringer werden, weil weniger Stigma und Schuldgefühle bei den Eltern ausgelöst würden.

Beim Zugang zum Versorgungssystem müssen **vulnerable Gruppen** wie Kinder psychisch kranker Eltern(teile) oder Kinder aus schwierigen familiären und/oder sozioökonomischen Verhältnissen besonders berücksichtigt werden.

Bei notwendigen Weitervermittlungen besteht die Gefahr, dass Familien bei diesen Übergängen „verloren gehen“. Auch für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist ein Wechsel der Behandler:innen oft schwierig. Sich einer weiteren Person anvertrauen und wieder „von vorn beginnen zu müssen“ kann auch zu Behandlungsabbrüchen führen. Die **Übergänge im Versorgungssystem** müssen daher sorgfältig geplant und gestaltet werden. Besonderes Augenmerk sollte dabei auf den Übergang von der Schule zum Beruf bzw. zur beruflichen Ausbildung sowie auf den Übergang ins Erwachsenenalter bzw. in Versorgungsstrukturen für Erwachsene gerichtet werden.

⇒ **Schule und Kindergarten als Orte etablieren, an denen psychische Probleme erkannt werden und Unterstützungsmaßnahmen eingeleitet werden**

Aus der Perspektive der Jugendlichen und der Eltern wurden oft der **Umgang von Kindergarten und Schule** mit psychischen Problemen der Kinder und die dort mangelnden Ressourcen für Unterstützungssysteme wie z. B. Schulpsychologie thematisiert („man wartet monatelang auf

Termine mit Schulpsychologie“): Abklärung und Diagnostik würden seitens der Schule zu wenig gefördert bzw. durchgeführt, Problemkinder würden als „schlimme Kinder“ wahrgenommen und „links liegen gelassen“, psychische Probleme der Kinder würden nicht erkannt bzw. nicht angesprochen).

Jugendliche vermissen Aufklärung und Information bezüglich psychischer Erkrankungen und geeigneter Hilfestellungen im Sinne von Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz („Aufklärung darüber: Was ist normal?“ „Was bedeutet Glücklich-Sein?“ Dies gilt insbesondere für Kinder und Jugendliche aus schwierigen familiären Verhältnissen, weil für Kinder selbst zerrüttete Verhältnisse „normal“ sind.

Schule und Kindergarten sind Orte, an denen sich alle Kinder aufhalten und viel Zeit verbringen. **Sie wären daher ein geeigneter Ansatzpunkt für mehrere Bereiche:**

- » Verbesserung der eigenen Gesundheitskompetenz
- » Erkennen und Ansprechen psychischer Probleme der Kinder und Jugendlichen
- » Weiterleitung an psychosoziale Unterstützungssysteme
- » gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen im Bereich psychischer Gesundheit (Workshops, Unterrichtsfach)

Voraussetzung dafür sind einerseits Pädagoginnen und Pädagogen mit ausreichendem Wissen über psychische Erkrankungen und adäquatem Umgang mit betroffenen Kindern und Jugendlichen (Verständnis, Unterstützung, Einbeziehung der Eltern). Zudem ist ein Ausbau **der unterschiedlichsten schulischen Beratungsangebote notwendig** (Beratungslehrer:innen, Schulpsychologinnen und -psychologen, Schulsozialarbeiter:innen) bzw. das Hineinholen von Fachkräften des Gesundheitssystems in die Schule.

6 Ergebnisse: Die untersuchten Modelle psychosozialer Versorgung

In diesem Kapitel werden verschiedene spezielle psychosoziale Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche dargestellt und hinsichtlich geeigneter Elemente des Zugangs analysiert, die im Rahmen eines Idealmodells berücksichtigt werden sollten.

Zusätzlich wurden für jene Psychotherapiemodelle, die bereits im Zusammenhang mit dem „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019) für Erwachsene herangezogen wurden, um Spezifika und Besonderheiten beim Zugang für Kinder und Jugendliche ergänzt (vgl. Kap.6.2).

6.1 Ausgewählte Modelle der multiprofessionellen Versorgung

6.1.1 Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste

Kinder- und jugendpsychiatrische Dienste bzw. Ambulatorien sind multiprofessionelle Einrichtungen zur ambulanten sozialtherapeutischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Beratung und Behandlung. Es gibt für diese Einrichtungsformen Empfehlungen in Hinblick auf erforderliche Qualitätsstandards bezüglich Personal, Zielgruppen, Indikationen sowie auf das erforderliche Leistungsspektrum. Diese Empfehlungen wurden gemeinsam mit Expertinnen und Experten aus der Praxis erarbeitet (vgl. Kern/Sagerschnig 2017).

Tabelle 6.1:
Empfehlungen betreffend Standards für KJP-Ambulatorien

Personal
» Fachärztinnen/Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in fixer Anstellung
» Psychologinnen/Psychologen
» Administration
» zusätzlich 2 bis 3 weitere Berufsgruppen im multiprofessionellen Team, je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung
» psychotherapeutische Kompetenz
» Leitung entsprechend der beruflichen Kompetenz; ev. geteilte Leitung (medizinische/organisatorische Leitung)
Zielgruppen
» 0- bis 18-Jährige (wegen Transition in Einzelfällen bis Mitte 20 sinnvoll)
» Eltern/Angehörige/Familien
» Umfeld (Schule, Kindergarten, jeweiliges Helfersystem)
» einrichtungsspezifische Schwerpunktsetzung in Bezug auf bestimmte Altersgruppen möglich

Indikationen

entsprechend den sechs Achsen des multiaxialen Klassifikationsschemas für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10:

- » klinisch-psychiatrische Diagnose
- » umschriebene Entwicklungsrückstände
- » Minderung des Intelligenzniveaus
- » Berücksichtigung der körperlichen Symptomatik
- » aktuelle abnorme psychosoziale Umstände
- » Beeinträchtigung in den Bereichen soziale Beziehungen, Bewältigung sozialer Situationen, schulische/berufliche Anpassung, Interessen und Freizeitaktivitäten

Leistungen (im Sinne von Muss-Leistungen) zur Erfüllung **regionaler Versorgungsaufträge**

- » Diagnostik (fachärztlich, psychologisch)
- » Therapie (fachärztliche Therapie, Psychotherapie)
- » Beratung
- » aktive Familienarbeit
- » Krisenmanagement
- » Konsiliar-/Liaisonversorgung (CL-Dienst) der Einrichtungen im Sozialbereich bzw. der Kinder- und Jugendhilfe
- » Vernetzungstätigkeit

Organisationsform

- » Status eines selbstständigen Ambulatoriums im Sinne des KAKuG
-

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Kinder- und Jugendpsychiatrie Oberwart

Die kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle in Oberwart ist eine multiprofessionelle Einrichtung mit einem Team, bestehend aus kinder- und jugendpsychiatrischer Fachärztin, Psychologinnen und Psychologen sowie Vertreterinnen und Vertretern der Sozialarbeit, Ergotherapie und der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege.

Die Einrichtung ist zuständig für Kinder und Jugendliche, die seelische Probleme haben bzw. in psychische Not geraten sind, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen, Probleme in Kindergarten, Schule und im häuslichen Kontext haben, an psychiatrischen Krankheiten leiden und/oder unterschiedliche Gewalterfahrungen erlebt haben.

Zielgruppen sind auch Eltern/Angehörige/Behörden, die eine Beratung wollen oder Informationen und Aufklärung über Krankheiten bzw. alterstypische Entwicklungsphasen benötigen.

Die Angebote bestehen in multiprofessioneller Abklärung, fachärztlicher Diagnostik, Beratung und Betreuung, psychologischer Diagnostik und Beratung, Krisenintervention.

Vorteile:

- » One-Stop-Shop (Diagnostik und unterschiedliche Behandlungen an einem Ort)
- » multiprofessionelles Team
- » Angebote auch für Angehörige
- » unauffälliger Eingang (Rückseite des Gebäudes)

Nachteile:

- » nicht ohne e-card möglich
- » ohne Auto schwer erreichbar
- » kein Onlineangebot
- » optisch nicht auf Jugendliche ausgerichtet

6.1.2 Früherkennungs- und Therapiezentrum Soulspace Berlin

Soulspace⁴ ist ein niedrighschwelliges Behandlungs- und Frühinterventionsangebot als Teil eines regionalen Netzwerks für 15- bis 35-jährige Hilfesuchende mit psychischen Krisen, dessen Hintergrund ist, dass einschlägige Beratung und Behandlung von jungen Erwachsenen und Jugendlichen weniger und deutlich verzögert in Anspruch genommen wird als von älteren Erkrankten (vgl. Bechdorf et al. 2019). Dies bestätigten auch die durchgeführten Interviews. Das Angebot hat zum Ziel, die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten unter jungen Erwachsenen und Jugendlichen zu erhöhen und die Zeit bis zur Diagnosestellung bzw. zum Behandlungsbeginn zu verkürzen.

Auch diese Einrichtungsform arbeitet mit einem multiprofessionellen Team aus Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen, Pflegefachkräften, Ergotherapeutinnen/-therapeuten, Sozialarbeiterinnen/-arbeitern und zusätzlich auch mit Peer-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern. Das Konzept beruht auf den Prinzipien der Beteiligung der Zielgruppe und der Angehörigen sowie auf dem Prinzip der Resilienz, des Empowerments und der Vernetzung mit allen Leistungsanbieterinnen und -anbietern, möglichst an einem Ort.

Angeboten werden psychosoziale Beratung, psychiatrische Erst- und Frühdiagnostik, Krisenintervention, Peer-Support und Selbsthilfe, Supported Employment sowie psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Außerdem bestehen Kooperationsmöglichkeiten mit einem Home-Treatment-Team.

Maßgeblich für die Niedrighschwelligkeit des Angebots ist, dass keine e-card für Erstkontakt/Beratung notwendig ist und kein „psychiatrisches Labelling“ nichtpsychiatrischer Hilfsanliegen stattfindet.

Vorteile:

- » One-Stop-Shop (Diagnostik und unterschiedliche Behandlungen an einem Ort)
- » multiprofessionelles Team
- » Angebote auch für Angehörige
- » speziell für Jugendliche und junge Erwachsene (15–35 Jahre)

4

www.soulspace-berlin.de

- » Besuch mit jedweder Vertrauensperson möglich
- » Einbezug von Peers
- » Keine e-card für Erstkontakt/Beratung notwendig
- » Kontaktaufnahme per E-Mail, telefonisch sowie persönlich (ohne Termin) mit Möglichkeit der sofortigen Beratung und Unterstützung
- » aufsuchende Diagnostik und Behandlung durch Home-Treatment-Team (Kooperationspartner) möglich

Nachteile:

- » schwer in nichturbanes Setting transferierbar
- » keine Chatberatung

6.1.3 @ease (Niederlande)

@ease wurde 2017 – angelehnt an den australische Konzept von headspace⁵ – konzipiert, mittlerweile gibt es @ease-Zentren in sieben niederländischen Städten (ease 2022). @ease soll speziell junge Menschen zwischen 12 und 25 Jahren erreichen, um ihre Resilienz und damit die Chance auf eine positive Entwicklung zu erhöhen. Das übergeordnete Ziel besteht darin, die Verschlimmerung aufkommender oder bestehender psychischer Gesundheits- und Entwicklungsprobleme zu verhindern (Leijdesdorff et al. 2022).

@ease bietet eine Peer-to-Peer-Beratung durch ausgebildete und professionell betreute junge Erwachsene an. Die Peers sind darin geschult, Signale zu erkennen, die auf potenziell schwerwiegendere psychische Probleme hinweisen können. An den @ease-Standorten ist aber immer auch mindestens eine Gesundheitsfachkraft (Psychologin/Psychologe, Kinderärztin/-arzt, Sozialarbeiter:in oder Krankenpfleger:in mit Spezialisierung) anwesend. Zusätzlich hat während der Öffnungszeiten immer ein:e Psychiater:in Bereitschaftsdienst für telefonische Konsultationen. Jede Handlung passiert mit dem Einverständnis der:des Jugendlichen (ease 2022; Leijdesdorff et al. 2022).

Die Inanspruchnahme ist immer kostenlos, anonym, ohne Warteliste und zeitlich unbegrenzt. Der Erstkontakt kann entweder unangemeldet während der Öffnungszeiten oder mit telefonischer oder Onlineterminvereinbarung stattfinden. Neben Gesprächen vor Ort bietet @ease auch einen Chat-service an. Die Inanspruchnahme von @ease ist auch als Ergänzung zu einer laufenden Betreuung bei einer anderen Stelle möglich oder als Nachbetreuung, d. h. Personen, die bereits auf einer Warteliste für psychologische Hilfe stehen, die in einer anderen Einrichtung Hilfe erhalten oder die bereits eine Therapie abgeschlossen haben, sind ebenfalls willkommen. Die Gespräche bei @ease können sowohl auf Niederländisch als auch auf Englisch geführt werden (ease 2022).

5

www.headspace.au.org (abgerufen am 1. 12. 2022). Diesem Konzept folgten unter anderem headspace Dänemark und Israel, Jigsaw in Irland, Maison des Adolescents in Frankreich sowie Foundry und ACCESS Open Minds in Kanada.

Vorteile:

- » Einbezug von Peers
- » immer kostenlos, anonym, zeitlich unbegrenzt
- » auch als Ergänzung zu einer laufenden Betreuung bei einer anderen Stelle möglich oder als Nachbetreuung
- » Kontaktaufnahme per E-Mail, telefonisch sowie persönlich (auch ohne Termin)
- » Chatservice
- » multiprofessionelles Team (eher im Hintergrund)
- » speziell für Jugendliche und junge Erwachsene (12-25 Jahre)
- » Inanspruchnahme auch auf Englisch möglich

Nachteile:

- » schwer in nichturbanes Setting transferierbar
- » eher Erstberatung als One-Stop-Shop
- » Team von Fachleuten eventuell zu sehr im Hintergrund

6.2 Zugangsmodelle für psychotherapeutische Versorgung

6.2.1 Deutsches Psychotherapiemodell

2017 wurde eine Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung (der Psychotherapie-Richtlinie) in Deutschland durchgeführt – mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten zeitnaher einen niedrighschwelligem Zugang zu Psychotherapie zu gewährleisten und mehr Flexibilität im Versorgungsangebot zu ermöglichen (KVWL 2017). Das beschriebene Prozedere gilt generell auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Es gibt jedoch einige Besonderheiten.

Der erste Schritt zu einer Psychotherapie ist für alle das Aufsuchen einer **verpflichtenden Sprechstunde** bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin bzw. einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Der Zugang erfolgt entweder über direkte Kontaktaufnahme mit einer Psychotherapeutin oder einem Psychotherapeuten oder über die Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigung. In der psychotherapeutischen Sprechstunde werden eine frühzeitige diagnostische Abklärung (eine „orientierende Abklärung“, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, in der Regel unter Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente) und weiters eine Abklärung, ob Psychotherapie benötigt wird oder andere psychosoziale Betreuungsangebote sinnvoller sind (Lotsenfunktion in der Versorgung psychisch Erkrankter) vorgenommen. Ergänzend bekommt der:die Patient:in die Ergebnisse der Sprechstunde auch schriftlich ausgehändigt. **Kinder und Jugendliche** können im Vergleich zu Erwachsenen mehr Gespräche – je Krankheitsfall bis zu zehn Gespräche (insg. 250 Minuten) – in Anspruch nehmen. **Bis zu vier Sprechstundentermine** können auch von den Bezugspersonen **ohne das Kind bzw. die Jugendliche / den Jugendlichen wahrgenommen werden.** (BPtK 2018)

Ist eine Psychotherapie angezeigt, müssen – außer bei akuten Krisen – in einem nächsten Schritt mindestens zwei **probatorische Sitzungen** in Anspruch genommen werden. **Bei Kindern und Jugendlichen können auch hier im Vergleich zu den Erwachsenen mehr (bis zu sechs) probatorische Sitzungen durchgeführt werden. Diese Gespräche können Eltern zum Teil auch allein nutzen.** In dieser Zeit kann eine vertiefte diagnostische Abklärung stattfinden, die Indikationsstellung vertieft und das geeignetste Psychotherapieverfahren für die Patienten / den Patienten ausgelotet werden. Auch soll geprüft werden, ob eine ausreichende Therapiemotivation besteht und ob eine tragfähige therapeutische Beziehung möglich ist. Sobald die erste probatorische Sitzung stattgefunden hat und der Termin für die zweite Stunde vereinbart worden ist, kann der:die Therapeut:in einen Antrag⁶ auf **Kurzzeit- oder Langzeittherapie** stellen. Die weiterführende Behandlung muss jedoch nicht bzw. kann nicht immer durch die Therapeutin / den Therapeuten erfolgen, die/der die Sprechstunde durchgeführt hat (BPtK o. J.). **Der Miteinbezug relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld (z. B. Lehrer:innen) in die Therapie ist möglich.** Die Bezugspersonen können bereits in der Sprechstunde und in den probatorischen Sitzungen einbezogen werden (psylife 2022).

Die durchschnittliche **Wartezeit** in Bezug auf die **Sprechstunde** beträgt in **KJ-Praxen ca. 4,8 Wochen**. Es bestehen aber große Unterschiede innerhalb von Praxen und Regionen. Die Wartezeit bis zum **Therapiebeginn** beträgt bei Kindern und Jugendlichen durchschnittlich 17,8 Wochen.

In den Neuregelungen wurde festgelegt, dass alle Personen, die noch nicht 14 Jahre alt sind, als Kinder, und alle Personen zwischen 14 und 21 Jahren als Jugendliche gelten. Weiterhin gilt nun, dass eine bereits angefangene Kinder- und Jugendpsychotherapie auch nach dem 21. Lebensjahr noch abgeschlossen werden kann, wenn dies für den Therapieerfolg sinnvoll ist. Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren können wie bisher wählen, ob sie eine Kinder- und Jugendpsychotherapie oder eine Erwachsenenpsychotherapie in Anspruch nehmen wollen (psylife 2022).

Die Anzahl möglicher Stunden in den verschiedenen Therapieverfahren und -abschnitten unterscheidet sich bei Kindern und Jugendlichen von jener bei Erwachsenen. Die systemische Therapie ist für die Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nicht zugelassen.

Vorteile:

- » Es bestehen festgelegte Zeiten für die telefonische Erreichbarkeit.
- » Das Angebot der Sprechstunde von bis zu zehn Einheiten, vier auch nur von Bezugspersonen in Anspruch genommen, wird als sehr sinnvoll erachtet. Es kann sofort geschaut werden, ob Behandlungsbedarf besteht oder ob eher eine Erziehungsberatung oder andere pädagogische Unterstützungssysteme sinnvoll wären.
- » Aufbauend auf der Diagnostik, wird ein Maßnahmenplan erstellt, andere Angebote außerhalb von Psychotherapie werden hierbei mitbedacht.

6

Der Antrag soll künftig bei Gruppentherapien nicht mehr nötig sein.

- » Bei einer akuten Krise ist eine Weitervermittlung zum Angebot der Akutbehandlung mit kürzeren Wartezeiten möglich.
- » Lehnt die Krankenkasse einen Antrag zur Kurzzeittherapie ab, muss sie sowohl die Patientin / den Patienten als auch die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten darüber informieren und dabei eine Ansprechperson für Rückfragen (inklusive Kontaktdaten) benennen, was zur Transparenz beiträgt.
- » Bezugspersonenstunden sind möglich.
- » Die Altersbegrenzung ist auf 21 Jahre ausgeweitet.

Nachteile:

- » Die Vergleichbarkeit mit Österreich ist eingeschränkt: Psychotherapie kann nur von Medizinerinnen/Medizinern und Psychologinnen/Psychologen ausgeübt werden⁷, daher liegt auch eine entsprechende Ausbildung zugrunde (Diagnostik, schwere psychische Erkrankungen sind verpflichtender Teil der Ausbildung, klinische Erfahrung).
- » Die Zuteilung der Patientinnen/Patienten erfolgt nicht unabhängig, v. a. wenn das Clearing von einer Berufsgruppe durchgeführt wird.
- » Die Weitervermittlung erfordert einen neuerlichen Vertrauensaufbau, die eigene Geschichte muss wieder erzählt werden, was eine Barriere für das Weitermachen darstellen kann.

6.2.2 Ausgewählte österreichische Psychotherapiemodelle

Die **Clearingstelle für Psychotherapie Niederösterreich** ist eine Serviceeinrichtung für Patientinnen und Patienten und dient dazu, Indikationen für Psychotherapie festzustellen und Informationen, z. B. zu Spezialisierungen, örtlicher Nähe, Wartezeiten und Gruppenangeboten bereitzustellen. Die Clearingstelle ist auch die **zentrale Anlaufstelle für Kinder und Jugendliche**, Vertragsinstitutionen können aber auch direkt in Anspruch genommen werden. **Für Kinder und Jugendliche besteht keine Kontingentierung der psychotherapeutischen Leistungen**, Voraussetzung für eine Kassenabrechnung ist eine klinisch-psychologische Diagnostik.

Die Clearingstelle wird von erfahrenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten betreut. Die Abklärung, ob Psychotherapie und/oder eine andere Behandlung/Therapie notwendig ist, erfolgt ausschließlich telefonisch (ca. zehn Minuten, meist Einmalkontakt). Wenn Psychotherapie nicht das passende Angebot darstellen sollte, wird auch über weitere psychosoziale Angebote Auskunft erteilt (z. B. Selbsthilfegruppen, fit2work). Bei der Einschätzung, dass eine Psychotherapie angezeigt ist, werden in einer Datenbank freie Therapieplätze von Kassentherapeutinnen/-therapeuten und deren Wartezeiten aufgelistet. Die Patientinnen/Patienten bekommen eine Liste mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten, aus der sie frei wählen können, wen sie selbst kontaktieren wollen (es findet keine direkte Vermittlung statt). Die Wartezeiten sind von der

7

Seit 2020 ist die Psychotherapieausbildung in Deutschland ein eigenständiges Bachelor- und Masterstudium.

jeweiligen Indikation bzw. der jeweiligen Kassenzugehörigkeit abhängig. (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019)

Das **Vorarlberger Modell „Clearingstelle Vorarlberg“** besteht seit 2014, die Durchführung der Sachleistungsversorgung im Bereich Psychotherapie erfolgt über das ifs Vorarlberg (Institut für Sozialdienste) mittels angestellter und zusätzlicher externer Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit Kooperationsvertrag. Der **Zugang** erfolgt über die Clearingstelle Psychotherapie (per Onlineanmeldung für ein Clearinggespräch). Es besteht freie Wahl der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der Methoden. Eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig. Der Zugang zur Psychotherapie für Kinder und Jugendliche unterscheidet sich nicht von jenem Erwachsener. **Für psychotherapeutische Leistungen bei Kindern und Jugendlichen besteht ein eigener „Finanztopf“**. Auch der **Aufwand für Vernetzungstätigkeiten in Hinblick auf das Umfeld wird bezahlt**. (Gartner, p. M.)

Die Wartezeit in Bezug auf einen Therapieplatz beträgt zwischen ein und sieben Monate. Grundsätzlich werden folgende Kriterien für die Vergabe des Therapieplatzes herangezogen und führen bei Bedarf zu einer „Vorreihung“: Schwere der Krankheit, Dringlichkeit der Behandlung, Weiterbehandlung nach stationären Aufenthalten, soziale Lage. Die eingebundenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten verwalten als Belegungsübersicht für die Erstberatung und Vermittlung eine zentrale „Zuweisungsampel“, welche die jeweilige Anzahl der wartenden Personen und die bestehenden Wartezeiten anzeigt. **Es gibt einen definierten psychotherapeutischen Krisendienst**. (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019)

Im **Tiroler Modell** können alle Kinder und Jugendlichen mit einer krankheitswertigen psychischen Erkrankung Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch nehmen. Der **Zugang** zur psychotherapeutischen Versorgung erfolgt über eine Telefonhotline (Montag bis Freitag von 10 bis 12 Uhr), die von erfahrenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreut wird und als erste Anlaufstelle fungiert. Darüber hinaus haben Jugendliche und Eltern auch in Gestalt der neu organisierten Psychosozialen Zentren eine Erstanlaufstelle. **Für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind eigene zweckgebundene Budgets mit der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols vereinbart**. Die Kapazitäten wurden in den letzten Jahren deutlich ausgeweitet, sodass grundsätzlich alle Kinder und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zeitnah psychotherapeutisch versorgt werden können. Wenn es in einer Region/Gemeinde zu Engpässen kommt (z. B. weil es zu wenige Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten mit Spezialisierung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gibt), können sogenannte **Poolplätze** zusätzlich zum definierten Kontingent vergeben werden. (Grabenhofer–Eggerth et al. 2019)

Im Unterschied zu Erwachsenen müssen bei Kindern keine krankheitswertigen **schweren** Störungen vorliegen, um kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen zu können, in ihrem Fall kann das auch bei Verhaltensauffälligkeiten oder leichten psychischen Erkrankungen getan werden. In diesem Fall sind die ersten Therapiesitzungen im Ausmaß von **sieben Stunden kostenlos und antragsfrei im Sinne einer „Clearingphase“**. So wird ermöglicht, dass Kinder und Jugendliche mit krankheitswertigen („leichten“) psychischen Störungen möglichst früh und niedrigschwellig eine entsprechenden Behandlung erhalten. (Fuchs et al. 2022)

Im Erstbehandlungsantrag sind wichtige Bezugspersonen bzw. -systeme und derzeitige Begleittherapien und ein professionelles Netzwerk anzugeben. Wenn regelmäßige Familien- bzw. Elterngespräche zusätzlich zur Einzelarbeit mit dem Kind / der:dem Jugendlichen geplant sind, müssen die Frequenz und das Setting im Antrag ausgeführt werden (z. B. einmal pro Monat eine Einheit Elternarbeit oder alle zwei Monate eine Doppelstunde Elternarbeit). Dies wird dann auch in die Kontingentberechnung miteinbezogen. Sollten keine zusätzlichen Stunden geplant sein, müssen die Elterngespräche innerhalb des bewilligten Kontingents stattfinden, d. h. dass in diesem Fall ein bewilligter Einzeltermin für das Elterngespräch herangezogen werden muss (Fuchs et al. 2022).

Im **Salzburger Modell** sind für Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen spezielle Erfahrungsnachweise erforderlich; Kinder und Jugendliche zahlen keine Kostenbeteiligung bei der Sachleistungsschiene. Die **Antragstellung** erfolgt über die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten. Der ausgefüllte Antrag wird auf elektronischem Weg übermittelt, bei der Begutachtungsstelle geprüft und nach einem Punktesystem bewertet, das sich aus der Schwere der Erkrankung, der Dringlichkeit der Behandlung und der sozialen Lage errechnet. Der Krankenversicherungsträger behält sich die Priorisierung der Sachleistungsplätze vor. Das Ergebnis der Begutachtung wird der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten mitgeteilt, die/der die Patientin / den Patienten darüber informiert. (Grabenhofer-Eggerth et al. 2019)

Vorteile:

- » keine Deckelung der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (NÖ, Tirol)
- » multiprofessionelle Erstberatung (z. B. Vorarlberg)
- » klinische und Berufserfahrung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten als Voraussetzung für die Aufnahme in das Modell (Vorarlberg, Salzburg)
- » Ampel für verfügbare Plätze, elektronisches Bewilligungsverfahren, direkte Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt, Gruppenangebote zur „Überbrückung“, Qualitätsmanagement (Vorarlberg)
- » niedrigschwelliger Zugang für die ersten sieben Stunden möglich; kassenfinanzierte Psychotherapie auch bei leichten Störungen und Verhaltensauffälligkeiten möglich (Tirol)

Nachteile (betreffen alle Modelle):

- » kein durchgehend niedrigschwelliger Zugang
- » kontingentierte (Ausnahme NÖ)
- » keine multiprofessionelle Abklärung des Behandlungsbedarfs
- » keine standardisierten Nahtstellen zum restlichen Behandlungssystem

6.3 Gesund aus der Krise

Ziel des Projekts „Gesund aus der Krise“ ist es, psychosoziale Versorgung österreichweit niedrigschwellig und ohne lange Wartezeiten anzubieten. Für durch COVID-19 psychisch belastete Kinder und Jugendliche werden im Rahmen des Projekts je nach individuellem Bedarf sowohl psychologische als auch psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen ermöglicht.

Zielgruppe sind alle Kinder und Jugendlichen bis 21 Jahre, die aufgrund von COVID-19 besonders psychisch belastet sind (Gesund aus der Krise 2022). Die Behandlung erfolgt durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, die das gesamte Bundesgebiet abdecken sollen und möglichst im Verhältnis 50:50 eingesetzt werden (BÖP 2022c).

Die **Zuweisung** kann durch zuweisende Stellen (hierfür wurde ein österreichweites Netzwerk aufgebaut, u. a. mit Kinderärztinnen und -ärzten, Schulpsychologinnen und -psychologen, Jugendämtern, Jugendeinrichtungen, NGOs, Hotlines) sowie durch Behandler:innen (Psychologin/Psychologe oder Psychotherapeut:in) erfolgen, aber auch Eltern/Erziehungsberechtigte und Jugendliche (ab 14 Jahren) können selbst Kontakt aufnehmen (Gesund aus der Krise 2022).

Zudem ist laut Konzept als **Sensibilisierungsmaßnahme** ein Set an Kommunikationsmaßnahmen und Marketingaktivitäten (z. B. die Bereitstellung von Informationsmaterial für Jugendeinrichtungen und Schulpsychologie, Pädagoginnen/Pädagogen, sonstige Multiplikatorinnen/Multiplikatoren) über verschiedene Kommunikationskanäle geplant. Auch sollen im Laufe des Projekts Sensibilisierungsworkshops für Jugendarbeiter:innen angeboten werden, um die Awareness für psychische Gesundheit in diesen Einrichtungen zu stärken (BMSGPK 2022; BÖP 2022c). Die ersten Workshops starteten im Sommer 2022 (Wimmer-Puchinger/Ghavidel 2022).

Es gibt eine **Hotline** als **zentrale, bundesweit** zugängliche **Anlaufstelle**, die Information und Beratung mit Kontaktmöglichkeit per Telefon (Helpline), E-Mail und website bietet und sich an Kinder und Jugendliche, Eltern sowie an Expertinnen/Experten und Einrichtungen im Kinder- und Jugendbereich richtet. Diese Hotline ist von Montag bis Freitag von 8–18 Uhr erreichbar und dient der Weiterverweisung an geeignete Beratungs- und Behandlungsstellen (Gesund aus der Krise 2022).

Der **Vermittlungsprozess** läuft folgendermaßen ab:

1. **Anmeldung** für eine Behandlung (telefonisch oder über die Website): Bei unter 14-jährigen Kindern muss die Anmeldung durch eine:n Obsorgeberechtigte:n (Elternteil, Erziehungsberechtigte:r) durchgeführt bzw. bestätigt werden, bei älteren Jugendlichen kann sie eigenständig ohne Zustimmung eines Elternteils bzw. einer:eines Erziehungsberechtigten durchgeführt werden (Gesund aus der Krise 2022).
2. **Clearing/Matching**: Es wird festgestellt, ob das Kind oder die:der Jugendliche eine Beratung oder Behandlung benötigt und die formalen Kriterien erfüllt. Voraussetzung für eine Teilnahme ist, dass die:der Jugendliche sich derzeit in keiner über die Krankenkasse oder über Förderung vollfinanzierten psychotherapeutischen oder psychologischen Behandlung befindet. In der Folge kommt es zu einer Zuweisung an geeignete Versorgungsangebote aus dem Projekt (bedarfsgerecht auf der Grundlage eines Matchings zwischen Klient:in und Behandler:in nach Wohnortnähe, Behandlungssprache, Schwerpunkten etc.) bzw. auch darüber hinaus (z. B. an psychiatrische Versorgung oder sonstige Beratungsleistungen). Die Terminvereinbarung für einen Ersttermin muss nach Bekanntgabe der Behandlerin bzw. des

Behandlers vom Kind bzw. von der:dem Jugendlichen innerhalb zweier Wochen erfolgen (Gesund aus der Krise 2022).

In Abhängigkeit vom Behandlungsfortschritt können für die psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung des Kindes bzw. der:des Jugendlichen auch Wechsel zwischen den Beratungs- bzw. Behandlungsarten sinnvoll oder notwendig werden (BMSGPK 2022).

3. Im Sinne der **Qualitätssicherung** sorgt die Abwicklungsstelle dafür, dass die Zuweisung von Klientinnen und Klienten zu den am Projekt teilnehmenden Behandlerinnen und Behandlern anhand nachvollziehbarer und dokumentierter Kriterien erfolgt (Vorgabe aus BMSGPK 2022). Insbesondere ist sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche mit schwerwiegenden Belastungen vorrangig einer Beratung und Behandlung zugewiesen werden.
4. Die Zuweiser:innen erhalten eine Information, sobald der:die Klient:in mit einem:einer Behandler:in gematcht wurde, sofern der:die Klient:in bzw. dessen:deren Obsorgeberechtigte:r dem zugestimmt hat.

Folgende Behandlungsarten bzw. Leistungen werden angeboten:

- » Einzelberatungen oder -behandlungen zu je 50 Minuten „face to face“ oder telefonisch/online
- » Gruppenberatungen oder -behandlungen zu je 120 Minuten mit mindestens drei Kindern/Jugendlichen bei einem:einer Behandler:in bzw. sechs Kindern und Jugendlichen bei zwei Behandlerinnen/Behandlern als Richtwert
- » Elterngespräche: je nach Diagnose, Alter und Entwicklungsstand und zur Unterstützung bei der Abklärung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, jedenfalls aber bei unter 14-Jährigen zur Einholung der Behandlungseinwilligung
- » gegebenenfalls auch aufsuchende Behandlung möglich

Je nach Bedarf werden 15 bis maximal 30 Therapieeinheiten kostenfrei übernommen. Mit der empfohlenen wöchentlichen Frequenz der Therapieeinheiten dauert die Behandlung also rund dreieinhalb bis sieben Monate. In direkter Rücksprache mit dem:der Behandler:in kann gegebenenfalls eine weiterführende Therapie bzw. Beratung vereinbart und übernommen werden. Angebote können auch ergänzend (kombinierbar/nacheinander) wahrgenommen werden (BÖP 2022c).

Vorteile:

- » zumindest zwei PSY-Berufsgruppen involviert
- » übersichtliche Homepage
- » telefonische Erreichbarkeit: Mo–Fr 8–18 Uhr
- » Clearingprozess
- » durchschnittliche Matchingdauer liegt bei sieben Tagen
- » Möglichkeit des Therapeutenwechsels, Wechsel der Art der Behandlung
- » Elterngespräche
- » Therapie persönlich oder online möglich
- » bundesweit einheitlich

Nachteile:

- » mangelnde Nachhaltigkeit; Parallelstruktur abseits des normalen Systems (Kassen nicht involviert)
- » zeitlich begrenzt bis Ende 2023
- » kontingentierte – derzeit kommt es für Einzelberatungen/-behandlungen zu einer Warteliste mit mehrwöchigen Wartezeiten, Gruppenangebote weiterhin verfügbar
- » derzeit nur COVID-19-spezifisch
- » wenig Überschneidungspunkte mit KJP – trägt nicht zur Entlastung der schweren Fälle bei
- » Inanspruchnahme funktioniert nicht in allen Bundesländern gleich gut
- » Homepage nur auf Deutsch, keine Angabe, ob fremdsprachige Hotlinemitarbeiter:innen existieren
- » keine direkte Kontaktaufnahme durch Behandler:in
- » keine persönliche Kontaktaufnahme möglich

6.4 Wir stärken Stärken

Ziel dieses Projekts mit einer Laufzeit von 26. 5. 2021 bis 30. 4. 2022 und einem Behandlungszeitraum von August 2021 bis März 2022 (Zuweisungsende Mitte Jänner 2022) war es, armuts- und ausgrenzungsgefährdete Kinder und Jugendliche (8–18 Jahre), die unter den Auswirkungen von COVID-19 litten, rasch und niedrigschwellig zu erreichen und ihnen einen Zugang zu professioneller klinisch-psychologischer Behandlung zu ermöglichen. Die miteinbezogenen niedergelassenen Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen (KP) wiesen einen Arbeitsschwerpunkt in Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie auf und wandten sich ganz besonders einem ressourcenstärkenden Ansatz in der Prävention, der Beratung und Behandlung zu. Schwerpunkte waren die Entwicklung/Verbesserung der Selbstwirksamkeit, die Entwicklung von positiven Emotionen und Persönlichkeitsstärken und von Resilienz (BÖP 2022b).

Die **Zuweisung** zum Projekt erfolgte ausschließlich mithilfe eines eigens aufgebauten österreichweiten Netzes von Zuweiserinstitutionen wie den Kinder- und Jugendhilfen der Bundesländer, diversen Sozialeinrichtungen, der Schulsozialarbeit, Kinderspitalsambulanzen. Jugendliche, die selbst bei Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen in der Praxis oder beim BÖP anfragten, konnten nicht ins Projekt aufgenommen werden. Die Zuweisungsdauer betrug drei bis zehn Tage.

Die **Vermittlung** der KP erfolgte über den BÖP. Der/Die Zuweiser:in meldete dem Projektteam, wenn ein Kind / eine Familie Interesse an dem Projekt und einer klinisch-psychologischen Beratung/Behandlung hatte (nach Zustimmung der Erziehungsberechtigten wurden Name, Wohnort und Alter des Kindes an stark@boep.or.at gesandt). Das Projektteam suchte dann aus dem Pool eine:n passende:n KP und fragte die Ressourcen ab. Die vorrangig herangezogenen Auswahlkriterien hinsichtlich der behandelnden KP setzten sich aus Wohnortnähe, sprachlicher Passung, (bei Wunsch) dem Geschlecht der:des KP, verfügbaren Ressourcen der:des KP und der Passung zwischen dem thematischen Schwerpunkt der Problemstellung der Kinder/Jugendlichen und den angebotenen Behandlungsmethoden/-schwerpunkten der KP zusammen (BÖP 2022a).

Anschließend wurden die Kontaktdaten der:des KP dem:der Zuweiser:in übermittelt (die:der KP in cc gesetzt) und die Informationen dem Kind / der:dem Jugendlichen bzw. der Familie mitgegeben. Das Kind bzw. die:der Jugendliche sollte sich dann binnen einer Woche bei der:dem KP melden, um einen Termin zu vereinbaren (BÖP 2022a).

Die **Beratung/Behandlung** fand kostenfrei und wohnortnahe statt und konnte zehn bis maximal 14 Einheiten umfassen. Auch Onlineberatung und telefonische Beratung wurden angeboten, wobei die Behandlungen aufgrund mangelnder Nachfrage nach Onlinekontakten vorwiegend in Präsenz stattfanden.

Neben klinisch-psychologischen Einzelbehandlungen bestand das Angebot aus bundesweiten Workshops und Onlineworkshops zwecks Vermittlung gesundheitsfördernder Kompetenzen für armuts- und ausgrenzungsgefährdete Kinder/Jugendliche zur Förderung der Inklusion und des Peer-Lernens (zweimal therapeutisches Klettern in Präsenz [vier Kinder und Jugendliche], dreimal „Schatztruhe“, ein Onlineworkshop für Kinder und Eltern [24 Kinder/Familien]) sowie aus Fortbildung und Supervision für teilnehmende KP.

Die **Qualitätskontrolle** erfolgte in Form von Fragebögen für Kinder, Jugendliche und Eltern zur Vorher-nachher-Evaluation, von Fokusgruppen und Abschlussberichten der Psychologinnen und Psychologen.

Evaluationsergebnisse: Insgesamt konnten rund 800 Kinder und Jugendliche durch das Projekt betreut werden. Die Drop-out-Rate betrug ca. fünf Prozent (meist vor Behandlungsbeginn). Es wurden Kinder und Jugendliche in ganz Österreich behandelt, wobei die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich gut funktionierte: In Wien und Oberösterreich wurden deutlich mehr Kinder und Jugendliche betreut, während in Vorarlberg, im Burgenland, in Kärnten, in der Steiermark und in Niederösterreich deutlich weniger als geplant erreicht wurden. Die behandelten Mädchen waren im Schnitt elf bis 17 Jahre (MW = 13 Jahre), die Burschen zwischen acht und 14 Jahre (MW = 11,4 Jahre) alt. Insgesamt wurde das Projekt sowohl von den befragten Zuweiserinnen und Zuweisern als auch von den Psychologinnen und Psychologen positiv bewertet. Vor allem die Niedrigschwelligkeit und die rasche Abwicklung wurden immer wieder seitens der Zuweiser:innen betont. Bei jenen Kindern und Jugendlichen, die an der quantitativen Evaluation teilnahmen⁸, zeigt sich eine signifikante Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens der Kinder/Jugendlichen (Kidscreen-10-Index) vom Anfang der Behandlung bis zu deren Ende, ebenso kam es zu einer statistisch signifikanten Verbesserung des Gesamtproblemwerts beim SDQ (BÖP 2022b).

8

Von 176 Kindern/Jugendlichen und 153 Erwachsenen liegen Daten für beide Messzeitpunkte vor.

Vorteile:

- » Spezialkontingent für eine vulnerable Zielgruppe
- » Zuweisung über niedrighschwellige Netzwerke der professionellen psychologischen Versorgung wichtig für das Erkennen eines speziellen Bedarfs an Unterstützung

Nachteile:

- » beschränkte Laufzeit
- » mit 800 begrenzte Platzzahl
- » kein Clearing
- » Diagnostik wird nicht vom Projekt finanziert
- » keine direkte Kontaktaufnahme seitens der KP
- » Stand-alone-Projekt ohne Miteinbezug der vorhandenen Behandlungsangebote; keine nachhaltige Verankerung
- » Umsetzung funktionierte nicht in jedem Bundesland gut

7 Empfehlungen und Modellentwicklung

Im vorliegenden Projekt geht es um den Zugang zu psychosozialer Versorgung. Im Zuge der Interviews zeigte sich aber, dass ein wichtiger Aspekt vor bzw. außerhalb des Versorgungsbereichs liegt – nämlich die Frage „**Wer erkennt das Vorliegen eines psychischen Problems?**“.

In den Interviews wurde deutlich, dass es meistens die Personen selbst oder Menschen aus ihrem Umfeld (Familie, Freunde, Schule ...) waren, die das Problem erkannten – allerdings oft spät, und dann reagierten sie nur zögerlich. Mangelnde psychosoziale Gesundheitskompetenz und Scham aufgrund der Stigmatisierung des Themas waren hierbei zentrale Problemfelder.

Die **Steigerung psychosozialer Gesundheitskompetenz** und der **Abbau der Stigmatisierung** psychischer Probleme und Erkrankungen müssen schon im Vorfeld der Versorgung stattfinden und bilden eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe – die Förderung der Gesundheitskompetenz sollte also bereits möglichst früh einsetzen – das beginnt z. B. bei Frühen Hilfen, dem Eltern-Kind-Pass, aber natürlich v. a. im Schulbereich. Der Strategieentwicklung im Bereich Stigma widmet sich bereits seit einiger Zeit, einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz folgend, die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung⁹. Beide Bereiche stellen eine wichtige Ergänzung zum später beschriebenen Konzept dar.

Bevor für die einzelnen Bereiche Vorschläge für den verbesserten Zugang für Kinder und Jugendliche zu psychosozialer Unterstützung skizziert werden, gilt es noch einmal zwei wesentliche, ebenfalls aus den Interviews mit Betroffenen, Angehörigen und Behandlerinnen/Behandlern extrahierte Prämissen in Erinnerung zu rufen.

Bedürfnisorientierung

Die Angebote müssen sich in einigen zentralen Punkten den Bedürfnissen der Zielgruppe anpassen, z. B.

- » Öffnungszeiten, angepasst auch an alleinerziehende Berufstätige und an Schul-/Ausbildungszeiten
- » wohnortnah und einfache Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- » Möglichkeit zur Onlineterminvereinbarung
- » Möglichkeit zu Ad-hoc-Terminen
- » Möglichkeit zu gemeinsamen Terminen mit Freundinnen und Freunden (nicht nur mit Eltern)
- » Möglichkeit zur Chatberatung
- » kostenfrei / ev. ohne e-card
- » entwicklungspsychologische Expertise
- » kinder-/jugendlichengerechte Information/Kommunikation sowie Ausgestaltung des Angebots / mehr Abnahme organisatorischer Aufgaben, z. B. aktive Weitervermittlung ...)

9

https://goeg.at/KG_Entstigmatisierung

Qualität des Erstkontakts/Einstiegsphase

In den Interviews wurde durch die Bank darauf hingewiesen, dass die Qualität des Erstkontakts sehr entscheidend sei – der Erstkontakt mit dem Hilffssystem muss vertrauensbildend sein, Hilfesuchende müssen sich willkommen und angenommen fühlen und das Gefühl bekommen, dass ihnen geholfen werden kann. Ist dies nicht der Fall, ist oft für die nächsten Jahre die Chance vertan.

Auch die (finanzielle, zeitliche, kompetenzmäßige) Möglichkeit der frühzeitigen Einbeziehung der Eltern wurde als wesentliches Qualitätsmerkmal genannt.

7.1 Empfehlungen für den verbesserten Zugang von Kindern und Jugendlichen zu psychosozialer Unterstützung

7.1.1 Multiprofessionelle Einrichtungen

Für **Eltern, die mit ihren Kindern Hilfe** suchen, erscheinen die in Kap. 5.4. dargestellten Prämissen in den bereits vorhandenen **multiprofessionellen Einrichtungen** (KJP-Ambulatorien, Entwicklungs- und sozialpädiatrische Einrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche) bereits weitgehend umgesetzt, wenngleich die Anzahl dieser Einrichtungen pro Versorgungsregion noch zu gering ist. Ein weiterer Ausbau dieser Angebote ist daher der zentrale Baustein zur Verbesserung der Versorgungslage.

Schwieriger ist es hingegen für **Jugendliche**, die von sich aus Hilfsangebote suchen. Sie können sich zwar auch an besagte Einrichtungen wenden – allerdings sind diese von Gestaltung und Webauftritt her oft nicht erkennbar auf Jugendliche ausgerichtet. Dennoch führt im Zuge einer aus dem Gesundheitssektor heraus gedachten „gesamthaften Lösung“ nichts an den multiprofessionellen Einrichtungen als zentraler Stelle vorbei. Eine entsprechende Adaption des Angebots an die Bedürfnisse von Kindern und v. a. Jugendlichen (siehe Prämissen) sollte hier (wo nötig) forciert werden (ebenso wie der zahlenmäßige Ausbau einschlägiger Angebote).

Die Frage, von welcher Berufsgruppe solche multiprofessionellen Einrichtungen geleitet werden, ist für Hilfesuchende und auch – wenn man in andere Länder schaut – fachlich völlig irrelevant, solange die entsprechende Expertise in diesen Ambulatorien zumindest stundenweise verfügbar ist. Standespolitische Überlegungen sollten hier aus Rücksicht auf die Hilfesuchenden hintangestellt werden. Im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) sollte im § 8 analog zur Ziffer 8 (Ambulatorien für physikalische Therapie) verankert werden, dass in KJP-Ambulatorien die dauernde ärztliche Anwesenheit nicht notwendig ist, sondern durch tägliche Anwesenheit und ständige Erreichbarkeit ersetzt werden kann.

7.1.2 Telefon-/Chatberatung

Der Beratung durch psychosoziale Fachkräfte via Telefon und Chat kommt eine wichtige Drehscheibenfunktion zu. Es handelt sich um das niedrigschwelligste Angebot, das erfreulicherweise auch bereits mit hoher Qualität in Österreich vorhanden ist (z. B. Rat auf Draht). Eine ausreichende Finanzierung dieses Angebots, das eine wichtige Rolle sowohl in der Erstberatung als auch in der qualifizierten Weitervermittlung an weiterführende Angebote (Ambulatorien, niedergelassener Bereich) spielt, ist sicherzustellen. Außerhalb von Ballungsräumen, speziell in abgelegeneren und schlechter versorgten Gebieten, sind Onlineangebote oft die einzig verfügbaren niedrigschwelligen Hilfsangebote, auch deshalb sollte diese Angebotsform weiter ausgebaut werden.

7.1.3 Niedergelassener Bereich

Niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutinnen/-therapeuten oder Klinische Psychologinnen / Klinische Psychologen sind vom Zugang her nicht niedrigschwellig, da ihnen entweder ein Kassenvertrag fehlt oder in ihrem Falle die Wartezeiten lang und Terminvereinbarungen kompliziert sind. Die Kassenfinanzierung dieser Angebote sollte dringend weiter ausgebaut werden, das würde sie möglicherweise auch niedrigschwelliger machen. Wichtig ist jedenfalls, dass die oben beschriebenen multiprofessionellen Einrichtungen qualifiziert an den niedergelassenen Bereich weiterverweisen.

Weitere grundsätzliche Überlegungen und Problembeschreibungen zum Thema der versorgenden Berufsgruppen und ihrer Rahmenbedingungen finden sich in Kapitel 8.2 von Grabenhofer–Eggerth et al. (2019).

7.1.4 Neue Ansätze seit der Coronapandemie

Als im Zuge der COVID-19-Pandemie die psychischen Belastungen von Kindern und Jugendlichen immer sichtbarer wurden, wurden zur sofortigen Unterstützung Programme wie **Gesund aus der Krise** entwickelt. Das Modell „Gesund aus der Krise“ vereinigt einige Aspekte, die in den Interviews mit Betroffenen als wichtig erachtet wurden: Involvierung mehrerer Berufsgruppen, Clearingprozess, Onlineangebot, keine e-card notwendig, relativ niedrigschwelliger Zugang. Allerdings ist das Programm einerseits zeitlich begrenzt und steht mangels Kassenfinanzierung außerhalb der Regelversorgung. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung fehlten auch noch aussagekräftige Evaluationsergebnisse. Anekdotischen Berichten war jedoch die Kritik zu entnehmen, dass das Angebot in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich ausgestaltet gewesen sei und die notwendigen Nahtstellen zum Rest der Versorgung (schulische Unterstützungssysteme, Offene Jugendarbeit ...) nicht systematisch gewesen seien, da diese Stellen eher nur als Zuweiser gedacht waren. Sollte das Angebot weitergeführt werden, sollten die

Ergebnisse der Evaluation berücksichtigt werden und sollte darauf geachtet werden, die Nahtstellen zu anderen Unterstützungssystemen zu verbessern.

7.1.5 Schulische Unterstützungssysteme

Die schulischen Unterstützungssysteme (Beratungslehrer:innen, Schulpsychologinnen/-psychologen, Schulsozialarbeiter:innen, Jugendcoachinnen/-coaches ...) wären eigentlich prädestiniert dafür, eine zentrale Drehscheibenfunktion einzunehmen. Niedrigschwelligkeit (inkl. Zugang ohne e-card) und Bedürfnisorientierung sind oder wären hier theoretisch einfach umzusetzen. Allerdings sind die Angebote regional sehr unterschiedlich ausgebaut und zumeist in zu geringem Ausmaß vorhanden – ein entsprechender Ausbau scheint hier dringend notwendig. Aufgrund der zersplitterten Zuständigkeiten (Bund, Land, Schulautonomie) und der Tatsache, dass zu wenige standardisierte Nahtstellen zwischen Gesundheitsbereich/Sozialversicherung und Bildungsbereich existieren, ist es jedoch schwierig, hier („aus der Ferne“) Empfehlungen abzugeben, die über den Hinweis der dringenden Notwendigkeit des Ausbaus hinausgehen.

7.1.6 Offene Jugendarbeit

Neben den schulischen Hilfssystemen kommt der Offenen Jugendarbeit als besonders niedrigschwelligem Angebot eine potenzielle Drehscheibenfunktion zu – allerdings sind auch hier die Angebote regional sehr unterschiedlich ausgebaut und die Mitarbeiter:innen unterschiedlich kompetent. Der Ausbau der psychosozialen Kompetenz in diesem Bereich – wie er gerade im Projekt „Gesund aus der Krise“ gefördert wird, ist sehr wichtig. Eine verstärkte Kooperation mit dem Dachverband der Offenen Jugendarbeit bzw. eine Finanzierung für Fortbildungen sollte ermöglicht werden, auch wenn dies aufgrund/ wegen zersplitterter Zuständigkeiten schwierig ist.

7.2 Modell für einen verbesserten Zugang

Basierend auf den vorangegangenen Empfehlungen soll nun ein idealtypisches Zugangsmodell skizziert werden, das ausschließlich auf grundsätzlich bereits existenten Bausteinen beruht. Einleitend sollen hier noch einmal die **Prämissen** für die Entwicklung bzw. Erweiterung des Konzepts im Rahmen des Projekts in Erinnerung gerufen werden:

- » Kinder und Jugendliche bzw. deren Angehörige sollen darin unterstützt werden, so schnell und mit so geringem Aufwand wie möglich an den „best point of service“ zu gelangen.
- » Aufbauen auf den bestehenden Modellen der Sachleistungsversorgung für Kinder und Jugendliche bzw. auf bisherigen Zugangswegen
- » Stärken der bestehenden Modelle nutzen und Hürden/Schwächen abbauen bzw. vermeiden

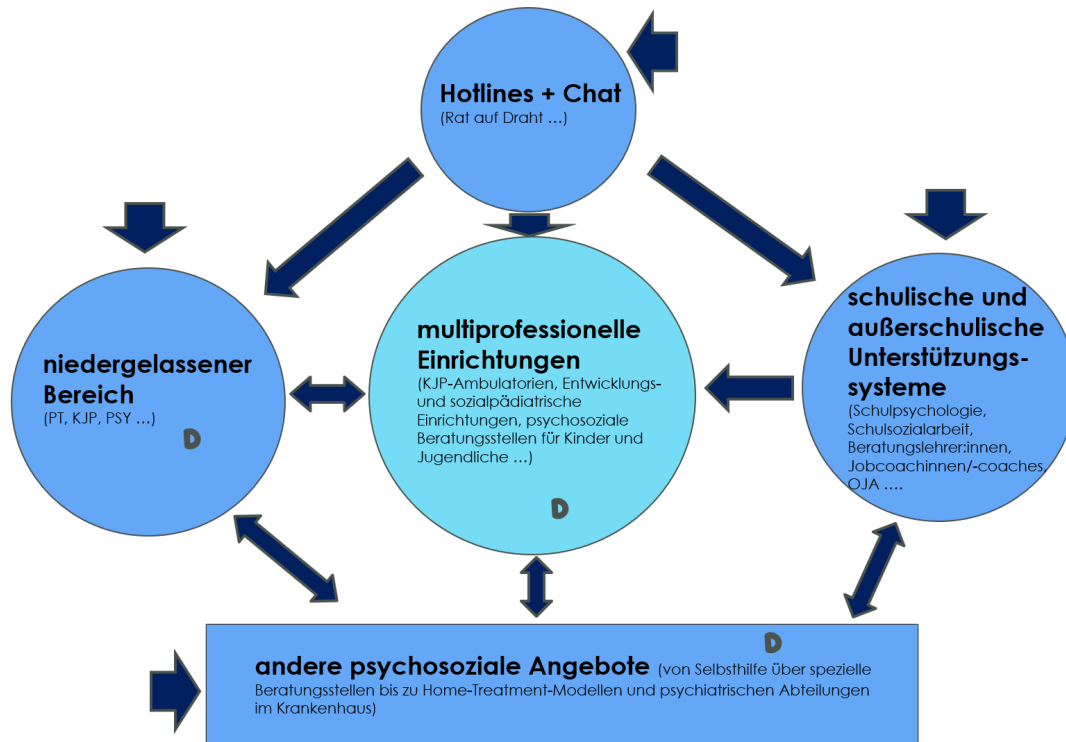
Es soll zudem versucht werden, das Konzept aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten zu denken und zu entwickeln. Basis dafür sind die Ergebnisse der durchgeführten Interviews mit

Kindern, Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen und Eltern. Ihre Bedürfnisse und Anliegen in Bezug auf den Zugang zur Versorgung werden mit den beschriebenen Vorteilen bereits existierender ausgewählter Modelle der Sachleistungsversorgung gekoppelt, woraus das Modell entwickelt wird:

Zentrale Drehscheibe des Modells sind die zahlenmäßig aufgestockten und den Bedürfnissen auch Jugendlicher angepassten (siehe Bedürfnisorientierung; Kapitel 7) multiprofessionellen Einrichtungen (Beratungsstellen/Ambulatorien). Diese können entweder direkt aufgesucht werden oder per Vermittlung über Hotlines, den schulischen/außerschulischen, den niedergelassenen und den stationären Bereich oder auch online via Chat erreicht werden. Wer nicht in diesen Stellen beraten oder behandelt wird, wird in der Systemnavigation [vgl. (Jeindl/Hofer 2022)] unterstützt und qualifiziert an den niedergelassenen oder stationären Bereich oder an weitere psychosoziale Angebote weitervermittelt. Als Vorbild kann hier das Berliner Modell SoulSpace dienen (siehe Kapitel 6.1.2).

Auf eine gute Erreichbarkeit dieser Einrichtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist ebenso zu achten wie auf die Prämissen Bedürfnisorientierung und Qualität des Erstkontakts. Auf ein verstärktes Onlineangebot (Chat, Videoberatung) ist zu achten, um auch Hilfesuchenden in abgelegeneren Gebieten niedrigschwellige Hilfe anbieten zu können.

Abbildung 7.1:
Zugangsmodell und damit verbundene Pfade



D= Diagnostik

Darstellung: GÖG

Zur besseren Verständlichkeit werden die Pfade und Vorteile des Modells im Folgenden anhand vier fiktiver, aber typischer Use-Cases beschrieben:

7.2.1 Use-Case 1: Elternteil mit jungem Sohn

Eine Mutter kommt nach Terminvereinbarung mit ihrem sechsjährigen Sohn drei Monate nach seiner Einschulung in die multiprofessionelle Einrichtung. Die Lehrerin hat die Eltern darauf angesprochen, dass der Sohn in der Schule oft abwesend wirkt, häufig den Unterricht stört und zu Wutanfällen neigt. Auch den Eltern fällt auf, dass der Sohn sich selten auf die Hausaufgaben konzentrieren kann, für sie stellt sich auch die Frage, ob das damit zusammenhängt, dass das Kind am Abend nicht ins Bett gehen will und unter Einschlafstörungen leidet.

Die multiprofessionelle Abklärung in der Einrichtung ergibt, dass das Kind an ADHS leidet. Die Behandlung/Betreuung kann größtenteils in der Einrichtung erfolgen, mehrere parallele Angebote sind notwendig: Neben der (kinder- und jugend)psychiatrischen und klinisch-psychologischen Abklärung erfolgen in der Einrichtung die medikamentöse Einstellung, die gemeinsame

Psychoedukation für Eltern und Kind, ein eigenes Elterntaining/-coaching, Ergotherapie sowie eine Vernetzung mit der Schule. Eine begleitende Verhaltenstherapie kann ebenfalls in der Einrichtung angeboten werden.

Vorteile: bei einer Problemstellung bzw. Erkrankung, die ein multiprofessionelles Vorgehen erfordert, kann im Sinne eines „One-Stop-Shops“ alles in einer Institution abgewickelt werden, was Kind und Eltern viele langwierige Wege (inkl. Abzweigungen und Irrwegen) erspart.

7.2.2 Use-Case 2: Mutter mit 15-jähriger Tochter

Eine besorgte Mutter kommt mit ihrer 15-jährigen Tochter in die multiprofessionelle Einrichtung. Die Tochter ritzt sich seit einiger Zeit immer wieder die Unterarme auf, die Verletzungen werden immer tiefer, die Mutter hat Angst, dass sich die Tochter das Leben nehmen könnte. Eine Freundin der Mutter meint, dass es sich wohl um eine Borderlinestörung handelt. Bei gemeinsamen und getrennten Gesprächen mit Mutter, Tochter und später auch mit dem Vater zeigt sich, dass die Trennung der Eltern in einem nach wie vor bestehenden massiven Konflikt der Eltern endete. Beide Elternteile tragen ihre Konflikte auf Umwegen über die Tochter aus und bringen diese laufend in Loyalitätskonflikte.

In der multiprofessionellen Abklärung kann eine Borderlinestörung ausgeschlossen werden. In anfangs getrennten und später gemeinsamen stabilisierenden Gesprächen kann ein Commitment beider Elternteile erlangt werden, gemeinsam mit ihrer Tochter an der Lösung der Konfliktsituation und einer Normalisierung der Beziehung zu arbeiten. Nach einigen Wochen mit weiteren unterstützenden Gesprächen hilft die Einrichtung bei der Weitervermittlung zu einer gemeinsamen Familientherapie im niedergelassenen Bereich.

Vorteile: Im multiprofessionellen Setting kann der Borderlineverdacht entkräftet und die hochproblematische Beziehungsdynamik der getrennten Eltern mittels anfangs (und auch später immer wieder) getrennter Gespräche so weit stabilisiert werden, dass nach einiger Zeit eine qualifizierte Weitervermittlung an eine niedergelassene Familientherapeutin erfolgen kann.

7.2.3 Use-Case 3: 15-jähriger Jugendlicher

Vorgeschichte: Ein 15-jähriger Jugendlicher, der in seiner neuen Oberstufenklasse andere Schüler:innen mobbt, zu Aggression neigt und gleichzeitig immer schlechtere Schulleistungen zeigt, obwohl er früher Vorzugsschüler war, wird von einer Beratungslehrerin überredet, einmal mit der Schulpsychologin zu sprechen. In mehreren Gesprächen mit der Schulpsychologin und mit sanftem Druck der Klassenvorständin gelingt es, den wenig problemeinsichtigen Jugendlichen von der Notwendigkeit einer professionellen Abklärung zu überzeugen. Da kein Zwang besteht, dass seine Eltern mitkommen müssen, gelingt die Weitervermittlung an eine multiprofessionelle Einrichtung. Es besteht der Verdacht auf schulische Überforderung in der neuen Klasse und „übliche Probleme in der Pubertät“.

Die jugendpsychiatrische und klinisch-psychologische Abklärung in der multiprofessionellen Einrichtung ergibt eine schwere Depression des Jugendlichen. Die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung kann direkt in der Einrichtung erfolgen, ebenso eine begleitende Beratung der Eltern und die Vernetzung mit der Schule.

Vorteil: Die Abklärung der psychischen Probleme des anfangs wenig problemeinsichtigen Jugendlichen und dessen Behandlung können im „One-Stop-Shop“ erfolgen (er geht nicht unterwegs verloren). Da anfangs die Eltern nicht involviert werden müssen, fällt seitens des Jugendlichen die entscheidende Hürde für die erste Kontaktaufnahme. Die Vernetzung mit der Schule wird durch die Einrichtung erleichtert.

7.2.4 Use-Case 4: 15-jährige Jugendliche kommt mit Freundin (ohne Wissen der Eltern)

Vorgeschichte: Eine 15-jährige Jugendliche mit Migrationshintergrund muss immer wieder erbrechen und hat auch diffuse körperliche Symptome, hat aber Hemmungen, professionelle Hilfe aufzusuchen – ihre Freundin vermutet eine Essstörung. Die Freundin ist besorgt, ruft bei Rat auf Draht an und bekommt dort die Empfehlung, ihre Freundin davon zu überzeugen, zu einer niedrigschwelligen Abklärung in eine multiprofessionelle Einrichtung zu gehen.

Die 15-Jährige kommt gemeinsam mit der Freundin ohne Terminvereinbarung in die multiprofessionelle Einrichtung, ihre Eltern wissen nichts von dem Besuch. Sie will nicht, dass ihre Eltern davon erfahren. Sie ist sehr froh, dass sie von der Freundin begleitet werden darf und ihre e-card nicht gesteckt wird. Die medizinische und die klinisch-psychologische Abklärung bestätigen den Verdacht auf Bulimie. Die Jugendliche wird dabei unterstützt, ihre Eltern einzubeziehen. Unter Beiziehung einer Dolmetscherin können mehrere Beratungsgespräche mit den Eltern geführt werden und deren Verständnis für die Erkrankung sowie die Zustimmung zu einer weitergehenden Behandlung erwirkt werden. Anschließend erfolgt die begleitete Weitervermittlung an die spezialisierte Behandlungseinrichtung „so what“.

Vorteil: Die Möglichkeit, ohne e-card und in Begleitung einer Freundin zu kommen, senkt die Hemmschwelle so weit, dass die 15-Jährige Hilfe suchen kann. In der multiprofessionellen Einrichtung kann sie dabei unterstützt werden, die Eltern einzubinden, und den Eltern können (mithilfe einer Dolmetscherin) die Krankheit und der Behandlungsbedarf nähergebracht werden. Schließlich hilft die Einrichtung der Familie dabei, eine kassenfinanzierte Behandlung in der spezialisierten Stelle „so what“ zu bekommen.

8 Diskussion und Ausblick

Das vorgelegte Modell stellt keine Revolution dar und beschreibt auch nichts generell Neues. Multiprofessionelle Angebote sind im Kinder- und Jugendbereich international, aber auch in Österreich teilweise schon seit Jahrzehnten sehr bewährt und werden international mit höchster Priorität gefordert (Scarpetta et al. 2021; WHO 2022). Nachholbedarf besteht bei den meisten multiprofessionellen Angeboten in der Bedürfnisorientierung (Öffnungszeiten, Möglichkeit mit Freundinnen und Freunden zu kommen ...) und der Niedrigschwelligkeit (Beratung ohne e-card, Chatberatung ...) und natürlich in der zahlenmäßigen Verfügbarkeit. Mit Soulspace in Berlin wurde im Bericht ein (zumindest für den urbanen Bereich) mögliches Vorbildprojekt beschrieben, das all diese Punkte bereits berücksichtigt.

Gleichzeitig wird auch laufend in diesem Bereich auch in Österreich publiziert, siehe die aktuelle Studie des AIHTA „Modelle zur Prävention und Versorgung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ (Jeindl/Hofer 2022). Auch hier wird u. a. die zentrale Rolle von One-Stop-Shops, aber auch die Bedeutung der Einbindung von Erfahrungsexpertinnen und -experten in die Strategie- und Angebotsplanung beschrieben.

Der zahlenmäßige Ausbau der multiprofessionellen Einrichtungen ersetzt aber nicht die dringend notwendige Aufstockung in der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie, kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung sowie den Ausbau von Home-Treatment-Modellen. Gegebenenfalls könnte auch klinisch-psycholog. Behandlung, die derzeit keine Kassenleistung ist, gezielt bei gewissen Indikationen eingesetzt werden. Es darf hier an das Zitat von Fliedl et al. (2020) erinnert werden: „Da durchschnittlich über alle Diagnosen knapp die Hälfte der in der MHAT-Studie identifizierten Jugendlichen mit einer Erkrankung bisher nirgends wegen dieser vorstellig wurden und keine adäquate Behandlung aufgesucht haben, besteht hier eine hohe Dunkelziffer zu behandelnder Betroffener.“

Auch der notwendige Ausbau der schulischen Unterstützungssysteme, von Telefon- und Chatberatung und die Kompetenzsteigerung bei Fachleuten in zahlreichen Bereichen (von Jugendarbeit bis Primärversorgung) wird durch das Modell nicht hinfällig, insbesondere für das Erkennen psychosozialer Probleme (WHO 2022, s. S. 239). Auch die WHO betont sowohl im World Mental Health Report 2022 (WHO 2022) als auch in den Guidelines on school health services (WHO 2021) die Schule als zentralen Ort nicht nur für Prävention, sondern auch für das Erkennen psychischer Probleme und als Ort der Frühintervention.

Schlussendlich können Versorgungszugangsmodelle auch nur dann funktionieren, wenn weit außerhalb des Versorgungsektors liegende Rahmenbedingungen wie die psychosoziale Gesundheitskompetenz in der Gesamtgesellschaft verbessert werden können und das Stigma psychischer Erkrankungen gesenkt werden kann.

Für die weitere Umsetzung in Österreich kann empfohlen werden, internationale Beispiele wie Soulspace in Berlin oder die Modelle in den Niederlanden oder Australien und entsprechende Evaluationsstudien laufend zu beobachten.

Quellen und Literatur

Persönliche Mitteilungen

Klaudia Gartner, Amt der Vorarlberger Landesregierung, FB Chancengleichheit, Abt. IVa – Soziales und Integration, Vorarlberg

Websites

Clearingstelle Niederösterreich: <http://www.psychotherapieinfo.at>

Clearingstelle Oberösterreich: <https://www.ooelp.at/ooegp/organisation/clearingstelle>

Modell Tirol: <http://www.psychotherapie-info.at>

Modell Salzburg: https://www.arge-psychotherapie.at/pages/versorgungsmodell/sachleistung_sw_neu.php

Literatur

99. Bundesgesetz: Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (58. Novelle zum ASVG) (2001): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (58. Novelle zum ASVG), BGBl. I Nr. 99/2001, Fassung vom 07.08.2001

676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (1991): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) BGBl. Nr. 676/1991 Fassung vom 27.12.1991

Bechdorf, A.; Schellong, M.; Izat, Y.; Leopold, K.; Hellenschmidt, T.; Leopold, S.; Jackel, D.; Ituarte, B. P.; Gotz, T. (2019): [soul-space – Implementing a Low Threshold Specific Treatment and Early Intervention Programme for Young Adults and Adolescents in Routine Care in Germany]. In: Psychiatr Prax 46/5:243–246

BMASGK (2019): ÖSG 2017 – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien

BMSGPK (2014): Fort- und Weiterbildungsrichtlinie, Richtlinie des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates; zuletzt vom 02.12.2014. Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- BMSGPK (2021): Attraktivierung der Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Möglichkeiten und Potenziale zur Weiterentwicklung in ausgewählten Bereichen. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien
- BMSGPK (2022): Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“. Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BÖP (2022a): Abgeschlossenes Projekt: Wir stärken Stärken [online]. Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen.
<https://www.boep.or.at/psychologische-behandlung/projekte/wir-staerken-staerken> [Zugriff am 21.12.2022]
- BÖP (2022b): Projektbericht "Wir stärken Stärken". Berufsverband österreichischer Psycholog:innen (BÖP), Wien
- BÖP (2022c): Umsetzungskonzept "Gesund aus der Krise". Berufsverband Österreichischer Psycholog:innen (BÖP). Unveröffentlicht
- BPTK (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Studie. Bundes Psychotherapeuten Kammer, Berlin
- BPTK (o. J.): Psychotherapie-Richtlinie. Bundes Psychotherapeuten Kammer, Berlin
- ease (2022): We are ease [online]. <https://www.ease.nl/en-index.php> [Zugriff am 21.12.2022]
- Fliedl, R.; Ecker, B.; Karwautz, A. (2020): [Child and adolescent psychiatric care 2019 in Austria-steps of care, current state and lookout]. In: Neuropsychiatr 34/4:179-188
- Fuchs, Dagmar; Wagner, Gerhard; Winter, Roland (2022): Manual zum Tiroler Modell. Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols gem.GmbH, Tirol
- Gesund aus der Krise (2022): Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene stärken [online]. Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen.
<https://gesundausderkrise.at/> [Zugriff am 21.12.2022]
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2012): Klinisch-psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Pichler, Michaela (2022): Organisation und Finanzierung von Krisenintervention in Österreich. Gesundheit Österreich. Unveröffentlicht
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sator, Marlene (2019): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung. Inanspruchnahme und Finanzierung. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. Unveröffentlicht

- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Tanios, Aida; Sagerschnig, Sophie; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2019): Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien
- Grün, Sabrina; Robausch, Martin; Scholz, Peter (2017): Abschlussbericht zum Projekt der Kinder- und Jugendgesundheit, unveröffentlicht.
- Jeindl, Reinhard ; Hofer, Viktoria (2022): Child and adolescent mental health care models. In: Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH:188
- KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2017): Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Gesundheit Österreich, Wien
- KVWL (Hg.) (2017): KVWL kompakt. Kassenärztliche Vereinigung 2017/ September/Nr. 566. Berlin
- Leijdesdorff, S. M. J.; Rosema, S.; Klaassen, R. M. C.; Popma, A.; van Amelsvoort, T. (2022): Who is @ease? Visitors' characteristics and working method of professionally supported peer-to-peer youth walk-in centres, anonymous and free of charge. In: Early Interv Psychiatry 2022/:DOI: 10.1111/eip.13294
- Psychologengesetz 2013: Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013), BGBl. I Nr. 182/2013 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 37/2018, Fassung vom 26.02.2016
- psylife (2022): Was du als Kiju über die neue Psychotherapie-Richtlinie wissen solltest [online]. Deutscher Psychologen Verlag GmbH. <https://psylife.de/magazin/psychotherapie/kiju-psychotherapie-richtlinie> [Zugriff am 21.12.2022]
- Riedel, Monika (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS), im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Sator, Marlene; Zuba, Martin (2018): Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien. Unveröffentlicht
- Scarpetta, Stefano; Pearson, Mark; Shunta, Takino (2021): Supporting young people's mental health. OECD, Paris
- Schlack, Robert; Neuperdt, Laura; Hölling, Heike; De Bock, Freia; Ravens-Sieberer, Ulrike; Mauz, Elvira; Wachtler, Benjamin; Beyer, Ann-Kristin (2020): Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In:

Schober, Barbara; Lüftenegger, Marko; Spiel, Christiane; Holzer, Julia; Korlat Ikanovic, Selma; Pelikan, Elisabeth (2021): Lernen unter Covid-19 Bedingungen. Erste Ergebnisse – Studierende, Wien

Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L; Karwautz, Andreas FK (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: *European Child & Adolescent Psychiatry* 2017/:1–17

WHO (2021): WHO guidelines on school health services. World Health Organization, Genf

WHO (2022): World mental health report. World Health Organization, Geneva

Wimmer-Puchinger, Beate; Ghavidel, Viola (2022): *Gesund aus der Krise*.

Zeiler, Michael; Wagner, Gudrun; Philipp, Julia; Nitsch, Martina; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Karwautz, Andreas; Waldherr, Karin (2018): The Mental Health in Austrian Teenagers (MHAT) Study: design, methodology, description of study population. In: *neuropsychiatrie* 32/3:121–132